

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 50 NUMMER 2 JUNI 2017

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

Doelstelling

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

Redactie

Sarah Bal
Paul Boelen (*hoofredacteur*)
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
tvb.boomtijdschriften.nl

Uitgever

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam

Advertenties

klantenservice@boompsychologie.nl

Typografische verzorging

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

© 2017

Boom uitgevers Amsterdam /
Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie

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.



.....

Welkom bij dit tweede nummer van 2017. We gaan met z'n allen hopelijk een in velerlei opzichten mooie zomer tegemoet. Voor wie graag tijd besteedt aan het bijhouden van vakliteratuur en het volgen van indrukwekkende ontwikkelingen in de Nederlandse CGT heeft dit nummer veel te bieden. In het eerste artikel gaan *Elske van den Berg* en haar collega's in op *cognitive behavioral therapy-enhanced* zoals toegepast in de behandeling van eetstoornissen. CBT-E verwijst naar een transdiagnostische, gepersonaliseerde aanpak voor de behandeling van diverse eetstoornissen. In internationale studies is deze aanpak effectief gebleken. Van den Berg en collega's gaan onder meer in op de ervaringen met de implementatie in een Nederlandse ggz-instelling. *Lotte Lemmens* en haar collega's hebben uitgebreid onderzoek gedaan naar plotsse, wezenlijke afnamen in klachten tussen twee therapiesessies in, ook wel *sudden gains* genoemd. Zij vonden onder meer dat sudden gains positief samenhangen met het effect van een CGT-behandeling. Komt u dergelijke onverwachte grote verbeteringen tegen, dan kunt u dus, losjes sprekend, gaan vertrouwen op een gunstige afloop van de therapie. Lemmens en de haren schetsen ook dat het nog niet eenvoudig is om aan te wijzen bij welk type cliënt nu precies zo'n plotse verbetering verwacht mag worden, en onder welke omstandigheden. Fascinerende materie. De Community Reinforcement Approach – Tevredenheidslijst (CRA-TvL) is een instrument dat gebruikt kan worden in de behandeling van verslavingsproblematiek om zicht te krijgen op de kwaliteit van leven van de cliënt, om de voortgang van de behandeling te monitoren en te bespreken, en om de cliënt actief te betrekken bij beslissingen in het behandelproces. *Caroline Marijnissen-Bouten* en haar collega's onderzochten psychometrische eigenschappen van dit instrument. Daarvan doen zij in het derde artikel verslag. Het instrument sluit aan bij het toenemende belang van gedeelde besluitvorming binnen de psychiatrie. *Ronald Boonstra* deed samen met anderen onderzoek naar het voorkomen van de beleving van schaamte bij mensen die stemmen horen en de relatie tussen schaamtebelevingen en opvattingen over privacyschending en stemidentiteit. Zij ontwikkelden een vragenlijst om deze constructen te meten en doen in het vierde artikel verslag van eerste resultaten van onderzoek met het instrument. *Inez Buyck* bespreekt recente boeken over Competitive Memory Training (COMET) zoals toegepast bij kinderen en jeugdigen. Belangwekkende boeken, en mooi besproken in deze heldere boekbespreking.

Een mooi zomers kwartaal gewenst!

Paul Boelen *Hoofdredacteur*

Implementatie van cognitive behavioral therapy-enhanced in een regulier behandelcentrum voor eetstoornissen

ELSKE VAN DEN BERG, DANIELA SCHLOCHTERMEIER,
ANNEKE GOUDRIAAN & JACK DEKKER

Samenvatting

Behandelingen van eetstoornissen kenmerken zich door een beperkt behandelresultaat en een hoog uitvalpercentage. *Cognitive behavioral therapy-enhanced* (CBT-E), dat is ontwikkeld door Fairburn en collega's, laat in meerdere studies een beter behandelresultaat zien dan reguliere CGT, zowel voor anorexia nervosa, voor boulimia nervosa, als voor niet anders omschreven eetstoornissen (ES-NAO).

Dit artikel beschrijft de implementatie van het CBT-E-protocol in de ambulante zorg bij Novarum, een behandelcentrum voor eetstoornissen, en het vernieuwde, strikt op CBT-E gebaseerde klinische behandelaanbod. Het artikel beoogt handreikingen te bieden aan behandelcentra die voornemens zijn bewezen effectieve behandelrichtlijnen te implementeren, in voldoende dosering, in een poliklinische setting, maar met name ook in een klinische setting. Zowel de valkuilen als de kansen van de implementatie worden geschetst. Het effect van de implementatie op de kosteneffectiviteit werd in kaart gebracht.

CBT-E bleek goed implementeerbaar binnen een reguliere behandelsetting. Door de verkorting van de behandelduur met gemiddeld 25% en een goedkopere disciplinemix is de behandeling kosteneffectief. De voorlopige uitvalcijfers zijn in lijn met die van de oorspronkelijke CBT-E-behandelstudies (16% versus 22%). Gemeten bij klinisch opgenomen patiënten wordt de

werkrelatie zoals die binnen de CBT-E-methodiek is vormgegeven als goed beoordeeld. Onderzoek naar de behandel-effectiviteit is nog gaande.

Trefwoorden: cognitive behavioral therapy-enhanced, CBT-E, implementatie, anorexia nervosa, boulimia nervosa, eetstoornis NAO

INLEIDING

.....

Voor boulimia nervosa is cognitieve gedragstherapie (CGT) zoals door Fairburn ontwikkeld een van de behandelingen van voorkeur in Nederland (Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993; Trimboos-instituut, 2006). Deze behandeling is door Fairburn (2008) doorontwikkeld tot *cognitive behavioral therapy-enhanced* (CBT-E; in het Nederlandse taalgebied hanteert men doorgaans de Engelse terminologie en afkorting). CBT-E is een methodiek om de behandelresultaten van ambulante behandelingen over het gehele spectrum van eetstoornissen te verhogen. Inmiddels is CBT-E in het Verenigd Koninkrijk, Australië en Nieuw-Zeeland de behandeling van voorkeur voor boulimia nervosa en voor eetbuistoornissen (Hay et al., 2014; National Institute for Clinical Excellence, 2004). Voor boulimia nervosa en eetstoornissen NAO is het behandelresultaat ongeveer 70% (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson, & Kraemer, 2000). Er bestaan voor anorexia nervosa en eetstoornissen NAO weinig bewezen effectieve behandelingen. Het schaarse behandelgebonden onderzoek laat zien dat het behandel-effect — gemeten met een afname van eetstoornissymptomatologie tot aan remissie en herstel van het ondergewicht — voor anorexia nervosa doorgaans beperkt blijft tot minder dan 50% (Zipfel et al., 2014). Ook is er over het gehele spectrum van eetstoornissen sprake van hoge uitval: uitvalpercentages variëren tot aan 46% (Halmi et al., 2005).

Effectiviteitsstudies laten voor CBT-E een beter behandelresultaat zien dan voor reguliere CGT, zowel voor boulimia nervosa als voor anorexia nervosa en eetstoornis NAO (Fairburn et al., 2009, 2013, 2015). In vergelijking met reguliere CGT voor eetstoornissen is CBT-E verder doorontwikkeld, met krachtiger, meer focaal gerichte interventies, en nadrukkelijker gericht op het terugdringen van terugval en op het vergroten van therapietrouw.

