

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 49 NUMMER 2 JUNI 2016

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, casestudies 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

Julia Zegeling
klantenservice@boompsychologie.nl

Typografische verzorging

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

Abonnementenadministratie

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

Abonnementen

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

Particulieren

- Papier en online, binnen de Benelux €73,50, buiten de Benelux €93,-
- Online €68,50

Studenten

- Papier en online, binnen de Benelux €39,50, buiten de Benelux €52,50
- Online €34,50

Instellingen

- Papier en online, binnen de Benelux €87,50, buiten de Benelux €105,50
- Papier en IP-herkenning €175,-
- IP-herkenning €169,50
- Los nummer €19,50

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

© 2016

Boom uitgevers Amsterdam/
Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie



.....

Welkom in het tweede nummer van 2016. Dit is een ‘gewoon’ nummer, ingeklemd tussen het vorige themanummer over hechting en een komend themanummer waarin we vieren dat de Nederlandse cognitieve gedragstherapie een fitte vijftiger is.

Sandra Speekenbrink, Marie-José van Hoof, Natasja van Lang en Robert Vermeiren openen met een bijdrage over de rol van cognitieve emotieregulatie en gehechtheidsrepresentaties bij depressie bij jongeren. Cognitieve emotieregulatie als rumineren en catastroferen blijken belangrijke boosdoeners bij depressie te zijn; hoe dat precies zit en wat implicaties zijn voor behandeling leest u in het artikel.

Jeroen Schnitzler en Lieke Christenhusz bespreken in de tweede bijdrage een verkennende studie naar het nut van mindfulness-based cognitieve therapie als aanvulling op reguliere zorg bij patiënten met chronische angst en/of depressie. Een studie uit de klinische praktijk die laat zien dat mindfulness als onderdeel van zorg voor deze patiënten veelbelovend is en meer onderzoek verdient.

Wim Tops, Eric Heyns en Nady Van Broeck bespreken in het derde artikel op welke wijze cognitieve gedragstherapie toegepast kan worden in de behandeling van angststoornissen bij kinderen en adolescenten met autismespectrumstoornissen. Aan de hand van twee casussen worden procedures geïllustreerd en hypothesen over werkingsmechanismen van exposure bij deze groep uitgewerkt.

Francis De Groot en Geert Dom leren ons lessen over adjunctief gedrag. Ik zou zeggen: een soort bijdrage dat we te weinig zien in dit tijdschrift. We leren erin dat het bestuderen van ratten veel leert over het gedrag van mensen.

Michel Reinders kraakt in zijn Forum-bijdrage over diagnostiek bij psychosomatiek een kritische noot over de gevolgen van de late invoering van de DSM-5.

Ik nodig u uit te lezen en te studeren op deze mooie bijdragen en zie u graag bij de verjaardag van de springlevende cognitieve gedragstherapie het komend najaar.

Paul Boelen
Hoofdredacteur

Emotieregulatie en gehechtheidsrepresentaties in adolescenten met een klinische depressie

Een vergelijkend onderzoek

SANDRA SPEEKENBRINK, MARIE-JOSÉ VAN HOOFF, NATASJA VAN LANG &
ROBERT VERMEIREN

Samenvatting

In dit onderzoek werd de samenhang onderzocht tussen aandachtsbias, coping, gehechtheidsrepresentatie en ernst in symptomen bij adolescenten met een klinische depressie, in vergelijking met adolescenten met een geschiedenis van seksueel misbruik en in vergelijking met een niet-klinische controlegroep (Ntotaal = 68; leeftijd 12-20 jaar). Dergelijk vergelijkend onderzoek is niet eerder gedaan bij adolescenten. Uit de resultaten bleek dat adolescenten met een klinische depressie niet significant verschilden van leeftijdgenoten in een niet-klinische controlegroep wat betreft aandachtsbias en gehechtheidsrepresentaties. Adolescenten met seksueel misbruik waren vaker gedesorganiseerd gehecht en hadden meer problemen in emotieregulatie dan adolescenten met een klinische depressie. Voor de klinischedepressiegroep bleken alleen cognitieve copingstrategieën gerelateerd aan de mate van angst- en depressieve symptomen. Deze resultaten bevestigen dat cognitieve coping van belang is als focus in de behandeling van adolescenten met een klinische depressie, mits zij niet gedesorganiseerd gehecht zijn aan ouders.

Trefwoorden: emotieregulatie, coping, gehechtheidsrepresentatie, klinische depressie, seksueel misbruik, aandachtsbias, adolescenten

INLEIDING

99

Emotionele problemen nemen in de adolescentiefase beduidend toe (Merikangas et al., 2010; Verhulst, 2001). Zo laten Nederlandse prevalentiecijfers zien dat ruim 10% van de adolescenten voldoet aan de criteria voor een angststoornis en bijna 4% aan de criteria voor een depressieve stoornis (Verhulst, van der Ende, Ferdinand, & Kasius, 1997). Ook is er veel overlap aan symptomen tussen angst- en depressieve stoornissen en treden zij relatief vaak samen op (Helsen, 2001). Beide stoornissen zijn recidiverend en chronisch van aard, en kenmerken zich door de aanwezigheid van problemen met het reguleren van emoties (Barlow et al., 2011; Merikangas et al., 2010). In dit onderzoek wordt de term klinische depressie gebruikt om een groep adolescenten aan te duiden die voldoen aan de criteria voor een angst- en/of depressieve stoornis, en die hulp hebben gezocht bij een ggz-instelling.

De *evidence-based* behandeling voor angst- en depressieve stoornissen is cognitieve gedragstherapie (CGT). Niettemin laten studies zien dat 10-50% van de adolescenten na behandeling nog symptomen van angst of depressie heeft (Compton et al., 2004; van der Leeden et al., 2011). Mogelijk is bij deze adolescenten sprake van complexere gezins- of individuele problemen (Davis, May, & Whiting, 2011). Om dit na te gaan, werd in dit onderzoek bezien of al voordat therapie heeft plaatsgevonden een samenhang bestaat tussen negatieve aandachtsbias en coping van de adolescent, gehechtheidsrepresentaties van de adolescent over de relatie met ouders, en de ernst van symptomatologie. Vergeleken werden een groep adolescenten die zich bij een ggz-instelling hadden aangemeld met angst- en/of depressieklachten (in dit onderzoek aangeduid als adolescenten met een klinische depressie), een groep adolescenten met een geschiedenis van seksueel misbruik, en een niet-klinische controlegroep.

Van zowel volwassenen als adolescenten met angst- en/of depressieve stoornissen is bekend dat zij negatieve informatie meer aandacht geven dan positieve informatie (Garber & Weersing, 2010). Zo blijken zij gevoeliger voor het signaleren en onthouden van emotioneel beladen informatie dan gezonde leeftijdgenoten (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2007). Zij richten hun aandacht langer op negatieve woorden en op angstige gezichtsexpressies (Hankin, Gibb, Abela, & Flory, 2010; Pine et al., 2005), en melden een hogere mate van angst bij het kijken naar deze stimuli dan gezonde leeftijdgenoten (McClure et al., 2007). In de onderzoeksliteratuur wordt dit een negatieve aandachtsbias genoemd (Bar-Haim et al., 2007).

Ook in hun wijze van denken blijken adolescenten met angst- en depressieklachten meer dan hun leeftijdgenoten gericht te zijn op negatieve gevoelens in reactie op stressvolle gebeurtenissen (Rood, Roelofs, & Bijttebier, 2012). Zo maken zij vaker dan anderen gebruik van de cognitieve copingstrategieën

rumineren, catastroferen en zichzelf de schuld geven (Legerstee, Garnefski, Verhulst, & Utens, 2011). Rumineren is het voortdurend denken over gevoelens en gedachten naar aanleiding van een gebeurtenis; bij een catastroferende denkstijl denkt men steeds terug aan hoe verschrikkelijk een gebeurtenis is geweest; en zichzelf de schuld geven verwijst naar het herhaaldelijk terugdenken aan de mogelijke fouten die men heeft gemaakt (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001). Deze drie strategieën blijken ook samen te hangen met de mate van symptomen van angst en depressie bij zowel adolescenten als volwassenen (Garnefski, Legerstee, Kraaij, van den Kommer, & Teerds, 2002b).

Over het algemeen wordt een veilige, hechte relatie met ouders als belangrijke basis beschouwd voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen en adolescenten. Daarbij zijn veiligheid en steun van ouders bepalend voor hoe hun kind zich aan hen hecht (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Bowlby, 1969). Door positieve ervaringen van veiligheid en steun ontwikkelt het kind positieve ideeën, gevoelens en gedragingen over deze relaties, en kan men daardoor spreken van een veilige gehechtheidsrepresentatie van het kind (George, Kaplan, & Main, 1985). Gehechtheidsrepresentaties bij adolescenten kunnen in kaart gebracht worden met een aangepaste versie van het Adult Attachment Interview (AAI) (George et al., 1985; van IJzendoorn et al., 1991). Naast een veilige gehechtheidsrepresentatie zijn met het AAI drie onveilige gehechtheidsrepresentaties te onderscheiden: gepreoccupeerd, gereserveerd en gedesorganiseerd. Mensen met een gepreoccupeerde gehechtheidsrepresentatie vertellen met sterke, vaak negatieve emoties over hun vroege relatie met ouders. Gereserveerd gehechte personen vertellen hierover juist met veel emotionele distantie, bagatelliseren negatieve ervaringen, of hebben moeite om deze op te halen. Een gedesorganiseerde gehechtheidsrepresentatie kenmerkt zich door onverwerkt verlies of trauma, of door de aanwezigheid van tegenstrijdige gehechtheidsrepresentaties (zie ook: Steele & Steele, 2008).

Hoewel het AAI in aangepaste vorm ook goed toepasbaar is voor onderzoek bij adolescenten (Beijersbergen, 2007), is er opvallend genoeg nog weinig onderzoek gedaan naar de prevalentie van gehechtheidsrepresentaties in klinische en niet-klinische adolescentengroepen (van Hoof, van Lang, Speekenbrink, van IJzendoorn, & Vermeiren, 2015). Uit een meta-analyse van Bakermans-Kranenburg en van IJzendoorn (2009) komt naar voren dat in een gezonde populatie adolescenten (12 studies, N = 617) de gehechtheidsrepresentaties als volgt zijn verdeeld: 44% veilig, 34% gereserveerd, 11% gepreoccupeerd en 11% gedesorganiseerd. In vergelijking met een normgroep van jonge volwassen moeders uit dezelfde meta-analyse (N = 748; 56% veilig, 16% gereserveerd, 9% gepreoccupeerd, en 18% gedesorganiseerd) valt op dat bij adolescenten de gereserveerde gehechtheidsrepresentatie vaker voorkomt en de gedesorganiseerde gehechtheidsrepresentatie minder vaak. De auteurs concluderen dat adolescenten mogelijk vaker gereserveerd gehecht zijn, omdat zij proberen los te komen van ouders en nog meer autonomie

moeten ontwikkelen. Daarnaast hebben adolescenten minder vaak trauma of verlies meegemaakt, waardoor zij mogelijk minder vaak gedesorganiseerd gehecht zijn dan volwassenen. In een recent gepubliceerd onderzoek van van Hoof et al. (2015), met dezelfde twee klinische groepen en een niet-klinische controlegroep als in onderhavig onderzoek, is gebleken dat de gereserveerde gehechtheidsrepresentatie net zo vaak voorkomt bij adolescenten in de niet-klinische controlegroep als bij adolescenten met een klinische depressie. Adolescenten met een geschiedenis van seksueel misbruik onderscheiden zich van de andere twee groepen doordat deze adolescenten vaker gedesorganiseerd gehecht zijn. Geen van de adolescenten blijkt gepreoccupeerd gehecht te zijn. Dit is opvallend, aangezien in de enkele studies uitgevoerd bij adolescenten met klinische symptomen die variëren van angst en depressie tot gedragsproblemen (voor een overzicht, zie: Allen, 2008), een gepreoccupeerde gehechtheidsrepresentatie juist lijkt samen te hangen met symptomen van angst en depressie, en de gereserveerde gehechtheidsrepresentatie met gedragsproblemen en misbruik van verdovende middelen.

Hoewel men veronderstelt dat gehechtheidsrepresentaties invloed hebben op cognitieve processen als aandacht en informatieverwerking (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985; Schore, 2000), is nog nauwelijks bekend in hoeverre de gehechtheidsrepresentaties van adolescenten samenhangen met het hebben van een negatieve aandachtsbias of inadequate copingstrategieën. Deze bias en vaardigheden kunnen iets zeggen over de manier waarop adolescenten hun emoties reguleren. Voor zover bekend is er slechts één onderzoek gedaan naar de samenhang tussen gehechtheidsrepresentaties en emotieregulatie bij gezonde adolescenten. In een groep van 40 adolescenten (11-16 jaar) vergeleken Escobar et al. (2013) de negatieve aandachtsbias van een groep veilig gehechte adolescenten ($n = 20$) met die van een groep onveilig (gereserveerd en gepreoccupeerd) gehechte adolescenten ($n = 20$). Uit hun onderzoek kwam naar voren dat onveilig gehechte adolescenten meer aandachtsbias voor negatieve stimuli laten zien, met name bij het zien van gezichtsexpressies, dan veilig gehechte adolescenten. Deze resultaten komen overeen met die van studies bij volwassenen, waarin eveneens naar voren komt dat volwassenen met een onveilige (gepreoccupeerde of gereserveerde) gehechtheidsrepresentatie minder efficiënt zijn in het verwerken en onthouden van negatieve emotionele stimuli dan veilig gehechte volwassenen (Fraley, Niedenthal, Marks, Brumbaugh, & Vicary, 2006; Niedenthal, Brauer, Robin, & Innes-Ker, 2002; Zeijlmans van Emmichoven, van IJzendoorn, de Ruiter, & Brosschot, 2003).

In dit onderzoek wordt nagegaan hoe de relatie is tussen een negatieve aandachtsbias en coping als indicatie voor emotieregulatie bij twee klinische adolescentengroepen en een niet-klinische controlegroep, hun gehechtheidsrepresentatie, en de ernst van hun angst- en depressieklachten. Er is onderzocht of er verschillen zijn in emotieregulatie en gehechtheidsrepresentatie tussen adolescenten met een klinische depressie, een groep adolescenten

met een geschiedenis van seksueel misbruik, en een niet-klinische controlegroep. Uit recent onderzoek (van Hoof et al., 2015) weten we dat er weinig verschillen zijn in gehechtheidsrepresentatie tussen adolescenten met een klinische depressie en adolescenten in de niet-klinische controlegroep, en dat de gedesorganiseerde gehechtheidsrepresentatie oververtegenwoordigd is in de groep adolescenten die seksueel misbruik hebben meegemaakt. We verwachten dat een gedesorganiseerde gehechtheidsrepresentatie gepaard gaat met een ernstigere verstoring in aandachtsbias en coping, en mogelijk een sterkere mate van angst- en depressieklachten, dan de veilige en gereserveerde gehechtheidsrepresentatie. We verwachten eveneens een lichte verstoring in aandachtsbias en coping in de groep adolescenten met een klinische depressie, ten opzichte van de niet-klinische controlegroep. Binnen de klinische onderzoeksgroepen verwachten we tenslotte meer verstoring in aandachtsbias en coping naarmate de angst- en depressieklachten ernstiger zijn. Door meer inzicht in de samenhang tussen negatieve aandachtsbias, coping, gehechtheidsrepresentaties en symptomen van angst en depressie, verwachten we te kunnen beschrijven hoe de groep adolescenten met een angst- en/of depressieve stoornis zich hierin onderscheidt van de andere twee groepen adolescenten. Dit onderscheid speelt mogelijk een rol bij het in stand blijven van angst- en depressieklachten, en bij de mate van therapieresistentie in deze doelgroep, en verdient in dat geval meer aandacht bij de behandeling van angst- en depressieve stoornissen.

METHODEN

.....

Onderzoeksgroep

.....

Dit onderzoek vond plaats als *baseline* in het kader van het EPISCA-onderzoek, een longitudinale fMRI-studie met als vraagstelling: Hoe verwerken adolescenten met een klinische depressie en adolescenten met een geschiedenis van seksueel misbruik emoties in de hersenen, in vergelijking met een niet-klinische controlegroep? Op welke manier verandert deze emotieverwerking na reguliere behandeling? (Zie onder anderen: Aghajani et al., 2014; van den Bulk et al., 2013; Rinne-Albers et al., 2015; van Hoof et al., 2015.) De adolescenten met een klinische depressie (DEP-groep) en de adolescenten met een geschiedenis van seksueel misbruik (ST-groep) zijn geworven via de poliklinieken van Curium-LUMC en GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen, respectievelijk het Psychotraumacentrum van GGZ Kinderen en Jeugd, en het Kinder- en Jeugd Trauma Centrum Haarlem. De niet-klinische controlegroep is via advertenties geworven.

Voor de adolescenten in beide klinische groepen gold dat zij in aanmerking moesten komen voor een reguliere poliklinische behandeling, met eventueel

gebruik van een stabiele dosis medicatie. Verder moesten zij tussen de 12 en 20 jaar oud zijn, een geschat IQ van 80 of hoger hebben, rechtshandig zijn, en vrij zijn van middelenmisbruik en van lichamelijke, neurologische of psychische beletsels die deelname aan MRI-onderzoek verhinderden. Voor adolescenten in de DEP-groep gold daarnaast dat zij in aanmerking kwamen voor poliklinische CGT, vanwege een door een behandelaar vastgestelde klinische diagnose volgens de DSM-IV van een angst- en/of depressieve stoornis (American Psychiatric Association, 2000). Bovendien mochten zij geen seksueel misbruik hebben meegemaakt. Voor adolescenten in de ST-groep gold dat zij in aanmerking kwamen voor traumabehandeling of reguliere, stabiliserende zorg vanwege seksueel misbruik door één of meer ouders binnen of buiten de familie (zie van Hoof et al., 2015). Adolescenten in de niet-klinische controlegroep (CNTR) mochten tijdens het onderzoek en in hun voorgeschiedenis geen ernstige symptomen van DSM-IV-stoornissen hebben ervaren, niet eerder voor psychische problemen zijn behandeld en geen ernstige traumatische ervaringen hebben meegemaakt.

In het onderzoek zijn uiteindelijk 68 van de 82 adolescenten op T1 geïnccludeerd (leeftijd: $M = 15.88$; $SD = 1.80$), met $N = 24$ in de DEP-groep, $N = 18$ in ST-groep en $N = 26$ in de CNTR-groep. Veertien adolescenten zijn geëxcludeerd, omdat informatie van de meetinstrumenten onvolledig was ten aanzien van negatieve aandachtsbias of cognitieve coping (6, allen uit de klinische groepen) en gehechtheidsrepresentatie (6, van wie 3 uit de klinische groepen). Deze 14 adolescenten (6 uit de DEP-groep, 4 uit de ST-groep en 4 uit de CNTR-groep) verschilden niet van de 68 geïnccludeerde adolescenten wat betreft gemiddelde leeftijd, IQ of ernst van symptomatologie. De overgebleven onderzoeksgroep bestond voor het merendeel uit meisjes ($N = 59$), van wie het schoolniveau varieerde van vmbo tot vwo en hbo.

Instrumenten

Intelligentie — De Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-III-NL) is een bewerking van de Engelstalige WISC-III (Wechsler, 1991), en meet de algemene intelligentie (IQ) van kinderen van 6 tot en met 16 jaar. De Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-III-NL) is een intelligentietest voor adolescenten en volwassenen tussen de 16 en 84 jaar (Wechsler, 1997). Er werd gebruikgemaakt van de verkorte versie van zes subtests, die een betrouwbare indicatie geeft van het Totaal IQ (betrouwbaarheidscoëfficiënt $> .90$) (Crawford, Mychalkiw, Johnson, & Moore, 1996; Kaufman, Kaufman, Balgopal, & McLean, 1996).

Aanwezigheid van angst- en depressieve stoornissen — De Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-C/P; Siebelink & Treffers, 2001; Silverman & Albano, 1996) is een semigestructureerd interview dat gebruikt wordt om

angststoornissen, mogelijke comorbide stoornissen en psychosociale stressfactoren vast te stellen bij kinderen en adolescenten van 7 tot en met 17 jaar. De ernst van iedere stoornis wordt door de interviewer vastgesteld op basis van de mate van interferentie, het aantal bevestigde symptomen volgens de DSM-IV-TR-criteria en de algehele indruk van de interviewer. De ADIS is een betrouwbaar en valide meetinstrument om DSM-IV-symptomen van angst bij kinderen te diagnosticeren (Silverman, Saavedra, & Pina, 2001). Voor het kindinterview bleek de test-hertestbetrouwbaarheid goed tot zeer goed ($K = 0.63-0.80$), net als voor het ouderinterview ($K = 0.65-0.88$).

Ernst van angst- en depressiesymptomen — De Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS; Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto, & Francis, 2000; Oldehinkel, 2000) is een zelfbeoordelingsvragenlijst voor kinderen van 6 tot 18 jaar die vraagt naar aanwezige kenmerken van angst- en depressieve stoornissen volgens de DSM-IV. De items (zoals: 'Ik maak me zorgen over dingen', of: 'Ik vind niets meer echt leuk') worden gescoord op basis van een vierpuntsschaal. De scores op de 47 items worden gegroepeerd naar de schalen: depressieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie, angststoornis (NAO) en obsessieve-compulsieve (angst)stoornis. Chorpita et al. (2000) rapporteerden voldoende bewijs voor de validiteit en betrouwbaarheid van de RCADS, bij zowel een klinische als een gezonde groep adolescenten. In dit onderzoek werd de totaalscore op de RCADS gebruikt als maat voor de ernst in ervaren symptomatologie (met een Cronbach's $\alpha = .95$). Daarnaast is gebruikgemaakt van de schalen over depressie (de MDD-schaal met een Cronbach's $\alpha = .89$) en over angst (som van alle vijf de angstschalen met een Cronbach's $\alpha = .94$).

Negatieve aandachtsbias — De Emotional Faces Task (EFT) is een gezichts-herkenningstaak gebaseerd op onderzoeken van Monk et al. (2003) en Masten et al. (2008). Bij de EFT-taak werd gelet op de respons van de adolescent op portretfoto's met verschillende gezichtsuitdrukkingen: blij, neutraal en bang. De foto's werden getoond in 4 series van 21 foto's. Tijdens iedere serie werd een andere opdracht gegeven: alleen kijken naar de foto's (passief kijken), of reageren op de vragen: 'Hoe bang ben je?', 'Hoe blij ben je?', en 'Hoe breed is de neus op de foto?' De deelnemers antwoordden op deze vragen op een vierpuntsschaal. Bij het beantwoorden van de vragen werd de reactietijd van de deelnemers gemeten in milliseconden. De opdrachten werden in willekeurige volgorde aangeboden, en daarbinnen werden in willekeurige volgorde de foto's met verschillende emotionele uitdrukkingen getoond. De EFT-taak werd afgenomen tijdens de MRI-metingen. Voor een uitgebreide beschrijving van de EFT-procedure, zie van den Bulk et al. (2013). Dit onderzoek richtte zich op de mate van negatieve aandachtsbias wanneer adolescenten expliciet gevraagd werd om stil te staan bij hun negatieve gevoel van dat moment. Daarom werd gerekend met de reactietijd en met de angstscore

op de vraag: 'Hoe bang ben jij?' bij het zien van een angstig gezicht. Uit eerder onderzoek was naar voren gekomen dat deze conditie de sterkste emotionele reacties en hoogste reactietijden uitlokte (zie: van den Bulk et al., 2014).

Cognitieve coping — De Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) is een zelfbeoordelvragenlijst (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2002a). Hij meet de cognitieve coping in reactie op negatieve levensgebeurtenissen bij adolescenten vanaf 12 jaar, met 36 items in 9 schalen: jezelf de schuld geven, accepteren, rumineren, concentreren op positieve zaken, concentreren op planning, positief herinterpreteren, relativeren, catastroferen en anderen de schuld geven. De interne consistenties van de CERQ-schalen variëren van .68 tot .83 in een groep gezonde adolescenten, en van .72 tot .85 in een klinische groep adolescenten (Garnefski et al., 2002c). De convergente en de discriminerende validiteit van de CERQ zijn aangetoond in de relatie met angst en depressie in een algemene populatie adolescenten (Garnefski et al., 2001). In dit onderzoek werd alleen gebruikgemaakt van de scores op de drie cognitieve copingstrategieën rumineren (Cronbach's $\alpha = .87$), catastroferen (Cronbach's $\alpha = .85$) en zichzelf de schuld geven (Cronbach's $\alpha = .84$).

Gehechtheidsrepresentatie — De Nederlandse vertaling van het Adult Attachment Interview (AAI; George et al., 1985; van IJzendoorn et al., 1991) werd gebruikt in een voor adolescenten aangepaste versie (Beijersbergen, 2007). Het is een semigestructureerd interview over hoe adolescenten aankijken tegen de huidige relatie met hun ouders en hoe zij die relatie hebben ervaren in hun kindertijd. Op basis van de antwoorden van de adolescenten kunnen gehechtheidsrepresentaties worden geclassificeerd als veilig-autonoom (F), onveilig-gereserveerd (Ds) of onveilig-gepreoccupeerd (E). Daarbovenop kan een gedesorganiseerde gehechtheidsrepresentatie voorkomen op basis van onverwerkt verlies of trauma (Ud), of op basis van tegenstrijdige gehechtheidsrepresentaties voor één of beide ouders (de *cannot-classify*-categorie, CC). In dit onderzoek zijn Ud en CC samengenomen onder de noemer van Ud. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat het AAI een krachtig middel is om de gehechtheidsrelatie met ouders en belangrijke anderen te voorspellen (Allen, 2008; Lyons-Ruth, Dutra, Schuder, & Bianchi, 2006; Steele, Steele, & Fonagy, 1996). In eerder onderzoek is aangetoond dat het AAI voldoende stabiel is, met test-hertestcorrelaties tussen .51 en .79 (Allen, McElhaney, Kuperminc, & Jodl, 2004; Zimmermann & Becker-Stoll, 2002). In het EPISCA-onderzoek werd het AAI afgenomen door ervaren interviewers. Er werden video- en geluidsopnames gemaakt. Aan de hand van deze opnames werden de interviews getranscribeerd en tweemaal gecodeerd door twee hierin getrainde codeurs. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid in dit onderzoek was 70%-90% ($K = .59 - .62$) (van Hoof et al., 2015).

Procedure

Het fMRI-onderzoek is in 2008 goedgekeurd door de medisch-ethische commissie van het Leids Universitair Medisch Centrum. Alle deelnemers en hun ouders hebben voor deelname schriftelijk toestemming gegeven. De ADIS is bij alle deelnemers afgenomen om gestructureerd na te gaan of deelnemers aan de criteria van een DSM-IV-stoornis voldeden. In dit onderzoek zijn alleen gegevens van T1 gebruikt. De adolescenten uit alle drie de groepen en hun ouders werden voorafgaand aan de MRI-scan op het LUMC uitgenodigd voor afname van beide interviews (ADIS en AAI) en het intelligentieonderzoek bij de adolescent. De vragenlijsten (RCADS en CERQ) werden veelal thuis door de jongeren op papier ingevuld. De EFT is tijdens de MRI-scan afgenomen.

Analyses

Bij de statistische analyses werd gebruikgemaakt van IBM SPSS Statistics, versie 20. Allereerst is aan de hand van een ANOVA nagegaan of er tussen de drie groepen verschillen waren in leeftijd, IQ, en ernst van angst- en depressiesymptomatologie, zoals gemeten met de RCADS (totale angstscore en totale depressiescore). Vervolgens is nagegaan of de drie groepen van elkaar verschilden qua emotieregulatie. Ten aanzien van de EFT is de ANOVA toegepast om groepsverschillen te onderzoeken wat betreft de reactietijden bij het reageren op de vraag: 'Hoe bang ben jij?' met behulp van de *least significant difference* (LSD). Ten aanzien van de EFT en de CERQ is de non-parametrische Kruskal-Wallis-toets gebruikt om groepsverschillen te onderzoeken wat betreft EFT-scores en wat betreft de drie copingstrategieën. Hierna is met de Mann-Whitneytoets nagegaan hoe de drie groepen van elkaar verschilden. Daarna is met behulp van kruistabellen beschreven hoe de verdeling in geslacht, ADIS-classificatie, medicatie en gehechtheidsrepresentaties per groep was. Verschillen tussen de drie groepen in aanwezigheid van veilige versus onveilige gehechtheidsrepresentaties werden getoetst met een Chi-kwadraattoets. Ten slotte is de samenhang tussen emotieregulatie, gehechtheidsrepresentatie en ernst in symptomatologie onderzocht bij alleen de adolescenten van de beide klinische groepen ($N = 42$). Eerst zijn Spearman-rangcorrelaties berekend tussen de scores op de RCADS, CERQ en EFT. Vervolgens is bekeken of er een verschil was tussen de klinische adolescenten met een veilige gehechtheidsrepresentatie (F) versus onveilige gehechtheidsrepresentatie (Ds, Ud) wat betreft de ernst van symptomen (RCADS) en EFT-reactietijd. Dit gebeurde met behulp van een ANOVA, en qua emotieregulatie (CERQ en EFT) met behulp van de Mann-Whitneytoets.

Resultaten

Groepskenmerken — Zoals verwacht verschilde de groep DEP niet van de groepen ST en CNTR op gebied van leeftijd, geslacht en IQ (zie tabel 1). De groep ST daarentegen had een hogere gemiddelde leeftijd ($F(2.65) = 3.47, p = .04$) en een lager IQ dan de groep CNTR ($F(2.65) = 4.23, p = .02$). Beoordeeld met de ADIS was er bij 23 van de 24 adolescenten in de DEP-groep sprake van een angst- en/of depressieve stoornis. Negen adolescenten in de DEP-groep voldeden ook aan PTSS-criteria omdat ze ooit gepest of lichamelijk mishandeld waren, of een verkeersongeluk hadden meegemaakt. Bij geen van hen was sprake van traumata die waren gerelateerd aan seksueel misbruik. In de ST-groep voldeden alle adolescenten aan de PTSS-criteria gerelateerd aan het seksueel misbruik. Daarnaast voldeden 17 van de 18 adolescenten van de ST-groep ook aan de criteria van een of meerdere angst- en/of depressieve stoornissen.

In beide klinische groepen voldeed een van de adolescenten aan de inclusiecriteria van een klinische diagnose van respectievelijk een angst- en/of depressieve stoornis en PTSS, maar beide adolescenten voldeden op de ADIS niet aan de criteria van de interferentiescore. Op de RCADS lieten de DEP-groep en de ST-groep beide significant hogere scores zien dan de CNTR-groep op de totaalscore ($F(2.65) = 19.19, p < .001$), de depressiescore ($F(2.65) = 19.06, p < .001$) en de totale angstscore ($F(2.65) = 15.78, p < .001$). De groepen DEP en ST verschilden hier niet significant van elkaar.

Negatieve aandachtsbias — Er is een significant groepsverschil gevonden in de reactietijd van de EFT op het beantwoorden van de vraag: ‘Hoe bang ben jij?’ tijdens het bekijken van een angstig gezicht ($F(2.65) = 6.26, p < .001$). Uit de post-hoc analyse bleek dat de reactietijden van de groep DEP ($M = 1346, SD = 282$ ms) en de groep CNTR ($M = 1449, SD = 292$ ms) sneller waren dan die van de groep ST ($M = 1667, SD = 310$ ms; $p < .001$). Er werd geen significant verschil gevonden tussen de DEP-groep en de CNTR-groep ($p = 0.43$). Ook wat betreft de EFT-angstscore op de vraag: ‘Hoe bang ben jij’ bij het zien van een angstig gezicht was er sprake van een significant groepsverschil ($H(2) = 6.94, p = .03$). De DEP- en ST-groepen hadden gemiddeld een hogere score dan de CNTR-groep (respectievelijk $U = 200.5, p = .03$ en $U = 139.5, p = .02$). Er was geen significant verschil in angstscore tussen de DEP-groep en de ST-groep.

