

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 48 NUMMER 4 DECEMBER 2015

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

Doelstelling

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

Redactie

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

Redactieadres

Suikerplein 65
1013 CJ Amsterdam
redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl

Website

www.tijdschriftgedragstherapie.nl
tvg.boomtijdschriften.nl

Uitgever

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam

Advertenties

Manon Fleur
klantenservice@boompsychologie.nl

Typografische verzorging

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

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

© 2015

Uitgeverij Boom /
Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie



.....

Hebt u ook genoten van het najaarscongres van de VGCT? De thematiek – Shinny Happy People – heeft veel vrolijkheid met zich meegebracht. Ik kijk ernaar uit om ook in ons tijdschrift meer te lezen over dit thema. Dus stuur gerust uw stukken in over vrolijkheid en ‘onbeheersbare hunkering, zelfverheerlijking, gezond optimisme en veerkracht’ (om de termen uit de ondertitel van het congres te citeren). U mag overigens ook over sombere zaken schrijven. Dat past ook wat meer bij de tijd van het jaar. Alles is welkom, ongeacht de emotionele kleur – zolang de teksten maar theoretisch en/of empirisch doorwrocht zijn en cognitief-gedragstherapeutisch georiënteerd hulpverleners en onderzoekers iets leren. In het huidige nummer staan diverse bijdragen die aan deze voorwaarden voldoen. De eerste bijdrage is van Batink en Delespaul en gaat over de FIT-60, een vragenlijst voor de meting van diverse aspecten van psychologische flexibiliteit, zoals gedefinieerd in de context van ACT. In drie deelstudies worden psychometrische eigenschappen onderzocht en de toepassing van het instrument belicht. In de tweede bijdrage gaan Van Steensel en haar collega's in op het effect van CGT voor angststoornissen bij kinderen met en zonder een autismespectrumstoornis, jonger en ouder dan 12 jaar. Het onderzoek analyseert een indrukwekkende hoeveelheid gegevens, verzameld bij diverse instellingen in het land en toont – verklap ik alvast – dat CGT voor de behandeling van angststoornissen ook voor kinderen en jongeren met ASS potentieel effectief is. De derde bijdrage is van Van Oppen. In de rede die zij uitsprak bij de aanvaarding van haar leerstoel worden redenen besproken waarom patiënten met psychische problemen vaak geen *evidence-based* psychotherapie krijgen. Er wordt een relatie gelegd met de inzet door Van Gaal van Tim Krul bij het laatste WK voetbal (herinnert u het zich ook nog zo goed?). Twee boekbesprekingen sluiten de rij. In de eerste bespreekt Tom Van Daele een boek over CGT en het internet in een fraaie enthousiasmerende boekbespreking. In de tweede bespreking gaat Gert De Kinder in op een recent boek over emotieregulatie bij kinderen.

Ik wens u veel leesplezier. Op naar 2016. Dat wordt een bijzonder jaar. Dan vieren we dat de cognitieve gedragstherapie vijftig jaar bestaat in Nederland. Het thema voor dit jubileumjaar is ‘springlevend’. Dat belooft wat.

Paul Boelen
Hoofdredacteur

Meten van psychologische flexibiliteit

De Flexibiliteits Index Test (FIT-60)

TIM BATINK & PHILIPPE DELESPAUL

Samenvatting

Achtergrond: De Flexibiliteits Index Test (FIT-60) is ontwikkeld om de modelgetrouwe toepassing van concepten uit de *Acceptance and Commitment Therapy* te meten. Het huidige onderzoek biedt meer inzicht in de psychometrische kwaliteiten van de FIT-60 en heeft tevens tot doel twee aanvullende patiëntnormgroepen te ontwikkelen.

Methode: Middels drie deelonderzoeken zijn de teststabiliteit, betrouwbaarheid en constructvaliditeit van de FIT-60 totaalschaal en zijn zes subschalen onderzocht.

Resultaten: De teststabiliteit van de FIT-60 was .89, terwijl de subschalen varieerden tussen .75 en .85. De interne consistentie van de totaalschaal was .90, terwijl die van de subschalen fluctueerde tussen .51 en .92. Uit validatieonderzoek bleek dat de FIT-60 en zijn subschalen het hoogste correleerden met de corresponderende ACT-maten.

Conclusie: De FIT-60 blijkt een stabiele, betrouwbare en valide vragenlijst, die in staat is verandering over tijd te meten. De FIT-60 is in staat zowel psychologische flexibiliteit als de zes onderliggende ACT-processen in kaart brengen.

Trefwoorden: *Acceptance and Commitment Therapy, psychologische flexibiliteit, vragenlijst, FIT-60.*

INLEIDING

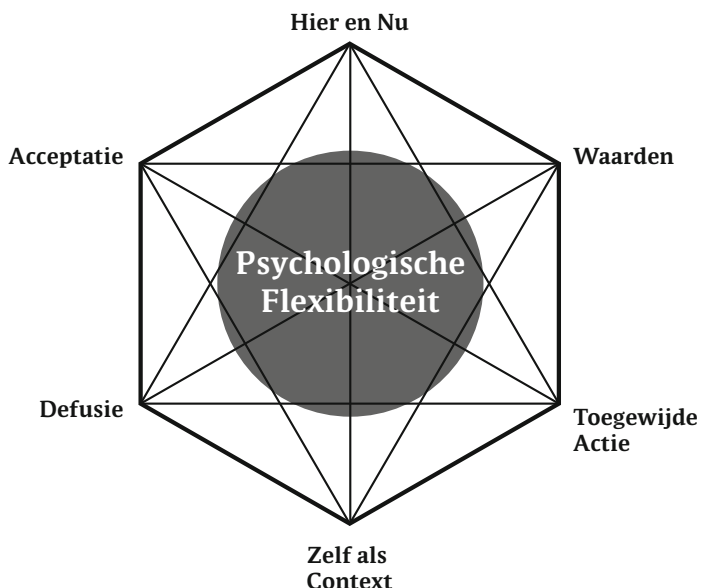
De curatieve ggz richt zich op klachtreductie. Klachten worden gezien als abnormaal, en zorg en behandeling moeten bestaan uit interventies om klachten te reduceren (van Os, 2014). Toch heeft 38% van de Europese bevolking op jaarbasis last van deze psychische klachten (Wittchen et al., 2011). Ze

kunnen daarom moeilijk als 'abnormaal' gezien worden. Moderne interventies als ACT richten zich op het functioneel leren omgaan met klachten.

De derde generatie gedragstherapie verschuift de aandacht van symptomen naar functioneren. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is een van de therapievormen binnen deze stroming. Ze gaat ervan uit dat menselijk leed ontstaat uit normale psychologische processen die horen bij het leven (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Bij ACT staat de psychologische flexibiliteit om functioneel te leren omgaan met klachten (functionele vaardigheden, c.q. coping) centraal. Deze psychologische flexibiliteit zorgt ervoor dat iemand zich bewust is van zijn ervaringen op het moment zonder ermee in worsteling te raken. Dit biedt ruimte om te blijven investeren in de dingen die echt belangrijk voor hem zijn. ACT richt zich op zes processen die een rol spelen bij psychologische flexibiliteit en vaak in een hexagoon voorgesteld worden (figuur 1). De zes kernprocessen zijn:

- 1 *Acceptatie*: Ruimte maken voor vervelende emoties, gedachten en gewaarwordingen, in plaats van deze proberen te controleren.
- 2 *Defusie*: Gedachten leren zien voor wat ze zijn, niet als waarheden waarnaar gehandeld moet worden (fusie) maar als producten van het verstand.
- 3 *Zelf als Context*: Iemand is meer dan alleen zijn gedachten, gevoelens en zelfbeeld; er is ook nog het observerende zelf dat dit waarneemt.
- 4 *Hier en Nu*: Aandacht hebben voor wat er op dit moment te ervaren is, in plaats van een preoccupatie met het verleden of de toekomst.
- 5 *Waarden*: Stilstaan bij de dingen die iemand als persoon echt belangrijk vindt: zijn waarden.
- 6 *Toegewijd Handelen*: Het eigen gedrag in de gewenste richting aanpassen: handelen naar eigen waarden.

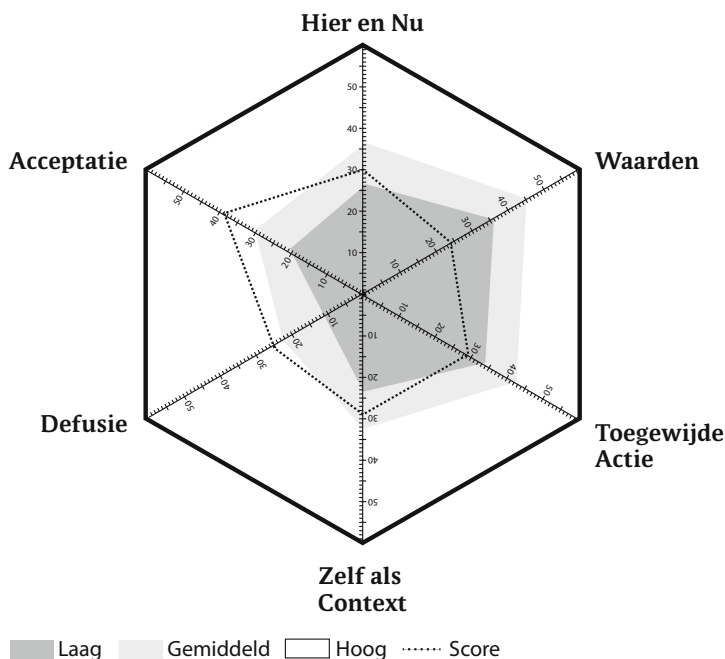
De verschuiving in de behandelfocus van ACT vraagt een andere vorm van diagnostiek. In plaats van klachtinventarisatie en classificatie, dient er functionele diagnostiek ontwikkeld te worden die de strategieën die iemand gebruikt om met de problemen die hij tegenkomt om te gaan in kaart brengt (Jansen & Batink, 2014). Vanuit dit kader is de Flexibiliteits Index Test (FIT-60) ontwikkeld. De FIT-60 is een zelfrapportagevragenlijst die de functionele kernprocessen van ACT in kaart brengt (Batink, Jansen, & de Mey, 2012). De FIT-60 bestaat uit 60 items, die op een zevenpunts Likertschaal worden gescoord (0 = helemaal oneens, 6 = helemaal eens). De FIT-60 totaalscore weerspiegelt de psychologische flexibiliteit van een individu. Zes subschalen (Acceptatie, Defusie, Zelf als Context, Hier en Nu, Waarden, en Toegewijd Handelen) brengen specifieke processen uit de ACT-theorie in kaart. Iedere subschaal bevat 10 items. De minimale score op een subschaal is 0, de maximale score is 60. Voor de totaalschaal is het minimum eveneens 0, en het maximum 360. Hoe hoger iemand scoort, hoe meer men de



FIGUUR 1 ACT-hexaflex: zes processen die een rol spelen bij psychologische flexibiliteit

ACT-vaardigheid beheerst. Gezien de complexe scoring (randomisering en omkering van items) wordt bij de FIT-vragenlijst standaard een scoreblad geleverd. Tevens is er een zelfscorend Excelformulier beschikbaar. De scores van de FIT-60 kunnen vervolgens worden vergeleken met twee normgroepen (algemene populatie en studenten) en zijn tevens visueel weer te geven in het flexibiliteitsprofiel (zie figuur 2). Het flexibiliteitsprofiel maakt in één oogopslag duidelijk waar de sterke punten en de aandachtspunten van de patiënt liggen, mede door de visuele normering die in het profiel is opgenomen. Tevens is een ipsatieve of profielvergelijking mogelijk. De FIT-60 is gratis beschikbaar op de website www.hoeflexibelbenjij.nl, zowel als download (pdf) als in een online versie (geschikt voor pc en tablet). De FIT-60 is ontwikkeld voor volwassenen (18-75 jaar) en vraagt 15 minuten afnametijd. Een vertaling naar het Engels is in ontwikkeling.

De ontwikkeling en de initiële psychometrische kwaliteiten van de FIT-60 zijn elders beschreven (Batink, Jansen, & de Mey, 2012). De psychometrische kenmerken zijn bemoedigend. De interne consistentie is acceptabel tot uitstekend ($\alpha = .69 - .95$), en dat geldt ook voor de eerste resultaten met betrekking tot de validiteit ($r = .42 - .91$). De FIT-60 lijkt in staat de ontwikkeling van ACT-vaardigheden over de tijd heen te meten. Vervolgonderzoek is echter noodzakelijk, aangezien de totaalschaal Psychologische Flexibiliteit, alsook drie van de zes subschalen (Zelf als Context, Waarden, en Toegewijde Handelen) nog niet zijn gevalideerd. Ook is er nog geen informatie bekend

FIGUUR 2 *Flexibiliteitsprofiel*

over de test-hertestbetrouwbaarheid van de FIT-60. Er zijn ijkingsgegevens van twee referentiegroepen beschikbaar (algemene populatie en studenten), maar nog niet voor patiënten. Ten slotte is er nog niets bekend over het effect van verschillende demografische variabelen op de test. Hier rapporteren we bijkomende evidentie van de validiteit en betrouwbaarheid van de FIT-60 en patiëntreferentiegegevens (ambulant en klinisch).

De FIT-60 meet zes verschillende ACT-processen, met psychologische flexibiliteit als overkoepelende noemer. De zes ACT-processen zijn theoretisch te onderscheiden, maar wel met elkaar vervlochten. Elke ACT-component bestaat uit onderliggende thema's, die eveneens in kaart worden gebracht. Om de itemset beknopt te houden zijn er geen dubbele items in de lijst opgenomen. Dit resulteert in een instrument dat middels factoranalyse moeilijk te valideren is. Daarom wordt voor de strategie van de externe validatie gekozen. Middels convergente vragenlijsten worden de constructen *post hoc* gevalideerd. Deze strategie lag aan de basis van de ontwikkeling van de vragenlijst. Het huidige onderzoek bouwt hier op voort.

Dit artikel bevat drie deelonderzoeken: (1) test-hertestbetrouwbaarheid en constructvaliditeit bij een groep van ACT-therapeuten ($n = 73$); (2) interne consistentie, constructvaliditeit en vaststelling van een klinische normgroep ($n = 414$); en ten slotte (3) interne consistentie en ontwikkeling van een am-

bulante normgroep ($n = 674$). De studieprocedure is goedgekeurd door de Ethische Commissie Psychologie (ECP) van Maastricht University (werd niet WMO-plichtig bevonden), en alle proefpersonen hebben een toestemmingsformulier ondertekend.

De verwachting is dat de FIT-60 en zijn subschalen convergeert met de ACT-lijsten die vergelijkbare constructen meten. Tevens is de verwachting dat de FIT-60 een negatieve samenhang laat zien met de vermijdende en passieve copingstijlen, aangezien de ACT-vaardigheden juist het doorbreken van deze coping beogen. Ten slotte wordt verwacht dat de FIT-60 negatief zal samenhangen met klachten, en positief zal samenhangen met kwaliteit van leven. Uit eerder onderzoek bleek dat de FIT-60 in staat was verandering te meten; de verwachting is dat de FIT-60 dezelfde resultaten in deze populatie zal laten zien.

ONDERZOEK 1: TESTSTABILITEIT EN VALIDITEIT

.....

Deelnemers

.....

De deelnemers aan deze studie ($n = 73$) zijn geworven onder een groep professionals (coaches, counselors, psychologen en psychiaters) die een zesdaagse geaccrediteerde ACT-opleiding hebben gevolgd en met succes hebben afgerond (inclusiecriterium). De gemiddelde leeftijd was 47,4 jaar ($SD = 9,5$), en van hen was 82,2% vrouw en 17,8% man. Het opleidingsniveau varieerde tussen hoger beroepsonderwijs (57,5%) en wetenschappelijk onderwijs (42,5%).

Meetinstrumenten

.....

Demografische vragenlijst — Bij aanvang van de testafname werd er gevraagd naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau van de deelnemers. Tevens werd genoteerd of de ACT-opleiding succesvol was afgerond.

Flexibiliteits Index Test (FIT-60) — De FIT-60 is een zelfrapportagevragenlijst met 60 zevenpunts Likert-items. De FIT-60 meet psychologische flexibiliteit: het vermogen om flexibel om te kunnen gaan met psychische problemen. Tevens bepaalt de FIT-60 ook de positie van een individu op zes onderliggende ACT-componenten: acceptatie, defusie, zelf als context, hier en nu, waarden, en toegewijd handelen (Batink, Jansen, & de Mey, 2012).

Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) — De PSWQ (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990) brengt piekeren in kaart op basis van 16 stel-

lingen, welke op een vijfpunts Likertschaal worden beoordeeld. We gebruikten de Nederlandse vertaling (van Rijsoort, Vervaeke, & Emmelkamp, 1997). Deze heeft een hoge interne betrouwbaarheid en goede test-hertest-betrouwbaarheid (Joos & Hermans, 2012).

Drexel Defusion Scale (DDS) — De DDS (Forman et al., 2012) meet de mate van fusie (samenvallen) met het denken (ACT-component Defusie). De DDS bestaat uit 10 zespunts Likert-items. Het instrument werd voor de gelegenheid in het Nederlands vertaald. De DDS heeft een hoge interne betrouwbaarheid en een goede constructvaliditeit (Forman et al., 2012).

Self as Context Scale (SACS) — De Nederlandse vertaling van de SACS is gebruikt (van Damme, Prins, & Leroy, 2012) om de gehechtheid aan het zelfconcept en de vaardigheid om zichzelf te kunnen observeren te meten (ACT-component Zelf als Context). De SACS bestaat uit 11 zevenpunts Likert-items. De SACS is nog in ontwikkeling, maar de eerste resultaten tonen aan dat de SACS goede betrouwbaarheid en discriminatieve validiteit heeft (Gird, Zettle, Webster, & Hardage-Bundy, 2012).

Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS) — De KIMS (Baer, Smith, & Allen, 2004) is een 39 items tellende zelfrapportage die gebruikt is om mindfulnessvaardigheden te meten (ACT-component Hier en Nu). Deze vragenlijst heeft de volgende vier subschalen: Observeren, Beschrijven, Aandachtig handelen en Toelaten zonder oordelen. De Nederlandse versie van de KIMS heeft goede psychometrische eigenschappen (Dekeyser, Raes, Leijssen, Leysen, & Dewulf, 2008).

Engaged Living Scale (ELS) — De ELS bestaat uit 16 items die in kaart brengen hoe iemand zijn leven invult op basis van waarden (ACT-componenten Waarden en Toegewijde actie). De vragenlijst heeft twee subschalen: Waardengericht Leven en Vervuld leven. De ELS is een valide en betrouwbaar instrument om waardegericht gedrag te meten (Trompetter et al., 2013).

Valued Living Questionnaire (VLQ) — De Nederlandse vertaling van een aangepaste versie van de VLQ is gebruikt (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012), om waardegericht leven te meten (ACT-component Waarden). Voor elk van de 12 levensgebieden wordt gevraagd om op een tienpunts schaal (1 = helemaal niet in balans, 10 = helemaal in balans) aan te geven in hoeverre dit gebied in balans is qua belang en tijdsinvestering. De VLQ (Wilson & Murrell, 2004) heeft een goede interne betrouwbaarheid en een matige constructvaliditeit (Wilson, Sandoz, Kitchens, & Roberts, 2010).

World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) — De Nederlandse, verkorte versie van de WHOQOL (de Vries & van Heck, 1995) is

afgenomen om de kwaliteit van leven te bepalen. De WHOQOL is een zelf-rapportagevragenlijst die bestaat uit 26 items waarop via een vijfpunts Likertschaal kan worden geantwoord (WHOQOL Group, 1998). De WHOQOL geeft tevens op vier subschalen een uitslag over subdomeinen van de kwaliteit van leven: fysiologisch, psychologisch, sociaal en omgeving. De betrouwbaarheid van de WHOQOL is goed tot uitstekend en de validiteit is voldoende (WHOQOL Group, 2004).