In tegenstelling tot de gangbare DSM-classificatie worden eetstoornissen binnen CBT-E beschouwd als één diagnostische categorie. Immers, de verschillende diagnosegroepen delen grotendeels dezelfde symptomatologie. Verder migreren veel patiënten gedurende hun ziektebeloop van de ene diagnosegroep naar de andere. Interventies die goed aanslaan bij het ene type eetstoornis kunnen daarom waarschijnlijk ook goed aanslaan bij het andere type eetstoornis (Fairburn et al., 2009).

Door Dalle Grave is in Italië CBT-E doorontwikkeld voor patiënten met ernstig ondergewicht (BMI < 15) of met een opname-indicatie (Dalle Grave, 2012, 2013). Dalle Grave laat uitvalpercentages van 12% zien en rapporteert

een succespercentage van 48,6% bij patiënten met ondergewicht (BMI < 16) (Dalle Grave, Calugi, Conti, Doll, & Fairburn, 2013).

Gezien de succesvolle en bemoedigende behandelresultaten van CBT-E koos Novarum, een Amsterdams behandelcentrum voor eetstoornissen, ervoor om deze methodiek te implementeren en zo zijn behandelresultaten te verbeteren. Ook wilde Novarum de doelmatigheid verhogen door het behandelaanbod uitsluitend in te richten met bewezen effectieve en uniforme interventies. Door het primaat dat CBT-E legt bij ambulante behandelingen, ook voor patiënten met ondergewicht, sluit de methodiek aan bij het streven van Novarum om verder te ambulantiseren (Fairburn, 2008). De beperkte en vaste behandelduur van CBT-E-behandelingen sluit aan bij het streven om de behandelduur te verkorten. Het opleiden van de gehele behandelstaf tot primaire behandelaar, ongeacht discipline, draagt bij aan een betere kosteneffectiviteit.

BESCHRIJVING CBT-E

.....

Het is niet ongebruikelijk dat patiënten met een eetstoornis al meerdere on-succesvolle behandelingen achter de rug hebben en vanuit de aard van de eetstoornis sterk ambivalent gemotiveerd zijn. De behandelmethode CBT-E is erop gericht de patiënt hoop te geven, vanuit de overtuiging dat zolang de predictoren voor succes onbekend zijn iedere patiënt — ongeacht de ernst van zijn (comorbide) psychopathologie — eenzelfde kans op succes heeft. Zo wordt therapietrouw geoptimaliseerd en uitval tegengegaan. Het streven is de patiënt zijn eigen therapeut te laten worden. De relatie tussen therapeut en patiënt wordt gekenmerkt door wederkerigheid. De therapeut is van meet af aan transparant over het hoe en waarom van de behandelopzet, terwijl de patiënt wordt gestimuleerd om gedurende de behandeling relevant educatiemateriaal mee te lezen. De patiënt wordt verder aangemoedigd om zijn omgeving bij de behandeling te betrekken en naasten mee te nemen naar de sessies, met als doel de therapievoortgang in eigen omgeving te ondersteunen en eventuele therapiebelemmeringen weg te nemen.

De kern van CBT-E bestaat uit het aanleren van een beperkt aantal technieken en vaardigheden waarmee patiënten hun probleemoplossend vermogen blijvend kunnen vergroten. De therapeut stelt zich activerend, steunend en hoopgevend op, en is gericht op het bereiken en vasthouden van gedragsverandering. De behandeling is qua opzet nadrukkelijk spaarzaam: CBT-E kiest ervoor om patiënten niet te overladen met een veelheid aan technieken en interventies. Men leert patiënten alleen die strategieën aan die voor hen echt relevant zijn: alleen de centrale mechanismen die de eetstoornis in stand houden worden aangepakt. De aanname is dat secundaire symptomen (zoals braken na een eetbui) vervolgens vanzelf geleidelijk uitdoven. Dit *spaarzaamheidsprincipe* vindt men binnen de CBT-E-methodiek ook te

rug in de voorkeur voor enkelvoudige behandelinterventies boven complexe interventies.

Een ander kernelement binnen CBT-E is de *vaste behandelduur*. Om te komen tot een optimaal behandelresultaat hebben CBT-E-behandelingen een vaste behandelduur, waar therapeuten zich strikt aan houden en die ze elke sessie benoemen. De ambulante CBT-E-behandeling heeft een vaste behandelduur van twintig weken. Bij ondergewicht (BMI < 17,5) wordt deze behandelduur verlengd tot maximaal veertig weken, omdat er dan meer tijd nodig is om in gewicht aan te komen. Gezien de beperkte behandelduur wordt de behandelvoortgang (zoals het aanbrengen van regelmaat in het eetpatroon of het herstel van ondergewicht) intensief en hoogfrequent bijgehouden, zodat bij eventuele stagnatie direct kan worden bijgestuurd.

Continuïteit in de behandlesessies is erg belangrijk. Alle sessies worden daarom vooruit gepland en bij afwezigheid van de therapeut wordt deze vervangen door een collega. Als vooraf bekend is dat de patiënt tijdens de behandeling langere tijd afwezig zal zijn, start de behandeling pas op het moment dat de patiënt wel een aaneengesloten periode beschikbaar is. Voor het bereiken van een optimaal behandelresultaat en het tegengaan van terugval ligt de nadruk op een goede start (*start well* in CBT-E-terminologie) en een goede afronding (*end well*) van de behandeling. Goed starten heeft betrekking op het optimaliseren van de inzet van de patiënt (en van de therapeut) voor behandeling. Voordat men overeenkomt daadwerkelijk met de eerste behandlesessie te starten, worden mogelijke barrières voor behandeling uitgebreid geïnventariseerd en aangepakt. In het kader van start well vinden de sessies in het eerste deel van de behandeling tweemaal per week plaats. De therapeut is erop gebrand in deze fase een positieve gedragsverandering te bewerkstelligen. Immers, een positieve gedragsverandering aan het begin van de behandeling (zoals de afname van eetbuien omdat er regelmaat in het eetpatroon is aangebracht) is een voorspeller voor behandel succes en vergroot de therapietrouw (Raykos, Watson, Fursland, Byrne, & Nathan, 2013). Er ligt binnen CBT-E ook veel nadruk op het goed beëindigen van de therapie. Het einde van de behandeling wordt nadrukkelijk vanaf de start geïncorporeerd, om terugval zo veel mogelijk tegen te gaan en ervoor te zorgen dat er spanning op de therapie blijft.

