

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 48 NUMMER 3 SEPTEMBER 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 (*hoofdedacteur*)
Rudi De Raedt
Elise Debeer
Idith Lavy
Sandra Mulkens
Marleen Rijkeboer
Elske Saleminck
Tonnie Staring
Janneke Wolters (*redactiesecretaris*)

Redactieadres

Suikerplein 65
1013 CJ Amsterdam
redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl

Website

www.tijdschriftgedragstherapie.nl
tv.g.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



.....

Ik hoop dat u een goede zomer hebt gehad. Misschien hebt u afstand genomen van het werk, energie gestopt in uw gezinsleden, nieuwe omgevingen en fijne romans. Misschien hebt u in de stilte nagelaten door vakantievierende collega's juist eens fijn kunnen doorwerken. Of eindelijk eens die vakliteratuur gelezen die al even op uw wachtte. U weet het: schrijf gerust een boekrecensie. Wij zijn immer benieuwd naar gezouten en ongezouten opinies over nieuwe ontwikkelingen in ons vak.

Dit derde nummer van ons tijdschrift biedt een mooi mix van bijdragen. De redactie presenteert het met trots. David van den Berg, Bianca Raijmakers en Arnold Scholten openen met een stuk over cognitieve gedragstherapie bij geesten, djinns en magie. Het zijn verschijnselen waar mensen lang niet altijd onder lijden. Als ze dat wel doen, biedt CGT uitkomst, zo toont dit stuk overtuigend aan.

De tweede bijdrage is van Jacqueline Bailly en Peter Daansen. De auteurs beschrijven hoe CGT bruikbaar kan zijn voor de behandeling van angstklachten bij kinderen met een autismespectrumstoornis. Hun betoog is vergezeld van een uitgebreide casusbeschrijving, die veel praktische informatie geeft. Een schoolvoorbeeld van een N=1-studie.

De derde bijdrage komt ook uit het klinische veld. In deze bijdrage, geschreven door Colinda Serie, Carola van Tilburg, Arno van Dam en Corine de Ruiter wordt een groepstherapie voor het verbeteren van agressieregulatie bij relationele geweldplegers geïntroduceerd. Ook worden gegevens gepresenteerd die eerste aanwijzingen geven voor de effectiviteit van deze aanpak.

De vierde bijdrage is van Gerjonne Akkerman-Bouwsema, Brenda Biesbroek, Marike Lancel en Coby Gerlsma. Deze biedt een uitvoerig overzicht van agressievragenlijsten en hun bruikbaarheid voor toepassing in de Nederlandse forensisch-psychiatrische praktijk. Het stuk leert ons welke lijsten we het best kunnen gebruiken wanneer we agressieve gevoelens, gedachten, gedrag en veranderingen daarin door behandeling in kaart willen brengen.

Anton Hafkenscheid heeft onmiskenbaar het belang van de therapeutische relatie in CGT en andersoortige psychotherapieën voor het voetlicht gebracht. Zijn recente boek *De therapeutische relatie* wordt in het laatste artikel uit dit nummer beschreven door Adriaan Sprey en Jan Bernard.

Veel plezier gewenst.

Paul Boelen
Hoofdredeacteur

The ghost protocol

CGT bij geesten, djinns en magie

DAVID VAN DEN BERG, BIANCA RAIJMAKERS & ARNOLD SCHOLTEN

Samenvatting

Het geloof in geesten en magie is van alle tijden en alle culturen, en een groot deel van de wereldbevolking gelooft in bovennatuurlijke krachten of wezens. Hoewel de meeste mensen er weinig last van hebben, lijden anderen sterk onder ideeën over geesten of magie. Zij zijn bang of gefrustreerd, en worden beperkt in hun sociaal-maatschappelijk functioneren. Zover de auteurs bekend, zijn er geen prevalentiecijfers betreffende lijdensdruk als gevolg van het geloof in geesten of magie. In de klinische praktijk zien wij echter dat een significant deel van de patiënten last heeft van deze fenomenen. Veel van deze mensen vinden nu hun gehoor in het alternatieve of religieuze 'circuit', met zeer uiteenlopende resultaten. Wij denken dat CGT voor velen een effectieve behandeling kan zijn. Dit artikel beschrijft de cultureel-maatschappelijke context van de CGT-behandeling van lijdensdruk door geesten en magie. Daarnaast presenteren wij de rationale en globale opzet van een thematisch CGT-protocol voor deze fenomenen, en illustreren dit protocol aan de hand van casuïstiek.

Trefwoorden: CGT, geesten, magie, bezetenheid, casestudie

INLEIDING

Spoken, duivels, djinns, nāga, winti, brua, zwarte magie, cinler, het boze oog, voodoo, wisi, occultisme, hekserij en wat al niet meer. Bijna alle culturen hebben benamingen voor bovennatuurlijke wezens of beïnvloedingsstrategieën, die mensen frustreren in hun sociaal-maatschappelijk functioneren. In dit artikel spreken we steeds van geesten en magie. De auteurs hebben zich de laatste jaren, samen met collega's, gespecialiseerd in de preventie van ernstige psychische klachten, zoals psychosen, middels een kortdurende preventieve cognitieve gedragstherapie (CGT) gericht op buitengewone ervaringen (van den Berg & van der Gaag, 2011; van der Gaag, Nieman, & van den Berg, 2013). Binnen de groep van hulpzoekende mensen met een 'ultra-

hoog risico' op ernstige psychische klachten viel ons op dat veel mensen last hadden van geesten of magie. Dit 'thema' deed zich zo veel voor dat wij hiervoor een apart thematisch CGT-protocol ontwikkeld hebben (van der Gaag, Staring, van den Berg, & Baas, 2013). Het geesten-, djinns- en magieprotocol is bedoeld voor therapeuten die in de ggz werken, en we veronderstellen dat er sprake is van een automatische selectie. De patiënt meldt zich immers bij de ggz voor psychische hulp, wat veronderstelt dat hij zijn klachten niet uitsluitend beschouwt vanuit zijn religieuze of culturele verklaringsmodel, en het dus opportuun is om een CGT-behandeling voor te stellen.

Geesten en magie in context

Het geloof in geesten en magie is waarschijnlijk zo oud als het menselijke bewustzijn, en veel mensen hebben buitengewone ervaringen, zoals hallucinaties (Ohayon, 2000). Een stokoude studie bij oudere volwassenen toonde bijvoorbeeld aan dat bijna de helft van de weduwen en weduwnaars met enige regelmaat de overleden partner ziet, en dat dit onafhankelijk was van cultuur of depressie (Rees, 1971). Driekwart van de mensen voert (kleine) rituelen uit voor geluk of bescherming (Wiseman, 2003; Wiseman & Watt, 2004). Dit soort positief bijgeloof zorgt er zelfs voor dat mensen taken beter uitvoeren, waarschijnlijk doordat zelfvertrouwen toeneemt (Damisch, Stoberock, & Mussweiler, 2010). Mensen zijn betekenisgevende wezens, en ingesteld op het herkennen van patronen en toekennen van betekenis zoals intentionaliteit, ook wanneer deze ontbreken. In Amerika gelooft 42% van de mensen in het bestaan van geesten ("Americans' Belief in God", 2013). In Groot-Brittannië is dit percentage zelfs 55%, waarmee meer Britten in geesten geloven dan in God (25%; "Unbelievably more Brits believe", 2014). Nederlanders zullen hier niet veel van verschillen. Hier trekken paranormaalbeurzen jaarlijks tienduizenden bezoekers, en Derek Ogilvy voert uitgebreide gesprekken met geesten en drie maanden oude baby's in zalen vol betalende bezoekers. De werkelijkheid is een sociaal construct, en factoren als cultuur en volksgeloof beïnvloeden hoe mensen buitengewone ervaringen interpreteren (Larøi et al., 2014). Zowel in het Westen als daarbuiten geeft een aanzienlijk deel van de mensen een 'paranormale' of religieuze betekenis aan buitengewone ervaringen (Castro, Burrows, & Wooffitt, 2014; Lim, Hoek, & Blom, 2014; van Duijl, Nijenhuis, Komproe, Gernaat, & de Jongh, 2010). Het is belangrijk te beseffen dat er volgens deze mensen dus helemaal niet altijd sprake is van een psychische stoornis als iemand buitengewone ervaringen heeft. Mensen die last hebben van geesten of magie melden zich in eerste instantie dan ook niet altijd bij de ggz. Uit onderzoek blijkt dat ongeveer tien procent van alle ggz-patiënten in Nederland eerst een alternatief of religieus genezer raadpleegt (Knipscheer & Kleber, 2005). Zo'n alternatief of religieus genezer biedt een verklaringsmodel voor de klachten, bijvoorbeeld bezetenheid, en biedt doorgaans een vorm van 'be-

handeling'. We hebben het hier ook niet alleen over allochtone Nederlanders. Jaarlijks bezoekt maar liefst een miljoen Nederlanders een alternatief genezer en de meeste gebruikers zijn hier erg tevreden over. Gemiddeld krijgen alternatief genezers een 8,1 als rapportcijfer, versus een 7,8 voor specialisten en een 7,7 voor huisartsen (Houben-van Hertten, 2014). Regelmatig bestaan de verschillende verklaringsmodellen naast elkaar en consulteert men zowel een ggz-professional als een alternatief genezer (Hoffer, 2012).

Geesten, magie en het cognitieve model

Bij veel mensen passen de ideeën over geesten en magie binnen de culturele, sociale of religieuze context. Men geeft er geen beangstigende betekenissen aan, heeft niet het idee dat deze fenomenen van grote negatieve invloed zijn op de levenswandel of voelt zich er zelfs gesterkt door. De gemiddelde Nederlandse praktiserende moslim bijvoorbeeld gelooft in djinns (die worden namelijk beschreven in de Koran), zegt wel eens een beschermende dua (spreuk) op, let erop met welke voet hij de toiletruimte binnenstapt of legt een koran naast zijn bed om het kwade af te wenden. Geesten en magie worden pas een probleem als mensen negatieve betekenissen aan ervaringen gaan geven: als ze gaan vrezen dat geesten hen iets aan zullen doen of dat alle tegenslag die ze ervaren veroorzaakt wordt door magie. De bijbehorende reactiepatronen houden de lijdensdruk in stand of verergeren deze (van den Berg & van der Gaag, 2010). Kortom, de *usual suspects* cognitie en gedrag, de centrale factoren binnen CGT, zijn ook bij deze problematiek van belang.

De disfunctionele betekenisgeving betreft doorgaans gedachten over de aanwezigheid van geesten of magie, de kwaadwillendheid of het doel van de 'belagers', en de macht of mate van invloed die de belagers kunnen hebben. De betekenisgeving is doorgaans gelaagd. Allereerst is er de primaire betekenisgeving over het feit dat er sprake is van een geest of magie. Een eerste opmerking is vaak dat men vreest een geest te zullen gaan zien of dat men bang is dat iemand magie toepast. Vervolgens heeft de persoon opvattingen over wat daar zo erg aan is. Dit betreft de negatieve verwachtingen rondom schade, bezetenheid, enzovoort, of de referentie naar negatieve basale evaluaties van het zelf of anderen.

Het ontstaan van deze negatieve ideeën over geesten en magie hangt vaak samen met buitengewone ervaringen of betekenisvolle gebeurtenissen in het leven. Mensen zien, horen, ruiken of voelen vreemde dingen, of hebben verontrustende ervaringen, bijvoorbeeld tijdens het inslapen (hypnagoog) of ontwaken (hypnopomp; Ohayon, 2000). Een voorbeeld van een dergelijke aanleiding is slaapverlamming, een fenomeen waar men in verschillende culturen verschillende verklaringen en namen voor heeft (Hoffer, 2009; de Jong, 2005). Zulke ervaringen kunnen geïnterpreteerd worden als tekenen van de aanwezigheid van een geest, waarna consoliderende factoren (zoals selectieve aandacht) in werking treden, die het probleem verder verergeren. Ideeën

over magie ontstaan vaak in perioden waarin mensen veel tegenslag ervaren op belangrijke levensgebieden, zoals gezondheid, werk, studie, liefde, vriendschappen, zwangerschap of financiën. Ook het krijgen van psychische klachten of daarmee gepaard gaande negatieve gedachten kunnen worden toegeschreven aan een externe bron: 'Iemand veroorzaakt deze negatieve gebeurtenissen via magie.' Regelmatig zijn er ook belangrijke kernopvattingen aanwezig betreffende thema's als gevaar, kwetsbaarheid, schuld, onrecht of wantrouwen naar anderen. Mensen zijn eerder in het leven bedrogen, misbruikt of mishandeld, of men heeft op cruciale momenten in het leven steun of warmte van anderen gemist (van der Gaag et al., 2013).

Vermijdings- en beveiligingsgedragingen zorgen er vaak voor dat de problemen voortbestaan en verergeren. Men gaat zich beveiligen tegen geesten door bijvoorbeeld met het licht aan te gaan slapen, met negatieve gevolgen voor de slaapkwaliteit, of voert rituelen uit om de magie te neutraliseren. Dergelijke gedragingen hebben het effect dat de negatieve opvattingen over geesten en magie versterkt worden en blijven voortbestaan.

HET GEESTEN-, DJINNS- EN MAGIEPROTOCOL

.....

Voor elke patiënt wordt een behandeling op maat ontworpen. De behandeling heeft een thematische focus en kan transdiagnostisch ingezet worden, los van de vastgestelde DSM-diagnose. De patiënt en de therapeut vormen samen een onderzoeksteam, dat gaat uitpluizen wat er precies gebeurt in het leven van de patiënt. De basisattitude van de therapeut is socratisch en cultureel-antropologisch. De therapeut probeert goed zicht te krijgen op wie de patiënt is en wat hij heeft meegemaakt, en tracht te begrijpen hoe de patiënt en zijn omgeving aankijken tegen bovennatuurlijke zaken. De therapeut informeert dus actief naar de culturele, sociale en religieuze context van de patiënt. Hoe kijkt de patiënt naar de werkelijkheid? Wat zijn en waren gebruiken in de familie? Hoe kijken de naasten van de patiënt tegen geesten, magie en buitengewone ervaringen aan? De therapeut probeert de patiënt dus absoluut niet te overtuigen, maar helpt deze in een zelfonderzoek betekenissen te verduidelijken binnen zijn persoonlijke context, en helpt hem vervolgens die opvattingen te onderzoeken en te toetsen. De patiënt is degene die daarbij het hardste werkt en het meeste werk verzet (van der Gaag et al., 2013).

Het protocol schrijft per fase voor wat de patiënt en therapeut samen te doen hebben (zie tabel 1). Na de introductie en een *pre-assessment* volgen een probleeminventarisatie middels het 'geesten-, djinns- en magie-interview', het maken van G-schema's (registraties van Gebeurtenis, Gedachten, Gevoelens, Gedragingen en Gevolgen), overige registraties en het vergaren van informatie vanuit de omgeving van de patiënt. Daarna stellen patiënt en

therapeut samen een probleemformulering op (zie figuur 1), en formuleren zij concrete en meetbare doelen voor de behandeling.

226

TABEL 1 *De acht stappen van het geesten-, djinns- en magieprotocol*

1	Introductie	
2	Pre-assessment	
3	Inventarisatie	
4	Probleemformulering en doelen stellen	
5	Interventie	a Behandelplan b Psycho-educatie (onder andere van cognitieve tendensen) c Cognitief uitdagen d Gedragsexperimenten en <i>exposure</i> -opdrachten e Negatieve kernopvattingen f Gedragsverandering
6	Post-assessment	
7	Consolidatie	
8	Eventuele booster-sessies	

Zoals bij veel cognitief gedragstherapeutische protocollen bestaat de essentie van de interventiefase uit het onderzoeken en uitdagen van de disfunctionele betekenisgeving, en het doorbreken van in stand houdende gedragingen. Daarbij gebruikt de therapeut een scala aan cognitieve en gedragsmatige technieken (Staring, van den Berg, Baas, & van der Gaag, 2014). Daarnaast kan psycho-educatie een belangrijke functie in de behandeling hebben, omdat het een alternatief perspectief biedt op de ervaringen van de patiënt en deze tevens normaliseert. De therapeut kan bijvoorbeeld vertellen dat 's nachts ontwaken en niet goed kunnen ademen door wetenschappers 'slaapverlamming' wordt genoemd, en dat het een onprettig, maar onschuldig verschijnsel is (de Jong, 2005). Of hij vertelt dat ons brein continu de omgeving scant op de aanwezigheid van andere mensen en dat in die patroonherkenning wel eens iets misgaat, waardoor we mensen of figuren denken te zien die er in feite niet zijn, en dat wetenschappers daar zelfs een naam voor hebben: 'pareidolie' (Sagan, 1995).

Het doel van de behandeling is (vanuit het perspectief van de therapeut) het verminderen van de lijdensdruk en verbeteren van het sociaal-maatschappelijk functioneren. Twijfelt de patiënt zelf over het bestaan van geesten of magie, en hangt hier geen identiteitsgeloof aan vast, dan kan het veel ople-

veren om het bestaan van geesten en magie te onderzoeken. Als de patiënt vervolgens zelf tot de conclusie komt dat geesten of magie niet bestaan, dan verliezen de overige negatieve opvattingen over hun aanwezigheid, kwaadwillendheid en macht ook automatisch hun geloofwaardigheid. Dat kan dus een zeer effectieve therapeutische strategie zijn. Bij veel patiënten zal de therapeut het bestaan van geesten of magie echter niet uitdagen, omdat daarmee een deel van de identiteit van de patiënt in twijfel wordt getrokken. Het uitdagen van het bestaan van djinns bij een vroom moslim bijvoorbeeld, of het uitdagen van het bestaan van de duivel bij een streng gelovig christen, is onverstandig. Voor deze mensen staat dit bestaan helemaal niet ter discussie. Proberen dit uit te dagen kan tot weerstand leiden en de therapeutische relatie beschadigen. Het is doorgaans verstandig om als therapeut een agnostisch standpunt in te nemen ten opzichte van het bestaan van geesten en magie.

De belangrijkste stap in de behandeling is het uitvoeren van gedragsexperimenten of *exposure*-opdrachten. De patiënt leert hierdoor dat hij niet gegrepen of bezeten wordt wanneer hij zijn vermijdings- en beveiligingsstrategieën achterwege laat, of dat hij wel degelijk succes kan hebben wanneer hij ondanks ideeën over magie probeert doelen te bereiken. ‘Beleven is geloven’, is het devies bij de behandeling. Het protocol sluit af met een nameting en aandacht voor het vasthouden van de gemaakte progressie. Indien gewenst wordt er een *booster*-sessie gepland.

CASUÏSTIEK

.....

In deze sectie presenteren wij twee gevalsbeschrijvingen van CGT bij geesten en magie. Gemeten hebben wij hierbij angst (BAI; range = 0-84; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988), depressie (BDI-II; range = 0-63; Beck, Steer, & Brown, 1996), cognitieve tendensen (DACOBS; range = 0-294; van der Gaag et al., 2013) en sociaal functioneren (PSP; range = 0-100; Morosini, Magliano, Brambilla, Ugolini, & Pioli, 2000). Tevens namen wij de Delusion Rating Scale af (DRS; range = 0-24; Haddock, McCarron, Tarrier, & Faragher, 1999), niet omdat wij geloven dat er altijd sprake is van wanen, maar omdat deze een informatieve dimensionale score geeft voor de mate van preoccupatie, overtuiging, lijdensdruk en verstoring van het leven door de geesten of magie. Een goede vragenlijst naar lijdensdruk als gevolg van geesten en magie bestaat naar ons weten nog niet.

Casus Fahima

.....

Introductie — Fahima, een 40-jarige alleenstaande, Marokkaanse vrouw meldt zich aan bij de ggz vanwege angstklachten. Tijdens de intake komt naar voren dat zij al jaren heel erg bang is voor djinns en dat dit haar hindert

in haar functioneren. Ze wordt aangemeld voor cognitieve gedragstherapie. De therapeut past het geesten-, djinns- en magieprotocol toe.

Fahima is opgegroeid in Marokko. In 1994 kwam ze bij een religieus genezer, die vertelde dat er 'voodoo' op het gezin was uitgeoefend. Zij moest op aanwijzing van de genezer enkele rituele handelingen uitvoeren. Diezelfde nacht verscheen er in haar droom een zwarte klauw met lange nagels. Zij kreeg nauwelijks lucht en het lukte haar niet om wakker te worden. Sindsdien is zij bang dat een djinn haar zal doden door middel van verstikking. In diezelfde periode is het gezin getuige geweest van een djinn die via moeder sprak. De djinn dreigde moeder iets aan te doen. Zowel vader als moeder zijn dat jaar na een kort ziekbed overleden, wat voor Fahima een bevestiging is dat djinns gevaarlijk zijn.

Fahima is erg angstig (BAI = 63) en durft al twintig jaar niet met het licht uit te slapen. Gemiddeld twee keer per week slaapt haar zus bij haar thuis. Zij slaapt al jarenlang slecht en de klachten hebben invloed op haar concentratie en stemming (BDI = 32). Zij is er 70% van overtuigd dat er 's nachts een djinn zal komen om haar te doden middels verstikking (DRS = 17). Er is sprake van verhoogde cognitieve tendensen, zoals selectieve aandacht voor gevaar (DACOBS = 162), en sprake van duidelijk verval in het sociaal functioneren (PSP = 55).

Uit schaamte praat Fahima niet met haar familie over haar angst voor djinns. Haar familie heeft het met elkaar nog wel eens over de gebeurtenissen van vroeger met de voodoo. Zij geloven ook allemaal in djinns, maar zij zijn niet van mening dat een djinn hen of hun zus lastigvalt.

Behandelverloop — Het geesten-, djinns- en magie-interview geeft de therapeut en Fahima meer inzicht in de opvattingen van Fahima over djinns, en de invloed van haar (culturele) achtergrond en leerervaringen. Fahima vertelt dat haar familieleden in Marokko allerlei rituelen uitvoeren om te voorkomen dat ze last krijgen van djinns. Fahima twijfelt niet aan het bestaan van djinns. De therapeut bespreekt op respectvolle wijze met Fahima hoe het komt dat zij als enige van de familie achterna wordt gezeten door een djinn. Zij geeft als verklaring dat zij degene is die de rituelen destijds moest uitvoeren, dat ze dit waarschijnlijk niet goed heeft gedaan en dat ze diezelfde nacht de droom had.

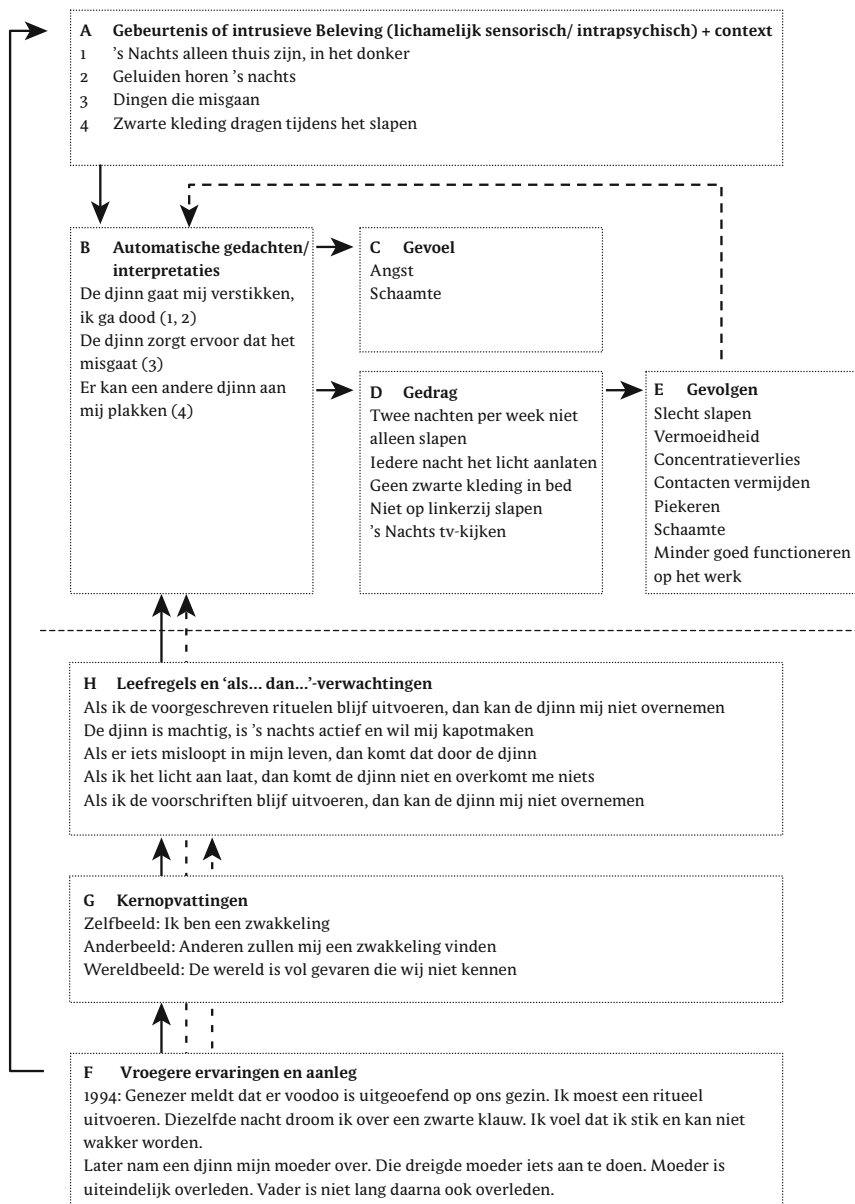
Fahima maakt G-schema's betreffende haar angst voor de djinn. Met deze informatie stellen Fahima en haar therapeut een probleemformulering op (figuur 1). Daarnaast stellen zij behandeldoelen op. Fahima wil zich sterker voelen en niet meer angstig zijn 's nachts. Concreet wil ze met het licht uit kunnen slapen en niet langer afhankelijk zijn van anderen die komen logeren, zoals haar zus. Zij hoopt dat ze beter gaat slapen, zich daardoor uitgeruster voelt en zich beter kan concentreren op haar werk (minimaal 4 keer per week verfrist ontwaken).

De therapeut vraagt toestemming om wat meer informatie te geven over mogelijke wetenschappelijke verklaringen voor haar ervaringen 's nachts. De psycho-educatie over slaaphallucinaties en slaapverlamming geven Fahima een nieuwe kijk op haar vroegere ervaringen. Zij begint uit zichzelf steeds vaker alternatieve verklaringen te onderzoeken, die zij noteert in G-schema's. Zo vertelt zij dat ze niet op haar linkerzij slaapt omdat ze bang is dat de djinn dan bezit van haar kan nemen. De therapeut onderzoekt dit op socratische wijze, waarna Fahima tot het besef komt dat veel mensen op hun linkerzij slapen en dat hen niets overkomt. Misschien gebeurt dat dus helemaal niet zo snel. Middels de historische toets concludeert Fahima dat zij al twintig jaar niet is gedood door de djinn, terwijl ze wel eens op haar linkerzij wakker is geworden, nadat ze zich in haar slaap per ongeluk had omgedraaid.

Het bespreken van de invloed van cognitieve tendensen maakt Fahima er bewust van dat zij geneigd is snel naar beangstigende conclusies te springen. Zij herkent bij zichzelf ook selectieve aandacht voor potentiële tekenen van de aanwezigheid van de djinn. Zij beseft daarbij ook dat ze banger is wanneer ze overdag over djinns gesproken heeft. Het uitvoeren van een taartpunt-techniek, waarbij mogelijke alternatieve verklaringen voor een bepaalde gebeurtenis onderzocht worden, helpt haar om bepaalde situaties met meer nuance te gaan bekijken.

Nu Fahima wat meer twijfelt over haar (centrale) opvatting dat er 's nachts een djinn rondwaart die haar wil doden, neemt de bereidheid toe om haar verwachtingen nader te onderzoeken middels gedragsexperimenten. Fahima denkt zelf actief mee over de experimenten en de volgorde ervan. Fahima en haar therapeut ontwerpen verschillende gedragsexperimenten (in zwarte kleding slapen, op de linkerzij gaan liggen, het licht uitlaten) die steeds meerdere keren herhaald worden. Steeds merkt Fahima dat zij niet gedood wordt. Ze merkt ook dat zij beter slaapt in het donker (wat door een slaapdagboek bevestigd wordt). Na de experimenten concludeert ze: 'Eigenlijk is er al twintig jaar niets gebeurd en ook niet in alle experimenten die ik de laatste tijd gedaan heb.'

De overtuiging van Fahima dat ze door een djinn gedood zal worden als ze zich 's nachts niet beveiligd, zakt van 70% naar 5%. De angst is sterk verminderd, maar soms kan deze nog opkomen. Zij heeft dan sterk het gevoel in gevaar te zijn. Dit gaat gepaard met een intrusief beeld van de zwarte klauw die zij twintig jaar geleden 's nachts zag. Er wordt besloten om EMDR op dit beeld toe te passen. In één sessie wordt het beeld 'bewerkt'. De betekenis van de ervaring verandert hierdoor. Zij ziet die nu als slaapverlamming en concludeert dat haar probleem nooit zo groot was geworden als ze toen CGT had ondergaan. Fahima voelt zich sterker. Zij slaapt beter en functioneert daarvoor ook beter op haar werk. Ook durft ze zich, met name 's avonds, vrijelijker te bewegen.

FIGUUR 1 *Probleemformulering Fahima*

Reflectie — Uit deze casus blijkt het belang van het vergaren van informatie over de culturele achtergrond, eerdere ervaringen met djinns en voodoo, en ook in hoeverre het systeem de opvattingen van de patiënt deelt. Het bestaan van djinns stond in deze behandeling niet ter discussie, maar wel de

centrale opvatting of djinns haar daadwerkelijk iets aan wilden doen. Fahima had al enige twijfel, dus er kon snel gestart worden met het uitdagen van deze centrale opvatting. Als gevolg hiervan ging Fahima ook twijfelen aan het bestaan van djinns. Maar de therapeut behield haar agnostische attitude.

Er is vrij veel tijd besteed aan het uitvoeren van de gedragsexperimenten in deze behandeling. Fahima bleef subtiele beveiligingsgedragingen toepassen bij het uitvoeren van de gedragsexperimenten. Zij ging bijvoorbeeld later naar bed, zodat de nacht minder lang zou duren. Zij wilde de experimenten het liefst ook maar enkele keren per week uitvoeren. Het is belangrijk om als therapeut gespitst te zijn op zulke subtiele vermijdings- en beveiligingsstrategieën. Deze kunnen de geloofwaardigheid van de uitkomsten van de gedragsexperimenten ondermijnen, doordat de patiënt de positieve uitkomsten hier onbewust aan toe kan schrijven. Verder kan het een valkuil zijn om (te lang) mee te gaan in het veiligheidsgedrag van de patiënt. Soms is het voor het behoud van voldoende motivatie echter noodzakelijk om de moeilijkheidsgraad van de gedragsexperimenten stap voor stap te verhogen, waarbij de therapeut steeds bespreekt of de negatieve verwachting is uitgekomen en wat dit betekent. Ook is het belangrijk de experimenten goed te timen: er moet minstens enige (gevoelsmatige) twijfel bestaan, anders is de kans op weerstand groot.