Procedure

De werving is medio januari 2014 gestart en duurde tot medio februari 2014. Oud-deelnemers aan een geaccrediteerde ACT-opleiding (+/- 250) hebben via e-mail een uitnodiging gekregen vrijblijvend deel te nemen aan een online vragenlijstonderzoek ter ondersteuning van de verdere ontwikkeling van de FIT-60. In deze mail was een link opgenomen naar de eerste meting, die online werd aangeboden via het open source vragenlijstenplatform LimeSurvey (gehost op een eigen server). Deze link bleef een week geldig om de vragenlijsten in te kunnen vullen. Een week na het verlopen van de eerste meting werd een tweede link gestuurd naar de deelnemers die de eerste meting hadden ingevuld. Ook deze link bleef een week geldig. Bij meting 1 werd demografische informatie verzameld en de FIT-60 afgenomen. Bij meting 2 werd wederom de FIT-60, alsook de PSWQ, DDS, SACS, KIMS, ELS, VLQ en de WHOQOL-BREF afgenomen. Hiermee werd de (test-hertest)betrouwbaarheid en de validiteit van de FIT-60 bepaald. Als incentive werd bij het volledig invullen van het eerste meetmoment toegang tot 50 ACT-illustraties verschaft en kregen de deelnemers bij het volledig invullen van het tweede meetmoment een mp3-cd met twaalf geleide ACT-oefeningen.

Statistische analyse

Voor beide meetmomenten werd gekeken naar de interne consistentie van de FIT-60. Tevens is de test-hertestbetrouwbaarheid berekend, om zo de stabiliteit van de FIT-60 te bepalen. Daarnaast werd de constructvaliditeit van de FIT-60 beschreven aan de hand van verschillende convergente ACT-vragenlijsten. De sterkte van de Pearson-correlatiecoëfficiënt werd bepaald op basis van de uitgebreide classificatie van Evans (1996): < .20 is zeer zwak, .20 – .39 is zwak, .40 – .59 is matig, .60 – .79 is sterk en > .80 is een zeer sterke correlatie. De verwachting was dat de FIT-60 convergeert met de ACT-lijsten die vergelijkbare constructen meten (DDS, SACS, KIMS, ELS, VLQ en WHOQOL-BREF) en divergeert met de lijst (PSWQ) die een ander construct meet. De analyses werden gedaan met SPSS 22.0.

Resultaten

317

Teststabiliteit — Meetmoment 1 is door 73 deelnemers ingevuld. De interne consistentie (Cronbachs α) van de FIT-60 voor deze meting was .936 (Acceptatie .809, Defusie .861, Zelf als Context .662, Hier en Nu .827, Waarden .721, en Toegewijd Handelen .812). Van die 73 deelnemers hebben 71 meetmoment 2 ingevuld (97,3%). De interne consistentie (Cronbachs α) van de FIT-60 voor dit tweede meetmoment was .954 (Acceptatie .834, Defusie .921, Zelf als Context .750, Hier en Nu .841, Waarden .738, en Toegewijd Handelen .849). Het gemiddelde tijdsinterval tussen T1 en T2 was 13,7 dagen (SD 3,93).

Vervolgens is middels een bivariate Pearson-correlatie de test-hertestbetrouwbaarheid van de FIT-60 bepaald, zowel voor de gehele vragenlijst als voor de zes subschalen. Voor de totaalschaal Psychologische Flexibiliteit was de test-hertestbetrouwbaarheid $r = .894$ ($p < .001$). Voor de subschalen waren deze als volgt: Acceptatie $r = .838$ ($p < .001$); Defusie $r = .793$ ($p < .001$); Zelf als Context $r = .821$ ($p < .001$); Hier en Nu $r = .856$ ($p < .001$); Waarden $r = .753$ ($p < .001$); en Toegewijd Handelen $r = .842$ ($p < .001$).

Validiteit — Meetmoment 2 is door 71 deelnemers ingevuld. Naast de FIT-60 is hier een aantal convergente vragenlijsten afgenomen (en één divergente) om de constructvaliditeit van de FIT-60 nader te bepalen (zie tabel 1 voor een overzicht van de Pearson-correlaties). Aangezien er 77 correlaties zijn bepaald (7 schalen $\times$ 11 maten), is het significantieniveau aangepast middels de Bonferroni-correctie ($p = .05 / 77 = .0006494$).

De subschaal Acceptatie heeft een sterke correlatie met KIMS-accept ($r = .717$, $p < .0005$). De subschaal Defusie heeft een sterke correlatie op de PSWQ ($r = -.759$, $p < .0005$) en een matige correlatie op de DDS ($r = .520$, $p < .0005$). De subschaal Zelf als Context heeft een matige correlatie op de SACS ($r = .432$, $p < .0005$). De subschaal betreffende het Hier en Nu heeft een zeer sterke correlatie op de KIMS-totaal ($r = .811$, $p < .0005$), een sterke correlatie met KIMS-describe ($r = .689$, $p < .0005$), en een zwakke, niet significante correlatie met KIMS-observe ($r = .377$, $p = .001$). De subschaal Waarden heeft een sterke correlatie op de ELS ($r = .733$, $p < .0005$) en een sterke correlatie met de VLQ ($r = .606$, $p < .0005$). De subschaal Toegewijd Handelen heeft een sterke correlatie op de ELS ($r = .751$, $p < .0005$). Ten slotte heeft de totaalschaal Psychologische Flexibiliteit een sterke correlatie met de WHOQOL ($r = .690$, $p < .0005$).

Omdat een aantal FIT-60 subschalen hoog correleren met verschillende vragenlijsten, zijn tevens de partiële Pearson-correlaties van de FIT-60 subschalen met deze verschillende maten bepaald (en eenzijdig getoetst) om zo de unieke relatie per subschaal te kunnen bepalen. Vervolgens is onderzocht hoeveel vragenlijsten het hoogst correleerden met de verwachte subschaal.

TABEL 1 *Correlaties van de FIT-60-totaal en haar subschalen met verschillende ACT-vragenlijsten (de vet weergegeven getallen zijn de cellen waar volgens de theorie een fit (hoge correlatie) verwacht werd) (n = 71)*

	Acceptatie	Defusie	Zelf als Context	Hier en Nu	Waarden	Toegewijld Handelen	Flexibiliteit
PSWQ	-.649	-.759	-.635	-.491	-.418	-.354*	-.695
DDS	.502	.520	.475	.542	.422	.434	.592
SACS	.502	.408	.432	.485	.502	.351*	.536
KIMS-Totaal	.710	.620	.597	.811	.471	.607	.780
KIMS-Observe	.202*	.079*	.246*	.377*	.180*	.259*	.263*
KIMS-Describe	.436	.295*	.306*	.689	.301*	.439	.496
KIMS-Aware	.524	.405	.367*	.517	.378*	.608	.562
KIMS-Accept	.717	.836	.657	.610	.401	.326*	.752
ELS	.729	.542	.573	.606	.733	.751	.777
VLQ	.442	.438	.303*	.388*	.606	.463	.521
WHOQOL	.637	.593	.486	.478	.671	.583	.690

PSWQ: Penn State Worry Questionnaire; DDS: Drexel Defusion Scale; SACS: Self as Context Scale; KIMS: Kentucky Inventory of Mindfulness Skills; ELS: Engaged Living Scale; VLQ: Valued Living Questionnaire; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life.
NB: Alle correlaties zijn significant op $p = .0006494$ niveau.
* Niet significant.

Voor de PSWQ, KIMS-totaal, KIMS-Observe, KIMS-describe, KIMS-aware, ELS, VLQ en de WHOQOL was dit het geval (8 van de 11 maten). Uit de Fisher Z-transformatie bleek dat dit een significante afwijking van de verhouding was op basis van kansniveau ($Z = -3.04, p < .002$).

Discussie

Uit de resultaten blijkt dat de interne betrouwbaarheid van de totaalschaal psychologische flexibiliteit van de FIT-60 zeer hoog is en stabiel blijft voor de verschillende testmomenten. Voor de zes subschalen is eenzelfde trend te zien. Tevens blijkt de FIT-60 over een hoge test-hertestbetrouwbaarheid te beschikken voor zowel de subschalen als de totaalschaal. Ook is er aanvullende steun gevonden voor de constructvaliditeit van vijf van de zes subschalen (Acceptatie, Defusie, Hier en Nu, Waarden, en Toegewijd Handelen), alsook de totaalschaal Psychologische Flexibiliteit. De subschaal Zelf als Context liet een matige samenhang zien met het gerelateerde construct (hoewel de vragenlijst waarmee dit construct zelf in kaart wordt gebracht, de SACS, nog niet goed onderzocht is op betrouwbaarheid en validiteit). Ten slotte is er op modelniveau aangetoond dat deze gedemonstreerde samenhang met gerelateerde constructen niet verklaard kan worden als kansbevinding. Een beperking van dit deelonderzoek is dat bij deze sample met ACT-therapeuten protoprofessionalisering een rol kan hebben gespeeld bij het beantwoorden van de vragen (niet vanuit ervaring en vaardigheid, maar vanuit theoretische kennis over ACT).

ONDERZOEK 2: BETROUWBAARHEID, VALIDITEIT EN KLINISCHE NORMERING

Deelnemers — De deelnemers aan deze studie ($n = 414$) zijn geworven in het U-center, een breedspectrumkliniek voor mensen met psychische problemen in Epen (Zuid-Limburg). De behandeling is vrijwillig en klinisch, en duurt zeven weken. De verdeling van de hoofddiagnose voor opname was als volgt: stemming (40,1%), angst (12,5%), somatoform (10,5%), middelen (32,3%) en overig (4,6%). De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 45,43 jaar (SD 12,55), 51,0% was man en 49,0% was vrouw. Het opleidingsniveau varieerde tussen lager beroepsonderwijs (12,3%), middelbaar beroepsonderwijs (31,6%), hoger beroepsonderwijs (29,5%) en wetenschappelijk onderwijs (26,6%).

Meetinstrumenten

320

Demografische vragenlijst — Bij aanvang van de testafname werd er gevraagd naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau van deelnemers. Tevens werd per patiënt de DSM-classificatie geregistreerd.

Flexibiliteits Index Test (FIT-60) — De FIT-60 is een zelfrapportagevragenlijst die psychologische flexibiliteit meet: in hoeverre iemand flexibel om kan gaan met zijn psychische problemen (Batink, Jansen, & de Mey, 2012). Zie onderzoek 1 hierboven voor een uitgebreidere beschrijving van de FIT-60.

Brief Symptom Inventory (BSI) — De BSI is de verkorte versie van de SCL-90-R bestaande uit 53 items, die op een vijfpunts Likertschaal worden gescoord (Derogatis & Melisaratos, 1983). De BSI is een zelfrapportagevragenlijst waarmee bij volwassenen een overzicht verkregen wordt van symptomen van psychopathologie. De BSI inventariseert de aard en de ernst van de klachten op negen dimensies: somatische klachten, cognitieve problemen, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten en psychoticisme. De psychometrische kwaliteit van de Nederlandse vertaling van de BSI is goed, net als de interne betrouwbaarheid en de test-hertestbetrouwbaarheid. De begripsvaliditeit en voorspellende power zijn voldoende. Ten slotte is de test gevoelig voor therapie-invloeden (de Beurs, 2004; de Beurs & Zitman, 2006).

Utrechtse Coping Lijst (UCL) — De UCL meet copingsgedrag: de manier waarop iemand omgaat met problemen of stressvolle situaties. De UCL bestaat uit 47 items die worden beoordeeld op een vierpuntsschaal: zelden of niet, soms, vaak, en zeer vaak. De UCL geeft een uitslag op zeven schalen: Actief aanpakken, Palliatieve reactie, Vermijden, Sociale steun zoeken, Passief reactiepatroon, Expressie van emoties en Geruststellende gedachten (Schreurs & van de Willige, 1988). De interne consistentie van de schalen is matig tot goed. De constructvaliditeit en predictieve validiteit zijn voldoende (Schreurs, van de Willige, Brosschot, Tellegen, & Graus, 1993). Er zijn Nederlandse normgroepen beschikbaar, maar COTAN beschouwt ze als verouderd (COTAN, 2014).

Neuroticism-Extroversion-Openness Five-Factor Inventory (NEO-FFI) — De NEO-FFI is een zelfrapportagevragenlijst naar persoonlijkheid op basis van de *big five* domeinen: Neuroticisme, Extraversie, Openheid, Altruïsme en Consciëntieusheid (Costa & McCrae, 1992). De vragenlijst bestaat uit 60 uitspraken waarvan de respondent wordt gevraagd aan te geven in hoeverre

de uitspraak voor hem van toepassing is in vijf antwoordmogelijkheden. De NEO-FFI is een verkorte versie van de NEO Personality Inventory (NEO-PI-R). De betrouwbaarheid van de NEO-FFI is voldoende. De interne betrouwbaarheid van de domeinschalen varieert van acceptabel tot goed en de stabiliteit van de vragenlijst is hoog. De constructvaliditeit van de Nederlandse vertaling van de NEO-FFI werd bevestigd met factoranalyse, en ook de convergente en divergente validiteit werden aangetoond (Hoekstra, de Fruyt, & Ormel, 2007).

Quality of Life – Visual Analog Scale (QOL-VAS) — De mate van geluk werd gemeten met het Qol-VAS-item: ‘Hoe gelukkig voelt u zich op dit moment?’, waarbij iemand op een tienpunts VAS-schaal kon aangeven hoe gelukkig hij zich op dat moment voelde. Deze Nederlandse Qol-VAS beschikt over een goede constructvaliditeit (Hoefman, van Exel, & Brouwer, 2013).

Procedure

Subjecten werden geïnccludeerd tussen november 2012 en april 2014. De patiënten vullen in het kader van Routine Outcome Monitoring (ROM) een vragenlijstenbatterij in via een webbased platform. Middels een *informed-consent*-formulier werd bij aanvang van opname aan de patiënten gevraagd of deze ROM-gegevens geanonimiseerd gebruikt mochten worden voor wetenschappelijk onderzoek. De ROM-batterij bestaat uit een aantal vragenlijsten. Slechts de bovengenoemde lijsten worden in het huidige onderzoek behandeld (demografische vragenlijst, BSI, UCL, NEO-FFI en Qol-VAS). Voor dit onderzoek werd de FIT-60 bij de ROM-batterij gevoegd. Alleen de voor- en na-ROM-meting zijn gebruikt voor het huidige onderzoek.

Statistische analyse

Voor beide meetmomenten werd gekeken naar de interne consistentie van de FIT-60 en naar de relatie met demografische kenmerken. Tevens werd onderzocht in hoeverre de FIT-60 in staat is verandering te meten na een (klinische) interventie. Verder werd de constructvaliditeit van de FIT-60 vastgesteld aan de hand van een aantal veelgebruikte vragenlijsten. De verwachting was dat de FIT-60 een negatieve samenhang laat zien met de vermijdende en passieve copingsstijlen (UCL) en met klachten (BSI) en positief zal samenhangen met kwaliteit van leven (Qol-VAS). Ten slotte werd met deze data een klinische normgroep bepaald. De scorecategorieën werden bepaald op basis van percentielen (0-30 laag, 31-70 midden, 71-100 hoog). De analyses werden gedaan met SPSS 22.0.

Resultaten

322

Beschrijvende informatie — De FIT-60 is door 414 deelnemers op T1 (voor aanvang van de behandeling) ingevuld en door 333 deelnemers op T2 (na afronding van de klinische interventie). Tabel 2 geeft een overzicht van de gemiddelde scores. Verder worden de verschillen tussen T1 en T2 getoetst op significantie. Hieruit is op te maken dat de FIT-60 gevoelig is voor verandering over de tijd, uitgezonderd de subschaal Waarden, waar mogelijk

TABEL 2 *Beschrijvende informatie van de FIT-60-totaal en haar subschalen: Gemiddelde en SD van T1 & T2, en ΔT (n = 414)*

	T1 (M)	T1 (SD)	T1 (N)	T2 (M)	T2 (SD)	T2 (N)	ΔT	P
FIT-60 Acceptatie	26,34	8,921	414	33,05	11,197	333	6,71	< .001
FIT-60 Defusie	27,62	10,184	414	34,53	11,700	333	6,91	< .001
FIT-60 Zelf als Context	27,69	7,984	414	33,05	9,949	333	5,36	< .001
FIT-60 Hier en Nu	31,58	10,261	414	36,71	10,700	333	5,13	< .001
FIT-60 Waarden	43,06	7,053	414	43,64	7,769	333	0,58	.291
FIT-60 Handelen	37,55	8,816	414	40,80	9,305	333	3,25	< .001
FIT-60 Totaal	186,16	40,792	414	215,05	52,866	333	28,89	< .001

NB: De scores op alle subschalen en de totaalschaal zijn normaal verdeeld.

TABEL 3 *Indeling scorecategorieën klinische normgroep (n = 414)*

	Acceptatie	Defusie	Zelf	Hier en Nu	Waarden	Handelen	Totaal
Laag (0-30%)	0-21	0-21	0-23	0-25	0-39	0-32	0-161
Gemiddeld (30-70%)	22-30	22-31	23-31	26-37	40-47	33-42	162-200
Hoog (70-100%)	31-60	32-60	32-60	38-60	48-60	43-60	201-360

sprake is van een plafondeffect. In tabel 3 is een overzicht gegeven van de scorecategorieën zoals deze werden bepaald voor deze klinische normgroep.

Demografische variabelen — Er is tevens gekeken naar het effect van verschillende demografische variabelen op de scores van de FIT-60 (T1). Leef-tijd had een zeer zwakke, significante correlatie met de scores van de FIT-60 ($r = .182, p < .001$). Geslacht bleek eveneens een zeer zwakke, significante negatieve correlatie te hebben met de resultaten van de FIT ($r = -.127, p = .01$). Op basis van de non-parametrische correlatie (Kendalls tau) bleek op-leidingsniveau geen correlatie te hebben met de FIT-60 ($r_{\tau} = .046, p = .217$).

Betrouwbaarheid — Ook is er gekeken naar de interne consistentie van de FIT-60 (T1). De Cronbachs alfa was .910 op de totaalschaal Psychologische Flexibiliteit en .617 voor Acceptatie, .828 voor Defusie, .561 voor het Zelf, .755 voor het Hier en Nu, .506 voor Waarden, en .686 voor Toegewijd Handelen.

Validiteit — Naast de FIT-60 werden op T1 een aantal conventionele vra-genlijsten afgenomen op het gebied van klachten (BSI), kwaliteit van leven (QoL-VAS), coping (UCL) en persoonlijkheid (NEO-FFI). Zij illustreren de convergente en divergente validiteit van de FIT-60 alsook de bruikbaarheid in het klinische veld. Tabel 4 geeft een overzicht van de Pearson-correlaties. Aangezien er 28 confirmatieve correlaties zijn bepaald (7 schalen x 4 ma-ten), is het significantieniveau aangepast middels de Bonferroni-correctie ($p = .05 / 28 = .001786$). Bij de overige exploratieve correlaties is het niveau op $p = .05$ aangehouden.

Uit de confirmatieve correlaties komt naar voren dat de subschaal Accep-tatie een matige negatieve correlatie heeft met UCL-passief reageren ($r = -.557, p < .001$) en een zwakke negatieve correlatie heeft met UCL-vermijden ($r = -.325, p < .001$). De subschaal Defusie heeft tevens een sterke negatieve correlatie met UCL-passief reageren ($r = -.613, p < .001$). De subschaal Hier en Nu heeft een zwakke negatieve correlatie met UCL-vermijden ($r = -.341, p < .001$). Ten slotte heeft de totaalschaal Psychologische Flexibiliteit een sterke negatieve correlatie met de BSI-totaal ($r = -.602, p < .001$), en een ma-tige positieve relatie met de QoL-VAS ($r = .416, p < .001$).