Cognitieve coping — Op de CERQ was er een significant groepsverschil op de schalen catastroferen ($H(2) = 19.40, p < .001$) en rumineren ($H(2) = 7.77, p = .02$), maar niet op de schaal zichzelf de schuld geven ($H(2) = 4.40, p = .11$). Op de Mann-Whitneytoets bleek dat de groep DEP een hogere score had op

TABEL 1 Groepskenmerken (N = 68)

	DEP (n = 24)	ST (n = 18)	CNTR (n = 26)	Groeps- verschillen*
Aantal meisjes	21 (88%)	16 (89%)	22 (85%)	
Gemiddelde leeftijd in maanden	193 (SD 17)	199 (SD 26)	183 (SD 20)	ST > CNTR
Gemiddeld IQ	105 (SD 10)	99 (SD 9)	106 (SD 7)	ST < CNTR
Aantal met angst- en/of depressieve stoornis ADIS	23 (96%)	17 (94%)	-	
Aantal met PTSS volgens ADIS	9 (38%)	17 (94%)	-	
Aantal met stabiel gebruik SSRI-medicatie	2 (8%)	2 (11%)	-	
Aantal met stabiel gebruik medicatie overig	3 (13%)	2 (11%)	-	
Verdeling veilig – onveilig gehecht (F: non-F)	10:14	2:16	14:12	
Aantal gereserveerd gehecht (Ds)	10 (42%)	7 (38%)	11 (42%)	
Aantal gedesorganiseerd gehecht (Ud)	4 (17%)	9 (50%)	1 (4%)	
Gemiddelde score RCADS:				
Totaal	43.4 (SD 18.2)	42.6 (SD 17.7)	17.9 (SD 12.8)	ST = DEP > CNTR
Angst	32.1 (SD 14.4)	31.7 (SD 13.3)	13.9 (SD 10.9)	ST = DEP > CNTR
Depressie	11.3 (SD 5.3)	10.8 (SD 5.1)	4.0 (SD 3.1)	ST = DEP > CNTR

Gemiddelde score CERQ:						
Zelf schuld	9.7 (SD 3.7)		9.3 (SD 5.1)		7.3 (SD 2.4)	
Rumineren	10.5 (SD 4.6)		11.3 (SD 3.8)		8.0 (SD 3.6)	ST > CNTR
Catastroferen	7.7 (SD 4.1)		8.5 (SD 4.0)		4.8 (SD 1.7)	ST = DEP > CNTR
Gemiddelde reactietijd EFT (ms)	1346 (SD 283)		1667 (SD 310)		1449 (SD 292)	ST > DEP = CNTR
Gemiddelde angstscore EFT	2.1 (SD 0.8)		2.1 (SD 0.8)		1.6 (SD 0.6)	ST = DEP > CNTR

Noot: DEP = Klinische depressiegroep; ST = Seksueel Traumagroep; CNTR = Controlegroep; IQ = Totaal IQ gemeten met de WISC-III; SD = Standaarddeviatie, ms = milliseconden; * significantie $p < 0.5$

TABEL 2 Spearman-correlaties tussen RCADS, CERQ en EFT in beide klinische adolescentengroepen (N = 42)

	CERQ rum	CERQ schuld	CERQ cat	EFT RT	EFT score	RCADS totaal	RCADS angst	RCADS dep
CERQ rum	-							
CERQ schuld	.41**	-						
CERQ cat	.82**	.39**	-					
Reactietijd EFT	.02	-.14	.07	-				
Angstscore EFT	.16	.22	.19	.23	-			
RCADS totaal	.57**	.53**	.49**	.04	-.00	-		
RCADS angst	.59**	.46**	.51**	.11	.05	.96**	-	
RCADS depressie	.44**	.55**	.36*	.00	-.02	.86**	.71**	-

Noot: Spearman-rangcorrelaties; *p < .01 **p < .001; rum = rumineren, schuld = zichzelf de schuld geven, cat = catastroferen, RT = reactietijd, score = angstscore

catastroferen dan de groep CNTR ($U = 138.00, p < .001$). Daarnaast was er een tendens voor een hogere score in de groep DEP op de schaal rumineren, zij het niet significant ($U = 215.50, p = .06$). De groep ST had hogere scores dan de groep CNTR op zowel rumineren ($U = 120.50, p = .01$) als catastroferen ($U = 75.00, p < .001$). Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de DEP-groep en de ST-groep.

Gehechtheidsrepresentatie — Tabel 1 geeft de verdeling van de gehechtheidsrepresentaties per groep in percentages weer. Opvallend is dat de gepreoccupeerde gehechtheidsrepresentatie (E) in geen van de groepen voorkwam. In de groep DEP en CNTR hadden ongeveer evenveel adolescenten een veilige als een onveilig-gereserveerde representatie. De veilige gehechtheidsrepresentatie kwam vaker voor in de groep DEP dan in de groep ST ($\chi^2(1, N = 42) = 4.71, p = .04$). De gedesorganiseerde gehechtheidsrepresentatie (Ud) kwam vaker voor in de groep ST dan in de groep DEP en de groep CNTR, wat door het kleine aantal niet nader getoetst kon worden.

Samenhang tussen aandachtsbias, coping, gehechtheidsrepresentatie en symptomatologie — In tabel 2 staan de Spearman-rangcorrelaties tussen de uitkomsten op de CERQ-, EFT- en RCADS-schalen. Hieruit blijkt dat alle drie de CERQ-schalen significant positief samenhangen met de RCADS-schalen. Vervolgens zijn de scores op de RCADS, de CERQ en de angstscore en reactietijd van de EFT van de adolescenten met een veilige gehechtheidsrepresentatie (F; $N = 12$) vergeleken met de adolescenten met een onveilige gehechtheidsrepresentatie (Ds, Ud; $N = 30$) in de beide klinische groepen. Op geen van deze uitkomsten was er een significant groepsverschil.

DISCUSSIE

.....

In dit onderzoek werd onderzocht of er een samenhang bestaat tussen negatieve aandachtsbias, cognitieve coping, gehechtheidsrepresentatie en ernst in angst- en depressiesymptomen in adolescenten met een klinische depressie ten opzichte van een groep adolescenten die seksueel misbruik heeft meegemaakt en een niet-klinische controlegroep.

De groep adolescenten met een klinische depressie verschilde wat betreft leeftijd, geslacht en IQ niet van de overige twee groepen. De klinische groepen vertoonden zoals verwacht meer symptomen van angst en depressie dan de niet-klinische controlegroep. Onderling verschilden de klinische groepen echter niet in ernst van symptomatologie.

Wat betreft de *gehechtheidsrepresentaties* in de verschillende groepen, bleken de adolescenten met een klinische depressie niet vaker onveilig (gepreoccupeerd, gereserveerd of gedesorganiseerd) gehecht te zijn dan leeftijdgenoten in de niet-klinische controlegroep, zoals ook werd beschreven in een

eerder artikel met dezelfde onderzoekspopulatie (van Hoof et al., 2015). In lijn met eerder onderzoek naar gehechtheidsrepresentaties bij kinderen en volwassenen (Brumariu & Kerns, 2010; Stovall-McClough & Cloitre, 2006), en bij adolescenten (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009), kwam de gedesorganiseerde gehechtheidsrepresentatie in dit onderzoek vaker voor bij de adolescenten die seksueel misbruik hebben meegemaakt dan in de overige twee groepen (50% ST, versus 17% DEP en 4% CNTR).

Op het gebied van *negatieve aandachtsbias en cognitieve coping* bleken beide klinische groepen zoals verwacht meer verstoringen te vertonen dan de niet-klinische controlegroep. Daarbij werden overeenkomsten gevonden tussen adolescenten met een klinische depressie en adolescenten met PTSS na ervaringen van seksueel misbruik. Zo maakten beide klinische adolescentengroepen meer gebruik van de copingstrategieën rumineren en catastroferen dan de adolescenten uit de niet-klinische controlegroep. Kennelijk houden negatieve gedachten de aandacht vast in deze groepen. Dit komt overeen met wat in studies bij adolescenten is gevonden (Legerstee et al., 2011; Zeijl, de Beurs, & de Roos, 2010). De adolescenten met een geschiedenis van seksueel misbruik waren in dit onderzoek het sterkst geneigd tot rumineren in vergelijking met de twee andere groepen. In het onderzoek van Zeijl et al. (2010) werd voor deze schalen, naast zichzelf de schuld geven en accepteren, bovendien een positieve samenhang gevonden met de ernst van PTSS-klachten.

Daarnaast was in beide klinische groepen sprake van een negatieve aandachtsbias ten opzichte van de niet-klinische controlegroep: de adolescenten uit beide klinische groepen rapporteerden een hogere mate van angst bij het zien van angstige gezichtsexpressies dan een niet-klinische groep adolescenten. Dit is in overeenstemming met resultaten uit *neuro-imaging*-studies bij adolescenten met angst- en/of depressieve stoornissen (Masten et al., 2008; McClure et al., 2007; Monk et al., 2003; Pine et al., 2005). Deze resultaten zouden kunnen wijzen op deels vergelijkbare verstoringen in aandachtsbias bij adolescenten met angst- en/of depressieve stoornissen, en adolescenten met PTSS na een geschiedenis van seksueel misbruik, in ieder geval wanneer de aandacht wordt gericht op de eigen angst. Dit is al wel onderzocht bij adolescenten met angst- en depressieve stoornissen (Beesdo et al., 2009; van den Bulk et al., 2014), maar nog niet in vergelijking met adolescenten met een geschiedenis van traumatische ervaringen, zoals seksueel misbruik (Rinne-Albers, van der Wee, Lamers-Winkelmann, & Vermeiren, 2013).

Er is tussen de twee klinische groepen ook een verschil gevonden in de mate van negatieve aandachtsbias. De adolescenten met een geschiedenis van seksueel misbruik lieten een significant *tragere* reactietijd zien ten opzichte van adolescenten met een klinische depressie en van adolescenten in de niet-klinische controlegroep. Bij adolescenten met een klinische depressie is in dit onderzoek tegen verwachting in geen afwijkende reactietijd gevonden ten opzichte van adolescenten in de niet-klinische controlegroep. Dit is in strijd met eerder onderzoek, waarbij zowel adolescenten met angst- en/of

depressieve stoornissen (Bar-Haim et al., 2007; Gotlib et al., 2004; Hankin et al., 2010; Monk et al., 2008), als kinderen en adolescenten (8-15 jaar) met een geschiedenis van mishandeling, een *snellere* reactietijd vertoonden bij het zien van angstige gezichten (Masten et al., 2008). Dit verschil zou verklaard kunnen worden doordat de reactietijden werden gemeten met vergelijkbare taken als de EFT, maar in andere condities, zoals passief kijken (Monk et al., 2008) en het herkennen van de emotie op de foto (Masten et al., 2008). Binnen dit onderzoek hebben we ervoor gekozen om te kijken naar de conditie met een focus op de eigen angst. Het feit dat in deze conditie een verschil in reactietijd zichtbaar is tussen de twee klinische onderzoeksgroepen zou erop kunnen wijzen dat de aandachtsbias bij adolescenten die mishandeling of misbruik hebben meegemaakt op een andere manier verstoord raakt wanneer hun wordt gevraagd passief te kijken dan wanneer hun wordt gevraagd de aandacht te richten op de eigen emoties of op die van de ander. Zo kan er sprake zijn van verhoogde aandacht voor mogelijke dreiging bij het zien van angst bij een ander, wat leidt tot sneller reageren om gevaar voor zichzelf zo veel mogelijk te vermijden (Masten et al., 2008). Bij de focus op de eigen angst ervaart men daarentegen mogelijk eerder dreigend gevaar voor zichzelf en een dreigend controleverlies, wat leidt tot vertraagde reacties. Nader onderzoek naar dit onderscheid zou mogelijk meer zicht kunnen geven op de werkzame elementen van effectieve traumabehandelingen met een hoge focus op de eigen emotie, zoals *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR). In de groep adolescenten met een klinische depressie is dit onderscheid volgens de resultaten van dit onderzoek niet evident. Hoewel zij wel een hogere mate van angst rapporteren dan leeftijdgenoten in een niet-klinische controlegroep, lijken zij daarbij niet meer ontregeld te raken dan leeftijdgenoten, en vergelijkbaar te presteren op de aandachtstaak. Dit lijkt te bevestigen dat de gereserveerde gehechtheidsrepresentatie minder problematisch is voor de emotionele ontwikkeling dan de gedesorganiseerde gehechtheidsrepresentatie (Hesse & Main, 2000).

Wat betreft de *samenhang* tussen negatieve aandachtsbias, cognitieve coping en de mate van angst- en depressiesymptomen, blijkt uit dit onderzoek dat alleen cognitieve coping positief samenhangt met de mate van symptomen van angst en depressie. Er werd geen samenhang gevonden tussen negatieve aandachtsbias en symptomen van angst en depressie. Wat betreft de samenhang van gehechtheidsrepresentatie met aandachtsbias, coping en de mate van symptomen, blijkt dat adolescenten met een klinische depressie niet verschilden van adolescenten in een niet-klinische controlegroep op het gebied van gehechtheidsrepresentaties. Dit lijkt erop te wijzen dat in deze leeftijdsgroep een veilige of gereserveerde gehechtheidsrepresentatie (nog) niet samenhangt met de mate van symptomen van angst en depressie, en dus niet per definitie gezien kan worden als oorzakelijke of in stand houdende factor in het ontwikkelen van angst- en depressieve klachten. Uit longitudinaal onderzoek is gebleken dat de gedesorganiseerde gehechtheidsrepresentatie

een risicofactor is voor het ontwikkelen van emotionele problemen (Brumariu & Kerns, 2010; Groh, Roisman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Fearon, 2012). Dit kon deels bevestigd worden in de resultaten van dit onderzoek. Adolescenten met een geschiedenis van seksueel misbruik die vaker gedesorganiseerd gehecht waren, vertoonden niet meer symptomen van angst en depressie dan adolescenten met een klinische depressie. Wel onderscheidde deze groep zich van de andere twee onderzoeksgroepen door een sterke mate van negatieve aandachtsbias en frequent gebruik van de cognitieve copingstrategie rumineren.

Klinische implicaties

In de behandeling van angst- en depressieve stoornissen komt de laatste jaren steeds meer aandacht voor één effectief en efficiënt uniform protocol voor deze stoornissen, ook bij adolescenten (Barlow et al., 2011). De resultaten van dit onderzoek lijken te bevestigen dat een belangrijke focus in deze behandeling het veranderen van denkstijl zou moeten zijn, en wel door inadequate copingstrategieën (catastroferen en rumineren) te veranderen naar meer adequate copingstrategieën, zoals het leren concentreren op positieve zaken of situaties positiever herinterpreteren (Zeijl et al., 2010). Dergelijke cognitieve herstructurering is al een belangrijk onderdeel van reguliere, evidence-based therapieën bij angst- en depressieve stoornissen, zoals CGT en EMDR.

Daarnaast zijn mogelijk nog twee andere zaken van belang die vooralsnog niet als primaire focus van behandeling in enig behandelprotocol zijn opgenomen: gehechtheidsrepresentaties en aandachtsbias. Deze processen vinden eerder buiten de bewuste aandacht van patiënten plaats en hebben mogelijk invloed op de mate van therapieresistentie. Of iemand veilig of gereserveerd gehecht is, lijkt in onderzoek bij volwassenen met angststoornissen te bepalen in welke mate hij openstaat voor communicatie over de eigen emotionele reacties op negatieve informatie, of geneigd is tot afweer van negatieve informatie (Zeijlmans van Emmichoven et al., 2003). Bij adolescenten komt de gereserveerde gehechtheidsrepresentatie weliswaar even vaak voor als de veilige gehechtheidsrepresentatie, in zowel de groep adolescenten met een klinische depressie als in de niet-klinische groep adolescenten, maar dit betekent dat nog altijd de helft van de adolescenten in de onderzochte groep mogelijk weinig openstaat voor reflectie op eigen en andermans emoties. De focus op de eigen angst lijkt bij adolescenten met een angst- en/of depressieve stoornis, of met PTSS na ervaringen met seksueel misbruik, bovendien juist meer angst op te roepen. Dit is een lastig gegeven als behandeling van angst- of depressieklachten deze reflectie juist noodzakelijk maken. Het lijkt daarom aanbevelenswaardig om bij adolescenten met symptomen van angst, depressie of trauma zowel gehechtheidsrepresentatie als negatieve aandachtsbias en cognitieve copingstrategieën expliciet te

bepalen, zeker als er aanwijzingen zijn voor weerstand tegen verandering. Dit om preciezer te kunnen bepalen welke aspecten deze weerstand kunnen onderhouden en welke focus in de therapie dus behulpzaam zou kunnen zijn. Afname van het AAI kan op zichzelf al inzichten verschaffen die behulpzaam kunnen zijn bij de therapie (Hesse, 2008; Steele & Steele, 2008), ook zonder transcriptie en codering, hoewel die laatste een genuanceerder begrip en informatie verschaffen. Behandeling gericht op het verbeteren van de gehechtheidsrelatie tussen adolescent en ouders, zoals *attachment based family therapy* (ABFT; Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2001), blijkt effectief te zijn bij de behandeling van depressieve stoornissen (Bosmans, Vandevivere, & Krauthamer Ewing, 2013; Ewing, Diamond, & Levy, 2015). Behandeling die gericht is op het verminderen van de negatieve aandachtsbias, bijvoorbeeld *attention bias modification treatment* (ABMT; Britton et al., 2013; Linetzkky, Pergamin-Hight, Pine, & Bar-Haim, 2015; Pergamin-Hight, Naim, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Bar-Haim, 2015), staat in Nederland in de kinderschoenen, maar lijkt een interessante therapie om nadere ervaring mee op te doen (de Voogd & Saleminck, 2014). Afgaand op de bescheiden resultaten van dit onderzoek lijken behandelingen gericht op onveilige gehechtheidsrelaties of negatieve aandachtsbias vooral een sterke meerwaarde te hebben wanneer er bij de adolescent sprake is van een gedesorganiseerde gehechtheidsrepresentatie.

Beperkingen

Dit onderzoek is het eerste waarin de samenhang tussen emotieregulatie, gehechtheidsrepresentatie en de mate van symptomen is onderzocht in verschillende klinische adolescentengroepen. Omdat het onderzoek was ingebed in een kostbare fMRI-studie naar emotieregulatieprocessen in de hersenen, waren we gebonden aan een kleine onderzoeksgroep. Hierdoor is de kans op het missen van significante bevindingen groot (Field, 2009). Bovendien was het daardoor niet mogelijk om eventuele verschillen in emotieregulatie van de vier gehechtheidsrepresentaties, of tussen de gedesorganiseerde en georganiseerd onveilige gehechtheidsrepresentaties, met elkaar te vergelijken. Verder bestond de groep uit voornamelijk meisjes, waardoor bij generalisatie naar een algemene groep adolescenten voorzichtigheid geboden is. Ook was de leeftijdsrange binnen de onderzoeksgroep relatief groot, waardoor er geen onderscheid gemaakt kon worden tussen adolescenten in de vroege of late adolescentiefase. Gezien de grote veranderingen in de beleving van emoties en van relaties binnen en buiten het gezin gedurende de adolescentie (Beijersbergen, 2007; Helsen, 2001) zou het interessant zijn om in toekomstig onderzoek de mogelijke invloed van leeftijd op gehechtheidsrepresentatie en emotieregulatie nader te onderzoeken.

Aangezien de adolescentiefase wordt gekenmerkt door een groeiende autonomiebehoefte en een grotere gerichtheid op sociale relaties buiten het

gezin, is het alleen onderzoeken van gehechtheidsrepresentaties met ouders mogelijk te beperkt voor deze leeftijdsgroep. In toekomstig onderzoek zouden de gehechtheidsrepresentaties met belangrijke anderen buiten het gezin, zoals leerkrachten en vrienden, kunnen worden meegenomen (Kriss, Steele, & Steele, 2012; Rosenthal & Kobak, 2010; Wilkinson, 2011).

Een laatste beperking is dat de samenhang tussen emotieregulatie, gehechtheidsrepresentatie en ernst in symptomen in dit onderzoek alleen crosssectioneel is onderzocht. Teneinde iets te leren over causale relaties is het vereist om in beide klinische adolescentengroepen longitudinaal te onderzoeken of een onveilig-gedesorganiseerde of gereserveerde gehechtheidsrepresentatie samenhangt met behandelduur of behandeluitkomst, en in hoeverre emotieregulatieprocessen en gehechtheidsrepresentatie zich ontwikkelen gedurende de behandeling en/of gedurende de leeftijdsfase van de vroege en late adolescentie.

Sandra Speekenbrink is als klinisch psycholoog verbonden aan GGNet Jeugd, Kruisbergseweg 29, 7009 BL Doetinchem.

Marie-José van Hoof is als kinder- en jeugdpsychiater, orthopedagoge en onderzoeker verbonden aan GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen, Sandifortdreef 19, 2333 ZZ Leiden en Curium-LUMC, Endegeesterstraatweg 27, 2342 AK Oegstgeest.

Natasja van Lang is senior onderzoeker/docent bij Curium-LUMC, Endegeesterstraatweg 27, 2342 AK Oegstgeest en Hogeschool Leiden, Zernikedreef 11, 2333 CK Leiden.

Robert Vermeiren is hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie, en directeur patiëntenzorg bij Curium-LUMC, Endegeesterstraatweg 27, 2342 AK Oegstgeest.

Correspondentieadres: S. Speekenbrink, GGNet Jeugd, Kruisbergseweg 29, 7009 BL Doetinchem. Telefoon 088-933 23 50. E-mail: s.speekenbrink@ggnet.nl

Summary In this study the correlation between attention bias, coping, attachment representation, and severity of symptoms was compared in adolescents with clinical depression, with childhood sexual abuse, and a non-clinical control group (Ntotal = 68; aged 12-20). Such comparative research has not yet been performed in adolescents. Results showed that clinically depressed adolescents did not differ from non-clinical controls with respect to attention bias and attachment representations. Adolescents with childhood sexual abuse showed more attachment disorganization and more problems in emotion regulation than depressed adolescents. For the latter group only cognitive coping strategies were positively correlated with severity of anxiety and depressive symptoms. These results support earlier evidence that cognitive coping is an important focus of intervention in the treatment of clinical depression in adolescents, if attachment to parents is not disorganized.

Keywords: *emotion regulation, coping, attachment representation, clinical depression, childhood sexual abuse, attentional bias, adolescents*

Literatuur

- Aghajani, M., Veer, I. M., van Lang, N. D. J., Meens, P. H. F., van den Bulk, B. G., Rombouts, S. A. R. B., ... van der Wee, N. J. A. (2014). Altered white-matter architecture in treatment-naïve adolescents with clinical depression. *Psychological Medicine*, 44, 2287-2298.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Allen, J. P., McElhaney, K. B., Kuperminc, G. P., & Jodl, K. M. (2004). Stability and change in attachment security across adolescence. *Child Development*, 75, 1792-1805.
- Allen, P. A. (2008). The attachment system in adolescence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (pp. 419-435). New York: Guilford.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10.000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in non-clinical and clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11, 223-263.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133, 1-24.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich May, J. T. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Beesdo, K., Lau, J. Y. F., Guyer, A. E., McClure-Tone, E. B., Monk, C. S., Nelson, E. E., ... Pine, D. S. (2009). Common and distinct amygdala-function perturbations in depressed versus anxious adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 66, 275-285.
- Beijersbergen, M. D. (2007). *The Adult Attachment Interview: Coherence & validation in adolescents* (Dissertatie Universiteit Leiden). Veenendaal: Universal Press.
- Bosmans, G., Vandevivere, E., & Krauthamer Ewing, E. S. (2013). Attachment-Based Family Therapy (ABFT): Een evidence-based systeemtherapeutisch behandelprogramma voor depressieve adolescenten. In C. Braet & S. Bögels (Eds.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten, deel 2* (pp. 419-435). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment (Vol. 1)*. New York: Basic Books.
- Britton, J. C., Bar-Haim, Y., Clementi, M. A., Sankin, L. S., Chen, G., Shechner, T., ... Pine, D. S. (2013). Training-associated changes and stability of attention bias in youth: Implications for attention bias modification treatment for pediatric anxiety. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 4, 52-64.
- Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010). Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology*, 22, 177-203.
- Chorpita, B. F., Yim, L. M., Moffitt, C. E., Umemoto L. A., & Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A Revised Child Anxiety and

- Depression Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 835-855.
- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, V. R., & Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: An evidence-based medicine review. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 930-959.
- Crawford, J. R., Mychalkiw, B., Johnson, D. A., & Moore, J. W. (1996). WAIS-R short-forms: Criterion validity in healthy and clinical samples. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 638-640.
- Davis III, T. E., May, A. C., & Whiting, S. E. (2011). Evidence-based treatment of anxiety and phobia in children and adolescents: Current status and effects on the emotional response. *Clinical Psychology Review*, 31, 592-602.
- de Voogd, E. L., & Saleminck, E. (2014). Het leven van de zonnige kant bekijken: Aandachtstraining voor angst bij kinderen en jongeren. *Gedragstherapie*, 47, 86-99.
- Diamond, G. S., Reis, B. F., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2001). Attachment-Based Family Therapy for depressed adolescents: A treatment development study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 1190-1196.
- Escobar, M. J., Rivera-Rei, A., Decety, J., Huepe, D., Cardona, J. F., Canales-Johnson, A., ... Ibanez, A., (2013). Attachment patterns trigger differential neural signature of emotional processing in adolescents. *PLoS ONE*, 8, e70247. doi:10.1371/journal.pone.0070247
- Ewing, E. S., Diamond, G., & Levy, S. (2015). Attachment-Based Family Therapy for depressed and suicidal adolescents: Theory, clinical model and empirical support. *Attachment & Human Development*, 17, 136-156. doi:10.1080/14616734.2015.1006384
- Field, A., (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3d ed.). London: SAGE Publications Ltd.
- Fraley, R. C., Niedenthal, P. M., Marks, M. J., Brumbaugh, C. C., & Vicary, A. (2006). Adult attachment and the perception of emotional expressions: Probing the hyperactivating strategies underlying anxious attachment. *Journal of Personality*, 74, 1163-1190.
- Garber, J., & Weersing V. R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology*, 17, 293-306.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002a). *Handleiding voor het gebruik van de Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Een vragenlijst voor het meten van cognitieve copingstrategieën*. Leiderdorp: Diatec.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van den Kommer, T., & Teerds, J. (2002b). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25, 603-611.
- Garnefski, N., van den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002c). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European Journal of Personality*, 16, 403-420.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview* (Ongepubliceerd manuscript). Berkeley: University of California.
- Gotlib, I. H., Kasch, K. L., Traill, S., Joormann, J., Arnow, B. A., & Johnson, S. L. (2004). Coherence and specificity of information-processing biases in depression and social phobia. *Journal of*

- Abnormal Psychology*, 113, 386-398.
- Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study. *Child Development*, 83, 591-610.
- Hankin, B. L., Gibb, B. E., Abela, J. R. Z., & Flory, K. (2010). Selective attention to affective stimuli and clinical depression among youth: Role of anxiety and specificity of emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 491-501.
- Helsen, M. J. E. (2001). *Separatie-individuele en psychosociale problemen in de adolescentie* (Academisch proefschrift). Utrecht: Universiteit van Utrecht.
- Hesse, E. (2008). The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 552-598). New York: Guilford.
- Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1097-1127.
- Kaufman, A. S., Kaufman, J. C., Balgopal, R., & McLean, J. E. (1996). Comparison of three WISC-III short forms: Weighing psychometric, clinical, and practical factors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 97-105.
- Kriss, A., Steele, H., & Steele, M. (2012). Measuring attachment and reflective functioning in early adolescence: An introduction to the Friends and Family Interview. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 15, 87-95.
- Legerstee, J. S., Garnefski, N., Verhulst, F. C., & Utens, E. M. W. J. (2011). Cognitive coping in anxiety disordered adolescents. *Journal of Adolescence*, 34, 319-326.
- Linetzky, M., Pergamin-Hight, L., Pine, D. S., & Bar-Haim, Y. (2015). Quantitative evaluation of the clinical efficacy of Attention Bias Modification Treatment for anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 32, 383-391.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. R., & Bianchi, I. (2006). From attachment disorganization to adult dissociation: Relational adaptations or traumatic experiences? *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 63-viii. doi:10.1016/j.psc.2005.10.011
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the representational level. *Monographs of the Society of Research in Child Development*, 50, 66-104.
- Masten, C. L., Guyer, A. E., Hodgdon, H. B., McClure, E. B., Charney, D. S., Ernst, M., ... Monk, C. S. (2008). Cognition of facial emotions among maltreated children with high rates of post-traumatic stress disorder. *Child Abuse and Neglect*, 32, 139-153.
- McClure, E. B., Monk, C. S., Nelson, E. E., Parrish, J. M., Adler, A., Blair, R. J. R., ... Pine, D. S. (2007). Abnormal attention modulation of fear circuit function in pediatric generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 64, 97.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 980-989.
- Monk, C. S., Klein, R. G., Telzer, E. H., Schroth, E. A., Mannuzza, S., Moulton, J. L., ... Ernst, M. (2008). Amygdala and nucleus accumbens activation to emotional facial expressions in children and adolescents at risk for

- major depression. *American Journal of Psychiatry*, 165, 90-98.
- Monk, C. S., McClure, E. B., Nelson, E. E., Zarahn, E., Bilder, R. M., Leibenluft, E., ... Pine, D. S. (2003). Adolescent immaturity in attention-related brain engagement to emotional facial expressions. *Neuroimage*, 20, 420-428.
- Niedenthal, P. M., Brauer, M., Robin, L., & Innes-Ker, A. H. (2002). Adult attachment and the perception of facial expression of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 419-433.
- Oldehinkel, A. J. (2000). *Nederlandstalige vertaling van de Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS)*. Groningen: Discplinegroep Psychiatrie.
- Pergamin-Hight, L., Naim, R., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Bar-Haim, Y. (2015). Content specificity of attention bias to threat in anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 35, 10-18. doi:10.1016/j.cpr.2014.10.005
- Pine, D. S., Klein, R. G., Mannuzza, S., Moulton, J. L., Lissek, S., Guardino, M., & Woldehawariat, G. (2005). Face-emotion processing in offspring at risk for panic disorder. *Journal of American Academic Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 664-672.
- Rinne-Albers, M. A. W., van der Wee, N. J. A., Lamers-Winkelmann, F., & Vermeiren, R. R. J. M. (2013). Neuroimaging in children, adolescents and young adults with psychological trauma. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22, 745-755.
- Rinne-Albers, M. A. W., van der Werff, S. J. A., van Hoof, M. J., van Lang, N. D. J., Lamers-Winkelmann, F., Rombouts, S. A., ... van der Wee, N. J. A. (2015). Abnormalities of white matter integrity in the corpus callosum of adolescents with PTSD after childhood sexual abuse: A DTI study [Online publicatie]. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-10. doi:10.1007/s00787-015-0805-2
- Rood, L., Roelofs, J., & Bijttebier, P. (2012). Repetitief negatief nadenken en psychische klachten bij kinderen en adolescenten. *Tijdschrift Gedragstherapie*, 45, 69-80.
- Rosenthal, N. L., & Kobak, R. (2010). Assessing adolescents' attachment hierarchies: Differences across developmental periods and associations with individual adaptation. *Journal of Research on Adolescence*, 20, 678-706.
- Schore, A. N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, 2, 23-47.
- Siebelink, B. M., & Treffers, Ph. D. A. (2001). *Nederlandse versie van het Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV – Child version (ADIS-C)*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children for DSM-IV: Child and Parent versions*. 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.
- Steele, H., & Steele, M. (2008). 10 clinical uses of the Adult Attachment Interview. In H. Steele & M. Steele (Eds.), *Clinical applications of the Adult Attachment Interview* (pp. 3-30). New York: Guilford Press.
- Steele, H., Steele, M., & Fonagy, P. (1996). Associations among attachment classifications of mothers, fathers, and their infants. *Child Development*, 67, 5441-5555.
- Stovall-McClough, K. C., & Cloitre, M. (2006). Unresolved attachment, PTSD, and dissociation in women with childhood abuse stories. *Journal*

- of *Consulting and Clinical Psychology*, 74, 219-228.
- van den Bulk, B. G., Koolschijn, P. C. M. P., Meens, P. H. F., van Lang, N. D. J., van der Wee, N. J. A., Rombouts, S. A. R. B., ... Crone, E. A. (2013). How stable is activation in the amygdala and prefrontal cortex in adolescence? A study of emotional face processing across three measurements. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 4, 65-76.
- van den Bulk, B. G., Meens, P. H. F., van Lang, N. D. J., de Voogd, E. L., van der Wee, N. J. A., Rombouts, S. A. R. B., ... Vermeiren, R. R. J. M. (2014). Amygdala activation during emotional faces processing in adolescents with affective disorders: The role of underlying depression and anxiety symptoms. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 393. doi:10.3389/fnhum.2014.00393
- van der Leeden, A. J., van Widenfelt, B. M., van der Leeden, R., Liber, J. M., Utens, E. M., & Treffers, Ph. D. A. (2011). Stepped care cognitive behavioural therapy for children with anxiety disorders: A new treatment approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 55-75.
- van Hoof, M. J., van Lang, N. D. J., Speekenbrink, S., van IJzendoorn, M. H., & Vermeiren, R. R. J. M. (2015). Adult Attachment Interview differentiates adolescents with childhood sexual abuse from those with clinical depression and non-clinical controls. *Attachment & Human Development*, 5, 1-22. doi:10.1080/14616734.2015.1050420
- van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Busschbach, A., Lambermon, M. W. E., van Rijsoort, S. N., de Ruiter, C., ... Zwinkels, M. T. (1991). *Het Gehechtheidsbiografisch Interview: Nederlandse vertaling en bewerking van het Adult Attachment Interview*. Leiden: Centrum voor Gezinsstudies, Rijksuniversiteit Leiden.
- Verhulst, F. C. (2001). Continuïteit en discontinuïteit van psychopathologie bij kinderen en adolescenten in de volwassenheid. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 777-786.
- Verhulst, F. C., van der Ende, J., Ferdinand, R., & Kasius, M. C. (1997). De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Nederlandse adolescenten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 777-781.
- Wechsler, D. A. (1991). *The Wechsler Intelligence Scale for Children-III*. London: Pearson Assessment.
- Wechsler, D. A. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale-III*. Harcourt Assessment: San Antonio: The Psychological Corporation.
- Wilkinson, R. B. (2011). Measuring attachment dimensions in adolescents: Development and validation of the Experiences in Close Relationships – Revised – general short form. *Journal of Relationships Research*, 2, 53-62.
- Zeijl, M., de Beurs, E., & de Roos, C. (2010). Cognitieve copingstrategieën en de samenhang met PTSS-klachten bij adolescenten. *Kind en Adolescent*, 3, 146-160.
- Zeijlmans van Emmichoven, I. A., van IJzendoorn, M. H., de Ruiter, C., & Brosschot, J. F. (2003). Selective processing of threatening information: Effects of attachment representation and anxiety disorder on attention and memory. *Developmental Psychopathology*, 15, 219-237.
- Zimmermann, P., & Becker-Stoll, F. (2002). Stability of attachment representations during adolescence: The influence of ego-identity status. *Journal of Adolescence*, 25, 107-124.