CBT-E stelt dat de overwaardering van gewicht en omvang de kernsymptomen in stand houdt en verantwoordelijk is voor veel secundaire eetstoornissymptomen. Deze overwaardering maakt dat patiënten hun eigenwaarde grotendeels onttrekken aan hun lichaamsomvang en gewicht, wat leidt tot marginalisering van andere levensgebieden (school, relaties, werk, sport, enzovoort) en dus tot een kwetsbaar, verengd zelfbeeld. Tevens leidt deze overwaardering tot verschillende symptoomgedragingen. Zo is er bij de meeste patiënten sprake van extreem lijngedrag en bestaan er veel strikte opvattingen over wat er gegeten mag worden, in welke hoeveelheden en op welke tijdstippen. Een ander secundair symptoom is het hebben van (objectieve,

TABEL 1 *Opzet CBT-E-behandelstrategie*

90

Stap 1: Leg probleemgedrag uit.	Leg uit hoe het probleemgedrag eruitziet. Leg uit hoe dit specifieke probleemgedrag 1) de eetstoornis in stand houdt, en 2) de kwaliteit van leven aantast. Verwijs hierbij naar de formulering.
Stap 2: Bepaal aard en omvang van het probleemgedrag.	Bepaal samen met patiënt de precieze aard en omvang van het probleemgedrag middels nauwkeurige (24-uurs) monitoring. Benoem dat nauwkeurig monitoren confronterend kan zijn en tot een (tijdelijk) toename van het probleemgedrag kan leiden.
Stap 3: Bespreek redenen en opzet van de behandelstappen.	Leg uit wat de rationale is achter de stappen die u als therapeut voorstelt om het probleemgedrag te laten stoppen of te verminderen. Word het <i>samen</i> eens over de concrete stappen die de patiënt gaat toepassen.
Stap 4: Moedig verandering aan.	Als therapeut ondersteunt u steeds het zetten van de concrete stappen. U blijft sturen op daadwerkelijke gedragsverandering.
Stap 5: Blijf belonen en monitoren.	Blijf gedragsverandering ondersteunen en belonen door elke sessie de concrete stappen te evalueren en gemaakte progressie of eventuele stagnatie te monitoren.
Stap 6: Herhaal zolang als nodig, maar blijf spaarzaam.	Bij stagnatie blijft u als therapeut focaal bovenstaande stappen herhalen.
Stap 7: Stuur op vaardig worden van de patiënt, nu en straks.	Leer de patiënt vaardig worden 1 in het tijdig herkennen van het probleemgedrag, 2 in het zelfstandig kunnen toepassen van de helpende strategie, en 3 in het kunnen toepassen van de strategie met hulp vanuit de eigen omgeving, indien nodig. Benadruk met regelmaat dat na afronding van de therapie deze vaardigheden de patiënt helpen om zich te beschermen tegen terugval. Hoe meer de buitenwereld binnenkomt in de therapie, hoe beter de vaardigheden van de patiënt zullen worden.

dan wel subjectieve) eetbuien. Als gevolg van deze eetbuien treden compensatoire gedragingen als braken of laxeren op.

Bij de uitvoering van de CBT-E-behandelinterventies keren bepaalde stappen telkens terug: het geven van uitgebreide educatie, de patiënt laten monitoren wat de precieze aard en omvang van het probleemgedrag is, het uitleggen van de rationale van de interventie, en de patiënt leren herkennen welke triggers het fenomeen verergeren en hem vervolgens alternatieve gedragingen aanleren om op een andere manier met deze triggers om te gaan (zie tabel 1).

91

GEFASEERDE AANPAK

.....

Alle sessies kennen een identieke opbouw. Als er naasten meekomen wordt de sessieduur verlengd. Zij schuiven steeds aan na het doornemen van de vaste agendapunten.

Tijdens de behandeling doorloopt de patiënt vier fasen. Om de gewenste gedragsverandering — in de vorm van regelmaat aanbrengen in het eetpatroon en weegpatroon — zo snel mogelijk in gang te zetten, vinden tijdens de *eerste fase* de sessies tweemaal per week plaats. De therapeut stelt samen met de patiënt een gepersonaliseerde formulering op van alle aanwezige mechanismen die de eetstoornis in stand houden. Deze formulering fungeert vervolgens als leidraad voor de opbouw van de behandeling.

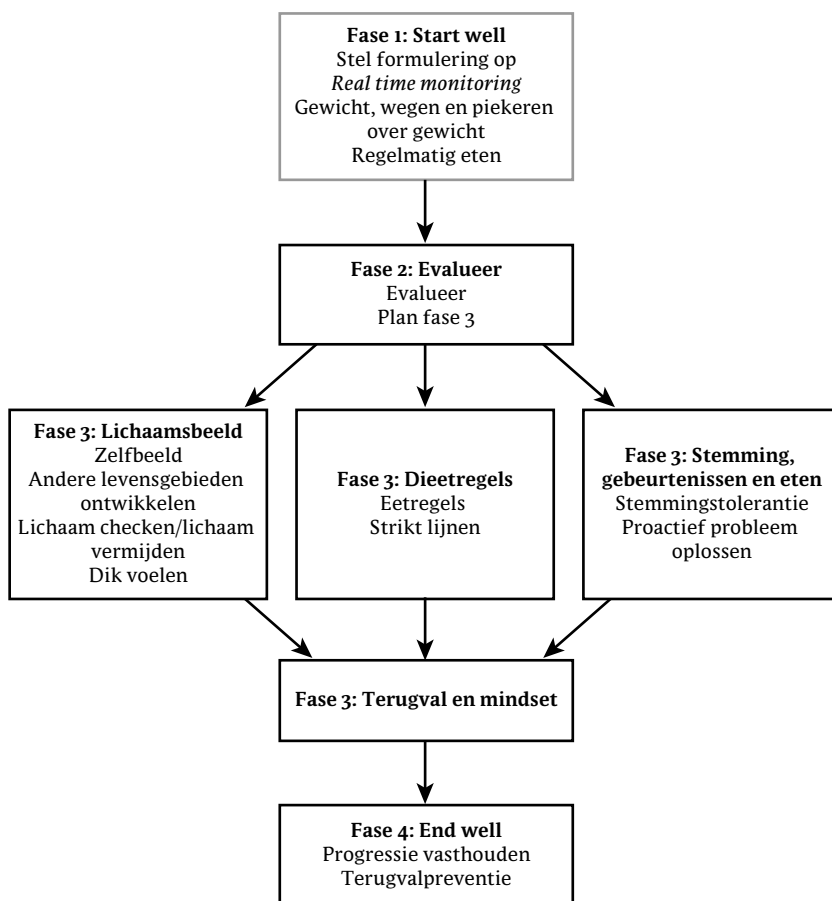
In de *tweede fase* wordt teruggeblikt op de gemaakte progressie. De therapeut brengt de betrokkenheid en barrières voor verdere gedragsverandering samen met de patiënt in kaart. Daarnaast wordt ook de inbreng van de therapeut geëvalueerd, met vragen als: ‘Doe ik als therapeut het goed genoeg voor jou?’ Op basis van de gepersonaliseerde formulering stellen patiënt en therapeut samen vast welke probleemgebieden er vervolgens aan bod komen. Hierbij wordt op grond van de persoonlijke formulering een keuze gemaakt uit de volgende drie probleemgebieden: 1) lichaamsbeeld, 2) dieetregels, of 3) stemming, gebeurtenissen en eten.

De *derde fase* is zo opgezet dat er naast het werken aan de eerder gestelde behandeldoelen (normaliseren eetpatroon en herstellen van ondergewicht) ook aandacht kan worden besteed aan de bijkomende behandeldoelen die in de tweede fase zijn geformuleerd zijn (zie figuur 1).

In de *vierde fase* zijn de behandeldoelen gericht op het vasthouden van wat er inmiddels is bereikt en op de preventie van terugval. De focus verschuift van het heden naar de toekomst. Tijdens de laatste drie sessies (die nu één in de twee weken plaatsvinden) maken patiënt en therapeut samen een zogenoemd behoudsplan. Hierin beschrijven zij naast de vroege waarschuwingssignalen die kunnen leiden tot terugval ook alle concrete stappen die de patiënt (lieft met hulp van naasten) na afronding van de behandeling moet blijven zetten om terugval te voorkomen.