De behandeling wordt succesvol afgerond. Fahima is niet meer bang voor djinns (BAI voormeting = 63, nameting = 27). De resterende angstscore komt voort uit klassieke panieklachten als gevolg van lichamelijke sensaties, die volledig losstaan van de djinns. Fahima voelt zich minder somber na de behandeling (BDI voormeting = 32, nameting = 3). De preoccupatie en lijdensdruk is sterk afgenomen (DRS voormeting = 17, nameting = 6). Verder is er een afname van cognitieve tendensen (DACOBS voormeting = 162, nameting = 112) en haar functioneren in het dagelijkse leven is sterk verbeterd (PSP voormeting = 55, nameting = 85). Therapeut en Fahima vervolgen na de nameting de behandeling met het CGT-protocol voor paniek (Keijsers, van Minnen, & Hoogduin, 2011).

Casus Dinesh

Introductie — Dinesh, een 58-jarige man, wordt aangemeld voor CGT omdat hij last heeft van geesten. Hij is in behandeling voor alcoholafhankelijkheid en heeft nu al een aantal maanden niet gedronken. Desondanks blijft hij somber (BDI = 37) en angstig (BAI = 51). Zijn gedachten (DRS = 16) worden beheerst door geesten. Hij is er 100% van overtuigd dat geesten macht op hem uitoefenen en dat hij zich hiertegen moet wapenen. Zijn denkstijlen zijn dogmatisch, hij trekt snel conclusies en is zeer alert op gevaar. Dinesh heeft daarbij de neiging om zaken die mislopen toe te schrijven aan factoren buiten zichzelf. Hij beveiligt zich door het plaatsen van verse knoflook en

religieuze beelden. Hij reciteert mantra's en slaapt met een mes in zijn kus-sensloop (DACOBS = 233). Dinesh functioneert matig (PSP = 55) en heeft weinig contact met zijn familie. Zijn kennissenkring ontloopt hij omdat bij het merendeel de vriendschap gebaseerd was op de fles. Hij voelt zich eenzaam. Wel werkt hij een aantal dagdelen als vrijwilliger in een buurtcentrum, en sport hij af en toe.

Dinesh heeft drie kinderen. Hij is opgegroeid op het platteland van Suriname. Op zijn 23ste werd hij uitgehuwelijkt en vertrok hij met zijn vrouw naar Nederland. Dit was een welkome vlucht, aangezien vader het gezin terroriseerde en zijn zonen dwong het land te bewerken. Vader sloeg onvoorspelbaar, waarbij moeder het niet aandurfde hem te trotseren om haar kinderen te beschermen. Zij hilde veel. Vader had zelfs het perceel waar Dinesh zijn bruiloft mee zou bekostigen verkwanseld aan de drank. Na aankomst in Nederland kreeg Dinesh snel kinderen en ging hij werken in een magazijn. Hier werkte hij 32 jaar, tot hij vanwege een rughernia niet langer zwaar werk mocht verrichten en gedeeltelijk werd afgekeurd. Kort daarna is hij gescheiden door oplopende conflicten met zijn partner. Dinesh ontwikkelde de overtuiging dat zijn ex-vrouw zwarte magie op hem had laten uitvoeren. Zijn alcoholgebruik nam successievelijk toe.

Dinesh groeide op in een cultuur van geesten en magie. Vader was vaak dagenlang afwezig en verklaarde zijn afwezigheid door aan te geven dat hij op bakroejacht was geweest (een bakroe is een Surinaams dwergspook dat zich slaafs opstelt tegenover degene die hem vangt). Rond zijn twaalfde heeft Dinesh een schaduw gezien waarvan hij overtuigd was dat het een geest was. Zijn familie deelde deze verklaring niet. Vier jaar later zag hij een rituele geestuitdrijving op het lokale marktplein. Dit was voor hem het overtuigende bewijs voor het bestaan van geesten. Momenteel ervaart Dinesh regelmatig slaapverlamming, die hij interpreteert als een actie van een geest die tracht bezit van hem te nemen. Tijdens het ontwaken hoort hij af en toe tempelmuziek. Dit betekent voor hem dat hij op het nippertje ontsnapt is, dat het de geesten net niet gelukt is om bezit van hem te nemen.

In Suriname heeft Dinesh een winti wasi ondergaan (een ritueel kruidenbad). In Nederland heeft hij de hulp ingeschakeld van een alternatief genezer. Hier heeft hij vierhonderd euro voor betaald. Tijdens het tweede consult werd een bloedoffer voorgesteld, tegen een bedrag van tweeëntwintighonderd euro. Er werd hem verteld dat zolang de geesten macht over hem hadden, hij geen nieuwe vrouw zou vinden. Dinesh is hier niet op ingegaan, aangezien hem van jongs af aan is voorgehouden dat het offeren van bloed de duivel oproept.

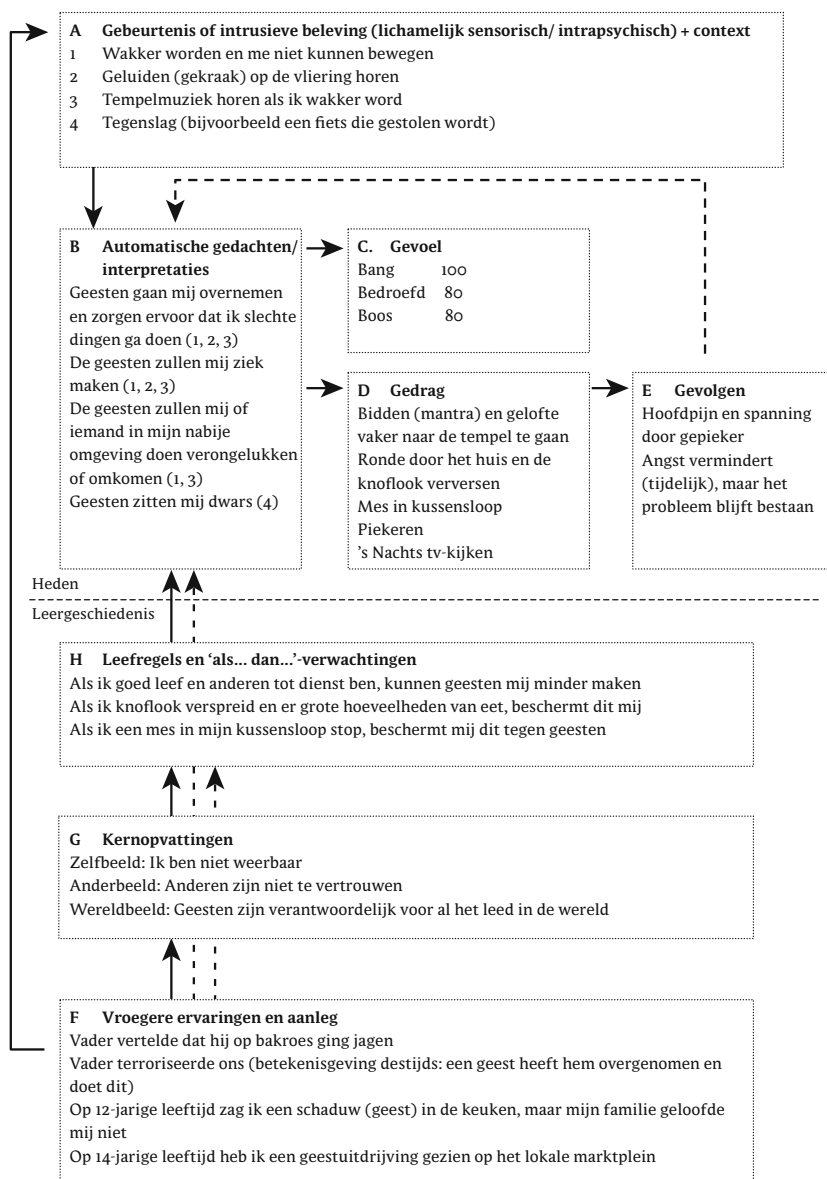
Behandelverloop — Tijdens de inventarisatiefase, waarin Dinesh en de therapeut samen proberen de problemen van Dinesh te verduidelijken en te begrijpen, geeft Dinesh aan dat hij twijfelt over het voortzetten van de behandeling. Hij merkt een toename van hoofdpijn en somberheid na de ses-

sies. Hij heeft het idee dat praten over geesten ziekmakend is. De therapeut stelt een interoceptief experiment voor met als doel hem te laten ervaren of hoofdpijn en stemming beïnvloed kunnen worden.

De therapeut laat Dinesh zijn aandacht richten op de locatie van zijn hoofdpijn. Dit leidt tot een toename van klachten. Vervolgens begeleidt de therapeut hem door een relaxatieoefening. De hoofdpijn neemt af en zijn stemming verbetert zienderogen. Na deze oefening wil Dinesh de behandeling continueren. Hij concludeert dat het waarschijnlijk is dat piekeren over geesten deze klachten veroorzaakt. Dinesh neemt zich tevens voor na elke sessie iets actiefs te gaan doen in plaats van thuis op de bank te gaan zitten piekeren. De therapeut en Dinesh stellen de probleemformulering op (figuur 2), waarbij Dinesh zichzelf de volgende doelen stelt: minder lijden onder de geesten (minimaal 50% daling op DRS), minder somber zijn (minimaal 50% daling op BDI), beter slapen (minimaal 5 keer per week binnen een half uur inslapen en verfrist ontwaken) en zich over het algemeen meer op zijn gemak voelen thuis.

Nu de probleemformulering helder is, geeft de therapeut, met toestemming van Dinesh, uitgebreidere psycho-educatie. Deze richt zich vooral op het fenomeen slaapverlamming en de hypnopompe hallucinaties (tempelmuziek). De therapeut presenteert deze informatie niet als waarheid, maar als mogelijk nuttige informatie vanuit westers wetenschappelijke hoek. Na het kijken van een informatieve *explanation* (een filmpje waarin een concept uitgelegd wordt) over de invloed van betekenisgeving en een filmpje over slaapverlamming (via YouTube-kanaal 'Gedachten Uitpluizen') begint Dinesh te twijfelen aan het idee dat geesten hem in zijn slaap proberen over te nemen. Hij denkt dat de wetenschappelijke verklaringen plausibel zijn en vindt het vooral een geruststellend idee dat erg veel mensen deze ervaring hebben. Dinesh maakt G-schema's en is steeds beter in staat zijn ervaringen van alternatieve, meer genuanceerde, verklaringen te voorzien. De invloed en macht van de geesten worden uitgedaagd middels verschillende cognitieve technieken. De therapeut voert een historische toets uit, waarbij Dinesh ontdekt dat het eigenlijk slechts één keer is voorgekomen dat hij door een geest werd overgenomen. Hij heeft toen in dronken toestand zijn ex-vrouw geslagen. Exploratie van dat moment middels een taartpunttechniek zorgt ervoor dat hij dit gedrag meer aan zichzelf begint toe te schrijven. Er zijn andere redenen waarom mensen dingen kunnen doen die ze eigenlijk niet willen, bijvoorbeeld omdat ze minder remmingen hebben als ze dronken zijn. Dit laatste leek Dinesh een waarschijnlijke verklaring voor zijn gedrag. Op dezelfde wijze bespreken de therapeut en Dinesh het agressieve gedrag van vader vroeger. Dinesh doet daarbij in zijn familie navraag over vader.

De overtuiging dat geesten hem kunnen overnemen wordt onderzocht middels de historische toets en het onderzoeken van de bewijzen voor en tegen dit idee. Daarna wordt het beveiligingsgedrag van Dinesh aan een kosten-batenanalyse onderworpen. Dinesh heeft zijn gedrag nooit eerder op

FIGUUR 2 *Probleemformulering Dinesh*

zo'n manier bekeken. Hij begint zich te realiseren dat er veel nadelen aan zijn strategieën kleven. De twijfel neemt toe bij Dinesh en zijn motivatie om te starten met de gedragsexperimenten stijgt. Dinesh en zijn therapeut ontwerpen samen een gedragsexperiment. Het aardappelschilmes in zijn kus-

sensloop blijkt Dinesh als laatste aan zijn beveiligingsrepertoire te hebben toegevoegd. Het idee om een week zonder mes te slapen vindt Dinesh nog een stap te ver gaan. Hij besluit de ene dag met het mes te gaan slapen, en de andere dag zonder. Zonder mes verwacht hij te worden overgenomen door een geest. Hij zal dan geen controle meer over zijn gedrag hebben en in het ergste geval zichzelf of een ander iets aandoen. Tijdens de evaluatie blijkt het niet uit te maken of hij het mes in zijn kussensloop stopt. Hij is niet overgenomen en ervoer zelfs geen slaapverlamming. Hij pakt hierna actief door en slaapt elke nacht zonder mes. Er gebeurt niets.

Als volgend gedragsexperiment stelt Dinesh voor om de mantra in te korten. Voordat hij gaat slapen, herhaalt hij 108 keer dezelfde mantra. Dit is tijdrovend en hij vindt het vervelend om te doen. De volgende week heeft hij zoals afgesproken de mantra één maal per avond gereciteerd. Zijn negatieve verwachting is niet uitgekomen. Binnen zijn kennissenkring is er niemand overleden en hij is niet overgenomen door een geest. Hij heeft wel slaapverlamming ervaren, maar dit schrijft hij inmiddels toe aan 'iets in zijn hersenen'. Zonder dat de therapeut hier direct op heeft geïntervenieerd, begint Dinesh zich hardop af te vragen of geesten überhaupt wel bestaan.

Dinesh gaat een week met familie op vakantie. Dit is een kans om een overtuigend experiment te doen naar de macht van de geesten. Hij verzamelt alle dingen waarvan hij denkt dat deze hem en zijn huis beschermen tegen geesten. Hij stopt de knoflook, beelden en posters in een verhuisdoos. Deze doos laat hij bij een vriend achter. Zijn negatieve verwachting is dat zijn huis zal afbranden. Hij vindt het een spannend experiment. De daaropvolgende sessie blijkt zijn huis ongeschonden te zijn gebleven. Na terugkomst van vakantie heeft hij zelfs drie nachten achtereen goed geslapen. Dinesh is opgetogen en vertelt zich lange tijd niet zo goed te hebben gevoeld. De overtuiging dat geesten bestaan daalt naar 5%. Het idee dat ze hem kunnen overnemen of iets aandoen vindt hij niet langer geloofwaardig. Hij voert geen vermijdings- en beveiligingsstrategieën meer uit.

Reflectie

Dinesh is niet langer overtuigd van het bestaan van geesten. Deze uitkomst had de therapeut verwacht noch bedoeld, gezien de mate van overtuiging bij aanvang van de behandeling. De insteek van de behandeling was het uitdagen van de *macht* die de geesten specifiek op Dinesh konden uitoefenen en niet het uitdagen van het *bestaan* van geesten. Bij de nameting blijkt Dinesh niet langer somber (BDI voormeting = 37, nameting = 3). De angst is verminderd, maar blijft aanzienlijk (BAI voormeting = 51, nameting = 40). Hij heeft last van claustrofobie en milde OCD-klachten, die volledig losstaan van zijn ideeën over geesten. Hij controleert het gasfornuis, de ramen en voordeur. Hij denkt nog dagelijks aan geesten (DRS voormeting = 16, nameting = 7),

maar de gedachten zijn vluchtig en hij ondervindt er weinig hinder van. Wat betreft denkstijlen (DACOBS voormeting = 233, nameting = 189) valt op dat hij minder snel conclusies trekt en meer geneigd is om alternatieve verklaringen te overwegen. Dinesh functioneert beter (PSP voormeting = 55, nameting = 75). Hij is actiever en het contact met zijn dochters is verbeterd. Hij voelt zich minder eenzaam. De controledwang vermindert vrij snel na enkele sessies CGT gericht op exposure met responspreventie. Hij voelt nog slechts tweemaal aan de klink van de voordeur.

Na twee maanden blijkt Dinesh weer forse klachten te hebben. Er zijn nu nachtmerries en herbelevingen. De diagnose PTSS wordt gesteld. Het idee dat vader bezeten was, heeft de klachten lang bedekt. Vaders gedrag verklaarde Dinesh vanuit deze bezetenheid, waardoor zijn angst en boosheid gericht waren op de geesten. Zo bleek uit de gesprekken met familieleden dat de bakroejacht het equivalent van een kroegavontuur was. De therapeut heeft stilgestaan bij de rouw die de hernieuwde betekenisgeving met zich mee zou brengen. De therapeut had de functie van de geesten onderschat. Dinesh betrok geesten bij al het leed in de wereld. Nu hij niet langer in geesten gelooft, realiseert hij zich dat mensen in staat zijn tot verschrikkelijke dingen. Zijn vader was helemaal niet bezeten door geesten en hij was het zelf die zijn ex-vrouw heeft geslagen. Dit maakt dat Dinesh nu veel last heeft van deze herinneringen. Dinesh start op korte termijn met imaginaire exposure gericht op de PTSS-klachten.

Toevoeging van systeeminterventies

In zijn algemeenheid raden wij aan belangrijke anderen van de patiënt minimaal één keer te zien in de beginfase van de behandeling. Dit levert informatie op over de opvattingen die binnen het systeem bestaan over geesten en magie, en over mogelijke thema's of spanningen die aanwezig zijn binnen het systeem. Vooral bij magie kan de problematiek een interpersoonlijk karakter hebben, aangezien er bij magie een veronderstelde dader is, een ander mens. Dat is vaak een bekende van de patiënt (ook hier is het schoonmoeder die het vaak heeft gedaan). In zulke situaties kan het CGT-protocol aangevuld worden met systeeminterventies. Belangrijke thema's als expliciete of impliciete conflicten binnen het systeem kunnen daar op passende wijze besproken worden. Als zulke zaken door het systeem goed doorwerkt kunnen worden, maakt dit de aanname dat de veronderstelde dader magie heeft uitgeoefend minder geloofwaardig. Zo verdwenen de ideeën over voodoo van een patiënte na twee systeemgesprekken, waarin ze kon uiten dat ze zich niet geaccepteerd voelde door haar schoonfamilie. Nadat de schoonfamilie dit weersprak en uitlegde hoe ze aan elkaar hadden moeten wennen, maar haar nu zeer waardeerde, verdween een groot deel van haar preoccupatie met magie. Het hielp daarbij ook dat de therapeut haar man prikkelde om meer naast zijn vrouw te gaan staan in familiediscussies. Hoewel wij niet denken dat dit bij elke behandeling nodig is, kan het uitgebreider betrekken van het systeem soms een voorwaarde zijn voor een geslaagd therapeutisch proces. Het geniet daarbij de voorkeur om de systeemtherapie

parallel aan de CGT te laten lopen, zodat de focus van de individuele CGT behouden blijft.

237

Een korte illustratie

Een 52-jarige Française is ervan overtuigd dat haar moeder voodoo op haar heeft laten uitvoeren. Alle tegenslagen, alsmede haar somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, schrijft zij toe aan de voodoo die via haar moeder op haar uitgeoefend wordt. Patiënte is geboren in koloniaal Afrika en opgegroeid met de lokale gebruiken. Haar familieleden, zoals haar moeder en haar eigen dochter, geloven ook in voodoo. Het is binnen haar familie een geaccepteerd fenomeen. Moeder is zelfs bevriend met een voodoopriester.

De biografie van patiënte leest als een schelmenroman. Haar leven is tumultueus verlopen, net als de relatie met haar moeder. Patiënte is de facto opgevoed door opa en oma en hun personeel. Patiënte heeft haar moeder op 6-jarige leeftijd betrappt met een andere man en heeft moeder hier vervolgens mee gechanteerd. Haar moeder werd door haar partner, de vader van patiënte, regelmatig ernstig mishandeld. Toen patiënte 12 jaar oud was, is moeder naar het buitenland gevlucht. Patiënte bleef achter bij vader en voelde zich ontzettend in de steek gelaten. Ze neemt haar moeder dit tot vandaag de dag kwalijk.

Na de CGT-inventarisatiefase en probleemformulering besluiten therapeut en patiënte om de behandeling eerst te richten op de relatie tussen patiënte en haar moeder, aangezien hierbinnen enkele belangrijke onopgeloste conflicten spelen. Ze gaan daarnaast, met een lagere intensiteit, wel door met het uitpluizen en toetsen van bepaalde opvattingen van patiënte over beïnvloeding middels voodoo. Het is helaas moeilijk om moeder in de therapiekamer te krijgen, aangezien zij in Zuid-Frankrijk woont. Een oefening met rolwisseling doet patiënte milder oordelen over haar moeder. De therapeut moedigt patiënte aan om met haar moeder te gaan praten tijdens haar komende vakantie in Zuid-Frankrijk. Moeder heeft eerder al een schriftelijke handreiking gedaan, echter telkens als patiënte en moeder in gesprek gaan, explodeert de situatie.

Het gesprek met moeder wordt voorbereid binnen de therapie, waarbij diverse communicatiestrategieën worden besproken. Patiënte bezoekt moeder inderdaad een aantal malen tijdens de vakantie. Moeder blijkt het niet makkelijk te hebben gehad de laatste tijd. Ze heeft diverse tegenslagen te verwerken gekregen en blijkt ernstig ziek te zijn. Dat zorgt ervoor dat patiënte met meer compassie en mededogen over haar moeder gaat denken, en haar excuses kan accepteren. De gesprekken met moeder zijn verbindend en patiënte begint meer begrip voor het gedrag van haar moeder in het verleden te ontwikkelen. Een stap in de goede richting.

Na terugkomst bespreekt patiënte met haar therapeut wat het voorgaande betekent voor haar opvatting dat moeder voodoo op haar heeft laten uitoefenen. Patiënte blijkt daar niet langer van overtuigd. De overtuiging dat er voodoo op haar wordt uitgeoefend is ook verminderd, maar nog niet verdwenen. Zij schrijft de voodoo nu toe aan een vriendin, die zich tijdens een autorit negatief over haar uitliet. Het motief zou jaloezie zijn. Dat het nu beter gaat met patiënte zou moeilijk te verdra-

gen zijn voor deze vriendin. Er wordt dus vervolgd met CGT middels het geesten-, djinns- en magieprotocol. De relatie met de vriendin wordt daarnaast onderwerp van gesprek.

DISCUSSIE

.....

Hoewel er opiniepeilingen zijn gehouden over het geloof in bovennatuurlijke zaken als geesten en magie, is er geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de prevalentie van lijdensdruk als gevolg van deze fenomenen. In de klinische praktijk komen behandelaren die werken met angst, psychose en depressie deze thema's niettemin tegen, zeker als ze ernaar vragen. In Den Haag (*catchment area* 500.000) zien wij op de afdeling *early detection and intervention* wekelijks mensen die last hebben van geesten of magie. Deze mensen komen naar voren uit een screening waarin op directe wijze gevraagd wordt naar lijdensdruk onder buitengewone ervaringen (Ising et al., 2012). Er heeft zover wij weten ook geen wetenschappelijk onderzoek plaatsgevonden naar de effectiviteit van psychologische of farmacologische behandeling van geesten of magie. Er bestonden voorheen ook nog geen specifieke behandelprotocollen. Daarnaast vindt de 'behandeling' van mensen die last hebben van geesten of magie, zoals we eerder aangaven, voor een significant deel plaats in het religieuze of alternatieve circuit (Houben-van Herten, 2014). Veel patiënten die zich uiteindelijk bij de ggz melden, hebben eerder aangeklopt bij een traditionele genezer, medium, geestelijke, djinn-uitdrijver, exorcist, bonuman, lukuman, fqih of sjamaan (Knipscheer & Kleber, 2005). Soms heeft dit resultaat, in ieder geval tijdelijk, soms zijn het echter regelrecht traumatische ervaringen. Wij zien mensen bij wie men gepoogd heeft geesten uit te drijven middels stokslagen en andere nare fysieke of seksuele mishandelingen. Ook zien we regelmatig mensen die eerst bang werden gemaakt (iemand kwam hun bijvoorbeeld vertellen dat ze in gevaar waren) en vervolgens gestimuleerd om ter bescherming steeds duurdere rituelen uit te voeren (zie casus Dinesh). Er zijn natuurlijk ook slechte psychologen en artsen, maar controle en tuchtrecht ontbreken in het alternatieve circuit. Wij raden verwijzing naar het alternatieve circuit dan ook af. Wel adviseren we met patiënten in gesprek te gaan over eventuele behandeling in het alternatieve of religieuze circuit. De ggz-behandelaar kan het beste een open instelling hanteren en op geïnteresseerde wijze vragen naar de ervaringen met alternatief genezers. Dit vergroot de kans dat de patiënt die openlijk deelt. Geestelijk verzorgers kunnen een belangrijke brugfunctie tussen de verschillende verklaringsmodellen vormen en patiënten van gepast advies voorzien. Reguliere en alternatieve (of religieuze) behandelingen kunnen prima samengaan, indien die behandelingen niet schadelijk zijn en een billijke prijs hebben (Hoenders, Appelo, & de Jong, 2014).

Het is duidelijk dat de sociale en culturele context van mensen van invloed is op de betekenisgeving aan buitengewone ervaringen (Larøi et al., 2014). Het is daarom van belang dat de therapeut vanuit een agnostische (niet-wetende), oprechte houding informeert naar, en aansluit bij, de belevingswereld van de patiënt en zijn omgeving. Het kan daarbij helpen om iets te weten van de fenomenen die binnen een cultuur spelen, maar zonder aannames informeren kan ook goed werken. Het is een foutieve aanname dat elke islamiet hetzelfde denkt over djinns of dat alle christenen dezelfde betekenis aan de duivel geven. Wij horen juist vele verschillende en zeer uiteenlopende interpretaties. Het gaat om iemands unieke visie op de werkelijkheid. Sommige patiënten geven aan dat zij de voorkeur geven aan een therapeut met dezelfde etnische of culturele achtergrond, vaak vanuit het idee dat deze de persoon beter zal begrijpen. We horen echter even vaak dat patiënten het fijn vinden dat de therapeut juist een andere achtergrond heeft. Deze mensen geven aan dat ze zich veiliger voelen om er open over te spreken, zonder schaamte, of geven aan dat zij het fijn vinden een heel andere visie op bovennatuurlijke zaken te horen. Wij adviseren derhalve dit thema bij aanvang van de behandeling te bespreken met de patiënt.

Het geesten-, djinns- en magieprotocol is een thematisch protocol, dat transdiagnostisch gebruikt kan worden bij geesten en magie die lijdensdruk veroorzaken, waarbij er niet primair sprake is van auditieve verbale hallucinaties (stemmen die tegen of over de patiënt spreken, of opdrachten geven). Indien de voornaamste klacht van de patiënt auditieve verbale hallucinaties betreft die worden geïnterpreteerd als geesten, duivels, djinns of andere bovennatuurlijke wezens, adviseren wij het gebruik van het bijbehorende stemmenprotocol (van der Gaag et al., 2013).

Het geesten-, djinns- en magieprotocol is gebaseerd op aangetoond effectieve cognitieve gedragstherapie die gebruikt wordt bij angststoornissen en psychosen (Hofman & Smits, 2008; Turner, van der Gaag, Karyotaki, & Cuijpers, 2014; van der Gaag, Valmaggia, & Smit, 2014). Er is geen kwalitatief onderscheid tussen deze klachten en andere angst- of psychoseklachten. Het is tevens onze klinische ervaring dat de toepassing van dit protocol de lijdensdruk onder geesten en magie kan verminderen. Er is echter behoefte aan wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van dit specifieke protocol. Wij passen dit protocol nu twee jaar toe en in veel gevallen met positief resultaat. Veel patiënten blijven geloven in geesten of magie, maar worden in hun functioneren niet langer beperkt door deze fenomenen. Wij hebben tot op heden naar schatting vijftig mensen behandeld met dit protocol. Tal van patiënten benadrukken na de behandeling dat ze veel baat hadden bij het feit dat de therapeut enerzijds aansloot bij hun belevingswereld en achtergrond, en anderzijds kwam met een (cognitief-gedragstherapeutische) rationale die uitzicht bood op verandering. De onderzoekende attitude van het uitpluizen en toetsen van negatieve verwachtingen in gedragsexperimenten wordt door veel patiënten als essentieel onderdeel van de behandeling ervaren. De

omgeving van de patiënt waardeert het om bij de behandeling betrokken te worden. Vaak is het zo dat zij de opvattingen over het bestaan van geesten en magie met de patiënt delen, maar niet het idee dat de patiënt daadwerkelijk het slachtoffer is van geesten en magie, of in werkelijk gevaar verkeert. Uit onderzoek zal moeten blijken of dit CGT-protocol inderdaad de lijdensdruk onder geesten en magie vermindert, en daarmee het dagelijks functioneren verbetert. Op deze manier hopen we ervoor te zorgen dat het reguliere ggz-systeem een adequaat alternatief kan bieden voor mensen die lijden onder geesten of magie.

INFORMATIE OVER HET PROTOCOL EN NUTTIGE MIDDELEN

.....

Het geesten-, djinns- en magieprotocol is een van de zeven protocollen van *Gedachten uitpluizen* (van der Gaag et al., 2013). Het 'kale' protocol en alle gebruikte therapieformulieren en tests kunnen gratis gedownload worden van de website www.gedachtenuitpluizen.nl. Hier vindt u ook informatie van ZoZitDat's en explanimations over het onderwerp. Tevens kunt u van deze website gratis het *Gedachten uitpluizen: Therapeutische technieken en vaardigheden* boek downloaden, waarin alle gebruikte CGT-technieken beschreven staan (Staring et al., 2014). Voor elke techniek en vaardigheid staat hierin beschreven wanneer ze toe te passen is, wat de rationale ervan is, hoe ze stapsgewijs uitgevoerd dient te worden, een uitgeschreven praktijkvoorbeeld en *tips and tricks* voor de uitvoering.

DAVID VAN DEN BERG Centrum Eerste Psychose/Early Detection and Intervention Team Parnassia, Den Haag. Wetenschappelijk Onderzoek en Innovatie Parnassia. *Adres:* Zoutkeetsingel 40, 2512 HN Den Haag.

BIANCA RAIJMAKERS Centrum Eerste Psychose/Early Detection and Intervention Team, Parnassia. *Adres:* Lijnbaan 4, 2512 VA Den Haag.

ARNOLD SCHOLTEN Brijder verslavingszorg, Den Haag. *Adres:* Zoutkeetsingel 40, 2512 HN Den Haag.
Correspondentieadres: Drs. David van den Berg, Zoutkeetsingel 40, 2512 HN Den Haag. E-mail: d.vandenberg@parnassia.nl

Summary The belief in spirits and magic is of all times and all cultures. Much of the world's population believes in supernatural powers or beings. While this does not distress most people, some are greatly affected by ideas about spirits or magic. They are scared or frustrated, and are limited in their social functioning. To our knowledge, there are no prevalence data on distress caused by the belief in spirits or magic. In clinical practice we find a significant proportion of the mental health care users to be distressed by these phenomena. Many of these people now find help in alternative medicine or religious forms of 'treatment'. We believe that for

many people CBT may be effective. This article describes the cultural and social context of the CBT treatment of distress caused by spirits and magic. In addition, we present the rationale and overall design of a CBT protocol for these phenomena and illustrate this with two case examples.