Effectiviteit van mindfulness-based cognitieve therapie in aanvulling op reguliere zorg bij patiënten met chronische angst en/of depressie

Een verkennende studie

JEROEN SCHNITZLER & LIEKE CHRISTENHUSZ

Samenvatting

Achtergrond: Van mensen met angst- of depressieve stoornissen profiteert 20% onvoldoende van richtlijnbehandelingen, resulterend in chronische of recidiverende klachten. Mindfulness-based cognitieve therapie (MBCT) laat gunstige resultaten zien bij recidiverende depressie, maar is bij chronische angst of depressie weinig onderzocht.

Doel en methode: Er is een verkennende studie uitgevoerd naar de effecten van MBCT in aanvulling op reguliere zorg bij patiënten met chronische angst of depressie, in vergelijking met patiënten die reguliere zorg ontvangen. Het effect op klachten en welbevinden is onderzocht direct vóór en na de training, en twee en vier maanden na de training.

Resultaten: De MBCT-groep ($n = 10$) laat direct na de training en bij follow-up meer ($\alpha < .05$) klachtafname, toename in mindfulness-vaardigheden en afname van experiëntiële vermijding zien dan de vergelijkingsgroep ($n = 9$). Effectgroottes (Cohen's d) zijn middelgroot.

Conclusie: MBCT lijkt, in aanvulling op reguliere zorg, meerwaarde te hebben voor deze patiëntengroep. Daarbij dient in acht te worden genomen dat het onderzoek is verricht bij een kleine en selecte steekproef. Geadviseerd

wordt dan ook om dit effect nader te onderzoeken in een groter en gerandomiseerd onderzoek.

Trefwoorden: mindfulness, MBCT, chronische angst, recidiverende depressie

INLEIDING

.....

De meerderheid van psychiatrische patiënten lijdt aan een angst- of stemmingsstoornis. Uit de resultaten van de Nederlandse Studie van Depressie en Angst (NESDA) onder 1209 patiënten (depressieve stoornis: N = 267, angststoornis: N = 487, en comorbide angst- en depressieve stoornis: N = 455), blijkt er sprake te zijn van een chronisch beloop (klachten niet in remissie gedurende twee opeenvolgende jaren, puntprevalentie) bij 41,9% van de angststoornissen, 24,5% van de depressieve stoornissen en 56,8% van de comorbide angst- en depressieve stoornissen (Penninx et al., 2011). Ook wordt in de multidisciplinaire richtlijnen beschreven dat de aanbevolen behandelingen voor ongeveer 80% van de mensen met een angst- of depressieve stoornis effectief zouden zijn (Spijker et al., 2013; van Balkom et al., 2013). Dit betekent dat 20% van deze populatie na behandeling volgens de ggz-richtlijnen nog last heeft van angst- of stemmingsklachten (Spijker et al., 2013; van Balkom et al., 2013). Nadat meerdere *evidence-based* behandelingen conform de ggz-richtlijnen zijn toegepast, bestaat de laatste fase in de klinische praktijk doorgaans uit een combinatie van medicamenteuze behandeling en individuele gesprekken. Deze gesprekken zijn gericht op het beter leren omgaan met de resterende klachten en het verbeteren van de levensomstandigheden. Het effect van deze behandelvorm is onbekend. Tevens is de indruk in de dagelijkse klinische praktijk dat behandelingen bij deze chronische groep vaak langdurig zijn, waardoor uitstroom stagneert, er minder capaciteit beschikbaar komt voor nieuwe patiënten en de wachttijden toenemen. Dit duidt mogelijk op een leemte in evidence-based behandel mogelijkheden voor deze chronische doelgroep. Omdat behandelingen die zich alleen richten op klachtreductie mogelijk onvoldoende effectief zijn voor deze doelgroep, is de veronderstelling dat een behandeling gericht op het bevorderen van het welbevinden wellicht een goed alternatief vormt, zeker gezien de bevindingen dat geestelijke gezondheid meer is dan alleen klachtreductie (Westerhof & Keyes, 2010).

In 2005 heeft de World Health Organisation (WHO, 2005) haar definitie van gezondheid herzien. Daarin wordt gezondheid duidelijk gezien als een toestand van welbevinden, waarbij een patiënt met behulp van zijn mogelijkheden leert omgaan met stressvolle gebeurtenissen in zijn leven. Deze definitie sluit aan bij het twee-continua-model van Westerhof en Keyes (2010). Ze is gebaseerd op de aanname dat de afwezigheid van klachten weliswaar in verband staat met het ervaren van gezondheid, maar dat klachtreductie en welbevinden ook twee afzonderlijke dimensies zijn. Wanneer een behande-

ling gericht op klachtreductie onvoldoende werkzaam is, zou volgens deze theorie een behandeling gericht op het bevorderen van welbevinden een goed alternatief kunnen zijn.

De laatste decennia zijn er meerdere behandelvormen ontwikkeld die zich primair richten op het vergroten van het welbevinden ondanks bestaande klachten. Het zijn de zogenaamde derdegeneratiegedragstherapieën, zoals *acceptance and comitment therapy* (Hayes et al., 2004), en aandachtgerichte gedragstherapie of mindfulness (Baer, 2005). Hayes et al. (2004) veronderstellen dat welbevinden wordt bevorderd door het verminderen van het bevechten en vermijden van negatieve emoties, ofwel experiëntiële vermijding. Experiëntiële vermijding wordt omschreven als een ineffektieve manier om met negatief geëvalueerde mentale ervaringen om te gaan en wordt verondersteld bij vele psychiatrische stoornissen een rol te spelen. Mindfulness is een soort aandachtstraining waarbij men leert open en bewust in het huidige moment te zijn en waar te nemen welke gedachten en gevoelens er zijn, zonder te oordelen. Daarbij wordt geleerd de situatie te accepteren zoals deze is, in tegenstelling tot de belemmerende experiëntiële vermijding, waarbij ervaringen (vaak tevergeefs) worden vermeden en weggehouden. Behandelvormen die zich baseren op mindfulness zijn binnen deze nieuwe benadering sterk in opkomst. In meta-analyses (Baer, 2003; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010) is de gemiddelde effectgrootte van mindfulness-based therapie (MBT) middelgroot bij patiënten met angst- en stemmingsklachten, groot bij een angst- of depressieve stoornis, en variërend van klein tot groot als alleen gecontroleerd onderzoek bij deze klachten wordt beschouwd. Ofschoon MBT primair gericht is op een toegenomen ervaren welbevinden, lijkt klachtafname dus een secundair effect te zijn.

Een variant binnen de MBT is mindfulness-based cognitieve therapie (MBCT), een combinatie van mindfulness-vaardigheden zoals ontwikkeld door Kabat-Zinn et al. (2003) en elementen uit de cognitieve therapie (Clark & Beck, 2010). Er zijn meerdere onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van MBCT op uitkomstmaten als kans op terugval, klachtniveau, ervaren welbevinden en kwaliteit van leven. Bij recidiverende depressieve stoornissen (drie of meer episoden) in volledige remissie leidt MBCT, in aanvulling op en in vergelijking met reguliere zorg, tot een verminderde kans op terugval (Coelho, Canter, & Ernst, 2007; Godfrin & van Heeringen, 2010; Ma & Teasdale, 2004; Teasdale et al., 2002; Teasdale et al., 2000). Bij recidiverende depressieve stoornissen gedeeltelijk in remissie blijkt MBCT even effectief als onderhoudsmedicatie, ten opzichte van placebo (Segal et al., 2010). Ook lijkt MBCT bij recidiverende depressieve stoornissen een curatieve methode, resulterend in klachtreductie en verbetering van kwaliteit van leven, in aanvulling op en in vergelijking met reguliere zorg (Barnhofer et al., 2009; Godfrin & van Heeringen, 2010; Kenny & Williams, 2007; Kingston, Dooley, Bates, Lawlor, & Malone, 2007; van Aalderen et al., 2012) en onderhoudsmedicatie (Kuyken et al., 2008). Hamidian, Omid, Mousavinasab, en

Naziri (2013) laten zien dat MBCT bij patiënten met een dysthyme stoornis in aanvulling op psychofarmaca meer verbetering geeft in klachten en mindfulness-vaardigheden dan psychofarmaca alleen.

Bij patiënten met angststoornissen komen alleen onderzoeken naar de effecten van MBCT op klachtniveau naar voren. In onderzoek bij mensen met een paniekstoornis of een gegeneraliseerde angststoornis is meer klachtreductie gevonden na MBCT in aanvulling op medicamenteuze behandeling (Kim et al., 2009; Kim et al., 2010) en in vergelijking met een psycho-educatiegroep (Kim et al., 2009). Klachtafname wordt ook in ongecontroleerd onderzoek gevonden (Craigie, Rees, & Marsh, 2008; Evans et al., 2008). In deze onderzoeken is de mate van chroniciteit van de angstklachten echter onduidelijk, en daarmee ook de effectiviteit van MBCT bij deze specifieke doelgroep.

Bij patiënten met zowel angst- als depressieve stoornissen worden klachtafname, toename van mindfulness-vaardigheden en verbetering van kwaliteit van leven gerapporteerd in ongecontroleerd onderzoek met kleine steekproeven (Green & Bieling, 2012; Finucane & Mercer, 2006; Ree & Craigie, 2007; Stoppelenburg, 2008).

Samenvattend blijkt dat 20% van de patiënten die lijden aan een depressie of angststoornis onvoldoende effectief behandeld kan worden met de geijkte, voorgeschreven behandelmethoden. Hierdoor blijft het lijden voortduren en is er tevens onvoldoende uitstroom van patiënten uit de specialistische ggz. MBCT zou een aanvullend aanbod kunnen zijn, omdat er al positieve effecten van zijn gevonden, vooral bij recidiverende depressieve klachten.

Deze verkennende studie zal toetsen wat de effecten zijn van een MBCT-groepstraining in aanvulling op reguliere zorg bij patiënten met chronische angst- of stemmingsklachten, in een gecontroleerd design. De effecten van MBCT bij deze chronische doelgroep zijn niet eerder onderzocht in een gecontroleerd design. De verwachting is dat de klachtafname en de toename in welbevinden groter is binnen de MBCT-groep dan binnen de groep die *treatment as usual* ontvangt (TAU). Daarnaast wordt binnen de MBCT-groep gekeken of deze resultaten samenhangen met de verwachte toename in mindfulness-vaardigheden en de verwachte afname van experiëntiële vermijding na het volgen van een MBCT-training.

METHODE

.....

Onderzoeksdesign

.....

Deze verkennende studie betreft een ongerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek met herhaalde metingen voorafgaand aan (To) en volgend op (T1) een MBCT-training van acht weken, en follow-up-metingen twee (T2) en

vier maanden (T₃) na beëindiging van de training. In de TAU-groep, die geen MBCT kreeg, werd hetzelfde tijdschema aangehouden voor de meetmomenten. In beide groepen werd de lopende individuele behandeling voortgezet (voor een specificatie, zie de paragraaf over behandeling hieronder). De MBCT-training is uitgevoerd volgens het protocol van Speckens, van den Kieboom, Jansen, de Haas, en Wijsman (2009).

Deelnemers

Deelnemers werden geworven van februari 2012 tot april 2014 via behandelaren binnen het huidige team angst en stemming (voorheen: team volwassenen) van stichting Dimence in Almelo, onder patiënten met een angst- of unipolaire stemmingstoornis (zie tabel 1).

Inclusiecriteria waren: volwassenen (a) met een actuele angst- of unipolaire stemmingsstoornis, bevestigd middels het Mini International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1998), die (b) ten minste anderhalf jaar evidence-based behandeld waren volgens de ggz-richtlijnen (Spijker et al., 2013; van Balkom et al., 2013) (dit werd door zowel behandelaar als onderzoeker nagegaan in het elektronische patiëntendossier) zonder dat de stoornis in remissie raakte, en die (c) de Nederlandse taal voldoende beheersten. Exclusiecriteria waren: (a) een eerder gevolgd op MBCT gebaseerde behandeling, (b) zwakbegaafdheid of zwakzinnigheid, geclassificeerd volgens de DSM-IV-TR, en (c) middelenaafhankelijkheid.

In de MBCT-groep werden veertien mensen geïnccludeerd (N = 14), van wie er binnen twee MBCT-sessies vier zijn uitgevallen, omdat de behandelvorm niet als passend werd ervaren. De analyses van de *completers* werden uitgevoerd op tien mensen (N = 10), waarbij geslacht gelijk verdeeld was. In de reguliere zorggroep werden negen mensen geïnccludeerd (N = 9), onder wie zes vrouwen, en waren er geen uitvallers.

Reguliere behandeling (treatment as usual, TAU)

In beide groepen volgden deelnemers individuele gesprekstherapie, doorgaans 45 minuten per twee weken, en/of een medicamenteuze behandeling door een psychiater, met controleafspraken eens per acht tot twaalf weken. In de individuele gesprekstherapie door een ggz-verpleegkundige werd (binnen beide groepen) vooral gebruikgemaakt van steunende en structurerende interventies. Deze behandelvorm is primair gericht op het beter leren omgaan met de bestaande psychische klachten en het verbeteren van de wijze van functioneren op belangrijke levensgebieden. Zes deelnemers in de MBCT-groep en drie deelnemers in de reguliere zorggroep ontvingen de individuele gesprekstherapie bij een gz-psycholoog of psychotherapeut. De registratieformulieren en de rapportage in het elektronisch dossier maak-

TABEL 1 *Demografische, klinische kenmerken en voormeting van onderzoeksgroepen*

	MBCT (n = 10/ ITT n = 14)		Reguliere zorg (n = 9/ ITT n = 9)		p
	%	n	%	n	
Geslacht vrouwelijk	50	5	67	6	.65
Opleiding:					
Geen tot lager	50	5	33	4	.66
Middelbaar	20	2	44	3	
Hoger tot wo	30	3	22	2	
M.I.N.I.:					
Depressieve stoornis	40	4	11	1	.50
Angststoornis	20	2	33	3	
Beide stoornissen	40	4	56	5	
Diagnose:					
Depressie	40	4	33	3	1.0
Gegeneraliseerde angst	10	1	22	2	
Posttraumatische stress	10	1	11	1	
Obsessief-compulsief	10	1	11	1	
Hypochondrie	10	1	11	1	
Overig	20	2	11	1	
Behandelgeschiedenis:					
1-2 jaar	20	2	0	0	.20
2-4 jaar	30	3	22	2	
4-6 jaar	30	3	11	1	
> 6 jaar	20	2	67	6	
Gemiddelde leeftijd (sd)	42 (10,0)	10	48 (8,9)	9	.22

Voor- meting	<i>w</i> C/ITT	<i>w</i> C/ITT	<i>u</i> C/ITT	<i>p</i> [*] C/ITT
HADS	106.5/178	83.5/98.0	38.5/ 53.0	.30/.28
MHC-SF	100.0/165.5	90.0/110.5	45.0/60.5	.50/.44
FFMQ-SF	81.5/143.5	108.5/ 132.5	26.5/38.5	.07/.06
AAQ-II	93.5/161.0	96.5/ 115.0	38.5/ 56.0	.30/.34

Noten: HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; MHC-SF = Mental Health Continuum-Short Form; FFMQ-SF = Five Facet Mindfulness Questionnaire-Short Form; AAQ-II = Awareness and Action Questionnaire-II; *w*, *u* = Mann-Whitney U Test; *p* = 2-zijdige exact significantie; *p*^{*} = 1-zijdig exact significantie; C = completers; ITT = intention to treat.

ten duidelijk dat deze therapieën gericht waren op terugvalpreventie en verwerking middels cognitief-gedragstherapeutische interventies.

MBCT-training

In de experimentele groep volgden deelnemers gelijktijdig met de reguliere behandeling een MBCT-training volgens het protocol van Speckens et al. (2009). Die bestond uit acht wekelijkse bijeenkomsten van tweeënhalf uur in een groep van vier tot acht personen. Aanvullend op dit protocol vonden er drie, acht en zestien weken na de MBCT-training terugkombijeenkomsten plaats van tweeënhalf uur, waarin het toepassen van vaardigheden uit de training werd geëvalueerd en geoefend.

De MBCT-training werd gegeven door twee medewerkers (gz-psycholoog samen met een ggz-verpleegkundige of basispsycholoog). De training is een combinatie van principes en technieken van mindfulness en cognitieve therapie. Er wordt in de training gebruikgemaakt van:

- ▶ psycho-educatie;
- ▶ aandachts-, concentratie- en ademhalingsoefeningen;
- ▶ meditatie- en yoga-oefeningen;
- ▶ registratieformulieren;
- ▶ handvatten om negatieve gedachten te relativeren en om te buigen;
- ▶ aandacht voor beter gebalanceerde en voldoeninggevende gedragsactivatie;
- ▶ huiswerkopdrachten.

Door deze training leert men zich bewust te worden van wat men in zichzelf ervaart, de aandacht te herrichten naar een andere focus en eigen ervaringen op een oordeelsvrije manier te benaderen. Verder leert men een keuze te maken uit manieren om op deze ervaringen te reageren, in plaats van er automatisch door in beslag genomen te worden en er blindelings naar te handelen. Dit onderzoek heeft drie MBCT-groepen meegenomen in de metingen.

Meetinstrumenten

Voorafgaand aan inclusie werd de M.I.N.I.-plus afgenomen, een kort, semi-gestructureerd diagnostisch interview ter classificatie van psychiatrische stoornissen volgens de criteria van DSM-IV en ICD-10. De inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid was .75 of hoger, en de test-hertest-betrouwbaarheid .60 of hoger, bij nagenoeg alle schalen (Sheehan et al., 1997).

De primaire uitkomstmaten waren klachtvermindering en toegenomen welbevinden. Om klachten te meten werd gebruikgemaakt van de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983). Deze lijst bestaat uit twee delen, met elk zeven vragen, die angst meten (HADS-A) en depressie (HADS-D). Deelnemers beoordeelden in welke mate ze tijdens de afgelopen week last hadden van angst of depressieve symptomen, op een schaal van niet (0) tot vaak (3) (*range* totaalscore 0 tot 42). Een review van Bjelland, Dahl, Haug, en Neckelmann (2002) beschrijft een goede interne consistentie (HADS-A $\alpha = .83$ en HADS-D $\alpha = .82$), goede sensitiviteit en specificiteit (beide .80) en convergente validiteit (.49 tot .83). Spinhoven et al. (1997) vonden binnen verschillende Nederlandse doelgroepen een goede betrouwbaarheid ($\alpha = .83$) en test-hertest-betrouwbaarheid (.91 na drie weken).

Om welbevinden te meten werd gebruikgemaakt van de Mental Health Continuum – Short Form (Keyes et al., 2008). De MHC-SF is een lijst voor positieve mentale gezondheid, met veertien vragen verdeeld over drie subschalen, te weten emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. Deelnemers beoordeelden de frequentie van positieve gevoelens gedurende de afgelopen maand, op een schaal van nooit (0) tot dagelijks (5) (*range* totaalscore 0 tot 70; hoe hoger, hoe positiever). In onderzoek van Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, en Keyes (2011) werd een goede interne betrouwbaarheid gevonden ($\alpha = .89$), en werden de factorstructuur en de validiteit bevestigd.

De secundaire uitkomstmaten waren toegenomen mindfulness-vaardigheden en afgenomen experiëntiële vermijding. Om mindfulness-vaardigheden te meten werd gebruikgemaakt van de Five Facet Mindfulness Questionnaire – Short Form (Bohlmeijer, ten Klooster, Fledderus, Veehof, & Baer, 2011). De FFMQ-SF, gebaseerd op de FFMQ (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006), bestaat uit 24 vragen, verdeeld over vijf facetten van mindfulness: observeren, beschrijven, bewust handelen, niet-oordelen en non-reactief zijn. Deelnemers beoordeelden in welke mate een uitspraak over het algemeen voor hen waar is, op een schaal van nooit of bijna nooit

waar (1) tot altijd waar (5) (range totaalscores 24-120). In onderzoek vonden Bohlmeijer et al. (2011) goede interne consistentie ($\alpha = .73-.91$) en sensitiviteit voor verandering (Cohen's d .37-1.13).

Om experiëntiële vermijding te meten werd gebruikgemaakt van de Awareness and Action Questionnaire-II (Bond et al., 2011). De AAQ-II bestaat uit 10 vragen, waarbij deelnemers op een schaal van nooit waar (1) tot altijd waar (7) beoordeelden in welke mate ze interne negatieve ervaringen accepteren of er controle over willen hebben (range totaalscores 10-70). Een hogere score staat voor minder experiëntiële vermijding en meer acceptatie van de eigen vervelende innerlijke ervaringen. In onderzoek vonden Bond et al. (2011) een goede interne consistentie ($\alpha = .84$) en test-hertest-betrouwbaarheid na 3 maanden (.81) en na een jaar (.79). In onderzoek binnen een Nederlandse algemene en klinische doelgroep vonden Jacobs, Kleen, de Groot, en A-Tjak (2008) een goede factorstructuur (50% verklaarde variantie) en goede betrouwbaarheid ($\alpha = .89$).

Procedure

Deelnemers hadden een vrije keuze tussen behandeling mét of zonder MBCT-groepstraining. De door behandelaars aangemelde patiënten voor de MBCT-groep en de vergelijkingsgroep die aan de inclusiecriteria voldeden werden schriftelijk geïnformeerd over het onderzoek. Na ontvangst van een getekend *informed-consent*-formulier werd het dossier door onderzoeker gescreend op de in- en exclusiecriteria, en werd de M.I.N.I.-plus afgenomen. Na inclusie vulden deelnemers elke twee maanden thuis dezelfde vragenlijsten in. Tijdens de onderzoeksperiode van zes maanden waren er vier meetmomenten. Op basis van rapportage in het elektronisch dossier werd voor deelnemers geregistreerd hoeveel contacten er met welke disciplines waren geweest in deze zes maanden. In de vergelijkingsgroep vulden de behandelaars tijdens de onderzoeksperiode per sessie een registratieformulier in over de soort interventies die uitgevoerd waren, onderverdeeld naar de verschillende gezondheidspatronen die door Gordon (2006) onderscheiden worden (onder andere voeding, slaap, activiteiten, cognitie en stressverwerking). Dit is een gangbaar classificatiesysteem voor verpleegkundige diagnostiek. Middels het registratieformulier werd gecontroleerd of er mindfulness-oefeningen binnen de vergelijkingsgroep werden toegepast. Deelnemers die tijdens de onderzoeksperiode stopten met de behandeling werden beschouwd als uitvallers (MBCT: $n = 4$, regulier: $n = 0$). De uitvallers volgden slechts één of twee sessies MBCT, waardoor er niet van *compliance* gesproken kan worden en er ook geen effect van de interventie te verwachten was. De analyses werden primair uitgevoerd op de completers, maar ter controle werd er wel een *intention-to-treat*-analyse uitgevoerd waarin de uitvallers zijn meegenomen. Als imputatiemethode werd gekozen voor *last number carried forward* bij die uitvallers van wie geen T1-meting beschikbaar was ($n = 2$). Bij uitvallers ($n = 2$) met een T1-meting

maar een ontbrekende follow-up-meting werd deze imputatie niet toegepast, om een eventueel positief effect van enkele MBCT-sessies niet ten onrechte over te nemen in de follow-up-metingen van deze uitvallers.

Statistische analyses

De resultaten worden zowel binnen de MBCT-groep en de TAU-groep getoetst, als tussen deze groepen vergeleken. Om te toetsen of *binnen* de groepen de totaalscores per meetmoment significant van elkaar verschillen op klachtniveau (HADS), welbevinden (MHC-SF), mindfulness-vaardigheden (FFMQ-SF) en experiëntiële vermijding (AAQ-II) is gebruikgemaakt van de Wilcoxon Signed Rank Test. Per groep zijn, op alle uitkomstmaten, de totaalscores op voormeting afgezet tegen de totaalscores op respectievelijk na- en follow-up-metingen. De toetsing wordt bij deze test uitgevoerd op de rangordes (positief of negatief) die het minst vaak voorkomen. Deze non-parametrische toets is gekozen vanwege de geringe groepsgrootte en omdat, bij visuele inspectie en toetsing van de normaliteit (Kolmogorov-Smirnov), de data niet normaal verdeeld bleken te zijn.

Met de Mann-Whitney U Test is zowel op primaire als secundaire uitkomstmaten getoetst of de groepen significant van elkaar verschillen op de voormeting. Met deze test zijn ook de gemiddelde verschillen (tussen voormeting, en respectievelijk nameting en follow-up-metingen) *tussen* de groepen vergeleken om te onderzoeken of de veranderingen op de uitkomstmaten binnen de MBCT-groep groter waren dan binnen de vergelijkingsgroep.

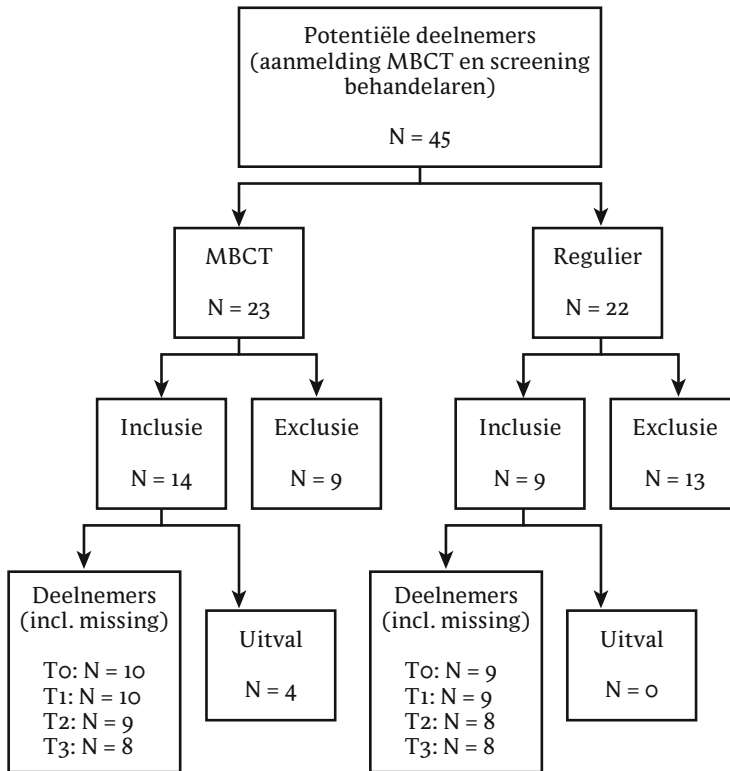
Om te verkennen welk percentage van de verandering in klachten en welbevinden voorspeld wordt door toegenomen mindfulness-vaardigheden en afgenomen emotionele vermijding is gebruikgemaakt van lineaire regressieanalyse. Omdat dit een verkennende studie betreft, kunnen de gevonden resultaten alleen gebruikt worden om een bepaalde tendens te onderzoeken, welke een onderbouwing voor nader onderzoek kan vormen.

Voor alle bovengenoemde toetsen is gecorrigeerd voor uitschieters binnen de dataset. Er is gebruikgemaakt van SPSS 20.0 (IBM Corporation, 2011). De interpretatie van de effectgrootte is gebaseerd op de indeling van Cohen (1988).

RESULTATEN

De doorstroom van de deelnemers tijdens dit onderzoek, inclusief uitvallers, wordt afgebeeld in figuur 1. Van de 45 potentiële deelnemers hadden 23 deelnemers gekozen voor de MBCT-groep en 22 voor de reguliere zorggroep. Potentiële deelnemers vielen af vanwege de in- en exclusiecriteria (MBCT: $n = 3$, reguliere zorg: $n = 3$), omdat ze een op klachtvermindering gerichte behandeling wilden volgen (MBCT: $n = 3$, reguliere zorg: $n = 2$) of omdat ze

niet aan het onderzoek wilden deelnemen (MBCT: $n = 3$, reguliere zorg: $n = 8$). Binnen de MBCT-groep vielen vier deelnemers binnen twee trainingsbijeenkomsten uit, omdat de aangeboden behandelvorm als niet passend werd ervaren. Binnen de reguliere zorggroep viel niemand uit. Er is ook sprake van enkele *missings*. Binnen de MBCT-groep werd van één deelnemer geen follow-up na vier maanden ontvangen en van twee deelnemers geen follow-up na zes maanden. Binnen de TAU-groep werden van één deelnemer geen follow-up-metingen ontvangen.