Na twintig weken (of bij extreem ondergewicht na veertig weken) wordt de behandeling afgesloten, ook wanneer alle symptomen nog niet volledig in remissie zijn. Het belangrijkste is dat de patiënt op dit moment voldoende vertrouwen heeft opgebouwd om zelfstandig verder te werken aan het eigen herstel. Nog eens twintig weken later vindt een follow-upsessie plaats. Daarin wordt geëvalueerd in welke mate de patiënt de verbetering heeft kunnen vasthouden, in welke mate het behoudsplan voldeed en welke kwetsbaarheden op langere termijn extra aandacht behoeven.

De opbouw van de CBT-E-behandeling is schematisch weergegeven in figuur 1.



FIGUUR 1 *Opbouw behandeling*

KLINISCH BEHANDELPROTOCOL

.....

93

Bij ernstig ondergewicht (waarvoor Novarum vooralsnog als criterium een BMI kleiner dan 15 hanteert), bij somatische complicaties of bij stagnatie in het ambulante traject kan een klinische opname worden geïndiceerd. Dit gebeurt echter steeds nadrukkelijk met als doel om de patiënt zo snel mogelijk te laten doorstromen naar de ambulante behandeling.

Het klinische programma is vergelijkbaar vormgegeven als de hierboven beschreven ambulante CBT-E-behandeling. Gedurende de opname ontvangt de patiënt individuele CBT-E-behandeling in dezelfde dosering en met dezelfde opbouw als op de polikliniek. Omdat 'wederkerigheid' centraal staat in de behandeling, vinden alle teamoverleggen plaats in aanwezigheid van de patiënt. In dit overleg worden gezamenlijk afspraken gemaakt over de 'aankomlijn' en het menu. Er wordt dus niet meer met vaste aankommenu's gewerkt. De patiënt is aan zet voor het doen van voorstellen om de gewichtslijn te halen. Tevens wordt de progressie (of stagnatie) op de verschillende (eetstoornis)symptomen in kaart gebracht en geëvalueerd om op basis hiervan samen de behandeldoelen voor de komende week vast te stellen. Vóór de CBT-E-implementatie hanteerde men bij Novarum een systeem waarin de patiënt een waarschuwing kreeg als hij zich niet aan de behandelafspraken hield, wat uiteindelijk kon leiden tot voortijdig ontslag. Dit waarschuwingensysteem werd na de CBT-E-implementatie losgelaten.

Patiënten nemen deel aan drie CBT-E-behandelgroepen. Analoog aan het ambulante protocol zijn dit de groep Lichaamsbeeld, de groep Dieetregels en de groep Gebeurtenissen & stemming. De behandelgroepen zijn opgezet als vaardigheidstrainingen. In deze groepen maken de patiënten kennis met de verschillende CBT-E-procedures die zij ook in het verdere ambulante beloop van hun behandeling zullen tegenkomen. Het klinische behandelaanbod bestaat verder uit een psycho-educatiegroep, die tweemaal per week wordt aangeboden en waarin uitgebreid wordt stilgestaan bij de eetstoornissymptomatologie, bij de factoren die haar in stand houden en bij de gevolgen die eetstoornissen hebben op de kwaliteit van leven. Ook is er een wekelijkse beweeggroep.

Gedurende de behandeling worden patiënten gestimuleerd om zo veel mogelijk tijd buiten de afdeling door te brengen. Er wordt actief gestuurd op het weer oppakken van een hobby of studie, enerzijds om hospitalisatie tegen te gaan, anderzijds om het aantal normaliserende sociale activiteiten uit te breiden. Dit is van cruciaal belang bij het verminderen van de extreme en eenzijdige focus op gewicht en uiterlijk, een bekende uitlokker van terugval. Na afloop van het klinische behandelprogramma gaan de patiënten verder met een poliklinische behandeling conform de afgesproken behandelduur.

IMPLEMENTATIE

.....

94

Sinds voorjaar 2015 heeft Novarum het klinische en ambulante zorgaanbod heringericht conform de CBT-E-methodiek. Novarum behandelt patiënten met anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetstoornissen NAO op vrijwillige basis, vanaf 18 jaar en ouder en met een BMI groter dan 13.

Novarum wilde met de CBT-E-implementatie de behandel-effectiviteit verhogen. Onderzoek naar het behandelresultaat over de periode 2013-2014 liet namelijk zien dat er ruimte was voor verbetering.

Ook wil Novarum met deze implementatie het gehele zorgaanbod vormgeven met louter bewezen effectieve interventies, gebaseerd op een uniforme methodiek. Het oorspronkelijk CGT-georiënteerde behandelaanbod van het behandelcentrum was geleidelijk aan eclecticisch geworden. Gaandeweg waren voor eetstoornissen niet bewezen effectieve interventies als *schema focused therapy* en mindfulness, alsook groepsdynamische interventies, aan het behandelaanbod toegevoegd. Naast de wens om het eclecticische karakter van het behandelaanbod op te heffen was het belangrijk om het behandelklimaat minder bestraffend te laten zijn.

Een uitdaging tijdens de implementatie is het gegeven dat CBT-E primair ontwikkeld is als ambulante behandelmethodiek, terwijl Novarum met CBT-E zowel het ambulante als klinische zorgaanbod wil vernieuwen. Met dit doel voor ogen formeerde het behandelcentrum een voorhoede van senior therapeuten die reeds enige ambulante behandelervaring met CBT-E hadden opgedaan. Professor Fairburn werd benaderd en bereid gevonden om het implementatietraject en het bijbehorende scholingstraject te superviseren. Met Fairburn werd het vernieuwde zorgaanbod ontworpen, zodat Novarum over de gehele linie volgens de CBT-E-basisprincipes kan gaan werken.

Het nieuwe behandelaanbod werd vervolgens uitgeschreven door verschillende teams, onder aansturing van een senior therapeut. Vertegenwoordigers van verschillende behandel disciplines, zoals diëtisten, verpleegkundigen, psychomotore therapeuten en psychiaters, maken op deze manier intensief kennis met CBT-E en de bijbehorende interventies.

Het zorgaanbod wordt teruggebracht tot twee behandelprogramma's: een transdiagnostisch poliklinisch individueel behandelprogramma en een klinisch behandelprogramma. De ambulante individuele behandeling vormt de kern van het behandelaanbod, terwijl het kortdurend klinisch traject is bedoeld voor patiënten die vanwege somatische dan wel psychiatrische instabiliteit (nog) niet in een ambulant traject kunnen instromen. Doel van de opname is de patiënt zodanig te stabiliseren dat contra-indicaties voor een ambulante behandeling worden weggenomen en de behandeling bij dezelfde therapeut ambulant kan worden vervolgd.

Er wordt binnen het protocol geen BMI-ondergrens voor ambulante behandeling gehanteerd. Omdat CBT-E transdiagnostisch van aard is, stopt het behandelcentrum met het aanbieden van stoornisspecifieke behandelpro-

gramma's: alle patiënten met anorexia nervosa, boulimia nervosa of een eetstoornis NAO krijgen voortaan een behandeling die niet is gebaseerd op de diagnose, maar op de persoonlijke in stand houdende mechanismen van hun eetstoornis.

Besloten werd om het deeltijdprogramma en de ambulante groepsbehandelingen op te heffen, omdat het behandelresultaat daarvan achterblijft bij dat van individuele behandelingen (Fairburn, 2008). Een ander gevolg van het CBT-E-herontwerp is dat Novarum geen CBT-E-incompatibele interventies meer aanbiedt. Binnen het klinische programma worden onder meer de groepen schema focused therapy, mindfulness en cognitieve therapie gestopt.