Keywords: CBT, ghost, magic, possession, case study

Literatuur

- Americans' belief in God, miracles and heaven declines (2013). Gevonden op 12 mei 2015, op <http://www.harrisinteractive.com/NewsRoom/HarrisPolls/tabid/447/ctl/ReadCustom%20Default/mid/1508/ArticleId/1353/Default.aspx>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Castro, M., Burrows, R., & Wooffitt, R. (2014). The paranormal is (still) normal: The sociological implications of a survey of paranormal experiences in Great Britain. *Sociological Research Online*, 19(3).
- Damisch, L., Stoberock, B., & Mussweiler, T. (2010). Keep your fingers crossed! How superstition improves performance. *Psychological Science*, 21, 1014-1020.
doi:10.1177/095679761037263
- de Jong, J. T. V. M. (2005). Cultural variation in the clinical presentation of sleep paralysis. *Transcultural Psychiatry*, 42, 78-92.
doi:10.1177/1363461505050711
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., & Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29, 879-89.
- Hoenders, R., Appelo, M., & de Jong, J. (2014). *Integrale geneeskunde: Een brug tussen reguliere en alternatieve geneeswijzen passend bij de tijdgeest*. GGZet Wetenschappelijk, 18, 48-63.
- Hoffer, C. (2009). *Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders: Beleving en hulpzoekgedrag*. Assen: Uitgeverij Van Gorcum.
- Hoffer, C. (2012). Religieuze tradities, volksgeloof en religieuze geneeswijzen in multicultureel Nederland. In P. J. Verhagen & H. J. G. M. van Megen (Eds.), *Handboek psychiatrie, religie en spiritualiteit*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621-632.
- Houben-van Herten, M. (2014). *Bijna 1 miljoen mensen onder behandeling van een alternatieve genezer*. Retrieved from <http://www.cbs.nl>
- Ising, H. K., Veling, W., Loewy, R. L., Rietveld, M. W., Rietdijk, J., Dragt, S., ... van der Gaag, M. (2012). The validity of the 16-item version of the prodromal questionnaire (PQ-16) to screen for ultra high risk of developing psychosis in the general help-seeking population. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 1288-96. doi:10.1093/schbul/sbs068
- Keijsers, G., van Minnen, A., & Hoogduin, C. A. L. (2011). *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten, deel 1*. Amsterdam: Boom.
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2005). Migranten in de ggz: Empirische bevindingen rond gezondheid, hulp-

- zoekgedrag, hulpbehoeften en waar-
dering van zorg. *Tijdschrift voor Psy-
chiatric*, 47, 753-759.
- Larøi, F., Luhrmann, T. M., Bell, V., Chris-
tian, W. A., Deshpande, S., Ferny-
hough, C., ... Woods, A. (2014). Cul-
ture and hallucinations: Overview
and future directions. *Schizophrenia
Bulletin*, 40 (Suppl 4), S213-20.
doi:10.1093/schbul/sbu01
- Lim, A., Hoek, H. W., & Blom, J. D.
(2014). The attribution of psychotic
symptoms to jinn in islamic patients.
Transcultural Psychiatry, 52, 18-32.
doi:10.1177/1363461514543146
- Morosini, P. L., Magliano, L., Brambilla,
L., Ugolini, S., & Pioli, R. (2000). De-
velopment, reliability and acceptability
of a new version of the DSM-IV
Social and Occupational Functioning
Assessment Scale (SOFAS) to assess
routine social functioning. *Acta Psy-
chiatrica Scandinavica*, 101, 323-329.
- Ohayon, M. M. (2000). Prevalence of
hallucinations and their pathological
associations in the general popula-
tion. *Psychiatry Research*, 97, 153-164.
- Rees, W. D. (1971). The hallucinations of
widowhood. *British Medical Journal*,
4, 37.
- Sagan, C. (1995). *The demon-haunted
world: Science as a candle in the dark*.
New York: Random House.
- Staring, A. B. P., van den Berg, D. P. G.,
Baas, J., & van der Gaag, M. (2014).
*Gedachten uitpluizen: Therapeutische
technieken en vaardighedenboek*.
Oegstgeest: Stichting Cognitie en
Psychose.
- Turner, D. T., van der Gaag, M., Karyota-
ki, E., & Cuijpers, P. (2014). Psycho-
logical interventions for psychosis: A
meta-analysis of comparative out-
come studies. *American Journal of
Psychiatry*, 171, 523-538. doi:10.1176/
appi.ajp.2013.13081159
- Unbelievably more Brits believe in
aliens, ghosts and UFOs than God
(2014). Gevonden op 12 mei 2015, op
<http://www.ripleyslondon.com/>
content/uploads/2014/12/Supernatur-
al-press-release-Final.pdf
- van den Berg, D., & van der Gaag, M.
(2010). Cognitieve gedragstherapie
bij het voorkomen van ernstige psy-
chiatrische klachten. *Psychopraxis*,
2010(1), 7-10.
- van den Berg, D., & van der Gaag, M.
(2011). Voorkomen is beter dan
genezen: Early detection and inter-
vention team Den Haag. *GZ-psycholo-
gie*, 2, 12-17.
- van der Gaag, M., Nieman, D., & van den
Berg, D. (2013). *CBT for those at risk of
a first episode psychosis: Evidence-
based psychotherapy for people with
an 'at risk mental state'*. London; New
York: Routledge.
- van der Gaag, M., Schütz, C., ten Napel,
A., Landa, Y., Delespaul, P., Bak, M.,
... de Hert, M. (2013). Development
of the davos assessment of cognitive
biases scale (DACOBS). *Schizo-
phrenia Research*, 144, 63-71.
doi:10.1016/j.schres.2012.12.01
- van der Gaag, M., Staring, A. B. P., van
den Berg, D. P. G., & Baas, J. (2013).
*Gedachten uitpluizen: Cognitief ge-
dragstherapeutische protocollen bij
psychotische klachten*. Oegstgeest:
Stichting Cognitie en Psychose.
- van der Gaag, M., Valmaggia, L. R., &
Smit, F. (2014). The effects of individ-
ually tailored formulation-based cog-
nitive behavioural therapy in audito-
ry hallucinations and delusions: A
meta-analysis. *Schizophrenia Re-
search*, 156, 30-37. doi:10.1016/j.
schres.2014.03.016
- van Duijl, M., Nijenhuis, E., Komproe,
I. H., Gernaat, H. B., & de Jong, J. T.
(2010). Dissociative symptoms and
reported trauma among patients with
spirit possession and matched healthy
controls in Uganda. *Culture, Medicine
and Psychiatry*, 34, 380-400.
doi:10.1007/s11013-010-9171-1
- Wiseman, R. (2003). *UK superstition
survey*. Psychology Department,
University of Hertfordshire. Gevon-

den 12 mei 2015 http://www.richardwiseman.com/resources/superstition_report.pdf
Wiseman, R., & Watt, C. (2004). Meas-

uring superstitious belief: Why lucky charms matter. *Personality and Individual Differences*, 37, 1533-1541.
doi:10.1016/j.paid.2004.02.00

Er (niet) in duiken

Angststoornissen bij kinderen met een autismespectrumstoornis

JACQUELINE T. BAILLY & PETER J. DAANSEN

Samenvatting

Bij kinderen met angststoornissen is cognitieve gedragstherapie (CGT) een effectieve behandelmethode, die veelvuldig wordt toegepast. Minder evidentie bestaat er voor de toepassing van CGT bij kinderen met een autismespectrumstoornis (ASS) en comorbide problematiek, zoals angst of een obsessieve-compulsieve stoornis. ASS is een complicerende factor bij het toepassen van CGT, die de therapie-uitkomst nadelig kan beïnvloeden. In dit artikel willen we laten zien hoe CGT bruikbaar kan zijn voor de behandeling van angstklachten bij kinderen met ASS, en op welke manier de behandeling aangepast kan worden om aan te sluiten bij de autismespectrumproblematiek. We starten met een beschrijving van de relevante literatuur, en zullen vervolgens de behandeling illustreren met een gevalbeschrijving. We sluiten af met een korte discussie.

Trefwoorden: autismespectrumstoornis, CGT, angst

INLEIDING

Een autismespectrumstoornis (ASS) is een pervasieve ontwikkelingsstoornis, die gekenmerkt wordt door beperkingen in de sociale communicatie en interactie, en door een beperkt repertoire van gedragspatronen, interesses of activiteiten (American Psychiatric Association (APA), 2013). Hoewel er in de voorgaande versie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) nog sprake was van verschillende autismespectrumstoornissen, zoals de autistische stoornis, stoornis van Asperger en PDD-NOS, zal in het vervolg in lijn met de criteria van de DSM-5 gesproken worden van een autismespectrumstoornis. Ten tijde van de behandeling van de cliënt in de in dit artikel besproken casus was er sprake van de diagnose 'stoornis van Asperger'.

De aard en ernst waarmee de symptomatologie van een patiënt met ASS zich manifesteert is niet alleen tussen individuen wisselend, maar kan ook bij een en hetzelfde kind op verschillende tijdstippen in zijn leven anders tot uitdrukking komen (APA, 2013). Mensen met een ASS kennen vaak een zwakke centrale coherentie, een beperkte *Theory of Mind* (inlevingsvermogen) en hebben moeite met executieve functies (Frith, 2005). Aanwijzingen voor een zwakke centrale coherentie zijn het benoemen van veel (irrelevante) details, moeite met de integratie tot een geheel, moeite met het leggen van logische en juiste oorzaak-gevolgverbanden, en het onvermogen om hoofd- en bijzaken van elkaar te onderscheiden. Een beperkte Theory of Mind blijkt uit het onvermogen om voldoende af te stemmen op de behoeften van anderen. Een verminderde flexibiliteit, moeite met het overzien van het geheel, en tegen problemen aanlopen in planning en organisatie van gedrag, passen bij problemen in het executieve functioneren.

PREVALENTIE VAN ASS

.....

In de Verenigde Staten bedraagt de prevalentie van ASS naar schatting 1,5% onder 8-jarige kinderen (Baio, 2014). In Nederland wordt bij kinderen tussen de 4 en 12 jaar op basis van ouder rapportage een hoger cijfer gevonden, en wel 2,8%. Voor deze stoornis is daadwerkelijk 1,9% in behandeling (Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), 2014). In de Verenigde Staten steeg de geschatte prevalentie van autismespectrumstoornissen tussen 2006 en 2008 met 23% procent, en tussen 2002 en 2008 zelfs met 78% (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2014). Onder 3-jarigen die geboren zijn in 2000 is de prevalentie van de stoornis met 18% toegenomen ten opzichte van 3-jarigen uit 1994 (CDC, 2012). De oorzaak van deze toename is niet duidelijk, maar een mogelijke verklaring is dat deze veroorzaakt is door de veranderende diagnostische criteria in de DSM-IV ten opzichte van de oudere DSM-III-R (King & Bearman, 2009). De invoering van de DSM-5 zal naar verwachting wederom van invloed zijn op de prevalentie cijfers (Mayes, Black, & Tierney, 2013; van der Sijde, 2013).

COMORBIDE ANGSTKLACHTEN BIJ ASS

.....

Een ASS gaat vaak gepaard met comorbide psychiatrische stoornissen, zoals angststoornissen, obsessieve-compulsieve stoornissen en depressieve stoornissen (Mazzone, Ruta, & Reale, 2012; van Steensel, Bögels, de Bruin, & Dirksen, 2013). De prevalentie cijfers van comorbide klachten zijn echter niet eenduidig. Volgens Simonoff et al. (2008) heeft 70% van de kinderen met ASS één as-I-stoornis en heeft 40% zelfs twee of meer as-I-stoornissen. Ongeveer 40% van de kinderen met ASS is klinisch angstig (van Steensel,

Bögels, & Perrin, 2011). Dit zijn aanzienlijk meer kinderen dan in de reguliere populatie, waar percentages worden gevonden tussen de 2,2% en 27%. Gemiddeld komt een angststoornis twee maal vaker voor bij kinderen met ASS in vergelijking tot zich normaal ontwikkelende kinderen (Costello, Egger, & Angold, 2005). Vooral de specifieke fobie (29,8%) en obsessieve-compulsieve stoornis (17,4%) worden vaak gediagnosticeerd (van Steensel et al., 2011).

Er zijn verschillende mogelijke verklaringen voor de hoge comorbiditeit van angststoornissen bij ASS. Een eerste verklaring is dat angstklachten bij mensen met ASS veroorzaakt worden door hun verhoogde gevoeligheid voor omgevingsprikkels en hun sensorische sensitiviteit (Pfeiffer, Kinnealey, Reed, & Helzberg, 2005). Een andere verklaring is dat angst bij mensen met een ASS ontstaat door de sociale problemen die samengaan met ASS. Dit lijkt vooral van toepassing op hoogfunctionerende kinderen met een ASS, aangezien zij zich vaker bewust zijn van hun sociale tekorten (White, Oswald, Ollendick, & Scahill, 2009). Diagnostisch is onderscheid maken tussen ASS en een angststoornis niet eenvoudig. Kinderen met angststoornissen vertonen namelijk meer kenmerken van ASS, en andersom laten kinderen met een ASS meer angstig gedrag zien dan kinderen uit de normale populatie. Uit onderzoek bleek dat kinderen met een ASS wel meer problemen hebben in het sociale domein dan kinderen met een angststoornis (van Steensel, de Bruin, & Bögels, 2012). Zij hebben namelijk meer problemen in het contact met leeftijdsgenoten, maken minder gebruik van non-verbale communicatie en zijn minder sociaal mededeelzaam. Daaruit is te concluderen dat differentiaal-diagnostisch vooral de sociale ontwikkeling onderscheidend is tussen een ASS en een angststoornis.

BEHANDELING BIJ ASS

.....

Een ASS is een levenslange handicap, die niet te genezen is en waarvoor nog geen *evidence-based* behandeling bestaat. Gerandomiseerd onderzoek naar de effectiviteit van de gedragsmatige interventies bij ASS is schaars (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), 2009). Tot op heden zijn er in Nederland slechts vier goed onderbouwde en effectieve interventies gericht op de behandeling van kinderen met autisme (Nederlands Jeugdinstituut (NJI), 2015). De kennis op het gebied van de behandeling van ASS is voornamelijk *expert-based*: over het algemeen zijn klinici het eens welke werkzame bestanddelen een behandeling moet bevatten. Een effectieve behandeling is volgens hen gebaseerd op de educatieve benadering van Howlin en Rutter (1994) (NVvP, 2009; van Rooijen & Rietveld, 2013). Hierin staan het stimuleren van de ontwikkeling, het beperken van de nadelige gevolgen van de stoornis en het aanpakken van comorbiditeit centraal. Dit advies vinden we ook in de Engelse richtlijnen voor behandeling van ASS bij kinderen en

jongeren terug, waarin geadviseerd wordt om bij comorbide angstklachten cognitieve gedragstherapie te overwegen (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2013). In de praktijk zien we dan ook steeds vaker dat cognitieve gedragstherapie wordt ingezet (Connolly, Suarez, & Sylvester, 2011; Creswell, Waite, & Cooper, 2014; Rotheram-Fuller & MacMullen, 2011; Silverman, Pina, & Viswesvaran, 2008). Cognitieve gedragstherapie richt zich bij mensen met ASS onder andere op psycho-educatie, aandacht voor het herkennen van, en omgaan met, emoties en het aanleren van strategieën om beperkingen die voortkomen uit de ASS te compenseren. Daarnaast kan de therapie gericht zijn op het verminderen van klachten en van comorbide stoornissen, het vergroten van copingvaardigheden en zelfregulatie, en het bevorderen van constructief gedrag en zelfacceptatie (NVvP & Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), 2013).

BEHANDELING VAN COMORBIDE ANGSTSTOORNISSEN BIJ ASS

.....

Onderzoek heeft aangetoond dat CGT bij kinderen met een ASS en comorbide angststoornis tot een significante afname van angststoornissen leidt (Chalfant, Rapee, & Carroll, 2007; Reaven, Blakeley-Smith, Culhane-Shelburne, & Hepburn, 2012; Sofronoff, Attwood, & Hinton, 2005; Sze, & Wood, 2007, 2008; White et al., 2010; Wood et al., 2009). In de behandeling van psychische klachten hebben wetenschappelijk onderbouwde protocollen over het algemeen de voorkeur boven *tailor made* protocollen (Keijsers, van Minnen, & Hoogduin, 2011; Schulte, Kinzel, Pepping, & Schulte-Bahrenberg, 1992). Het kan echter voorkomen dat een protocol niet of onvoldoende werkt, of dat er een terugval plaatsvindt. Dit kan zeker het geval zijn bij kinderen met een ASS en een comorbide angststoornis. De ASS-specifieke kenmerken kunnen namelijk interfereren met de behandeling van de angststoornis en deze bemoeilijken (Wood et al., 2009). De gebrekkige interesses en stereotypieën kunnen het aangaan van sociale relaties verminderen, en een tekort aan sociale vaardigheden kan de effectiviteit van traditionele CGT verminderen (Sofronoff et al., 2005; Wood et al., 2008). Tevens hebben kinderen met een ASS meer problemen gedachten en gevoelens te beschrijven (Lang, Regester, Lauderdale, Ashbaugh, & Haring, 2010). Daarom dient het aanpassen van het standaard CGT-behandelprotocol te berusten op individuele gedragsanalyses (Sofronoff et al., 2005; Wood et al., 2008). Moree en Davis III (2010) adviseren in het aanpassen van standaard CGT het gebruik van stoornisspecifieke hiërarchieën, het gebruik van concreet visueel materiaal, het gebruikmaken van de specifieke interesses van het kind en betrokkenheid van de ouders in de behandeling. Hierbij moet echter wel opgemerkt worden dat de onderzoekers hun advies baseerden op onderzoek bij hoogfunctionerende kinderen met ASS, waardoor de resultaten niet zonder meer gengeneraliseerd kunnen worden naar de algehele ASS-populatie.

Bovendien bestaan er verschillen in welke angstsymptomen mensen met ASS vertonen en kunnen de symptomen ook in diverse levensfasen verschillend tot uiting komen.

Voor de behandeling van kinderen en jeugdigen met angststoornissen wordt in Nederland vaak gebruikgemaakt van het protocol Denken + Doen = Durven van Bögels (2008). In het programma worden verschillende cognitief-gedragstherapeutische principes gebruikt, zoals het opsporen en uitdagen van negatieve gedachten en het formuleren van een helpende gedachte, experimenten, helpend gedrag (ontspanning en taakconcentratie), *exposure*, beloning en rollenspelletjes. Het programma bestaat uit twaalf sessies voor het kind en drie sessies voor de ouders. Denken + Doen = Durven bleek zowel in een *randomized controlled trial* als in de klinische praktijk effectief (Bodden et al., 2008; Jongerden, Bögels, & Peijnenburg, 2011). Denken + Doen = Durven richt zich op de behandeling van angst en is niet specifiek bedoeld voor kinderen met ASS. Hendriks en Bögels (2008) vonden echter dat het protocol ook effectief was in het reduceren van angst bij kinderen met ASS. Zij vergeleken 21 kinderen met ASS en angststoornissen met 30 kinderen met alleen een angststoornis. Beide groepen vertoonden evenveel effect op de reductie van de angstklachten. Opvallend is dat in dit onderzoek, in tegenstelling tot hetgeen in veel andere onderzoeken beschreven wordt, de effecten bij kinderen met lage intelligentie significant hoger waren.

Weber (2009) stelt een aantal aanpassingen van de standaardbehandeling Denken + Doen = Durven voor bij de behandeling van comorbide angst bij ASS. Zij adviseert het gebruik van technieken als aandacht verschuiven, aandacht/concentratie- en ontspanningsoefeningen. Met aandacht verschuiven wordt geprobeerd de aandacht voor de angstige situatie om te buigen en te veranderen naar een situatie die voor het kind prettig is. Aandacht/concentratieoefeningen bevatten de volgende elementen: 3-minuten ademruimte, kijken zonder mening en één ding tegelijk doen. De achterliggende gedachte is dat het interpreteren van de situatie kinderen met ASS angstig maakt. In de behandeling wordt geprobeerd de kinderen naar feiten te laten kijken om onderscheid te kunnen maken tussen fantasie en realiteit. De technieken zijn er, samen met ontspanningsoefeningen, op gericht om de angst tot dusdanige proporties te reduceren dat deze voor het kind (en zijn omgeving) hanteerbaar wordt. Het gebruik van cognitieve herstructurering bij de behandeling van angst bij kinderen met ASS wordt afgeraden, om te voorkomen dat het kind verstrikt raakt in gedachten die hij niet snapt.

CASUS DAAN

.....

Aan de hand van de casus Daan illustreren we een cognitief-gedragstherapeutische behandeling van een angststoornis, die het beste gerangschikt kan worden als specifieke fobie NAO bij een jongen met ASS.

Beschrijving casus

249

Daan is een 14-jarige jongen met een autismespectrumstoornis (voorheen: stoornis van Asperger; DSM-IV-TR), die op het gymnasium zit. Hij meldt zich aan bij de ggz met angstklachten, waar hij sinds vijf jaar last van heeft en die de laatste tijd toenemen. Zijn angsten richten zich op moord, martelwerktuigen en executies. Wanneer hij daar iets over hoort of ziet, wordt hij angstig en gaat hij hyperventileren. Dit gebeurt ongeveer twee tot drie keer in de week. Wanneer hij op dat moment in een les is, verlaat hij het klaslokaal en gaat hij naar de gang. Soms begeleidt een medeleerling hem hierbij. Na ongeveer vijftien minuten is hij weer rustig, maar hij keert daarna vaak niet meer terug naar de les. Hij verzuimt de les (vermijding) als hij weet dat er iets besproken gaat worden dat betrekking heeft op zijn angsten. Docenten geven vaak voor aanvang van de les aan dat er een onderwerp besproken wordt dat hem angstig kan maken en adviseren hem om uit de les te gaan. Hierdoor lijkt school een actieve rol te spelen bij het in stand houden van het vermijdingsgedrag. Ook buiten school is Daan zeer bedreven in het vermijden; hij onderneemt niets alleen, leest geen kranten, kijkt geen journaal en durft alleen voor hem bekende films te kijken. Zijn angsten belemmeren hem hierdoor ernstig in het dagelijks functioneren. Daan kan goed over zijn problemen praten, hij moet hier eerder in afgeremd dan gestimuleerd worden.

In het kader van de intake werd een aantal binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie veelgebruikte vragenlijsten afgenomen om gedrags- en emotionele problemen te inventariseren, de Gedragsvragenlijst voor Kinderen (Child Behavior Checklist/CBCL 6-18) en de Youth Self Report (YSR). Daarnaast werden de SCARED-NL en de SCL-90 afgenomen. Uit de ingevulde vragenlijsten kwam een beeld naar voren van een jongen met ASS en internaliserende problemen, zich met name uitend in paniek, angsten, gebrekkige zelfcontrole en onzekerheden ten aanzien van het eigen functioneren.

Ontstaan angstklachten

De angstklachten van Daan zijn in groep 6 van de basisschool ontstaan. In deze periode is zijn karateleraar plotseling overleden en zijn er op school videobeelden van martelingen getoond. Daan zegt bij beide gebeurtenissen heftige emoties te hebben gevoeld, waar hij zich geen raad mee wist. Vanaf die tijd ervaart hij heftige angst- en paniekgevoelens wanneer hij afbeeldingen/beelden ziet van martelwerktuigen, moord of executies. Ook de verwachting hier iets over te horen of te zien roept angst op. Zelf denkt hij de vaardigheden te missen om met deze emoties om te gaan. De enige methode die hij heeft om ervoor te zorgen dat hij niet overspoeld raakt door zijn angst

is vermijding. Het vermijden lijkt een copingmechanisme te zijn voor het niet kunnen hanteren van angstgerelateerde emoties.

250

Behandelgeschiedenis

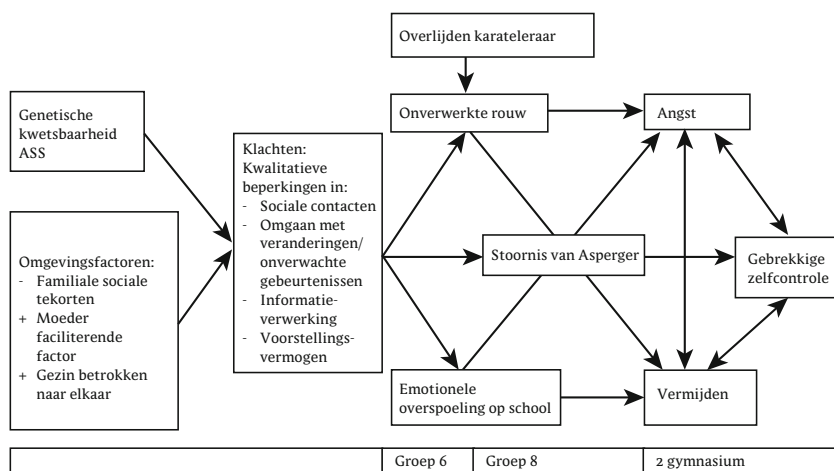
Nadat bij Daan op 11-jarige leeftijd de diagnose ASS was gesteld, hebben zijn ouders een cursus psycho-educatie gevolgd. Zijn moeder heeft vervolgens de geprotocolleerde oudertraining ASS gevolgd (van Wanders & van den Hoofdakker, 2008), waarin gedragsverandering centraal stond. Daarnaast volgde moeder een cursus speciaal gericht op de problematiek bij jongeren met ASS in het voortgezet onderwijs. Naar eigen zeggen heeft zij hierdoor meer kennis over en inzicht gekregen in de problematiek van Daan. Het jongere broertje van Daan heeft ook een autismespectrumstoornis, en binnen het gezin wordt ervan uitgegaan dat ook vader dezelfde stoornis heeft. Op 12-jarige leeftijd heeft Daan cognitieve gedragstherapie gevolgd vanwege zijn angstklachten. Hierbij is gebruikgemaakt van het al eerder besproken protocol Denken + Doen = Durven (Bögels, 2008). Hij heeft geleerd dat negatieve gedachten zijn angst versterken en dat hij deze kan uitdagen en vervangen door helpende gedachten. Het lukte Daan om zijn gedachten te identificeren en nieuwe, meer helpende gedachten te formuleren. Er is destijds een angsthiërarchie gemaakt om door middel van exposure stap voor stap de situaties die hij vermeed weer aan te gaan. Op de lagere treden van de angsthiërarchie stonden klachten als het niet alleen naar school durven fietsen, iets installeren op de computer en met het openbaar vervoer reizen. Op de drie bovenste treden stonden de angsten voor martelwerktuigen, executie en moord. Na het gemotiveerd doorlopen van de onderste zeven treden was Daan tevreden en heeft hij de behandeling beëindigd. Hij durfde het niet aan om met de bovenste drie treden (moord, martelwerktuigen en executie) aan de slag te gaan. De therapie is toen beëindigd. Voorzichtig kon geconcludeerd worden dat het programma voor Daan op dat moment onvoldoende ondersteuning bood om zijn drie laatste angsten aan te durven pakken. Nu Daan zich opnieuw aanmeldt, zal hier expliciet aandacht aan besteed worden.

Therapiefase 1: Start

Aan Daan zelf werd gevraagd om behandeldoelen op te stellen. Hij formuleerde voor zichzelf de volgende vier doelen:

- 1 minder vermijden;
- 2 minder heftig in paniek raken;
- 3 plaatjes ervan kunnen zien en erover kunnen lezen;
- 4 bewegende beelden ervan zien en emoties onder controle houden.

De therapie werd gestart met het opstellen en bespreken van de holistische theorie. De ouders van Daan werd gevraagd om geregeld bij de therapiesessies aanwezig te zijn, in overeenstemming met de aanbeveling van Moree en Davis III (2010). Bij het ontstaan en in stand houden van de problematiek van Daan leek een aantal factoren een rol te spelen die voortkomen uit zijn autismespectrumstoornis. Een ASS gaat vaak gepaard met onder andere moeite met betekenisverlening, voorstellingsvermogen, en emotieherkenning en -regulatie (Happé & Frith, 1996). Deze problemen kwamen bij Daan naar voren doordat het voor hem onduidelijk was hoe zijn angst voor moord, executie en martelwerktuigen is ontstaan, en waardoor hij het in de vorige behandeling niet aandurfde om eraan blootgesteld te worden. Het maken van oorzaak-gevolgrelaties is voor hem mogelijk lastiger dan op basis van zijn intelligentie verwacht mag worden. Daan gaf aan emoties in zijn lichaam te signaleren, maar het lukte hem niet om zelf het verband te leggen met de gebeurtenissen waardoor de emoties opgeroepen werden. Mogelijk heeft hij een verkeerd verband gelegd tussen de dood van zijn karateleraar, de martelbeelden en zijn emoties. Hij was bang geworden om angstig te worden en zijn angsten niet onder controle te kunnen houden. Het 'gevaar' om controle te verliezen lag voor hem continu op de loer doordat hij geen goed (in)zicht had op de uitlokkende factoren. Zijn strategie om angst te voorkomen was om steeds minder te ondernemen, op school vaak het lokaal uit te gaan en het lezen van kranten, en het kijken van journaal en films op televisie, te vermijden. Hij gaf aan niet te weten wat hij moest doen om zijn angsten te voorkomen, te verminderen of te stoppen. Naar eigen zeggen was zijn zelfbeeld in de loop van de tijd steeds negatiever geworden (zie ook figuur 1 voor een schematische weergave van de holistische theorie).



FIGUUR 1 Schematische weergave van de holistische theorie bij Daan

Therapiefase 2: Psycho-educatie

Na het opstellen van de holistische theorie kreeg Daan psycho-educatie over ASS en hoe die een rol kon hebben gespeeld in het ontstaan en voortbestaan van zijn angsten. Het gezamenlijk in gesprek zijn over factoren die meegepeeld kunnen hebben in het ontstaan en de verergering van zijn klachten leverde bij Daan meer zelfkennis op, en werkte positief op de werkaliantie.

Therapiefase 3: Voorbereidende fase

Voordat de therapie daadwerkelijk gericht werd op de angstklachten (Moree & Davis III, 2010) werd conform het advies van Wood et al. (2009) eerst aandacht besteed aan Daans copingvaardigheden. Via registratieopdrachten leerde hij het verschil tussen stress en angst, waar hij zich niet eerder van bewust was. Angsten werden voor hem veroorzaakt door gedachten over executies, martelwerktuigen en moord. De stress die hij ervoer was daarentegen meer gerelateerd aan zijn ASS, en werd meestal veroorzaakt door overprikkeling en onvoorspelbaarheid of onduidelijkheid. Door deze herlabeling en de koppeling van de klachten met zijn ASS begreep Daan beter waardoor hij de gevoelens van angst had, en lukte het hem beter de stress te verdragen.

De volgende sessies werden besteed aan ademhalings- en ontspanningsoefeningen (Weber, 2009), zelfbekrachtiging, goed-oud-gevoel, gedachte-stop om zijn zelfbeeld te versterken en vaardigheden aan te leren die hij kan gebruiken bij het onder controle houden van zijn emoties. Vanwege zijn ASS heeft de therapeut veel aandacht besteed aan expliciteren visualiseren, herhalen en checken of het uitgelegde begrepen en goed uitgevoerd werd. Daarnaast werd stilgestaan bij het generaliseren van de oefeningen, en vaardigheden naar huis en school.

Therapiefase 4: Exposure

Vervolgens werd overgestapt op de angstklachten. In gesprek met Daan werd op basis van de functieanalyses (figuren 2 tot en met 5) een angsthiërarchie opgesteld.