FIGUUR 1 Stroomdiagram van deelnemers

Demografische en klinische kenmerken van de deelnemers ten tijde van de voormeting zijn samengevat in tabel 1. De groepen werden op deze kenmerken met elkaar vergeleken (chi-kwadraat en t -toetsen), en verschilden hierin niet significant van elkaar (zie tabel 1). Ook met betrekking tot het totaal aantal behandelafspraken ten tijde van het onderzoek ($p = .22$) en het aantal afspraken per discipline (psychiater: $p = .40$, verpleegkundige: $p = .19$, psycholoog: $p = .30$) verschilden de groepen niet significant van elkaar. Daar-

naast scoorden de groepen vergelijkbaar op alle uitkomstmaten bij voormeting (zie tabel 1).

Allereerst werd getoetst (middels de Wilcoxon Signed Rank Test) of de behandelingen tot verbeterde scores leidden binnen de groepen (zie tabel 2). Binnen de MBCT-groep bleken de klachten (HADS) significant te zijn gereduceerd. Dit betekent dat de klachten afnamen bij nameting en follow-up-metingen ten opzichte van de voormeting. Ook waren de scores op mindfulness-vaardigheden (FFMQ-SF) significant toegenomen en de scores op experiëntiële vermijding (AAQ-II) significant afgenomen bij nameting en follow-up metingen ten opzichte van de voormeting. De effectgrootte (Cohen's *d*) van deze verschillen was middelgroot (zie tabel 2). De scores op ervaren welbevinden (MHC-SF) waren niet significant verschillend tussen de voormeting en de nameting en follow-up-metingen. Het ervaren welbevinden bleef dus gelijk ten opzichte van de voormeting. Ook de gemiddelde scores en standaarddeviaties per groep per meetmoment zijn voor alle uitkomstmaten weergegeven (zie tabel 3).

Binnen de reguliere zorggroep werd alleen een significante afname in ervaren welbevinden (MHC-SF) gevonden tussen voormeting en follow-up na zes maanden. Effectgrootte (Cohen's *d*) van dit verschil was middelgroot (zie tabel 2).

Vervolgens werd getoetst of de verandering in scores verschilde tussen de groepen (zie tabel 4). De klachtafname (HADS) binnen de MBCT-groep (mediaan = -4.50, -5.00, -4.00) was op alle verschilsscores significant groter dan de klachttoename binnen de reguliere zorggroep (mediaan = 2.50, 1.50, 1.00). De toename in welbevinden (MHC-SF) binnen de MBCT-groep (mediaan = 2.50, 2.50, 2.50) verschilde niet significant van de afname in welbevinden binnen de reguliere zorggroep (mediaan = -1.00, -2.00, -4.50) bij nameting en follow-up na twee maanden, maar was wel significant groter bij follow-up na vier maanden. De toename in mindfulness-vaardigheden (FFMQ-SF) binnen de MBCT-groep (mediaan = 11.50, 16.00, 16.00) was op alle verschilsscores significant groter dan de afname in de reguliere zorggroep (mediaan = -1.00, -5.00, -3.50). De afname in experiëntiële vermijding (AAQ-II) binnen de MBCT-groep (mediaan = -6.50, -8.00, -5.00) verschilde niet significant van de afname binnen de reguliere zorggroep (mediaan = -1.00, -5.00, -1.50) bij nameting, maar was wel significant groter bij follow-up na vier en zes maanden. De effectgrootte (Cohen's *d*) van deze verschillen was middelgroot (zie tabel 4).

Correctie op uitschieterende waarden binnen de data gaf minimale veranderingen in de beschreven significantieniveaus. Na correctie was alleen het verschil in klachtafname tussen de groepen twee maanden na de training niet meer significant (beide $p = .07$). Dit betekent dat de meerwaarde van de MBCT-groep op klachtafname alleen direct na de training en vier maanden later naar voren komt. Ook was, na correctie, de afname in ervaren welbevinden binnen de reguliere zorggroep tussen voor- en nameting significant ($p = .05$).

TABEL 2 Wilcoxon Signed Rank Test op de verschillcores tussen meetmomenten binnen de groepen voor zowel completers (C) als intention to treat (ITT)

	MBCT				Reguliere zorg			
	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	C/ITT	C/ITT	C/ITT	C	C = ITT			
HADS	To-T1	10/13	-2.30 ¹ /-2.00	.01 [*] /.02	-51	-1.41 ²	.08	-.33
	To-T2	9/12	-2.18 ¹ /-2.08	.02 [*] /.02	-51	0.00 ³	.50	.00
	To-T3	8/11	-2.11 ¹ /-2.11	.02 [*] /.02	-45	-0.68 ¹	.25	-.17
MHC-SF	To-T1	10/13	-0.71 ² /- .67	.26/.25	-16	-1.36 ¹	.09	-.32
	To-T2	9/12	-1.43 ² /-1.33	.08/.09	-33	-0.98 ¹	.16	-.25
	To-T3	8/11	-0.98 ² /-1.25	.18/.11	-25	-1.86 ¹	.03 [*]	-.47
FFMQ-SF	To-T1	10/13	-2.05 ² /-2.19	.02 [*] /.01	-46	-0.59 ¹	.28	-.14
	To-T2	9/12	-2.08 ² /-1.94	.02 [*] /.03	-49	-0.70 ¹	.24	-.18
	To-T3	8/11	-1.96 ² /-2.08	.03 [*] /.02	-49	-1.12 ¹	.13	-.28
AAQ-II	To-T1	10/13	-2.10 ² /-2.05 ⁰	.02 [*] /.02	-47	-0.65 ²	.26	-.15
	To-T2	9/12	-2.52 ² /-2.37	.00 ^{**} /.01	-59	-0.14 ²	.44	-.04
	To-T3	8/11	-2.37 ² /-2.52	.01 ^{**} /.01	-59	-0.42 ²	.34	-.11

Noten: HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; MHC-SF = Mental Health Continuum-Short Form; FFMQ-SF = Five Facet Mindfulness Questionnaire-Short Form; AAQ-II = Awareness and Action Questionnaire-II; *p* = 1-zijdige significantie; *d* = Cohen's *d*; * *p* < .05; ** *p* < .01; *z* = gebaseerd op kleinste waarde tussen positieve en negatieve rangorde; ¹ = gebaseerd op negatieve rangscore; To < T1, T2, T3; ² = gebaseerd op positieve rangscore; To > T1, T2, T3; ³ = gebaseerd op gelijke rangscore; To = T1, T2, T3.

TABEL 3 Gemiddelde score per groep, met standaarddeviatie per uitkomstmaat voor zowel completers (C) als intention to treat (ITT)

		MBCT				Reguliere zorg	
		C		ITT		C = ITT	
		Gem	SD	Gem	SD	Gem	SD
HADS	To	27.00	7.89	27.21	7.19	25.44	8.08
	T1	22.90	9.21	24.57	8.78	27.00	7.52
	T2	19.67	9.99	21.75	10.0	24.50	7.07
	T3	20.25	11.76	21.82	10.55	25.25	8.45
MHC-SF	To	21.60	17.84	20.57	6.98	19.78	14.16
	T1	23.20	16.86	21.64	16.44	16.33	15.57
	T2	27.22	17.01	25.92	16.58	17.88	13.72
	T3	25.25	20.35	24.82	18.49	17.13	14.77
FFMQ-SF	To	59.40	6.69	59.43	7.35	64.56	7.04
	T1	68.00	12.61	66.07	11.65	62.11	9.79
	T2	71.56	11.00	69.17	11.27	60.88	7.61
	T3	70.38	15.86	68.82	13.80	60.00	9.53
AAQ-II	To	26.30	9.92	26.57	8.6	28.11	7.69
	T1	35.70	15.90	33.14	14.13	29.67	7.18
	T2	38.22	12.12	35.25	12.11	29.62	7.39
	T3	35.25	15.19	33.64	13.24	28.75	9.53

Noten: HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; MHC-SF = Mental Health Continuum-Short Form; FFMQ-SF = Five Facet Mindfulness Questionnaire-Short Form; AAQ-II = Awareness and Action Questionnaire-II.

Correctie op de gevonden uitkomsten via een intention-to-treat-analyse (ITT) gaf minimale verandering in de beschreven significanties. In de ITT bleven alle gevonden significanties behouden, behalve het verschil tussen de groepen in verandering in klachten en in experiëntiële vermijding tussen beginmeting en follow-up na vier maanden (zie tabel 2 en 4).

TABEL 4 Mann-Whitney U Test op de verschillscores tussen de groepen voor zowel completers (C) als intention to treat (ITT)

		<i>n</i>	<i>u</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
		C/ITT	C/ITT	C/ITT	C/ITT	C
HADS	To-T1	19/23	12.0/29.5	-2.70/-2.12	.00**/.02	-.62
	To-T2	17/20	17.5/30.5	-1.79/-1.36	.04*/.09	-.42
	To-T3	16/19	12.0/22.5	-2.23/-1.79	.02*/.04	-.54
MHC-SF	To-T1	19/23	26.5/40.0	-1.52/-1.46	.07/.08	-.35
	To-T2	17/20	20.5/30.0	-1.65/-1.40	.07/.09	-.40
	To-T3	16/19	16.0/21.0	-1.74/-1.91	.05*/.03	-.42
FFMQ-SF	To-T1	19/23	21.5/35.0	-1.92/-1.77	.03*/.04	-.44
	To-T2	17/20	09.0/18.0	-2.59/-2.32	.00**/.01	-.61
	To-T3	16/19	10.0/16.0	-2.12/-2.32	.01*/.01	-.51
AAQ-II	To-T1	19/23	33.5/54.0	-0.94/-0.57	0.18/.30	-.22
	To-T2	17/20	13.5/27.5	-2.23/-1.59	.01**/.06	-.53
	To-T3	16/19	11.5/23.5	-2.08/-1.70	.02*/.05	-.50

Noten: HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; MHC-SF = Mental Health Continuum-Short Form; FFMQ-SF = Five Facet Mindfulness Questionnaire-Short Form; AAQ-II = Awareness and Action Questionnaire-II; *p* = 1-zijdige exact significantie; *d* = Cohen's *d*; * *p* < .05; ** *p* < .01.

Ten slotte werd met lineaire regressieanalyse verkend in welke mate de gevonden veranderingen op zowel klachtniveau (HADS) als ervaren welbevinden (MHC-SF) voorspeld werden door veranderingen in mindfulness-vaardigheden (FFMQ-SF) en in experiëntiële vermijding (AAQ-II). Er werden geen aanwijzingen gevonden voor collineariteit tussen deze voorspellers, en het model met beide factoren samen had de meest voorspellende waarde.

Bij nameting en bij follow-up na vier maanden werd 73% en na zes maanden 81% van de variantie in de klachten voorspeld door zowel de verandering in mindfulness-vaardigheden als in experiëntiële vermijding. De voorspel-

lende waarde van mindfulness-vaardigheden (Bèta $-.51$, $-.78$, $-.58$) was daarbij hoger dan de voorspellende waarde van experiëntiële vermijding (Bèta $-.43$, $-.55$, $-.39$), vooral bij de follow-up-metingen. Daarbij is het verband tussen mindfulness-vaardigheden en klachten significant na 2 maanden ($p = 0.01$), 4 maanden ($p < 0.01$) en na 6 maanden ($p = 0.02$). Het verband tussen klachten en experiëntiële vermijding is alleen significant na 2 maanden ($p = 0.02$). De variantie in het niveau van welbevinden werd bij nameting voor 60%, bij follow-up na vier maanden voor 59% en na zes maanden voor 73% voorspeld door de verandering in mindfulness-vaardigheden en in experiëntiële vermijding. De voorspellende waarde van experiëntiële vermijding (Bèta $.70$, $.46$, $.49$) was daarbij hoger dan de voorspellende waarde van mindfulness-vaardigheden (Beta $.11$, $.38$, $.42$), vooral bij de nameting. Daarbij is het verband tussen mindfulness-vaardigheden en welbevinden op geen van de meetmomenten significant, en is het verband tussen experiëntiële vermijding en welbevinden alleen significant twee maanden na de interventie ($p < 0.01$).

Alle onderzochte verbanden zouden in een grotere steekproef opnieuw onderzocht moeten worden om een definitieve uitspraak te kunnen doen over de effecten van deze twee elementen van MBCT op klachtniveau en welbevinden.

DISCUSSIE

.....

Het doel van dit onderzoek was om de meerwaarde van reguliere zorg aangevuld met een MBCT-training te onderzoeken bij mensen met chronische angst- of depressieve klachten voor wie evidence-based behandelingen onvoldoende effectief zijn gebleken. De resultaten van dit exploratieve onderzoek wijzen erop dat er inderdaad sprake zou kunnen zijn van een meerwaarde, hoewel deze resultaten met voorzichtigheid dienen te worden geïnterpreteerd vanwege het design van de studie (namelijk een ongerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek waarbij een groepsinterventie met individuele reguliere zorg wordt vergeleken), alsmede vanwege de kleine en selecte studiepopulatie waarop deze bevindingen zijn gebaseerd. Desalniettemin laat de MBCT-groep direct na de training een afname van klachten en experiëntiële vermijding zien, en een toename van mindfulness-vaardigheden ten opzichte van de voormeting. Deze effecten blijven behouden tot vier maanden na de training. Op alle uitkomstmaten scoort de MBCT-groep bij follow-up-metingen significant beter dan de vergelijkingsgroep; voor de afname in klachten en de toename in mindfulness-vaardigheden geldt dit ook direct na de training. Alle effecten zijn middelgroot (range $.42 - .62$). Ten slotte lijken mindfulness-vaardigheden en experiëntiële vermijding gezamenlijk goede voorspellers te zijn van een toename in ervaren welbevinden en een afname van angst- en stemmingsklachten, direct na de interventie en

op langere termijn. De toename van mindfulness-vaardigheden lijkt meer samen te hangen met een vermindering van klachten. Een afname van experiëntiële vermijding lijkt meer samen te hangen met toegenomen ervaren welbevinden. Daarbij moet in acht genomen worden dat dit gebaseerd is op een kleine steekproef, waarbij de *power* beperkt is en de verdeling van de MHC-SF links scheef was. Desondanks zijn er op meerdere meetmomenten significante verbanden gevonden tussen mindfulness-vaardigheden en experiëntiële vermijding die relevant zijn om in een grotere steekproef nader te onderzoeken.

Zoals beschreven is er weinig en slechts klein, ongecontroleerd onderzoek naar het effect van MBCT bij deze gemengde patiëntengroep voorhanden. De gevonden klachtafname en toename in mindfulness-vaardigheden zijn vergelijkbaar met de resultaten die Green en Bieling (2012), Ree en Craigie (2007), Stoppelenburg (2008) en Finucane en Mercer (2006) beschrijven. Barnhofer et al. (2009) vonden in een RCT met chronische, recidiverende depressieve stoornissen en deels comorbide angststoornissen ook significante afname van depressieve klachten in de groep die MBCT en reguliere zorg ontving, en geen significante veranderingen in de groep die alleen reguliere zorg ontving. Het effect op welbevinden is in deze studie niet onderzocht. De effectgrootte van klachtafname in dit onderzoek ligt hoger dan de gemiddelden die Hofmann et al. (2010) in een meta-analyse rapporteren voor het effect van MBT voor angstklachten (hedges g .33) en voor depressieve klachten (hedges g .41), in onderzoek waarin wordt vergeleken met wachtlijst en reguliere zorg. In deze analyse zijn ook onderzoeksgroepen met subklinisch klachtniveau meegenomen waarin lagere effectgrootte te verwachten is. De gevonden effectgrootte ligt lager dan de gemiddelden die zij rapporteren bij angststoornissen (hedges g .97) en depressieve stoornissen (hedges g .95). Hierbij is echter ook ongecontroleerd onderzoek meegenomen. Opvallend is verder dat binnen dit onderzoek er een groter effect op klachtniveau dan op het niveau van welbevinden werd gevonden, terwijl MBCT juist primair gericht is op het leren omgaan met de bestaande klachten en daarmee het verbeteren van de kwaliteit van leven. Een mogelijke verklaring voor dit verschil kan zijn dat ervaren welbevinden sterker samenhangt met de vaak ongunstige psychosociale omstandigheden binnen deze patiëntengroep dan de ervaren klachten, waardoor er binnen deze uitkomstmaat meer ruimte voor verbetering was.

We hebben in dit onderzoek echter expliciet gekozen voor een naturalistische opzet, zodat de gevonden resultaten makkelijker te generaliseren zijn naar de alledaagse klinische praktijk. De studie heeft beoogd de klinische praktijk zo goed mogelijk na te bootsen. Vandaar dat er ook besloten is de heterogeniteit in de onderzoekspopulatie te laten bestaan (de MBCT-methode is ook transdiagnostisch toe te passen), evenals de eigen voorkeur van de patiënt te laten bepalen in welke onderzoeksgroep een patiënt terechtkwam. Ook dit is conform de werkwijze in de klinische praktijk. Dit maakt de

resultaten gemakkelijker generaliseerbaar naar de klinische praktijk, maar hierdoor ontbreekt informatie rondom de effectiviteit bij een specifieke en homogene doelgroep, evenals informatie rondom de effectiviteit bij ongemotiveerde patiënten. Desalniettemin is het vanwege de transdiagnostische aard van de interventie ook niet waarschijnlijk dat deze interventie bij één specifieke doelgroep of een ongemotiveerde doelgroep zal worden toegepast.

Ook vanwege het exploratieve karakter van dit onderzoek dienen de resultaten echter wel met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Allereerst vanwege de beperkte omvang van de onderzoeksgroepen, de grote standaarddeviaties binnen de groepen en het gebruik van herhaalde toetsen, kunnen gevonden verschillen op toeval berusten. Ook kunnen de resultaten mogelijk niet alleen aan MBCT als methodiek worden toegeschreven, omdat de onderzoeksgroepen ook verschilden in dosering (en daarmee ook aandacht) en vorm van behandelaanbod. De MBCT-groep heeft door de training gemiddeld 25 uur meer behandeling gehad dan de reguliere zorggroep en de training heeft in groepsverband plaatsgevonden. Alle genoemde factoren kunnen, naast de MBCT-training, hebben bijgedragen aan de gevonden effecten. Deze relatief intensieve behandeling lijkt de moeite waard bij mensen uit deze complexe doelgroep bij wie reguliere behandelingen onvoldoende effectief zijn gebleken. Ten slotte heeft er geen randomisatie plaatsgevonden en is het de vraag in hoeverre de groepen voldoende vergelijkbaar zijn in motivatie voor behandeling. Hoewel er geen significante verschillen tussen de groepen zijn gevonden, valt bij visuele inspectie voorafgaand aan de interventie op dat er binnen de MBCT-groep minder deelnemers zijn met een behandelvoorgeschiedenis van zes jaar of langer. De vier uitgevallen deelnemers binnen de MBCT-groep hebben allen een langduriger behandelvoorgeschiedenis en als belangrijkste reden van uitval is benoemd dat de methodiek niet aansprak. Mogelijk is het zo dat de meest chronische groep patiënten minder snel kiest om nog iets nieuws aan te gaan, in de loop der jaren meer gedemoraliseerd is geraakt en sneller stopt als de eerste kennismaking onvoldoende aanspreekt. Deze factor kan hebben bijgedragen aan de gevonden positieve effecten van de MBCT-groep ten opzichte van de reguliere zorggroep.

Concluderend komen er uit dit onderzoek aanwijzingen naar voren dat MBCT in aanvulling op reguliere behandeling betere resultaten lijkt te geven dan reguliere behandeling alleen. Er is direct na de training meer afname in klachten, meer toename van mindfulness-vaardigheden en meer afname van experiëntiële vermijding dan binnen de reguliere zorggroep, en deze effecten blijven behouden tot vier maanden na de training. Deze behandelvorm, die zich niet primair richt op het veranderen van de klachten, lijkt dus een goede aanvulling te kunnen zijn op het bestaande behandelarsenaal binnen de specialistische ggz voor deze specifieke chronische doelgroep. Zoals hierboven aangegeven moeten deze conclusies gezien worden in het licht van een naturalistisch design bij een relatief kleine en selecte doelgroep. Wel geven de gevonden tendensen voldoende aanleiding voor vervolgonderzoek mid-

dels een grotere, gerandomiseerde en gecontroleerde trial. Hierbij is het van belang om een controle-interventie te kiezen die in vorm en duur meer overeenstemming vertoont met de MBCT-groep. Ook is aan te bevelen om nader onderzoek te doen naar de onderliggende mechanismen waardoor MBCT een positief effect heeft gehad op zowel klachtafname als toegenomen welbevinden. Zodoende kunnen ook specifieke klinische kenmerken gevonden worden die als positieve indicatoren kunnen worden aangemerkt voor het al dan niet aanbieden van MBCT binnen deze chronische doelgroep. Gezien de noodzaak om juist voor de meest chronische doelgroep een alternatief evidence-based aanbod te vinden, is het essentieel om deze groep in vervolgonderzoek voldoende te blijven betrekken.

Jeroen Schnitzler is als klinisch psycholoog verbonden aan Dimence, Team Angst en Stemming, te Almelo.

Lieke Christenhusz is als gz-psycholoog verbonden aan Dimence, Team Angst en Stemming, te Almelo, en aan de Universiteit Twente, Faculteit Gedragswetenschappen, Afdeling Psychologie, Gezondheid en Technologie. Cubicus, kamer B119b. Drienerlolaan 5 7522 NB Enschede.

Correspondentieadres: Dhr. J. Schnitzler, Westerdok Haven Noordzijde 45, 7607 ES, Almelo. E-mail: j.schnitzler@dimence.nl. Telefoon: 0546-684000.

Summary Title: *Effectiveness of MBCT in addition to treatment as usual in a patient group with chronic anxiety or depression: A pilot-study.*

Background: Twenty percent of patients with anxiety disorder or depression do not improve sufficiently after evidence-based treatment, resulting in chronic or recurrent symptoms. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) showed positive results with recurrent depression. Only a few studies focussed on chronic anxiety or depression.

Objectives and method: A pilot-study exploring the effects on symptoms and well-being of MBCT, in addition to treatment as usual, in patients with chronic anxiety or depression, compared with patients receiving treatment as usual. Results have been measured post-treatment, two and four months after the intervention.

Results: The MBCT-group ($n = 10$) showed more ($\alpha < .05$) symptom reduction, more improvement in mindfulness skills and more reduction in experiential avoidance than the control group ($n = 9$). Effect sizes (Cohen's d) were moderate.

Conclusion: MBCT, in addition to treatment as usual, seems to be effective for these patients. However, it should be taken into account that the study was conducted at a small and selective study population. Therefore, a larger and randomized controlled trial is needed.

Keywords: *mindfulness, MBCT, chronic anxiety or recurrent depression*

Literatuur

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143. doi: 10.1093/clipsy/bpg015
- Baer, R. A. (Ed.) (2005). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. New York: Academic Press.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45. doi:10.1177/1073191105283504
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 366-373. doi: 10.1016/j.brat.2009.01.019
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Bohlmeijer, E., ten Klooster, P. M., Fledderus, M., Veehof, M., & Baer, R. (2011). Psychometric properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in depressed adults and development of a short form. *Assessment*, 18, 308-320. doi: 10.1177/1073191111408231
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders science and practice*. New York: The Guilford Press.
- Coelho, H. F., Canter, P. H., & Ernst, E. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy: Evaluating current evidence and informing future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 1000-1005. doi: 10.1037/0022-006X.75.6.1000
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Craigie, M. A., Rees, C. S., & Marsh, A. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 553-568. doi: 10.1017/S135246580800458X
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 716-721. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.07.005
- Finucane, A., & Mercer, S. W. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*, 6, 14. doi: 10.1186/1471-244X-6-14
- Godfrin, K. A., & van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episode, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 738-746. doi:10.1016/j.brat.2010.04.006
- Gordon, M. (2006). *Handleiding verpleegkundige diagnostiek*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Green, S. M., & Bieling, P. J. (2012). Expanding the scope of mindfulness-based cognitive therapy: Evidence for effectiveness in a heterogeneous psychiatric sample. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 174-180.

- Hamidian, S., Omid, A., Mousavinasab, S. M., & Naziri, G. (2013). Comparison of the effect of mindfulness-based cognitive therapy accompanied by pharmacotherapy with pharmacotherapy alone in treating dysthymic patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15, 239-244. doi: 10.5812/ircmj.8024
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578. Verkrijgbaar bij: <http://opensiuc.lib.siu.edu/tpr/vol54/iss4/5>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169-183. doi: 10.1037/a0018555
- IBM Corporation (2011). *IBM SPSS Statistics for Windows*. New York: Armonk IBM Corp.
- Jacobs, N., Kleen, M., de Groot, F., & A-Tjak, J. (2008). Het meten van experiëntiële vermijding: De Nederlandse versie van de Acceptance and Action Questionnaire-II. *Gedragstherapie*, 41, 349-361.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156. doi: 10.1093/clipsy.bpg016
- Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 617-625. doi: 10.1016/j.brat.2006.04.008
- Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15, 181-192. doi: 10.1002/cpp.572
- Kim, Y. W., Lee, S.-H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, B., Kim, C. M., ... Yook, K.-H. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26, 601-606. doi: 10.1002/da.20552
- Kim, B., Lee, S.-H., Kim, Y. W., Choi, K. T., Yook, K., Suh, S. Y., ... Yook, K.-H. (2010). Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 590-595. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.03.019
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lallor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 193-203. doi: 10.1348/147608306X116016
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., ... Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 966-978. doi: 10.1037/a0013786
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99-110. doi: 10.1002/jclp.20741
- Ma, H. S., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse preven-

- tion effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40. doi: 10.1037/0022-006X.72.1.31
- Penninx, B. W., Nolen, W. A., Lamers, F., Zitman, F. G., Smit, J. H., Spinhoven, P., ... Beekman, A. T. (2011). Two-year course of depressive and anxiety disorders: Results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 133, 76-85. doi:10.1016/j.jad.2011.03.027
- Ree, M. J., & Craigie, M. A. (2007). Outcomes following mindfulness-based cognitive therapy in a heterogeneous sample of adult outpatients. *Behaviour Change*, 24, 70-86.
- Segal, Z. V., Bieling, P., Young, T., MacQueen, G., Cooke, R., Martin, L., ... Levitan, R. D. (2010). Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1256-1264.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G. C. (1998). The MINI-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Janavs, J., Weiller, E., Keskinder, A., ... Dunbar, G. C. (1997). The validity of the MINI-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12, 232-241.
- Speckens, A. E. M., van den Kieboom, P., Jansen, H., de Haas, N., & Wijsman, C. (2009). *Werkmap mindfulness-based cognitieve therapie: Met aandacht anders leren omgaan met onplezierige gedachten en gevoelens*. Nijmegen: UMC St. Radboud, Afdeling Psychiatrie.
- Spijker, J., Bockting, C. L. H., Meeuwissen, J. A. C., van Vliet, I. M., Emmelkamp, P. M. G., Hermens, M. L. M., & van Balkom, A. L. J. M. (namens de Werkgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie) (2013). *Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (3de revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P. P., Kempen, G. I., Speckens, A. E., & van Hemert, A. M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370.
- Stoppelenburg, E. (2008). Effecten en waardering van de cursus Mindfulness Based Cognitieve Therapie. *GG-zet Wetenschappelijk*, 12, 20-36.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287. doi: 10.1037/0022-006X.70.2.275
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Law, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623. doi:10.1037/0022-006X.68.4.615
- van Aalderen, J. R., Donders, A. R., Giommi, F., Spinhoven, P., Barendregt, H. P., & Speckens, A. E. (2012). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42, 989-1001. doi: 10.1017/S0033291711002054
- van Balkom, A. L. J. M., van Vliet, I. M., Emmelkamp, P. M. G., Bockting,

- C. L. H., Spijker, J., Hermens, M. L. M., & Meeuwissen, J. A. C. (namens de Werkgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie) (2013). *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (3de revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development, 17*, 110-119.
- World Health Organization (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361-370.

Cognitieve gedragstherapie als behandeling voor angststoornissen bij kinderen en adolescenten met ASS

WIM TOPS, ERIC HEYNS & NADY VAN BROECK

Samenvatting

Een autismespectrumstoornis (ASS) is een ontwikkelingsstoornis met een hoge graad van comorbiditeit. Angststoornissen zijn de meest voorkomende dubbeldiagnose bij ASS. Onderzoekers stellen zich hierbij de vraag of angststoornissen deel uitmaken van het bredere fenotype van ASS. Als dat zo is, dan zijn specifieke interventies voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen en jongeren met ASS nodig.

Er is een groeiende consensus dat indien cognitieve gedragstherapie wordt voorzien van specifieke modificaties het een efficiënte behandeling is van angststoornissen bij kinderen en jongeren met ASS. Deze modificaties houden in dat er in de behandeling voldoende aandacht gaat naar geassocieerde condities, zoals sociaal-communicatieve problemen en weerstand tegen verandering. Tevens wordt aanbevolen om concrete en visuele hulpmiddelen te gebruiken, de fascinaties en preoccupaties van de kinderen en adolescenten in de behandeling te integreren, en om ouders sterker bij de behandeling te betrekken.

In dit artikel beschrijven we twee casussen: een jongen met ASS en een specifieke fobie, en een meisje met ASS en selectief mutisme. We pasten een doorgedreven gedragstherapeutisch proces toe en kwamen zo tot nieuwe inzichten over angstproblemen bij kinderen met ASS. We beschrijven hoe de beperkte effecten van *exposure* verklaard kunnen worden, en waarom het voor kinderen en adolescenten met ASS moeilijker is om los te komen van wat voorspelbaar en controleerbaar is. Tevens tonen we aan dat operante technieken soms onmisbaar zijn om stagnaties in de behandeling te doorbreken.

Trefwoorden: angststoornissen, autismespectrumstoornis, modificaties, casuïstiek

.....

Autismespectrumstoornissen (ASS) worden gekenmerkt door aanhoudende problemen in de sociale communicatie en interactie, gecombineerd met beperkte, repetitieve gedragingen, interesses of activiteiten (American Psychiatric Association, 2014). Bij ASS zijn dubbeldiagnoses meer regel dan uitzondering (Pennington, 2006). Angststoornissen zijn de meest voorkomende dubbeldiagnoses bij personen met ASS. Prevalentiecijfers lopen op tot 50% (Simonoff et al., 2008; van Steensel, Bögels, & Perrin, 2011; White, Oswald, Ollendick, & Scahill, 2009). Zonder efficiënte behandeling kunnen angststoornissen chronische aandoeningen worden, die gepaard gaan met psychologische, sociale en emotionele problemen (van Steensel, Dirksen, & Bögels, 2013). Ook schoolprestaties worden negatief beïnvloed door angst. Kinderen en adolescenten met angststoornissen hebben een hoger risico op onderpresteren dan hun typisch ontwikkelende leeftijdgenoten (Reaven, Blakeley-Smith, Leuthe, Moody, & Hepburn, 2012). Specifieke interventies zijn dan ook nodig om kinderen en adolescenten met ASS binnen het reguliere schoolcurriculum te houden (Rotheram-Fuller & MacMullen, 2011).