Gedurende de overgang van het oude naar het nieuwe behandel aanbod kiest Novarum ervoor om de overeengekomen behandelafspraken met patiënten zo veel mogelijk te handhaven. Hierdoor neemt de afbouw van het deeltijdaanbod en de afbouw van ambulante groepsbehandelingen een half jaar in beslag. De laatste groep patiënten rondt hun behandeling uiteindelijk individueel af.

Als onderdeel van de transitie werden twee (tot dan toe naast elkaar bestaande) klinische afdelingen samengevoegd. Eind 2014 stroomde de laatste deeltijdpatiënt uit en in het voorjaar van 2015 startte in de kliniek het nieuwe CBT-E-programmarooster.

SCHOLINGSPLAN

.....

Besloten werd de therapeuten eerst te scholen in CBT-E-basisprincipes als *vaste behandelduur*, *spaarzaamheid* en *wederkerigheid*, alvorens de behandelprotocollen in te trainen. De implementatie van CBT-E behelst namelijk veel meer dan het aanleren van een nieuw behandelprotocol: ze dient ook als basis voor het behandelklimaat en de inrichting van de zorg, waarbij de patiënt meer verantwoordelijkheid gegeven wordt voor het behalen van behandel doelen.

Uitgangspunt van het scholingsplan is dat alle teamleden, ongeacht hun vooropleiding, worden opgeleid tot CBT-E-therapeut. Zo wordt de gehele multidisciplinaire staf van verpleegkundigen, diëtisten, psychiaters, psychologen en psychomotore therapeuten op uniforme wijze geschoold.

Fairburn gaf zelf het startsein voor de scholing met een tweedaagse training op locatie voor de gehele behandelstaf. Bij het aanleren van de interventies maakt Novarum gebruik van een toetsende geaccrediteerde webtraining, ontwikkeld door het Center for Research on Eating Disorders van de Universiteit van Oxford. Deze webtraining bestaat uit theoretische modules (die worden onderwezen door Fairburn), uit demonstraties van interventies bij ingewikkelde situaties en uit een nagespeelde complete ambulante behandeling. Een deel van de behandelstaf nam tevens deel aan verschillende CBT-E-

workshops, die werden gegeven door Fairburn en Dalle Grave. Parallel aan de webtraining startte iedere collega met ten minste één ambulante CBT-E-behandeling. Ook werd er een meerdaags werkbezoek afgelegd aan het Italiaanse CBT-E-behandelcentrum van Dalle Grave om te leren van ervaringen met CBT-E-implementatie in een klinische setting.

Door verplichte, wekelijkse, teambrede en multidisciplinaire besprekingen en supervisie wordt de trouw aan de CBT-E-methodiek bijgehouden en verbeterd.

RESULTATEN

.....

De implementatie van het CBT-E-protocol voor ambulante behandelingen leidde tot een verkorting van het gemiddelde aantal behandelsessies. In de periode 2013-2014 bedroeg het gemiddelde aantal sessies 33 (bij patiënten met een afgeronde behandeling), waarbij 79% van de patiënten binnen een jaar behandeld werd. De nieuwe vaste behandelduur van twintig sessies, verdeeld over twintig weken, betekent een belangrijke reductie. De gemiddelde duur van het reguliere klinische behandeltraject is teruggebracht van twintig tot twaalf weken.

Voor ambulante behandelingen in de periode 2013-2014 bedroeg het behandelingsucces bij patiënten met een afgeronde behandeling bij Novarum 56,9%, tegenover 66,4% behandelingsucces vanuit de originele CBT-E studies (Fairburn et al., 2015). In dezelfde periode bedroeg het behandelingsucces van het klinische behandeltraject bij Novarum 32,7%, versus 48,6% van de originele CBT-E klinische behandelstudie (Dalle Grave et al., 2013). Behandelingsucces wordt als volgt gedefinieerd: bij afronding van de behandeling ligt de totaalscore op de *Eating Disorder Examination-Questionnaire* (EDE-Q) binnen één SD van de totaalscore van de normaalpopulatie (Fairburn & Beglin, 2008; Nederlandse vertaling: van Furth, 2000).

Het voorlopige uitvalpercentage bedraagt op de polikliniek 16%. Dit is in lijn met de 22% uitval zoals gerapporteerd in de originele CBT-E-studies (Fairburn et al., 2009). Het voorlopige uitvalpercentage op de kliniek bedraagt 15%, wat in lijn is met de 25% die Dalle Grave vermeldt (Dalle Grave et al., 2013). Over de periode 2013-2014 zijn voorts nog onvoldoende betrouwbare uitvalpercentages bekend.

Het lukte iedere aangemelde collega, over alle disciplines heen, om de webtraining binnen de gestelde termijn succesvol af te ronden en als primair therapeut patiënten te gaan behandelen. Fairburn benadrukt dat intensief collegiaal overleg en supervisie onmisbaar zijn voor het daadwerkelijk in de vingers krijgen van het protocol (Fairburn, persoonlijke communicatie, 2015).

Aan de twaalf patiënten die tijdens de transitieperiode bij Novarum zijn opgenomen (zeven met anorexia nervosa, vijf met een eetstoornis NAO)

werd kort na de transitie gevraagd wat zij van de werkrelatie binnen de nieuwe methodiek vonden. Hierbij is gebruikgemaakt van de Nederlandse versie (Stinckens, Ulburghs, & Claes, 2009) van de *Working Alliance Inventory-Short Revised* (WAI-SR; Tracey & Kokotovic, 1989). De WAI-SR bestaat uit twaalf items, die gescoord worden op een vijfpuntsschaal, variërend van 1 ('zelden of nooit') tot 5 ('altijd'). Er worden drie subschalen met elk vier items onderscheiden: de *doelschaal*, waarmee de mate van overeenkomst inzake therapiedoelen wordt gemeten, de *taakschaal*, waarmee de mate van overeenkomst inzake therapietaken wordt gemeten, en de *bandschaal*, die de emotionele band tussen patiënt en therapeut evalueert. Een hogere score duidt op een grotere mate van overeenkomst.

De betrouwbaarheid is goed, met een Cronbachs α tussen de 0,85 en 0,87 voor de subschalen (Stinckens et al., 2009).

TABEL 2 *Werkalliantie Vragenlijst (WAI-SR)*

	Gemiddelde	SD
Doelschaal	4,22	0,67
Taakschaal	4,11	0,81
Bandschaal	3,79	1,35

Het hoogst scoort de doelschaal, met items als: 'Mijn therapeut en ik werken beiden aan dezelfde doelstellingen voor mijn therapie' ($m = 4,22$, SD 0,67). Het laagst scoort de bandschaal ($m = 3,79$, SD 1,35), met items als: 'Ik geloof dat de therapeut mij aardig vindt' (zie tabel 2). Hierbij geeft de score van 3,79 een waardering aan die ligt tussen 'dikwijls' en 'zeer vaak'.