De angsthiërarchie zag er als volgt uit:

- 1 executies;
- 2 martelmachines;
- 3 moord;
- 4 gepest worden;
- 5 onvoldoendes halen voor een schriftelijke overhoring/repetitie;

- 6 onverwachte gebeurtenissen (bijvoorbeeld een onverwachte schriftelijke overhoring);
- 7 ergens heen gaan/iets gaan doen waarvan ik nog niet weet wat het is.

253

Sd	R	Consequenties
Situaties waarin hij mogelijk blootgesteld wordt aan plaatjes/beelden van martelwerktuigen/moord/executie	Vermijden (weglopen)	Sr-representatie van positieve gedragsconsequenties: ► Voorkomen paniekaanval (~S-) ► Vermindering spanning (-S-) ► Geen ervaren controle over emoties (-S+)
		Feitelijke negatieve gedragsconsequenties: ► Incompetentie (+S-)

FIGUUR 2 *Functieanalyse over 'vermijden'*

Sd	R	Consequenties
Confrontatie met plaatjes/beelden van martelwerktuigen/moord/executie	Verlies zelfcontrole (hyperventilatie)	Sr-representatie van positieve gedragsconsequenties: ► Aandacht (+S+) ► Schaamte (+S-) ► Spanning (+S-) ► Geen lessen kunnen volgen (-S-) Feitelijke negatieve gedragsconsequenties: ► Incompetentie (+S-) ► Niet kunnen deelnemen aan eindexamen (-S+)

FIGUUR 3 *Functieanalyse over 'verlies zelfcontrole'*

CS: Confrontatie met plaatjes/
beelden van martelwerktui-
gen, executies of moord



UCS/UCR-representatie:
S: Beelden van martelingen
B: Ik kan het niet verdragen
R: Hyperventilatie



CR: Angst

FIGUUR 4 Betekenisanalyse van angst voor martelwerktuigen, executies of moord

Verliezen van zelfcontrole
(intrinsiek)



S: Eerdere faalervaringen
B: Ik kan het niet aan
R: Hyperventileren
Negatieve gebeurtenissen
waarin hij controle verloor



Angst

FIGUUR 5 Betekenisanalyse van angst voor verlies van zelfcontrole

Met de nieuwe kennis over ASS concludeerde Daan dat de angst en stress op trede 4, 5, 6 en 7 ASS-gerelateerd waren. Hierdoor snapte en verdroeg hij deze beter, en verwijderde hij ze uit de angsthiërarchie. Door de aangeleerde ontspanningsoefeningen in combinatie met de gedachtestop toe te passen en door zich te richten op een goed-oud-gevoel, lukte het Daan steeds vaker angstaanvallen te voorkomen. Van de eerder opgestelde angsthiërarchie bleven de eerste drie treden over en daar werd gezamenlijk een exposureplan voor gemaakt. Bij executies, martelwerktuigen en moorden maakte het qua angstintensiteit uit of hij er op papier, via beelden of in werkelijkheid aan werd blootgesteld. Dit onderscheid werd daarom in het exposureplan opgenomen (zie figuur 6).

Vervolgens werd iedere trede uit het exposureplan in de sessie met de therapeut en daarna thuis geoefend. Daan deed dit vaak met zijn moeder. Als aanpassing aan zijn ASS, om het impliciete meer expliciet te maken, vulde hij voorafgaand aan iedere exposure een vragenlijst in met zijn verwachtingen (figuur 7). Tijdens de exposure schreef hij daar de veranderingen in angst-

Trede 5	Films kijken die nog niemand in zijn gezin kent
Trede 4	Onbekende films kijken met moord (die bekend zijn bij familie)
Trede 3	Naar het journaal kijken
Trede 2	Bekende films kijken waarin een moord plaatsvindt
Trede 1	Krant lezen

FIGUUR 6 *Exposureplan Daan***Vooraf**

Waar ben ik bang voor?

Wat kan er gebeuren?

Wat heb ik geleerd om te gebruiken als ik angstig word?

Tijdens

Angst meten en scoren

Na afloop

Hoe was het?

Is er gebeurd wat je verwacht had?

FIGUUR 7 *Vragenlijst voor exposure*

score op, en na afloop vulde hij in hoe hij het ervaren had en of er gebeurd was wat hij verwachtte.

Bij het bekijken van een voor hem bekende film (trede 2) verwachtte Daan dat het gemakkelijk ging worden, aangezien hij de film al meerdere keren gezien had. Toch leverde het kijken van de film hem enige spanning op (1-2 op een schaal tot 10). Achteraf vertelde hij dat niet het zien van een moord in de bekende film het spannende deel is, maar de gedachte dat het script mogelijk veranderd is, of dat het een andere versie is dan die hij kent. Hierdoor bestaat er voor hem de mogelijkheid dat een film onbekende scènes bevat met onbekende beelden van martelwerktuigen, executies of moorden. Dit geeft een goede illustratie van hoe de ASS een rol kan spelen bij angst, en dat het niet altijd vooraf voorspelbaar is wat de angst oproept. Tijdens de sessie waarin trede 4 aan de orde kwam, het kijken naar een film die Daan niet kent maar een gezinslid wel, werd duidelijk hoe weinig copingmechanismen hij had en hoe hij door iedereen overschat werd. Wat opviel bij het bekijken van de film was dat Daan in voorovergebogen houding naar de film op de laptop keek. Deze houding werd expliciet met hem besproken: door zo voorover te

buigen zat hij dicht op de film, kon hij letterlijk en figuurlijk geen afstand nemen en dook hij als het ware in de film. Daan was zich niet bewust van het effect van dicht op een film zitten. Hij vertelde dat hij ook niet wist dat anderen soms even wegstijgen wanneer er iets spannends gebeurt, of bijvoorbeeld even opstaan om iets onbenulligs te doen om de spanning de baas te blijven. Hij was verbaasd dat mensen dit weten zonder dat het hen verteld is; het was nieuw voor hem dat mensen vaardigheden leren door naar anderen te kijken en te imiteren. Hij benoemde dat het voor hem heel verhelderend was om hierachter te komen, en het leek hem te helpen om te weten dat het niet echt aan hem lag, maar aan iets wat hij vanwege zijn stoornis niet heeft opgepakt.

Na het doorlopen van de angsthiërarchie bedachten Daan en zijn therapeut als afsluitende oefening een gedragsexperiment. Afgesproken werd dat hij samen met zijn moeder naar een museum zou gaan waarin allerlei martelwerktuigen tentoongesteld stonden, waarbij hij geconfronteerd zou worden met verhalen over marteling, pijn en de dood. Na afloop van het bezoek aan het museum stuurde Daan een mail naar zijn therapeut dat hij zelf verbaasd was dat hij het langer had volgehouden dan hij aanvankelijk dacht. Ook gaf hij aan dat zijn angst lager was gebleven dan verwacht.

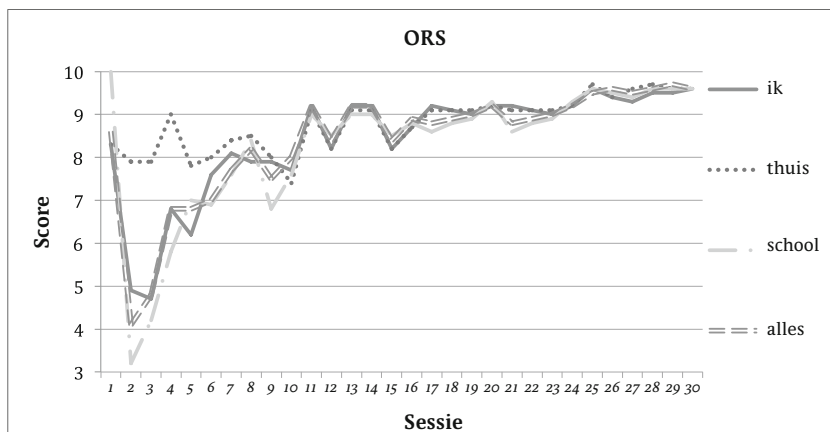
In de laatste sessie is om terugval te voorkomen een lijst gemaakt van de technieken die Daan in de behandeling hebben geholpen om zijn angsten te verminderen en zichzelf onder controle te houden. Aangezien volgens Daan de kans bestond dat hij de technieken uiteindelijk zou vergeten, hebben hij en de therapeut de lijst digitaal gemaakt. Hij vond het geruststellend dat de kans op vergeten of kwijtraken zo minimaal was.

Meetinstrumenten

In de handleiding van het protocol Denken + Doen = Durven (Bögels, 2008) wordt beschreven dat het werken met idiosyncratische meetinstrumenten veel inzicht verschaft, eenvoudig toe te passen is en behandel-effecten er goed mee te detecteren zijn. Hierdoor kan letterlijk zichtbaar gemaakt worden welk effect de therapie heeft. In de dertig sessies durende behandeling van de klachten van Daan zijn drie meetinstrumenten gebruikt. Bij het meten werd rekening gehouden met de ASS van Daan, en werd geprobeerd te voorkomen dat hij zijn motivatie zou verliezen, iets wat in de vorige therapie speelde.

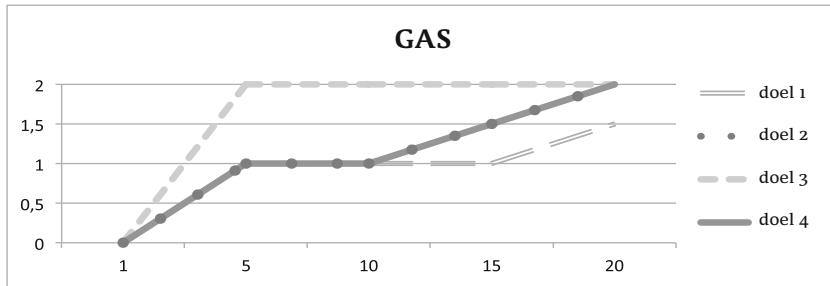
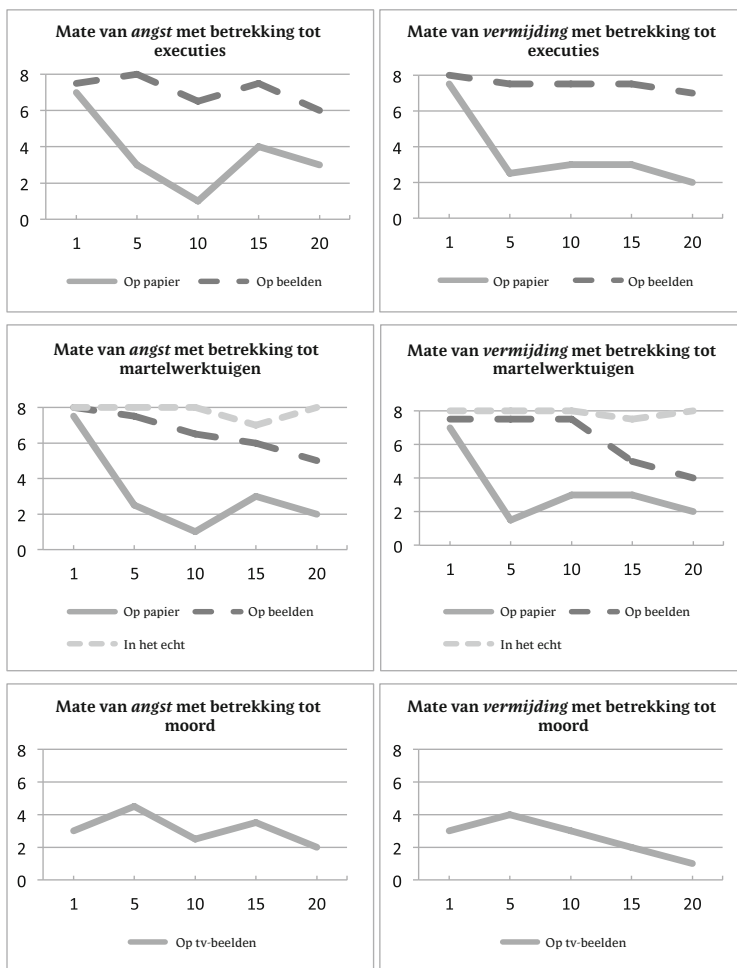
Aan het begin van iedere sessie heeft Daan de Outcome Rating Scale (ORS) ingevuld. Deze schaal is onderdeel van de CDOI (Cliënt Directed Outcome Informed) die is ontwikkeld door Miller, Duncan, Brown, Sparks, en Claud (2003), en meet de door cliënt ervaren verandering ten opzichte van de vorige sessie, zowel bij hemzelf, thuis als op school. Het invullen van de ORS had een tweeledig doel: enerzijds gaf het Daan inzicht in zijn vorderingen en anderzijds hielp het de breedsprakigheid van Daan in te perken. De CDOI bestaat oorspronkelijk uit twee formulieren: de ORS en de SRS (Session Rating

Scale). De laatste wordt ingevuld vlak voor het einde van de sessie en vraagt naar hoe de cliënt de therapeutische relatie in deze sessie heeft ervaren. Voor deze laatste lijst is niet gekozen, aangezien deze aanspraak doet op relationele aspecten, die juist zo ingewikkeld zijn voor mensen met de stoornis van Asperger. De scores op de ORS werden weergegeven in een grafiek (zie figuur 8) en iedere vijf sessies met Daan besproken. De eerste sessies scoorde Daan opvallend hoog. Hij verklaarde dat dit kwam doordat het vakantie was en dat hij daarom weinig werd blootgesteld aan zijn angsten. Dit verklaart dan ook de sterke daling van zijn score in de tweede sessie. Toen de vakantie voorbij was en Daan weer naar school ging, verwachtte hij veel angstaanvalen, wat de stijging in de score verklaart. Thuis heeft Daan geen problemen ervaren. Dit is terug te zien in een stabiele ORS-score: zijn oordeel over hoe het met hem thuis ging was steeds een 7 of hoger. Hieruit kon geconcludeerd worden dat 'thuis' echt zijn veilige basis was. Vanaf sessie 5 scoorde Daan op alle items een voldoende.



FIGUUR 8 *Outcome Rating Scale van Daan*

Vervolgens is er een Goal Attainment Scale gemaakt (Schlosser, 2004) van de door Daan gestelde doelen. De doelen zijn meetbaar gemaakt door een schaalverdeling te maken van -1 naar 2. Daan is gevraagd om vervolgens heel concreet bij -1: de teruggang te beschrijven, bij 0: de huidige situatie, bij 1: enige vooruitgang en bij 2: het uiteindelijke doel. Zo was voor hem vooraf duidelijk hoe de verslechtering en hoe de verbetering eruit zou zien. Iedere vijf sessies is Daan gevraagd om zijn doelen op deze schaal te scoren. De resultaten werden in een grafiek verwerkt (zie figuur 9) en met Daan besproken.

FIGUUR 9 *Goal Attainment Scale van Daan*FIGUUR 10 *Mate van angst en vermijding bij Daan*

Tot slot werd Daan gevraagd om na elke vijf sessies zijn angsten en vermijding te scoren op een achtpuntsschaal (waarbij 0 = helemaal geen angst/vermijding en 8 = volledige paniek/totale vermijding). Ook deze resultaten werden in een grafiek verwerkt (zie figuur 10) en met Daan besproken. Dit had een tweetal redenen: ten eerste bracht het zijn vorderingen in beeld en ten tweede werd daarmee inzichtelijk waar nog aan gewerkt moest worden.

Kijkend naar de drie metingen, is er een duidelijke verbetering te zien rond sessie 10, zowel op de ORS als op de GAS, maar waarschijnlijk vermeed Daan nog veel triggers. Rond sessie 15 begonnen ook de mate van angst en vermijding te verminderen. Door het gebruik van meerdere meetinstrumenten werd duidelijk zichtbaar dat zijn klachten gedurende de therapie verminderten, maar zijn doelen pas behaald waren na het doorlopen van alle treden van de angsthiërarchie. Hierdoor bleef Daan gemotiveerd tot het einde van de therapie.

DISCUSSIE

.....

De beschreven casus ondersteunt de in de literatuur genoemde effectiviteit van CGT voor jongeren met ASS en comorbide angstklachten. De casusbeschrijving toont aan dat met de juiste aanpassingen tegemoet kan worden gekomen aan de specifieke, aan autismespectrumstoornis gerelateerde problematiek van deze doelgroep, zodat succesvolle behandeling van angst mogelijk is, en uit- en terugval wordt voorkomen. Tevens wordt aangetoond dat het belangrijk is het gehele gedragstherapeutische proces te doorlopen, inclusief holistische theorie, en niet zonder meer met een protocollaire behandeling te starten. Een schematische weergave kan helpen de data te ordenen, een therapeutische relatie op te bouwen, een behandelplan te formuleren en te voorkomen dat er te vroeg wordt geïntervenieerd, zeker bij een complexe casus als deze (Bieling & Kuyken, 2003; de Raedt & Schacht, 2004; Hermans, Eelen, & Orlemans, 2007; Ingram, 2006). De holistische theorie hielp om niet te snel op de angstklachten te focussen.

Van fundamenteel belang waren het onderzoek naar de functie van het probleemgedrag en de inventarisatie van de aanwezigheid van de benodigde copingvaardigheden. Dit bleken essentiële bestanddelen om de behandeling succesvol te doorlopen. Indien benodigde copingvaardigheden afwezig zijn, behoort dit de eerste focus van behandeling te worden vóór het direct behandelen van de angstklachten via exposure. Hier schuilt gevaar voor behandelaars die onvoldoende bekend zijn met ASS-problematiek. Zij zullen vaak kiezen voor een protocollaire behandeling gericht op de comorbide problematiek, zonder rekening te houden met de al genoemde specifieke aanpassingen die nodig zijn door de ASS. In de eerste fase dient daar uitvoerig aandacht aan besteed te worden, waarna met de behandeling van de angstklachten gestart kan worden.

De casus ondersteunt het advies van Wood et al. (2008) om, ondanks de klinische complexiteit en de daarmee verbonden beperkingen van ASS, de focus van behandeling op de angstklachten te blijven richten. De behandeling van de angstklachten berust grotendeels op de bekende werkwijzen, die in de protocollen uitvoerig zijn besproken. De aanpassingen betreffen vooral de therapeutische attitude. Meer dan in gewone angstbehandelingen moet de therapeut letten op taalgebruik, is zijn houding sturender en directiever dan bijvoorbeeld idealiter bij het socratisch interviewen het geval is, moet hij checken of de opdrachten goed zijn begrepen en moet hij ook specifiek aandacht besteden aan de generaliseerbaarheid van het geleerde naar andere situaties.

Hoewel de wetenschappelijke onderbouwing van cognitieve gedragstherapie voor angstproblematiek bij ASS steeds sterker wordt (Chalfant et al., 2007; Reaven et al., 2012; Sofronoff et al., 2005; Sung et al., 2011) en zij in de praktijk met de juiste aanpassingen steeds vaker wordt ingezet (Storch et al., 2013; Sze & Wood, 2007, 2008; White et al., 2010), is er nog een slag te slaan om de behandeling beter aan te laten sluiten bij de specifieke (comorbide) ASS-problematiek van kinderen en jongeren. Verder onderzoek is noodzakelijk om te kijken of deze kennis generaliseerbaar is. Hopelijk werpt dit artikel een nieuw licht op een bekende zaak (moeilijke behandelbaarheid van comorbide problematiek bij ASS) en zullen behandelaren met een nieuwe kijk hun cliënten met ASS in behandeling nemen.

De in dit artikel beschreven casus baseert zich op de gelijknamige N=1-studie van de eerste auteur voor het verkrijgen van het lidmaatschap van de VGCT, onder supervisie van A. M. van Dijke.

We bedanken Maarten van 't Hof en Hannah van Dijk voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

JACQUELINE BAILLY is psychotherapeut en manager zorg, en is werkzaam bij Sarr, Expertisecentrum Autisme in Rotterdam, onderdeel van Lucertis/ Parnassia Groep.

PETER J. DAANSEN (MBA) is klinisch psycholoog en bedrijfskundige, en is werkzaam bij PsyQ, Parnassia Groep. Hij is tevens opleider en supervisor van de VGCT. *Adres:* PsyQ Beverwijk, Leeghwaterweg 1a, 1951 NA Velsen-Noord.

Correspondentieadres: Jacqueline Bailly, Sarr Expertisecentrum Autisme, Carnisingel 51, 3083 JA Rotterdam. E-mail: j.bailly@lucertis.nl

Summary For children with autism spectrum disorder (ASD), cognitive behavioural therapy (CBT) is considered an effective method of treatment that is widely applied. However, there is limited evidence for applying CBT in the treatment of children with autism spectrum disorder and comorbid problems, such as anxiety or an obsessive compulsive disorder. ASD's are a complicating factor when applying CBT and can be disadvantageous to the outcome of the therapy. We will

discuss how to implement and adapt CGT in the treatment of anxiety problems in children with ASD. After an overview of the relevant literature, the treatment will be illustrated with a case study, followed by a brief discussion on implementing CBT in the treatment of children with ASD.

Keywords: *autism spectrum disorder, CBT, anxiety*

Literatuur

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baio, J. (2014). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2010. *CDC Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63, 1-21.
- Bieling, P., & Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 52-59. doi:10.1093/clipsy.10.1.52
- Bodden, D. H. M., Bögels, S. M., Nauta, M. H., de Haan, E., Ringrose, J., Appelboom, C., Brinkman, A. G., & Appelboom-Geerts, K. C. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: An efficacy and partial effectiveness study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1384-1394. doi: 10.1097/chi.0b013e318189148e.
- Bögels, S. M. (2008). *Behandeling van angststoornissen bij kinderen en adolescenten met het cognitief gedragstherapeutisch protocol 'Denken + Doen = Durven'*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Centers for Disease Control and Prevention (2012). Prevalence of autism spectrum disorders – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 61(SS03), 1-24.
- Centers for Disease Control and Prevention (2014). Prevalence of autism spectrum disorders – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(SS02), 1-21.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2014). *Prevalentiecijfers over autisme. CBS-schatting prevalentie autisme: Wat betekenen deze cijfers?* Verkregen van <http://www.autisme.nl/over-autisme/onderzoek-naar-autisme/prevalentiecijfers-over-autisme.aspx> op 01-12-2014
- Chalfant, A. M., Rapee, R., & Carroll, L. (2007). Treating anxiety disorders in children with high functioning autism spectrum disorders: A controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1842-1857. doi: 10.1007/s10803-006-0318-4
- Connolly, S. D., Suarez, L., & Sylvester, C. (2011). Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 13, 99-110. doi: 10.1001/archpsyc.60.8.837
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 631-648. doi: 10.1017/cbo9780511994920.004
- Creswell, C., Waite, P., & Cooper, P. J. (2014). Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 99, 674-678. doi: 10.1136/archdischild-2013-303768

- de Raedt, R., & Schacht, R. (2004). Een empirisch model voor probleemidentificatie binnen het gedragstherapeutisch proces. *Gedragstherapie*, 36, 197-222.
- Frith, U. (2005). *Autisme: Verklaringen van het raadsel*. Berchem: EPO.
- Happé, F., & Frith, U. (1996). The neuropsychology of autism. *Brain*, 119, 1377-1400. doi: 10.1093/brain/119.4.1377
- Hendriks, M. C. H. P., & Bögels, S. M. (2008). Cognitieve gedragstherapie voor kinderen met een autismespectrumstoornis en angststoornissen: Effectiviteit en variabelen die het therapiesucces beïnvloeden. *Tijdschrift voor de Orthopedagogiek*, 47, 312-324.
- Hermans, D., Eelen, P., & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Howlin, P. & Rutter, M. (1994). *Treatment of autistic children*. (Wiley Series on Studies in Child Psychiatry). New York: John Wiley & Sons.
- Ingram, B. L. (2006). *Clinical case formulations: Matching the integrative treatment plan to the client*. London: Wiley.
- Jongerden, L., Bögels, S., & Peijnenburg, D. (2011). Maar hoe werkt het in het echt? De implementatie van 'Denken+ Doen = Durven', een cognitieve gedragstherapie voor kinderen en jongeren met angststoornissen. *Gedrags therapie*, 44, 313-325.
- Keijsers, G., van Minnen, A., & Hoogduin, K. (2011). Toepassing van protocolaire behandeling bij psychische klachten. In G. Keijsers, A. van Minnen, & K. Hoogduin (eds.). *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* (pp.13-34). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- King, M., & Bearman, P. (2009). Diagnostic change and the increased prevalence of autism. *International Journal of Epidemiology*, 38, 1224-1234. doi: 10.1093/ije/dyp261
- Lang, R., Regester, A., Lauderdale, S., Ashbaugh, K., & Haring, A. (2010). Treatment of anxiety in autism spectrum disorders using cognitive behaviour therapy: A systematic review. *Developmental Neurorehabilitation*, 13, 53-63. doi: 10.3109/17518420903236288
- Mayes, S. D., Black, A., & Tierney, C. D. (2013). DSM-5 under-identifies PDD-NOS: Diagnostic agreement between the DSM-5, DSM-IV, and Checklist for Autism Spectrum Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, 298-306. doi: 10.1016/j.rasd.2012.08.011
- Mazzone, L., Ruta, L., & Reale, L. (2012). Psychiatric comorbidities in asperger syndrome and high functioning autism: Diagnostic challenges. *Annals of General Psychiatry*, 25, 16. doi:10.1186/1744-859X-11-16
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J., & Claud, D. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2, 91-100.
- Moree, B. N., & Davis III, T. E. (2010). Cognitive-behavioral therapy for anxiety in children diagnosed with autism spectrum disorders: Modification trends. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 346-354. doi: 10.1016/j.rasd.2009.10.015
- National Institute for Health and Care Excellence (2013). *Autism: The management and support of children and young people on the autism spectrum*. Issued: August 2013. NICE clinical guideline 170, guidance.nice.org.uk/cg170
- Nederlands Jeugdinstituut (2015). *Erkende interventies*. Verkregen van <http://nji.nl/nl/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies>
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2009). *Richtlijn diagnostiek en behandeling autismespectrumstoornis*

- sen bij kinderen en jeugdigen. Utrecht: NVvP.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie & Nederlands Instituut van Psychologen (2013). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Pfeiffer, B. Kinnealey, M. Reed, C., & Helzberg, G. (2005). Sensory modulation and affective disorders in children and adolescents with Asperger's disorder. *The American Journal of Occupational Therapy*, 59, 335-345. doi: 10.5014/ajot.59.3.335
- Reaven, J., Blakeley-Smith, A., Culhane-Shelburne, K., & Hepburn, S. (2012). Group cognitive behavior therapy for children with high-functioning autism spectrum disorders and anxiety: A randomized trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 410-419. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02486.x
- Rotheram-Fuller, E., & MacMullen, L. (2011). Cognitive-behavioral therapy for children with Autism Spectrum Disorders. *Psychology in the Schools*, 48, 263-271. doi: 10.1002/pits.20552
- Russel, A. J., Jassi, A., Fullana, M. A., Mack, H., Johnston, K., Heyman, I. ... Mataix-cols, D. (2013). Cognitive behavior therapy for comorbid obsessive-compulsive disorder in high-functioning autism spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 30, 697-708. doi: 10.1002/da.22053
- Schlosser, R. W. (2004). Goal attainment scaling as a clinical measurement technique in communication disorders: A critical review. *Journal of Communication Disorders*, 37, 217-239. doi: 10.1016/j.jcomdis.2003.09.003
- Schulte, D., Kinzel, R., Pepping, G., & Schulte-Bahrenberg, T. (1992). Tailor made versus standardized therapy of phobic patients. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 14, 67-92. doi: 10.1016/0146-6402(92)90001-5
- Silverman, W. K., Pina, A. A., & Viswesvaran, C. (2008). Evidence based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 105-130. doi: 10.1080/15374410701817907
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 921-929. doi: 10.1097/chi.0b013e318179964f
- Sofronoff, K., Attwood, T., & Hinton, S. (2005). A randomized controlled trial of a CBT intervention for anxiety disorders in children with Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1152-1160. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.00411.x
- Storch, E. A., Arnold, E. B., Lewin, A. B., Nadeau, J. M., Jones, A. M., De Nadai, A. S., ... Murphy, T. K. (2013). The effect of cognitive-behavioral therapy versus treatment as usual for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52, 132-142. doi: 10.1016/j.jaac.2012.11.007
- Sung, M., Ooi, Y. P., Goh, T. J., Pathy, P., Fung, D. S. S., Ang, R. P., ... Lam, C. (2011). Effects of cognitive-behavioral therapy on anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Child Psychiatry and Human Development*, 42, 634-649. doi: 10.1007/s10578-011-0238-1
- Sze, K., & Wood, J. (2007). Cognitive behavioral treatment of comorbid anxiety disorders and social difficulties in children with high-functioning autism: A case report. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 133-143. doi: 10.1007/s10879-007-9048-y

- Sze, K. M., & Wood, J. J. (2008). Enhancing CBT for the treatment of autism spectrum disorders and concurrent anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 403-409. doi: 10.1017/S1352465808004384
- van der Sijde, A. (2013). Autisme in de DSM-5. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 12, 40-49.
- van Rooijen, K., & Rietveld, L. (2013). *Wat werkt bij autisme?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- van Steensel, F. J. A., Bögels, S. M., de Bruin, E. I., & Dirksen, C. D. (2013). Angststoornissen bij kinderen met autismespectrumstoornissen. *Kind & Adolescent Praktijk*, 12, 110-117. doi: 10.1007/s12454-013-0036-y
- van Steensel, F. J. A., Bögels, S. M., & Perrin, S. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 302-317. doi: 10.1007/s10567-011-0097-0
- van Steensel, F. J. A., de Bruin, E. I., & Bögels, S. M. (2012). ASS in breder perspectief: Een vergelijking tussen kinderen uit de normale populatie, kinderen met angststoornissen en kinderen met PDD-NOS. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 11, 111-118.
- van Wanders, S., & van den Hoofdakker, B. (2008). Protocol oudertraining bij kinderen met autisme. In Braet, C., & Bögels, S. (red.). *Protocolaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten* (pp. 201-228). Amsterdam: Boom.
- Weber, C. (2009). De behandeling van angst bij ASS: Een geautoriseerd verslag van een lezing van Carolien Gevers, klinisch psycholoog-psychotherapeut. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 3, 72-74.
- White, S. W., Albano, A. M., Johnson, C. R., Kasari, C., Ollendick, T., Klin, A., & Scahill, L. (2010). Development of a cognitive-behavioral intervention program to treat anxiety and social deficits in teens with high-functioning autism. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 77-90. doi: 10.1007/s10567-009-0062-3
- White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology Review*, 29, 216-229. doi: 10.1016/j.cpr.2009.01.003
- Wood, J. J., Drahota, A., Sze, K., Har, K., Chiu, A., & Langer, D. A. (2008). Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 224-234. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01948.x
- Wood, J. J., Drahota, A., Sze, K., Van Dyke, M., Decker, K., Fujii, C., ... Spiker, M. (2009). Brief report: Effects of cognitive behavioral therapy on parent-reported autism symptoms in school-age children with high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 1608-1612. doi: 10.1007/s10803-009-0791-7

Agressieregulatie- groepstherapie voor relationeel geweldplegers

Een open trial

COLINDA M. B. SERIE, CAROLA A. VAN TILBURG, ARNO VAN DAM &
CORINE DE RUITER

Samenvatting

Dit onderzoek richt zich op de effectiviteit van de agressieregulatiegroepstherapie 'Niet meer door het lint' voor relationeel geweldplegers (van Dam, van Tilburg, Steenkist, & Buisman, 2009). De behandeling is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie, en bestaat uit het leren doorbreken van de agressieketen, het aanleren van andere copingstijlen en sociale vaardigheden. Voor- en nametingen op de primaire uitkomstmaten voor agressie (zelfgerapporteerde hostiliteit, directe en indirecte agressie) en de secundaire uitkomstmaat (zelfgerapporteerde algemene psychopathologie) werden vergeleken in een groep relationeel geweldplegers, die vrijwillig deelnamen aan de therapie. Tevens werden mediërende uitkomstmaten (actieve en passieve copingstijlen) voor en na behandeling vergeleken. Resultaten duiden op een beperkt effect op de primaire uitkomstmaten, waarbij hostiliteit en psychopathologie significant afnamen. Directe en indirecte agressie lieten echter geen significante afname zien, er werd alleen een trend gevonden. Expressie van emoties en passieve coping spelen mogelijk een mediërende rol in het verminderen van agressief gedrag. Het uitvalpercentage was hoog (59,7%). Verder onderzoek met een grotere steekproef, een controlegroep, en meer objectieve, gedragsmatige uitkomstmaten die zicht geven op de werkzame mechanismen van de therapie, is noodzakelijk.