Minder duidelijk is welke angststoornissen juist samen voorkomen met ASS (van Steensel et al., 2011). Onderzoek suggereert dat specifieke fobieën het vaakst voorkomen bij personen met ASS, bijvoorbeeld een specifieke angst voor harde geluiden, voor honden, voor dokters of om alleen te slapen (Maskey, Lowry, Rodgers, McConachie, & Parr, 2014; Mayes et al., 2013). Van Steensel et al. (2011) vonden dat ongeveer 30% van alle kinderen en adolescenten met ASS een specifieke fobie heeft. In dezelfde studie meldden de auteurs dat 17% voldoet aan de criteria voor een obsessief-compulsieve stoornis (OCD). Bij OCD heeft de persoon recidiverende en persisterende gedachten die angst veroorzaken (obsessies), en probeert de persoon deze te neutraliseren door een andere gedachte in de plaats te denken of door (dwang-) handelingen uit te voeren. Dwanghandelingen of compulsies zijn repetitieve handelingen (bijvoorbeeld handen wassen) waartoe de persoon zich gedwongen voelt als reactie op de obsessie(s) (APA, 2014). Ongeveer 16% van de kinderen en adolescenten met ASS heeft een sociale-angststoornis volgens van Steensel et al. (2011). Bij een sociale-angststoornis ervaart de persoon in kwestie een duidelijke angst voor blootstelling aan een kritische beoordeling door anderen, bijvoorbeeld in sociale interacties, wanneer hij geobserveerd wordt of wanneer hij prestaties moet leveren in aanwezigheid van anderen (APA, 2014). Ook andere angststoornissen komen voor bij personen met ASS. Van Steensel et al. (2011) rapporteerden bij 15% van de personen met ASS uit de deelnemende studies een gegeneraliseerde angststoornis, bij 9% een separatie-angststoornis en bij 2% een paniekstoornis.

Een interessante discussie die momenteel gevoerd wordt tussen onderzoekers gaat over de vraag in hoeverre er overlap is tussen de kenmerken

van angststoornissen enerzijds en de kenmerken van ASS anderzijds. Met andere woorden, onderzoekers vragen zich af of comorbide symptomen van angst mogelijk deel uitmaken van het bredere fenotype van ASS (van Steensel et al., 2011). Het antwoord op deze vraag heeft belangrijke gevolgen voor de behandeling van angststoornissen bij personen met ASS (Matson & Nebel-Schwalm, 2007). Het is immers mogelijk dat een goede behandeling van deze problemen meer vereist dan een beperkte aanpassing van een standaard angstbehandeling aan de doelgroep, zoals dat tot op heden meestal gebeurt. Toekomstig onderzoek zal hierover duidelijkheid moeten brengen. Het is in elk geval belangrijk om efficiënte behandelmethoden voor angstproblemen bij ASS te ontwikkelen.

Farmacologische en psychotherapeutische behandelingen worden het meest toegepast (Moree & Davis, 2010). Binnen de psychotherapeutische behandelingen wordt cognitieve gedragstherapie (CGT) vaak genoemd als een efficiënte behandeling van angststoornissen, ook bij kinderen en adolescenten met ASS (Moree & Davis, 2010; Reaven et al., 2012; Rotheram-Fuller & MacMullen, 2011; Sofronoff, Attwood, & Hinton, 2005). Toch is er veel minder bewijs voor de effectiviteit van *evidence-based-practice* (EBP) behandelingen van angstproblemen bij kinderen en jongeren met ASS dan bij zich typisch ontwikkelende kinderen. Wel is er een groeiende consensus dat CGT met specifieke modificaties zeker bruikbaar is bij deze groep.

Er is echter weinig of geen overeenkomst wat de aanpassingen voor kinderen en jongeren met ASS zouden moeten inhouden (Moree & Davis, 2010). In hun review meldden Chorpita en Daleiden (2009) dat communicatieve en socialevaardigheidstraining, *modeling* en psycho-educatie de meest gebruikte technieken zijn binnen CGT als behandeling voor angstproblemen bij ASS. Moree en Davis (2010) stellen vier modificaties voor om CGT tot een succesvolle behandeling te maken bij kinderen en adolescenten met ASS.

Ten eerste, de invoering van een stoornisspecifieke hiërarchie. Hiermee wordt volgens Moree en Davis (2010) bedoeld dat bij kinderen met ASS naast hun angsten (het hoogst op de hiërarchie van te behandelen probleem) ook rekening moet worden gehouden met andere problemen (lager op de hiërarchie), zoals sociaal-communicatieve problemen, weerstand tegen verandering, en repetitieve of beperkte interesses en gedragingen. Daarom is het volgens de auteurs belangrijk om tijdens de behandeling kleine stappen te nemen en alles voldoende te concretiseren. De auteurs stellen voor ruimere doelstellingen mee te nemen in het behandelplan dan enkel de behandeling van angstproblemen. Ze pleiten ervoor om ook een communicatieve en socialevaardigheidstraining in de behandeling te integreren.

Ten tweede suggereren Moree en Davis (2010) om visuele en concrete hulpmiddelen te gebruiken tijdens de therapie. Ze denken hierbij aan een strikt verloop van de therapie, met ondersteuning van een visueel schema, het gebruik van minder abstracte taal, visuele werkbladen, antwoordlijsten waaruit het kind een antwoord kan selecteren, en het maken van een per-

soonlijke toolbox (bijvoorbeeld op basis van eigen tekeningen) om gedrag en emoties te helpen verwoorden.

Ten derde stellen ze voor om de fascinaties en preoccupaties van het kind te integreren in de therapie. Een preoccupatie met astronauten bijvoorbeeld kan gebruikt worden om nieuwe emoties te ontdekken door die emoties voor te stellen als planeten. Dit kan de motivatie van kinderen met ASS aanzienlijk verhogen. Tegelijk houdt dit echter ook een risico in, namelijk het versterken van de stereotype interesses en de eraan gekoppelde gedragingen die vaak mede de sociale problemen veroorzaken. Het is met andere woorden zoeken naar een delicaat evenwicht, maar als dit gevonden wordt, kan het een gunstig effect hebben op het therapieverloop.

Tot slot is volgens Moree en Davis (2010) ouderparticipatie in de behandeling van kinderen met ASS van nog groter belang voor het slagen van de therapie dan in de behandeling van zich typisch ontwikkelende kinderen. Therapieën zijn effectiever wanneer ouders van kinderen met ASS bij de behandeling betrokken worden (Sofronoff et al., 2005). Ouderbetrokkenheid verhoogt de transfer van de therapie-effecten naar het dagelijks leven. Als ouders weten waaraan gewerkt wordt binnen de therapie en leren hoe ze hun kinderen buiten de therapie kunnen helpen, heeft dat een gunstig effect op het verloop ervan. Sommige onderzoekers stellen voor om ouders niet actief bij de therapiesessies van het kind te betrekken, maar om een groepsgewijze ouderbegeleiding op te zetten, parallel aan de therapie van het kind (Chalfant, Rapee, & Carroll, 2007).

Niet alle auteurs zijn echter overtuigd van het gunstige effect van deze aanpassingen bij de behandeling van angst bij kinderen en jongeren met ASS. Gevers (2009) waarschuwt voor de gevaren van het gebruik van fascinaties in de behandeling van angstproblemen bij kinderen met ASS. Volgens haar houdt dit een risico in, namelijk dat fascinaties omslaan in angst. Kinderen met ASS hebben weinig probleembesef. Ze herkennen hun eigen angst(en) vaak niet of onvoldoende. Daarom is het volgens de auteur ook niet raadzaam om cognitieve herstructurering toe te passen. Het kind of de jongere met ASS kan verstrikt raken in gedachten die het zelf niet begrijpt (Gevers, 2009). In plaats daarvan stelt Gevers (2009) drie technieken voor die beter geschikt zijn voor kinderen met ASS.

Ten eerste kan het verschuiven en uitbreiden van de aandacht, met name aandachtsafleiding, angstreducerend werken. Door de aandacht van het kind te verschuiven naar iets wat het plezierig vindt, zal het minder angst ervaren. Ten tweede is het belangrijk dat het kind leert observeren zonder evalueren. Hiermee wordt bedoeld dat het kind naar een situatie leert kijken zonder mening. Door het inoefenen van deze techniek aan de hand van prenten, leert het kind puur feitelijk naar dingen te kijken zonder bijhorende gedachten die angst opwekken. Tot slot adviseert Gevers (2009) ook het gebruik van ontspanningsoefeningen om kinderen met ASS te leren (lichamelijke) spanning los te laten. Ontspanningsoefeningen kunnen ook helpen om kinderen

en adolescenten voor te bereiden op het leren omgaan met angstgevoelens tijdens exposure-opdrachten in de therapie.

Met de onderstaande gevalsstudies willen we een bijdrage leveren aan de discussie over de aanpassingen die nodig zijn in de therapie bij kinderen en adolescenten met ASS en angststoornissen. Naar onze mening zijn niet alleen specifieke aanpassingen nodig bij de uitvoering van de behandeling. We pleiten vooral voor een grondige analyse van de angstproblemen, omdat de therapie van hieruit een (heel) andere insteek kan krijgen. We beschrijven twee casussen: een jongen van 14 jaar met ASS en een specifieke fobie, en een meisje van 7 jaar met ASS en selectief mutisme. In beide gevallen werd gestart met een traditionele gedragstherapeutische behandeling, uitgevoerd door de eerste auteur. Deze aanpak leek echter niet voldoende effectief bij deze twee kinderen, ondanks de voorgestelde aanpassingen van Moree en Davis (2010). Door het toepassen van een doorgedreven gedragstherapeutisch proces, met name grondige en herhaalde topografische analyses en functieanalyses, kwamen we tot nieuwe inzichten over de angstproblemen van deze twee kinderen met ASS. Deze inzichten leidden tot aanpassingen in het oorspronkelijke behandelprogramma, waarbij veel meer aandacht besteed werd aan de kernproblematiek bij ASS, vooral aan de atypische informatieverwerkingscapaciteiten en de kernsymptomen van ASS (namelijk de weerstand tegen verandering en de verhoogde behoefte aan voorspelbaarheid) dan aan de eigenlijke angst zelf.

CASUS 1: EEN JONGEN MET EEN SPECIFIEKE FOBIE EN ASS

.....

Zoals hierboven reeds werd aangegeven zijn specifieke fobieën de meest voorkomende angststoornissen bij personen met ASS (van Steensel et al., 2011). In ongeveer 30% van de gevallen zijn fobieën bij personen met ASS ongewoon vergeleken met zich typisch ontwikkelende leeftijdgenoten (Mayes et al., 2013), bijvoorbeeld angst voor stofzuigers of angst om met de trein te reizen. Graduele exposure wordt vaak als belangrijkste therapeutische techniek naar voor geschoven om specifieke fobieën te behandelen, ook bij personen met ASS (Maskey et al., 2014).

Aanmelding

.....

Luk is een jongen van 14 jaar met ASS. Hij groeit op in een intact gezin. Zijn ouders zijn beiden zelfstandigen. Hij heeft twee oudere broers (16 jaar en 21 jaar). Over de vroege ontwikkeling van Luk zijn geen bijzonderheden te vermelden. De taalontwikkeling verliep normaal. De motorische mijlpalen werden vlot verworven. Luk was een rustig en vrolijk kind. Op de basisschool ontwikkelde hij echter ernstige leerproblemen. Hij had zowel moeite met

lezen als met spelling en rekenen. Luk was opvallend trager dan zijn leeftijdgenoten. Een intelligentie-onderzoek toonde aan dat hij een benedengemiddeld intelligentiequotiënt (TIQ > 80) behaalde. Hij doubleerde het eerste leerjaar (groep 3). Daarna schakelde hij over naar het buitengewoon (speciaal) basisonderwijs. Vorig jaar startte Luk in het eerste jaar van het buitengewoon secundair onderwijs OV-3 (clusteronderwijs, cluster 2).

Luk heeft altijd moeilijkheden gehad met de omgang met leeftijdgenoten. In de buurt van andere, onbekende kinderen is hij vaak gespannen. Hij neemt zelf weinig initiatief om contact te leggen. Toch vond hij op school aansluiting bij de kinderen uit zijn groep. Hij heeft een goed gevoel voor humor. Vaste vrienden heeft hij nooit gehad. Sinds dit jaar is er een klasgenoot met wie hij het goed kan vinden. Soms spreken ze af om samen iets te gaan doen, bijvoorbeeld naar de bioscoop gaan. Luk is graag op zichzelf of thuis bij zijn ouders. Hij is verslingerd aan computers en gamen. Hij heeft geen hobby's buitenshuis. Als jongste van het gezin krijgt hij veel aandacht van zijn ouders. Vooral moeder is toegeeflijk naar Luk toe. Vader probeert kordater op te treden en grenzen te stellen. Soms komt mama hierop terug zonder medeweten van vader.

De kinderpsychiater verwees Luk vanwege een schoolfobie en een sociale angststoornis. Op het moment van aanmelding was hij bijna zes maanden niet meer naar school gegaan. Daarvoor ging hij gedurende zes maanden sporadisch naar school. In die periode volgde Luk gemiddeld 8 van de 32 lessen per week. Wanneer hij toch naar school ging, stond hij te trillen op zijn benen. Op woensdag ging hij soms nog wel, want dan kreeg hij les van zijn favoriete leerkracht. De klachten zijn ontstaan nadat Luk op de bus werd gepest door een groepje jongeren. Ze lachten hem uit omdat hij volgens hen veel te dik was. Sindsdien durft hij de bus niet meer te nemen. Zijn ouders brachten hem elke dag naar school. Wanneer mama hem bracht, wilde Luk vaak niet uitstappen. Mama gaf meestal toe en nam Luk terug mee naar huis. Papa was hierin kordater. Bij hem verzette Luk zich minder vaak. Papa heeft Luk één keer de klas in geduwd. Sindsdien gaat hij helemaal niet meer naar school.

Luk heeft complexen over zijn overgewicht. Op school heeft hij angst voor de momenten waarop hij zich moet omkleden of douchen, bijvoorbeeld tijdens de praktijklessen of de gymnastiekles. Hij is bang dat andere kinderen hem uitlachen om zijn dikke buik. Luk is een emo-eter. Als hij zich slecht voelt, snoept en eet hij veel.

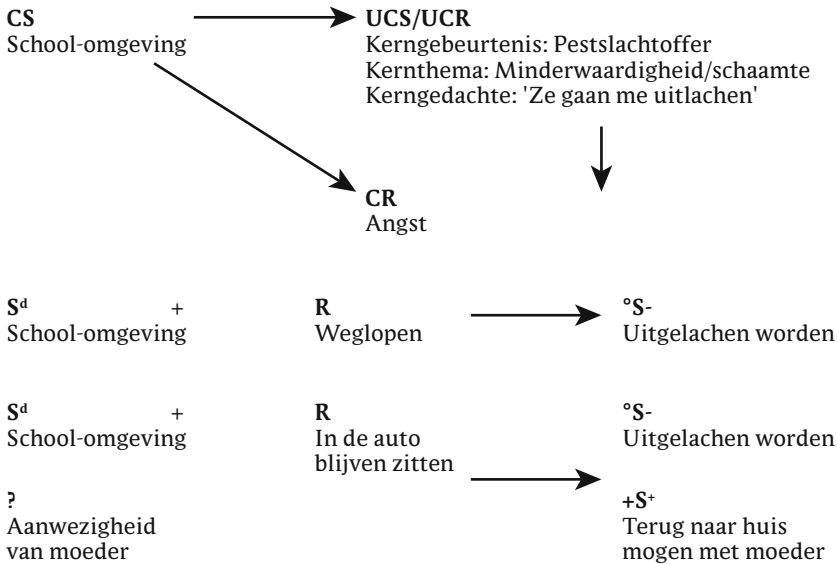
Wanneer de angst te hoog oploopt, klapt hij dicht. Hij is dan niet meer aanspreekbaar en staart enkel naar de grond. Hij reageert niet meer op wat mensen zeggen of vragen. Hij loopt dan weg. Na een uur of twee gaat dit vanzelf weer over. Luk speelt steeds vaker op zijn computer, tot wel zeven uur per dag. Thuis krijgt hij regelmatig woede-uitbarstingen, gemiddeld twee keer per week. Luk gooit dan wel eens iets stuk. 's Morgens probeert hij zijn moeder zo te bespelen dat hij niet naar school hoeft. Moeder kan hier moeilijk mee omgaan, want ze is zelf overstuurd als ze Luk zo angstig moet achterlaten.

op school. Vaak neemt ze hem mee terug naar huis. De broers van Luk tonen weinig begrip voor de situatie en maken soms gemene opmerkingen. Ze plagen hem omdat hij in het buitengewoon onderwijs (clusteronderwijs) zit.

151

Funcctieanalyses

Om de betekenis van het gedrag van Luk beter te begrijpen, hebben we funcctieanalyses gemaakt, die in figuur 1 zijn weergegeven.



FIGUUR 1 *Funcctieanalyses casus Luk*

In de klassieke component van de funcctieanalyse stellen we dat wanneer Luk in de buurt van een school komt het gevoel van angst bij hem wordt geactiveerd. Dit komt doordat deze omgeving voor hem verbonden is met de verwachting dat andere kinderen hem gaan uitlachen. De oorzaak hiervan is te vinden in zijn pestverleden. Als thema houdt dit verband met minderwaardigheid en schaamte.

Als Luk in de buurt van het schoolgebouw komt, loopt hij weg of weigert hij uit de auto te stappen, uit angst om uitgelachen te worden. Als mama hem met de auto naar school brengt, is hij niet geneigd om uit te stappen. Hij weet dat mama zelf overstuur raakt door de situatie en vaak toegeeft aan zijn weigering. Mama neemt Luk dan vaak mee terug naar huis.

Toepassing van het behandelprotocol

Tijdens de behandeling werd bij Luk gebruikgemaakt van het behandelprotocol *Denken + Doen = Durven* voor angststoornissen bij kinderen en adolescenten (Bögels, 2008) met de bedoeling om de angst om naar school te gaan te verminderen. In dit protocol worden naast psycho-educatie over angst verschillende gedragstherapeutische technieken gehanteerd, zoals het opsporen en uitdagen van negatieve gedachten (bijvoorbeeld met behulp van kansberekening en gedragsexperimenten), het aanleren van relaxatietechnieken en het toepassen van graduele exposure. Het protocol bestaat uit 10 sessies, waarbij de therapeut met het kind alleen, met de ouders alleen of met het kind en de ouders samenwerkt. Hendriks en Bögels (2008) onderzochten of dit protocol ook geschikt is, of beter is dan de standaardzorg, om angststoornissen mee te behandelen bij kinderen met autisme. Ze vergeleken 68 kinderen met ASS, van wie de ene helft *Denken + Doen = Durven* volgde en de andere helft een andere ondersteuning uit de standaardzorg. Het protocol *Denken + Doen = Durven* bleek effectiever in het verminderen van de angststoornissen bij kinderen met ASS dan de standaardzorg.

Hoewel we geen twijfels hadden over de bruikbaarheid van dit protocol bij kinderen en jongeren met ASS, wilden we tijdens de therapiesessies ook rekening houden met de autismespecifieke aanpassingen die zijn voorgesteld door Moree en Davis (2010). We beslisten daarom om naast de behandeling van angst ook de sociaal-communicatieve vaardigheden te trainen, en wel door middel van rollenspellen en hiervoor ontwikkelde gezelschapsspellen. Hoewel het protocol voorziet in concrete en visuele hulpmaterialen, werd er eveneens voor gekozen om samen met de cliënt een persoonlijke toolbox (met onder andere een gepersonaliseerde gevoels thermometer) te ontwikkelen. We letten er bovendien op om het positieve gedrag van Luk te bekrachtigen en speelden in op zijn specifieke interesses, namelijk computerspellen spelen. De ouders werden nauw bij de therapie betrokken, niet alleen door gebruik te maken van het ouderwerkboek bij het behandelprotocol, maar ook door aan de ouders expliciet te vragen positief gedrag te bekrachtigen met extra speeltijd op de computer.

Uitvoering van de behandeling

Een belangrijk aspect in de behandeling van angststoornissen is het opstellen van een angsthiërarchie. Die vormt immers de basis voor de toepassing van exposure. De therapeut, Luk en zijn moeder kwamen samen tot de volgende angsthiërarchie:

- ▶ lege speelplaats van een andere school;
- ▶ speelplaats met leerlingen van een andere school;

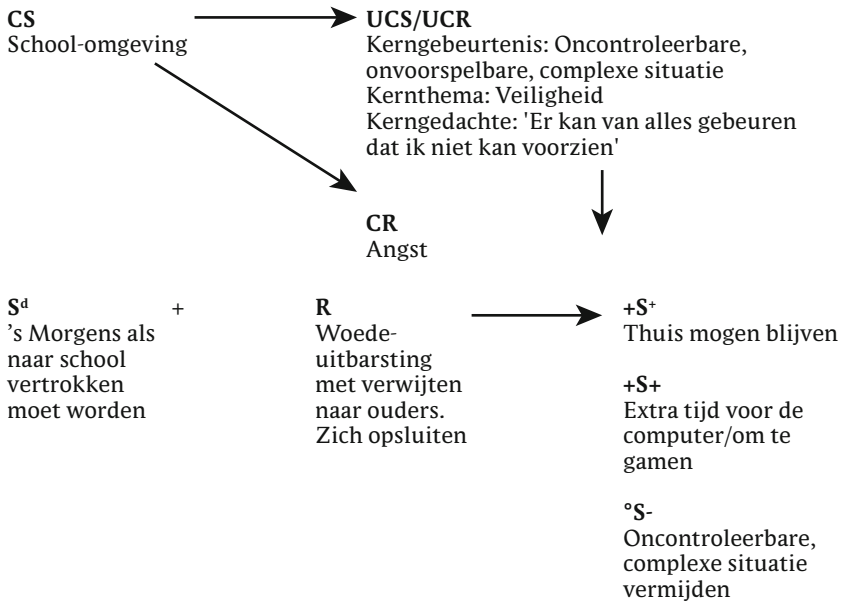
- ▶ lege speelplaats van de eigen school;
- ▶ speelplaats met leerlingen van de eigen school;
- ▶ rondwandelen in het schoolgebouw (leerlingen zitten in de klassen);
- ▶ rondwandelen in het schoolgebouw tijdens een leswisseling;
- ▶ in het klaslokaal zitten zonder leerlingen;
- ▶ twee lesuren op woensdag;
- ▶ twee lesuren op maandag, woensdag en vrijdag;
- ▶ halve dag op maandag, woensdag en vrijdag;
- ▶ halve lesweek (ochtenden);
- ▶ volledige lesweek zonder gymnastiekles;
- ▶ volledige lesweek en aanwezig zijn in gymnastiekles;
- ▶ volledige lesweek en meedoen aan de gymnastiekles.

Ook aan het opsporen en uitdagen van negatieve gedachten over zichzelf werd aandacht besteed, omdat Luk een laag zelfbeeld had. Hij had vaak gedachten als: 'Iedereen lacht me uit, omdat ik te dik ben', 'Ik ben dom' of 'Niemand is geïnteresseerd in mij'. Daarnaast werden hem ontspanningstechnieken aangeleerd, met name de voetzoolmethode, die in de literatuur beschreven wordt als een mindfulness-oefening voor personen met ASS. Wanneer de angst bij Luk te hoog opliep, werd hem geleerd zijn aandacht te verplaatsen naar zijn voeten en voetzolen. Zo werd de aandacht afgeleid van de angst. Voor meer informatie over deze techniek verwijzen we naar Spek (2010).

De exposure-behandeling verliep aanvankelijk vlot. Luk was weliswaar angstig, maar kreeg de angst onder controle door vaak te oefenen en de relaxatietechniek toe te passen. Hij kreeg meer zelfvertrouwen en leek zich goed te voelen bij de therapie. Toen hij echter opnieuw dagelijks een halve dag naar school moest gaan, begon hij weer weg te lopen of weigerde hij uit de auto te stappen.

De stagnatie in de therapie vormde de aanleiding om na te gaan wat de oorzaak was van de moeilijke voortgang. Hiertoe werden enkele gesprekken met de ouders gepland. Er werden ook nieuwe topografische analyses en functieanalyses gemaakt. De ouders vertelden dat ze 's morgens (al een half uur na het opstaan) aan Luk konden zien of hij op school zou blijven of niet. Specifieke triggers voor zijn angst werden niet gevonden. Luk reageerde vaak heel boos en slingerde zijn ouders allerlei verwijten naar het hoofd. Soms voegde hij eraan toe dat hij niet meer wilde leven. Dit deed hij vaker bij mama dan bij papa. Hij sloot zich dan ook op in zijn kamer. De ouders vertelden dat ze een weekend gepland hadden zonder de kinderen, maar dat Luk in elk geval wilde meegaan. Mama gaf toe. Enkele uren nadat ze op hun bestemming waren aangekomen, wilde Luk echter terug naar huis, omdat er voor hem niet veel te beleven was. De ouders zijn diezelfde dag terug naar huis gegaan.

Op basis van al deze nieuwe informatie beslisten we om de eerder gemaakte functieanalyses te herbekijken en aan te vullen (zie figuur 2).



FIGUUR 2 Herbekeken en aangevulde functieanalyses van de casus Luk

In aanvulling op de eerste klassieke functieanalyse (zie figuur 1) ontdekten we bij Luk een tweede, dieper liggende laag, die aanleiding gaf tot het formuleren van een tweede klassieke functieanalyse, namelijk de UCS/UCR, die verwijst naar oncontroleerbare, onvoorspelbare en complexe sociale situaties. Deze situaties zijn verbonden met het kernthema veiligheid. Het gaat hier om een aangeboren en niet-aangeleerde connectie die eigen is aan personen met ASS. Situaties die andere kinderen niet als bedreigend ervaren, zijn dat vaak wel voor Luk. De blootstellingsbehandeling zoals eerder beschreven werkte in deze analyse ook alleen in op de eerste oppervlakkige laag, namelijk het deconditioneren van zijn negatieve pestervaring. Maar na die exposure bleef bij Luk angst bestaan voor oncontroleerbare, onvoorspelbare en complexe sociale situaties. Exposure verandert immers niet de aangeboren gevoeligheid om prikkels te associëren met deze UCS/UCR-representatie.

In het operante luik werd duidelijk dat de angst om naar school te gaan niet uitsluitend ontstond wanneer Luk in de buurt kwam van zijn school(gebouw). Dit leidde tot het formuleren van een bijkomende operante functieanalyse. Luk werd al bang op het moment dat hij thuis moest vertrekken (S^d). Hij reageerde dan vaak met woede-uitbarstingen en verwijten naar zijn ouders toe, vooral tegenover zijn moeder, omdat zij toegeeflijker was dan vader. (Luk zei bijvoorbeeld: 'Je bent een verschrikkelijke moeder. Je weet niet wat je me aandoet. Welke moeder doet er nu zo iets!') Luk kreeg zijn moeder vaak zover

dat ze toegaf, en dat hij thuis mocht blijven (+S⁺) en een hele dag kon gamen (+S⁺). Hij vermeed hiermee echter ook de oncontroleerbare, complexe en angstinducerende situatie die de school voor hem was (°S⁻).

Luk probeerde eerst alles in het werk te stellen om niet naar school te hoeven vertrekken. Als dat niet lukte en zijn ouders hem toch naar school brachten, trad de hoger geformuleerde operante situatie in werking, namelijk dat hij wegliep of weigerde uit te stappen. Na een tijdje lukte het Luk steeds vaker om niet naar school te hoeven vertrekken. Nog later gaven de ouders steeds sneller toe aan Luks wens om thuis te blijven.

Deze functieanalyses werden met de ouders besproken. Aan hen werd uitgelegd hoe de schoolweigering bij Luk in stand gehouden werd (door vermijding). Deze nieuwe zienswijze bracht met zich mee dat de ouders Luk ook anders dienden aan te pakken. Ze werden intensief gecoacht om hun zoon naar school te blijven brengen, ook als hij zich verzette. Er werd van Luk verlangd dat hij alle dagen voltijds op school zou zijn. Wel hoefde hij de eerste vier weken nog niet deel te nemen aan de gymnastiekles. Het doorlopen van de angsthiërarchie werd stopgezet. Met Luk werd besproken dat de kinderpsychiater zijn afwezigheid op school niet langer door de vingers zou zien en welke gevolgen dit kon hebben (inschakeling van spijbelpolitie, schrappen als reguliere leerling, geen diploma). Er werd thuis een kalender opgehangen om het aantal dagen dat Luk afwezig was bij te houden. Op de dagen dat Luk naar school ging, mocht hij 's avonds op de computer veertig minuten gamen. Als hij niet ging, mocht hij niet gamen en moest hij de keuken stofzuigen.

Daarnaast werd gewerkt aan de voorbereiding van zijn deelname aan de gymnastiekles, wat heel moeilijk was voor Luk. Na deze les werd immers verwacht dat de leerlingen zouden douchen en moest hij zich dus tonen aan zijn medeleerlingen. Tijdens die momenten kwamen er vaak negatieve opmerkingen over zijn overgewicht. Toen Luks ouders hem inlichtte over de nieuwe aanpak in de behandeling, reageerde hij heel boos en maakte hij hun veel verwijten. De ouders deden hun best om niet op zijn boze reacties in te gaan.

De volgende ochtend kreeg Luk een woede-uitbarsting, maar ging hij toch naar school. De rest van de week lukte het goed om naar school te gaan en had Luk geen woede-uitbarstingen meer. Tijdens de daaropvolgende maand kwam 's morgens nog sporadisch een woede-uitbarsting voor, maar de hevigheid hiervan nam duidelijk af. Op school kreeg Luk nog twee keer een paniekaanval. Momenteel heeft hij wekelijks een (kort) gesprek met een psycholoog die verbonden is aan de school. Die bespreekt met hem wat er allemaal staat te gebeuren. De bedoeling van de gesprekken is de voorspelbaarheid op school te vergroten. Drie weken na de verandering van aanpak besliste Luk zelf om weer mee te gaan doen aan de gymnastiekles. Een toekomstig therapiedoel is om hem opnieuw met de bus naar school te laten gaan. Hiervoor werd samen met Luk, zijn ouders en de therapeut een nieuwe angsthiërarchie opgesteld. We verwachten dat het toepassen van graduele exposure voor het bereiken van deze doelstelling effectief zal zijn.

CASUS 2: EEN MEISJE MET SELECTIEF MUTISME EN ASS

.....

Volgens de DSM-IV-TR (APA, 2000) is selectief mutisme het consistent niet spreken in sociale situaties waarin dit wel wordt verwacht. Volgens de DSM-IV-TR-criteria kan de classificatie selectief mutisme niet gehanteerd worden bij kinderen met een ASS. Sociale communicatieproblemen worden immers gezien als een van de kernproblemen van ASS (APA, 2000). Het is vaak niet eenvoudig om selectief mutisme van ASS te onderscheiden, of om beide stoornissen te diagnosticeren wanneer kinderen (nog) niet spreken. Kinderen met selectief mutisme vertonen symptomen die ook vaak voorkomen bij kinderen met ASS, zoals inadequaat oogcontact, vlakke mimiek, beperkte sociale interacties, gebrek aan initiatief en sociaal isolement. In de nieuwste versie van de DSM, de DSM-5, kan een dubbeldiagnose wel, op voorwaarde dat de symptomen van selectief mutisme niet uitsluitend optreden in het beloop van de ASS (APA, 2014, p. 295).

Aanmelding

.....

Jessy is een meisje van 7 jaar met een leerstoornis en ASS, die op het moment van aanmelding in het tweede leerjaar van het reguliere basisonderwijs (groep 4) zit. Ze groeit op in een intact gezin. Haar vader is ingenieur. Moeder is verpleegster. Jessy heeft een broer van 6 jaar. Moeder is heel bezorgd over het welzijn van haar dochter. Volgens haar is Jessy faalangstig. Ze herkent veel problemen van Jessy bij zichzelf.

De vroege ontwikkeling van Jessy kende geen problemen. Haar taalontwikkeling kwam goed op gang en leek leeftijdsadequaat. Motorisch was de ontwikkeling eveneens normaal. Als baby had ze last van reflux. Ze huilde veel en hield niet van fysiek contact (knuffelen, zoenen). Tot Jessy naar school ging, sprak ze vlot, zowel binnenshuis als buitenshuis. Sinds ze naar school gaat, is er echter sprake van selectief mutisme. Thuis spreekt Jessy nog steeds vlot, maar daarbuiten laat ze haar stem niet horen. Moeder had zelf tot haar twaalfde ook selectief mutisme. In de klas heeft Jessy nog nooit voor de hele groep gesproken. Op de speelplaats spreekt ze wel tegen sommige leerlingen. Ze durft ook dingen in het oor van de leerkracht te fluisteren. Wanneer er in kleine groepjes gewerkt wordt, durft Jessy soms in de klas te praten. Buiten de school praat ze niet met onbekende volwassenen, bijvoorbeeld in een winkel of in een restaurant. Ze spreekt ook niet met een aantal leden van haar familie. Binnen het gezin kan Jessy haar verdriet en angst om in een groep te spreken verwoorden. Ze heeft een jongere broer die erg extravert is en op school uitblinkt. Hij praat graag en veel. Hij houdt ervan om in de belangstelling te staan.