Ook de therapeuten in de kliniek werd gevraagd naar hun ervaringen met de implementatie. Zij gaven aan moeite te hebben met het opheffen van enkele bestaande interventies, zoals de schema focused therapy. Het is belangrijk dat het management met regelmaat de redenen blijft benoemen om alle interventies waarvan de effectiviteit voor eetstoornissen niet bewezen is te schrappen uit het behandel aanbod. Hier staat tegenover dat de collega's de aangeboden CBT-E-scholing waarderen. Bovendien zijn zij positief over het feit dat patiënten meer eigen verantwoordelijkheden krijgen. Uiteindelijk heeft één collega ervoor gekozen vanwege de transitie ontslag te nemen.

Onderzoek is gaande naar de behandel effectiviteit, waarbij gekeken wordt of de behandelresultaten vergelijkbaar zullen zijn met de door Fairburn gevonden resultaten (Fairburn et al., 2009, 2015) Volgend jaar worden de eerste resultaten verwacht.

DISCUSSIE

.....

98

Met de implementatie van de CBT-E-methodiek wil Novarum de behandel-effectiviteit verhogen, de uitval verlagen, het behandelklimaat minder stringent maken, de behandelduur verkorten en de kosteneffectiviteit verbeteren. Door patiënten met ernstig ondergewicht ambulant te gaan behandelen wil Novarum een verdere verkorting van de klinische opnameduur realiseren.

Het lukte alle collega's om de CBT-E-webtraining succesvol af te ronden en als primair therapeut patiënten te gaan behandelen. Er is in samenwerking met professor Fairburn een klinisch CBT-E-behandelaanbod ontwikkeld, waarbinnen de werkrelatie door patiënten als goed wordt beoordeeld: op de WAI-SR lagen de scores van de subschalen tussen 'dikwijls' en 'vaak' (doelschaal: $m = 4,22$, SD 0,67; taakschaal: $m = 4,11$, SD 0,81; bandschaal: $m = 3,79$, SD 1,35). De kosteneffectiviteit blijkt door de implementatie in belangrijke mate te verbeteren door de verkorting van het aantal ambulante behandelcontacten en de klinische opnameduur met gemiddeld 25%. Het opleiden van verpleegkundigen, diëtisten en psychomotore therapeuten tot primair therapeut leidt tot een andere disciplinemix en draagt bij aan een verbetering van de kosteneffectiviteit. De voorlopige uitvalpercentages liggen in lijn met de originele CBT-E-cijfers: 16%, versus 22%, voor ambulante behandelingen en 15%, versus 25%, voor klinische behandelingen (Dalle Grave et al., 2013; Fairburn et al., 2009). Deze uitvalpercentages zijn lager dan in andere studies gevonden werden (Halmi et al., 2005).

Het niet langer aanbieden van niet-bewezen of CBT-E-incompatibele interventies was voor enkele therapeuten ingrijpend. Om het benodigde draagvlak te creëren, was het aanbieden van deskundigheidsbevordering voor alle betrokken professionals en het inhoudelijk onderbouwen van de ingezette veranderingen noodzakelijk. Ook het bieden van voldoende ruimte om uitgebreid stil te staan bij het veranderproces bleek belangrijk. Het werken volgens de uitgangspunten van CBT-E (zoals een beperkt aantal behandelsessies en de focus op slechts enkele technieken) vereiste hoogfrequent intercollegiaal overleg. Het merendeel van de therapeuten moest vertrouwen ontwikkelen in de CBT-E-aanname dat het aanpakken van een beperkt aantal kernsymptomen leidt tot het uitdoven van secundaire symptomen, ook zonder die laatste afzonderlijk te behandelen. Ook het omgaan met stagnatie (bijvoorbeeld voortkomend uit comorbide persoonlijkheidsproblematiek) was een valkuil. Vanuit de CBT-E-methodiek wordt aanbevolen om bij stagnatie geen extra, andersoortige interventies aan te bieden, maar juist steeds terug te keren en vast te houden aan het uitvoeren van de CBT-E-interventies die de kernpsychopathologie bewerken. Na meerdere positief afgeronde behandelingen nam het vertrouwen in de behandelmethodiek bij de behandelstaf toe en werd het makkelijker voor de therapeuten om vast te blijven houden aan het behandelprotocol.

Door alle collega's op identieke wijze te trainen ontstaat er een uniform vocabulaire en een uniform gebruik van behandelinterventies. Deze uniforme scholing maakt ook dat nieuwe collega's en therapeuten in opleiding op identieke wijze kunnen worden geschoold en ingewerkt. Het op reguliere basis vervangen van collega's die afwezig zijn, was ongebruikelijk en aanvankelijk ook onwennig voor de therapeuten. Voor de patiënt leek het echter van meerwaarde te zijn om omwille van de continuïteit met een andere therapeut dezelfde interventies door te nemen. Het tweemaal per week zien van patiënten gedurende de eerste weken van de behandeling wordt door therapeuten en door patiënten als positief en helpend ervaren.

CONCLUSIE

.....

De hierboven beschreven observaties suggereren dat het mogelijk en kosten-effectief is om in de dagelijkse behandelpraktijk wetenschappelijk bewezen interventies toe te passen in voldoende dosering, in voldoende intensiteit en over verschillende zorgzwaarten heen, en 'zo te garanderen dat patiënten de behandeling krijgen die op grond van wetenschappelijk onderzoek de meeste kans op succes biedt' (Korrelboom, 2016). Het implementeren van een bewezen effectieve behandelmethodiek vraagt uitgebreide voorbereiding, intensieve scholing en vasthoudendheid van het management, waarbij ondersteuning door de grondlegger van de methodiek nadrukkelijk meerwaarde heeft. Er hebben zich gedurende de implementatie geen onoverkomelijke hindernissen voorgedaan waaruit zou blijken dat het implementeren van bewezen effectieve behandelrichtlijnen binnen reguliere behandelcentra niet op grotere schaal kan plaatsvinden.

Elske van den Berg is klinisch psycholoog en directeur behandelzaken bij Novarum, Amsterdam.

Daniela Schlochtermeyer is gz-psycholoog/cognitief gedragstherapeut en werkzaam bij Novarum, Amsterdam.

Anneke Goudriaan is hoofd verslavingsonderzoek bij Arkin, Amsterdam, bijzonder hoogleraar werkingsmechanismen en behandeling van verslaving, en psycholoog i.o. tot gz-psycholoog.

Jack Dekker is hoogleraar klinische psychologie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam en hoofd onderzoek bij Arkin, Amsterdam.

Correspondentieadres: Elske van den Berg, Jacob Obrechtstraat 92, 1071 KR, Amsterdam. E-mail: elske.vanden.berg@novarum.nl

Summary *Implementation of cognitive behavioral therapy-enhanced (CBT-E) in a non-academic treatment setting for eating disorders.* Treatment of eating disorders is characterised by rather poor outcome and a high dropout rate. Cognitive behavioral therapy-enhanced (CBT-E), as developed by Fairburn and colleagues, shows an improved outcome rate, compared to regular CBT, for anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). In 2015 Novarum, a center for eating disorders in Amsterdam, implemented CBT-E in both inpatient and outpatient settings.

This paper describes the implementation of the CBT-E protocol in the outpatient setting of Novarum, together with the newly developed strictly CBT-E based inpatient treatment protocol. It aims to help other treatment centers who are considering to implement evidence based guidelines, in sufficient dose, in outpatient and particularly inpatient settings. Obstacles, as well as opportunities concerning the implementation are discussed. The effects of the implementation on cost effectiveness were measured.