Trefwoorden: agressieregulatie, groepstherapie, relationeel geweldplegers, huiselijk geweld

INLEIDING

266

.....

Jaarlijks worden 200.000 mensen in Nederland slachtoffer van huiselijk geweld (van der Veen & Bogaerts, 2010). Huiselijk geweld wordt gedefinieerd als 'aantasting van de persoonlijke integriteit van het slachtoffer door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer'. Daaronder vallen (ex-)partners, gezins- of familieleden, en huisvrienden (van Dijk, Flight, Oppenhuis, & Duesmann, 1997). In de aantasting van de persoonlijke integriteit wordt een onderscheid gemaakt tussen psychisch geweld (zoals verbale dreiging, verbieden uit te gaan, kleineren, enzovoort) en lichamelijk geweld (zoals seksueel geweld, gedwongen seksuele handelingen, dreigen met een wapen, verwonden, enzovoort) (van Dijk, Veen, & Cox, 2010). Relationeel geweld wordt meer specifiek gedefinieerd als 'lichamelijk geweld, poging tot, of dreiging met, lichamelijk geweld door een huidige of ex-partner' (Kropp, Hart, & Belfrage, 2005, p. 1). Van Dijk et al. (1997) rapporteerden dat 45% van de Nederlandse bevolking ooit slachtoffer is geweest van huiselijk geweld. Bovendien bleek 27% ooit slachtoffer te zijn geweest van relationeel geweld dat wekelijks of dagelijks voorkwam. In gevallen waarin het meest serieuze geweld voorkwam (waarbij het geweld langer dan een jaar aanhield, op een wekelijkse of dagelijkse basis, en lichamelijk letsel tot gevolg had), bleek de dader meer dan twee keer zo vaak de partner te zijn (van Dijk et al., 1997). Twee relatief recente nationale studies (Lünnemann & Bruinsma, 2005; van Dijk et al., 2010) vonden dat iets minder dan de helft van alle gevallen van huiselijk geweld (40% en 46%) waren begaan door de ex-partner van het slachtoffer en meer dan een derde (37% en 34%) door de huidige partner.

Huiselijk geweld heeft verschillende negatieve gevolgen (van Dijk et al., 1997, 2010). Een groot percentage (20-40%) van de slachtoffers van huiselijk geweld lijdt aan lichamelijk letsel. De meerderheid van de slachtoffers lijdt bovendien aan emotionele problemen, zoals woede, angst, depressie en een verminderd zelfvertrouwen (van Dijk et al., 1997, 2010). De economische kosten van relationeel geweld zijn naar schatting 145 miljoen euro per jaar. Dit bedrag is de totale optelsom van de geschatte kosten voor politie, justitie, medische zorg, psychosociale zorg, arbeid en sociale zekerheid (Korf, Meulenbeek, Mot, & van den Brandt, 1997). Bovendien blijkt de recidive bij relationeel geweld hoger te zijn dan bij andere vormen van geweld, omdat het slachtoffer en de dader deel uitmaken van elkaars leefomgeving (Hendricks, Werner, Shipway, & Turinetti, 2006). Deze bevindingen tonen aan dat het volgen van een effectieve behandeling in het geval van relationeel geweld essentieel is.

Studies die de effectiviteit van therapie voor relationeel geweldplegers onderzochten, tonen aan dat er beperkt wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit ervan. Weinig studies vinden significante verschillen en de *effect sizes* zijn klein (onder anderen Babcock, Green, & Robie, 2004; Saun-

ders, 2008; Stover, Meadows, & Kaufman, 2009). De literatuur suggereert dat sommige interventies bij relationeel geweld voor sommige daders zelfs een negatief effect kunnen hebben. Zo zouden mannen met *borderline*-problematiek te angstig of te verward kunnen zijn om te profiteren van een groepstherapie. Daarnaast zouden bijvoorbeeld mannen met antisociale persoonlijkheidstrekken het groepsproces negatief kunnen beïnvloeden door hun antisociale ideeën te verdedigen (Dutton, Bodnarchuk, Kropp, Hart, & Ogloff, 1997; White & Gondolf, 2000). Bovendien is het hoge percentage uitvallers in de behandeling van plegers van relationeel geweld een groot probleem. Uitvalpercentages variëren van 22% tot 90% (Brown, O'Leary, & Feldbau, 1997; Jewell & Wormith, 2010; Rooney & Hanson, 2001). Studies tonen daarbij aan dat in vrijwillige steekproeven de uitvalpercentages nog eens twee keer hoger zijn dan in steekproeven van personen die door de rechter zijn gedwongen tot behandeling (Bowen & Gilchrist, 2006; Olver, Stockdale, & Wormith, 2011).

Tot de eenentwintigste eeuw werd de behandeling voor relationeel geweldplegers gedomineerd door het zogenoemde Duluth-model, gebaseerd op de visie dat geweld tegen vrouwen het gevolg is van patriarchale overtuigingen (Dutton & Corvo, 2006). Onderzoek toont echter aan dat behandeling gebaseerd op cognitieve gedragstherapie effectiever is dan het Duluth-model (Babcock et al., 2004; Barner & Carney, 2011). Bovendien blijkt dat de behandeling voor gewelddadige daders effectief kan zijn wanneer verschillende componenten uit de cognitieve gedragstherapie worden samengevoegd (de Ruiter & Veen, 2006; Warnaar & Wegelin, 2003). Deze componenten zijn: het veranderen van antisociale en procriminele attitudes, empathietraining, stimuleren van een prosociaal netwerk, en het aanleren van interpersoonlijke en probleemoplossende vaardigheden. Onderzoek toont ook aan dat therapieën die uit meerdere componenten bestaan het meest effectief zijn bij aan boosheid gerelateerde problemen (Saini, 2009). Op grond van literatuuronderzoek en meta-analyses van effectstudies concluderen de Ruiter en Veen (2006) verder dat de in Nederland veel uitgevoerde kortdurende interventies weinig zinvol zijn. Het vraagt geduld en tijd om ingesleten gedragspatronen bij mensen met vaak forse persoonlijkheidsproblematiek, soms gecombineerd met middelengebruik, te veranderen.

In een regionale instelling voor geestelijke gezondheid in Nederland (GGZ Westelijk Noord-Brabant) werd een groepsbehandeling voor relationeel geweld en agressieregulatieproblemen ontwikkeld ('Niet meer door het lint'; van Dam et al., 2009). De behandeling werd gebaseerd op de componenten uit cognitieve gedragstherapie die effectief bleken te zijn (Babcock et al., 2004; de Ruiter & Veen, 2006; Saini, 2009; Warnaar & Wegelin, 2003). Op basis van de literatuur is de methode tevens georganiseerd volgens het carouselmodel, waarbij er eens per vier maanden een in- en uitstroommoment is. Daardoor is het mogelijk om een langer durende interventie aan te bieden en daarin maatwerk te leveren. De therapie bestaat uit het leren doorbreken

van de agressieketen, en het aanleren van andere coping- en sociale vaardigheden. De doelstelling van de therapie is het verminderen van agressief gedrag en het versterken van het probleemoplossend vermogen. Componenten zoals (sociale)vaardigheidstraining en agressieregulatietraining worden daarbij gecombineerd. Eén therapieronde bestaat uit een periode van drie maanden, waarin twaalf wekelijkse groepsessies worden gevolgd. De eerste drie sessies richten zich op psycho-educatie over agressie, motivatie voor behandeling en het stellen van therapiedoelen. De daaropvolgende sessies focussen op de verschillende agressiescenario's, uitlokkende factoren, en de (h)erkenning van signalen van lichamelijke spanning. Vervolgens worden er technieken aangeleerd die ervoor zorgen dat er effectief met de boosheid kan worden omgegaan, en agressief en gewelddadig gedrag kan worden voorkomen. De technieken omvatten onder andere relaxatietraining, alternatieve copingstrategieën, assertiviteitstraining, communicatietraining en oefeningen in emotieregulatie (van Dam et al., 2009; White & Gondolf, 2000).

Emotieregulatie, met name agressieregulatie, is een belangrijke component in de bovengenoemde therapie. Emotiedisregulatie en disfunctionele coping blijken namelijk sterke voorspellers te zijn voor relationeel geweld (Tull, Jakupcak, Paulson, & Gratz, 2007). Meer specifiek blijkt dat bepaalde disfunctionele copingstijlen, zoals *acting-out* of middelengebruik met als doel het vermijden of reguleren van emotionele pijn, de emotionele lading en het risico op agressief gedrag juist kunnen vergroten (Tager, Good, & Brammer, 2010; Tull et al., 2007). Het gebruik van actieve en probleemoplossende coping, en een beperkt gebruik van passieve coping, zijn gerelateerd aan lagere niveaus van agressie (Mao, Bardwell, Major, & Dimsdale, 2003). Onderzoek toont tevens aan dat agressief gedrag kan ontstaan door overregulatie van emoties, zoals vermijden en onderdrukken (Anderson & Bushman, 2002; Robertson, Daffern, & Bucks, 2012; Tull et al., 2007). Het onderdrukken van emoties (een disfunctionele copingstijl) kan de emotionele pijn op korte termijn verminderen, maar onderzoek toont aan dat emotionele inexpressie en vermindering op de lange termijn de emotionele en negatieve lading vermeerderen, om uiteindelijk het risico op een agressieve reactie te vergroten. Eckhardt, Jamison en Watts (2002) suggereren dat relationeel geweldplegers de vaardigheden missen om op een adequate en directe manier hun boosheid te communiceren en te uiten, waardoor ze meer indirecte (passieve) en agressieve communicatie gebruiken (zoals beledigingen, bedreigingen en geweld). Een therapie die zich richt op een verbetering van emotie- en agressieregulatie zou daarom relationeel geweld effectief kunnen verminderen.

In de huidige studie werd de effectiviteit van de bovengenoemde agressieregulatietherapie voor relationeel geweldplegers onderzocht. In lijn met bovengenoemde studies werd in onze vrijwillige steekproef een hoog uitvalpercentage verwacht. Voor de patiënten die de therapie wel zouden afronden, werd een afname op de primaire uitkomstmaat verwacht, te we-

ten zelfgerapporteerde agressie (hostiliteit, directe en indirecte agressie), in overeenstemming met de bovengenoemde studies, die aangaven dat het combineren van verschillende componenten van cognitieve gedragstherapie effectief kan zijn in de behandeling van relationeel geweldplegers. Eveneens in lijn met de bovengenoemde literatuur werden een vermindering in het gebruik van passieve copingstijlen en een stijging in het gebruik van actieve copingstijlen verwacht als mediërende factoren. Als gevolg hiervan werd een daling verwacht in de secundaire uitkomstmaat, namelijk de mate van zelfgerapporteerde psychopathologie.

METHODE

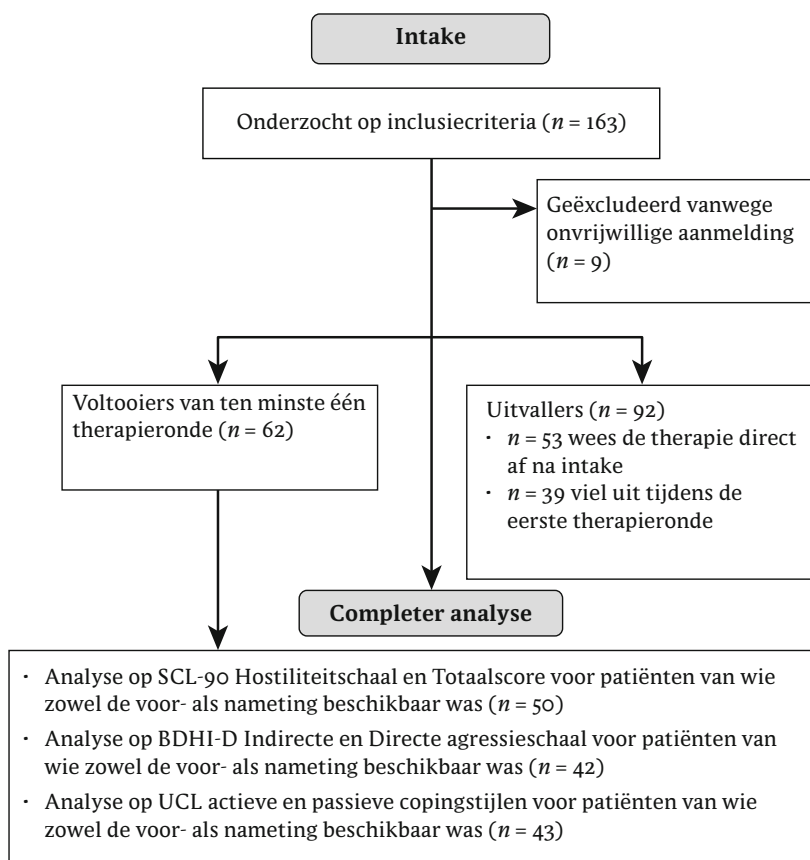
.....

Procedure

.....

Dossiers werden onderzocht op inclusiecriteria voor alle individuen ($n = 163$) die verwezen waren naar GGZ Westelijk Noord-Brabant (WNB) voor de groepstherapie agressieregulatie voor relationeel geweldplegers ('Niet meer door het lint'; van Dam et al., 2009) in de periode vanaf november 2007 tot en met januari 2012. De meerderheid van de mannen had zich vrijwillig aangemeld, op basis van een verwijzing door de huisarts, intern bij GGZ WNB of door andere instanties uit de regio. Een kleine groep ($n = 9$) werd door de reclassering of tussenkomst van de rechter verwezen. Deze negen mannen werden niet geïnccludeerd, resulterend in een patiëntengroep van 154 vrijwillig aangemelde relationeel geweldplegers. Alle patiënten ondergingen bij de start van de drie maanden durende groepstherapie een intakeprocedure, waarbij een intakerapportage werd opgesteld. Demografische variabelen (leeftijd, geslacht, opleiding, werk, burgerlijke staat, het hebben van een partner en criminele achtergrond) werden geïnventariseerd aan de hand van de intakerapportages van alle patiënten. Inclusiecriteria voor deze studie waren: mannelijk geslacht, Nederlands kunnen lezen en schrijven, en huiselijk geweld gepleegd hebben.

Het aantal voltooide therapiesessies werd per patiënt bijgehouden door de therapeuten. Patiënten werden aan de hand daarvan in drie groepen verdeeld: 'voltooiers', 'uitvallers' en 'afwijzers'. Een patiënt werd als uitvaller beschouwd wanneer hij in de drie maanden durende periode aan minder dan 75% van de sessies deelnam. Eén ronde van drie maanden omvat zoals gezegd twaalf wekelijkse groepssessies. Dit betekende dat een patiënt als uitvaller werd aangeduid wanneer hij meer dan drie sessies had gemist. Een voltooier werd gedefinieerd als iemand die aan negen of meer sessies had deelgenomen. Deze verdeling werd gekozen omdat patiënten wordt verteld dat zij niet meer dan drie van de twaalf sessies mogen missen. Wanneer een patiënt meer dan drie sessies mist, kan hij niet langer deelnemen aan de over-

FIGUUR 1 *Flowchart*

gebleven sessies. Een afwijzer werd gedefinieerd als iemand die na de intake-procedure aan geen enkele sessie heeft deelgenomen. Minder dan de helft (40,3%; n = 62) van de patiënten voltooide minstens één therapieronde van ten minste negen sessies. De meerderheid van de patiënten werd gedefinieerd als een uitvaller of afwijzer (59,7%; n = 92). Een kwart van de patiënten (25,3%; n = 39) viel uit gedurende de eerste therapieronde en ongeveer een derde (34,4%; n = 53) wees de therapie direct af na de intakeprocedure (zie figuur 1).

De groepstherapie 'Niet meer door het lint' hanteert een carrouselmodel; er is eens per vier maanden een in- en uitstroommoment. De groepssessies vinden wekelijks plaats en bestaan uit twee onderdelen van elk een uur. Per groep zijn er gemiddeld acht deelnemers, die begeleid worden door twee therapeuten. De verschillende therapeuten werden getraind door de ontwikkelaars van de therapie. Alle therapeuten maken gebruik van hetzelfde be-

handelprotocol, dat achttien sessies beslaat. De patiënten beschikken over een bijbehorend werkboek en krijgen wekelijks huiswerkopdrachten (van Dam, van Tilburg, Steenkist, & Buisman, 2008).

Voor de analyses werden de voor- en nametingen van de SCL-90, UCL en BDHI-D (vragenlijsten die hieronder worden beschreven) gebruikt van de patiënten die de therapie hadden voltooid ('voltooiers'; $n = 62$). Deze vragenlijsten werden in het kader van Routine Outcome Monitoring (ROM) tijdens de intake en iedere drie maanden daaropvolgend door de therapeuten in de instelling afgenomen bij de deelnemende patiënten. Het aantal beschikbare voor- en nametingen is per vragenlijst verschillend vanwege ontbrekende of niet ingevulde vragenlijsten (zie figuur 1).

Vragenlijsten

SCL-90 — De Symptom Checklist 90 (SCL-90; Arrindell & Ettema, 2003) is een multidimensionele screeningslijst voor psychologische en fysieke symptomen, gebaseerd op zelfrapportage. De vragenlijst bevat de voornaamste symptomen die kunnen voorkomen bij zowel klinische als ambulante psychiatrische patiënten. De 90 items van de vragenlijst worden gescoord op een vijfpunts Likertschaal, die de mate van voorkomen van het symptoom gedurende de afgelopen week aangeeft (1 = helemaal niet, 2 = een beetje, 3 = gemiddeld, 4 = hoog gemiddeld, 5 = veel). De vragenlijst bestaat uit acht dimensies: Angst, Agorafobie, Depressie, Somatische klachten, Inadequatie, Interpersoonlijke sensitiviteit, Slaapproblemen en Hostiliteit. Daarnaast heeft de SCL-90 een totaalscore die de algemene mate van psychopathologie aangeeft (Arrindell & Ettema, 2003). De SCL-90 heeft een goede tot excellente test-hertestbetrouwbaarheid. De interne betrouwbaarheid voor de totaalscore (Cronbach's α) varieert van 0,78 tot 0,82. De betrouwbaarheid van de dimensies varieert van 0,73 tot 0,97. Tevens is er bewijs voor een goede discriminante, predictieve, convergente en divergente validiteit (Arrindell & Ettema, 2003; Kloens, Barelds, Luteijn, & Schaap, 2002). In de huidige studie werd de subschaal Hostiliteit van de SCL-90 gebruikt als primaire uitkomstmaat. De totaalscore van de SCL-90 werd gebruikt als secundaire uitkomstmaat.

BDHI-D — De Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) is een van de populairste en meest gebruikte zelfrapportagematen voor agressie (Lange et al., 1995). In de huidige studie is de Nederlandse vertaling van de BDHI gebruikt (BDHI-D). Factoranalyse toont aan dat de vragenlijst uit twee subschalen bestaat: Directe en Indirecte agressie (Lange et al., 1995). Directe agressie omvat de gedragscomponent van agressie, en bevat zestien items die de neiging om agressie openlijk verbaal en fysiek te uiten weergeven. Indirecte agressie omvat de emotionele en cognitieve component van agressie, en be-

vat negentien items die emoties als hostiliteit, irritatie, wantrouwen en woede navragen (Lange et al., 1995). Daarnaast bevat de vragenlijst een schaal die sociale wenselijkheid meet. De constructvaliditeit van de vragenlijst is hoog. Onderzoek laat een goede convergente en divergente validiteit zien voor de subschalen en de totaalscore. Bovendien wordt de betrouwbaarheid voor beide schalen als goed beoordeeld (Lange et al., 1995). Een enkele studie rapporteert echter een minder goede betrouwbaarheid: α -coëfficiënten van de BDHI-D-schalen tussen 0,50 en 0,69 (Vassar & Hale, 2009). In de huidige studie werden zowel de indirecte als de directe agressieschaal van de BDHI-D gebruikt als primaire uitkomstmaten.

UCL — De Utrechtse Coping Lijst (UCL; Schreurs, van de Willige, Broschot, Tellegen, & Graus, 1993) is een Nederlandse zelfrapportagevragenlijst die verschillende copingstijlen inventariseert. Coping kan worden gedefinieerd als reactie op moeilijke en stressvolle situaties. De vragenlijst bestaat uit 47 items, die worden gescoord op een vierpunts Likertschaal, waarmee de mate van voorkomen van de verschillende copingstijlen wordt aangegeven (1 = zelden of nooit, 2 = soms, 3 = vaak, 4 = heel vaak). De items zijn verdeeld in zeven copingstijlen: Actief, Palliatief, Vermijdend, Sociale steun, Passief, Expressie van emoties, en Geruststellende gedachten. Actieve coping bestaat uit een doelgerichte strategie, waarbij een situatie eerst zorgvuldig van meerdere kanten wordt belicht. Palliatieve coping wordt gekenmerkt door het zoeken van afleiding, bijvoorbeeld door roken of drinken. Vermijdende coping wordt gebruikt wanneer iemand de situatie uit de weg gaat of afwacht. Sociale steun is een manier van coping waarin iemand geruststelling en begrip zoekt bij anderen. Een passieve copingstijl wordt gedefinieerd als een reactief patroon waarin iemand zich terugtrekt uit de situatie en erover gaat piekeren. Een expressieve copingstijl is een manier om frustraties en woede te uiten. Geruststellende gedachten is een manier van coping waarbij iemand zichzelf moet inspreken met helpende gedachten (Schreurs et al., 1993). De interne consistentie, gemeten met Cronbach's α , wordt gerapporteerd als matig tot goed, variërend van 0,67 tot 0,84. De test-hertestbetrouwbaarheid is hoog, wat aangeeft dat de UCL-schalen relatief stabiele kenmerken meten. Daarnaast is er bewijs voor een goede constructvaliditeit (Kloens et al., 2002; Schreurs et al., 1993). In de huidige studie werden de verschillende actieve en passieve copingstijlen gemeten met de UCL gebruikt als mediërende uitkomstmaten.

Patiëntengroep

De geanalyseerde patiëntengroep bestond zoals vermeld uit 62 voltooiers van de agressieregulatietherapie. De leeftijd van de mannen varieerde van 22 tot 63 jaar, met een gemiddelde van 38,60 jaar ($SD = 9,30$). De meerderheid van de patiëntengroep was Nederlands ($n = 61$; 98,4%) en één patiënt

was van Surinaamse afkomst (1,6%). De meerderheid (80,6%) had een intieme relatie met een partner bij de aanmelding, waarbij 43,5% getrouwd was; een minderheid (19,4%) was alleenstaand. Bijna de helft (43,5%) van de steekproef was ooit in contact geweest met politie of justitie. De meerderheid (86,2%) had een beroeps- of middelbare opleiding afgerond, een klein percentage (8,6%) had geen opleiding of alleen de basisschool afgerond, en 5,2% was in het bezit van een hbo- of wo-diploma.

Aanvullende analyses toonden aan dat de geanalyseerde patiëntengroep (voltooiers) niet significant verschilde van de uitvallers en afwijzers wat betreft leeftijd, etniciteit, relatiestatus en justitieel verleden. De voltooiers verschilden echter wel significant van de afwijzers en uitvallers wat betreft opleiding, waarbij afwijzers en uitvallers significant vaker geen opleiding of enkel de basisschool hadden afgerond ($\chi^2(2, 145) = 14,64, p < .001$). Wat betreft zelfgerapporteerde psychopathologie en agressie (gemeten aan de hand van de voormetingen op de BDHI-D en SCL-90) verschilden de voltooiers niet significant van de afwijzers en uitvallers. Op het gebied van copingstijlen (gemeten aan de hand van de voormetingen op de UCL) waren er evenmin verschillen tussen de voltooiers en uitvallers, met uitzondering van een trend waarbij de voltooiers hoger scoorden op de schaal Sociale steun ($F(1, 87) = 3,77, p = 0,06$).

Statistische analyse

De hypothesen omtrent de therapie-uitkomst werden onderzocht op basis van een *completer* analyse. Dit werd gedaan aan de hand van het General Linear Model (GLM), met herhaalde metingen variatieanalyses (ANOVA's) op de voor- en nametingen op de SCL-90, BDHI-D en UCL. Deze analyses zijn uitgevoerd voor de patiënten die ten minste één therapieronde hadden gevolgd en voor wie zowel de voor- als nameting beschikbaar was. Het significantieniveau voor de analyses was $\alpha < 0,05$. Voor het construct 'agressie' zijn er drie analyses gedaan, waardoor er een Bonferronicorrectie is toegepast ($\alpha < 0,05/3$). Voor de verschillende copingstijlen is geen Bonferronicorrectie toegepast, vanwege het feit dat deze constructen voortkomen uit een factorstructuur met zeven verschillende factoren die laag tot matig gecorreleerd zijn (Schreurs et al., 1993). Naast de statistische analyses werden de scores van de vragenlijsten vergeleken met de gegevens van vergelijkbare normgroepen uit de handleidingen van de SCL-90, UCL en BDHI-D.

RESULTATEN

Met een herhaalde metingen ANOVA onderzochten we het verschil tussen de voor- en nameting op hostiliteit (SCL-90) en directe en indirecte agressie (BDHI-D). Zelfgerapporteerde hostiliteit nam significant af bij de patiënten die ten minste één therapieronde hadden afgerond ($F(1, 49) = 17,20, p < .001$).

TABEL 1 Voor- en nametingen op SCL-90, UCL en de BDHI-D van de voltooiers

	Voormeting gemiddelde (SD)	Nameting gemiddelde (SD)	F	p
<i>Psychopathologie (n = 50)*</i>	204,42 (59,72)	187,12 (62,92)	6,59	.01
Agressie				
<i>Hostiliteit** (n = 50)</i>	16,36 (5,77)	13,38 (4,91)	17,20	<.001
Directe Agressie (n = 42)	12,64 (2,61)	12,07 (2,93)	2,84	.10
Indirecte Agressie (n = 42)	12,38 (4,27)	11,29 (4,95)	3,93	.05
Copingstijlen				
Actief (n = 43)	16,37 (4,24)	16,91 (3,70)	1,16	.29
Sociale steun (n = 43)	11,44 (3,73)	11,37 (3,65)	0,03	.86
<i>Expressie van emoties* (n = 43)</i>	8,33 (2,01)	7,74 (1,66)	6,75	.01
Passief (n = 43)	16,58 (4,56)	15,63 (4,38)	3,08	.09
Palliatief (n = 43)	17,42 (4,06)	17,98 (4,04)	1,52	.23
Vermijdend (n = 43)	16,72 (3,56)	16,47 (3,57)	0,27	.61

* Significant op $p < .05$ ** Significant op $p < .001$

Vergeleken met de normgegevens van ambulante psychiatrische patiënten was de mate van hostiliteit bij de voormeting hoog en bij de nameting lag die op gemiddeld niveau (Lange et al., 1995). Niettemin werd er geen significante daling, maar slechts een trend gevonden op directe en indirecte agressie van de BDHI-D (respectievelijk $F(1, 41) = 2,84$, $p = .10$, en $F(1, 41) = 3,93$, $p = .05$). De scores op directe agressie bleven zeer hoog, vergeleken met de psychiatrische normpopulatie. Vergeleken met de psychiatrische populatie daalde de zelfgerapporteerde indirecte agressie van hoog naar gemiddeld (Lange et al., 1995).

Een herhaalde metingen ANOVA om de verschillen tussen de voor- en nameting op de totaalscore op de SCL-90 te toetsen, liet een significante daling zien, waarbij de SCL-90 totaalscore afnam voor voltooiers ($F(1, 49) = 6,59$, $p = .01$; zie tabel 1). Vergeleken met de normgegevens van patiënten in een ambulante psychiatrische setting, daalde de totaalscore van gemiddeld tot beneden gemiddeld (Arrindell & Ettema, 2003).

Vervolgens werd het verschil tussen de voor- en nameting in zelfgerapporteerde actieve copingstijlen (Actief, Sociale steun en Expressie van emoties)

en passieve copingstijlen (Passief, Palliatief en Vermijdend) geanalyseerd met herhaalde metingen ANOVA's op de overeenkomstige UCL-schalen. Resultaten toonden aan dat er geen verschil was tussen de voor- en nameting op Sociale steun, Actieve, Palliatieve en Vermijdende copingstijl. Vergeleken met normgegevens van eerstelijnspatiënten scoorde onze patiëntengroep gemiddeld op Sociale steun, Actieve, Palliatieve en Vermijdende copingstijlschalen (Kloens et al., 2002). Een trend was zichtbaar waarbij het gebruik van Passieve coping afnam ($F(1, 43) = 3,08, p = .09$) voor de groep voltooiers die ten minste één therapieronde hadden afgerond. Vergeleken met de normgegevens van psychiatrische eerstelijnspatiënten daalde de score op Passieve coping van bovengemiddeld tot gemiddeld (Kloens et al., 2002). Het zelfge rapporteerde gebruik van Expressie van emoties daalde significant ($F(1, 43) = 6,75, p = 0,01$). Vergeleken met eerstelijnspatiënten daalde de score op Expressie van emoties van zeer hoog tot hoog (Kloens et al., 2002).

DISCUSSIE

.....

Het doel van de huidige studie was het onderzoeken van de effectiviteit van een agressieregulatiegroepstherapie voor relationeel geweldplegers. Voor- en nametingen op de primaire uitkomstmaten voor agressie (hostiliteit, directe en indirecte agressie), en de secundaire uitkomstmaat algemene psychopathologie, werden vergeleken in een groep relationeel geweldplegers die vrijwillig deelnamen aan de therapie. Tevens werden de voor- en nametingen op de mediërende uitkomstmaten actieve en passieve copingstijlen vergeleken.