Omdat een aantal FIT-60 subschalen hoog correleren met verschillende vra-genlijsten, zijn ook hier de partiële Pearson-correlaties van de FIT-60 sub-schalen met de vier confirmatieve maten bepaald (eenzijdig getoetst), om zo de unieke relatie per subschaal te kunnen vaststellen. Vervolgens is bepaald hoeveel vragenlijsten het hoogst correleerde met de verwachte subschaal. Voor de QoL-VAS en de subschalen UCL-acceptatie en UCL-vermijding was dit het geval (3 van de 4 maten). Uit de Fisher Z-transformatie bleek dat dit

TABEL 4 *Correlaties van de FIT-60-totaal en haar subschalen met verschillende vragenlijsten (de vet weergegeven getallen zijn de cellen waar volgens de theorie een fit (hoge correlatie) verwacht werd) (n = 414)*

	Acceptatie	Defusie	Zelf als Context	Hier en Nu	Waarden	Toegewijd Handelen	Flexibiliteit
BSI-TOT	-.514	-.625	-.503	-.558	-.152*	-.225	-.602
QoL-VAS	.363	.396	.321	.357	.080*	.261	.416
UCL-VER	-.325	-.267	-.303	-.341	-.147*	-.255	-.373
UCL-PAS	-.557	-.613	-.524	-.501	-.112*	-.275	-.604
UCL-ACT	.285	.349	.318	.466	.157	.380	.449
UCL-PAL	-.130	-.158	-.085*	-.070*	.064*	.057*	-.083*
UCL-STE	.122	-.003*	.141	.223	.222	.074*	.164
UCL-EXP	.019*	-.034*	.049*	-.020*	.035*	.009*	.009*
UCL-GER	.084*	.112	.219	.177	.156	.322	.235
NEO-NEU	-.555	-.666	-.601	-.543	-.141*	-.316	-.665
NEO-EXT	.288	.277	.345	.292	.222	.398	.420
NEO-OP	.085*	.007*	-.043*	.186	.020*	.070*	.081*
NEO-ALT	.180	.113*	.168	.276	.190	.143*	.243
NEO-CON	.152	.211	.271	.319	.254	.359	.361

BSI-TOT: Brief Symptom Inventory Totaal; QoL-VAS: Quality of Life – Visual Analog Scale; UCL: Utrechtse Coping Lijst; VER: Vermijden; PAS: Passief reactiepatroon; ACT: Actief aanpakken; PAL: Palliatieve reactie; STE: Sociale steun zoeken; EXP: Expressie van emoties; GER: Geruststellende gedachten; NEO: Neuroticism-Extroversion-Openness Five-Factor Inventory; NEU: Neuroticisme; EXT: Extraversie; OP: Openheid; ALT: Altruïsme; CON: Consciëntieusheid.

NB: De correlaties van de eerste vier variabelen (BSI-TOT t/m UCL-PAS) zijn significant op $p = .001786$ niveau, de overige 10 variabelen zijn significant op $p < .05$.

* Niet significant.

geen significante afwijking van de verhouding was op basis van kansniveau ($Z = -1.41, p = .159$). Dit is echter verklaarbaar vanwege het kleine aantal tests.

Discussie

De interne consistentie voor de verschillende subschalen van de FIT-60 voor deze heterogene, klinische populatie varieerde van redelijk tot goed. De subschalen Zelf als Context en Waarden vormen hierop een uitzondering. De

interne betrouwbaarheid van de totaalschaal Psychologische Flexibiliteit was zeer hoog. Tevens lijkt de FIT-60 gevoelig voor het meten van veranderingen in ACT-vaardigheden over de tijd, met als enig aandachtspunt de subschaal Waarden, waarbij er sprake lijkt te zijn van een plafondeffect.

De gebruikte vragenlijsten in dit onderzoek zijn geen ACT-specifieke maten en meten dus niet exact hetzelfde construct als de FIT-subschalen. Uit de resultaten blijkt echter wel dat de richtingen van de correlaties allemaal naar verwachting zijn, en dat er sprake is van significante, zwakke tot sterke samenhang met de psychologische klachten, de copingsstijlen vermijden en passief reageren (veelal middels piekeren), en kwaliteit van leven. Dit is wederom een ondersteuning van de constructvaliditeit van de FIT-60 met niet-ACT-specifieke, doch convergerende constructen. Vanwege het kleine aantal toetsen (4) kon niet worden aangetoond dat dit verband een significant resultaat was.

Uit de beschrijvende correlaties kan worden opgemaakt dat de ACT-vaardigheden beperkte verbanden hebben met algemene copingsstijlen zoals beschreven met de UCL en dat er sprake lijkt van ACT-specifieke copingsvaardigheden. Ook zijn er geen subschaalspecifieke banden gevonden met de NEO-FFI. Dat wijst dus op de afwezigheid van een samenhang van de ACT-componenten met de big five persoonlijkheidskenmerken en is daarmee een indicatie dat deze vaardigheden niet persoonlijkheidsgebonden zijn.

Ten slotte bleek opleidingsniveau geen significante correlatie te hebben met de uitkomst van de FIT-60. Leeftijd en geslacht bleken wel een significante, maar zeer zwakke correlatie te vertonen. Vanwege deze zwakke samenhang zijn hier geen aparte normgroepen voor bepaald.

Een beperking van bovenstaand onderzoek is dat het om een vrij specifieke sample gaat: relatief hoog opgeleide patiënten, met gemiddeld behoorlijk wat maatschappelijke steun (financieel, woning, werk, sociaal netwerk), die vrijwillig zijn opgenomen voor behandeling.

ONDERZOEK 3: BETROUWBAARHEID EN AMBULANTE NORMERING

.....

Deelnemers

.....

De deelnemers aan deze studie ($n = 674$) zijn geworven in vier verschillende ambulante ggz-instellingen in Nederland. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 35,0 jaar (SD 11,4), 56,5% was vrouw en 43,5% was man. Het opleidingsniveau varieerde tussen lager beroepsonderwijs (32,0%), middelbaar beroepsonderwijs (35,5%), hoger beroepsonderwijs (26,7%) en wetenschappelijk onderwijs (5,8%).

Meetinstrumenten

Demografische vragenlijst — Bij aanvang van de testafname werd er gevraagd naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau van deelnemers.

Flexibiliteits Index Test (FIT-60) — De FIT-60 is een zelfrapportagevragenlijst die psychologische flexibiliteit meet: in hoeverre iemand flexibel om kan gaan met zijn psychische problemen (Batink, Jansen, & de Mey, 2012). Zie onderzoek 1 hierboven voor een uitgebreidere beschrijving van de FIT-60.

Procedure

De werving is in januari 2013 begonnen en liep tot en met december 2013. Er werd geworven bij vier vestigingen van ambulante ggz-instelling PsyQ (Maastricht, Heerlen, Eindhoven en Tilburg). Twee van de vier vestigingen waren gericht op de behandeling van angststoornissen, de andere twee waren generalistisch van aard. Bij de intakeprocedure werd naast de reguliere vragenlijstbatterij ook de papieren versie van FIT-60 afgenomen ter screening voor een ACT-interventie, alsook ten behoeve van dit onderzoek. Ten slotte was er tevens een informed-consent-formulier opgenomen.

Statistische analyse

Middels descriptieve statistiek werd er gekeken naar het effect van verschillende demografische eigenschappen op de uitslag op de FIT. Ook werd er aan de hand van deze data een ambulante normgroep bepaald. De scorecategorieën werden bepaald op basis van percentielen (0-30 laag, 31-70 midden, 71-100 hoog). Tevens werd de interne consistentie van de FIT-60 bepaald. Ten slotte werd de Reliable Change Index voor de verschillende schalen van de FIT-60 bepaald. De analyses werden gedaan met SPSS 22.0.

Resultaten

Beschrijvende informatie — De FIT-60 is door 674 deelnemers ingevuld voor aanvang van een ambulante behandeling. Tabel 5 geeft een overzicht van de gemiddelde scores en een overzicht van de scorecategorieën zoals deze werden bepaald voor de ambulante normgroep.

Demografische variabelen — Er is tevens gekeken naar het effect van verschillende demografische variabelen op de scores van de FIT-60. Leeftijd had geen correlatie met de scores van de FIT-60 ($r = -.011$, $p = .779$). Geslacht

bleek een zeer zwakke, significante negatieve correlatie te hebben met de resultaten van de FIT ($r = -.103, p = .007$). Op basis van de non-parametrische correlatie (Kendalls tau) bleek ook opleidingsniveau een zeer zwakke, significante correlatie te hebben met de FIT-60 ($r_{\tau} = .135, p < .001$).

TABEL 5 *Indeling scorecategorieën ambulante normgroep (n = 674)*

	Acceptatie	Defusie	Zelf	Hier en Nu	Waarden	Handelen	Totaal
Gemiddeld	23,44	18,89	25,03	27,10	37,04	31,65	163,17
SD	10,381	10,486	7,340	9,567	9,100	11,142	43,775
Laag (0-30%)	0-18	0-13	0-21	0-22	0-32	0-26	0-141
Gemiddeld (30-70%)	19-28	14-23	22-29	23-31	33-43	27-38	142-183
Hoog (70-100%)	29-60	24-60	30-60	32-60	44-60	39-60	184-360

NB: De scores op alle subschalen en de totaalschaal zijn normaal verdeeld.

Betrouwbaarheid — Ten slotte is er ook voor deze sample gekeken naar de interne consistentie van de FIT-60. Cronbachs alfa was .923 op de totaalschaal, .807 voor Acceptatie, .835 voor Defusie, .550 voor het Zelf als Context, .744 voor het Hier en Nu, .748 voor Waarden, en .838 voor Toegewijd Handelen.

Klinische verandering — Omdat de FIT-60 waarschijnlijk het meest zal worden gebruikt binnen de ambulante patiëntenzorg, werd voor deze populatie berekend wanneer er sprake is van een significante klinische verandering met de Reliable Change Index (RCI; Jacobson et al., 1986). De RCI kan worden berekend op basis van de betrouwbaarheid en de SD van een vragenlijst. De RCI voor de totaalschaal Psychologische Flexibiliteit is 34 punten (op een maximale score van 360). De RCI's voor de FIT-60 subschalen zijn 13 punten voor Acceptatie, 12 punten voor Defusie, 14 punten voor Zelf als Context, 13 punten voor Hier en Nu, 13 punten voor Waarden, en 12 punten voor Toegewijd Handelen (op een maximale score van 60).

Discussie

De interne betrouwbaarheid voor de subschalen van de FIT-60 voor deze heterogene, ambulante populatie varieerde van redelijk tot goed. De subschaal Zelf als Context vormt een uitzondering. De interne betrouwbaarheid voor de totaalschaal met betrekking tot de Psychologische Flexibiliteit was wederom zeer hoog. In deze sample bleek dat leeftijd geen significante correlatie had met de uitkomst van de FIT-60. Geslacht en opleidingsniveau hadden wel een significante correlatie met de uitkomst, doch de samenhang was zeer beperkt. Ten slotte zijn de normscores voor deze ambulante groep bepaald. Het is belangrijk op te merken dat angstproblematiek oververtegenwoordigd is in deze sample en dat dit mogelijk een vertekening geeft.

ALGEMENE DISCUSSIE

De Flexibiliteits Index Test (FIT-60) is de enige vragenlijst die zowel Psychologische Flexibiliteit als de zes componenten Acceptatie, Defusie, Zelf als Context, Hier en Nu, Waarden, en Toegewijd Handelen in kaart brengt. De FIT-60 is daarmee bruikbaar als *outcome*-instrument voor derde generatie gedragstherapie, in het bijzonder voor Acceptance and Commitment Therapy. De FIT-60 wordt reeds gebruikt in onderzoek en in de klinische praktijk (al vierduizend keer ingevuld via de website). Aangezien de FIT-60 is ontwikkeld op basis van de theoretische constructen van ACT, geeft deze een goede indruk van de verschillende ACT-processen.

De FIT-60 werd onderzocht op de psychometrische kwaliteiten bij drie verschillende populaties: ACT-therapeuten, ambulante patiënten en klinische patiënten in de ggz. De FIT-60 bleek bij alle drie de samples over een goede betrouwbaarheid te beschikken: de interne betrouwbaarheid voor de schalen was redelijk tot goed, met uitzondering van de subschaal Zelf als Context. De test-hertestbetrouwbaarheid voor de verschillende schalen was zeer goed. Daarnaast bleek de FIT-60 ook in staat te zijn om verandering over tijd te meten. Tevens is er ondersteuning gevonden voor een goede constructvaliditeit van de verschillende schalen, met ook hier als uitzondering de schaal Zelf als Context. Hoewel de schaal Zelf als Context onderpresteert, blijft deze nog acceptabel en dus bruikbaar.

Ten slotte is er gekeken naar het effect van de demografische variabelen op de score van de FIT. Het bleek dat leeftijd, geslacht en opleidingsniveau een zeer zwakke correlatie hadden met de resultaten van de FIT. Behalve de beschrijving van de psychometrische kwaliteiten van de FIT-60, heeft dit onderzoek tevens twee aanvullende normgroepen opgeleverd: een ambulante en klinische populatie. Dit maakt de FIT-60 beter bruikbaar in de klinische praktijk. Naast ondersteuning voor de interne validiteit van de FIT-60 geeft

het huidige onderzoek tevens een indicatie van goede externe validiteit van deze vragenlijst in de verschillende samples.

Er dienen een aantal kanttekeningen te worden geplaatst bij bovenstaande analyses. Zoals reeds in de inleiding is aangegeven, bleek het niet mogelijk om middels een factoranalyse de constructvaliditeit van de FIT-60 aan te tonen. Dit geeft een indicatie dat de verschillende theoretische ACT-componenten empirisch minder te onderscheiden zijn. Daarom is de schaal verder geëxploreerd middels correlatief onderzoek, met vragenlijsten die conceptueel gerelateerd zijn om de constructvaliditeit van de FIT-60 aan te tonen.

De matige betrouwbaarheid en validiteit van de subschaal Zelf als Context vraagt aandacht. In de literatuur is voor dit onderdeel slechts één andere ACT-vragenlijst beschikbaar (de SACS). Deze is tot op heden nog niet goed onderzocht op psychometrische kwaliteiten. Dit zou kunnen betekenen dat het domein niet goed is uitgekristalliseerd. Deze component werd in 2012 opnieuw gedefinieerd, en voorlopig lijkt het veld terughoudend om meetinstrumenten voor dit domein te ontwikkelen. Bij de FIT-60 is ervoor gekozen dit lastig te definiëren gebied toch op te nemen. Hierdoor wordt een bijdrage geleverd aan de meetbaarheid van het gebied. Maar we staan nog ver van een gouden standaard.

Ten slotte, er is in deze publicatie gebruikgemaakt van convenient samples, met een redelijke breedte maar toch met een specifiek profiel (selectiebias). De ACT-therapeut-sample is bijzonder omdat de betreffende proefpersonen getraind zijn in het ACT-begrippenkader. Ze zijn geschoold in de onderliggende theorie, en daarom heeft protoprofessionalisering van de therapeut-respondenten zeker een rol gespeeld bij het beantwoorden van de vragen. Toch kan geconcludeerd worden dat de FIT-60 beschikt over goede psychometrische kwaliteiten. Het is een betrouwbaar en valide meetinstrument dat goed kan worden gebruikt om psychologische flexibiliteit en de zes onderliggende kernprocessen in kaart te brengen binnen het domein van de Acceptance and Commitment Therapy.

DANKBETUIGING

.....

Dit onderzoek heeft alleen kunnen plaatsvinden dankzij de onbaatzuchtige medewerking van PsyQ Eindhoven, Tilburg, Maastricht en Heerlen, en van breedspectrumkliniek U-center. Zij hebben de FIT-60 opgenomen in de standaardtestbatterij voor hun patiënten. Tevens wil ik Gijs Jansen, coauteur van de FIT-60, bedanken voor het beschikbaar stellen van zijn interviewgroep met ACT-therapeuten. Ten slotte wil ik Truda Driesen en Ger Driessen bedanken voor hun ondersteuning bij de verwerking van de lijsten en het toegankelijk maken van de datasets.

Tim Batink is PhD-candidate, MHeNS, Maastricht University en gz-psycholoog in opleiding, cognitief gedragstherapeut VGct, U-center.

Philippe Delespaul is professor innovations in mental health, MHeNS, Maastricht University, en klinisch psycholoog/programmeleider Integrale Zorg en Psychotische Stoornissen, Mondriaan. Maastricht University, School for Mental Health & Neurosciences, Division 2, Mental Health, postbus 616, 6200 MD Maastricht.
Correspondentieadres: Tim Batink, Maastricht University, School for Mental Health and Neuroscience, Division 2, Mental Health. Vijverdalseweg 1, 6226 NB Maastricht, Nederland. E-mail: tim.batink@maastrichtuniversity.nl

Summary *Title:* Measuring Psychological Flexibility: The Flexibility Index Test (FIT-60)

Background: The Flexibility Index Test (FIT-60) is developed to measure the application of the theoretical concepts in Acceptance and Commitment Therapy. The current study provides a better understanding of the psychometric properties of the FIT-60 and also aims to develop two additional patient-standard groups.

Method: Via three substudies test stability, reliability and construct validity of the FIT-60 total scale and its six subscales were investigated.

Results: The test stability of the FIT-60 was .89, the subscales ranged from .75 to .85. The internal consistency of the total scale was .90, the subscales varied between .51 and .92. The validation study showed that the FIT-60 and its subscales correlated the highest with the corresponding ACT-measures.

Conclusion: FIT-60 appears to be a stable, reliable and valid questionnaire that is able to measure change over time. The FIT-60 is able to measure psychological flexibility, as well as charting the six underlying ACT processes.

Keywords: *Acceptance and Commitment Therapy, psychological flexibility, questionnaire, FIT-60*

Literatuur

- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11, 191-206.
- Batink, T., Jansen, G., & de Mey, H. R. A. (2012). De Flexibiliteits Index Test (FIT-60): Een beknopte beschrijving. *GZ-Psychologie*, 5, 18-21.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the Five Factor Inventory (NEO-FFI): Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources Inc.
- COTAN (2014). *Utrechtse Coping Lijst, UCL, 1988-1993*. Beschikbaar op: http://www.cotandocumentatie.nl/test_details.php?id=494 [Geraadpleegd 1 oktober 2014]
- de Beurs, E. (2004). *Handleiding bij de Brief Symptom Inventory (BSI)*. Leiden: Pits Publishers.
- de Beurs, E., & Zitman, F. G. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI): De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 120-141.
- de Vries, J., & van Heck, G. L. (1995). *The Dutch Version of the WHOQOL-100* (In Dutch: *De Nederlandse Versie van*

- de WHOQOL-100). Tilburg: Tilburg University.
- Dekeyser, M., Raes, F., Leijssen, M., Leyssen, S., & Dewulf, D. (2008). Mindfulness skills and interpersonal behaviour. *Personality and Individual Differences*, 44, 1235-1245.
- Derogatis, L., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Evans, J. D. (1996). *Straightforward statistics for the behavioral sciences*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Juarascio, A. S., Yeomans, P. D., Zebell, J. A., Goetter, E. M., & Moitra, E. (2012). The Drexel defusion scale: A new measure of experiential distancing. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1, 55-65.
- Gird, S. R., Zettle, R. D., Webster, B. K., & Hardage-Bundy, A. (2012, July). Developing a quantitative measure of self-as-context: Preliminary findings. In R. D. Zettle (Chair), *Sizing up selfing: Efforts to assess self-as-context*. Symposium conducted at the ACBS World Conference X, Washington.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavioural change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance en Commitment Therapie: Veranderingen door mindfulness, het proces en de praktijk*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- Hoefman, R. J., van Exel, J., & Brouwer, W. B. (2013). Measuring the impact of caregiving on informal carers: A construct validation study of the Carer-Qol instrument. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 173. doi: 10.1186/1477-7525-11-173
- Hoekstra, H. A., de Fruyt, F., & Ormel, J. (2007). *NEO-PI-R en NEO-FFI persoonlijkheidsvragenlijsten: Handleiding*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers B.V.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revens-torf, D. (1986). Toward a standard definition of clinically significant change. *Behavior Therapy*, 17, 308-311.
- Jansen, G., & Batink, T. (2014). *Time to ACT! Het basisboek voor professionals*. Zaltbommel: Uitgeverij Thema.
- Joos, E., & Hermans, D. (2012). Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 1, 93-96.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Schreurs, P. J. G., & van de Willige, G. (1988). *Omgaan met problemen en gebeurtenissen: De Utrechtse Copinglijst (UCL)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Schreurs, P. J. G., van de Willige, G., Broschot, J. F., Tellegen, B., & Graus, G. M. H. (1993). *Handleiding Utrechtse Coping Lijst UCL (herziene versie)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Trompetter, H. R., ten Klooster, P. M., Schreurs, K. M. G., Fledderus, M., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2013). Measuring values and committed action with the Engaged Living Scale (ELS): Psychometric evaluation in a nonclinical and chronic pain sample. *Psychological Assessment*, 25, 1235-1246.
- van Damme, S., Prins, B., & Leroy, H. (2012). *Dutch translation of the Self-As-Context Scale (SACS-DV)* (Unpublished Manuscript.)
- van Os, J. (2014). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- van Rijsoort, S., Vervaeke, G., & Emmelkamp, P. (1997). The Penn State Worry Questionnaire en de Worry Domains Questionnaire: Eerste resultaten bij een normale Nederlandse populatie. *Gedragstherapie*, 30, 121-128.
- WHOQOL Group (1998). Development

- of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- WHOQOL Group (2004). The World Health Organization's WHO-QOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- Wilson, K. G. & Murrell, A. R. (2004). Values work in acceptance and commitment therapy: Setting a course for behavioral treatment. In S.C. Hayes, V.M. Follette, & M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 120-151). New York, NY: Guilford.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. E. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60, 249-272.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.

Cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen bij kinderen

Effectiviteit van CGT voor
angststoornissen bij kinderen met en
zonder autismespectrumstoornissen

BONNY VAN STEENSEL, ARDY QUAEDACKERS, HANS KROT, MYRNA
KMIECIK, MARGREET OCKHUIJSEN, MARLIES VAN DIJK & SUSAN BÖGELS

Samenvatting

.....

In deze studie is de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie (CGT) voor angststoornissen onderzocht, en of deze verschilt (1) voor kinderen met en zonder een autismespectrumstoornis (ASS), en (2) voor kinderen < 12 jaar versus kinderen ≥ 12 jaar. De angstklachten werden gemeten voor de start van de behandeling, direct na behandeling, na 3 maanden, na 1 jaar en 2 jaar na behandeling. Na afloop waren de kinderen met ASS minder vaak vrij van al hun angststoornissen, maar er werd geen verschil gevonden tussen de groepen wat betreft het percentage dat vrij was van de belangrijkste (primaire) angststoornis. De angstsymptomen waren 1 jaar na afloop van behandeling iets sterker verminderd bij kinderen ≥ 12 jaar dan bij kinderen < 12 jaar. CGT is een effectieve interventie voor het behandelen van angststoornissen bij kinderen van 8 tot 18 jaar met en zonder ASS.

Trefwoorden: cognitieve gedragstherapie, angststoornissen, autismespectrumstoornissen, kinderen

INLEIDING

.....

Kinderen met autismespectrumstoornissen (ASS) worden gekenmerkt door tekorten in de sociale interactie en de communicatie, en door repetitieve, stereotiepe gedragspatronen en beperkte interesses (APA, 2000). Naast deze hoofdkenmerken hebben kinderen met ASS vaak last van allerlei bij-

komende problemen, zoals angsten, gedragsproblemen of problemen met aandacht en concentratie. De comorbiditeit van andere psychiatrische stoornissen als angststoornissen, stemmingsstoornissen en ADHD is bij kinderen met ASS dan ook hoog (onder anderen de Bruin, Ferdinand, Meester, de Nijs, & Verheij, 2007; Simonoff et al., 2008). Angststoornissen lijken een van de meest voorkomende problemen bij kinderen met ASS en komen bij ongeveer 40% van de kinderen met ASS voor (van Steensel, Bögels, & Perrin, 2011).

Angststoornissen bij kinderen met en zonder ASS zijn soortgelijk (van Steensel, Bögels, & Dirksen, 2012). Een uitzondering hierop vormt de specifieke fobie; deze komt relatief vaker voor bij kinderen met ASS. Verder bleek uit het onderzoek van van Steensel et al. (2012) dat angststoornissen bij kinderen met ASS een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van leven: er werd gevonden dat zowel ASS-symptomen als de ernst van de angststoornissen (statistisch) voorspellend waren voor een lagere kwaliteit van leven. Daarnaast werd gevonden dat angststoornissen additionele kosten met zich meebrengen voor de samenleving (van Steensel, Dirksen, & Bögels, 2013b). In een groep kinderen met ASS en comorbide angststoornissen bleek dat ongeveer 14% van de totale kosten toegeschreven kon worden aan de comorbide angstproblemen (terwijl 80% van de kosten kon worden toegeschreven aan ASS). Ook werd gevonden dat de kosten die gepaard gingen met de angstproblemen niet verschillend waren voor kinderen met ASS en comorbide angststoornissen en kinderen met angststoornissen (zonder ASS). In vergelijking met kinderen uit de normale populatie waren de kosten gerelateerd aan de angstproblemen in beide klinische groepen significant hoger. Vanwege de extra kosten en de beïnvloeding van de kwaliteit van leven is het belangrijk om een effectieve behandeling voor deze comorbide angstproblemen te vinden.

Voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen zonder ASS wordt veelal cognitieve gedragstherapie (CGT) toegepast. CGT is een effectieve interventie gebleken voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen zonder ASS. Ongeveer 64-72% van de kinderen is na afloop van CGT vrij van hun primaire angststoornis (Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill, & Harrinton, 2004; In-Albon & Schneider, 2007). Voor kinderen met ASS is nog veel minder bekend over de effectiviteit van CGT. Er zijn in de internationale literatuur een aantal studies verschenen die hebben onderzocht wat de effectiviteit is van CGT voor de behandeling van angsten bij kinderen met ASS. De belangrijkste studies worden hieronder besproken.

In een studie van Chalfant, Rapee en Caroll (2007) werden 47 kinderen met ASS en een comorbide angststoornis (leeftijd 8 tot 13 jaar) ingedeeld in twee groepen: kinderen die geen therapie ontvingen ('wachtlIJstconditie') en kinderen die CGT ontvingen. Na afloop van de CGT bleek dat 71% van de kinderen met ASS vrij was van hun primaire angststoornis, tegenover 0% van de kinderen in de wachtlIJstconditie.

In een soortgelijke studie van Wood et al. (2009) werden 40 kinderen met ASS en een comorbide angststoornis (leeftijd 7 tot 11 jaar) ingedeeld in twee groepen: een groep met CGT en een groep zonder behandeling. Uit deze studie bleek ook dat CGT effectiever was dan geen behandeling: na CGT was 53% van de kinderen vrij van alle angststoornissen, tegenover slechts 9% van de kinderen die geen behandeling hadden ontvangen (merk op dat het percentage van 53% nog wel kinderen met een specifieke fobie omvatte. De specifieke fobie werd in deze studie namelijk niet meegerekend in het percentage dat vrij was van alle angststoornissen). Ook bleek dat na afloop van de CGT de zelfredzaamheid van de kinderen met ASS verbeterd was (Drahota, Wood, Sze, & Van Dyke, 2011).

In een studie van Sofronoff, Attwood en Hinton (2005) werden 71 kinderen met de stoornis van Asperger en comorbide angsten (leeftijd 10-12 jaar) ingedeeld in drie groepen (merk op dat een comorbide angststoornis in deze studie niet formeel werd vastgesteld): kinderen ontvingen een kindgerichte CGT, een familiegerichte CGT (kind en ouder) of geen behandeling ('wachlijst'). Uit dit onderzoek bleek dat zowel de kindgerichte als de familiegerichte CGT effectiever was dan geen behandeling. Daarnaast bleek dat familiegerichte CGT effectiever was dan kindgerichte CGT, wat suggereert dat de betrokkenheid van ouders een gunstig effect heeft op de effectiviteit van CGT bij kinderen met ASS (merk op dat voor kinderen zonder ASS een meerwaarde van familiegerichte CGT ten opzichte van kindgerichte CGT niet altijd is gevonden; bijvoorbeeld Bodden et al., 2008; In-Albon & Schneider, 2007).

In het onderzoek van Reaven, Blakeley-Smith, Culhane-Shelburne en Hepburn (2012) werden 47 kinderen met ASS met klinische scores op een angstvragenlijst (leeftijd 7 tot 14 jaar) toegewezen aan ofwel CGT (merk op dat een deel van de kinderen naast de CGT ook medicatie ontving), ofwel reguliere behandeling (bestaande uit bijvoorbeeld medicatie voor angsten, socialevaardigheidstraining, pestprogramma's, individuele psychosociale interventies of gezinsgerichte interventies). Van de kinderen in de CGT-conditie liet 50% een positief behandel-effect zien (zoals gemeten met de Clinical Global Impressions Scale – Improvement ratings, CGIS-I; National Institute of Mental Health, 1970), tegenover 9% van de kinderen die reguliere behandeling ontvingen.

Uit bovengenoemde studies blijkt dat CGT een effectieve interventie kan zijn voor kinderen met ASS en dat ze waarschijnlijk effectiever is in vergelijking met geen behandeling of reguliere behandeling. Een beperking van voorgaande studies is dat zij voornamelijk jongere kinderen (tot 14 jaar) geïnccludeerd hebben, waardoor weinig bekend is of CGT ook (even goed) werkt voor oudere kinderen (adolescenten) met ASS. Wat betreft het effect van leeftijd op de effectiviteit van de angstbehandeling bij kinderen zonder ASS zijn de bevindingen inconsistent. De studie van Bodden et al. (2008) vond bijvoorbeeld dat jongere kinderen meer profiteerden van een angstbehan-

deling dan oudere kinderen. Dit terwijl in een overzichtsartikel van Rapee, Schniering en Hudson (2009) werd gevonden dat er weinig aanwijzingen zijn voor een effect van leeftijd, en een recente meta-analyse juist bewijs vond dat oudere kinderen meer profiteren van de angstbehandeling (Reynolds, Wilson, Austin, & Hooper, 2012).

Naast de mogelijke invloed van leeftijd is niet eerder onderzocht of de effectiviteit van CGT verschilt voor kinderen met en zonder ASS. Het doel van de huidige studie was daarom om de effectiviteit van een individuele CGT te onderzoeken voor kinderen met en zonder ASS. De algemene resultaten van de studie zijn terug te vinden in een internationaal artikel van van Steensel en Bögels (2015) en in een nationaal artikel van van Steensel, Bögels en Dirksen (2014). Specifiek voor de huidige studie is dat er een onderscheid is gemaakt in kinderen < 12 jaar en kinderen ≥ 12 jaar, om te onderzoeken of CGT even goed werkt voor jongere en oudere kinderen met (en zonder) ASS.

METHODE

.....

Participanten

.....

Alle kinderen die aan het onderzoek deelnamen hadden één of meerdere angststoornissen en waren in afwachting van een CGT-behandeling. Er zijn in totaal 174 kinderen (leeftijd 7 tot en met 18 jaar) gestart met de behandeling: 79 kinderen met ASS en comorbide angststoornissen (verder aangeduid als 'ASS-groep') en 95 kinderen met angststoornissen zonder ASS (verder aangeduid als 'Angstgroep'). Het Autisme Diagnostisch Interview – Revised (ADI-R; Lord, Rutter, & Le Couteur, 1994) is bij de ouder(s) van 60 kinderen met ASS afgenomen (merk op dat dit instrument later aan het onderzoek is toegevoegd, waardoor niet voor alle kinderen deze gegevens beschikbaar waren). Hiervan voldeed respectievelijk 97%, 88% en 70% van de kinderen met ASS aan het ADI-R afkappunt voor beperkingen in de sociale interactie, communicatie en het repetitieve gebied (zie voor meer informatie: van Steensel & Bögels, 2015).

De ASS-groep bestond uit 58 jongens en 21 meisjes, met een gemiddelde leeftijd van 11,76 jaar (SD = 2,68). De angstgroep bestond uit 46 jongens en 49 meisjes, met een gemiddelde leeftijd van 12,85 jaar (SD = 2,81). Zowel de verhouding jongens/meisjes als de gemiddelde leeftijd bleek significant tussen de groepen te verschillen, waarbij de ASS-groep – in vergelijking met de Angstgroep – bestond uit meer jongens en een lagere gemiddelde leeftijd had (van Steensel & Bögels, 2015). De soort (primaire) angststoornis verschilde niet tussen de ASS- en de Angstgroep. De meest voorkomende primaire angststoornissen waren: sociale angststoornis (32%), specifieke fobie (30%), generaliseerde angststoornis (20%) en separatie-angststoornis (14%). Naast

de primaire angststoornis hadden bijna alle kinderen één of meerdere comorbide angststoornissen: specifieke fobie (49%), gegeneraliseerde angststoornis (41%), sociale angststoornis (25%), separatie-angststoornis (20%), obsessieve-compulsieve stoornis (15%), agorafobie (14%), paniekstoornis (11%) en posttraumatische stressstoornis (9%). De kinderen met ASS hadden gemiddeld meer angststoornissen dan de kinderen in de Angstgroep (5,51 versus 4,64; van Steensel & Bögels, 2015). Voor het huidige artikel zijn de ASS-groep en de Angstgroep verder opgesplitst in twee leeftijdscategorieën: kinderen < 12 jaar en kinderen ≥ 12 jaar. Voor een beschrijving van de demografische gegevens van deze groepen, zie tabel 1.

TABEL 1 *Demografische gegevens van de verschillende groepen*

	Angstgroep			ASS groep		
	< 12 jaar (n = 34)	≥ 12 jaar (n = 61)	Totaal (n = 95)	< 12 jaar (n = 40)	≥ 12 jaar (n = 39)	Totaal (n = 79)
Geslacht jongen (n, %)	14 (41,2)	32 (52,5)	46 (48,4)	30 (75,0)	28 (71,8)	58 (73,4)
Leeftijd (M, SD)	9,65 (1,10)	14,64 (1,63)	12,85 (2,81)	9,53 (1,22)	14,05 (1,61)	11,76 (2,68)

Instrumenten

Angststoornissen werden gemeten met de ADIS-C/P (Anxiety Disorder Interview Schedule – Parent and Child version; Silverman & Albano, 1996). Er wordt middels dit interview nagegaan of er voldaan wordt aan de symptomen van de volgende DSM-IV-angststoornissen: separatie-angststoornis, sociale angststoornis, specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis, obsessieve-compulsieve stoornis, paniekstoornis, agorafobie en posttraumatische stressstoornis. Wanneer aan de symptoomcriteria voldaan wordt, wordt de informant gevraagd in hoeverre de angststoornis een beperking is voor het dagelijkse leven van het kind. De informant wordt hierbij gevraagd een ernstcijfer te geven tussen 0 en 8. Wanneer het cijfer 4 of hoger is, kan worden gesproken van een angststoornis. De kind- en ouderrapportage kan vervolgens worden geïntegreerd, waardoor er een samengestelde diagnose ontstaat (zie Silverman, Saavedra, & Pina, 2001). De overeenstemming tussen de ouder- en kindrapportage wat betreft de aan- of afwezigheid van angststoornissen bij de voormeting was voldoende en niet verschillend voor de ASS- en de Angstgroep (zie van Steensel, Deutschman & Bögels, 2013a). De ADIS is niet alleen een maat voor de aan- of afwezigheid van angststoornissen.

nissen, maar er kan ook een totale ernstscore mee berekend worden, en wel door de ernstcijfers van alle angststoornissen op te tellen. De ADIS heeft goede psychometrische eigenschappen (bijvoorbeeld: Silverman et al., 2001) en is ook in eerdere studies gebruikt om angststoornissen bij kinderen met ASS in kaart te brengen (bijvoorbeeld: Reaven et al., 2012; Wood et al., 2009).

Angstsymptomen werden gemeten aan de hand van de SCARED-71 (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-71; Bodden, Bögels, & Muris, 2009). De SCARED-71 is een vragenlijst die bestaat uit 71 items, welke worden beoordeeld op basis van de mate van voorkomen op een driepuntsschaal: nooit (= 0), soms (= 1) of vaak (= 2). Er kan een totaalscore berekend worden, en verschillende subschaalscores voor symptomen van separatie-angststoornis, sociale angststoornis, gegeneraliseerde angststoornis, specifieke fobie, paniekstoornis, obsessieve-compulsieve stoornis en posttraumatische stressstoornis. De psychometrische gegevens van de SCARED-71 zijn goed, zowel voor kinderen met als zonder ASS (Bodden et al., 2009; van Steensel et al., 2013a).

Procedure

Alle kinderen die deelnamen aan het onderzoek waren verwezen naar een van de volgende tweedelijnszorginstellingen: RIAGG Maastricht, Mondriaan Heerlen, MET ggz, GGz Centraal, Dimence, 't Centrum, UvA minds. Het klinisch team binnen deze instellingen stelde vast of een angstbehandeling geïndiceerd was en of gezinnen wilden deelnemen aan het onderzoek. Inclusiecriteria om aan het onderzoek deel te nemen waren: (1) het kind moest gediagnosticeerd zijn met een angststoornis; en (2) ten minste één ouder moest bereid zijn deel te nemen aan het onderzoek. Exclusiecriteria voor het onderzoek waren: (1) IQ < 70; (2) psychotische stoornis; (3) suïcidaliteit; (4) misbruik; en (5) CGT hebben ontvangen voor de behandeling van angststoornissen in het afgelopen jaar. Daarnaast moest eventuele medicatie stabiel zijn geweest ten minste een maand voorafgaand aan de CGT en gedurende de CGT. Kinderen en hun ouders werden geïnterviewd en vulden vragenlijsten in voorafgaand aan de behandeling (voormeting), direct na afloop van de CGT (nameting), 3 maanden na CGT (follow-up 1), een jaar na CGT (follow-up 2), en twee jaar na CGT (follow-up 3). Voor meer informatie over het verloop van de onderzoeksmetingen en de drop-out per meetmoment, zie: van Steensel en Bögels (2015). De studie is goedgekeurd door de medisch-ethische commissie van het azM/UM en de deelnemende gezinnen tekenden een toestemmingsverklaring.

De CGT die in het onderzoek werd toegepast is genaamd *Denken + Doen = Durven* en is ontwikkeld door prof. dr. Susan Bögels. De individuele behandeling bestaat in totaal uit 15 sessies in een tijdsbestek van ongeveer 3 maanden. Tijdens de behandeling wordt aandacht besteed aan psycho-educatie, ont-

spannings- en aandachtsoefeningen, cognitieve herstructurering, en blootstelling aan de angst door middel van exposures en gedragsexperimenten. Ook de ouders worden bij de behandeling betrokken door middel van enkele gezamenlijke sessies met het kind en drie aparte ouderbijeenkomsten (voor meer informatie over de behandeling, zie: Bögels, 2008).

Analyses

Om de effectiviteit van de behandeling te onderzoeken is gekeken naar verschillende dichotome en continue uitkomstmaten. Dichotome uitkomstmaten waren: het percentage kinderen vrij van hun primaire angststoornis en het percentage kinderen vrij van *alle* angststoornissen (zoals gemeten met de ADIS-C/P) bij de nameting en follow-up metingen. De chi-kwadraattoets werd gebruikt om te onderzoeken of de ASS- en de Angstgroep verschillen met betrekking tot deze percentages. Deze toets werd tevens gebruikt om te kijken of er binnen de ASS- en de Angstgroep verschillen waren voor kinderen < 12 jaar versus kinderen $\geq$ 12 jaar. Er werd hierbij gebruikgemaakt van de methode *last observation carried forward* voor de gezinnen die niet meer aan het onderzoek deelnamen bij de nameting of de follow-up metingen. Bij deze methode worden de data die ontbreken compleet gemaakt door gebruik te maken van de data van de voorgaande meting.

Multi-level-analyses werden gebruikt om de verandering in de totale ernst van de angststoornissen (ADIS-C/P) en de angstsymptomen (SCARED-71) over tijd te onderzoeken. Multi-level-analyses kunnen gebruikt worden wanneer data op meerdere niveaus verzameld zijn. In de huidige studie zijn er verschillende meetmomenten (voormeting, nameting, follow-up 1, 2 en 3) en verschillende informanten (kinderen, moeders, vaders). Deze meetmomenten en informanten zijn aan elkaar gekoppeld en delen bepaalde overeenkomsten (zo zijn de voormeting, nameting en follow-up 1, 2 en 3 alle ingevuld door hetzelfde kind, moeder of vader; en het kind, de vader en de moeder behoren tot hetzelfde gezin). Het voordeel van multi-level-analyses is dat hiermee rekening gehouden wordt en dat alle informatie (van alle meetmomenten en informanten) in een gezamenlijk regressiemodel kan worden meegenomen. Ook heeft het gebruik van multi-level-analyses als voordeel dat alle beschikbare data gebruikt worden zonder dat deze compleet hoeven te zijn (zo wordt de informatie van kinderen of moeders toch meegenomen, ook al deed de vader niet mee). In de huidige studie zijn de totale ernstscores van de angststoornissen (ADIS) en de totaalscores van de angstsymptomen (SCARED-71) gebruikt als afhankelijke variabelen. De predictoren waren: tijd (nameting en de follow-up metingen afgezet tegen de voormeting), groep (kinderen met ASS afgezet tegen kinderen zonder ASS), leeftijd (kinderen $\geq$ 12 jaar afgezet tegen kinderen < 12 jaar), en de mogelijke interacties tussen tijd, groep en leeftijd (om te onderzoeken of de effectiviteit van CGT verschillend is voor kinderen met en zonder ASS, en voor kinderen < 12 jaar versus kinderen

≥ 12 jaar). Alle continue variabelen zijn omgezet naar gestandaardiseerde Z-scores, zodat de waarde van een predictor (*parameter estimate*) geïnterpreteerd kan worden als een maat van effect, namelijk als Cohens *d*.