It was possible to implement CBT-E in a non-academic setting, both in the inpatient and the outpatient setting. Because of its shortened duration of 25% on average and of its cheaper discipline mix, CBT-E is a cost effective treatment. The dropout rates are in line with those found in the original CBT-E studies (16% versus 22%). The CBT-E working alliance was well perceived by inpatients.

Currently a CBT-E outcome study is in progress.

Keywords *cognitive behavioral therapy-enhanced, CBT-E, implementation, anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorders not otherwise specified*

Literatuur

- Agras, W. S., Walsh, T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive behavior therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459-466.
- Dalle Grave, R. (2012). *Intensive cognitive behavior therapy for eating disorders*. Hauppauge: Nova.
- Dalle Grave, R. (2013). *Multistep cognitive behavioral therapy for eating disorders*. Plymouth: Jason Aronson.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Conti, M., Doll, H., & Fairburn, C. G. (2013). Inpatient cognitive behavior therapy for anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 390-398.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., ... Cooper, Z. A. (2015). Transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 64-71.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q 6.0). In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309-313). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., ... Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166,

- 311-319.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Palmer, R. L., & Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-Italy study. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 2-8.
- Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson, G. T. (1993). Cognitive-behaviour therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating. Nature, assessment and treatment* (pp. 3-14). New York: Guilford Press.
- Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L.,... Royal Australian and New Zealand college of psychiatrists (2014). Royal Australian and New Zealand college of psychiatrists clinical guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 977-1008.
- Halmi, K. A., Agras, W. S., Crow, S., Mitchell, J., Wilson, G. T., Bryson, S. W., & Kraemer, H. C. (2005). Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: Implications for future study designs. *Archives of General Psychiatry*, 62, 776-81.
- Korrelboom, K. (2016). 'Echte' scientist practitioners: *Meesters in hun vak*. Mondelinge presentatie, VCGt Najaarscongres Veldhoven, 9 november.
- National Institute for Clinical Excellence (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. Londen: National Institute for Clinical Excellence.
- Raykos, B. C., Watson, H. J., Fursland, A., Byrne, S. M., & Nathan, P. (2013). Prognostic value of rapid response to enhanced cognitive behavioral therapy in a routine clinic sample of eating disorder outpatients. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 764-70.
- Stinckens, N., Ulburghs, A., & Claes, L. (2009). De werkalliantie als sleutelelement in het therapiegebeuren: Meting met behulp van de WAV-12, de Nederlandstalige verkorte versie van de Working Alliance Inventory. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 39, 44-60.
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 207-210.
- Trimbos-instituut (2006). *Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen. Diagnostiek en behandeling van eetstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- van Furth, E. (2000). *Nederlandse vertaling van de EDE-Q*. Leidschendam: Robert-Fleury Stichting.
- Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., Friederich, H. C., Teufel, M., Schellberg, D.,... ANTOP Study Group (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised controlled trial. *The Lancet*, 383, 127-137.

En opeens ging het beter!

De rol van *sudden gains* in cognitieve therapie en interpersoonlijke therapie voor depressie

LOTTE LEMMENS, ROBERT DERUBEIS, ARNOUD ARNTZ, FRENK PEETERS
 & MARCUS HUIBERS

Samenvatting

We onderzochten de frequentie, kenmerken, voorspellers en impact van zogenaamde *sudden gains* — grote en stabiele symptoomverbeteringen tussen twee opeenvolgende therapiesessies — in cognitieve therapie (CT) en interpersoonlijke therapie (IPT) voor depressie. Ook werd de invloed van het tijdsinterval tussen de sessies bekeken. 117 depressieve patiënten ontvingen zestien tot twintig sessies CT of IPT. De ernst van depressie werd elke sessie gemeten met de BDI-II. Sudden gains werden gedefinieerd volgens de oorspronkelijke criteria van Tang en DeRubeis. Er waren significant meer patiënten met sudden gains in CT (42,2%) dan in IPT (24,5%). We vonden geen groepsverschillen wat betreft grootte, timing en voorspellers van de gains. Patiënten met sudden gains hadden een beter behandelresultaat, zowel op de korte als op de lange termijn. Het tijdsinterval tussen sessies beïnvloedde de conclusies niet. De bevinding dat twee therapieën met een vergelijkbaar behandelresultaat verschillen wat betreft de frequentie van sudden gains wijst mogelijk op verschillende onderliggende werkingsmechanismen.

Trefwoorden: sudden gains, cognitieve therapie, interpersoonlijke psychotherapie, depressie, RCT

INLEIDING

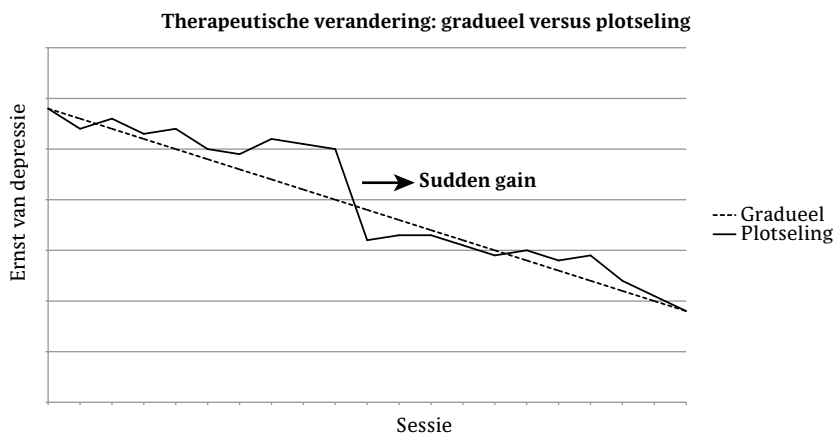
Depressie is een ernstig en groeiend gezondheidsprobleem. Van de diverse psychotherapeutische interventies die bewezen effectief zijn in het behandelen van deze aandoening zijn de cognitieve (gedrags)therapie (C(G)T) en de interpersoonlijke therapie (IPT) veruit het meest onderzocht en empirisch gevalideerd. Beide behandelingen behoren momenteel tot de

aanbevolen psychologische standaardzorg voor depressie in Nederland en worden op grote schaal toegepast. Onderzoek naar de effectiviteit van deze interventies laat op overtuigende wijze zien dat depressieve klachten aan het einde van de behandeling — gemiddeld gezien — sterk verminderd zijn ten opzichte van *baseline* (zie meta-analyses van onder anderen: Barth et al., 2013, en Cuijpers et al., 2013). Het exacte patroon van symptoomverandering is echter nog veelal onbekend. Kennis over de veranderpatronen van psychotherapie is belangrijk, omdat dit nieuwe inzichten kan verschaffen in de onderliggende werkingsmechanismen van therapie.