Met betrekking tot de hypothese over het uitvalpercentage, vonden we resultaten die sterk overeenkomen (variërend tussen de 22% tot 90%) met eerdere studies die interventies voor relationeel geweldplegers onderzochten (Bowen & Gilchrist, 2006; Brown et al., 1997; Jewell & Wormith, 2010; Olver et al., 2011; Rooney & Hanson, 2001). Het uitvalpercentage was hoog; de meerderheid van de patiënten (59,7%) staakte de therapie, van wie 35% de therapie direct afwees na intake ($n = 53$) en 25% ($n = 39$) gedurende de eerste therapieronde uitviel. Dit resultaat kan mede worden verklaard door het feit dat de therapie geheel vrijwillig is, zonder enige externe motivatieaspecten, zoals een gerechtelijk bevel. Daarnaast vinden de therapiesessies overdag plaats, waardoor het lastig kan zijn voor werkende patiënten om de therapie af te stemmen met hun werktijden. In de huidige studie waren de redenen voor uitval echter niet bekend. Studies die de reden van therapie-uitval bij huiselijk geweldplegers onderzochten, tonen aan dat een onstabiele levensstijl (onder andere gekenmerkt door criminaliteit en middelenmisbruik), zich bevinden in de precontemplatiefase van verandering (voorstadium in motivatie) en een jongere leeftijd de voornaamste voorspellers voor uitval zijn (Rooney & Hanson, 2001).

Wat betreft de therapie-uitkomsten werd verwacht dat de hostiliteit zou afnemen, naast een daling van directe agressie, indirecte agressie en algemene psychopathologie. In lijn met deze verwachting toonden de resultaten een statistisch significante afname aan in zelfgerapporteerde hostiliteit en algemene psychopathologie. Directe en indirecte agressie bleken niet significant af te nemen. Wel werd er een statistische trend gevonden voor een afname in directe en indirecte agressie.

Betreffende de copingstijlen werd verwacht dat het gebruik van passieve coping zou afnemen en het gebruik van actieve coping zou toenemen. In lijn met deze verwachting toonden de resultaten een statistische trend aan, waarbij het gebruik van een passieve coping afnam tot een gemiddeld niveau. Omdat emotiedisregulatie en disfunctionele coping (zoals passieve coping) goede voorspellers zijn van relationeel geweld, is verbetering van de emotieregulatie een belangrijke component in de therapie van relationeel geweldplegers (Tull et al., 2007). Effectieve emotieregulatie vereist dat emoties worden geaccepteerd, en actief en adequaat worden verwerkt (Robertson et al., 2012). Bovendien toont onderzoek aan dat een actieve copingstijl boze gevoelens en gedachten kan verminderen en vervolgens agressief gedrag kan voorkomen (Mao et al., 2003; Maxwell & Siu, 2008). Expressie van emoties (een actieve copingstijl) nam weliswaar in tegenstelling tot onze hypothese significant af, maar het eindniveau was nog steeds hoog in vergelijking met een normgroep van eerstelijnspatiënten. Dit resultaat zou verklaard kunnen worden doordat de patiënten bij aanvang van de behandeling een (te) hoge mate van expressie van emoties hanteerden, waarbij de emotie wel actief wordt verwerkt, maar niet op een adequate manier. Woede wordt dan bijvoorbeeld geuit in de vorm van agressie. Een lichte daling in de expressie van emoties geeft in dergelijke gevallen toch blijk van een positief effect.

Om emoties te kunnen reguleren en aangepast gedrag te laten zien, is een adequate zelfcontrole of zelfregulatie nodig. Zelfcontrole is de capaciteit om eigen reacties aan te passen in lijn met idealen, waarden en sociale verwachtingen (Baumeister, Vohs, & Tice, 2007). Baumeister et al. (2007) concludeerden uit hun onderzoek dat de mate van zelfcontrole afhankelijk is van een beperkte energiebron, vergelijkbaar met hoe spieren in ons lichaam werken. Zelfcontroleprestatie verslechtert na inspanning, zoals een spier uitgeput kan raken na lichamelijke inspanning. Echter, zoals training spieren sterker kan maken, zijn er indicaties dat regelmatige toepassing van zelfcontrole de wilskracht kan verbeteren (Baumeister et al., 2007). Onderzoek op dit terrein biedt perspectief voor agressieregulatietrainingen, vanwege het feit dat er nu bewijs is dat zelfcontrole kan worden getraind en verbeterd. Meer specifiek toont een studie van Finkel, DeWall, Slotter, Oaten, en Foshee (2009) aan dat het versterken van wilskracht via zelfcontroleoefeningen de neiging tot het plegen van relationeel geweld vermindert. Een betere zelfcontrole resulteerde in pogingen tot het uitpraten van problemen na negatief gedrag van de partner. Tevens waren de personen met betere zelfcontrole

minder geneigd hun partner te vermijden dan individuen met een lagere zelfcontrole (Finkel & Campbell, 2001).

De resultaten van ons onderzoek overziend, lijken zij een beperkt effect van de agressieregulatietherapie te laten zien. De resultaten uit de huidige studie sluiten daarbij enigszins aan bij eerder onderzoek, dat concludeerde dat er slechts beperkt wetenschappelijk bewijs was voor de effectiviteit van interventies voor relationeel geweldplegers (zie bijvoorbeeld Babcock et al., 2004; Saunders, 2008; Stover et al., 2009). Onze bevindingen tonen een significante afname aan op één van de primaire uitkomstmaten (hostiliteit) en op de secundaire uitkomstmaat, algemene psychopathologie. Daarnaast suggereren de resultaten, in lijn met de literatuur over coping en emotieregulatie dat deze als mediërende factoren een rol zouden kunnen spelen in het verminderen en voorkomen van agressief gedrag. Het verdient aanbeveling om deze mediërende factoren in hun relatie tot de vermindering van agressief gedrag nader te onderzoeken. Een dergelijk onderzoek zou mogelijk het verschil in beloop tussen patiënten kunnen verklaren en zicht geven op mogelijke werkzame mechanismen binnen de therapie.

Het huidige onderzoek heeft een aantal beperkingen en verbeterpunten. Allereerst is er voor alle uitkomstmaten gebruikgemaakt van zelfrapportagematen, die onderhevig zijn aan sociaal wenselijke beantwoording en andere vormen van *impression management*, waarmee individuen bewust of onbewust het beeld dat anderen over hen hebben proberen te controleren. Tevens kan de aard van de gebruikte vragenlijsten van invloed zijn geweest op de resultaten. De Hostiliteitschaal van de SCL-90 maakt gebruik van een Likert-schaal, die over de afgelopen week moet worden ingevuld. De mate van agressie op de BDHI-D daarentegen wordt gemeten aan de hand van een ja/nee-vraag. Resultaten van de BDHI-D geven daardoor alleen aan of het geweld wel of niet is gestopt. Daarbij meet de BDHI-D ook een aantal historische items en *trait*-aspecten die niet kunnen veranderen (bijvoorbeeld item 33: 'Ik kan me herinneren dat ik ooit zo kwaad was, dat ik zomaar iets kapot sloeg'; item 26: 'Sinds mijn tiende heb ik nooit meer een uitbarsting van woede gehad'). Achteraf bezien was de keuze voor de BDHI-D als uitkomstmaat een wat ongelukkige. De significante afname in hostiliteit gemeten met de SCL-90 en de dalende trends in agressie gemeten met de BDHI-D zouden daarom als volgt kunnen worden geïnterpreteerd. Patiënten geven via de Hostiliteitschaal aan dat ze minder gedachten, gevoelens of gedragingen hebben die kenmerkend zijn voor de negatieve gemoedstoestand van woede, maar geven via de BDHI-D aan dat het geweld wel in enige mate afgenomen is, maar niet gestopt. In eerder onderzoek is gebleken dat de BDHI niet in staat was te differentiëren tussen gewelddadige en niet-gewelddadigeaders (Syverson & Romney, 1985). Concluderend kunnen we stellen dat de BDHI-D te weinig sensitief en niet het juiste meetinstrument is wanneer men verandering in agressief gedrag tracht te meten. In toekomstig onderzoek is het van belang andere meetinstrumenten te gebruiken, waaronder meer objectieve, obser-

vationele en gedragsmatige meetinstrumenten. Informatie van de partner van de relationeel geweldplegers zou bijvoorbeeld als aanvullende bron kunnen dienen. Tevens is een gedragsmatig meetinstrument zoals de Conflict Tactics Scale aan te raden (Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996).

Een ander verbeterpunt is de grootte van de steekproef. Het kleine aantal deelnemende patiënten kan de statistische kracht van de analyses hebben ondermijnd. Bovendien was de steekproef gebaseerd op patiënten die ten minste één therapieronde hadden afgerond en was het uitvalpercentage hoog. Dit laatste kan geleid hebben tot *sampling bias* en een vertekend beeld van de werkelijke populatie relationeel geweldplegers die de therapie toegewezen kregen. Toch bleken de voltooiers op veel vlakken, en met name op de uitkomstmaten bij de start, niet significant te verschillen van de afwijzers en de uitvallers. Tot slot ontbreekt een controlegroep, waardoor de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden (Gondolf, 2001). Ondanks deze beperkingen laten de resultaten toch enig effect zien. Toekomstig onderzoek met een grotere steekproef, meer objectieve, gedragsmatige uitkomstmaten en een controlegroep is wenselijk.

COLINDA M. B. SERIE is als senior onderzoeksassistent werkzaam bij Maastricht University, Faculty of Psychology and Neuroscience, Sectie Forensic Psychology.

Adres: P.O. Box 616, 6200 MD Maastricht.

CAROLA A. VAN TILBURG is als buiten-promovendus verbonden aan Maastricht University, Faculty of Psychology and Neuroscience, en als GZ-psycholoog/psychotherapeut werkzaam bij de GGZ Westelijk Noord Brabant. *Adres:* Postbus 371, 4600 AJ Bergen op Zoom.

ARNO VAN DAM is als psychotherapeut werkzaam bij de GGZ Westelijk Noord Brabant en als scientist-practitioner verbonden aan Tilburg University, Faculty of Social Sciences. *Adres:* Postbus 90153, 5000 LE Tilburg.

CORINE DE RUITER is als hoogleraar Forensische psychologie verbonden aan Maastricht University, Faculty of Psychology and Neuroscience, Sectie Forensic Psychology.

Correspondentieadres: prof. dr. Corine de Ruiter, Faculty of Psychology and Neuroscience, Maastricht University, P.O. Box 616, 6200 MD Maastricht. E-mail: Corine.deRuiter@maastrichtuniversity.nl.

Summary This study aimed to examine the effectiveness of an aggression regulation group treatment program for spousal assaulters, called: 'Niet meer door het lint' ('Not losing it anymore'; van Dam, van Tilburg, Steenkist, & Buisman, 2009). This program consists of cognitive-behavioral therapy elements, including time-out, social skills training, and problem solving. Participants gain insight into their aggression scenario and learn to apply different coping styles. Pre- and post-treatment scores on the primary outcome measures for aggression (self-reported hostility, direct and indirect aggression) and secondary outcome measures for self-reported psychopathology were compared in a sample of spousal assaulters,

who participated in treatment voluntarily. Furthermore, pre- and post-treatment scores of mediating variables (active and passive coping styles) were compared. Results indicate a significant decrease of hostility and psychopathology. Direct and indirect aggression did not decrease significantly, only a trend was found. Expression of emotions and passive coping may play a mediating role in diminishing aggression. The attrition rate was high (59,7%). Future research with a larger sample, including a control group, and use of more objective, behavioral outcome measures that clarify the effective mechanisms of the treatment, is needed.

Key words: *aggression regulation, group therapy, spousal assaulters, domestic violence*

Literatuur

- Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.
- Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (2003). *SCL-90: Herziene handleiding bij multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Babcock, J. C., Green, C. E., & Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 1023-1053.
- Barner, J. R. & Carney, M. M. (2011). Interventions for intimate partner violence: A historical review. *Journal of Family Violence*, 26, 235-244.
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Tice, D. M. (2007). The strength model of self-control. *Current Directions In Psychological Science*, 16, 351-355.
- Bowen, E., & Gilchrist, E. (2006). Predicting dropout of court-mandated treatment in a British sample of domestic violence offenders. *Psychology, Crime & Law*, 12, 573-587.
- Brown, P. D., O'Leary, K. D., & Feldbau, S. R. (1997). Dropout in a treatment program for self-referring wife abusing men. *Journal of Family Violence*, 12, 365-386.
- de Ruiter, C., & Veen, V. C. (2006). Voor- komen van recidive bij geweldsdelin- quenten: Wat werkt? *Directieve The- rapie*, 26, 51-60.
- Dutton, D. G., Bodnarchuk, M., Kropp, R., Hart, S., & Ogloff, J. (1997). Wife as- sault treatment and criminal recidi- vism: An eleven year follow-up. *Inter- national Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 41, 9-23.
- Dutton, D. G., & Corvo, K. (2006). Trans- forming a flawed policy: A call to re- vive psychology and science in domes- tic violence research and practice. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 457-483.
- Eckhardt, C., Jamison, T., & Watts, K. (2002). Anger experience and expres- sion among male dating violence per- petrators during anger arousal. *Jour- nal of Interpersonal Violence*, 17, 1102-1114.
- Finkel, E. J., & Campbell, W. K. (2001). Self-control and accommodation in close relationships: An interdepen- dence analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 263-277.
- Finkel, E. J., DeWall, C. N., Slotter, E. B., Oaten, M., & Foshee, V. A. (2009). Self-regulatory failure and intimate partner violence perpetration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 483-499.
- Gondolf, E. W. (2001). Limitations of experimental evaluation of batterer programs. *Trauma, Violence & Abuse*, 2, 79-88.
- Hendricks, B., Werner, T., Shipway, L., & Turinetti, G. J. (2006). Recidivism among spousal abusers: Predictions

- and program evaluation. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 703-716.
- Jewell, L. M., & Wormith, J. S. (2010). Variables associated with attrition from domestic violence treatment programs targeting male batterers: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 37, 1087-1113.
- Kloens, G. J., Barelds, D. P. H., Luteijn, F., & Schaap, C. P. D. R. (2002). De waarde van enige vragenlijsten in de eerstelijns. *Diagnostiek-Wijzer*, 5, 130-148.
- Korf, D. J., Meulenbeek, H., Mot, E., & van den Brandt, T. (1997). *Economic costs of domestic violence against women*. Utrecht: Dutch Foundation of Women's Shelters.
- Kropp, P. R., Hart, S. D., & Belfrage, H. (2005). *The brief spousal assault form for the evaluation of risk: User manual*. Vancouver, British Columbia, Canada: ProActive ReSolutions, Inc.
- Lange, A., Pahlich, A., Sarucco, M., Smits, G., Deghani, B., & Hanewald, G. (1995). Psychometric characteristics and validity of the Dutch adaptation of the Buss-Durkee Hostility Inventory (The BDHI-D). *Behaviour Research and Therapy*, 33, 223-227.
- Lünnemann, K. D. & Bruinsma, M. Y. (2005). *Geweld binnen en buiten: Aard, omvang en daders van huiselijk en publiek geweld in Nederland*. Den Haag: WODC.
- Mao, W., Bardwell, W. A., Major, J. M., & Dimsdale, J. E. (2003). Coping strategies, hostility, and depressive symptoms: A path model. *International Journal of Behavioral Medicine*, 10, 331-342.
- Maxwell, J. P., & Siu, O. L. (2008). The Chinese coping strategies scale: Relationships with aggression, anger, and rumination in a diverse sample of Hong Kong Chinese adults. *Personality and Individual Differences*, 44, 1049-1059.
- Olver, M. E., Stockdale, K. C., & Wormith, J. S. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 6-21.
- Roberton, T., Daffern, M., & Bucks, R. S. (2012). Emotion regulation and aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 17, 72-82.
- Rooney, J., & Hanson, R. K. (2001). Predicting attrition from treatment programs for abusive men. *Journal of Family Violence*, 16, 131-149.
- Saini, M. (2009). A meta-analysis of the psychological treatment of anger: Developing guidelines for evidence-based practice. *Journal of American Academic Psychiatry and Law*, 37, 473-488.
- Saunders, D. G. (2008). Personality characteristics of men who batter. In C. Renzetti & J. Edleson (Eds.), *Encyclopedia of interpersonal violence*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Schreurs, P. J. G., van de Willige, G. V., Brosschot, J. F., Tellegen, B., & Graus, G. M. H. (1993). *Herziene handleiding UCL*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Stover, C. S., Meadows, A. L., & Kaufman, J. (2009). Interventions for intimate partner violence: Review and implications for evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 223-233.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316.
- Syverson, K. L., & Romney, D. M. (1985). A further attempt to differentiate violent from nonviolent offenders by means of a battery of psychological tests. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 17, 87-92.
- Tager, D. T., Good, G. E., & Brammer, S. (2010). Walking over 'em: An exploration of relations between emotion

- dysregulation masculine norms and intimate partner abuse in a clinical sample of men. *Psychology of Men and Masculinity*, 11, 233-239.
- Tull, M. T., Jakupcak, M., Paulson, A., & Gratz, K. L. (2007). The role of emotional inexpressivity and experiential avoidance in the relationship between posttraumatic stress and aggression among men exposed to interpersonal violence. *Anxiety, Stress, and Coping: An International Journal*, 20, 337-351.
- van Dam, A., van Tilburg, C., Steenkist, P., & Buisman, M. (2008). *Niet meer door het lint: Werkboek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- van Dam, A., van Tilburg, C., Steenkist, P., & Buisman, M. (2009). *Niet meer door het lint: Handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- van der Veen, H. C. J., & Bogaerts, S. (2010). *Huiselijk geweld in Nederland: Overkoepelend syntheserapport van het angst-hervangst-, slachtoffer- en daderonderzoek 2007-2010*. Den Haag: WODC.
- van Dijk, T., Flight, S., Oppenhuis, E., & Duesmann, B. (1997). *Huiselijk geweld: Aard, omvang en hulpverlening [Domestic violence: Nature, prevalence and service]*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- van Dijk, T., Veen, M., & Cox, E. (2010). *Slachtofferschap van huiselijk geweld: Aard, omvang, omstandigheden en hulpzoekgedrag*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Vassar, M., & Hale, W. (2009). Reliability reporting across studies using the Buss Durkee Hostility Inventory. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 20-37.
- Warnaar, B., & Wegelin, M. (2003). Behandeling van partnermishandelaars. *Directieve Therapie*, 23, 63-81.
- White, R. J. & Gondolf, E. W. (2000). Implications of personality profiles for batterer treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 467-488.

De bruikbaarheid van agressievragenlijsten in de Nederlandse forensisch- psychiatrische praktijk

GERJONNE AKKERMAN-BOUWSEMA, BRENDA BIESBROEK,
MARIKE LANCEL & COBY GERLSMA

Samenvatting

Agressie is een veelvoorkomend probleem in de forensische psychiatrie en daarom is het belangrijk dat agressie en gewelddadig gedrag van forensisch-psychiatrische patiënten kan worden beoordeeld en nauwkeurig worden voorspeld. In deze review worden de psychometrische eigenschappen van zelfrapportage agressievragenlijsten geëvalueerd. Bijna alle vragenlijsten beschikken over voldoende interne consistentie en test-hertestbetrouwbaarheid. Echter, onderzoek naar de predictieve validiteit van de vragenlijsten onder een volwassen (forensisch) klinische populatie bleek schaars. Daarnaast bleken er geen normen beschikbaar voor forensisch-psychiatrische patiënten en werd het risico van sociale wenselijkheid niet onderzocht. Empirisch onderzoek naar de predictieve waarde van deze vragenlijsten in de forensische psychiatrie en het opstellen van normen voor de forensisch-psychiatrische patiënten zijn wenselijk.

Trefwoorden: agressie, zelfrapportagevragenlijsten, forensische psychiatrie, psychometrische eigenschappen, betrouwbaarheid en validiteit

INLEIDING

In de forensische psychiatrie worden personen behandeld die in het verleden, mede op basis van een psychische stoornis, een geweldsdelict hebben gepleegd. Een groot deel van deze patiënten kampt met agressieregulatieproblemen. De behandeling van deze patiënten, waarbij het voorkómen van recidive vooropstaat, richt zich voor een belangrijk deel op het (h)erkennen en leren omgaan met agressieve gedachten, gevoelens en gedrag (de Ruiter

⚡ Hildebrand, 1999; Hornsveld, Soe-Agnie, Donker, ⚡ van der Wal, 2008). Voor het adequaat behandelen van agressieproblematiek is diagnostiek van groot belang: welke factoren dragen onder welke omstandigheden bij aan het agressieve gedrag van een patiënt? Theorieën over agressie kunnen richtinggevend zijn bij het opstellen van hypothesen over deze vraagstukken.

Agressief gedrag kan worden gedefinieerd als een handeling met het doel schade toe te brengen aan een persoon of object, anders dan uit zelfverdediging (Anderson ⚡ Bushman, 2002). Agressie kan zich daarbij voordoen in verschillende vormen. Een belangrijk onderscheid is reactieve versus proactieve agressie. Reactieve agressie is een emotionele, boze reactie op een waargenomen bedreiging, aanval of frustratie, bijvoorbeeld een woedeaanval na het verliezen van een spelletje. Bij proactieve agressie gaat het om het inzetten van agressie om een ander doel te bereiken dan het toebrengen van schade op zichzelf, bijvoorbeeld het dreigen met geweld om een telefoon te bemachtigen. Daarnaast wordt veelal onderscheid gemaakt tussen directe en indirecte agressie. Onder directe agressie vallen fysiek agressieve gedragingen, zoals slaan en duwen, alsmede verbaal agressief gedrag, zoals schelden en bedreigen. Indirecte agressie kan worden geconceptualiseerd als een alternatieve agressieve strategie die iemand gebruikt wanneer een directe confrontatie als te gevaarlijk of kostbaar wordt ingeschat (Archer ⚡ Coyne, 2005); men tracht het slachtoffer schade te berokkenen zonder zelf rechtstreeks betrokken te zijn, bijvoorbeeld door roddel en laster (indirect-verbaal), of door brandstichting en vandalisme (indirect-fysiek).

Gedragswetenschappers buigen zich al jaren over de vraag waarom mensen anderen pijn doen of anderszins schade toebrengen. Er bestaan diverse theorieën over het ontstaan van agressief gedrag. Het General Aggression Model (GAM; Anderson ⚡ Bushman, 2002) is een integratief model, waarin de belangrijkste theoretische benaderingen zijn samengevoegd. In dit model bepalen persoonlijke variabelen (zoals temperament en andere persoonlijkheidskenmerken) in combinatie met situationele variabelen op een bepaald moment de gemoedstoestand van de persoon. De gemoedstoestand bestaat uit cognities, affect en *arousal*, die met elkaar in verbinding staan en elkaar kunnen activeren. De gemoedstoestand bepaalt uiteindelijk of iemand wel of niet agressief wordt.

Met behulp van diagnostiek kan in kaart worden gebracht welke factoren vermoedelijk bijdragen aan agressief/gewelddadig gedrag en hoe behandeling kan bijdragen aan het voorkómen van recidive. Het 'meten' van agressieve gedachten, gevoelens en gedrag is daarbij een belangrijk middel om de stand van zaken en de voortgang van de behandeling te 'monitoren'.

Binnen de forensische psychiatrie worden grofweg twee verschillende methoden gebruikt om agressieve gevoelens, gedachten en gedrag bij individuele patiënten in kaart te brengen, namelijk risicotaxatie door een professional en zelfrapportage door de patiënt. Tegenwoordig is het vanuit het Ministerie van Justitie verplicht om jaarlijks voor alle forensisch-psychiatrische

patiënten een zogenaamd ‘gestructureerd klinische beoordeling’ van het gevaar voor gewelddadige recidive te geven. Hierbij scoort de behandelaar een risicotaxatie-instrument, dat bestaat uit statische en dynamische items die met het recidiverisico samenhangen. Op grond van een afweging van de scores voor de verschillende items beoordeelt de behandelaar vervolgens zelf in hoeverre de patiënt een lage, matige of hoge kans heeft op een gewelddadig recidive in het komende jaar. Voorbeelden van deze risicotaxatie-instrumenten zijn de Historical, Clinical and Risk Management-20 (HCR-20; Webster, Eaves, Douglas, & Wintrup, 1995) en de gereviseerde versie HCR-20 V3 (de Vogel, de Vries Robbé, Bouman, Chakhssi, & de Ruiters, 2013), alsook de Historische, Klinische en Toekomstige Risico-indicatoren-30 (HKT-30; Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, 2003) en de gereviseerde versie HKT-R (Spreen, Brand, ter Horst, Willems, & Bogaerts, 2013).

Naast de verplichte risicotaxatie-instrumenten worden zelfrapportagevragenlijsten gebruikt om het agressieniveau te meten en toekomstig agressief gedrag te voorspellen. Bij deze vragenlijsten geeft de patiënt zelf aan in hoeverre hij agressieve gedachten en gevoelens ervaart en zich de afgelopen tijd agressief heeft gedragen. Veelgebruikte instrumenten in dit kader zijn de Buss Durkee Hostility Inventory (BDHI; Buss & Durkee, 1957; Nederlandse versie, de BDHI-D, door Lischewski & de Ruiters, 1989), de Aggression Questionnaire (AQ; Buss & Perry, 1992; Nederlandse versie, de Agressie Vragenlijst (AVL) door Meesters, Muris, Bosma, Schouten, & Beuving, 1996), en de Novaco Anger Scale-Provocation Inventory (NAS-PI; Novaco, 1994; Nederlandse versie door Hornsveld, Muris, & Kraaimaat, 2011). Dit zijn multidimensionele maten van agressie, speciaal ontwikkeld om verschillende vormen van agressieve cognities (hostiliteit), affect (boosheid, woede) en/of gedrag te meten. Daarnaast worden ook wel eens relevante subschalen uit andere instrumenten gebruikt, zoals de Hostiliteitsschaal van de Symptom Checklist-90 (SCL-90; Derogatis, Lipman, & Cobi, 1973; Nederlandse versie door Arrindell & Ettema, 1986; 2003) en de schalen voor Zelfgenoegzaamheid en Verongelijkheid van de Nederlandse Persoonlijkheds-Vragenlijst (NPV-2; Barelds, Luteijn, van Dijk, & Starren, 2007).

Uit onderzoek van Blok, de Beurs, de Ranitz en Rinne (2010) blijkt dat de combinatie van het gestructureerd klinische oordeel op grond van risicotaxatie-instrumenten en de zelfrapportage van de patiënt de beste voorspelling geeft van gewelddadige recidive (Blok et al., 2010; Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP), 2013; Hornsveld, Muris, & Kraaimaat, 2009a).

Het meten van de mate van woede en agressie met behulp van zelfrapportagevragenlijsten heeft een aantal voordelen. Dergelijke vragenlijsten zijn over het algemeen praktische instrumenten, in die zin dat ze gemakkelijk, snel en op gestandaardiseerde wijze informatie opleveren. Door de standaardisatie is vergelijking over de tijd mogelijk. Standaardisatie maakt ook een vergelijking tussen personen mogelijk, bijvoorbeeld in de vergelijking van de scores van de patiënt met die van personen uit niet-klinische en

niet-criminele populaties, wat een beeld geeft van de huidige toestand van de patiënt ten opzichte van gewenst toekomstig functioneren. Daarom maken deze vragenlijsten veelal deel uit van het instrumentarium voor de ROM (*Routine Outcome Monitoring*), waarbij instrumenten jaarlijks worden afgenomen, om zo het verloop van de behandeling te evalueren. Hierbij wordt zowel op individueel niveau als op afdelingsniveau bekeken in hoeverre er sprake is van vooruitgang. Daarnaast kunnen zelfrapportagevragenlijsten worden benut om een uitspraak te doen over de mogelijke kans op agressieve incidenten binnen de muren van de kliniek (de Vogel, de Ruiters, Hildebrand, Bos, & van de Ven, 2004). Wanneer het risico op agressief gedrag hoog wordt ingeschat, zouden de mogelijkheden en vrijheden voor de patiënt moeten worden beperkt, en dient het betrokken personeel extra alert te zijn. Discrepancies tussen de inschatting door de behandelaar of diagnosticus enerzijds en die door de patiënt anderzijds kunnen ten slotte ook aanknopingspunten voor de behandeling geven, omdat ze kunnen wijzen op verschil van inzicht over de aan te pakken problematiek en, daarmee samenhangend, gebrek aan motivatie voor de behandeling bij de patiënt (EFP, 2013).

Een nadeel van de zelfrapportagevragenlijsten is dat men is aangewezen op het oordeel van de patiënt zelf en dus op diens inzicht in het eigen functioneren. Dit inzicht is bij de gemiddelde tbs-patiënt nog wel eens problematisch, wat kan leiden tot een vertekend, niet erg valide beeld (EFP, 2013; Hornsveld et al., 2009a). Evenzeer moet rekening worden gehouden met vertekening als gevolg van de neiging tot sociaal wenselijk antwoorden: patiënten kunnen antwoorden geven die, naar hun verwachting, 'goed' of 'passend' zijn, zodat ze zichzelf op een sociaal acceptabele manier neerzetten (EFP, 2013; Hornsveld et al., 2009a; King & Bruner, 2000) en daarmee bijvoorbeeld proberen meer vrijheden te krijgen, eerder op verlof te mogen en verlenging van tbs-maatregel te vermijden.

BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT

.....

Aangezien zelfrapportagevragenlijsten veelvuldig worden gebruikt in de Nederlandse forensische psychiatrie, is het belangrijk te weten in hoeverre de informatie die dergelijke instrumenten opleveren, betrouwbaar en valide is.

Betrouwbaarheid geeft aan in hoeverre de met een test gemeten waarde representatief is voor de werkelijke waarde die de test wil meten. Voor zelfrapportagevragenlijsten zijn vooral interne consistentie en test-hertestbetrouwbaarheid van belang. Interne consistentie geeft aan in hoeverre verschillende items van een meetinstrument die eenzelfde kenmerk beogen te meten ook daadwerkelijk met elkaar samenhangen. Dit wordt uitgedrukt met Cronbach's alfa. Hierbij zijn waarden tussen de 0,70 en 0,79 redelijk, tussen 0,80 en 0,89 goed en groter dan 0,90 uitmuntend (Cicchetti, 1994). Bij de

test-hertestbetrouwbaarheid wordt een test na een bepaald tijdsinterval bij dezelfde onderzoeksgroep herhaald. De correlatie – meestal Pearsons product-momentcorrelatiecoëfficiënt – geeft aan in hoeverre deze scores met elkaar overeenkomen.

Verschillende soorten validiteit kunnen worden onderscheiden. Begripsvaliditeit geeft aan of de test inderdaad de eigenschap meet die wordt verondersteld. Zij wordt afgeleid uit de convergente en divergente validiteit. Convergente validiteit heeft betrekking op de vraag in hoeverre verschillende instrumenten die hetzelfde begrip beogen te meten met elkaar samenhangen. Er is sprake van divergente validiteit wanneer twee instrumenten die verschillende begrippen beogen te meten, laag met elkaar correleren. Criteriumvaliditeit geeft aan in hoeverre de testscore een goede voorspeller is van het gedrag (het criterium) dat de test beoogt te meten. Wanneer de testcores en de criteriumgegevens op hetzelfde moment zijn verzameld, geeft de samenhang een indicatie van de concurrente validiteit. Wanneer de testcores en de criterium/uitkomstgegevens in een longitudinaal *design* zijn verzameld, waarbij de testcores voorafgaan aan de criteriumgegevens, kan de mate van predictieve validiteit, oftewel de voorspellende waarde van de test, vastgesteld worden.

DOELSTELLING VAN DIT ARTIKEL

.....