RESULTATEN

Percentage vrij van (primaire) angststoornis

In tabel 2 is het percentage kinderen vrij van (primaire) angststoornis weergegeven per meetmoment. Het percentage kinderen dat vrij is van hun primaire angststoornis is niet verschillend voor de ASS-groep en de Angstgroep. Binnen de ASS- en de Angstgroep is het percentage kinderen dat vrij is van

TABEL 2 *Aantal kinderen (%) vrij van primaire angststoornis en vrij van alle angststoornissen, direct na behandeling (nameting), 3 maanden na behandeling (follow-up 1), 1 jaar na behandeling (follow-up 2) en 2 jaar na behandeling (follow-up 3)*

	Angstgroep			ASS groep		
	< 12 jaar (n = 34)	≥ 12 jaar (n = 61)	Totaal (n = 95)	< 12 jaar (n = 40)	≥ 12 jaar (n = 39)	Totaal (n = 79)
<i>Primaire angststoornis</i>						
Nameting	17 (50%)	30 (49%)	47 (49%)	20 (50%)	12 (31%)	32 (41%)
Follow-up 1 (3 mnd)	22 (65%)	33 (54%)	55 (58%)	23 (58%)	21 (54%)	44 (56%)
Follow-up 2 (1 jaar)	22 (65%)	41 (67%)	63 (66%)	21 (53%)	22 (56%)	43 (54%)
Follow-up 3 (2 jaar)	23 (68%)	38 (62%)	61 (64%)	24 (60%)	24 (62%)	48 (61%)
<i>Alle angststoornissen</i>						
Nameting	10 (29%)	18 (30%)	28 (29%)	6 (15%)	4 (10%)	10 (13%)
Follow-up 1 (3 mnd)	16 (47%)	25 (41%)	41 (43%)	10 (25%)	10 (26%)	20 (25%)
Follow-up 2 (1 jaar)	18 (53%)	32 (52%)	50 (53%)	15 (38%)	12 (31%)	27 (34%)
Follow-up 3 (2 jaar)	20 (59%)	32 (52%)	52 (55%)	15 (38%)	16 (41%)	31 (39%)

de primaire angststoornis ook niet verschillend voor de kinderen < 12 jaar versus de kinderen ≥ 12 jaar. Voor de uitkomstmaat percentage vrij van *alle* angststoornissen is er wel een verschil gevonden: de kinderen uit de ASS-groep zijn op alle meetmomenten minder vaak vrij van *alle* angststoornissen in vergelijking met de kinderen uit de Angstgroep (p 's < .05). Binnen de ASS- en de Angstgroep verschilt het percentage kinderen dat is vrij is van *alle* angststoornissen echter niet voor kinderen < 12 jaar en kinderen ≥ 12 jaar.

Ernst van angststoornissen

In tabel 3 zijn de resultaten van de multi-level-analyse te vinden wat betreft de ernst van de angststoornissen. In figuur 1 zijn deze resultaten grafisch weergegeven. De predictoren tijd zijn significant. De parameter estimates zijn negatief, wat betekent dat de totale ernstscores van de angststoornissen bij de nameting en de follow-up metingen zijn afgenomen ten opzichte van de voormeting (zie ook figuur 1). De afname in ernst van de angststoornissen is groot: de parameter estimates van tijd, te interpreteren als Cohens d , zijn groter dan .80, wat indicatief is voor een groot effect (Cohen, 1992). De predictoren groep en leeftijd, evenals de interacties, zijn niet significant (tabel 3). Dit betekent dat het voor de ernst van de angststoornissen, evenals voor de effectiviteit van de CGT, niet uitmaakt of een kind wel of niet gediagnosticeerd is met ASS, en of het kind < 12 jaar of ≥ 12 jaar is. Dit is in figuur 1 te zien: de grafieklijnen van de verschillende groepen lopen daarin ongeveer parallel.

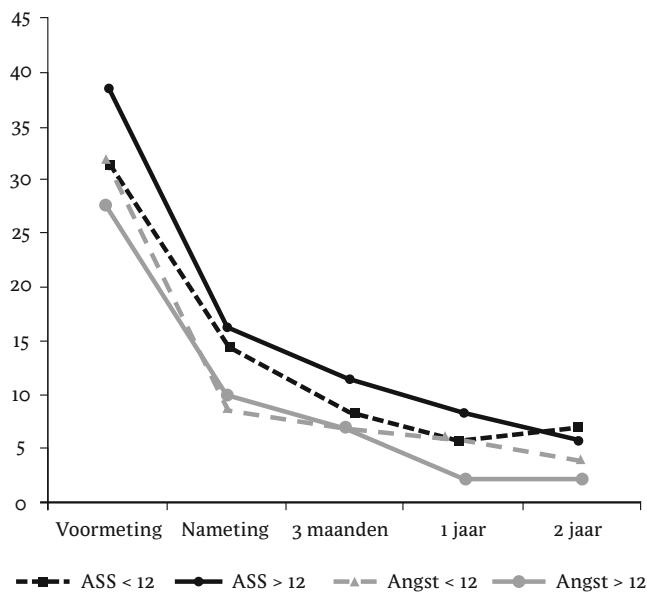
Angstsymptomen

In tabel 3 zijn ook de resultaten van de multi-level-analyse te vinden wat betreft de angstsymptomen. Figuur 2 geeft deze resultaten grafisch weer. De predictoren tijd zijn significant, wat betekent dat ten opzichte van de voormeting de angstsymptomen zijn afgenomen bij de nameting en de follow-up metingen (zie ook figuur 2). Ook hier is het effect van verandering groot (de parameter estimates van tijd zijn groter dan .80). De predictor groep is significant, wat betekent dat over alle onderzoeksmetingen heen (dus gemiddeld genomen over de voormeting, de nameting en de follow-up metingen) de kinderen uit de ASS-groep hogere scores hebben op de SCARED-71 (angstsymptomen) dan de kinderen uit de Angstgroep. De grootte van het effect is medium. De interacties tussen tijd en groep zijn niet significant, wat betekent dat het effect van de CGT voor de ASS-groep en de Angstgroep niet verschillend is (ook te zien aan de overwegend parallel lopende grafieklijnen in figuur 2). De predictor leeftijd is niet significant, wat betekent dat de ernst van de angstsymptomen niet verschillend is voor kinderen < 12 jaar of ≥ 12 jaar. De interacties tussen tijd en leeftijd zijn niet significant, op één uitzondering na: de interactie leeftijd*tijd 3 is significant ($p = .049$), wat be-

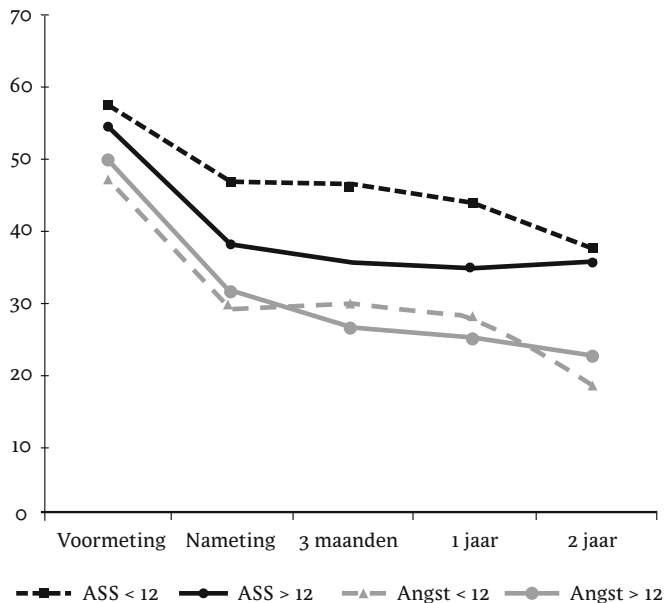
TABEL 3 Resultaten van de multi-level-analyses, waarbij gekeken is naar het effect van tijd (nameting en follow-ups afgezet tegen de voormeting), leeftijd (≥ 12 jaar afgezet tegen < 12 jaar) en groep (ASS afgezet tegen Angst), en naar de interacties tussen deze variabelen

Predictoren	Ernst angststoornissen		Angstsymptomen	
	Parameter estimate ¹	Standaard error (SE)	Parameter estimate ¹	Standaard error (SE)
Groep (ASS versus Angst)	-0,04	0,27	0,49**	0,18
Leeftijd (≥ 12 jaar versus < 12 jaar)	-0,27	0,25	0,17	0,16
Tijd 1 (nameting)	-1,19***	0,18	-0,89***	0,10
Tijd 2 (follow-up 1: 3 mnd)	-1,45***	0,17	-0,95***	0,12
Tijd 3 (follow-up 2: 1 jaar)	-1,51***	0,18	-0,89***	0,14
Tijd 4 (follow-up 3: 2 jaar)	-1,57***	0,19	-1,16***	0,13
Interactie Groep*Leeftijd	0,65	0,36	-0,32	0,23
Interactie Groep*Tijd 1	0,27	0,24	0,18	0,13
Interactie Groep*Tijd 2	0,25	0,23	0,26	0,16
Interactie Groep*Tijd 3	0,15	0,25	0,17	0,18
Interactie Groep*Tijd 4	0,21	0,26	0,12	0,18
Interactie Leeftijd*Tijd 1	0,22	0,22	0,02	0,12
Interactie Leeftijd*Tijd 2	0,37	0,21	-0,04	0,15
Interactie Leeftijd*Tijd 3	0,14	0,23	-0,34*	0,17
Interactie Leeftijd*Tijd 4	0,18	0,24	-0,15	0,17
Interactie Groep*Leeftijd*Tijd 1	-0,51	0,32	-0,16	0,17
Interactie Groep*Leeftijd*Tijd 2	-0,59	0,31	-0,16	0,21
Interactie Groep*Leeftijd*Tijd 3	-0,37	0,33	0,29	0,24
Interactie Groep*Leeftijd*Tijd 4	-0,61	0,34	0,27	0,24

Noot: Parameter estimates zijn interpreteerbaar als een maat van effect (Cohens d), waarbij .30 een klein effect, .50 een middelgroot effect en .80 een groot effect representeert (Cohen, 1992); * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$



FIGUUR 1 Afname van de ernst van de angststoornissen (ADIS) voor de verschillende onderzoeksgroepen



FIGUUR 2 Afname van de ernst van angstsymptomen (SCARED-71) voor de verschillende onderzoeksgroepen

tekent dat bij follow-up 2 (een jaar na behandeling) – onafhankelijk van wel/ geen ASS-diagnose – de angstsymptomen voor de kinderen ≥ 12 jaar iets sterker zijn afgenomen in vergelijking met de kinderen < 12 jaar (zie figuur 2). Voor de overige meetmomenten (nameting, 3 maanden na behandeling en 2 jaar na behandeling) geldt dat het voor de afname van angstsymptomen over tijd (behandeleffectiviteit van CGT) niet uitmaakt of het kind < 12 jaar of ≥ 12 jaar is.

DISCUSSIE

.....

De belangrijkste bevindingen kunnen als volgt worden samengevat: (1) het percentage kinderen dat vrij is van hun primaire angststoornis na CGT is niet verschillend voor de ASS-groep en de Angstgroep, maar kinderen met ASS zijn – in vergelijking met kinderen zonder ASS – wel minder vaak vrij van *alle* angststoornissen; (2) binnen de ASS- en de Angstgroep verschillen kinderen < 12 jaar en kinderen ≥ 12 jaar niet van elkaar wat betreft de percentages vrij van (primaire) angststoornissen; (3) de effectiviteit van CGT op basis van de totale ernstscores van de angststoornissen (ADIS) en op basis van de ernst van de angstsymptomen (SCARED-71) is niet verschillend voor kinderen met en zonder ASS; en (4) er zijn – met uitzondering van de angstsymptomen één jaar na afloop van behandeling – geen aanwijzingen dat de effectiviteit van behandeling verschillend is voor kinderen < 12 jaar en kinderen ≥ 12 jaar.

Hoewel het percentage kinderen vrij van hun primaire angststoornis niet verschillend was voor de ASS- en de Angstgroep, was het percentage vrij van alle angststoornissen wel verschillend. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat bepaalde ASS-kenmerken samenhangen met bepaalde angststoornissen (specifieke fobieën). Zo bleken kinderen met ASS vaker een specifieke fobie te hebben dan kinderen zonder ASS (van Steensel et al., 2012). Er wordt gesuggereerd dat specifieke fobieën samenhangen met prikkelgevoeligheid en sterke (negatieve) reacties op sensorische stimuli (bijvoorbeeld angst voor harde geluiden, tandartsen, dokters, ballonnen, liften, verjaardagsfeestjes; zie bijvoorbeeld: Green & Ben-Sason, 2010). Bovendien blijkt dat wanneer de specifieke fobie buiten het percentage vrij van ‘alle’ angststoornissen wordt gelaten, het percentage vrij van ‘alle’ angststoornissen niet verschilt tussen de ASS-groep en de Angstgroep. Op basis van de totale ernst van de angststoornissen en angstsymptomen bleek ook dat de effectiviteit van CGT niet verschillend was voor kinderen met en zonder ASS. Deze resultaten impliceren dat CGT voor de behandeling van angststoornissen ook ingezet kan worden bij kinderen met ASS.

Aangezien vorige studies (Chalfant et al., 2007; Reaven et al., 2012; Sofronoff et al., 2005; Wood et al., 2009) veelal de effectiviteit van CGT hebben onderzocht voor jongere kinderen (≤ 14 jaar), is een belangrijke bevinding

van de huidige studie dat CGT voor de behandeling van angststoornissen niet verschillend effectief is voor kinderen met ASS < 12 jaar en kinderen met ASS $\geq$ 12 jaar. Overigens werd ook voor kinderen zonder ASS geen verschil in effectiviteit gevonden tussen kinderen < 12 jaar en kinderen $\geq$ 12 jaar. De resultaten van voorgaande studies naar de relatie tussen leeftijd en de effectiviteit van CGT bij kinderen met angststoornissen (zonder ASS) zijn inconsistent. Sommige studies suggereren dat een hogere leeftijd geassocieerd is met een slechtere therapie-uitkomst (onder anderen Bodden et al., 2008; Southam-Gerow, Kendall, & Weersing, 2001), terwijl andere studies geen verschil vonden wat betreft de effectiviteit van CGT voor jongere en oudere kinderen (onder anderen Kendall, Hudson, Gosch, Flannery-Schroeder, & Suveg, 2008; Nauta, Scholing, Emmelkamp, & Minderaa, 2003). Het is ook goed mogelijk dat de leeftijd van het kind niet een direct effect heeft op de effectiviteit van CGT, maar dat andere factoren een rol spelen en dat die interacteren met de leeftijd van het kind. Uit de studie van Bodden et al. (2008) bleek bijvoorbeeld dat jonge kinderen (8-12 jaar) van ouders met angststoornissen in vergelijking met jonge kinderen van ouders zonder angststoornissen minder profiteerden van CGT, terwijl dit verschil in effectiviteit niet gevonden werd voor oudere kinderen van 13-18 jaar. Oudere kinderen profiteren van CGT ongeacht een eventuele angststoornis bij ouders. Verder onderzoek naar mogelijke therapiefactoren lijkt dus gerechtvaardigd.

Deze goed opgezette studie (met onder meer een grote groep kinderen met ASS, een grote leeftijdsrange en een controlegroep van kinderen zonder ASS) heeft ook een aantal beperkingen. Een eerste beperking is dat er geen vergelijking is gemaakt met een controlegroep. De behandeling lijkt dus effectief, maar we weten niet hoe de effectiviteit van de behandeling is vergeleken met geen behandeling of een andere soort behandeling. Nu is bijvoorbeeld niet duidelijk of de kinderen en hun ouders minder angstklachten rapporteren vanwege het effect van CGT of vanwege een verwacht effect van de behandeling, omdat zij 12 weken inspanningen hebben moeten leveren om naar de therapie te komen en aan de slag te gaan met de angsten. Een tweede beperking is dat alle kinderen die deelnamen aan het onderzoek een IQ > 70 hadden. Hierdoor kunnen geen uitspraken gedaan worden over de effectiviteit van CGT bij kinderen met ASS en een lager IQ. Een laatste beperking is dat er in de studie meetinstrumenten gebruikt zijn die in eerste instantie niet ontwikkeld zijn voor kinderen met ASS, en dat studies naar de betrouwbaarheid en validiteit van deze meetinstrumenten schaars zijn.

CGT aanpassingen voor ASS

Hoewel uit de bevindingen van deze studie geconcludeerd kan worden dat de effectiviteit van CGT niet verschillend was voor kinderen met en zonder ASS – en voor kinderen < 12 jaar en $\geq$ 12 jaar – worden er in de internationale literatuur een aantal aanpassingen voor kinderen met ASS voorgesteld.

Ook de therapeuten die deelnamen aan het huidige onderzoek noemden een aantal punten waarop de CGT aangepast zou kunnen worden. Hoewel de mogelijke meerwaarde van deze aanpassingen niet empirisch onderzocht is, lijkt het wel belangrijk om met een aantal factoren rekening te houden. Het lijkt zinvol de behandeling op een aantal punten aan te passen (voor informatie over specifieke aanpassingen aan het protocol van *Denken + Doen = Durven*, zie: van Steensel & Bögels, 2014). Ten eerste lijkt het belangrijk om tijdens de behandeling rekening te houden met de specifieke moeilijkheden van kinderen met ASS, zoals moeilijkheden met betrekking tot (1) *Theory of Mind* (moeite met het inzicht in eigen en andermans emoties); (2) centrale coherentie (moeite met het overzicht hebben); en (3) executieve functies (moeite met plannen, organiseren, flexibiliteit en veranderingen). Hierbij kan gedacht worden aan meer visueel werken (bijvoorbeeld het laten tekenen van een eigen situatie, met gedachtewolken voor bange en helpende gedachten) en de therapiesessies (nog meer) voorspelbaar en gestructureerd te maken. Daarnaast wordt gesuggereerd om het materiaal, de taken en de discussies aan te passen aan de cognitieve en verbale mogelijkheden van kinderen met ASS, bijvoorbeeld door de sessies goed voor te bereiden en minder abstracte voorbeelden of taal te gebruiken (Chalfant et al. 2007; Reaven et al., 2009; Sofronoff et al., 2005). Een paar voorbeelden die ook door de deelnemende therapeuten werden aangedragen, betreffen: (1) niet de voorbeelden uit het werkboek gebruiken, maar werken met voor het kind concrete situaties; (2) het gebruik van meerkeuzelijsten in plaats van het kind zelf helpende gedachten laten verzinnen; en (3) de nadruk leggen op het uitvoeren van *exposures* en eventueel de gedragsexperimenten achterwege laten. Ten tweede lijkt het belangrijk om ouders (nauw) te betrekken bij de behandeling. Tot dusver werden in alle studies bij kinderen met ASS parallelsessies met de ouders georganiseerd, werd de aanwezigheid van de ouder(s) tijdens (een gedeelte van) de sessie in het programma opgenomen, of werd gekozen voor een gezinsgerichte CGT in plaats van een kindgerichte CGT (Chalfant et al., 2007; Reaven et al., 2009; Sofronoff et al., 2005; Wood et al., 2009). Ten derde werd door de deelnemende therapeuten opgemerkt dat de intrinsieke motivatie bij kinderen met ASS niet altijd heel groot was, maar dat kleine externe beloningen daarentegen vaak leken te helpen. Ook wordt geopperd om de specifieke interesses of sterke kanten en talenten van kinderen met ASS als bekrachtigers te gebruiken om de motivatie te verhogen (Reaven et al., 2009, 2012; Wood et al., 2009). Ten vierde wordt voorgesteld om het aanleren van communicatieve en sociale vaardigheden deel te laten uitmaken van de behandeling (Sofronoff et al., 2005; White, Ollendick, Scahill, Oswald & Albano, 2009; White et al., 2010; Wood et al., 2009). Als laatste wordt als belangrijk punt aangehaald het creëren van oefengelegheden in de dagelijkse situaties (bijvoorbeeld op school of met leeftijdsgenoten), zodat generalisatie van het geleerde plaats kan vinden (Moree & Davis III, 2010; Reaven et al., 2012). Afhankelijk van de soort angststoornis

zal dan bekeken moeten worden hoe oefeningen geïntegreerd kunnen worden in het dagelijkse leven. Een voorbeeld is dat een kind met een sociale fobie van de leerkracht de opdracht krijgt om een boek te gaan halen in een andere klas, of dat het kind naar de menukaart vraagt of de bestelling doorgeeft aan de ober, wanneer het gezin uit eten gaat.