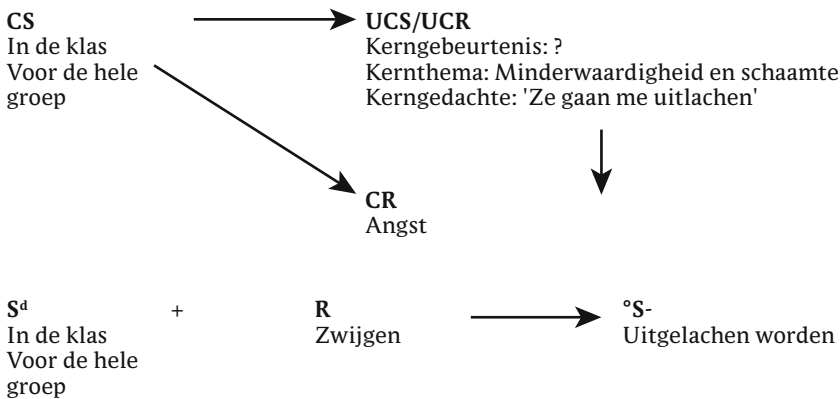
Jessy daarentegen heeft leermoeilijkheden. Lezen en rekenen gaan haar erg moeilijk af. Ze wordt extra begeleid door de zorgleerkracht van de school.

Jessy heeft een laag zelfbeeld en voelt zich dom. Ze voelt zich snel bekritiseerd en minderwaardig, zeker ten opzichte van haar broer. Soms blokkeert ze als ze een taak of huiswerk moet maken. Ze doet dan helemaal niets meer en reageert niet als ze wordt aangesproken. Ze piekert veel, vooral wanneer ze in haar bed ligt. Ze kan moeilijk inslapen. Jessy wordt heel snel boos, vooral als iets niet lukt of niet loopt zoals ze het verwachtte. Soms mondt dit uit in een woede-uitbarsting. Ze is erg creatief en kunstzinnig, en kan goed tekenen en knutselen voor haar leeftijd.

Moeder heeft het moeilijk met het autisme en de leerstoornis van haar dochter. Ze denkt dat de problemen van Jessy voortkomen uit faalangst en dat ze vanzelf zullen verdwijnen wanneer Jessy meer zelfvertrouwen krijgt.

Funcctieanalyses

Hoewel Jessy zowel in de klas als in de omgang met (onbekende) volwassenen niet spreekt, is er gekozen om enkel te focussen op haar stilzwijgen in de klas. Haar schoolse ontwikkeling wordt daar immers sterk door gehypothekeerd. Samen met de ouders werd afgesproken om in het begin de behandeling enkel hierop te richten en die later eventueel uit te breiden naar andere situaties. Om de spreekangst van Jessy in de klas beter te begrijpen, maakten we op basis van de gesprekken met de ouders de functieanalyses zoals die zijn weergegeven in figuur 3.



FIGUUR 3 *Funcctieanalyses casus Jessy*

In de klassieke component van de functieanalyse gaan we ervan uit dat de angst van Jessy vooral ontstond als ze moest spreken in de klas, wanneer alle leerlingen haar konden horen. Ze dacht dat ze iets stoms zou zeggen en dat ze haar zouden uitlachen. Door haar stilzwijgen kon Jessy vermijden dat ze werd uitgelachen (operant).

Toepassing van het behandelprotocol

Er werd gestart met de protocollaire behandeling *Spreekt voor zich!* voor selectief mutisme (de Jonge, de Pagter, & van Braam Van Vloten Hairwassers, 2013). Dit programma werd ontwikkeld op basis van wetenschappelijke literatuur over selectief mutisme. *Spreekt voor zich!* is een *blended* interventie, namelijk een combinatie van therapie en online elementen, waaronder een webportaal en een computerspel (*applied game*). Het is meer bepaald een gedragstherapeutisch programma dat gestoeld is op leertheoretische principes. Zowel klassieke als operante technieken worden gebruikt om angst te leren overwinnen. Met behulp van graduele *exposure in vivo*, *shaping*, *fading* en bekrachtiging van het gedurfde gedrag, wordt het kind geholpen om stap voor stap (opnieuw) te gaan spreken in de gevreesde situaties. Angstbeheersingstechnieken, zoals ontspanningsoefeningen en positieve zelfspraak, worden aangeleerd om het kind te helpen. Modeling en psycho-educatie maken eveneens deel uit van de behandeling. Naast angstspecifieke behandeltechnieken wordt ook gewerkt aan het versterken van een positief zelfbeeld en het vergroten van zelfvertrouwen. Niet alleen de ouders maar ook de leerkracht worden actief betrokken bij de behandeling. Dit gebeurt door middel van psycho-educatie, exposure-oefeningen en praktische adviezen om het kind te helpen zijn angst stapsgewijs te overwinnen.

Spreekt voor zich! is een *web-based* adaptief programma dat zich aanpast aan de vorderingen van het kind. In een beveiligde webomgeving worden alle stappen toegelicht. Er is voorzien in voorbeelden, adviezen, werkbladen en oefeningen. De therapeut houdt controle over het therapieproces en beslist welke stappen zinvol zijn voor het kind. De webomgeving biedt naast het therapiemateriaal ook de kans aan alle betrokkenen om met elkaar te communiceren, extra oefeningen te kiezen, de vorderingen te volgen en berichten achter te laten. Naast het behandelprogramma is er in de digitale omgeving ook een spel aanwezig: het Luiderslot. Het Luiderslot is een geheimzinnig kasteel. Omdat de toren ervan betoverd is, zijn alle kleuren en geluiden uit het Luiderslot verdwenen. Het kind kan ze terugvinden door allerlei opdrachten uit te voeren.

De effectiviteit van het protocol *Spreekt voor zich!* wordt momenteel onderzocht. Hoewel er nog geen resultaten beschikbaar zijn over de toepassing van het protocol bij kinderen met zowel ASS als selectief mutisme, maken de onderzoekers zich sterk dat dit protocol ook bruikbaar is bij deze doelgroep, al kan het zijn dat het verloop van het programma en de doelen van de therapie moeten worden aangepast. Het protocol *Spreekt voor zich!* beantwoordt reeds aan de aanpassingen die Moree en Davis (2010) voorstellen. Naast angstreductie zet het in op algemene vaardigheden als de ontwikkeling van een positief zelfbeeld en zelfvertrouwen. Het programma voorziet in concrete hulpmiddelen en is visueel erg aantrekkelijk. De ouders worden

nauw betrokken bij de behandeling. Het protocol sluit goed aan bij de leefwereld van jonge kinderen tot 9 jaar. Als beloning (bijvoorbeeld in de vorm van een krullenkaart) werd bij Jessy gewerkt met knuffels, omdat ze daar een fascinatie voor had.

Uitvoering van de behandeling

Tijdens de eerste behandelsessie werd met Jessy en haar mama de volgende angsthiërarchie opgesteld:

- ▶ vlot praten met de therapeut;
- ▶ praten in de gang van de school met een vriendinnetje;
- ▶ praten in de klas in een groepje met drie kinderen (door Jessy zelf gekozen);
- ▶ praten in de klas in een groepje met drie kinderen (door de juf gekozen);
- ▶ praten in de klas in een groepje met zes kinderen (door Jessy zelf gekozen);
- ▶ praten in de klas in een groepje met zes kinderen (door de juf gekozen);
- ▶ ja/nee zeggen in de hele klas;
- ▶ gesloten vragen beantwoorden in de klas met alle kinderen aanwezig;
- ▶ een vraag stellen in de klas met alle kinderen aanwezig;
- ▶ spontaan praten in de klas met alle kinderen aanwezig;
- ▶ een boekbespreking houden voor de volledige klas.

Vanaf de start van de behandeling had Jessy geen problemen om met de therapeut te praten. Ook met de juf apart kon ze vlot praten. Er kon daarom ongeveer halverwege de angsthiërarchie gestart worden, namelijk met het uitspreken van één woord in de klasgroep. Er werd gekozen voor 'ja' of 'nee', als reactie op gesloten vragen. Hiervoor werd een beloningskaart (krullenkaart) gebruikt, die ingevuld werd door de juf. De voortgang werd tijdens een wekelijkse sessie met Jessy besproken. Tijdens deze individuele behandelmomenten werd vooral ingezet op de ontwikkeling van een positief zelfbeeld. Tijdens de eerste week zei Jessy twee woorden en in de week erna opnieuw twee. Tijdens de derde en vierde week sprak ze drie woorden. De doelstelling was dat ze tijdens elk dagdeel (negen dagdelen in een week) één keer ja of nee zou zeggen.

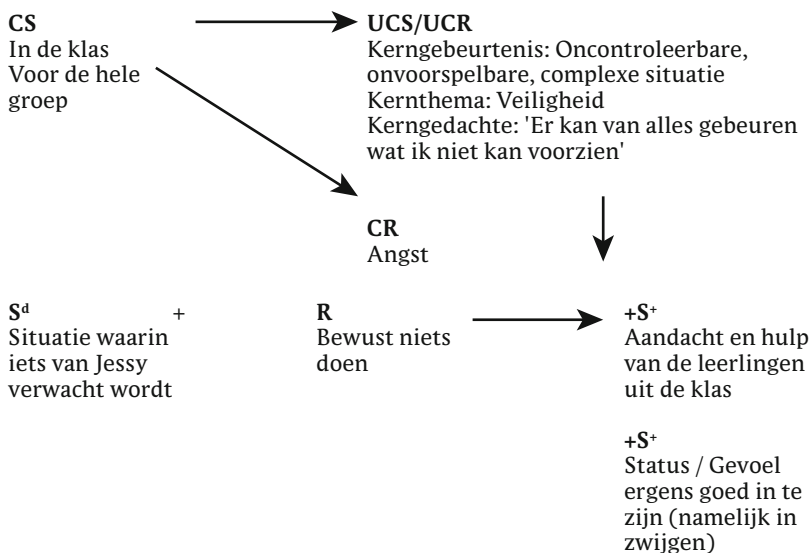
Hoewel de behandeling voor Jessy tijdens de eerste vier weken goed leek te verlopen, stagneerde daarna het therapieproces. Vanaf de vierde week sprak Jessy niet meer en ook gedurende de volgende drie weken zweeg ze. Zelfs in situaties waarin ze eerst wel sprak, bijvoorbeeld bij de zorgjuf, sprak ze nu niet meer. Het protocol werd daarom even *on hold* gezet. Ook wanneer de therapeut wekelijks twee tot drie maal in de klas kwam om met haar te oefenen, maakte dat geen verschil. De aan- of afwezigheid van de leerkracht leek evenmin een factor van belang. Er werd aanvankelijk enkele keren in kleine groepjes gewerkt en daarna klassikaal, met creatieve niet-leergebon-

den activiteiten die Jessie graag deed, zoals het maken van een klankverhaal (bijvoorbeeld over waaiende bomen en loeiende koeien), samen zingen, knutselen, enzovoort. Jessie praatte echter niet. Wel gebruikte ze sporadisch niet-verbale communicatie, zoals hoofdschudden of de schouders ophalen.

Omdat de behandeling eerder een negatief dan een positief effect leek te hebben op de spreekdurf van Jessie, werden enkele gesprekken gepland met de ouders en de juf. Hieruit kwamen enkele bijzonderheden naar voren die niet uitsluitend vanuit de eerdere functieanalyses verklaard konden worden:

- ▶ Tijdens een viering van de jarigen van de school wilde Jessie met enkele kinderen mee op het podium staan om te zingen.
- ▶ Jessie moest een keer in een andere klas iets gaan halen. Ze stond samen met de juf voor de deur. De juf vroeg aan Jessie om op de deur te kloppen, maar ze weigerde. De juf liet haar voor de deur staan en keerde alleen terug naar de klas. Toen Jessie na vijf minuten nog niet terug was, stuurde de juf een andere leerling om haar te helpen. Ze had nog steeds niet aangeklopt.

Net als bij Luk leek het ons noodzakelijk om de bestaande functieanalyses opnieuw te bekijken. Op basis van deze gebeurtenissen werden nieuwe, aanvullende functieanalyses opgesteld (zie figuur 4).



FIGUUR 4 *Herbekeken en aangevulde functieanalyses van de casus Jessie*

In de nieuwe klassieke functieanalyse zien we bij Jessie eenzelfde UCS/UCR als bij Luk, namelijk oncontroleerbare, onvoorspelbare, complexe situaties

verbonden met het thema veiligheid. Wanneer Jessy voor een hele klas moet spreken, wordt ze overmand door een gevoel van onveiligheid, dat haar angstig maakt. We stellen vast dat er ook bij Jessy een diepere laag aanwezig is onder de angst om uitgelachen te worden of de angst om iets verkeerd te zeggen. Het gaat om een niet-aangeleerde, aangeboren angstgevoeligheid, die het gevolg is van de typische informatieverwerking van kinderen met ASS. Jessy zal net als veel kinderen met ASS meer angst en spanning ervaren in onvoorspelbare klassituaties, waarin alle klasgenoten tegelijk aanwezig en bezig zijn. In kleinere groepjes lukte het Jessy beter om met haar angst voor het onvoorspelbare om te gaan.

Ook in de operante functieanalyse kwamen we tot een dieper inzicht. Jessy behoudt haar stilzwijgen niet alleen uit angst om uitgelachen te worden, maar ook om haar status te behouden binnen de klasgroep. Haar klasgenoten schieten haar immers snel te hulp in situaties waarin van haar verwacht wordt te praten. Op die manier krijgt ze aandacht van de klasgroep. We veronderstellen dat dit voor haar erg bekrachtigend is.

Na het opstellen van deze nieuwe functieanalyse werd beslist voorlopig niet door te gaan met de exposure-oefeningen die voorzien zijn binnen het protocol *Spreekt voor zich!* De exposure werkte bij Jessy enkel in op het deel van de angst dat geconditioneerd was, namelijk de angst om iets verkeerd te zeggen en uitgelachen te worden. Maar zelfs wanneer deze connectie gedeconditioneerd was, bleef er bij Jessy nog te veel angst over om te durven spreken voor de hele klas. Net als bij de casus Luk stellen we bij Jessy een niet-aangeleerde, aangeboren angstgevoeligheid vast voor oncontroleerbare, onvoorspelbare en complexe situaties (UCS/UCR), waarbij de therapie dient aan te sluiten.

Zowel de thuis- als schoolomgeving werden geanalyseerd, om te kijken of er vereenvoudigingen mogelijk waren en of de voorspelbaarheid kon vergroot worden voor Jessy. Met de ouders en de juf werd afgesproken het gewenste gedrag, in dit geval spreken voor de hele klas, heel consequent en expliciet te bekrachtigen, en het ongewenste gedrag, in dit geval stilzwijgen, heel consequent te negeren. Het aantal vragen (vooral gesloten vragen) en opdrachten aan Jessy werd sterk opgedreven, zowel thuis als op school, maar op duidelijk afgesproken momenten. Wanneer Jessy niet antwoordde, werd dit genegeerd. Dezelfde vraag of opdracht werd vervolgens aan een ander kind of thuis aan haar broer gegeven. Als het kind of haar broer de vraag beantwoordde of de opdracht uitvoerde, werd dit positief bekrachtigd door middel van een compliment, waarbij het goede gedrag expliciet benoemd werd (+S⁺). Op deze manier liep Jessy vaak bekrachtigingen mis, terwijl ze tegelijk zag hoe andere kinderen die wel kregen. Wanneer de klasgenoten van Jessy in haar plaats spraken, reageerde de juf stevast op dezelfde manier: 'Ieder kind uit deze klas kan voor zichzelf praten. We praten niet in de plaats van iemand anders.' De andere kinderen van de klas kregen op deze wijze een positieve straf (+S⁻) wanneer ze in Jessy's plaats wilden spreken.

Na twee weken had de nieuwe aanpak resultaat. De kinderen waren gestopt in de plaats van Jessy te praten. Jessy verloor hierdoor haar bijzondere status in de groep (-S⁺). Ze was niet langer het kind dat extra aandacht kreeg omdat ze niet kon praten. Als reactie hierop zocht ze tijdens de speeltijd meer toenadering tot andere kinderen. Ze probeerde meer betrokken te raken in het groepsspel van klasgenoten. Ze kwam hierdoor in contact met enkele kinderen door wie ze vroeger bang was uitgelachen te worden. In de klas begon Jessy aanvankelijk vooral non-verbaal te reageren. Ze knikte vaker en gebruikte haar mimiek vaker om iets duidelijk te maken. Tijdens de tweede week sprak Jessy per ongeluk een keer. Ze schrok er zelf zo van dat ze vlug haar mond bedekte. Tijdens een andere activiteit waarbij ze geblinddoekt eten moest proeven, gaf Jessy spontaan het antwoord 'chocolade'. Sindsdien laat Jessy bijna dagelijks haar stem horen, zij het meestal fluisterend. Ze reageert nog niet op alle vragen en uitnodigingen om te praten. Er zal eerst verder gewerkt worden aan het uitbreiden van de spreesituaties. Daarna zullen we proberen het volume van het praten geleidelijk te verhogen.

DISCUSSIE

.....

In deze studie presenteerden we twee casussen van kinderen die zowel een ASS als een angststoornis hadden. We behandelden deze kinderen volgens de evidence-based-practice (EPB) richtlijnen, en wel met een gedragstherapeutisch protocol. Beide protocollen waren ook in onderzoek effectief gebleken bij de behandeling van angstproblemen bij een groep kinderen met ASS. Ter aanvulling van het EPB-behandelprotocol, werden ook de aanpassingen van Moree en Davis (2010) in acht genomen.

Nadat ongeveer een derde van het behandelprotocol uitgevoerd was, merkten we bij beide kinderen een terugval op. Dit was een onverwachte vaststelling, aangezien beide kinderen in de beginfase een duidelijke vooruitgang hadden getoond. Vervolgens zijn we op zoek gegaan naar mogelijke verklaringen voor deze terugval en consulteerden we ook de wetenschappelijke literatuur. Gevers (2009) is een van de auteurs die van mening is dat cognitieve herstructurering vaak niet werkt bij kinderen met ASS. Vervolgens hebben we gedurende enkele sessies de alternatieven uitgeprobeerd die Gevers voorstelt. Beide kinderen boekten echter geen vooruitgang meer.

We hebben daarop het gedragstherapeutisch proces gedeeltelijk hernomen, met name de functieanalyses, om te kijken of er andere verklaringen mogelijk waren voor hun gedrag. Het hernemen van het gedragstherapeutisch proces, waarbij de functieanalyses herhaald werden, leverde nieuwe, aanvullende inzichten op over de factoren die de specifieke angsten van deze twee kinderen met ASS in stand hielden. Vaker dan bij zich typisch ontwikkelende kinderen zal het herzien van de functieanalyses nodig zijn, omdat kinderen met ASS vanwege een gebrek aan zelfinzicht vaak niet kunnen ver-

woorden wat ze denken of voelen (Gevers, 2009). Om de functieanalyses zo goed mogelijk uit te kunnen voeren is het daarom belangrijk om te beschikken over informatie uit verschillende bronnen (ouders, leerkrachten en de kinderen zelf).

Kinderen met angststoornissen proberen vaak de situatie die angst uitlokt te vermijden (°S°). Bij een specifieke fobie kan er bijvoorbeeld angst optreden wanneer men in de buurt komt van een schoolgebouw, omdat er een angst ontstaan is om naar school te gaan. Ook bij selectief mutisme of sociale angst kan men angstig worden wanneer men in situaties terechtkomt (of terecht kan komen) waarin verwacht wordt dat men zich sociaal gedraagt en praat. Vaak ontstaat de angst omdat men bang is te worden afgewezen (uitgelachen, beledigd). Bij selectief mutisme of sociale angst kan de angst ook ontstaan zijn door gebeurtenissen of (negatieve) ervaringen in het verleden. De behandeling van angst is erop gericht het kind te leren de angstuitlokkende situatie toch te betreden en te ervaren dat het de angstgevoelens kan hantieren. Hiertoe wordt vaak graduele exposure aangewend. Angstbehandelingen zijn met andere woorden bedoeld om een correctieve ervaring tot stand te brengen.

Bij deze twee kinderen met ASS werd de angst echter niet alleen veroorzaakt door het betreden van de angstuitlokkende situatie (school, spreken voor alle leerlingen in de klas) maar ook – en vooral – door het verlaten van een voorspelbare situatie. De angst van Luk om naar school te gaan kon maar ten dele verklaard worden vanuit een angst voor wat hem op school allemaal kon overkomen. Hij had ook angst om thuis weg te gaan, zijn mama achter te laten, niet te kunnen gamen. Bovendien hadden de ouders, vooral moeder, in het verleden niet altijd consequent gereageerd op situaties waarin Luk weerstand vertoonde om thuis te vertrekken. Moeder gaf daar regelmatig aan toe, zodat hij mocht thuisblijven, of ze reed samen met Luk terug naar huis, als hij aan de schoolpoort niet uit de auto wilde stappen.

Het was niet zo dat spreken voor de kinderen in haar klas Jessy alleen maar angstig maakte. Haar stilzwijgen had haar een positie opgeleverd in de groep. Ze kreeg op die manier aandacht van de andere kinderen. Dat ze haar stilzwijgen niet durfde opgeven was maar ten dele te verklaren door de angst om iets verkeerd te zullen zeggen of om uitgelachen te worden. Ze leek vooral haar comfortabele positie niet te willen loslaten of opgeven.

Kinderen met ASS hanteren een andere manier van informatieverwerking en zijn daardoor veel angstgevoeliger. Dit heeft invloed op hun leergeschiedenis. Exposure zal bij hen vaak slechts een beperkt effect hebben, omdat zij zich in oncontroleerbare, onvoorspelbare en complexe sociale situaties veel vlugger onveilig, en hierdoor ook angstiger voelen en blijven voelen. Dat ze dan weerstand tegen verandering tonen is heel begrijpelijk. Exposure lijkt onvoldoende krachtig om dit mechanisme te doorbreken.

Hoewel deze verklaring en conclusie logisch klinken, konden wij in de literatuur over de behandeling van angstproblemen bij kinderen met autisme

geen verwijzingen terugvinden naar dit mechanisme. Wij maken ons sterk dat dit mechanisme niet alleen een rol speelde bij de twee casussen die wij in dit artikel bespraken, maar vaker voorkomt bij personen met ASS. ASS wordt immers gekenmerkt door weerstand tegen verandering, als gevolg van de stereotiepe en repetitieve gedragingen en interesses die typisch zijn voor ASS. Juist dit zelfbepalende karakter is belangrijk om de angst van kinderen en adolescenten met ASS te begrijpen. Het kan de angst namelijk versterken en het moeilijker maken om los te komen van wat voorspelbaar en controleerbaar is.

Ter illustratie van deze gedachtegang kunnen we ons de angsthiërarchie voorstellen als een wip (zie figuur 5). De cliënt maakt vorderingen en klimt stap voor stap omhoog in de richting van de situatie die de grootste angst uitlokt. Hij blijft echter voldoende dicht bij het voorspelbare en controleerbare. Wanneer de cliënt voorbij het kantelpunt komt, slaat de wip om. De angstuitlokkende situatie komt veel dichterbij en het bekende lijkt veraf. Er ontstaat angst, die de cliënt op zijn stappen doet terugkeren. De wip zal snel omslaan naar een terugkeer naar de bekende situatie, waardoor de angst afneemt en het gevoel van veiligheid terugkeert, wat voor de cliënt sterke bekrachtigingen zijn (-S- en +S⁺). Deze vergelijking duidt de moeilijke weg aan die cliënten moeten afleggen tijdens een graduele exposure. Meer dan zich typisch ontwikkelende leeftijdgenoten zullen kinderen en adolescenten met ASS moeite hebben om los te komen van het voorspelbare en controleerbare, en om toch de angstuitlokkende situatie te betreden, tenzij ze ervaren dat de oorspronkelijke bekrachtiging niet meer aanwezig is.

Loskomen van de
voorspelbare en
controleerbare situatie

Toenadering van de
angstuitlokkende
situatie



FIGUUR 5 Grafische voorstelling van het angstmechanisme bij ASS

Het is dus belangrijk om niet alleen rekening te houden met de stappen die nodig zijn om de angstuitlokkende situatie te durven betreden, maar ook om na te gaan hoe kinderen en adolescenten met ASS gemotiveerd kunnen worden om de bekende, vertrouwde basis los te laten. Hierbij kunnen operante technieken vaak zeer zinvol zijn, zoals ook in bovengenoemde casussen werd beschreven.

Bij de behandeling van angststoornissen bij kinderen met ASS dient voldoende rekening gehouden te worden met de weerstand tegen verandering die eigen is aan personen met ASS. Die weerstand tegen verandering zorgt er immers voor dat cliënten met ASS tijdens de behandeling van angst, meer

bepaald bij graduele exposure-oefeningen, moeilijk loskomen van de situatie waarmee ze vertrouwd zijn, en die hun voorspelbaarheid en controleerbaarheid biedt. Dichter bij de bron van angst komen impliceert het voorspelbare en vertrouwde loslaten. Dit triggert bij kinderen met ASS echter een dieper liggende, aangeboren en niet-aangeleerde angstgevoeligheid voor oncontroleerbare, onvoorspelbare en complexe (sociale) situaties (UCS/UCR). Exposure werkt niet of slechts in beperkte mate in op deze dieperliggende laag en corrigeert vaak uitsluitend aangeleerde (geconditioneerde) associaties. De omgeving zal zich daarom moeten aanpassen en rekening moeten houden met deze angstgevoeligheid, die zo kenmerkend is voor personen met ASS. Vooral het vereenvoudigen van complexe en niet-controleerbare situaties heeft een gunstig effect op de angstantering van kinderen met ASS. Het positief bekrachtigen van het gewenste gedrag is eveneens een krachtig middel, maar vaak nog krachtiger is het hanteren van een negatieve straf (of het wegnemen van de positieve bekrachtiging van het gedrag). Het niet geven van een bekrachtiging in een situatie waarin het kind het gewenste gedrag niet vertoont, kan kinderen met ASS immers aanmoedigen om de oncontroleerbare en onvoorspelbare situatie toch te betreden, en zich op de gewenste manier te gedragen.

In de casus van Luk hebben we de ouders een training gegeven waarin ze leerden om consequent te reageren op het dwinggedrag van hun zoon. We hebben voorbeelden aangereikt hoe zij beter en kordater konden omgaan met het gedrag van hun zoon in zulke situaties. Aanvankelijk reageerde Luk heftig, maar al snel verminderde zijn dwinggedrag. Hij voelde dat hij zijn ouders niet langer kon overreden om hem thuis te laten. Bij Jessy hebben we gekeken hoe haar positie versterkt kon worden in de klasgroep. Jessy was goed in tekenen en knutselen. Tijdens de knutselles mocht Jessy de andere kinderen in de klas helpen. Hierdoor kreeg Jessy aandacht van de kinderen, maar niet langer door te zwijgen. Ze kon hierdoor haar zelfvertrouwen opbouwen.

Bovenstaand betoog roept de vraag op in hoeverre de angststoornis en de autismespectrumstoornis van elkaar te scheiden zijn. Gaat het in deze twee casussen over een angststoornis of over gedragsproblemen ten gevolge van sterk zelfbepalend gedrag? Zelfbepalend gedrag komt frequent voor bij kinderen met ASS. Dit houdt verband met hun neiging tot stereotiep en repetitief gedrag, en hun bijzondere interesses. Kinderen met ASS reageren angstig wanneer ze niet in staat zijn zich aan hun stereotiepe patronen te houden. Onvoorspelbare of oncontroleerbare situaties lokken daarom bij kinderen met ASS ander gedrag uit dan bij kinderen zonder ASS, die flexibeler met veranderingen kunnen omgaan. Het blijft echter moeilijk te bepalen of dit 'probleemgedrag' als angst benoemd mag worden. Mogelijk spelen andere mechanismen mee dan bij kinderen zonder ASS. Toekomstig onderzoek naar de samenhang tussen ASS en angststoornissen kan op deze vraag wellicht een antwoord geven.

Dit artikel is allerm minst een pleidooi om nieuwe angstprotocollen te ontwerpen, noch een kritiek op de reeds gebruikte methoden, die bij sommige kinderen en adolescenten met ASS en angststoornissen zeker zinvol zijn. We onderstrepen echter dat het belangrijk is om ook aandacht te hebben voor ASS-specifieke factoren die het therapieverloop kunnen beïnvloeden, zoals de weerstand tegen verandering, en de grote behoefte aan voorspelbaarheid en controleerbaarheid. Een goede behandeling houdt hiermee rekening en blijft ook steeds nagaan hoe op de beste wijze het beoogde resultaat bereikt kan worden.

BESLUIT

.....

Angststoornissen zijn de meest voorkomende dubbeldiagnose bij personen met een autismespectrumstoornis (ASS). Hoewel (cognitieve) gedragstherapie een evidence-based-practice (EBP) behandeling is voor angststoornissen bij zich typisch ontwikkelende kinderen en adolescenten, is het minder duidelijk of deze behandelmethode ook (even) efficiënt is bij kinderen en adolescenten met ASS. Een aantal onderzoekers pleit voor specifieke modificaties van gangbare gedragstherapeutische interventies en technieken in de behandeling van angst bij kinderen en adolescenten met ASS. Zij stellen onder andere voor: (1) het trainen van generieke vaardigheden, zoals sociaal-communicatieve vaardigheden; (2) het gebruik van visuele en concrete hulpmiddelen; (3) de integratie van persoonlijke interesses en preoccupaties in de therapie; en (4) het betrekken van de ouders bij de behandeling.

In dit artikel hebben we twee casussen beschreven van kinderen met ASS, van wie één met een specifieke fobie en één met selectief mutisme. EBP-gedragstherapeutische behandelingen leken niet voldoende effectief, ondanks de toepassing van modificaties die in de literatuur werden voorgesteld. We probeerden te begrijpen waarom de behandelingen leken te falen, maakten nieuwe functieanalyses en kwamen tot nieuwe inzichten over angst bij ASS, die leidden tot het aanpassen van het oorspronkelijke therapieplan. Het bleek nodig om meer aandacht te besteden aan de weerstand tegen verandering, en de behoefte aan voorspelbaarheid en controleerbaarheid, die typisch zijn voor personen met ASS.

Angstbehandelingen zijn er vaak op gericht cliënten gradueel dichterbij een angstuitlokkende situatie te brengen, zodat zij hun angstgevoelens leren hanteren (bijvoorbeeld met behulp van graduele exposure). Bij kinderen met ASS wordt angst echter niet alleen veroorzaakt door de angstuitlokkende situatie, maar ook door het verlaten van een comfortabele situatie. We zijn daarom van mening dat het vaak niet volstaat om vooral met exposure te werken, maar dat ook operante technieken een belangrijk hulpmiddel kunnen zijn. Dit impliceert dat bij de behandeling van kinderen en adolescenten met zowel ASS als een angststoornis zeker ook de omgeving bij de behan-

deling betrokken moet worden. Het blijft belangrijk om in de loop van een therapie de functieanalyses te evalueren, zo nodig te herzien en het therapieplan aan ze aan te passen. Uit onze ervaringen blijkt dat een deskundig uitgevoerd gedragstherapeutisch proces de hoeksteen blijft van een effectieve gedragstherapie.