Dit artikel biedt een overzicht van de literatuur met betrekking tot de vragen (1) hoe betrouwbaar en (2) valide de meest gebruikte agressievragenlijsten in een forensisch-psychiatrische populatie zijn, en (3) of de predictieve validiteit voldoende is om met deze agressievragenlijsten uitspraken te doen over mogelijk toekomstig agressief gedrag bij forensisch-psychiatrische patiënten. We bespreken in dit overzicht alleen de bevindingen in Nederlandse onderzoeksgroepen.

De literatuur met betrekking tot de betrouwbaarheid en validiteit van de vragenlijsten is geselecteerd met de databases PsychINFO, Medline en PubMed, waarbij de volgende zoektermen zijn gebruikt in zowel het Nederlands als het Engels: 'agressie' AND: 'screening', 'beoordeling', 'meting', 'meten', 'zelfrapportage', 'psychometrie', 'forensische psychiatrie', 'tbs', 'forensisch psychiatrische kliniek', 'betrouwbaarheid' en 'validiteit'. Daarnaast werden de namen van de zelfrapportagevragenlijsten gebruikt als zoekterm, zowel in het Nederlands als Engels, in combinatie met bovenstaande zoektermen. Het gaat hierbij om de volgende vragenlijsten: de BDHI (Buss & Durkee, 1957), AVL (Buss & Perry, 1992), NAS-PI (Novaco, 1994), SCL-90 (Derogatis et al., 1973) en de NPV-2 (Barelids et al., 2007). In eerste instantie is gezocht naar psychometrisch onderzoek van de vragenlijsten onder forensisch-psychiatrische patiënten. Indien hier geen resultaten werden gevonden, werd gekeken naar onderzoek onder gedetineerden en psychiatrische patiënten.

OVERZICHT

287

De psychometrische kwaliteiten van de BDHI-D, NPV-2 en SCL-90 werden door de COTAN (Evers, Braak, Frima, & van Vliet-Mulder, 2009-2014) beoordeeld als voldoende tot goed (zie tabel 1). Opgemerkt moet worden dat een goede COTAN-beoordeling niet betekent (1) dat het instrument daarmee ook geschikt is voor gebruik in een forensisch-psychiatrische setting, (2) dat de COTAN-beoordelingen voor de NPV-2 en SCL-90 betrekking hebben op de gehele vragenlijst en niet op de agressiegerelateerde subschalen, en (3) dat beoordelingen voor de AVL en NAS-PI vooralsnog ontbreken.

TABEL 1 *Samenvatting COTAN-beoordelingen van de geëvalueerde tests (Egberink, Vermeulen, & Frima, 2009-2014).*

Test	Theoretische achtergrond	Kwaliteit testmateriaal	Kwaliteit handleiding	Normen	Betrouwbaarheid	Begripsvaliditeit	Criteriumvaliditeit	Jaar laatste beoordeling
AVL*	-	-	-	-	-	-	-	-
BDHI-D	G	G	G	G ¹	G ²	G	V	1997
NAS-PI*	-	-	-	-	-	-	-	-
NPV-2+	G	G	G	V ³	G ⁴	G	V	2009
SCL-90+	G	G	G	V	G ⁵	G	G	2004

* Deze tests zijn (nog) niet beoordeeld door de COTAN.

+ De COTAN-beoordelingen betreffen de gehele vragenlijst en niet de agressiegerelateerde subschalen ervan.

Opmerkingen:

- 1 De normen zijn verouderd.
- 2 De betrouwbaarheid van de BDHI-subschaal Sociale Wenselijkheid is onvoldoende.
- 3 Voor bepaalde groepen 'Onvoldoende' wegens het ontbreken van relevante gegevens.
- 4 'Goed' voor minder belangrijke beslissingen, 'Voldoende' voor belangrijke beslissingen op individueel niveau.
- 5 De betrouwbaarheid van de subschaal voor hostiliteit is 'voldoende'.

In de volgende paragrafen worden per vragenlijst kenmerken zoals meetprentie, aantal items, *response format* en subschalen besproken. Een samen-

vatting hiervan is te vinden in tabel 2. Gegevens over de betrouwbaarheid en de validiteit van de instrumenten worden samengevat in tabel 3.

288

TABEL 2 *Kenmerken van zelfrapportagevragenlijsten voor het meten van agressie (naam, normen, responsformaat, aantal items en subschalen)*

Naam	Normen	Antwoordformaat	Items	Subschalen (aantal items) en Totaalscore
Agressie Vragenlijst (AVL)	Normen ontbreken	5-puntsschaal, van 'helemaal mee oneens' tot 'helemaal mee eens'	29	Fysieke agressie (9) Verbale agressie (5) Woede (7) Vijandigheid (8) Totaalscore = mate van agressie
Buss-Durkee Hostility Inventory-Dutch (BDHI-D)	Algemene bevolking; gedetineerden; psychiatrische patiënten	2-puntsschaal, met 'waar' en 'onwaar'	40	Directe agressie (19) Indirecte agressie (16) Sociale Wenselijkheid (5) Totaalscore = mate van hostiliteit en dispositie voor agressief gedrag
Novaco Anger Scale Provocation Inventory (NAS-PI)	Terbeschikking-gestelden; ambulante psychiatrische patiënten; langgestraften; vmbo-leerlingen	3-puntsschaal, met 'nooit waar', 'soms waar' en 'altijd waar'	48	Cognities (16) Arousal (16) Gedrag (16) NAS = Woededispositie PI = Woedereactiviteit
Symptom Checklist (SCL-90)	Algemene bevolking; ambulante psychiatrische patiënten	5-puntsschaal voor mate van woede van 'helemaal niet' tot 'heel veel'	90	Hostiliteit (6)
Nederlandse Persoonlijkheds Vragenlijst-2 (NPV-2)	Algemene bevolking; psychiatrische en somatische patiënten	3-puntsschaal met 'juist', '?' en 'onjuist'	140	Verongelijkheid (20) Zelfgenoegzaamheid (20)

TABEL 3 *Overzicht van de betrouwbaarheidsgegevens van zelfrapportagevragenlijsten voor het meten van agressie*

Test			Interne consistentie <i>Cronbach's alfa</i>	Test-hertest <i>Correlatie coëfficiënt</i>
AVL	Hornsveld et al., 2009b Meesters et al., 1996 Morren & Meesters, 2002		0,83 ¹ (0,34-0,83) ² 0,84 ¹ (0,50-0,84) ² 0,86 ¹ (0,51-0,86) ²	0,72 ¹ (0,54-0,76) ² 0,80 ¹ (0,71-0,80) ² -
BDHI-D	Lange et al., 1995c Lange et al., 1995b		(0,77 – 0,79) ² (0,50 – 0,83) ²	-(0,64 – 0,90) ²
NAS-PI	Hornsveld et al., 2009a Hornsveld et al., 2011		NAS: 0,93 ¹ (0,77 – 0,93) ² PI: 0,90 NAS-PI: 0,89 (0,70 – 0,95) ²	NAS: 0,80 ¹ (0,71 – 0,79) ² PI: - NAS-PI: 0,84 (0,71 – 0,80) ²
SCL-90 HOS	Arrindell & Ettema, 2003 Hafkenscheid, 1993		0,84 0,76	≥ 0,62 -
NPV: VE & ZE ³	Luteijn et al., 2000 Kloens et al., 2002 Barelds et al., 2007	NPV NPV NPV-2	VE: 0,87 ZE: 0,76 VE: 0,81 ZE: 0,65-	- - VE: 0,91 ZE: 0,94

¹ Totaalscore² Hoogste en laagste waarde van de afzonderlijke subschalen³ VE = Verongelijkheid; ZE = Zelfgenoegzaamheid

KENMERKEN VAN DE VERSCHILLENDE VRAGENLIJSTEN

.....

Buss Durkee Hostility Inventory (BDHI)

.....

De BDHI (Buss & Durkee, 1957; Nederlandse versie, de BDHI-D, door Lischewski & de Ruiter, 1989) is gebaseerd op een multidimensionele theorie over vijandig-agressief gedrag; het instrument evalueert niet alleen de mate van agressiviteit maar ook verschillende niveaus van agressief gedrag. De BDHI meet gedachten en gevoelens die geassocieerd zijn met agressief gedrag, en bestaat uit 40 items die dichotoom worden beantwoord met 'waar'

of 'onwaar'. De items meten drie concepten, namelijk Directe Agressie, Indirecte Agressie en Sociale Wenselijkheid. De subschaal Directe Agressie bestaat uit negentien items met betrekking verbale en fysieke agressie, zoals schelden en slaan (voorbeeld: 'Ik heb mensen gekend die mij zo ver wisten te krijgen dat we op de vuist gingen'). Indirecte Agressie bestaat uit zestien items met betrekking tot indirecte, emotionele en cognitieve agressie, zoals vijandigheid, prikkelbaarheid, wantrouwen en woede (voorbeeld: 'Soms heb ik het gevoel dat mensen me uitlachen'). Sociale Wenselijkheid bestaat uit vijf items met betrekking tot de neiging tot sociaal wenselijke vertekening (voorbeeld: 'Het is voorgekomen dat ik iemand benadeelde'). De *a priori* schaalindeling zoals boven beschreven werd in factoranalytisch onderzoek overigens niet altijd bevestigd (Lange et al., 1995c; Lischewski & de Ruiter, 1989).

Er zijn Nederlandse normen beschikbaar voor de algemene bevolking (Kodde, Rullmann, Spaargaren, & Waltman, 1994), gedetineerden en psychiatrische patiënten (Lange, Hoogedoorn, Wiederspahn, & de Beurs, 1995b). Normen voor forensisch-psychiatrische patiënten ontbreken.

Betrouwbaarheid — Uitgaande van de oorspronkelijke schaalindeling toonde de BDHI-D in onderzoek onder de algemene bevolking ($n = 472$), psychiatrische patiënten ($n = 426$) en gedetineerden ($n = 401$) een voldoende tot goede interne consistentie voor de subschalen Directe en Indirecte Agressie ($\alpha \geq .79$); voor Sociale Wenselijkheidschaal was de interne consistentie minder sterk ($\alpha \geq .50$) (Lange et al., 1995b). De test-hertestbetrouwbaarheid over een interval van zes weken was relatief hoog voor de subschalen Directe en Indirecte Agressie (respectievelijk $r = .80$ en $r = .90$); de schaal voor Sociale Wenselijkheid bleek minder stabiel ($r = .64$) (Lange et al., 1995b). De matige interne consistentie en lagere test-hertestcoëfficiënt voor Sociale Wenselijkheid zou volgens de onderzoekers te wijten kunnen zijn aan het relatief kleine aantal items.

Validiteit — De BDHI-D-schalen voor Directe en Indirecte Agressie correleerden voldoende met enkele analoge instrumenten, wat steun voor de convergerende validiteit betekent. Zo bleek uit onderzoek van Lange et al. (1995b) onder de algemene bevolking, psychiatrische patiënten en gedetineerden dat Directe Agressie significant correleerde met de schaal Vijandigheid ($r = .64$) uit de Vragenlijst Interpersoonlijke Relaties (Vertommen & Rochette, 1975), terwijl Indirecte Agressie significant samenhang met de subschaal Verbitterdheid ($r = .54$). Lange, Dehghani, en de Beurs (1995a) vonden onder 67 jonge delinquenten sterke correlaties van zowel Directe Agressie ($r = .56$) als Indirecte Agressie ($r = .57$) met de Woededispositieschaal van de Zelf Analyse Vragenlijst (ZAV; van der Ploeg, Defares, & Spielberger, 1982). BDHI-D-scores lieten in diezelfde onderzoeksgroep ook een verband met gedragsevaluaties door onafhankelijke beoordelaars zien.

Lange et al. (1995a) vonden in hun onderzoek sterke correlaties van Directe en Indirecte Agressie met gedragsevaluaties door behandelaars en groepsbegeleiders (respectievelijk $r = .61$ en $r = .58$), waardoor zij van een goede concurrente validiteit spreken. We hebben echter geen onderzoek gevonden naar de predictieve validiteit van de BDHI-D in forensische populaties, zodat vooralsnog niet bekend is in hoeverre scores op dit instrument toekomstig agressief gedrag kunnen voorspellen.

Agressie Vragenlijst (AVL)

De AVL (Meesters et al., 1996) is de Nederlandse versie van de Aggression Questionnaire (AQ; Buss & Perry, 1992). De AQ is ontwikkeld als verbeterde versie van de Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI; Buss & Durkee, 1957), aangezien de BDHI vrij lang is (75 items) en de factorstructuur niet helemaal stabiel lijkt.

De AVL meet zowel directe als indirecte agressie, waarbij de totaalscore een indicatie is voor de mate van agressie. Het instrument bestaat uit 29 uitspraken. De respondent geeft op een vijfpuntsschaal met de ankers 'helemaal mee oneens' (1) tot 'helemaal mee eens' (5) aan in hoeverre de uitspraken op hem van toepassing zijn. Factoranalyse van de AQ leverde vier factoren op (Buss & Perry, 1992): Fysieke Agressie (negen items; voorbeeld: 'Als iemand me slaat, sla ik terug'), Verbale Agressie (vijf items; voorbeeld: 'Als mensen me ergeren, zeg ik soms wel wat ik van ze vind'), Woede (zeven items; voorbeeld: 'Wanneer ik gefrustreerd ben, laat ik mijn irritaties merken') en Vijandigheid (acht items; voorbeeld: 'Wanneer personen erg aardig zijn, vraag ik me af wat ze van me willen'). Deze a priori structuur werd in factoranalytisch onderzoek niet altijd bevestigd (zie bijvoorbeeld Williams, Boyd, Cascardi, & Poythress, 1996) en ook de Nederlandse versie van deze lijst lijkt een niet geheel stabiele factorstructuur te hebben (Hornsveld, Muris, Kraaimaat, & Meesters, 2009b). Voor zover wij konden nagaan, ontbreken normen voor dit instrument.

Betrouwbaarheid — De interne consistentie is onderzocht onder studenten ($n = 762$), klinische forensische patiënten ($n = 138$), ambulante forensische patiënten ($n = 206$), vmbo-leerlingen ($n = 160$) en delinquente adolescenten ($n = 73$), en bleek goed te zijn voor de totaalscore van de AVL ($\alpha \geq .83$) (Hornsveld et al., 2009b; Meesters et al., 1996; Morren & Meesters, 2002). Voor de subschalen Fysieke Agressie, Woede en Vijandigheid werd een matige tot goede interne consistentie gevonden ($.57 \leq \alpha \leq .81$); de subschaal Verbale Agressie bleek echter onvoldoende intern consistent ($.34 \leq \alpha \leq .51$) (Hornsveld et al., 2009b; Meesters et al., 1996; Morren & Meesters, 2002). De AVL bleef redelijk stabiel onder de ambulante forensische patiënten over een interval van vier weken ($r = .72$; Hornsveld et al., 2009b) en onder studenten over een interval van zes weken ($r = .80$; Meesters et al., 1996).

Validiteit — De convergente validiteit van de AVL werd ondersteund onder 138 klinische en 206 ambulante forensische patiënten, en 160 vmbo-leerlingen, met positieve correlaties ($r \geq .45$) van de AVL-totaalscore met schalen die analoge constructen beogen te meten, namelijk Woede als dispositie gemeten met de Zelf Analyse Vragenlijst (ZAV; van der Ploeg et al., 1982) en Woede als dispositie gemeten met de Novaco Anger Scale (NAS; Novaco, 1994) (Hornsveld et al., 2009a).

De begripsvaliditeit is onderzocht door Morren en Meesters (2002), die het gedrag van 73 delinquente adolescenten lieten beoordelen door leidinggevend personeel op de mate van fysiek geweld, verbale agressie, woede en negatieve attitude. Hieruit bleek dat de AVL-totaalscore de woedebeoordelingen redelijk voorspelde ($r = .42$), maar niet de beoordelingen van fysieke en verbale agressie en negatieve attitude; dit duidt op een beperkte begripsvaliditeit. Er zijn geen studies gevonden naar de predictieve validiteit in een (forensisch-)klinische setting.

Novaco Anger Scale-Provocation Inventory (NAS-PI)

De NAS-PI (Novaco, 1994; Nederlandse versie door Hornsveld et al., 2011) is ontworpen als maat voor woededispositie met de nadruk op hoe een individu woede ervaart en hoe kwaad hij zich voelt in bepaalde situaties. Volgens Novaco (2003) is woede een normale emotie, die belangrijke adaptieve functies voor het individu heeft, zoals overlevings- en copingmechanismen, maar ook negatieve gevolgen kan hebben, zoals agressief gedrag en stressgerelateerde gezondheidsproblemen. De vragenlijst bestaat uit twee delen. Het eerste deel, de Novaco Anger Scale (Novaco AS), bestaat uit 48 items verdeeld over drie subschalen, namelijk Cognitie, Arousal en Gedrag. Bij Cognitie staat het interpreteren van sociale informatie, sociale kennis en attitudes centraal; personen die op deze schaal hoog scoren ervaren eerder dreiging of onrechtvaardigheid door anderen. De Cognitieschaal bestaat uit zestien items (voorbeeld: 'Iedere week ontmoet ik wel iemand die ik niet mag'). Arousal heeft betrekking op de mate van opwindings; personen die op deze schaal hoog scoren ervaren een toestand van hoge psychofysiologische opwindings, zoals versnelde hartslag. De Arousal-schaal bestaat uit zestien items (voorbeeld: 'Als ik boos word, duurt het uren voor ik eroverheen ben'). Gedrag betreft het aangeleerde reactiepatroon op een provocatie of dreiging; personen die op deze schaal hoog scoren beschikken over beperkte zelfcontrole tijdens een provocatie of dreiging. De Gedrag-schaal bestaat uit zestien items (voorbeeld: 'Ik ben gauw aangebrand en opvliegend van aard'). Respondenten geven op een driepuntsschaal aan in hoeverre de uitspraken van toepassing zijn, van 'nooit waar' (1) tot 'altijd waar' (3). De drie domeinen tezamen vormen de totaalscore die een indicatie geeft voor de mate waarin er sprake is van woededispositie.

Het tweede deel, de Novaco Provocation Inventory (Novaco PI), betreft de intensiteit van woede over verschillende situaties waarin men geprovoceerd kan worden. Het instrument bestaat uit 25 items waarin de persoon aangeeft welke specifieke situaties en provocaties hem woedend maken. Het gaat hierbij om vijf verschillende soorten van provocatieve situaties, namelijk respectloze behandeling, frustratie, oneerlijkheid, irritaties en irritante trekjes van anderen. Respondenten geven op een vierpuntsschaal aan in hoeverre de situatie hen boos maakt, van 'helemaal niet kwaad' (1) tot 'erg kwaad' (4). Dit deel meet de woedereactiviteit (Novaco & Taylor, 2004).

Er zijn normen voor de NAS-PI beschikbaar voor forensisch-psychiatrische patiënten, langgestraften en vmbo-leerlingen (Hornsveld et al., 2009a).

Betrouwbaarheid — Voor dit instrument werd in een forensische onderzoeksgroep, bestaande uit zowel klinische ($n = 142$) als poliklinische patiënten ($n = 194$), een goede tot zeer goede interne consistentie gevonden voor de Novaco AS-totaalscore ($\alpha \geq .93$), de Novaco AS-subschalen ($.77 \leq \alpha \leq .90$) en de Novaco PI-totaalscore ($\alpha \geq .90$) (Hornsveld et al., 2009a; Hornsveld et al., 2011). Hornsveld et al. (2011) vonden bij 194 ambulante forensische patiënten redelijk stabiele scores over een interval van vier weken ($.71 \leq r \leq .80$).

Validiteit — De convergente validiteit voor zowel de Novaco AS als de Novaco PI is onderzocht onder 142 klinische forensische patiënten, 194 poliklinische forensische patiënten en 320 vmbo-leerlingen. In alle onderzoeksgroepen correleerden de scores van de Novaco AS en de Novaco PI positief en significant ($r > .24$) met andere maten voor agressiegerelateerde concepten, namelijk Woede als dispositie uit de ZAV (van der Ploeg et al., 1982), Vijandigheid uit de Aangepaste versie van de Picture Frustration Study (PFS-AV; Hornsveld, Nijman, Hollin, & Kraaimaat, 2007) en de subschalen Agressie en Woede uit de Aangepaste versie van de Agressie Vragenlijst (AVL-AV; Hornsveld et al., 2009b). Er werd geen onderzoek gevonden naar de predictieve validiteit van de Novaco AS en Novaco PI.

Symptom Checklist-90 (SCL-90): Hostiliteit

De SCL-90 (Derogatis et al., 1973; Nederlandse versie door Arrindell & Ettema, 1986, 2003) is een multidimensionele zelfbeoordelingsklachtenlijst waarvan de subschaal 'Hostiliteit' gedachten, gevoelens of gedragingen weergeeft die kenmerkend zijn voor de negatieve gemoedstoestand van woede en die verder wordt gekenmerkt door aspecten van agressie, irritatie en ressentiment (Arrindell & Ettema, 2003). De SCL-hostiliteitschaal bestaat uit zes items die woedegerelateerde klachten beschrijven waarvan de respondent op een vijfpuntsschaal van 'helemaal niet' (0) tot 'heel veel' (5) aangeeft in hoeverre de klacht de afgelopen week, inclusief vandaag, op hem van toepassing was (voorbeeld: 'Schreeuwen of met dingen smijten'). Door

de korte referentieperiode (namelijk alleen de afgelopen week) lijkt het instrument erg dynamisch en geschikt om ingezet te worden om op de korte termijn veranderingen in woede te evalueren. Er zijn normen beschikbaar voor volwassenen en ambulante psychiatrische patiënten (Arrindell & Ettema, 1986, 2003).

Betrouwbaarheid — De SCL-hostiliteitsschaal had een voldoende tot goede interne consistentie ($.75 \leq \alpha \leq .84$) onder 437 klinisch psychiatrische patiënten (Hafkenscheid, 1993), 525 patiënten uit een eerstelijns psychologenpraktijk (Kloens, Barelds, Luteijn, & Schaap, 2002) en 2118 poliklinisch psychiatrische patiënten (Arrindell & Ettema, 2003). In deze laatste onderzoeksgroep bleek de schaal over een periode van twee maanden verrassend stabiel, met test-hertestcoëfficiënten van $.73 \leq r \leq .97$.

Validiteit — Divergente validiteit blijkt uit de verwaarloosbaar lage relaties van de SCL-hostiliteitsschaal met de subschalen Rigiditeit, Zelfgenoegzaamheid en Dominantie van de Nederlandse Persoonlijkeids-Vragenlijst (NPV-2; Barelds et al., 2007) onder 525 patiënten uit een eerstelijns psychologenpraktijk. Er is geen literatuur gevonden over de convergente validiteit, noch over de predictieve validiteit van de SCL-hostiliteitsschaal.

Nederlandse Persoonlijkeids-Vragenlijst (NVP): Verongelijkheid en Zelfgenoegzaamheid

De NPV-2 (Barelds et al., 2007), een volledig herziene versie van de NPV (Luteijn, Starren, & van Dijk, 1975, 2000), meet zeven hoofddimensies van persoonlijkheid. In de forensische psychiatrie wordt voor het inschatten van de kans op agressief gedrag gebruikgemaakt van de subschalen Verongelijkheid en Zelfgenoegzaamheid. Bij Verongelijkheid staat kritiek op en wantrouwen tegenover andere mensen centraal; personen die op deze schaal hoog scoren zijn vaak intolerant, opvliegend en ongeduldig. De verongelijkheidschaal bestaat uit twintig items (voorbeeld: 'Mensen roddelen vaak over mij'). Zelfgenoegzaamheid meet de mate van tevredenheid met zichzelf en tegelijkertijd de desinteresse voor een ander en diens problemen; personen die op deze schaal hoog scoren zijn vaak egoïstisch en hebben weinig interesse in anderen, wat kan leiden tot agressief gedrag. De zelfgenoegzaamheidschaal bestaat eveneens uit twintig items (voorbeeld: 'Mijn vrije tijd breng ik het liefst alleen door'). Bij het invullen van de twee schalen geeft de respondent aan of de uitspraken 'juist', 'onbekend' of 'onjuist' zijn. Er zijn normen beschikbaar voor de algemene bevolking, somatische en psychiatrische patiënten en eerstelijns ggz-cliënten (Luteijn et al., 2000).

Betrouwbaarheid — De interne consistentie bleek bij verschillende onderzoeksgroepen, waaronder eerstelijns ggz-cliënten ($n = 92$) en een groep

van klinisch en poliklinisch psychiatrische patiënten ($n = 227$), goed voor de subschaal Verongelijkheid ($\alpha = .87$) en voldoende voor de subschaal Zelfgenoegzaamheid ($\alpha = 0.76$) (Luteijn et al., 2000). Als index van persoonlijkheidskenmerken worden de scores verondersteld relatief stabiel te zijn. Dit wordt bevestigd door de hoge test-hertestcoëfficiënten die zijn gevonden in een onderzoek onder een groep van 57 personen over een tijdsinterval van gemiddeld achttien dagen ($r = .94$ voor Verongelijkheid en $r = .91$ voor Zelfgenoegzaamheid) (Barelds et al., 2007). De stabiliteit van Verongelijkheid van de NPV bleek bij grotere tijdsintervallen tamelijk hoog onder 39 cliënten met psychische klachten bij een interval van ongeveer 24 maanden ($r = .73$) en onder 96 reumapatiënten met een tussentijd van ongeveer 28 maanden ($r = .77$) (Ouborg, 1988; Ploeg, 1980). Bij deze zelfde onderzoeksgroepen liggen de waarden voor Zelfgenoegzaamheid lager dan Verongelijkheid ($r = .54$ bij de cliënten met psychische klachten en $r = .61$ bij de reumapatiënten).

Validiteit — Verongelijkheid en Zelfgenoegzaamheid hadden een positieve en gemiddelde correlatie met de hostileiteitschaal van de SCL-90 in een groep van 106 personen uit de algemene bevolking ($r = .38$ voor Verongelijkheid en $r = .42$ voor Zelfgenoegzaamheid) (Barelds et al., 2007). Verongelijkheid hing samen ($r = .66$) met Negativisme en Ernstige Psychopathologie van de Negativisme, ernstige Psychopathologie en Somatisering Test (NPST; Luteijn & Barelds, 2003) in een kleine groep personen uit de algemene bevolking ($n = 10$) (Barelds et al., 2007). In datzelfde onderzoek bleek sprake te zijn van een redelijke divergente validiteit van Verongelijkheid en Zelfgenoegzaamheid door geringe samenhang met de (overige) NPV-schalen. We hebben geen onderzoek gevonden naar de concurrente en predictieve validiteit in forensische populaties.

CONCLUSIE

.....

De verzamelterm 'agressievragenlijsten' heeft betrekking op instrumenten voor zelfgerapporteerde agressieve gedachten (hostiliteit), gevoelens (boosheid, woede) en gedrag. Voor het gebruik van deze agressievragenlijsten in een forensisch-psychiatrische setting brengt dit overzicht enkele plus- en minpunten naar voren.

Het globale concept 'agressiegerelateerde problematiek' blijkt door de verschillende instrumenten voldoende betrouwbaar te kunnen worden gemeten, waarbij de totaalscores voor de multidimensionele instrumenten (AVL, Novaco AS en PI, BDHI-D) naar men mag aannemen een bredere dekking van het concept geven dan de subschaalscores uit de NPV en SCL-90. Immers, de multidimensionele instrumenten meten expliciet verschillende typen en aspecten van agressie, terwijl de subschalen uit de NPV en SCL-90 zich beperken tot één enkel aspect.

De interne consistentie voor de totaalscore bleek uitstekend, en de bevindingen met betrekking tot de test-hertestbetrouwbaarheid geven aan dat de instrumenten over het algemeen stabiel zijn over de tijd, maar voldoende dynamisch om veranderingen in de behandeling te meten. Verschillende subschalen van met name de AVL bleken echter niet altijd even betrouwbaar. Samenhangend met de niet helemaal stabiele en eenduidige factorstructuur die voor dit instrument werd gerapporteerd, toonden de subschalen een matige interne consistentie. Dit betekent dat het voordeel dat een multidimensioneel instrument kan bieden, namelijk het differentiëren tussen verschillende aspecten van agressie, niet ten volle kan worden benut: op subschaalniveau lijkt de AVL (en in mindere mate de BDHI-D) minder betrouwbaar. De bevindingen met betrekking tot de Novaco AS en PI waren wat dit betreft gunstiger.

De begripsvaliditeit van de multidimensionele vragenlijsten lijkt te worden gesteund door zinvolle samenhang met analoge instrumenten en met gedragsevaluaties. Vertekening van de vragenlijstcores door de neiging tot sociaal wenselijk antwoorden kan echter niet worden uitgesloten. Alleen de BDHI beschikt over een schaal waarmee de neiging tot sociaal wenselijke vertekening kan worden geschat; de betrouwbaarheid van deze subschaal leek echter matig. Om rekening te kunnen houden met tendensen tot sociaal wenselijke antwoorden zou dus een additioneel instrument moeten worden meegenomen, bijvoorbeeld de Marlowe-Crowne Social Desirability scale van Crowne en Marlowe (1960). Een alternatief is de inzet van een impliciete maat voor agressie (Gawronski, 2009), zoals de Weapons Entertainment Implicit Association Test van Polaschek, Bell, Calvert, en Takarangi (2010) of de Implicit Association Test of Aggression van Banse en Fischer (2002) (Richetin, South Richardson, & Mason, 2010). Dergelijke impliciete maten zouden volgens Gawronski (2009) bovendien superieur zijn ten opzichte van zelfrapportagematen wanneer er sprake is van verminderde cognitieve capaciteit of een lage capaciteit in het werkgeheugen. Bij de populatie forensisch-psychiatrisch patiënten, van wie volgens het Nationaal Kompas Volksgezondheid (2010) 20% zwakbegaafd is ($IQ < 80$), kunnen impliciete maten voor het meten van agressie ook daarom een zinvolle toevoeging betekenen.

De vraag of de agressievragenlijsten voldoende predictieve validiteit hebben om uitspraken te doen over mogelijk toekomstig agressief gedrag bij forensisch-psychiatrische patiënten kan op grond van dit literatuuroverzicht niet worden beantwoord. We hebben geen empirisch onderzoek kunnen vinden waarin scores op de agressievragenlijsten worden gerelateerd aan op later tijdstip gemeten agressief gedrag. Dat is een pijnlijk gemis, omdat juist deze functie van de instrumenten van groot belang is voor beslissingen rond behandeling en beveiliging. Gepaard aan het gebrek aan normgegevens voor de forensisch-psychiatrische populatie betekent dit een forse beperking van de bruikbaarheid van agressievragenlijsten in een forensisch-psychiatrische setting.

Samenvattend wijzen de gegevens in dit literatuuroverzicht erop dat de betrouwbaarheid en begripsvaliditeit van agressievragenlijsten zeker geen beletsel vormen voor het gebruik van deze instrumenten in een forensisch-psychiatrische setting; empirisch onderzoek naar de predictieve validiteit en het verzamelen van relevante normgegevens kan de bruikbaarheid nog belangrijk verbeteren.

GERJONNE AKKERMAN-BOUWSEMA is onderzoeker bij de Divisie Beveiligde Psychiatrie, GGZ Drenthe, Assen. *Adres:* Denneweg 9, 9404 LA Assen.