Conclusie

De resultaten van de huidige studie laten zien dat CGT voor de behandeling van angststoornissen ook voor kinderen en jongeren met ASS effectief kan zijn. Daarnaast werd aangetoond dat de effectiviteit niet verschillend was voor kinderen met en zonder ASS, en voor kinderen < 12 jaar en ≥ 12 jaar. Aangezien angststoornissen vaak lijken voor te komen bij kinderen met ASS, is het belangrijk dat deze angststoornissen herkend en behandeld worden. Hoewel meer onderzoek nodig is naar bijvoorbeeld voorspellers van therapie-effectiviteit (waarom de behandeling voor het ene kind beter werkt dan voor het andere kind), werkzame componenten en de mogelijke meerwaarde van de voorgestelde aanpassingen voor ASS, lijkt CGT een goed toepasbare en werkzame interventie voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen met ASS.

Bonny van Steensel en **Susan Bögels** zijn beiden verbonden aan het Research Institute of Child Development and Education, Research Priority Area Yield, Universiteit van Amsterdam, en aan het UvA minds Academisch Behandelcentrum voor Ouder en Kind. UvA Minds: Plantage Muidergracht 14, 1018 TV Amsterdam.

Ardy Quaedackers is verbonden aan RIAGG Virenze, Afdeling Kinder & Jeugd Parallelweg 45-47, 6221 BD Maastricht.

Hans Krot is verbonden aan Mondriaan Kinderen en Jeugdigen – Leo Kannerhuis Limburg, Kloosterkensweg 8, 6419 PJ Heerlen.

Myrna Kmiecik is verbonden aan MET ggz Roermond (locatie Venlo), Hogeweg 99, 5914 BC Venlo.

Margreet Ockhuijsen is verbonden aan Dokter Bosman, Agoraweg 2, 8224 BX Lelystad.

Marlies van Dijk is verbonden aan Virenze, Kind en Jeugd, Infantteam, Stationsweg 19, 9201 GG Drachten.

Correspondentieadres: Bonny van Steensel, Research Institute of Child Development and Education, Research Priority Area Yield, Universiteit van Amsterdam, Postbus 15667, 1001 NG Amsterdam. E-mail: f.j.a.vansteensel@uva.nl

Summary In the present study we examined the effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) for anxiety disorders, and whether this effectiveness differed between (1) children with and without autism spectrum disorders (ASD), and (2) children < 12 years versus children ≥ 12 years. Anxiety was measured on

several occasions: before the start of treatment, after treatment, at 3 months follow-up, one year follow-up and two year follow-up. Children with ASD were less likely to be free from all anxiety disorders. However, with respect to being free from their primary anxiety disorder no group differences were found. It was found that one year after treatment anxiety symptoms were somewhat more reduced for children ≥ 12 years compared to children < 12 years. CBT is an effective intervention for treating anxiety disorders in children aged 8-18 years, with and without ASD.

Keywords: *cognitive behavioral therapy, anxiety disorders, autism spectrum disorders, children*

Literatuur

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bodden, D. H. M., Bögels, S. M., Nauta, M. H., de Haan, E., Ringrose, J., Appelboom, C., ... Appelboom-Geerts, K.C.M.M.J. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: An efficacy and partial effectiveness study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1384-1394.
- Bodden, D. H. M., Bögels, S. M., & Muris, P. (2009). The diagnostic utility of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-71 (SCARED-71). *Behaviour Research and Therapy*, 47, 418-425.
- Bögels, S. M. (2008). *Behandeling van angststoornissen bij kinderen en adolescenten met het cognitief-gedragstherapie protocol Denken + Doen = Durven*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 421-436.
- 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.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- de Bruin, E. I., Ferdinand, R. F., Meester, S., de Nijs, P. F. A., & Verheij, F. A. (2007). High rates of psychiatric co-morbidity in PDD-NOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 877-886.
- Drahota, A., Wood, J. J., Sze, K. M., & Van Dyke, M. (2011). Effects of cognitive behavioral therapy on daily living skills in children with high-functioning autism and concurrent anxiety disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 257-265.
- Green, S. A., & Ben-Sasson, A. (2010). Anxiety disorders and sensory over-responsivity in children with autism spectrum disorders: Is there a causal relationship? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1495-1504.
- In-Albon, T., & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 15-24.
- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child

- and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 282-297.
- Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview – Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 659-685.
- 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.
- National Institute of Mental Health. (1970). CGI: Clinical global impressions. In W. Guy, & R. R. Bonato (Eds.), *Manual for the ECDEU assessment battery* (2nd Rev. ed.) (pp. 121-126). Chevy Chase, MD: National Institute of Mental Health.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G., & Minderaa, R. B. (2003). Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1270-1278.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-41.
- 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.
- Reaven, J. A., Blakeley-Smith, A., Nichols, S., Dasari, M., Flanigan, E., & Hepburn, S. (2009). Cognitive-behavioral group treatment for anxiety symptoms in children with high-functioning autism spectrum disorders: A pilot study. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24, 27-37.
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32, 251-262.
- Silverman, W. K. & Albano, A. M., (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-C/P): Child and Parent version*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Silverman, W. K., Saavedra, L. M., & Pina, A. A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and parent versions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 937-944.
- 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 and Adolescent Psychiatry*, 47, 921-929.
- Sofronoff, K., Attwood, T., & Hinton, S. (2005). A randomized controlled trial of a CBT intervention for anxiety in children with Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1152-1160.
- Southam-Gerow, M. A., Kendall, P. C., & Weersing, V. R. (2001). Examining outcome variability: Correlates of treatment response in a child and adolescent anxiety clinic. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 422-436.
- van Steensel, F. J. A., & Bögels, S. M. (2014). Individuele cognitieve gedragstherapie voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen met autismespectrumstoornissen: *Denken + Doen = Durven bij ASS*. In C. Braet & S. Bögels (Eds.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen en ado-*

- lescenten met psychische klachten I* (herziene versie) (pp. 423-441). Amsterdam: Boom.
- van Steensel, F. J. A., & Bögels, S. M. (2015). CBT for anxiety disorders in children with and without ASD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. doi: 10.1037/a0039108
- van Steensel, F. J. A., Bögels, S. M., & Dirksen, C. D. (2012). Anxiety and quality of life: Clinically anxious children with and without autism spectrum disorders compared. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41, 731-738.
- van Steensel, F. J. A., Bögels, S. M., & Dirksen, C. D. (2014). Is cognitieve gedragstherapie voor de behandeling van angststoornissen (kosten)effectief voor kinderen met een autismespectrumstoornis? *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Autisme*, 3, 92-100.
- 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.
- van Steensel, F. J. A., Deutschman, A. A. C. G., & Bögels, S. M. (2013a). Examining the SCARED-71 as an assessment tool for anxiety in children with high-functioning autism spectrum disorders. *Autism*, 17, 681-692.
- van Steensel, F. J. A., Dirksen, C. D., & Bögels, S. M. (2013b). A cost of illness study of children with autism spectrum disorders and comorbid anxiety disorders as compared to clinically anxious and typically developing children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. doi: 10.1007/s10803-013-1835-6
- White S. W., Ollendick, T., Scahill, L., Oswald, D., & Albano, A. M. (2009). Preliminary efficacy of a cognitive-behavioral treatment program for anxious youth with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 1652-1662.
- White, S. W., Albano, A. M., Johnson, C. R., Kasari, C., Ollendick, T., Klin, A., Oswald, D., & 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.
- Wood, J. J., Drahota, A., Sze, K., Har, K., Chiu, A., & Langer, D. A. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized, controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 224-234.

Wat psychotherapeuten kunnen leren van honkbal, hockey en Van Gaal¹

PATRICIA VAN OPPEN

Samenvatting

Psychotherapie is een effectieve behandelmethodes voor het verminderen van psychische klachten en problemen. Een groot aantal onderzoeken heeft de effectiviteit van verschillende psychotherapeutische behandelingen voor psychische problemen aangetoond, zoals angst, depressie, psychose en post-traumatische stressstoornis. Echter, op dit moment zijn we nog niet in staat om te voorspellen welke mensen wel en welke mensen niet opknappen van een behandeling.

In deze inaugurele rede worden verschillende redenen te berde gebracht waarom patiënten met stoornissen binnen de ggz vaak geen *evidence-based* psychotherapie krijgen. Psychotherapeuten volgen bijvoorbeeld graag hun eigen voorkeuren, en gebruiken vooral de hun bekende en vertrouwde methoden, waardoor evidence-based psychotherapie te vaak genegeerd wordt in de klinische praktijk. Om dit te verbeteren moet men in Nederland beter opleiden. Tijdens de opleiding van psychotherapeuten zou het leren toepassen van effectief gebleken psychotherapeutische behandelingen voor specifieke stoornissen centraal moeten staan, in plaats van de psychotherapiestromingen. Wetenschappelijke onderbouwing is hierbij het sleutelbegrip. Dit gebeurt ook steeds vaker tijdens de trainingen binnen de honkbal- en hockeywereld. Een therapeut moet leren om soms geheel tegen de eigen intuïtie in beslissingen te nemen, zoals Van Gaal als trainer deed met zijn cruciale keeperswissel tijdens het WK voetbal in 2014. Verder is het van belang dat er meer waardering komt voor de implementatie van effectief gebleken behandelingen in de praktijk. Binnen de wetenschappelijke wereld is het zinvol gebruik te maken van anekdotische vertellingen, aangezien die de klinische

1 Rede uitgesproken bij de aanvaarding van de leeropdracht 'Psychotherapie in de psychiatrie', bij de afdeling Psychiatrie van het VU Medisch Centrum te Amsterdam, op 20 maart 2015.

praktijk meer beïnvloeden dan de wetenschappelijke artikelen of rapporten waarmee onderzoekers gewend zijn te communiceren.

Trefwoorden: psychotherapie, richtlijnen, klinische intuïtie, anekdotische verhalen, evidence-based

Mijnheer de rector, dames en heren,

Zelf behoor ik tot de een op de vijf Nederlanders die ooit in haar leven een angststoornis heeft gehad. Ik had vliegangst. Ik was een jaar of tien, en we zouden met het vliegtuig naar Zuid-Spanje gaan, met mijn broer, vader en oma. Twee dagen hiervoor kreeg ik erge buikpijn. Huisarts erbij. Men dacht aan een blindedarmontsteking. Dit was er niet aan de hand, maar er leek sprake te zijn van heel veel zenuwen. Ik kreeg valiumtabletten. Ik moest die medicatie maar een tijdje gebruiken, was het advies van mijn huisarts. Ondanks de valium was de vliegreis een hel voor mij. Totale paniek en veel tranen. De vakantie in Spanje vond ik niks, want die stond in het teken van de vliegreis terug. Pas jaren later had ik mijn eerste behandelsessie. Deze kan ik mij nog goed herinneren: ze begon met een vliegreis met mijn Maas-trichtse collega's van Geestelijke Gezondheidskunde naar mijn eerste congres in Oxford. Nu, ruim 25 jaar verder, ben ik min of meer genezen van mijn vliegangst. Vliegen is nog steeds niet mijn grote hobby, maar inmiddels ben ik in staat om zonder begeleiding naar congressen op andere continenten te vliegen. Alleen vliegen in sportvliegtuigen, zweefvliegtuigen en in heftige turbulentie of onweer zorgt nog voor angstige momenten. U ziet dat psychotherapie in mijn geval veel effect heeft gehad.

Daar denkt minister Schippers van Volksgezondheid kennelijk anders over. De geestelijke gezondheidszorg (ggz) moet van haar flink bezuinigen. Psychiatrische patiënten moeten hulp dichterbij huis krijgen, vindt de minister. 'Hulp zoeken in de buurt', noemt ze dat, oftewel: praten met je burens over je psychisch lijden. Met deze uitspraak bevestigt Schippers de reeds lang bestaande vooroordelen dat psychische ziekten geen echte ziekten zijn en dat praten met de burens net zo goed helpt als hulp in de ggz. Over dat laatste wil ik uiteraard graag wat meer kwijt.

WAT IS PSYCHOTHERAPIE?

.....

Psychotherapie is een behandelmethode die wordt toegepast bij psychische klachten en problemen. Mensen bespreken in de therapie hun problemen met een psychotherapeut, met als doel om deze op te heffen, te verminderen of er beter mee om te leren gaan. In de geschiedenis van de psychotherapie is Sigmund Freud ongetwijfeld een van invloedrijkste mensen geweest. Rond 1900 begon hij wat we nu een psychotherapiepraktijk zouden noemen.

Freud bedreef de door hem ontwikkelde psychoanalyse, een van de eerste echte vormen van psychotherapie (Freud & Breuer, 1895).

We zijn nu ruim honderd jaar verder. In Nederland worden op dit moment meer mensen behandeld met antidepressiva dan met psychotherapie (Verweij & Houben-van Herten, 2013). Dit is verbazingwekkend, aangezien er wereldwijd bij patiënten een sterke voorkeur is voor praten boven pillen. Onderzoek van mijn collega Anneke van Schaik in 2004 (van Schaik et al., 2004) en ook recenter grootschalig onderzoek toont aan dat de meeste mensen met een depressie of een angststoornis sterke voorkeur hebben voor een psychotherapeutische behandeling (McHugh, Whitton, Peckham, Welge, & Otto, 2013; Moradveisi, Huibers, Renner, & Arntz, 2014; Patel & Simpson, 2010).

Maar mensen kunnen wel een voorkeur hebben, de vraag die hierbij natuurlijk van belang is, is of psychotherapie helpt. En als psychotherapie helpt, krijgen mensen dan ook daadwerkelijk de effectiefste behandeling die voorhanden is? Over deze beide vragen wil ik het graag met u hebben.

HELPT PSYCHOTHERAPIE?

.....

Eerst iets over de vraag of psychotherapie helpt. Een belangrijke methode voor evaluatie van het effect van behandeling in de psychiatrie is het in kaart brengen van een positieve uitkomst: het voorkómen van een psychose, of het voorkómen van een terugval of van een opname binnen de ggz. Op deze manier kunnen we onderzoeken hoeveel mensen we moeten behandelen (*number needed to treat*) om bij één persoon een terugval te voorkómen, er één beter te maken of een positief herstel te zien.

Ik noem u een voorbeeld. Het gaat over de resultaten van de behandeling met psychotherapie van de posttraumatische stressstoornis (PTSS). Een stoornis die ieder van u wel kent, al was het maar uit een tv-serie zoals *Homeland* met Brody. Brody was militair geweest in Afghanistan. Inmiddels weten we uit onderzoek dat onder de VS-militairen die in Irak en Afghanistan gediend hebben er meer doden gevallen zijn door suïcides dan op het slagveld zelf. Het is bekend dat gerichte traumabehandeling noodzakelijk is voor een goede behandeling van de posttraumatische stoornis. Zonder behandeling zullen de nachtmerries en nare beelden van de trauma's blijven. Voor de posttraumatische slachtoffers geldt dat er statistisch twee tot drie mensen behandeld moeten worden met een effectieve traumabehandeling om er één beter te maken (Jonas et al., 2013). Ter vergelijking: om één cardiovasculair incident te voorkomen bij patiënten met een hoge bloeddruk (binnen de hoogste risicogroep) moeten er 26 mensen behandeld worden met bloeddrukverlagende middelen (Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration, 2014).

Psychotherapie werkt, maar kan het misschien nog beter? In de medische wereld, en dus ook binnen de psychiatrie, wordt momenteel steeds meer on-

derzoek gedaan naar *personalized medicine*, oftewel ‘precisiegeneeskunde’, om daarmee behandelingen te verbeteren en meer af te stemmen op de individuele patiënt. De term geeft bijna achttienduizend hits in de medische literatuur en is dus *hot* in onderzoeksland. Het begrip ‘personalized medicine’ spreekt veel mensen aan, want wie wil niet dat de behandeling van bijvoorbeeld kanker of psychische klachten op hem als individu is afgestemd en met precisie gebeurt?

Het begrip ‘personalized medicine’ komt oorspronkelijk uit de oncologie (Xian & McKeon, 2011). Er is binnen de oncologie veel onderzoek gedaan naar de mogelijkheden om behandelingen op de individuele patiënt af te stemmen. Dit gebeurt bijvoorbeeld door te onderzoeken of mensen met een bepaalde variant van een gen beter of juist minder goed op een oncologische behandeling reageren. Maar wat heeft onderzoek naar deze precisiebehandelingen opgeleverd tot nu toe? Peter Huijgens, voorzitter van het Integraal Kankercentrum, geeft aan dat momenteel bij minder dan 5% van de oncologiebehandelingen precisiegeneeskunde toegepast wordt. Voor de overige 95% van de mensen met kanker is dat dus niet mogelijk.

En hoe zit het dan met de precisie van de psychotherapie? De eerlijkheid gebiedt ons toe te geven dat ook wij hierin de laatste twintig jaar weinig vooruitgang geboekt hebben. Ik geef u enkele voorbeelden van onze pogingen. We hebben onderzoek gedaan naar de relatie tussen genetische factoren en behandelresultaat. Daarbij hebben we nog geen resultaten geboekt die in de buurt komen van die in de oncologie. Ook onderzoek naar andere, niet-genetische kenmerken van mensen, en naar de relatie van die kenmerken met het resultaat van behandelingen, heeft nog weinig opgeleverd. Regelmatig worden er tegenstrijdigheden gevonden. Zo is er een aantal studies dat vindt dat de groep patiënten die jong dwangklachten ontwikkelt het minder goed doet als ze behandeld worden met cognitieve gedragstherapie dan de patiënten die laat dwangklachten hebben ontwikkeld (Jakubovski et al., 2013; Sharma, Thennarasu, & Reddy, 2014). Onze eigen onderzoeksgroep kan deze gegevens echter niet repliceren, niet in de klinische trials (Kempe et al., 2007), maar ook niet in onze grote longitudinale dwangstudie (van Oppen, Eikelenboom, Hoogedoorn, & van Balkom, 2015). Uit onderzoek blijkt dat eigenschappen als neuroticisme en introversie een minder goed effect van psychotherapie voorspellen (Wardenaar, Conradi, Bos, & de Jonge 2014). Maar het is goed om te weten dat dit slechts gaat over het voorspellen van het effect van de geprotocolleerde psychotherapeutische behandelingen die in de onderzoeken werden gebruikt. Daarnaast is het vaak lastig om deze bevindingen te vertalen naar de klinische praktijk. Zo kan men niets meer veranderen aan vroeg of laat ontstane dwangklachten, en bovendien hebben veel patiënten die vroeg dwangklachten ontwikkelen toch baat bij cognitieve gedragstherapie. En het is de vraag of het veranderen van een eigenschap als introversie haalbaar is (Renner, Penninx, Peeters, Cuijpers, & Huibers, 2013).

Kortom, onderzoek binnen de precisiepsychotherapie levert tot nu toe weinig op. We zijn nog niet veel verder dan in 1992, toen uit Duits onderzoek bleek dat een standaard psychotherapie (= *exposure*) voor mensen met een fobie effectiever was dan een geïndividualiseerde behandeling (Schulte, Künzel, & Pepping, 1992).