Wim Tops is verbonden aan het Center for Language and Cognition van de Rijksuniversiteit Groningen. Bij de KU Leuven is hij verbonden aan de afdeling Gezins- en Orthopedagogiek, en aan de afdeling Permanente Vorming Gedragstherapie voor kinderen en jongeren. Daarnaast is hij zelfstandig kinder- en jeugdpsycholoog/psychotherapeut bij De Kronkel te Lille, België.

Eric Heyns is verbonden aan de afdeling Permanente Vorming Gedragstherapie voor kinderen en jongeren van de KU Leuven. Verder is hij zelfstandig kinder- en jeugdpsycholoog/psychotherapeut te Turnhout. Begijnenstraat 38 2300 Turnhout (België).

Nady Van Broeck is bij de KU Leuven verbonden aan de afdeling Permanente Vorming Gedragstherapie voor kinderen en jongeren, en aan de afdeling Klinische psychologie. Departement Klinische Psychologie, KU Leuven, Tienestraat 102 3000 Leuven (België).

Correspondentieadres: Wim Tops, Department Neurolinguïstiek, Rijksuniversiteit Groningen, PO Box 716, 9700 AS Groningen (Nederland). Telefoon +31 (0)50-3636038. E-mail: w.tops@rug.nl

Summary An autism spectrum disorder (ASD) is a developmental disorder with a high degree of comorbidity. Anxiety disorders are the most common double diagnoses in ASD. Some researchers claim that anxiety disorders are a part of the broader phenotype of ASD. If so, specific interventions for anxiety disorders in children with ASD are needed.

There is a growing consensus that CBT – with specific modifications – are an efficient treatment of anxiety disorders in children with ASD. These modifications concern attention for the associated conditions of ASD like social-communicative problems and resistance to change. Also recommended are the use of concrete and visual aids, the integration of preoccupations in therapy, and parent participation. In this study two cases were described: a boy with ASD and a specific phobia, and a girl with ASD and selective mutism. An intensive CBT intervention was used in both cases. We described the limited effects of exposure and the use of operant techniques to insure progress, which lead to new insights about the treatment of anxiety in ASD.

Keywords: *autism spectrum disorder, anxiety disorder, modifications, case studies*

Literatuur

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen* (Nederlandse vertaling van *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition*). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Bögels, S. (2008). *Behandeling van angst bij kinderen en adolescenten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- 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.
- Chorpita, B. F., & Daleiden, E. L. (2009). Mapping evidence-based treatments for children and adolescents: Application of the distillation and matching model to 615 treatments from 322 randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 566-579.
- de Jonge, M., de Pagter, J., & van Braam van Vloten Hairwassers, H. (2013). Dapper worden in het Luiderslot: Cognitieve gedragstherapie voor jonge kinderen met selectief mutisme. *Kind en Adolescent Praktijk*, 3, 122-129.
- Gevers, C. (2009). De behandeling van angst bij ASS. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 3, 72-74.
- Hendriks, M. C. H. P., & Bögels, S. M. (2008). Cognitieve gedragstherapie voor kinderen met een autismespectrumstoornis en angststoornissen: Effectiviteit en variabelen die het therapiesucces beïnvloeden. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 47, 312-324.
- Maskey, M., Lowry, J., Rodgers, J., McCornachie, H., & Parr, J. R. (2014). Reducing specific phobia/fear in young people with autism spectrum disorders (ASDs) through a virtual reality environment intervention. *Plos One*, 9, e100374.
- Matson, J. L., & Nebel-Schwalm, M. S. (2007). Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: An overview. *Research in Developmental Disabilities*, 28, 341-352.
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Aggarwal, R., Baker, C., Mathapati, S., Molitoris, S., & Mayes, R. D. (2013). Unusual fears in children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, 151-158.
- Moree, B. N., & Davis, 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.
- Pennington, B. F. (2006). From single to multiple deficit models of developmental disorders. *Cognition*, 101, 385-413.
- Reaven, J., Blakeley-Smith, A., Leuthe, E., Moody, E., & Hepburn, S. (2012). Facing your fears in adolescence: Cognitive-behavioral therapy for high-functioning autism spectrum disorders and anxiety. *Autism Research and Treatment*, 2012, 423905.
- Rotheram-Fuller, E., & MacMullen, L. (2011). Cognitive-behavioral therapy for children with autism spectrum disorders. *Psychology in the Schools*, 48, 263-271.
- 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 randomised controlled trial

- of a CBT intervention for anxiety in children with asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1152-1160.
- Spek, A. (2010). *Mindfulness bij volwassenen met autisme*. Amsterdam: Hogrefe.
- 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 & Family Psychology Review*, 14, 302-317.
- van Steensel, F. J. A., Dirksen, C. D., & Bogels, S. M. (2013). A cost of illness study of children with high-functioning autism spectrum disorders and comorbid anxiety disorders as compared to clinically anxious and typically developing children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 2878-2890.
- White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology Review*, 29, 216-229.

Adjunctief gedrag

FRANCIS DE GROOT & GEERT DOM

Samenvatting

Adjunctief of schema-geïnduceerd gedrag is gedrag dat binnen een ander gedragspatroon opduikt als gevolg van het bekrachtigingsschema. De bekendste en meest onderzochte vorm is schema-geïnduceerde polydipsie bij ratten. Hoewel uiteenlopende vormen van adjunctief gedrag teruggevonden werden bij verschillende diersoorten, evenals bij de mens, blijft het een betrekkelijk onbekend verschijnsel. In dit artikel worden de geschiedenis, kenmerken en mogelijke verklaringen van adjunctief gedrag beschreven. Hoewel nog te weinig onderzocht, zijn er aanwijzingen dat het fenomeen ook klinisch relevant is voor verschillende problemen.

Trefwoorden: adjunctief gedrag, schema-geïnduceerd gedrag, polydipsie, gedragsanalyse

INLEIDING

Adjunctief gedrag (ook schema-geïnduceerd gedrag genoemd) is operant gedrag dat te midden van een andere gedragsketen opduikt en daar eigenlijk rechtstreeks weinig mee te maken heeft (Fraleay, 2003). Het is gedrag dat in stand gehouden wordt door variabelen van ander gedrag, of preciezer: het wordt in stand gehouden door stimuli die hun ongewoon sterk bekrachtigende waarde ontleen aan parameters die te maken hebben met het schema van heel andere bekrachtigers (Falk, 1977). Een voorbeeld: als een hongerige rat korte tijd moet wachten op voedsel, gaat ze zich anders gedragen. Als er water in de nabijheid is, zal de rat veel water gaan drinken, zelfs als ze geen dorst heeft. Dit water drinken is adjunctief gedrag: het wordt in stand gehouden door het schema waarmee voedsel wordt toegediend. Als voedsel permanent beschikbaar is, zal de rat niet meer gaan drinken, als voedsel gewoon niet beschikbaar is, evenmin. Alleen als er een schema actief is waarbij de rat enige tijd moet wachten op een volgende voedseltoediening in een vast patroon, zal ze adjunctief gedrag stellen.

Adjunctief gedrag is niet gewoon overschakelen van het ene gedrag (of bekrachtiger) naar het andere. Het gaat hier om een tijdelijke overschakeling,

waarbij zodra het mogelijk is teruggegrepen wordt naar het eerste gedrag of de eerste, belangrijkste bekrachtiger.

Het fenomeen adjunctief gedrag is belangrijk en interessant, doch bijzonder weinig gekend. Voor zover we konden nagaan, werd er in het Nederlands nog nooit over geschreven: Google geeft geen enkele hit voor de zoekterm ‘adjunctief gedrag’ in de hier bedoelde betekenis en evenmin voor ‘schema-geïnduceerd gedrag’. Het is nochtans geen nieuw fenomeen: John Falk ‘ontdekte’ het en beschreef het als eerste 55 jaar geleden (Falk, 1961). De eerste studies gingen over een zeer specifieke vorm van adjunctief gedrag: schema-geïnduceerde polydipsie (zoals in het voorbeeld van de rat en het water). Nog steeds gaat het overgrote deel van het onderzoek hierover.

171

ONTDEKKING

.....

Bij klassiek experimenteel gedragsonderzoek wordt gericht gekeken naar specifiek gedrag, zoals het aantal keer dat dieren op een hendeltje drukken in bepaalde omstandigheden. Wat ze verder nog doen, blijft meestal buiten beschouwing. Tot zaken beginnen op te vallen. Dit is precies wat er gebeurde bij de ontdekking van adjunctief gedrag.

John Falk, een gedragsanalytisch psycholoog, die in 2009 overleed op 81-jarige leeftijd, was actief in de sector van de gedragsfarmacologie. Hij deed experimenteel onderzoek bij ratten. Bij conditioneringsonderzoek zaten ratten gedurende drie uur in een Skinner-box. Ze moesten volgens een bepaald bekrachtigingsschema op een hendel drukken om voedselkorrels te krijgen. Het schema was een VI 1'-schema: het had een variabel interval van 1 minuut. Dit betekende dat gemiddeld 1 minuut na de vorige voedselkorrel de eerstvolgende hendeldruk werd gevolgd door een nieuwe voedselkorrel. In de kooi stond ook een waterpompje waaraan de ratten onbepaald konden likken als ze dorst hadden. Falk merkte dat er ongewoon veel water uit het voorraadbakje verdween en dacht dat er ergens een lek was. Dit bleek niet het geval. Daarop ging hij de zaak systematisch onderzoeken en vond dat veel ratten bij dit bekrachtigingsschema bijzonder veel gingen drinken: een derde tot de helft van hun lichaamsgewicht op drie uur. Dit was tienmaal zoveel als controledieren. Falk noemde dit drinken ‘adjunctief gedrag’ of *schedule-induced behavior*: schema-geïnduceerd of door een bekrachtigingsschema uitgelokt gedrag. Later werd het ook ‘secundair gedrag’ genoemd, waarbij het op de hendel duwen voor voedsel het primaire gedrag was. Het bijzondere was dat het drinken niet betrokken was bij het conditioneringsonderzoek. De dieren konden zowel voor als tijdens het onderzoek steeds onbepaald drinken. Alleen het voedsel was beperkt en gekoppeld aan het schema. Het drinken was dus een nevengevedrag, uitgelokt door het schema voor het voedsel. Dit laatste werd het zogenaamde ‘generatorschema’ (ook wel ‘primaire schema’) genoemd.

Falk was de allereerste die dit systematisch onderzocht en benoemde. Het verschijnsel dat ander gedrag opduikt tijdens conditioneringsonderzoek was reeds voordien vastgesteld, maar het verband was nog niet op deze manier gelegd (Morse & Skinner, 1957).

Na de ontdekking door Falk volgde onderzoek in snel tempo. De daaropvolgende jaren werden meerdere vormen van adjunctief gedrag gevonden bij uiteenlopende soorten. Naast drinken werden onder meer in een rad lopen en pica gevonden als adjunctief gedrag. Ook agressie kan duidelijk schema-geïnduceerd zijn (Cohen & Looney, 1984). Wanneer duiven die moeten wachten op voedsel via het pikken op een knop de kans krijgen om een andere duif aan te vallen, zullen ze dat doen. Als ze in een volgende conditie geen voedsel meer krijgen, zullen ze ook de andere duif niet meer aanvalen (Cherek, Thompson, & Heistad, 1973). Later onderzoek (Kupfer, Allen, & Malagodi, 2008) toonde aan dat duiven agressiever reageren als er meer inspanning van hen gevraagd wordt: als ze voedsel krijgen volgens een *fixed-ratio*-schema (bijvoorbeeld wanneer ze 75 keer moeten pikken voor ze voedsel krijgen), reageren ze kort na het voedsel agressiever op een soortgenoot dan wanneer ze gewoon moeten wachten. Hoe onaangener de situatie, hoe meer adjunctieve agressie.

Adjunctief gedrag werd onderzocht bij uiteenlopende soorten, waaronder ratten, muizen, duiven, grassparkieten, eekhoorns, resusapen en chimpansees. Ook bij mensen werd het fenomeen aangetroffen, zowel bij kinderen als bij volwassenen. Bij kinderen werden bijvoorbeeld drinken en lichaamsbeweging als adjunctief gedrag gevonden (Granger, Porter, & Christoph, 1984). Bij volwassenen was bijvoorbeeld rondwandelen tijdens een proef adjunctief gedrag (Muller, Crow, & Cheney, 1979).

SCHEMA-GEÏNDUCEERDE POLYDIPSIE

.....

Het eerste onderzoek betrof drinken als adjunctief gedrag. Het drinken is dermate excessief dat het polydipsie wordt genoemd, meer bepaald: schema-geïnduceerde polydipsie (*schedule-induced polydipsia*, standaard afgekort als SIP). Dit is tot op heden veruit het meest onderzocht. Honderden onderzoekspublicaties verschenen intussen hierover. Uit deze studies werd duidelijk dat niet alle schema's SIP kunnen genereren.

Er zijn twee belangrijke voorwaarden. De eerste is dat de bekrachtiging (het voedsel) *intermittent* moet worden aangeboden. Continue bekrachtiging leidt nooit tot SIP. De eerste studies gebruikten een VI 1'-schema. Al snel werd duidelijk dat ook andere generatorschema's mogelijk waren: *fixed interval* (FI) en *fixed time* (FT). Dit laatste is geen conditioneringsschema: dieren krijgen gewoon om de zoveel tijd (bijvoorbeeld om de minuut) een voedselkorrel, ongeacht hun gedrag. Omdat FT-schema's veel gemakkelijker

zijn toe te passen, worden deze het meest gebruikt. Gemeenschappelijk is dat een interval ingelast wordt tussen de momenten waarop voedsel beschikbaar is. Dit interval mag niet te kort zijn en niet te lang. Voor ratten volstaat een interval van 15 seconden, maar langere intervallen zijn krachtiger, tot een maximum van 3 minuten (Falk, 1966b). Nog langere intervallen verliezen dan weer kracht en leiden uiteindelijk niet meer tot adjunctief gedrag.

De tweede voorwaarde is dat de bekrachtigers voor het primaire schema (meestal voedsel) sterker moeten zijn dan die voor het adjunctief gedrag. De dieren moeten dus honger hebben en geen dorst.

KENMERKEN

.....

SIP vertoont net als ander adjunctief gedrag een aantal typische kenmerken. De belangrijkste zijn het excessieve en het persistente karakter ervan. Eenvoudig gesteld: dieren drinken buitensporig veel en blijven dit ook doen, zowel binnen één onderzoek als over meerdere onderzoeken heen. Hierdoor kost SIP het dier veel energie. Ze drinken veel meer dan ze nodig hebben, gaan veel meer urineren en bijgevolg zelfs nuttige stoffen afdrijven.

Verder wordt steeds vastgesteld dat SIP volgens een vast patroon verloopt: de dieren drinken vooral veel kort nadat de voedselkorrel werd gegeven en minder in de periode daarna.

Belangrijk (en niet altijd vermeld in publicaties) is dat niet alle individuen binnen een diersoort SIP vertonen. Doorgaans vertoont slechts een kleine 50% van de individuen het gedrag. SIP doet zich ook alleen voor zolang het generatorschema actief is. Als dit primaire schema stopt en de context dus verandert, stopt ook de SIP.

ADJUNCTIEF GEDRAG EN OVERSPRONGGEDRAG

.....

In de ethologie is veel aandacht gegeven aan overspronggedrag bij dieren (*displacement activities*) (Anselme, 2008). Overspronggedrag omvat allerlei gedragingen die zich buiten hun gewone context te midden van ander gedrag voordoen. Ze worden uitgelokt als dieren gefrustreerd worden, als ze met tegenstrijdige motivaties kampen (bijvoorbeeld met een *fight-flight-conflict*) of bij een overgang tussen verschillende gedragingen. Dieren kunnen dan bijvoorbeeld plots even gaan eten of hun veren poetsen. Overspronggedrag wijkt af van hetzelfde gedrag in zijn normale context omdat overspronggedrag intenser is, onvolledig en korter van duur. Overspronggedrag wordt dikwijls ook geritualiseerd. Hoewel er sterke gelijkenissen zijn met adjunctief gedrag (uit de gewone context, te midden van ander gedrag, intensief), leiden beide onderzoeksdomeinen een volledig gescheiden leven. Overspronggedrag wordt bestudeerd in de ethologie en adjunctief gedrag bin-

nen de experimentele psychologie. Toch leggen verschillende auteurs verbanden tussen de twee. Zelfs Falk (1977) deed dit uitdrukkelijk. Ook Fraley (2003) beschrijft hoe adjunctief gedrag kan ontstaan bij tegengestelde contingenties, waarbij een gedraging zowel bestraft als bekrachtigd wordt. Dit is een conflictsituatie, typisch voor overspronggedrag. De mogelijke straf kan bepaald gedrag onderdrukken, terwijl de mogelijk sterke bekrachtiging het belangrijk kan maken om toch in de betreffende situatie te blijven. Op dat moment kunnen andere stimuli tijdelijk gedrag uitlokken dat tot zwakkere bekrachtiging leidt. Deze redenering klinkt aannemelijk, alleen vond er nog geen experimenteel onderzoek naar plaats. De onderzoekswerelden van adjunctief gedrag en overspronggedrag blijven vooralsnog gescheiden.

VERKLARING

.....

De verklaring van adjunctief gedrag vergt analyses op verschillende niveaus. In de eerste plaats kan men zich afvragen waarom precies bepaald gedrag zich ontwikkelt tot adjunctief gedrag. Een van de uitgangspunten van de gedragsanalyse is dat organismen (mensen en dieren) actief zijn en dat gedrag varieert. Wanneer een bepaald bekrachtigingsschema er tijd voor laat, zal zich variërend gedrag voordoen. Dit betekent niet dat het gedrag volledig op toeval berust. Adjunctief gedrag is nooit volledig nieuw gedrag, maar steeds bestaand gedrag dat versterkt wordt. Veel gedrag behoort tot erfelijke patronen of gedragssystemen. Gedetailleerde analyse van adjunctief gedrag, en ruimer: van alle gedrag tijdens de wachtperiode tussen bijvoorbeeld twee voedseltoedieningen, toonde aan dat dit gedrag aansluit bij natuurlijke gedragspatronen (Lucas, Timberlake, & Gawley, 1988; Timberlake & Lucas, 1991). Na eten gaan dieren vaak drinken, veel vaker dan voor of tijdens het eten. Dat SIP ontstaat, is niet toevallig. Na het vinden van een beetje voedsel gaan dieren dikwijls de omgeving verkennen voor meer voedsel. Ook rondlopen sluit op een natuurlijke manier aan bij het primaire gedrag. Bij andere diersoorten werden eveneens vaststellingen gedaan die aansluiten bij hun gedragssystemen (Cleaveland, Jäger, Rössner, & Delius, 2003). De selectie van het gedrag kan dus zeker deels verklaard worden vanuit de natuurlijke gedragssystemen.

De volgende vraag is hoe dergelijk gedrag evolueert tot excessief adjunctief gedrag. In een uitgebreid overzicht toonden Killeen en Pellón (2013) aan dat adjunctief gedrag operant gedrag is en dus in stand gehouden of versterkt wordt door bekrachtiging. De mate van adjunctief gedrag hangt samen met de incentive (lees: motiverende) waarde van de bekrachtiger van het generatorschema. In het geval van SIP wordt het drinken bepaald door de motiverende waarde van het voedsel en niet van die van het water. Het voedsel bekrachtigt het drinken. Het voedsel bekrachtigt een hele keten van gedragingen die eraan voorafgaan. Drinken (of lopen of agressief reageren)

volgt op een natuurlijke manier sneller na het eten, en zal snel toenemen in intensiteit of frequentie. Adjunctief gedrag wordt excessief omdat het sterk bekrachtigd wordt.

Het drinken is niet alleen een tijdverdrijf of logisch volgend gedrag, maar krijgt zelf een motiverende waarde (Falk, 1966a), zelfs in die mate dat dieren zich anders gaan gedragen (bijvoorbeeld op een hendeltje duwen) om zo veel mogelijk te kunnen drinken in de tussenliggende periode (adjunctief). Ze blijven dit doen, ook wanneer ze reeds lang verzadigd zouden moeten zijn.

Sommige auteurs beklemtonen de rol van frustratie bij het ontstaan van adjunctief gedrag. De situaties waarin adjunctief gedrag ontstaat, zijn steeds onaangenaam of met spanning geladen. Frustratie kan zeker een versterkende rol spelen (Thomka & Rosellini, 1975), maar frustratie is een zeer breed begrip dat vele vormen omvat (Papini & Dudley, 1997; Staddon, 1970). Adjunctief gedrag wordt slechts in specifieke omstandigheden uitgelokt, vooral bij het wachten op een aantrekkelijke bekrachtiger. Deze omstandigheden kunnen als frustrerend worden beschouwd. En dieren vertonen wel degelijk meer adjunctief gedrag, bijvoorbeeld agressie (Kupfer et al., 2008), in meer aversieve situaties. Meer algemeen kan gesteld worden dat een zekere mate van *arousal* nodig is om adjunctief gedrag te ontwikkelen. De opstapeling van deze spanning draagt bij tot het excessieve van het gedrag (Killeen, Hanson, & Osborne, 1978). Staddon (1977) onderscheidt nog stadia in die intermediaire periode en complementair daaraan soorten adjunctief gedrag. Zo zou het drinken behoren bij de vroegste fase en op een natuurlijke manier volgen kort na het eten.

De mate waarin bepaald adjunctief gedrag zich ontwikkelt, hangt mede af van de leergeschiedenis. Zo toonden Johnson, Bickel, Higgins, en Morris (1991) aan dat ratten die geleerd hadden veel tijd tussen bepaalde gedragingen te laten (via een schema waarbij de interresponstijd boven bijvoorbeeld 11 seconden werd ingesteld: $IRT > 11''$) snel SIP ontwikkelden, terwijl ratten die voordien een FR40-schema gewend waren in dezelfde proefopzet helemaal geen SIP ontwikkelden.

Nog veel meer aspecten in verband met de conditioneerbaarheid van adjunctief gedrag werden onderzocht, maar het zou hier te ver voeren om op de details daarvan in te gaan.

Adjunctief gedrag heeft ook neurobiologische componenten. Ratten die sterker SIP ontwikkelen, vertonen een verhoogde neuronale activatie in frontale corticale zones die verwijzen naar bepaalde leerstrategieën, gewoontevorming en compulsief gedrag (Gregory, Hawken, Banasikowski, Dumont, & Beninger, 2015). Hoewel de precieze invloeden nog niet duidelijk zijn, lijkt SIP vooral teruggevonden te worden bij ratten die zogenaamde *response learners* zijn, in tegenstelling tot *place learners*. Deze laatste leren hun weg te vinden op basis van omgevingskenmerken, terwijl de eerste vooral vaste responsen ontwikkelen (bijvoorbeeld naar links draaien). Erfelijke kenmerken kunnen hierbij een rol spelen, want bepaalde rattenstammen ontwikkelen

veel sneller SIP dan andere (Íbias & Pellón, 2014). Hoewel de biologische componenten buiten het bestek van dit artikel vallen, is wel duidelijk dat adjunctief gedrag biologische componenten heeft en evolutionaire voordelen kan bieden. De functie van adjunctief gedrag zou het stabiliseren van adaptief gedrag kunnen zijn. Als adaptief gedrag tijdelijk niet meer effectief is of onder druk staat, en er weinig alternatieven zijn, kan adjunctief gedrag het organisme in de situatie houden tot het adaptief gedrag (het primaire gedrag) opnieuw effectief wordt, of tot het conflict is opgelost (Falk, 1977; Fraley, 2003).

ALGEMENE RELEVANTIE

.....

Kennis over adjunctief gedrag kan interessant zijn vanuit verschillende oogpunten: techniek, theorie en praktijk. Er gebeurt nog steeds veel onderzoek met SIP. Hierbij wordt SIP echter vooral gebruikt als techniek om ratten zonder andere ingrepen excessief aan het drinken te krijgen, om vervolgens andere zaken (zoals hersenfuncties) te kunnen onderzoeken. Het theoretisch, gedragsanalytisch kader is hierbij veel minder aan de orde.

Adjunctief gedrag kan echter ook gebruikt worden als verklaringsmodel voor uiteenlopende gedragingen, zowel gewoon gedrag uit het dagelijks leven als klinisch relevant gedrag. Dit laatste wordt samen met de mogelijke praktijkrelevantie besproken in de volgende paragraaf. Bij het analyseren van gedrag in termen van adjunctief gedrag moet voor ogen gehouden worden dat adjunctief gedrag nooit volledig nieuw gedrag is en dat het slechts (in de vorm van adjunctief gedrag) plaatsvindt in situaties waarin een belangrijke bekrachtiger verwacht wordt die nog niet onmiddellijk bereikbaar is: er moet een generatorschema actief zijn. Op dat moment kunnen andere discriminatieve stimuli op de voorgrond treden en kan zich gedrag voordoen dat voordien ook in die context bekrachtigd werd.

Een voorbeeld kan het gedrag zijn van een voetballiefhebber tijdens de rust van een wedstrijd die hij op televisie volgt. Als er in zijn nabijheid een fruitschotel staat, is het mogelijk dat hij snel een appel neemt en die intensief opeet. Het fruit kan er al heel de dag staan, maar pas tijdens de spannende pauze krijgt het signaalwaarde. Zodra de wedstrijd hervat, kan het fruit eten zelfs stoppen, ook als het nog niet op is. Dit kan een hardnekkige gewoonte worden tijdens de rust van voetbalwedstrijden. De bekrachtiger is de voetbalwedstrijd, niet de appel.

Een ander voorbeeld is een koppel waarbij zich een vast patroon voor seksueel contact heeft gevormd. Bij hen kan zich in het voorafgaande uur adjunctief gedrag ontwikkelen: de man kan beginnen met opruimwerk, gevolgd door het even intensief in een tijdschrift bladeren. Hoe dichter het moment nadert, hoe meer de nabijheid van de partner gezocht wordt (kijken, fantasie) en hoe meer er (bijvoorbeeld) kortaf gereageerd wordt op andere mannen.

Deze en andere voorbeelden zijn evenwel nog niet onderzocht. Wel is bekend dat mannelijke ratten in de nabijheid van seksueel aantrekkelijke vrouwtjes overspronggedrag vertonen wanneer hun seksuele ambities worden gefnuikt: ze gaan drinken en zich krabben (Hansen & Hagelsrum, 1984). In een werksituatie kan iemand tijdens het maken van een rapport even stoppen en plots papiertjes in de prullenbak proberen te gooien, gedrag dat hij anders nooit vertoont. Andere voorbeelden zijn: ijsberen of tijdschriften lezen tijdens het wachten op een belangrijke afspraak, kattenbelletjes tekenen tijdens minder interessante momenten in een vergadering, of *small talk* tijdens een sociaal contact dat men niet wil laten stilvallen. Ook het wegdromen in fantasie is vermoedelijk sterk ontwikkeld adjunctief gedrag. Agressie kan als adjunctief gedrag eveneens voorkomen bij mensen. In ziekenhuisafdelingen moeten patiënten dikwijls lang wachten op voor hen belangrijke gebeurtenissen: onderzoek, de dokter zien, beslissingen, ontslagen worden, enzovoort. Het is niet ondenkbaar dat dit soms schema-geïnduceerde agressie meebrengt, maar hiernaar is nog geen onderzoek verricht. Zelfs bepaalde aspecten van religieus gedrag kunnen geanalyseerd worden als adjunctief gedrag (Strand, 2009). Zo kan een atheïstisch soldaat beginnen te bidden en geloven wanneer hij beschoten wordt in de loopgraven.

KLINISCHE RELEVANTIE

.....

Hoewel er veel basisonderzoek gebeurde rond adjunctief gedrag (zij het voor het overgrote deel rond SIP), is de kloof met de praktijk enorm. Dit geldt voor veel zaken uit de gedragsanalyse (De Groot, 2011), maar ook internationaal is er over adjunctief gedrag blijkbaar weinig bekend in toegepaste settings (Foster, 1978; Pierce & Epling, 1980). Toch wordt adjunctief gedrag genoemd als mogelijk model voor zeer uiteenlopende problemen. Gezien de uitgebreidheid van het SIP-onderzoek, zou men verwachten dat bij psychiatrische patiënten zeker polydipsie als voorbeeld veel zou worden genoemd, maar dat is absoluut niet het geval. Slechts enkele artikelen vermelden SIP als mogelijke verklaring voor polydipsie bij schizofrenie (Hawken, Delva, & Beninger, 2013).

Wel voorspelbaar en vaak vermeld is adjunctief gedrag als mogelijke verklaring voor sommige vormen van middelenmisbruik (De Groot & Dom, 2016). Via de SIP-techniek kan men ratten excessief alcohol laten drinken, iets wat anders zeer moeilijk is, omdat ze er een aversie tegen hebben (Ford, 2014). Sommige vormen van alcohol- of drugsgebruik zouden adjunctief kunnen zijn. Falk (1998) zag bepaalde groepen mensen als verhoogd kwetsbaar, omdat ze uitgestelde bekrachtigingsschema's en weinig alternatieven hebben, zoals astronauten, 'schattenjagers', vertegenwoordigers, politici, podiumkunstenaars en sporters. Ook internetgaming leidt makkelijk tot ad-

junctief gebruik: men kan er zich hardnekkig en excessief op storten tijdens bepaalde periodes.

In het verlengde van middelengebruik wordt ook excessief eten soms vermeld als mogelijk adjunctief gedrag. Dieren veel laten eten is niet eenvoudig, maar met intermitterend toegediende elektrische hersenstimulatie als generatorschema kan excessief eten wel duidelijk adjunctief gedrag worden (Wilson & Cantor, 1987). De onderzoekers zien ook bij mensen een mogelijke bijdrage van adjunctief gedrag. Ze geven het voorbeeld van de bioscoopbezoeker die popcorn eet als de spanning even daalt, de luchtverkeersleider die chips neemt als het even rustig is, en de gefrustreerde schrijver die koekjes eet als hij geen inspiratie heeft. Andere auteurs bevestigen de potentie van het model, maar moeten helaas vaststellen dat vervolgonderzoek vooralsnog uitblijft (Corwin & Buda-Levin, 2004).

Vanuit neurowetenschappelijke hoek gebeurt er veel onderzoek naar de band tussen adjunctief gedrag en compulsief gedrag (Flores et al., 2014; Íbias et al., 2015; Welkenhuysen et al., 2013). SIP blijkt bij ratten dezelfde hersengebieden te activeren of neuronale veranderingen mee te brengen als compulsief gedrag. Ratten die SIP ontwikkelen blijken ook minder gedragsmatige flexibiliteit te vertonen dan ratten die geen SIP vertonen. Deze laatste blijven flexibeler en ontwikkelen veel minder routines (Dantzer et al., 1988). Impulsievere ratten blijken ook minder SIP te ontwikkelen dan minder impulsieve (Íbias & Pellón, 2014).

Bepaalde vormen van hyperactiviteit zouden schema-geïnduceerd kunnen zijn (Íbias, Pellón, & Sanabria, 2015), maar ook hier is het onderzoek nog te beperkt.

In een onderzoek bij volwassenen met een zeer ernstige mentale beperking toonden Lerman, Iwata, Zarcone, en Ringdahl (1994) aan dat zelfverwondend gedrag niet adjunctief was, maar dat stereotypieën bij enkelen van hen er wel kenmerken van vertoonden.