BRENDA BIESBROEK is psycholoog bij INTER-PSY, Winschoten. *Adres:* Mr. A.E.J. Moddermanstraat 3, 9671 AG Winschoten.

MARIKE LANCEL is hoofdonderzoeker bij de Divisie Beveiligde Psychiatrie, GGZ Drenthe, Assen. *Adres:* Denneweg 9, 9404 LA Assen.

COBY GERLSMA is universitair docent klinische psychologie, Rijksuniversiteit Groningen. *Adres:* Grote Kruisstraat 2/1, 9712 TS Groningen.

Correspondentieadres: Gerjonne (G. J.) Akkerman-Bouwsema, MSc, GGZ Drenthe, Forensisch Psychiatrische Kliniek, Afdeling Onderzoek, Denneweg 9, 9404 LA Assen. E-mail: Gerjonne.Akkerman-Bouwsema@ggzdrenthe.nl

Summary Aggression is a common problem in forensic psychiatric settings and it is therefore important that aggression and violent behaviour of forensic psychiatric patients can be assessed and predicted accurately. In this literature review, self-report instruments for measuring aggression that are employed in the Netherlands are evaluated. We found that nearly all questionnaires have sufficient internal consistency and test-retest reliability. However, information concerning the validity of these instruments in adult (forensic) clinical populations was sparse. Moreover, for most instruments there were no norms for forensic psychiatric patients, nor was the influence of social desirability bias examined. It would be worthwhile to further investigate the predictive power of the aggression self-report questionnaires and to delineate norms for forensic psychiatric populations.

Keywords: *aggression, self report questionnaires, forensic psychiatric practice, psychometric characteristics, reliability and validity*

Literatuur

- | | |
|--|--|
| <p>Anderson, C. A. & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. <i>Annual Review of Psychology</i>, 53, 27-51.</p> <p>Archer, J. & Coyne, S. M. (2005). An integrated review of indirect, relational, and social aggression. <i>Personality and Social Psychology Review</i>, 9, 212-230.</p> <p>Arrindell, W. A. & Ettema, H. (1986).</p> | <p><i>Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator.</i> Lisse: Swets & Zeitlinger.</p> <p>Arrindell, W. A. & Ettema, H. (2003). <i>Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator.</i> Lisse: Swets & Zeitlinger.</p> <p>Banase, R. & Fischer, I. (2002). <i>Implicit and explicit aggressiveness and the prediction of aggressive behavior.</i></p> |
|--|--|

- Poster presentation at the 11th Conference on Personality of the European Association of Personality Psychology, Jena.
- Barelds, D. P. H., Luteijn, F., van Dijk, H., & Starren, H. (2007). *Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst 2 (NPV-2): Handleiding*. Amsterdam: Harcourt.
- Blok, G. T., de Beurs, E., de Ranitz, A. G. S., & Rinne, T. (2010). Psychometrische stand van zaken van risicotaxatie-instrumenten voor volwassenen in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 331-340.
- Buss, A. H. & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 21, 343-349.
- Buss, A. H. & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Cicchetti, D. V., (1994). Guidelines, criteria, and rules of the thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 2, 290.
- Crowne, D. P. & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- de Ruiter, C. & Hildebrand, M. (1999). *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Hildebrand, M., Bos, B., & van de Ven, P. (2004). Type of discharge and risk of recidivism measured by the HCR-20: A retrospective study in a Dutch sample of treated forensic psychiatric patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3, 149-165.
- de Vogel, V., de Vries Robbé, M., Bouman, Y. H. A., Chakhssi, F., & de Ruiter, C. (2013). Innovatie in risicotaxatie van geweld: De HCR-20V3. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 46, 107-118.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S. & Cobi. L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating Scale – Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28.
- Egberink, I. J. L., Vermeulen, C. S. M., & Frima, R. M. (2009-2014). *COTAN Documentatie* (www.cotandocumentatie.nl). Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Evers, A., Braak, M. S. L., Frima, R. M., & van Vliet-Mulder, J. C. (2009-2011). *COTAN Documentatie*. Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) (2013). *Basis Zorgprogramma*. Utrecht: EFP.
- Gawronski, B. (2009). Ten frequently asked questions about implicit measures and their frequently supposed, but not entirely correct answers. *Canadian Psychology*, 50, 141-150.
- Hafkenscheid, A. (1993). Psychometric evaluation of the Symptom Checklist (SCL-90) in psychiatric inpatients. *Personality and Individual Differences*, 14, 751-756.
- Hornsveld, R. H. J., Muris, P., & Kraai- maat, F. W. (2009a). *Drie zelfrapportagevragenlijsten voor de forensische psychiatrie*. Rhon: FPC de Kijvelanden.
- Hornsveld, R. H. J., Muris, P. & Kraai- maat, F. W. (2011). The Novaco Anger Scale – Provocation Inventory (1994 version) in Dutch forensic psychiatric patients. *Psychological Assessment*, 23, 937-944.
- Hornsveld, R. H. J., Muris, P., Kraai- maat, F. W. & Meesters, C. (2009b). Psycho- metric properties of the Aggression Questionnaire in Dutch violent forensic psychiatric patients and secondary vocational students. *Psychological Assessment*, 16, 181-192.
- Hornsveld, R. H. J., Nijman, H. L. I., Hol- lin, C. R., & Kraai- maat, F. W. (2007). An adapted version of the Rosen- zweig Picture-Frustration Study for the measurement of hostility in violent forensic psychiatric patients.

- Criminal Behaviour and Mental Health*, 17, 45-56.
- Hornsveld, R. H. J., Soe-Agnie, S., Donker, J. & van der Wal, L. (2008). De ontwikkeling van een behandelprogramma voor gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 703-711.
- King, M. F. & Bruner, G. C. (2000). Social desirability bias: A neglected aspect of validity testing. *Psychology and Marketing*, 17, 79-103.
- Kloens, G. J., Barelds, D. P. H., Luteijn, F. & Schaap, C. P. D. R. (2002). De waarde van enige vragenlijsten in de eerstelijns. *Diagnostiek-wijzer*, 5, 520-522.
- Kodde, H., Rullmann, T., Spaargaren, M., & Waltman, M. (1994). *Normering van de Buss-Durkee Hostility Inventory*. Amsterdam: Vakgroep Klinische Psychologie, UvA.
- Lange, A., Dehghani, B., & de Beurs, E. (1995a). Validation of the Dutch adaptation of the Buss-Durkee Hostility Inventory. *Behavior Research and Therapy*, 33, 229-233.
- Lange, A., Hoogendoorn, M., Wiederspahn, A., & de Beurs, E. (1995b). *Buss-Durkee Hostility Inventory-Dutch, BDHI-D. Handleiding, verantwoording en normering van de Nederlandse Buss-Durkee-agressievragenlijst*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lange, A., Pahlich, A., Sarucco, M., Smits, G., Dehghani, B., & Hanewald, G. (1995c). Psychometric characteristics and validity of the Dutch adaptation of the Buss-Durkee Hostility Inventory (The BDHI-D). *Behavior Research and Therapy*, 33, 223-227.
- Lischewski, J. J. & de Ruiter, C. (1989). *De Buss-Durkee Hostility Inventory: Handleiding, verantwoording en normering van de Nederlandse Buss-Durkee Aggressievragenlijst*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Luteijn, F., & Barelds, D. P. H. (2003). *Handleiding Negativisme, Ernstige Psychopathologie en Somatisering Test (NPST)*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.
- Luteijn, F., Starren, J., & van Dijk, H. (1975). *Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst, Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Luteijn, F., Starren, J. & van Dijk, H. (2000). *Handleiding Nederlandse Persoonlijkheids-Vragenlijst* (herziene uitgave). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Meesters, C., Muris, P., Bosma, H., Schouten, E., & Beuving, S. (1996). Psychometric evaluation of the Dutch version of the Aggression Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 839-843.
- Morren, M. & Meesters, C. (2002). Validation of the Dutch version of the Aggression Questionnaire in adolescent male offenders. *Aggressive Behavior*, 28, 87-96.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 4.14, 12 december 2013; © RIVM, Bilthoven. Geraadpleegd op 21-01-2014, van www.nationaalkompas.nl/object_binary/o8836.png
- Novaco, R. W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 14-29). Chicago, USA: The University of Chicago Press.
- Novaco, R. W. (2003). *The Novaco Anger Scale and Provocation Inventory (NAS-PI)*. Los Angeles, USA: Western Psychological Services.
- Novaco, R. W. & Taylor, J. L. (2004). Assessment of anger and aggression in male offenders with developmental disabilities. *Psychological Assessment*, 16, 42-50.
- Ouborg, M. J. (1988). *Klinische psychodiagnostiek en psychotherapie*. Academisch proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.
- Ploeg, F. A. E. (1980). De psychologische aspecten van reumatoïde artritis. *Ac-*

- demisch proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.
- Polaschek, D. L. L., Bell, R. K., Calvert, S. W., & Takarangi, M. K. T. (2010). Cognitive-behavioural rehabilitation of high-risk violent offenders: Investigating treatment change with explicit and implicit measures of cognition. *Applied Cognitive Psychology*, 24, 437-449.
- Richetin, J. & South Richardson, D. & Mason, G. D. (2010). Predictive Validity of IAT Aggressiveness in the Context of Provocation. *Social Psychology*, 41, 27-34.
- Spren, M., Brand, E. F. J. M., ter Horst, P., Willems, M., & Bogaerts, S. (2013). *Handleiding HKT-R. Historische, Klinische en Toekomst – Revisie 2013*. HKT-R. Groningen.
- van der Ploeg, H. M., Defares, P. B., & Spielberger, C. D. (1982). *Handleiding bij de Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Vertommen, H., & Rochette, F. (1975), *Handleiding Vragenlijst Interpersoonlijke Relaties (VIR)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Webster, C. D., Eaves, D., Douglas, K. S. & Wintrup, A. (1995). *The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk*. Vancouver: Simon Fraser University and British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie (2003). *Handleiding HKT-30 versie 2002. Risicotaxatie in de forensische psychiatrie*. Ministerie van Justitie. Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Williams, T. Y., Boyd, J. C., Cascardi, M. A., & Poythress, N. (1996). Factor structure and convergent validity of the Aggression Questionnaire in an offender population. *Psychological Assessment*, 8, 398-403.

BOEKBESPREKING

.....

De therapeutische relatie

.....

Bespreking van

ANTON HAFKENSCHIED (2014). *De therapeutische relatie*. Utrecht: de Tijdstroom. 226 pp., € 34,00. ISBN 9789058982568

ADRIAAN SPREY & JAN BERNARD

Wanneer een breed en veelzijdig boek verschijnt over de therapeutische relatie is er reden tot creatieve opwindning. Bladerend door de inhoud zien we zowel tal van klinische voorbeelden als empirische onderzoeken op dit gebied, en bovendien interessante onderwerpen als hechting, tegenoverdracht en monitorinstrumenten vanuit de therapeut. Vier theoretische modellen of referentiekaders worden besproken vanuit toonaangevende vertegenwoordigers. Kortom, een groot diner met vele gangen staat op het menu en het 'intellectueel saliveren' komt snel op gang.

Het is frappant dat de eerste alinea van de inleiding van het boek opent met een rechtstreekse aanval op de *evidence-based practice* en de daaruit voortvloeiende DBC's met de daaraan verbonden behandelrichtlijnen en behandelprotocollen. Het siert de auteur dat hij het belang van de therapeutische relatie niet benadrukt door bovengenoemde richtlijnen en protocollen neer te sabelen. Integendeel, zijn argumenten om de onmisbare aanwezigheid van de therapeutische relatie in elke behandelsituatie te benadrukken zijn steekhoudend. Hij doet dat onder andere door zich aan te sluiten bij het adagium van de medische psychologie, dat stelt dat het er niet om gaat *welke* ziekte de patiënt heeft, maar *welke* patiënt de ziekte heeft.

Zo vindt hij enerzijds dat problemen en stagnaties die zich voordoen in de behandeling te makkelijk weggezet worden als veroorzaakt door factoren die bij de patiënt liggen (zoals persoonlijkheidsstoornissen), waardoor het aandeel van de therapeut in de therapeutische relatie buiten schot blijft. Anderzijds houdt hij een pleidooi (reeds in de inleiding) om een beginnend therapeut zich eerst te laten bekwamen in alle facetten van de therapeuti-

sche relatie, in plaats van allerlei behandelprotocollen, omdat hij toch met lege handen staat als het protocol niet aanslaat en er zich tijdens de behandeling allerlei relationele spanningen tussen de therapeut en de patiënt manifesteren. Zelf zouden wij de vergelijking willen trekken met een reiziger die zonder kaart of enige kennis van kaartlezen uitsluitend op zijn tomtom vertrouwt.

Of een therapeut de therapeutische relatie nu het belangrijkste vindt of niet, bij het lezen van dit prikkelende, erudiete en integere boek zullen *open selfexposure* en uitgedaagde nieuwe cognities onvermijdelijk optreden. Therapeuten belijden, bestrijden of vermijden de therapeutische relatie, al naar gelang hun cognities daarover.

In hoofdstuk 1 geeft de auteur niet alleen een heldere, historische uiteenzetting, maar gaat hij ook in op de vraag wat er momenteel onder de therapeutische relatie wordt verstaan. Volgens de definitie van Bordin houdt de therapeutische relatie in: (1) overeenstemming over de doelen van de therapie, (2) overeenstemming over de taken van de therapie, en (3) de kwaliteit van de persoonlijke band tussen patiënt en therapeut. Alle verschillende therapiescholen zullen deze definitie in abstracto onderschrijven, maar wat betreft de concrete invulling van taken en doelen van de therapie lopen de meningen sterk uiteen. De auteur ontkracht de mythe dat een persoonlijke band tussen therapeut en patiënt altijd onmisbaar is voor een goed behandelresultaat (in de zin van snelle symptoomreductie), maar gaat ook in op het belang van de verschillende fasen die een therapeutische relatie tijdens de behandeling doorloopt. Hij laat hier fraai de rode draad zien, die door de verschillende vigerende therapeutische referentiekaders loopt.

Naast de moeilijkheden die naar voren komen bij het meten van de kwaliteit van de therapeutische relatie, geeft de auteur een leuk exposé van wat de therapeut allemaal kan verwachten als hij zich opstelt als *expert* (wat volgens de auteur te veel gebeurt in CGT-behandelingen). De auteur bepleit een meer constructivistische houding (waarmee hij zijn voorliefde voor Kiesler verradt).

Hij laat hiervoor een aantal empirische studies de revue passeren die de therapeutische relatie als de meest robuuste voorspeller van behandel succes aanwijzen. Ook hier echter ligt de waarheid in het midden. 'Er is alle reden om de therapeutische relatie meer als een proces te zien dan als een product,' stelt de auteur, en dat is een verfrissende aanmoediging om uit deze heilloze tweestrijd te komen (namelijk of het behandel succes afhangt van de relatie of van de technieken).

In hoofdstuk 2 wordt het begrip 'tegenoverdracht' zowel op een speelse manier besproken als met veel onderzoeksresultaten geardeerd. Via Kiesler, Rogers en het mooie concept van de therapeut als *wounded healer* komt de auteur tot de conclusie dat het inzicht in eigen verwondingen wel degelijk een belangrijke rol kan spelen bij het tot stand brengen van een goede therapeutische relatie en het zich kunnen inleven in de pijn van de patiënt. Tel hierbij

op dat onderzoek heeft uitgewezen dat overdrachtsreacties van de patiënt ten opzichte van de therapeut reactiveringen kunnen zijn van mentale representaties van andere sleutelfiguren dan uitsluitend de ouders. Belangrijke anderen in het actuele bestaan, zoals levenspartners, broers, zussen, collega's en leidinggevendenden, roepen eveneens tegenoverdrachtsreacties op. Daarmee maken ze het concept 'tegenoverdracht' voor de CGT'er acceptabeler, aangezien instrumenten als betekenisanalyse en rationele zelfanalyse hier een belangrijke rol kunnen spelen. Kortom, een aan te leren *countertransference management* (waarbij de therapeut leert zijn eigen tegenoverdrachtsreacties te analyseren en te hanteren) bleek mede een significante positieve voorspeller te zijn van een geslaagde behandeling.

Hoofdstuk 3 gaat over (on)veilige hechtingsstijlen en de rol die deze spelen in de therapeutische relatie. Het geeft een goed overzicht van de belangrijke, school-overstijgende gehechtheidstheorie van Bowlby. Bartholomew en Horowitz (1991) onderscheiden vier hechtingsstijlen: (1) veilige hechting, (2) aanklampende-ambivalente hechting, (3) angstig-afwijzende hechting en (4) vermijdende-afwijzende hechting. Deze berusten op de leergeschiedenis van de patiënt en zijn (traumatische) ervaringen met belangrijke anderen als ouders, broers en zussen. Persoonlijkheidsstoornissen worden gekenmerkt door onveilige hechtingsstijlen en leiden mede op grond daarvan tot specifieke interactiestoornissen, ook in de therapeutische relatie.

De taken van, en de emotionele gevolgen voor, de therapeut worden uitvoerig belicht, wat nuttige kennis en aandachtspunten kan opleveren voor intervisie, supervisie en cursussen. Een leertherapie en persoonsgerichte supervisie voor de vaak ook onveilig gehechte therapeut ('wounded healer') verdient aanbeveling, waarbij de auteur steeds de gevoeligheden, negatieve ervaringen en trauma's van de patiënt evenwichtig aanvult met die van de therapeut. Dit vereist eerlijke zelfanalyse en interactiebewust handelen van de therapeut, als belangrijke nieuwe gehechtheidsfiguur voor de patiënt. Hierbij kan Brewins verklaring (2006) voor de werking van allerlei vormen van CGT helpen. Volgens Brewin gaat het erom dat de patiënt meer positieve associaties opbouwt (ook binnen de therapeutische relatie), teneinde de talrijke oude negatieve associaties te verzwakken en te overwinnen. Kortom, een belangrijk hoofdstuk vol klinische relevantie voor cognitieve gedragstherapeuten die wat betreft het fenomeen 'hechting' bijscholing kunnen gebruiken.

In hoofdstuk 4 wordt na een beschrijving van de persoon Kiesler en diens ontwikkeling zijn interpersoonlijke communicatietheorie en cirkel behandeld. In deze interpersoonlijke cirkel wordt menselijke communicatie ingedeeld in twee onafhankelijke dimensies van gevoel (vriendelijk versus vijandig) en macht (dominant versus volgzaam). Dit levert vier zuivere posities (vergelijk de roos van Leary) en vier gemengde posities op, in totaal acht posities. Een voorbeeld is vriendelijk-volgzaam gedrag van de patiënt. De omgeving en de therapeut gaan complementair op de patiënt reageren door

diens interactie-appèl. In dit voorbeeld komt de therapeut in de positie van vriendelijk-dominant. Dit zijn de waarschijnlijkheidswetmatigheden in de communicatie. Gevallen van psychopathologie als persoonlijkheidsstoornissen en recidiverende depressies worden gekenmerkt door eenzijdigheid en rigiditeit. De nadelen van deze interactiestoornissen zijn groot en therapie beoogt te helpen bij verandering van interpersoonlijk communicatief gedrag. Na aanvankelijk empathisch en complementair volgen van de patiënt zal de therapeut het nadelige gedrag niet meer *reinforcen*. Uiteindelijk gaat hij de patiënt metacommunicatieve feedback geven door middel van subjectieve zelfonthulling, dat wil zeggen door het gevoel dat het gedrag van de patiënt bij hem oproept met de patiënt open te bespreken. Kiesler formuleert tien klinisch belangrijke voorwaarden waaraan de feedback moet voldoen om therapeutisch effectief te zijn. Mooi is dat de auteur een open en kwetsbaar eigen aandeel van de kant van de therapeut bepleit.

In hoofdstuk 5 is volgens Safran het constructief oplossen van alliantiebarsten in het 'hier en nu' van de therapeutische relatie een unieke manier om de patiënt te helpen zijn disfunctionele interpersoonlijke schema's te boven te komen. Immers, deze barsten in de alliantie of de therapeutische relatie treden onvermijdelijk op en kunnen leiden tot *drop-out* van de patiënt, maar kunnen vaak ook gerepareerd worden, wat door de therapeut te leren is. Safran geeft hiervoor concrete suggesties en presenteert een fasemodel. Volgens Safran is psychopathologie het niet in evenwicht zijn van het streven naar autonomie versus verbondenheid, uit angst voor onderwerping versus afwijzing of verlating. Therapie dient de eenzijdigheid en de vicieuze cirkels tussen patiënt en therapeut te verminderen en te doorbreken. Deze opvatting in eigen interpersoonlijke theoretische taal komt naar onze mening inhoudelijk dicht bij Becks opvatting van overontwikkeld eenzijdig kerngedrag bij persoonlijkheidsstoornissen. Door de enthousiaste maar eenzijdige nadruk van de auteur op het interpersoonlijke, missen we de aandacht voor het intrapsychische, zoals zelfbeeld en beeld van anderen.

De auteur heeft al eerder laten blijken dat de CGT volgens hem weinig aan eigen theorievorming heeft gedaan over de specifieke betekenis van de therapeutische relatie. Hij probeert in deze lacune te voorzien door in hoofdstuk 6 de *functional analytic psychotherapy* (FAP) te introduceren. Deze methodiek heeft net als de ACT kritiek op de CGT vanwege de hardnekkige aanname dat enerzijds emotionele problemen gevolgen zijn van cognitieve vertekeningen en anderzijds anders denken leidt tot anders doen. De auteur introduceert met de FAP een model waarbij de interactie tussen therapeut en patiënt consequent in operante leertheoretische termen beschreven wordt. De focus ligt op het probleemgedrag, dat zich manifesteert in het directe contact tussen patiënt en therapeut.

De therapeutische relatie speelt dan ook een belangrijke rol in het negeren van het probleemgedrag en het bekrachtigen van het verbetergedrag, wat niet per se een resultaat hoeft te zijn van succesvolle interventies. Dit trekt

uiteraard een zware wissel op de persoon van de therapeut, die altijd een authentieke balans moet zien te vinden tussen negeren en belonen, wat een ‘operante beïnvloeding’ nu eenmaal vereist. Terecht ziet de auteur de FAP als een waardevolle bijdrage voor CGT-therapeuten die er niet voor terugschrikken om zichzelf als warm dominante counselor in de strijd te gooien, bijvoorbeeld bij de uitleg van de FA, de BA en de HT aan de patiënt. Naar onze mening spreekt dit vanzelf voor de ervaren cognitieve gedragstherapeut, maar misschien is dit wishful thinking?

Opvallend is dat de auteur wel de (voor de gemiddelde cognitieve gedragstherapeut) onbekende FAP uitkiest, maar aan het in de CGT-praktijk zeer gangbare monumentale werk van Beck (2004, 2014) en Young (2005) over de therapeutische relatie in het hele boek slechts één alinea wijdt. Dat is jammer.

Hoofdstuk 7 behelst een pleidooi voor de therapeutische factor als tegenhanger van het beklemmende keurslijf van de *evidence-based practice* en de protocollen, die Duncan en Miller een catastrofe voor de ontwikkeling van de psychotherapie noemen. Hun werkwijze leunt op verfrissende paradigma’s als: ‘De patiënt wordt verantwoordelijk gemaakt voor het succes van de behandeling en de therapeut voor het gebrek aan progressie in de therapie’, en: ‘Het gaat er niet om hoe goed het gaat met de patiënt, maar hoe goed hij het doet.’ Bij dit alles conformeert de therapeut zich niet aan een theoretisch referentiekader, maar laat zijn inbreng grotendeels bepalen door een feedbacksysteem. Daarin worden behalve bovengenoemde bevindingen van de patiënt ook de persoon van de therapeut en de interactie tussen beiden continu geëvalueerd en besproken.

En hier laat de auteur dan ook terecht kritiek horen: het feedbacksysteem kan (onbedoeld) de resultaten beïnvloeden. Wat psychotherapie is, wordt wel erg ruim ingevuld, en een paradigmaloze aanpak kan veel stuurlaaiheid opleveren, onder het mom van ‘u vraagt en wij draaien’. Daartegenover kan een theoretisch referentiekader als bijvoorbeeld de CGT het benodigde tegenwicht bieden. Al met al een leuk hoofdstuk, dat tot nadenken aanzet.

Hoofdstuk 8 gaat over interventies vanuit het interpersoonlijke model. De nadruk op dit model gaat samen met het ontbreken van inbedding in het cognitieve en leertheoretische model, het gedragstherapeutisch proces, en de holistische theorie en functieanalyse. Dat is jammer. Wel zijn deze interventies gesprekstechnische juweeltjes, veelal vanuit de rogeriaanse (cliënt-gerichte) hoek. De concrete voorbeelden en dilemma’s zijn inspirerend en klinisch bruikbaar. Wat echter ontbreekt, is aandacht voor persoonlijkheidstrekken. De focus ligt op gevoelens en cognities.

In hoofdstuk 9 worden als aanvulling op de ROM interessante monitorinstrumenten vanuit het gezichtspunt van de therapeut gepresenteerd, bijvoorbeeld de Therapeut Tevredenheidschaal, de Session Rating Scale (SRS), de Countertransference Questionnaire (CQ) en de IMI-C van Kiesler. De IMI-C meet de door de therapeut ervaren beïnvloedingsboodschappen, ei-

gen cognities en emoties als reactie op de patiënt. De IMI-C is door de auteur uitvoerig psychometrisch onderzocht, royaal beschikbaar gesteld op internet en er is een korte, zeer gebruiksvriendelijke versie van. Aanbevolen dus om meteen zelf klinisch mee aan de slag te gaan.

Concluderend zijn wij enthousiast over dit erudiete en genuanceerde boek, dat rijk is aan concrete voorbeelden. Juist voor cognitieve gedragstherapeuten bespreekt het verrijkende en minder bekende onderwerpen, zoals hechting, tegenoverdracht, het eigen aandeel van de therapeut, interpersoonlijke vicieuze cirkels en interventies. De gepresenteerde meetinstrumenten zijn direct vruchtbaar toe te passen in de eigen klinische praktijk. Ook de vele overzichten van empirisch onderzoek bij de therapeutische relatie zijn dege-lijk. Het is echter meer een integratief en interpersoonlijk dan een CGT-boek, en de confrontatie met het werk van Beck en Young zou een prikkelende uitdaging zijn als aanvulling bij een eventuele tweede druk.

Het boek is heel bruikbaar, en een aanrader voor supervisies en vervolgcursussen. De besproken onderwerpen zijn te belangrijk om niet in de CGT te integreren. Deze integratie zal weliswaar leiden tot cognitieve dissonantie, maar daarmee een creatieve impuls vormen voor het wetenschappelijke en klinische debat.

Adriaan Sprey is klinisch psycholoog/psychotherapeut. Als opleider psychodiagnostiek en psychotherapie organiseert en geeft hij supervisie, opleidingen en nascholingen op het (grens)gebied van persoonlijkheidsstoornissen vanuit zijn eigen opleidingspraktijk. Tevens is hij verbonden aan de GGZ Groep.

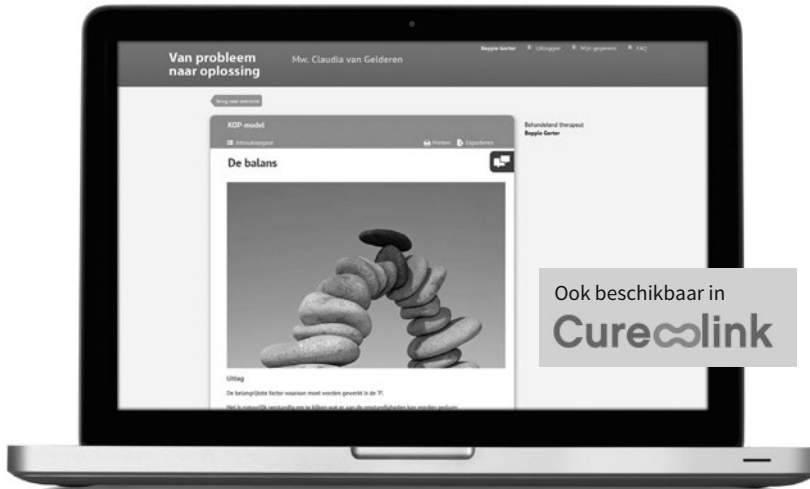
Jan Bernard is klinisch psycholoog/psychotherapeut en supervisor VGCT. Hij is ook als docent/workshopgever werkzaam bij de RINO Noord-Holland. Tevens is hij verbonden aan twee psychotherapiepraktijken: de GGZ Groep en Ithaca.

Correspondentieadres: Adriaan Sprey. www.adriaansprey.nl. E-mail: info@adriaansprey.nl

Literatuur

- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. and associates (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (pp. 92-112). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2014). *Cognitive therapy of personality disorders* (pp. 125-139). New York: Guilford Press.
- Brewin, Ch. R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 765-784.
- Young, J. E., Weisglas, M., & Klosko, J. (2005). De therapeutische relatie. In *Schemagerichte therapie* (pp. 187-217). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.

Nieuw: kortdurend behandelen met het KOP-model online



Het KOP-model van Paul Rijnders en Els Heene is nu beschikbaar als blended behandeling. Met deze laagdrempelige vorm van eHealth helpt u uw cliënten in vijf (of meer) stappen op weg naar psychisch evenwicht.

De voordelen op een rij:

- ✓ Cliënt werkt deels zelfstandig, dus komt beter voorbereid bij u
- ✓ Flexibel programma: bepaal zelf het aantal sessies
- ✓ Elke sessie is te declareren
- ✓ Geen opstartkosten: meteen aan de slag
- ✓ Geschikt voor huisartsenzorg (POH-GGZ) en Basis GGZ

Lees meer op www.kop-model.nl

**Boom | Psychologie
& Psychiatrie**

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

Bewezen effectieve methoden nu als online cursus

Voluit leven en *Leven met pijn*, de succesvolle methoden gebaseerd op mindfulness en ACT, zijn nu beschikbaar als online cursus. De cursussen zijn zelfstandig te doorlopen, maar ook geschikt voor begeleide zelfhulp.



De voordelen:

- ✓ Direct eHealth implementeren zonder licentiekosten
- ✓ Groot effect op angst en depressieve klachten: mensen komen tot bloei
- ✓ Lage drop-out door motiverende technologie

Lees meer en bestel op
www.boompsychologie.nl/onlinezelfhulp

**Boom | Psychologie
& Psychiatrie**

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

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 reproduceren 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 3, september 2015

Pagina 221–308

221 *Redactioneel*

222 **David van den Berg, Bianca Raijmakers & Arnold Scholten**

The ghost protocol — CGT bij geesten, djinns en magie

244 **Jacqueline T. Bailly & Peter J. Daansen**

Er (niet) in duiken — Angststoornissen bij kinderen met een autismespectrumstoornis

265 **Colinda M. B. Serie, Carola A. van Tilburg, Arno van Dam & Corine de Ruiter**

Agressieregulatiegroepstherapie voor relationeel geweldplegers — Een open trial

282 **Gerjonne Akkerman-Bouwsema, Brenda Biesbroek, Marike Lancel & Coby Gerlsma**

De bruikbaarheid van agressievragenlijsten in de Nederlandse forensisch-psychiatrische praktijk

BOEKBESPREKING

301 **Adriaan Sprey & Jan Bernard**

De therapeutische relatie