Hoe dan wel? Met welk type onderzoek kunnen we de resultaten van psychotherapie dan verder verbeteren? We kunnen, vooral op basis van het onderzoek naar voorspellers van behandelresultaat, kansrijke toevoegingen aan een bestaande psychotherapie of nieuwe behandelingen onderzoeken. Zo bleek dat mensen met een depressie in combinatie met traumatische jeugdervaringen minder goed reageren op behandeling dan mensen zonder deze jeugdtrauma's (Hovens et al., 2012). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de groep met traumatische jeugdervaringen zich interpersoonlijk minder goed heeft kunnen ontwikkelen en hierdoor ook lastiger opknapt van hun depressie. Naar aanleiding hiervan is een specifieke psychotherapie ontwikkeld: *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy* (CBASP). In deze behandeling staat het interpersoonlijk functioneren van de patiënt centraal. Deze behandeling is onderzocht in een aantal klinische trials (Keller et al., 2000; Kocsis et al., 2009; Nemeroff et al., 2003), onder andere in de VS, maar ook binnen onze Academische werkplaats depressie van GGZ inGeest te Amsterdam. In het promotieonderzoek van Jenneke Wiersma is deze therapie effectief gebleken (Wiersma et al., 2014). Inmiddels bieden wij deze behandeling binnen onze academische depressiepoli aan voor chronisch depressieve mensen (Wiersma, van Schaik, & van Oppen, 2015a; 2015b). Maar voor de duidelijkheid: het gaat hier over een standaardbehandeling voor de subgroep van mensen met chronische depressie, en niet over precisiepsychotherapie, waarin een echt individueel, op de persoon afgestemd behandelplan gebruikt wordt.

Verder zullen we natuurlijk ook blijven onderzoeken of sommige toevoegingen in therapie effectief zijn. Een voorbeeld hiervan is de vraag of een combinatie van *face to face* behandeling en online behandeling bij depressie net zo effectief is als een *face to face* behandeling alleen binnen onze poliklinieken (Kooistra et al., 2014).

Een andere mogelijkheid voor nieuw onderzoek is dat een we grote cohortstudie opzetten van patiënten die standaard op één manier behandeld worden, waarbij we de patiënten uitvoerig in kaart brengen om te kijken of we hierdoor beter kunnen voorspellen welke mensen niet reageren en welke mensen juist goed reageren op de aangeboden psychotherapie.

KRIJGEN MENSEN DE EFFECTIEFSTE PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDELING DIE VOORHANDEN IS?

.....

Behalve de vraag hoe we de effecten van psychotherapie verder kunnen verbeteren had ik u beloofd ook een tweede vraag met u te behandelen, namelijk of patiënten de psychotherapeutische behandelingen die effectief zijn ook daadwerkelijk ontvangen. Mijn stelling is dat dit onvoldoende gebeurt. De klinische praktijk is momenteel gebaat bij de systematischere toepassing van de zaken die we nu al weten uit onderzoek. En soms vrees ik dat het concept ‘personalized medicine’ door psychotherapeuten gebruikt wordt als excuus om de standaard richtlijnen te negeren.

Hoe gaat het nu met de toepassing van richtlijnen in de praktijk? We weten bijvoorbeeld dat cognitieve gedragstherapie werkt bij patiënten met schizofrenie. Dit staat in de richtlijnen, zowel in de Nederlandse (Werkgroep Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie, 2012) alsook in de buitenlandse richtlijnen (NICE, 2009; Thase, Kingdon, & Turkington, 2014). Een studie in de zomer van 2014 in Engeland laat zien dat binnen een grote instelling slechts circa 5% van de patiënten met schizofrenie cognitieve gedragstherapie heeft gekregen (Haddock et al., 2014). En als we kijken naar de Verenigde Staten, dan gaat het daar niet beter. In een gespecialiseerde militaire veteranenkliniek voor militairen met een PTSS werd onderzocht hoeveel van de PTSS-slachtoffers behandeling kreeg die specifiek gericht was op het trauma. Van de bijna tweeduizend patiënten kreeg maar 6% deze best onderzochte en effectieve behandeling, en dus 94% niet (Watts et al., 2014). Dichter bij huis, in onze eigen angstpolikliniek, waar ik als therapeut werk, onderzocht Maarten van Dijk samen met mijn collega Ton van Balkom welk percentage van de angstpatiënten volgens richtlijnen met psychotherapie behandeld werd. Terwijl ik ervan overtuigd was dat wij echt volgens de richtlijnen behandelen, bleek 60% van de mensen geen exposure-behandeling te krijgen, de eerstekeuzebehandeling in de Nederlandse richtlijn voor de behandeling van angststoornissen (van Dijk et al., 2015).

De eerste vraag die zich dan opdringt, is: ‘Wat en waar gaat het mis tussen het overbrengen van de bevindingen uit het onderzoek naar de klinische praktijk?’ Met andere woorden, hoe komt het dan dat er nog steeds veel te weinig gewerkt wordt met behandelingen waarvoor veel empirische ondersteuning is? En waar kan het dus beter?

Allereerst weten we dat mensen zich veelal laten leiden door hun intuïtie. Maar sommigen doen dit anders. Neem nou de kwartfinale van het WK voetbal in 2014. Jasper Cillessen keepte een geweldige wedstrijd en had nog in de 116de minuut een cruciale redding. Toch wisselde Van Gaal vlak voordat de beslissende strafschoppenserie zou beginnen Cillessen voor Tim Krul. Ik had er buikpijn van op de bank en dacht nog: *Never change a winning team*. Het leek mij intuïtief een slecht plan. Maar Van Gaal baseerde zich volledig op de

statistieken: Cillessen had nog nooit een penalty gehouden in zijn voetbalcarrière. Bovendien hadden de Costa Ricanen zich voorbereid op het penaltygedrag van de keeper Cillessen. Reden genoeg voor Van Gaal om de keepers te wisselen. En ik neem aan dat iedereen weet hoe dit uitpakte.

Ook bij psychotherapeuten lijkt de klinische intuïtie een belangrijke rol te spelen in de beslissing over welke behandeling zij gaan inzetten. Ik heb er niet alleen last van als ik naar sport kijk, maar ook als clinicus. Zo kwam er kort geleden een traditioneel geklede Turkse vrouw bij mij in behandeling, die ik volgens het onderzoek waaraan zij en ik (als therapeut) meededen moest behandelen met een combinatie van internetbehandeling en face to face cognitieve gedragstherapie. Het leek mij gedoemd te mislukken. Ik zag deze Turkse vrouw niet gemotiveerd achter de computer gaan zitten om haar opdrachten uit te werken. Het tegendeel bleek snel. Zij ging met de behandelmodule via internet zeer gemotiveerd aan de slag, pakte het internetge-deelte ook goed op en haar depressieve klachten verminderden tijdens deze behandeling in grote mate.

Sommigen van u zullen denken: 'Maar ik heb zoveel ervaring en mijn klinisch oordeel klopt vaak wel.' Dit denken mag, maar besef hierbij dat ook u om de tuin geleid wordt. Uit onderzoek blijkt dat wij als klinici helaas echt niet kunnen voorspellen welke mensen wel en welke mensen niet opknappen. Toch denkt ook de voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten hier anders over. Zijn standpunt is dat evidence-based werken inmiddels achterhaald is en hij spreekt in dit kader over de psychotherapie als de automatiek met hapklare zorgproducten (van Buuren, 2015). Hij vindt dat je als psychotherapeut zelf het beste kunt bepalen welke behandeltechnieken je moet inzetten op welk moment. Mijn standpunt is dat we dit juist te veel doen en dat we ons moeten gaan richten op gemiddelde effecten van de behandelingen die tot op heden zijn onderzocht, ook volledig tegen onze eigen klinische intuïtie in, op zijn Van Gaals zal ik maar zeggen.

En hoe krijgen we het voor elkaar dat psychotherapeuten meer Van Gaal worden? Laat ik de vergelijking maken met honkbal. Honkbal is een weinig populaire sport in Nederland. We hebben maar vijftientigduizend honkballers en toch staat Nederland op de vijfde plek van de wereldranglijst. Waarom zijn deze sporters zo goed? Dat is denk ik ook mede dankzij de wetenschap. In samenwerking met onder anderen VU-bewegingswetenschappers wordt er op topniveau binnen de Nederlandse honkbalwereld volledig wetenschappelijk getraind. Het gaat om gemiddelden en berekeningen, over waar je precies moet staan in het veld, maar ook achter alles wat de catcher en de pitcher doen zit een berekening. Alle gegevens van de spelers worden onderzocht en opgeslagen, en in de trainingsprogramma's gebruikt.

Ook binnen het hockey heeft men goed begrepen hoe belangrijk de wetenschap kan zijn voor het verbeteren van prestaties. Coach Marc Lammers werd met zijn vrouwenteam in 2008 Olympisch kampioen in Peking. Wat ging hieraan vooraf? Hij deed met zijn vrouwenhockeyteam mee aan veel

wetenschappelijk onderzoek, in samenwerking met bewegingswetenschappers in Groningen. Een van de bevindingen was dat er getraind werd op een te lange sprint. Op grond van metingen in wedstrijden bleek dat de sprint in het veld veel korter was dan de lengte van de sprint waarop getraind werd. Dit werd door Lammers op grond van dit onderzoek aangepast naar een kortere sprint. Dit soort bevindingen hebben een belangrijke rol gespeeld in het trainingsaanbod van Marc Lammers, die zijn trainingen graag met empirisch materiaal wilde onderbouwen en die met een gouden Olympische medaille terugkwam uit Peking.

GOED OPLEIDEN

.....

Mijn stelling is dat door de sterk op wetenschappelijk onderzoek gestoelde trainingen deze sporten in ons kleine Nederland qua prestaties zo groot zijn. Goed opleiden lijkt hierbinnen het sleutelbegrip. Immers, door goed opleiden zal men betere honkballers, maar ook betere therapeuten krijgen. Ook dit wordt ondersteund met onderzoeksgegevens. Zo blijkt dat psychotherapeuten die sterk psychodynamisch geschoold zijn, therapeuten op leeftijd en psychotherapeuten die niet geschoold zijn in wetenschappelijk effectief bewezen behandelingen minder goed zijn in het leren van die effectieve behandelingen (Stewart, Chambless, & Baron, 2012).

Hoe is het op dit moment gesteld met de Nederlandse opleidingen tot psychotherapeut? Wordt daar al een beetje honkbalachtig of hockeyachtig geopereerd? Ik denk dat dit te weinig het geval is. Het is bijvoorbeeld opmerkelijk dat het onderwijs binnen deze opleidingen tot op heden nog steeds gebaseerd is op de verschillende psychotherapiescholen (psychodynamische psychotherapie, cognitieve gedragstherapie, systeemtherapie en cliëntgerichte therapie). Afhankelijk van waar men in opleiding gaat, krijgt men ander onderwijs. Het westen was in het verleden sterk psychodynamisch georiënteerd. In Limburg is men van oudsher meer gedragstherapeutisch georiënteerd. In het zuiden van Nederland hoeft de psychotherapeut in opleiding bijvoorbeeld geen psychodynamische psychotherapie te kiezen. In Amsterdam moet een van onze psychotherapeuten in haar opleiding voornamelijk psychodynamische psychotherapie gaan geven. Maar een patiënt met PTSS in Amsterdam is niet anders dan die in Limburg, en heeft baat bij dezelfde vorm van psychotherapie.

We weten inmiddels ook uit onderzoek in de klinische praktijk dat effectief bewezen geprotocolleerde behandelingen meer klachtenreductie geven dan de gebruikelijke zorg (wat psychotherapeuten gewend zijn te doen) (van Dijk, Oosterbaan, Verbraak, & van Balkom, 2013). Ik vind dat we ons derhalve binnen het psychotherapieonderwijs moeten gaan richten op het leren van bepaalde effectief gebleken psychotherapeutische behandelingen. We moeten daarom de bestaande verzuiling van de 'therapiescholen' verlaten. Een in-

tensieve samenwerking tussen de opleidingsinstituten en de universiteiten ligt in het kader hiervan zeker voor de hand, om op deze manier gezamenlijk ervoor zorg te dragen dat we de psychotherapeuten in opleiding *up to date* en goed opleiden.

Naast opleiden is de vertaalslag die wetenschappers moeten maken vanuit onderzoek richting de klinische praktijk heel belangrijk en tot nu toe onderbelicht. Als wetenschappers worden wij immers vooral afgerekend op publiceren in hoogwaardige tijdschriften, op het aantal keren dat we geciteerd worden, het aantal publicaties en het aantal subsidies dat we binnenhalen. Het zou helpen als ook het implementeren van nieuwe behandelmethoden in de praktijk meer gewaardeerd wordt, en het zou ook een belangrijk criterium moeten worden waar we als wetenschappers op beoordeeld worden.

Behalve de noodzaak van meer waardering uit de wetenschappelijke wereld, moeten we ons ook afvragen hoe we onze onderzoeksbevindingen beter kunnen laten landen in de praktijk. Uit onderzoek blijkt dat psychotherapeuten die een helder anekdotisch verhaal over één patiënt voorgeschoteld kregen meer bereid waren om te veranderen qua behandelstrategie dan een groep psychotherapeuten die een literatuuroverzicht kregen met mooie data en tabellen die de betreffende behandeling wetenschappelijk ondersteunden (Stewart & Chambless, 2009; 2010). En dit is niet alleen maar waar voor psychotherapeuten (Fagerlin, Wang, & Ubel, 2005). Ook onderzoek bij arts-assistenten binnen de cardiologie wijst uit dat zij zich meer door een anekdotisch verhaal laten beïnvloeden dan door de resultaten en statistiek van een mooi opgezet wetenschappelijk onderzoek (Ubel, Jepson, & Baron, 2001).

Niet voor niets is Freud de invloedrijkste psychotherapeut geworden. Hij is begonnen met veel mooie anekdotische vertellingen en heeft daarmee tot op de dag van vandaag een groot stempel kunnen drukken op de klinische praktijk. Dat naderhand bleek dat Freud het met de waarheid van zijn anekdotische verhalen niet zo nauw nam heeft de impact van zijn werk niet minder gemaakt.

Wij moeten als onderzoekers hieruit lering trekken en in onze presentaties op congressen meer gebruik gaan maken van goede casusbeschrijvingen bij onze onderzoeksresultaten. Verder kunnen wij als wetenschappers vaker meewerken aan het creëren van anekdotisch beeldmateriaal, zoals in het tv-programma *Levenslang met dwang*, maar ook in *Geef mij nu je angst*.

TOT SLOT

.....

Ik kom hiermee aan het slot van mijn verhaal. Waarschijnlijk heeft mijn eigen vlieg angst en de behandeling hiervan in 1989 door de cognitieve gedragstherapeuten uit Maastricht meer invloed gehad op mijn carrière dan ik destijds heb kunnen bevroeden. Door dit anekdotisch bewijs heb ik mij in mijn loopbaan beziggehouden met een groot aantal studies naar de effectiviteit van psychotherapie voor psychische problemen. Ik zou het ove-

rigens een uitdaging vinden om ook eens te onderzoeken of praten met de buurvrouw net zo goed werkt als bewezen effectieve psychotherapeutische behandelmethoden of als psychotherapeut werken op basis van je klinische intuïtie.

Ik heb gezegd.

Patricia van Oppen is met haar onderzoek verbonden aan de afdeling Psychiatrie van het VUmc. Daarnaast is zij als clinicus werkzaam binnen GGZ inGeest.

Correspondentieadres: Patricia van Oppen, afdeling Psychiatrie GGZ inGeest/VUmc, A.J. Ernststraat 1187, 1081 BL Amsterdam. E-mail: p.vanoppen@ggzingeest.nl

Summary Psychotherapy is helpful in reducing psychological problems. A large number of studies have demonstrated the effectiveness of different psychotherapeutic treatments for psychological problems such as anxiety, depression, post-traumatic stress disorder and schizophrenia. Unfortunately, research emphasise that we are still not able to predict treatment failures. In this inaugural lecture several reasons are mentioned why patients with mental health problems are deprived of evidence based psychotherapy. For example, psychotherapists apply their own preferences and make often use of their clinical intuition. So, 'evidence based' psychotherapy seems neglected in clinical practice. Several opportunities are mentioned to solve this problem, for example to improve the training during educational programme of psychotherapists. Research findings are also used during the workouts within the national selection of baseball and hockey players in the Netherlands. Therapists must learn to make 'evidence based' decisions that are not in accordance with their clinical intuition. Such as Louis van Gaal did with the crucial keepers exchange during the World Cup Soccer in 2014. Within the universities, it is important to obtain more appreciation for implementation of effective treatments in clinical practice. Furthermore, research has demonstrated that utilisation of anecdotal case reports have more affect on clinical practice than commonly used scientific research articles.

Key words: *psychotherapy, guidelines, clinical intuition, anecdotal cases, evidence based*

Literatuur

Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration: Sundström, J., Arima, H., Woodward, M., Jackson, R., Karmali, K., Lloyd-Jones, D., ... Neal, B. (2014). Blood pressure-lowering treatment based on cardiovascular

risk: A meta-analysis of individual patient data. *Lancet*, 384, 591-598.
Fagerlin, A., Wang, C., & Ubel, P. A. (2005). Reducing the influence of anecdotal reasoning on people's health care decisions: Is a picture worth a thousand statistics? *Medical Decision Making*, 25, 398-405.

- Freud, S., & Breuer, J. (1895). *Studien über Hysterie*. Leipzig/Wien: Franz Deuticke.
- Haddock, G., Eisner, E., Boone, C., Davies, G., Coogan, C., & Barrowclough, C. (2014). An investigation of the implementation of NICE-recommended CBT interventions for people with schizophrenia. *Journal of Mental Health, 23*, 162-165.
- Hovens, J. G., Giltay, E. J., Wiersma, J. E., Spinhoven, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2012). Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 126*, 198-207.
- Jakubowski, E., Diniz, J. B., Valerio, C., Fossaluza, V., Belotto-Silva, C., Gorenstein, C., ... Shavitt, R. G. (2013). Clinical predictors of long-term outcome in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety, 30*, 763-772.
- Jonas, D. E., Cusack, K., Forneris, C. A., Wilkins, T. M., Sonis, J., Middleton, J. C., ... Gaynes, B. N. (2013). *Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD)* (2013 Apr. Report). USA: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., ... Zajecka, J. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *The New England Journal of Medicine, 342*, 1462-1470.
- Kempe, P. T., van Oppen, P., de Haan, E., Twisk, J. W., Sluis, A., Smit, J. H., van Dyck, R., & van Balkom, A. J. (2007). Predictors of course in obsessive-compulsive disorder: Logistic regression versus Cox regression for recurrent events. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116*, 201-210.
- Kocsis, J. H., Gelenberg, A. J., Rothbaum, B. O., Klein, D. N., Trivedi, M. H., Manber, R., ... Thase, M. E. (REVAMP Investigators) (2009). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy and brief supportive psychotherapy for augmentation of antidepressant nonresponse in chronic depression: The REVAMP Trial. *Archives of General Psychiatry, 66*, 1178-1188.
- Kooistra, L. C., Wiersma, J. E., Ruwaard, J., van Oppen, P., Smit, F., Lokkerbol, J., ... Riper, H. (2014). Blended vs. face to face cognitive behavioural treatment for major depression in specialized mental health care: Study protocol of a randomized controlled cost-effectiveness trial. *BMC Psychiatry, 14*, 290.
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, A., & Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs. pharmacological treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychiatry, 74*, 595-602.
- Moradveisi, L., Huibers, H., Renner, F., & Arntz, A. (2014). The influence of patients' preference/attitude towards psychotherapy and antidepressant medication on the treatment of major depressive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 45*, 170-177.
- Nemeroff, C. B., Heim, C. M., Thase, M. E., Klein, D. N., Rush, A. J., Schatzberg, A. F., ... Keller, M. B. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA, 100*, 14293-14296.
- NICE. (2009). *Guidelines Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management in schizophrenia in adults primary and secondary*. UK: Nationale Institute for Health and Care Excellence.
- Patel, S. R., & Simpson, H. B. (2010). Patient preferences of obsessive-com-

- pulsive disorder treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 1434-1439.
- Renner, F., Penninx, B. W., Peeters, F., Cuijpers, P., & Huibers, M. J. (2013). Two-year stability and change of neuroticism and extraversion in treated and untreated persons with depression: Findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 150, 201-208.
- Schulte, D., Künzel, R., & Pepping, G. (1992). Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 14, 67-92.
- Sharma, E., Thennarasu, K., & Reddy, Y. C. (2014). Long-term outcome of obsessive-compulsive disorder in adults: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 1019-1027.
- Stewart, R.E., & Chambless, D.L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: a meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 595-606.
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2010). Interesting practitioners in training in empirically supported treatments: Research reviews versus case studies. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 73-95.
- Stewart, R. E., Chambless, D. L., & Baron, J. (2012). Theoretical and practical barriers to practitioners' willingness to seek training in empirically supported treatments. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 8-23.
- Thase, M. E., Kingdon, D., & Turkington, D. (2014). The promise of cognitive behavior therapy for treatment of severe mental disorders: A review of recent developments. *World Psychiatry*, 13, 244-250.
- Ubel, P. A., Jepson, C., & Baron, J. (2001). The inclusion of patient testimonials in decision aids: Effects on treatment choices. *Medical Decision Making*, 21, 60-68.
- van Buuren, A. A. D. (2015). *Presentatie tijdens praktijkopleidersoverleg ggz-psycholoog*. Amsterdam: RINO.
- van Dijk, M. K., Oosterbaan, D. B., Verbraak, M. J., Hoogendoorn, A. W., Penninx, B. W., & van Balkom, A. J. (2015). Effectiveness of the implementation of guidelines for anxiety disorders in specialized mental health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132, 69-80.
- van Dijk, M. K., Oosterbaan, D. B., Verbraak, M. J., & van Balkom, A. J. (2013). The effectiveness of adhering to clinical-practice guidelines for anxiety disorders in secondary mental health care: The results of a cohort study in the Netherlands. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19, 791-797.
- van Oppen, P., Eikelenboom, E., Hoogendoorn, A., & van Balkom, A. J. L. M. (2015). *Two year course in OCD*. Presentation EABCT Jerusalem, 31 august-3 september.
- van Schaik, D. J., Klijn, A. F., van Hout, H. P., van Marwijk, H. W., Beekman, A. T., de Haan, M. & van Dyck, R. (2004). Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 26, 184-189.
- Verweij, G., & Houben-van Herten, M. (2013). *Bevolkingstrends 2013: Depressiviteit en antidepressiva in Nederland*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Wardenaar, K. J., Conradi, H. J., Bos, E. H., & de Jonge, P. (2014). Personality modulates the efficacy of treatment in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 916-923.
- Watts, B. V., Shiner, B., Zubkoff, L., Carpenter-Song, E., Ronconi, J. M., & Coldwell, C. M. (2014). Implementation of evidence-based psychotherapies for posttraumatic stress disorder in VA specialty clinics. *Psychiatric Services*, 65, 648-653.