Kanter, Cautilli, Busch, en Baruch (2005, p. 68) beschreven voor het eerst de mogelijkheid dat bepaalde aspecten van depressief gedrag adjunctief zouden zijn. Het gaat hierbij om aspecten die toenemen tijdens de depressie: emotioneel gedrag (zich depressief voelen), negatief denken, klagen en in de handen wringen. Onafhankelijk van de vorige auteurs werkten Dygdon en Dienes (2013) dit model verder uit. Adjunctief gedrag zou vooral een rol kunnen spelen bij depressie die samenhangt met beperkte bekrachtiging, zoals na verlies of bij relatieproblemen. Verlies van bekrachtiging leidt tot stilte en inactiviteit, wat onaangenaam is. Als de betrokkene reeds vertrouwd is met bepaald gedrag dat snel tot enige voldoening leidt, zou dit in deze situatie adjunctief kunnen toenemen, vooral bij lichte tot matige depressie. Bij zware depressie zou ook het adjunctief gedrag waarschijnlijk grotendeels wegvallen. Als mogelijk adjunctieve excessen worden agitatie, rumineren en overeten beschreven. Deze gedragingen geven kort enige bekrachtiging in situaties waar andere bekrachtiging nog zeer schaars is. In het geval van

rumineren zou de bekrachtiging kunnen liggen in de zintuiglijke effecten, de sensaties die erdoor opgeroepen worden. Als agitatie (bijvoorbeeld in de vorm van ijsberen), rumineren of overeten veel voorkomen bij prikkels die aangeven dat vormen van bekrachtiging eraan komen, maar nog enige tijd op zich laten wachten (bezoek van familie, vakantie), en verminderen vlak voor het moment van de bekrachtiging, zouden deze gedragingen adjunctief kunnen zijn. Als de bekrachtiging in frequentie toeneemt, zouden ze ook moeten verminderen.

Dezelfde auteurs (Dygdon & Dienes, 2014) pasten het model ook toe op het piekeren bij de gegeneraliseerde angststoornis. Bij een gegeneraliseerde angststoornis doet zich minder gedrag voor dat leidt tot de gewenste (respons-contingente) bekrachtiging. Piekeren kan geassocieerd zijn met een verantwoordelijk, zorgend iemand en zo tot automatische bekrachtiging leiden.

Het model van adjunctief gedrag kan implicaties hebben voor behandeling. Falk (1998) schetst er enkele in verband met drugsgebruik als adjunctief gedrag, maar deze kunnen eveneens voor andere situaties gelden. Een eerste mogelijkheid is het verrijken van de omgeving, meer bepaald het verrijken van de bekrachtigingsschema's van het individu. Dit kan door extra schema's of bekrachtiging in te voeren, zodat het oorspronkelijke generatorschema minder bepalend wordt. Het hebben van een baan of een stimulerende hobby kan hierbij op een natuurlijke manier helpen. Daarnaast kan eventueel een ander, minder belemmerend excessief, adjunctief gedrag als vervanging ingebracht worden. Creatieve activiteiten lenen zich hier onder meer gemakkelijk toe. Dygdon en Dienes (2013, 2014) doen met betrekking tot depressie en gegeneraliseerde angst analoge voorstellen voor het verrijken van de schema's. Gedragsactivering past perfect in deze opzet. Hierbij wordt uitdrukkelijk een planning gemaakt rond het zich voordoen van gedrag waarop bekrachtiging kan volgen. Ook de omgeving kan hierbij betrokken worden, zodat deze voor meer positieve interacties zorgt. Als er op een bepaald moment toch lang gewacht moet worden op zaken die belangrijk zijn of gevoelig liggen (zoals een partner die weer een tijd weg moet voor zijn werk), kan gezocht worden naar andere bekrachtigende activiteiten waarop men zich intensief kan richten, zoals meer contact met vrienden of meer contact via skype. Zelfs een huisdier kan hier nuttig zijn. Analyse kan aangeven welke stimuli meer uitlokkend zijn voor negatieve verwachtingen. Het alleen aan tafel moeten eten kan bijvoorbeeld duidelijk maken dat de volgende twee uur ook alleen moeten worden doorgebracht, omdat de partner pas laat thuis komt. Het vermijden van het uitlokkende schema is dikwijls niet mogelijk en ook niet wenselijk, wel het invoeren van meer constructief adjunctief gedrag. Is adjunctief gedrag eenmaal gevormd, dan is het erg hardnekkig. Verandering of kanalisering naar ander gedrag is dan niet eenvoudig. Het vergt uitdrukkelijke training, die misschien aanvankelijk het beste kan plaatsvinden

in de aanwezigheid van iemand anders, die voor snelle bekrachtiging kan zorgen. Anders dreigt de verleiding van de gewoonte.

In behandelmilieus waar patiënten lang moeten wachten kan gemakkelijk adjunctief gedrag ontstaan, zowel op een positieve als op een minder gewenste manier. In het laatste geval gaat het om iatrogeen adjunctief gedrag. Het niet herkennen van bepaalde gedragingen of symptomen als adjunctief gedrag kan tot een verkeerde aanpak leiden, bijvoorbeeld tot strafmaatregelen. Dygdon en Dienes (2013) geven het voorbeeld van iemand die werkt aan een moeilijk, veeleisend artikel. Dit vergt veel inspanning en bekrachtiging laat lang op zich wachten. Het is mogelijk dat de schrijver regelmatig tussendoor plots het toilet gaat schoonmaken. Dit is eenvoudig gedrag dat snel tot een kleine bekrachtiging leidt. Als een therapeut dit hoort, kan hij besluiten dat een betere dagplanning een oplossing zou kunnen bieden en afspreken dat de schrijver 's morgens begint met schoonmaken, zodat hij daarna alle tijd vrij heeft voor zijn schrijfwerk. Als het om adjunctief gedrag gaat, slaat deze aanpak evenwel de plank mis en kan ander adjunctief gedrag opduiken. Het probleem is immers niet wanneer het toilet schoongemaakt kan worden of dat er geen tijd is om te schrijven, maar een gemis aan tussentijdse bekrachtiging die de schrijver niet te veel afleidt van zijn schrijfwerk.

Klinisch kan storend gedrag, zoals de deur van de verpleegpost platlopen, daar steeds dezelfde vragen stellen en zich uitdagend opstellen tegenover medepatiënten, adjunctief uitgelokt worden. Enkel bestraffend reageren op dit gedrag biedt dan geen oplossing. Op een andere manier vragen leren stellen evenmin. Mogelijk moet ook hier gezocht worden naar alternatieve adjunctieve mogelijkheden, zoals computerspelletjes, kruiswoordraadsels, huisdieren, creatief materiaal, leermogelijkheden of schrijven op Wikipedia. Op al deze zaken kunnen patiënten zich intensief richten in afwachting van een volgend belangrijk moment.

BESLUIT

.....

Adjunctief gedrag of schema-geïnduceerd gedrag, kortom gedrag dat binnen een ander gedragspatroon opduikt, is een betrekkelijk ongekend verschijnsel, zeker in de klinische praktijk. SIP is de meest onderzochte vorm. Adjunctief gedrag kan klinisch relevant zijn bij onder meer compulsief gedrag, middelenmisbruik en depressieve kenmerken. Maar algemener kan adjunctief gedrag ook uitgelokt worden in bepaalde werkomgevingen of andere omstandigheden. We leven in een maatschappij met meer tijd en meer automatisering, wat leidt tot meer wachten en ruimte voor adjunctief gedrag. Laagfrequente bekrachtiging is overal aanwezig. Op zowat alle werkplekken is deze klacht te horen. Het is niet onwaarschijnlijk dat dit adjunctief gedrag met zich meebrengt zonder dat dit als zodanig wordt herkend. Vooral minder impulsieve personen, mensen die sneller vaste gedragspatronen vor-

men, zouden hier bevattelijk voor zijn. Op zich is er niets mis met adjunctief gedrag. Integendeel, zolang het niet problematisch wordt, is het normaal en zelfs nuttig gedrag. Ook agressie als adjunctief gedrag komt bij dieren zeer veel voor, maar is nauwelijks onderzocht bij mensen. In veel klinische milieus moeten patiënten soms lang wachten op voor hen belangrijke gebeurtenissen. Mogelijk lokt dit soms schema-geïnduceerde agressie uit. Adjunctief gedrag vergt soms een andere aanpak dan hetzelfde gedrag in een andere context. Daarom kan kennis van het fenomeen zeker zinvol zijn. Tegelijk is duidelijk dat rond adjunctief gedrag bij mensen een enorm onderzoeksdomein nog zo goed als braak ligt.

Francis De Groot is psycholoog en adjunct-directeur patiëntenzorg in het Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen te Boechout.

Geert Dom is hoofdgeneesheer in het Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen te Boechout en gastprofessor Verslavingspsychiatrie aan de Universiteit Antwerpen – Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (UA-CAPRI), Campus Drie Eiken, Universiteitsplein 1, 2610 Antwerpen (België)..

Correspondentieadres: Francis De Groot, Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen, Provinciesteenweg 408, 2530 Boechout (België). E-mail: francis.de.groot@fracarita.org

Summary Adjunctive or schedule-induced behavior is behavior occurring within another behavior chain, as a consequence of its reinforcer schedule. Schedule-induced polydipsia in rats is the best known and most widely researched adjunctive behavior. Although different kinds of adjunctive behavior were observed in animals and humans, it still is a rather unknown phenomenon. Its history, features and possible explanations are described. Despite the scarcity of research, there are indications pointing to the possible clinical relevance of the phenomenon for several problems.

Keywords: *adjunctive behavior, schedule-induced behavior, polydipsia, behavior analysis*

Literatuur

Anselme, P. (2008). Abnormal patterns of displacement activities: A review and reinterpretation. *Behavioural Processes*, 79, 48-58.

Cherek, D. R., Thompson, T., & Heistad, G. T. (1973). Responding maintained by the opportunity to attack during an interval food reinforcement schedule. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 19, 113-123.

Cleaveland, J. M., Jäger, R., Rössner, P., & Delius, J. D. (2003). Ontogeny had a phylogeny: Background to adjunctive behaviors in pigeons and budgerigars. *Behavioural Processes*, 61, 143-158.

Cohen, P. S., & Looney, T. A. (1984). Induction by reinforcer schedules. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 41, 345-353.

Corwin, R. L., & Buda-Levin, A. (2004).

- Behavioral models of binge-type eating. *Physiology & Behavior*, 82, 123-130.
- Dantzer, R., Terlouw, C., Tazi, A., Koolhaas, J. M., Bohus, B., Koob, G. F., & Le Moal, M. (1988). The propensity for schedule-induced polydipsia is related to differences in conditioned avoidance behaviour and in defense reactions in a defeat test. *Physiology & Behavior*, 43, 269-273.
- De Groot, F. (2011). *Adam en Eva: Het begin van de psychologie. Kennismaken met de gedragsanalyse*. Antwerpen: Garant.
- De Groot, F., & Dom, G. (2016). Mid-delengebruik als adjunctief gedrag. *Verslaving*, in druk.
- Dygdon, J. A., & Dienes, K. A. (2013). Behavioral excesses in depression: A learning theory hypothesis. *Depression and Anxiety*, 30, 598-605.
- Dygdon, J. A., & Dienes, K. A. (2014). Generalized anxiety disorder and depression: A learning theory connection. *Journal of Depression and Anxiety*, 3 (1).
- Falk, J. L. (1961). Production of polydipsia in normal rats by an intermittent food schedule. *Science*, 133, 195-196.
- Falk, J. L. (1966a). The motivational properties of schedule-induced polydipsia. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 9, 19-25.
- Falk, J. L. (1966b). Schedule-induced polydipsia as a function of fixed interval length. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 9, 37-39.
- Falk, J. L. (1977). The origin and functions of adjunctive behavior. *Animal Learning & Behavior*, 5, 325-335.
- Falk, J. L. (1998). Drug abuse as an adjunctive behavior. *Drug and Alcohol Dependence*, 52, 91-98.
- Flores, P., Sánchez-Kuhn, A., Merchán, A., Vilches, O., García-Martín, S., & Moreno, M. (2014). Schedule-induced polydipsia: Searching for the endophenotype of compulsive behavior. *World Journal of Neuroscience*, 4, 253-260.
- Ford, M. M. (2014). Applications of schedule-induced polydipsia in rodents for the study of an excessive ethanol intake phenotype. *Alcohol*, 48, 265-276.
- Foster, W. S. (1978). Adjunctive behavior: An under-reported phenomenon in applied behavior analysis? *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 545-546.
- Fraley, L. E. (2003). A behaviorological analysis of adjunctive behavior. *Behaviorology Today*, 6, 15-29.
- Granger, R. G., Porter, J. H., & Christoph, N. L. (1984). Schedule-induced behavior in children as a function of inter-reinforcement interval length. *Physiology & Behavior*, 33, 153-157.
- Gregory, J. G., Hawken, E. R., Banasikowski, T. J., Dumont, E. C., & Beninger, R. J. (2015). A response strategy predicts acquisition of schedule-induced polydipsia in rats. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 61, 37-43.
- Hansen, S., & Hagelsrum, L. J. (1984). Emergence of displacement activities in the male rat following thwarting of sexual behavior. *Behavioral Neuroscience*, 98, 868-883.
- Hawken, E. R., Delva, N. J., & Beninger, R. J. (2013). Increased drinking following social isolation rearing: Implications for polydipsia associated with schizophrenia. *PLoS ONE*, 8(2): e56105, doi:10.1371/journal.pone.0056105
- Íbias, J., & Pellón, R. (2014). Different relations between schedule-induced polydipsia and impulsive behaviour in the Spontaneously Hypertensive Rat and in high impulsive Wistar rats: Questioning the role of impulsivity in adjunctive behaviour. *Behavioural Brain Research*, 271, 184-194.
- Íbias, J., Pellón, R., & Sanabria, F. (2015). A microstructural analysis of schedule-induced polydipsia reveals incentive-induced hyperactivity in an animal model of ADHD. *Behavioural Brain Research*, 278, 417-423.
- Íbias, J., Soria-Molinillo, E., Kastanaus-

- kaite, A., Orgaz, C., DeFelipe, J., Pel-
lon, R., & Miquéns, M. (2015). Sched-
ule-induced polydipsia is associated
with increased spine density in dorso-
lateral striatum neurons. *Neuro-
science*, 300, 238-45. doi: 10.1016/j.
neuroscience.2015.05.026
- Johnson, L. M., Bickel, W. K., Higgins,
S. T., & Morris, E. K. (1991). The ef-
fects of schedule history and the op-
portunity for adjunctive responding
on behavior during a fixed-interval
schedule of reinforcement. *Journal of
the Experimental Analysis of Behavior*,
55, 313-322.
- Kanter, J. W., Cautilli, J. D., Busch, A. M.,
& Baruch, D. E. (2005). Toward a com-
prehensive functional analysis of de-
pressive behavior: Five environmen-
tal factors and a possible sixth and
seventh. *The Behavior Analyst Today*,
6, 65-81.
- Killeen, P. R., Hanson, S. J., & Osborne,
S. R. (1978). Arousal: Its genesis and
manifestation as response rate. *Psy-
chological Review*, 85, 571-581.
- Killeen, P. R., & Pellón, R. (2013). Ad-
junctive behaviors are operants.
Learning & Behavior, 41, 1-24.
- Kupfer, A. S., Allen, R., & Malagodi, E. F.
(2008). Induced attack during
fixed-ratio and matched-time sched-
ules of food presentation. *Journal of
the Experimental Analysis of Behavior*,
89, 31-48.
- Lerman, D. C., Iwata, B. A., Zarcone, J. R.,
& Ringdahl, J. (1994). Assessment of
stereotypic and self-injurious behav-
ior as adjunctive responses. *Journal of
Applied Behavior Analysis*, 27, 715-728.
- Lucas, G. A., Timberlake, W., & Gawley,
D. J. (1988). Adjunctive behavior of
the rat under periodic food delivery
in a 24-hour environment. *Animal
Learning & Behavior*, 16, 19-30.
- Morse, W. H., & Skinner, B. F. (1957). A
second type of superstition in the
pigeon. *The American Journal of Psy-
chology*, 70, 308-311.
- Muller, P. G., Crow, R. E., & Cheney, C. D.
(1979). Schedule-induced locomotor
activity in humans. *Journal of the Ex-
perimental Analysis of Behavior*, 31,
83-90.
- Papini, M. R., & Dudley, R. T. (1997).
Consequences of surprising reward
omissions. *Review of General Psychol-
ogy*, 1, 175-197.
- Pierce, W. D., & Epling, W. F. (1980).
What happened to analysis in applied
behavior analysis? *The Behavior Ana-
lyst*, 3, 1-9.
- Staddon, J. E. R. (1970). Temporal effects
of reinforcement: A negative 'frustra-
tion' effect. *Learning and Motivation*,
1, 227-247.
- Staddon, J. E. R. (1977). Schedule-in-
duced behavior. In W. K. Honig & J. E.
R. Staddon (Eds.), *Handbook of oper-
ant behavior* (pp. 125-152). Englewood
Cliffs: Prentice-Hall.
- Strand, P. S. (2009). Religion as sched-
ule-induced behavior. *The Behavior
Analyst*, 32, 191-204.
- Thomka, M. L., & Rosellini, R. A. (1975).
Frustration and the production of
schedule-induced polydipsia. *Animal
Learning & Behavior*, 3, 380-384.
- Timberlake, W., & Lucas, G. A. (1991).
Periodic water, interwater interval,
and adjunctive behavior in a 24-hour
multiresponse environment. *Animal
Learning & Behavior*, 19, 369-380.
- Welkenhuysen, M., Gligoričević, I., Am-
eye, L., Prodanov, D., Van Huffel, S., &
Nuttin, B. (2013). Neuronal activity in
the bed nucleus of the stria terminalis
in a rat model for obsessive-compul-
sive disorder. *Behavioural Brain Re-
search*, 240, 52-59.
- Wilson, J. F., & Cantor, M. B. (1987). An
animal model of excessive eating:
Schedule-induced hyperphagia in
food-satiated rats. *Journal of the
Experimental Analysis of Behavior*, 47,
335-346.

.....

Diagnostiek bij psychosomatiek: doen we patiënten tekort?

MICHEL REINDERS

In 2013 werd de nieuwste versie van de DSM ingevoerd, de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Inmiddels zijn we een aantal jaren verder. We constateren dat in de administratieve systemen van instellingen en zorgverzekeraars voor de classificatie van psychische stoornissen nog steeds de oudere versie van de DSM wordt gebruikt, de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1984). Voor de meeste stoornissen maakt dat niet veel uit, omdat de verschillen tussen DSM-IV en DSM-5 marginaal zijn. In de sectie somatoforme stoornissen is de verandering echter omvangrijk. Het maakt een groot verschil of men een diagnose stelt in het systeem van DSM-IV of in dat van DSM-5. Er zijn stoornissen verdwenen, verhuisd en er is een nieuwe stoornis bijgekomen. Dat is niet het belangrijkste. Op het gebied van somatoforme stoornissen is er in de DSM-5 een andere manier van denken gestart, die breekt met de traditie zoals die tot en met de DSM-IV gebruikelijk was.*

Een 46-jarige man meldt zich op een polikliniek waar men gespecialiseerd is in psychosomatische klachten. Hij heeft last van fysieke klachten, waarvan pijn de belangrijkste is. De pijnklachten zijn ontstaan in aansluiting op een mislukte operatie en zijn dusdanig heftig dat hij zijn beroep niet meer kan uitoefenen. Hij is angstig en somber, en het lukt hem niet zijn leven een nieuwe vorm te geven. Hij krijgt de diagnose 'ongedifferentieerde somatoforme stoornis'. De intaker constateert, op basis van één van de criteria van de DSM-IV, dat de symptomen na onderzoek niet volledig kunnen worden verklaard door een somatische aandoening.

De patiënt maakt bezwaar tegen deze diagnose. Al zijn huidige klachten zijn opgetreden na de operatie. Voor hem is het duidelijk: de klachten komen voort uit de operatie. De diagnose lijkt voor hem te suggereren dat hij zijn klachten overdrijft of deels zelf heeft veroorzaakt. Na de pech van de

mislukte operatie, ervaart hij deze diagnose als een stoot onder de gordel. Hij is zo beledigd dat hij wil afzien van behandeling.

185

We kunnen de patiënt geen ongelijk geven. Het is weliswaar niet objectief vast te stellen of alle klachten die na zijn operatie zijn ontstaan ook het gevolg zijn van de operatie, maar het tegendeel is ook waar: het is evenmin objectief vast te stellen dat de klachten niet in verhouding staan met het letsel. Eerlijk gezegd weten we het niet en is het beter om ons te onthouden van uitspraken hierover. Het enige wat we kunnen constateren is dat de patiënt lichamelijke klachten heeft, die hem ernstig beperken in zijn dagelijks functioneren en waaronder hij ernstig lijdt. In termen van de DSM-5 heet dit een *somatic symptom disorder*.

De kritiek van de patiënt hoeft ons niet te verbazen. Al vrij lang wordt gewezen op de tekortkomingen van de DSM-IV op het gebied van somatoforme stoornissen. Een van de kritiekpunten luidt dat patiënten de terminologie van de DSM-IV onacceptabel vinden (Dimsdale et al., 2013; Mayou, Kurmayer, Simon, Kroenke, & Sharpe, 2005). Het motiveren van patiënten voor een psychologische behandeling is niet eenvoudig, met als mogelijk gevolg dat patiënten hun heil vruchteloos, maar niet kosteloos, blijven zoeken in het medisch circuit (Eeckhout & Reinders, 2013; van Dessel et al., 2014).

Wat zijn de verschillen tussen DSM-IV en DSM-5 op het gebied van somatoforme stoornissen? Hoe belangrijk zijn die verschillen? In de DSM-5 is een nieuwe categorie geïntroduceerd: de *somatic symptom disorder*. Onder deze categorie vallen oude stoornissen als somatisatiestoornis, somatoforme stoornis NAO, ongedifferentieerde somatoforme stoornis en pijnstoornis. Bij de *somatic symptom disorder* maakt het niet uit of de fysieke klachten voortkomen uit een erkende lichamelijke ziekte. Het hebben van langdurige, invaliderende fysieke symptomen is voldoende. Daarmee verdwijnt het onderscheid tussen medisch verklaarde en medisch onverklaarbare klachten. Gelukkig maar, want patiënten waren toch al niet dol op de term 'onbegrepen klachten' (Marks & Hunter, 2015; Stone et al., 2002).

Tevens verdwijnt het uitsluitingcriterium: 'De symptomen kunnen na onderzoek niet volledig worden verklaard door een somatische aandoening.' Daarmee verlaat men het dichotome denken, waarbij klachten ofwel medisch verklaarbaar zijn, ofwel een psychische oorzaak hebben. Volgens Barsky (2016) verschuift de focus van oorzaak naar impact van de fysieke klachten. De DSM-5 baseert zich op positieve diagnostische criteria. De lichamelijke klachten veroorzaken ernstige psychologische problemen. Met andere woorden, de patiënt gaat op disfunctionele of maladaptieve wijze om met de klachten.

De nieuwe manier van denken slaat een brug naar een generalistische psychologische benadering van alle lichamelijke aandoeningen. De problemen die mensen ervaren in de omgang met fysieke klachten tonen meer overeenkomsten dan verschillen, ongeacht of deze klachten veroorzaakt worden door

kanker, reuma, fibromyalgie, chronisch vermoeidheidssyndroom of door klachten zonder naam (Mayou, 2014). De nieuwe diagnostiek lijkt vriendelijker voor de patiënt. Er blijkt erkenning uit van hun lijden door lichamelijke klachten, zonder dat ze het gevoel krijgen zelf oorzaak van hun klachten te zijn. Bovendien opent deze diagnostiek de weg naar een effectieve aanpak: leren omgaan met beperkingen. Ze beperkt de weg naar allerlei vage oorzakelijke verbanden, waarbij psychische problemen lichamelijke klachten zouden veroorzaken.

Doen we patiënten tekort door de DSM-IV te blijven hanteren in onze administratieve systemen? Allereerst is de DSM nooit bedoeld geweest om te dienen als basis voor een declaratiesysteem, maar ooit gestart om onderzoekers een gemeenschappelijke taal te laten spreken. Hoewel er ook kritiek is op de DSM-5, beschouwen velen de ontwikkelingen in de DSM-5 als een belangrijke stap voorwaarts (Barsky, 2016; Dimsdale et al., 2013; van der Feltz-Cornelis & van Houdenhove, 2014). Patiënten hebben het recht om gediagnosticeerd te worden volgens de nieuwste en breed gedragen inzichten.

Het is treurig om te moeten constateren dat administratieve systemen een remmende invloed hebben op het gebied van de somatoforme stoornissen. Behandelaars worden niet gestimuleerd om de nieuwe manier van denken te omarmen. Dit remt de vooruitgang in de behandeling van patiënten, roept onbegrip bij hen op en verhindert in sommige gevallen dat patiënten de behandeling krijgen die nodig is.

Noot

- * Het NZa pleitte op 16 februari 2016 voor een gedeeltelijke invoering van de DSM-5 in 2017. Daarbij zal de behandelaar de DSM-5 kunnen hanteren, terwijl de bekostiging via een conversiesysteem geënt blijft op de DSM-IV. Op 31 maart 2016 heeft minister Schippers de kamer laten weten het advies van het NZa op te volgen en de DSM-5 per 1 januari 2017 te willen invoeren. Verder valt op te merken dat in de Agenda GGZ (november 2015) gepleit wordt voor een nieuw bekostigingssysteem (volgens het zogenaamde Engelse model), waarbij de koppeling tussen de DSM-classificatie en de bekostiging wordt losgelaten. Het NZa hoopt dat dit bekostigingssysteem in 2019 geïmplementeerd kan worden.

Deze informatie is terug te vinden op:

- ▶ www.nza.nl/1048076/1048181/Advies_invoering_DSM_5.pdf
- ▶ www.ggznederland.nl/uploads/assets/Agenda%20GGZ%20voor%20gepast%20gebruik%20en%20transparantie-DEF.PDF
- ▶ [www.nza.nl/104107/139830/1250896/Impactanalyse_en_ontwikkelen_implementatiescenario's_\(doorontwikkeling\)_dbc_ggz-fz.pdf](http://www.nza.nl/104107/139830/1250896/Impactanalyse_en_ontwikkelen_implementatiescenario's_(doorontwikkeling)_dbc_ggz-fz.pdf)
- ▶ www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/03/31/kamerbrief-over-toepassing-dsm-5-voor-het-pakket-en-de-bekostiging-ggz

Michel Reinders is als klinisch psycholoog verbonden aan de Polikliniek Psychosomatiek, GGZinGeest, die deel uitmaakt van het netwerk TopGGZ.

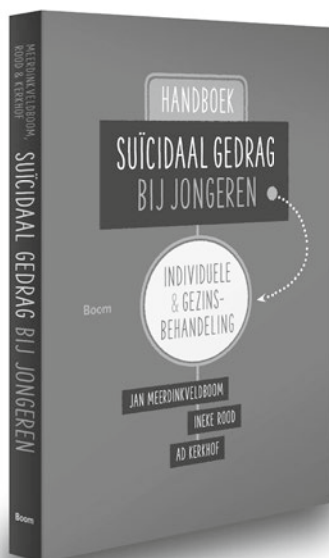
Correspondentieadres: Amstelveenseweg 589, 1081 JC Amsterdam. *E-mail:* Mi.Reinders@ggzingeest.nl.

187

Literatuur

- American Psychiatric Association (1984). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Barsky, A. J. (2016). Assessing the new DSM-5 diagnosis of somatic symptom disorder. *Psychosomatic Medicine*, 78, 2-4.
- Dimsdale, J. E., Creed, F., Escobar, J., Sharpe, M., Wulsin, L., Barsky, A., ... Levenson, J. (2013). Somatic symptom disorder: An important change in DSM. *Journal of Psychosomatic Research*, 75, 223-228.
- Eckhout, G., & Reinders, M. (2013). Handvatten om SOLK-patiënten te verwijzen. *Medisch Contact*, 1326-1328.
- Marks, E. M., & Hunter, M. S. (2015). Medically unexplained symptoms: An acceptable term? *British Journal Pain*, 9, 109-114.
- Mayou, R. (2014). Is the DSM-5 chapter on somatic symptom disorder any better than DSM-IV somatoform disorder? *The British Journal of Psychiatry*, 204, 418-419.
- Mayou, R., Kurmayer, L. J., Simon, G., Kroenke, K., & Sharpe, M. (2005). Somatoform disorders: Time for a new approach in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 162, 847-855.
- Stone, J., Wojcik, W., Durrance, D., Carson, A., Lewis, S., MacKenzie, L., ... Sharpe, M. (2002). What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The 'number needed to offend'. *British Medical Journal*, 325, 1449-1450.
- van der Feltz-Cornelis, C. M., & van Houdenhove, B. (2014). DSM-5: Van somatoforme stoornissen naar 'somatic symptom and related disorders'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 182-186.
- van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstäuber, M., Leone, S. S., Terluin, B., ... van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014 Nov 1;11:CD011142. doi: 10.1002/14651858.CD011142.pub2

Nieuw bij Boom Psychologie & Psychiatrie



Jaarlijks sterven er gemiddeld tussen de 120 en 140 jongeren onder de 25 jaar aan zelfdoding. Bovendien hebben zo'n 3000 jongeren medische hulp nodig na een poging. De dreiging van suïcide een grote wissel trekt op de jongeren zelf, hun ouders, familie, vrienden, klasgenoten en leerkrachten.

In het *Handboek suïcidaal gedrag bij jongeren* wordt uiteengezet waarom en vooral hoe deze jongeren en hun gezinnen behandeld moeten worden. Daarbij steunt het boek op twee belangrijke pijlers: kennis van de suïcidale ontwikkeling bij jongeren en de context van het gezin. Jongeren zijn nog niet volwassen, hun gezinnen spelen (nog) hoofdrollen in hun levens en dat biedt een grotere kans om de hulp te laten slagen.

Paperback | 9789089539212 | 256 p. | € 26,95

E-book | 9789461279071 | € 14,95

Lees meer en bestel op
www.boompsychologie.nl

Boom | Psychologie
& Psychiatrie

Geen verzendkosten binnen
Nederland vanaf € 20,-
Prijs geldt in 2016, o.v.v. wijzigingen

Nieuw bij Boom Psychologie & Psychiatrie



De wetenschap achter relatieproblemen

Is er een wetenschappelijke verklaring voor het feit dat sommige mensen schijnbaar moeiteloos een partner vinden, terwijl anderen elke relatie stuk zien lopen? Die is er zeker, volgens de vooraanstaande Amerikaanse psychiater Amir Levine en psycholoog Rachel Heller. In *Verbonden* laten zij zien hoe het begrijpen van je hechtingsstijl en die van je (toekomstige) partner kan helpen een goede relatie te krijgen én te behouden. Zij onderscheiden drie hechtingsstijlen:

- Angstig: houdt mijn partner wel genoeg van mij?
- Vermijdend: intimiteit betekent verlies van onafhankelijkheid
- Veilig: geen moeite met intimiteit en van nature warm en liefdevol

Ontdek je eigen hechtingsstijl, en die van je (toekomstige) partner en leer begrijpen waarom de liefde altijd zo'n emotionele achtbaan is.

Paperback | 9789089538758 | 260 pp. | € 19,95

Lees meer en bestel op
www.boompsychologie.nl

**Boom | Psychologie
& Psychiatrie**

Geen verzendkosten binnen
Nederland vanaf € 20,-
Prijs geldt in 2016, 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

Negenenveertigste jaargang, nummer 2, juni 2016

Pagina 97–192

97 *Redactioneel*

98 **Sandra Speekenbrink, Marie-José van Hoof, Natasja van Lang & Robert Vermeiren**
Emotieregulatie en gehechtheidsrepresentaties in adolescenten met een klinische depressie — Een vergelijkend onderzoek

122 **Jeroen Schnitzler & Lieke Christenhusz**
Effectiviteit van mindfulness-based cognitieve therapie in aanvulling op reguliere zorg bij patiënten met chronische angst en/of depressie — Een verkennende studie

145 **Wim Tops, Eric Heyns & Nady Van Broeck**
Niets is wat het lijkt?! — Cognitieve gedragstherapie als behandeling voor angststoornissen bij kinderen en adolescenten met ASS

170 **Francis De Groot & Geert Dom**
Adjunctief gedrag

FORUM

184 **Michel Reinders**
Diagnostiek bij psychosomatiek: doen we patiënten tekort?