- Werkgroep Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie). (2012). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Wiersma, J. E., van Schaik, D. J., Hoogendorn, A. W., Dekker, J. J., Van, H. L., Schoevers, R. A., ... van Oppen, P. (2014). The effectiveness of the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronic depression: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 263-269.
- Wiersma, J. E., van Schaik, D. J., & van Oppen, P. (2015a). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy voor de behandeling van chronische depressie. In M. Pijnenborg & W. Scholten (Eds.), *Protocolen voor de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wiersma, J. E., van Schaik, D. J., & van Oppen, P. (2015b). Neem de regie over je depressie. Werkboek voor de patiënt. In M. Pijnenborg & W. Scholten (Eds.), *Protocolen voor de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Xian, W., & McKeon, F. (2011). The challenges and hopes of personalized cancer medicine. *Genome Medicine*, 3, 22.

.....

Onstopbaar online? Het internet en cognitieve gedragstherapie

.....

Bespreking van

Gerhard Andersson (2014). *The internet and CBT: A clinical guide*. Boca Raton, FL: CRC Press. 256 pp., € 34,00. ISBN 9781444170214

TOM VAN DAELE

Naarmate het internet meer toegankelijk werd, nam ook het belang ervan toe voor de maatschappij. Wat begon als een veredelde digitale encyclopedie, evolueerde al snel naar een medium dat ondertussen een centrale plaats inneemt in het dagelijks leven van miljarden mensen wereldwijd. Via het internet is het tegenwoordig mogelijk om sociale contacten te onderhouden, producten aan te kopen en financiën te beheren. Het potentieel ervan is ook de geestelijke gezondheidszorg niet ontgaan. Binnen twee decennia was er een explosieve toename aan online informatie, maar ook van interventies voor wie rond geestelijke gezondheid wil werken, zowel preventief als curatief. De Zweedse professor, klinisch psycholoog en psychotherapeut Gerhard Andersson probeert in *The internet and CBT: A clinical guide* orde te brengen in het kluwen van mogelijkheden. Zijn doel is tweeledig: enerzijds wil hij hulpverleners van de nodige informatie voorzien om zelf om te gaan met de uitdagingen die online innovaties nu al met zich meebrengen. Anderzijds biedt hij een kritisch en gedetailleerd overzicht van de huidige evidentie rond de effectiviteit van diverse online benaderingen. Andersson is daar uitstekend voor geplaatst. Vanuit de cognitieve gedragstherapie (CGT) begon hij als een van de allereerste onderzoekers het effect van online interventies te bestuderen (Ström, Pettersson, & Andersson, 2000). In eerste

instantie lag de focus enkel op de behandeling van hoofdpijn, maar al gauw breidde de scope uit naar verschillende vormen van psychopathologie.

365

GEDETAILLEERD OVERZICHT

.....

In elf hoofdstukken probeert Andersson orde te scheppen in de online chaos. Na een korte introductie staat hij in het tweede hoofdstuk stil bij wat er momenteel vrij online beschikbaar is, zowel voor hulpverleners als voor cliënten. Daarbij is er ook aandacht voor de kwalijke kantjes van de proliferatie van onze online leefwereld: hoe kan een therapeut de kwaliteit van hulpverleningswebsites inschatten? En wat met problematisch internetgebruik? In hoofdstuk drie komen online zelfhulpgroepen aan bod, zowel hun inhoud als wat een therapeut erover kan vertellen in begeleidingen. In hoofdstuk vier volgt informatie over hoe het online afnemen van vragenlijsten praktisch verloopt en wat de psychometrische eigenschappen zijn van deze online vragenlijsten in vergelijking met de oude aanpak met pen en papier. Hoofdstuk vijf biedt vervolgens een overzicht van ongeleide CGT. Er komen voorbeelden aan bod, en de effectiviteit en therapietrouw worden besproken. Daarbij is er ook aandacht voor hoe deze programma's te combineren zijn met reguliere *face to face* therapie.

Hoofdstuk zes is een rustpunt. Er wordt een belangrijk concept van dit boek geïntroduceerd: begeleide online CGT. Deze specifieke therapievorm krijgt een prominente plaats in het boek. De rol van de therapeut wordt besproken, de effectiviteit wordt uitgelicht, en percepties en ethische bedenkingen komen aan bod. Hoofdstukken zeven, acht en negen focussen vervolgens op de toepassingen bij depressie, angst en somatische stoornissen. Hierbij krijgt de lezer een gedetailleerd overzicht van alle bestaande programma's waarvoor er momenteel onderzoeksevidentie is. In het tiende hoofdstuk wordt er een restcategorie besproken: andere online CGT-toepassingen, waaronder *real-time* online therapie en het gebruik van smartphones. Als afsluiter volgt een persoonlijke reflectie van de auteur en een vooruitblik op wat de toekomst kan brengen.

STERK GESTRUCTUREERD

.....

Door het boek heen doet Andersson zijn uiterste best om de leeservaring zo gemakkelijk en gestructureerd mogelijk te laten verlopen. De talrijk aanwezige tabellen zijn een welkome hulp om het overzicht te behouden over alle studies die worden besproken. De lezer krijgt echter nog meer ondersteuning bij het doornemen van het boek. Elk hoofdstuk volgt namelijk een vaste structuur. Bij aanvang wordt er duidelijk gemaakt wat de lezer in dit

onderdeel zal 'leren', op het einde volgt een herneming van de voornaamste ideeën en van de mogelijke implicaties voor de klinische praktijk. Door elk hoofdstuk heen worden telkens verschillende voorbeelden aangehaald om concepten te concretiseren. Helemaal op het einde van elk hoofdstuk wordt er een duidelijk onderscheid gemaakt tussen de referenties en aanbevolen verdiepende literatuur.

De schrijfstijl is wetenschappelijk, maar ook persoonlijk. Door het boek heen deelt Andersson af en toe zijn mening met de lezer of haalt hij persoonlijke anekdotes aan. Dit maakt dat het boek voldoende gestoffeerd is, maar toch aangenaam en vlot leest. De kwaliteit van de schermafbeeldingen die af en toe ter illustratie zijn toegevoegd, zijn echter van bedroevende kwaliteit, maar dat valt op zich te vergeven.

DETAILKRITIEK

.....

Een goede omkadering dus, en ook op wat er neergeschreven staat, is weinig aan te merken. Er zijn echter ook een aantal kanttekeningen te maken. Een eerste is dat Andersson de pretentie heeft om het domein van online CGT heel uitputtend te bespreken, maar dat hij moeite heeft om die ambitie waar te maken. Zijn roots liggen in eerste instantie bij online CGT met ondersteuning van een therapeut, en deze specifieke benadering komt dan ook het meest prominent aan bod. Smartphonetoepassingen worden bijvoorbeeld gereduceerd tot een enkele pagina. Vanuit een onderzoeksperspectief valt daar inderdaad nog relatief weinig over te zeggen, maar wie verwachtte uit dit boek meer te weten te komen over de specifieke mogelijkheden van apps, komt enigszins bedrogen uit.

Een tweede kanttekening valt te maken bij de ogenschijnlijke spreidstand tussen theorie en praktijk waar het boek mee worstelt. Voor de individuele therapeut zijn de eerste vijf hoofdstukken niet alleen heel informatief, maar ook praktisch heel bruikbaar. Vragen als hoe hij het beste omgaat met informatie online, of hoe hij zelfhulpgroepen een plaats geeft binnen zijn begeleidingen, zijn heel valide en er wordt een duidelijk en bruikbaar antwoord op geformuleerd. De zes daaropvolgende hoofdstukken gaan echter dieper in op een niche waar een individuele therapeut misschien wel van heeft gehoord, maar waarvan de praktische relevantie beperkt blijft tot weten 'dat het bestaat en hoe goed het werkt' (of juist niet).

Een derde kanttekening heeft betrekking op een aspect dat in mijn ogen ontbreekt in het boek: een stukje zelfkritiek. Zo haalt de auteur in het concluderende hoofdstuk aan dat *blended* hulpverlening best wel eens een prominente rol zou kunnen spelen in de toekomst van de CGT, maar gaat hij voorbij aan de praktische bezwaren die er mogelijk zijn om dat ongedifferentieerd voor alle toepassingsvormen te doen. Het boek hoort natuurlijk enthousiasmerend te werken, en dat doet het ook. Als een autoriteit als Andersson ech-

ter nalaat om expliciet op de terechte risico's te wijzen van een implementatie zonder meer, dan is dat koren op de molen van mensen die e-health toepassingen liefst zo snel mogelijk en overal ongevalideerd willen invoeren. Dat dit een reëel risico is, merkten Ruwaard en Kok (2015) eerder al terecht op.

SAMENVATTEND

.....

In conclusie mag er echter geen twijfel over bestaan dat dit een uitstekend boek is, dat een gedetailleerd beeld schetst van een domein in volle ontwikkeling. Andersson heeft zijn best gedaan om zo veel mogelijk de vertaalslag te maken vanuit (toegepast) wetenschappelijk onderzoek naar de klinische praktijk. Het eindresultaat is een product dat niet alleen geschikt is als eerste kennismaking met online CGT, maar ook een referentiewerk rond de wetenschappelijke onderbouwing ervan, in het bijzonder voor online begeleide CGT.

Tom Van Daele Toegepaste Psychologie, Thomas More, Antwerpen.

Correspondentieadres: Tom Van Daele, Thomas More, Opleiding Toegepaste Psychologie, Campus Sanderus, Molenstraat 8, 2018 Antwerpen. E-mail: tom.vandaele@thomasmore.be

Literatuur

Ruwaard, J. & Kok, R. N. (2014). Wild West eHealth: Time to hold our horses? *The European Health Psychologist*, 171, 45-49.

Ström, L., Pettersson, R., & Andersson, G. (2000). A controlled trial of self-help treatment of recurrent headache conducted via the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 722-727.

BOEKBESPREKING

.....

Emotieregulatie bij kinderen en adolescenten

.....

Bespreking van

Michael A. Southam-Gerow (2014). *Emotieregulatie bij kinderen en adolescenten: Een praktische gids voor professionals*. Amsterdam: Hogrefe. 304 pp., € 29,95. ISBN 9789079729876

GERT DE KINDER

Dit boek is geschreven vanuit de intentie om hulpverleners die werken met kinderen en jongeren met lichte tot matige emotionele problemen handvaten aan te reiken in het behandelen van diverse tekortkomingen op vlak van emotiegerelateerde vaardigheden.

De auteur tracht dit te realiseren door een overzicht te geven van interventies die afgeleid zijn uit *evidence-based* behandelprogramma's. Deze interventies vormen geen behandelprogramma *an sich*, maar kunnen op een modulaire wijze ingepast worden in een totaalbehandelplan, dat op maat van de cliënt wordt uitgewerkt. In die opzet slaagt de auteur, zonder aan het ambacht van het uitwerken van een individuele casusconceptualisatie voorbij te gaan. Er wordt sterk de nadruk op gelegd dat de modulaire toepassing van de interventies slechts kan gebeuren op basis van een gedegen functionele analyse, die op haar beurt vertaald wordt in een behandelplan. Maar terwijl het boek tracht drempelverlagend te werken, door het aanbieden van modules die 'als lego-stukjes aan een bestaand model bevestigd kunnen worden', worden er toch behoorlijk wat vaardigheden verwacht wat betreft het opstellen van de functionele analyses die vereist zijn om die lego-stukjes juist te kunnen inhaken in het behandelplan. De kennis en vaardigheden die nodig zijn om dit te kunnen toepassen, laten zich niet zomaar vertalen in een hoofdstuk. Hiervoor is een degelijke gedragstherapeutisch georiënteerde scholing noodzakelijk. Bij dit soort van praktische gidsen schuilt altijd het potentiële

gevaar dat ze gebruikt zullen worden als een soort kookboek waarin kant-en-klare gerechten staan. Om deze metafoor door te trekken: het boek bevat louter enkele ingrediënten op basis waarvan een gerecht gemaakt kan worden.

De invalshoek van het boek sluit goed aan bij de meer hedendaagse visie dat psychische problemen zich niet altijd eenvoudig laten categoriseren in mooi afgebakende klassen met bijpassende scherp omlijnde behandelprotocollen. Er wordt hier gewerkt vanuit een transdiagnostische visie, waarbij wordt gezocht naar de gemeenschappelijke onderliggende factoren die werkzaam zijn bij het ontstaan en het in stand houden van de problemen, om van daaruit emotiegerichte interventies in te zetten. Het boek gaat dus niet over de aanpak van een specifieke fobie, een depressieve stoornis of een gedragsstoornis. Wie hierin geïnteresseerd is, zal weinig handvatten aangetreft krijgen in deze nochtans bruikbare, praktische gids. De auteur richt zich daarentegen wel op hoe bijvoorbeeld emotiebewustzijnsvaardigheden, empathievaardigheden of emotieregulatievaardigheden kunnen worden aangeleerd, die belangrijk zijn bij diverse psychische problematieken.

In deel 1 wordt de achtergrond van emoties en emotieregulatie geschetst. In het eerste hoofdstuk legt de auteur terecht de nadruk op het belang van emotiegerelateerde interventies en op het feit dat emoties lange tijd geen plaats kregen binnen onderzoek, terwijl dit toch cruciaal is vanuit de onderlinge verbondenheid van gedrag, gedachten en gevoelens. In het tweede hoofdstuk wordt uitvoerig de theorievorming rond emoties en emotiegerelateerde begrippen omschreven. Daarbij vormt het procesmodel van Gross en Thompson de centrale insteek om de vijf mogelijke regulatoire processen te beschrijven (selectie van situaties, verandering van situaties, aandacht richten, cognitieve verandering en beïnvloeding van de responstendensen). Interessant wordt het wanneer de link naar het gedragstherapeutisch kader wordt gemaakt. De vijf regulatoire categorieën worden immers opgedeeld naar zowel antecedent- als consequentgerichte strategieën. Daarnaast is het ontwikkelingsmodel van emotieregulatie van Werner beschreven. Het kost de lezer enige moeite om zich door deze conceptuele materie heen te slaan, al gebruikt de auteur in de vervolghoofdstukken de nodige casuïstiek om haar praktijkgericht te maken.

In deel 2 wordt de link gelegd vanuit beide modellen naar de acht behandelmodules. De eerste drie modules behandelen interventies gericht op het tekort aan emotiebewustzijn, emotiebegrip en empathie. De volgende vijf modules behandelen alle het tekort aan emotieregulatie. Daarvan zijn de eerste twee preventieve interventies, die kunnen worden gezien als antecedentenmanagement, en zijn de volgende drie modules behandelingsgerichte interventies, die zich richten op regulatieprocessen die tijdens of na een stressor gebruikt kunnen worden. In iedere module wordt op een gestructureerde wijze toegelicht waarom de betreffende module gebruikt kan worden, wat de doelstelling is, en welke procedure kan worden gevolgd. Elke module

wordt afgesloten met enkele hand-outs, die ter ondersteuning gebruikt kunnen worden. Dit alles vergemakkelijkt de vertaling naar de praktijk.

Over het geheel genomen is dit boek een bruikbare, praktische gids voor professionals, waarin goede oefeningen staan beschreven met de nodige *tips and tricks* voor een gedegen toepassing. Op de kaft na is de lay-out erg sober, wat de leesbaarheid wat minder ten goede komt.

Gert De Kinder is klinisch psycholoog/gedragstherapeut en supervisor (VVGT). Hij is als gastdocent en supervisor verbonden aan de KUL en de UGent in de opleiding gedragstherapie. Tevens is hij verbonden aan Thomas More als lector klinische psychologie en als coördinator in de opleiding gedragscounseling. Daarnaast is hij coördinator van Psychologenpraktijk Kriekelaar te Kontich.

Correspondentieadres: Gert De Kinder, Thomas More, Opleiding Toegepaste Psychologie, Campus Sanderus, Molenstraat 8, 2018 Antwerpen. E-mail: gert.dekinder@thomasmore.be

Nieuw: De ziel van het vak



Over contact als kernwaarde in therapie

In *De ziel van het vak* geven bekende en gelouterde psychiaters en psychologen een kijkje achter de doorgaans gesloten spreekkamerdeur. De persoonlijke verhalen geven de lezer inzicht in de praktijk van de psychische hulpverlening. De auteurs gaan voorbij richtlijnen, protocollen en bezuinigingen: ze richten zich op de schoonheid van het vak!

9789089536754 | 320 pp. | € 39,95

Lees meer en bestel op
www.boompsychologie.nl

Boom | Psychologie
 & Psychiatrie

Geen verzendkosten binnen
 Nederland vanaf € 20,-
 Prijs geldt in 2015, o.v.v. wijzigingen

Nieuw: Te vroeg volwassen



Als een kind de ouderrol op zich neemt

Doorgeschoten loyaliteit en grensvervaging tussen de rollen van kinderen en hun ouders komen vaker voor dan we denken. Maar is het per definitie slecht als zoiets gebeurt? Het nieuwe boek *Te vroeg volwassen* gaat over dit onderwerp. Dit boek gaat over kinderen die voor hun ouders zorgen, een verschijnsel dat we 'parentificatie' noemen, en over de verwachtingen die ouders van hun kinderen hebben.

9789089532459 | 264 pp. | € 24,95

Lees meer en bestel op
www.boompsychologie.nl

Boom | Psychologie
 & Psychiatrie

Geen verzendkosten binnen
 Nederland vanaf € 20,-
 Prijs geldt in 2015, o.v.v. wijzigingen

Aanwijzingen voor auteurs

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

Aanbieden van kopij

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

Vorm van het manuscript

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

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

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

Literatuur

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

Figuren en tabellen

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

GEDRAGSTHERAPIE

Achtenveertigste jaargang, nummer 4, december 2015

Pagina 309–372

309 *Redactioneel*

310 **Tim Batink & Philippe Delespaul**

Meten van psychologische flexibiliteit — De Flexibiliteits Index Test (FIT-60)

333 **Bonny van Steensel, Ardy Quaedackers, Hans Krot,
Myrna Kmiecik, Margreet Ockhuijsen, Marlies van Dijk &
Susan Bögels**

Cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen bij kinderen —
Effectiviteit van CGT voor angststoornissen bij kinderen met en
zonder autismespectrumstoornissen

351 **Patricia van Oppen**

Wat psychotherapeuten kunnen leren van honkbal, hockey en Van
Gaal

BOEKBESPREKINGEN

364 **Tom Van Daele**

Onstopbaar online? Het internet en cognitieve gedragstherapie

368 **Gert De Kinder**

Emotieregulatie bij kinderen en adolescenten