Lange tijd werd in onderzoek naar symptoomverandering in psychotherapie gebruikgemaakt van methoden die impliciet aannamen dat verandering gradueel en lineair is. Anders gezegd: er werd aangenomen dat elke sessie op exact dezelfde manier bijdraagt aan het totale behandel-effect. Deze visie biedt geen ruimte voor de mogelijkheid dat de invloed van sessies varieert, een fenomeen dat vaak wordt opgemerkt in de klinische praktijk. Veel klinici zullen herkennen dat — voor een bepaalde patiënt — sommige sessies gevolgd worden door een grote, soms plotselinge vooruitgang, terwijl andere sessies gepaard gaan met weinig tot geen verbetering, of zelfs met een (tijdelijke) toename van de klachten. In 1999 onderwierpen Tang en DeRubeis deze laatstgenoemde optie aan een nadere inspectie. Zij bekeken individuele sessie-per-sessie-veranderpatronen van depressieve patiënten tijdens CT en concludeerden dat therapeutische verandering inderdaad vaak een wisselend patroon laat zien. Verder vonden zij dat een aanzienlijk deel van de symptoomverbetering vaak relatief plots optreedt. Meer concreet constateerden zij dat bijna de helft van de patiënten ruim 50% van het totale behandel-effect bereikte tussen twee opeenvolgende therapiezittingen. Deze grote, positieve symptoomveranderingen die plaatsvinden tussen twee opeenvolgende sessies kregen de naam *sudden gains* ('plotselinge verbeteringen'; Tang en DeRubeis, 1999a, 1999b; zie figuur 1).

In hun eerste studie vonden Tang en DeRubeis (1999b) dat patiënten met *sudden gains* meer profiteerden van therapie dan patiënten zonder *sudden gains*. Zij lieten niet alleen een grotere afname in klachten zien, maar ook was een groter deel van deze patiënten aan het einde van de behandeling volledig hersteld. Dit positieve effect hield aan tot achttien maanden na afronding van de behandeling. Een vervolgstudie liet zien dat deze patiënten tot 75% minder kans hadden op terugval in de 24 maanden na de behandeling (Tang, DeRubeis, Hollon, Amsterdam, & Shelton, 2007). De bevinding dat *sudden gains* tijdens behandeling geassocieerd zijn met betere therapie-uitkomsten — zowel op de korte als de langere termijn — heeft belangrijke implicaties voor de prognose van depressie, zeker gezien het feit dat depressie voor een deel van de patiënten een chronisch of recidiverend beloop aanneemt.

Sinds de eerste studie in 1999 is het fenomeen *sudden gains* onderzocht in minstens tien studies en zeven verschillende psychologische behandelvormen voor depressie (zie de meta-analyse van: Aderka, Nickerson, Bøe, & Hof-



FIGUUR 1 Illustratie van het concept 'sudden gains'

mann, 2012). De zes studies die zich hebben gericht op individuele CT vonden dat sudden gains voorkwamen bij 33% tot 45% van de patiënten. Bovendien werd herhaaldelijk gevonden dat patiënten met sudden gains aan het einde van de behandeling minder somber waren dan patiënten zonder sudden gains (Busch, Kanter, Landes, & Kohlenberg, 2006; Hardy et al., 2005; Tang & DeRubeis, 1999b; Tang, DeRubeis, Beberman, & Pham, 2005; Tang et al., 2007; Vittengl, Clark, & Jarrett, 2005). Er dient echter te worden opgemerkt dat deze studies bijna allemaal andere criteria hanteerden voor de identificatie van sudden gains. Hierdoor is het moeilijk om resultaten onderling te vergelijken. Vervolgonderzoek waarin een vaste — bij voorkeur de oorspronkelijke — definitie voor sudden gains wordt gehanteerd zou de vergelijking tussen studies in de toekomst kunnen vergemakkelijken en verbeteren.

Sudden gains in IPT voor depressie zijn minder uitgebreid onderzocht: voor zover bekend is er tot nu toe slechts één studie naar gedaan. Kelly, Cyranowski en Frank (2007) bestudeerden de frequentie en impact van sudden gains op IPT-behandeluitkomsten in een populatie van vrouwen met recidiverende depressie. De onderzoekers vonden dat sudden gains in IPT ongeveer even vaak voorkomen als in CT (34%), maar vonden geen bewijs voor de positieve associatie tussen sudden gains en behandeluitkomst. Aangezien het slechts om één studie gaat, die ook nog een zeer specifieke subgroep van depressieve patiënten bekeek, is aanvullend onderzoek nodig.

Aanvullend onderzoek zou ook meer licht kunnen werpen op de patiëntkenmerken die het krijgen van sudden gains voorspellen. Dit vraagstuk is tot nu toe alleen — en in zeer beperkte mate — geëxploreerd in CT en *behavioral activation* (BA; ook wel 'gedragmatige activatie' genoemd). De patiëntkenmerken die tot nu toe onderzocht zijn (onder andere de ernst van de depressie, en de mate van cognitieve en interpersoonlijke problemen) bleken

niet voorspellend te zijn voor het ontstaan van sudden gains tijdens therapie (Hunnicutt-Ferguson, Hoxha, & Gollan, 2012; Kelly, Roberts, & Ciesla, 2005; Vittengl et al., 2005). De rol van deze en andere mogelijke voorspellers dient verder onderzocht te worden. De voorspellers van sudden gains in IPT moeten nog geheel in kaart worden gebracht, evenals de mogelijkheid dat verschillende voorspellers een rol spelen in CT en IPT.

..... HUIDIGE STUDIE

De studie die beschreven wordt in dit artikel had als doel om bestaand onderzoek naar sudden gains in psychotherapie voor depressie te repliceren en uit te breiden. Data zijn afkomstig van een grootschalige gerandomiseerde behandelstudie naar de effecten en werkingsmechanismen van CT versus IPT voor depressie (Lemmens et al., 2011). Eerdere analyses hebben laten zien dat beide behandelingen tot aanzienlijke, vergelijkbare verbeteringen in zelfgerapporteerde depressieve klachten leidden, die aanhielden tot minstens vijf maanden na afronding van de behandeling (Lemmens et al., 2015).

In de huidige studie werden de veranderpatronen van deze patiënten nauwkeuriger bekeken. We bepaalden de aanwezigheid van sudden gains, en onderzochten de relatie tussen sudden gains en uitkomst. Net als in de eerdere analyses werden deze effecten bekeken aan het einde van de behandeling en na vijf maanden follow-up. Daarnaast werd geëxploreerd welke patiëntkenmerken — gemeten voor de start van behandeling (baseline) — voorspellend waren voor het optreden van sudden gains. Ons onderzoeksdesign (RCT) bood de mogelijkheid om deze vraagstukken apart voor elke behandeling te bekijken, maar ook om de twee interventies met elkaar te vergelijken. Ook werd de rol en meerwaarde van sudden gains bekeken binnen de subgroep van *treatment responders*: patiënten die een aanzienlijke verbetering laten zien tijdens de therapie, ongeacht de vorm of het tempo waarin deze plaatsvindt. Tot slot werd in een serie secundaire analyses onderzocht of de duur van het tijdsinterval tussen de sessies de resultaten beïnvloedde.

Op basis van eerder onderzoek werd verwacht dat sudden gains zouden optreden bij ongeveer 40% van de patiënten. Ook werd verwacht dat patiënten met sudden gains betere behandeluitkomsten zouden hebben dan patiënten zonder sudden gains, zowel aan het einde van de behandeling als in de periode daarna. Omdat onze analyses naar mogelijke baseline-voorspellers van sudden gains een sterk exploratief karakter hadden, werden hierover geen duidelijke a-priorihypothesen geformuleerd. In het algemeen werd verwacht dat lagere niveaus van depressie en andere disfunctionele processen op baseline voorspellend zouden zijn voor het optreden van sudden gains tijdens de therapie. Eerder onderzoek dat de rol van sudden gains in CT en IPT voor depressie direct met elkaar vergelijkt, ontbreekt. Echter, op basis van onderzoek naar sudden gains in CT versus IPT voor sociale fobie werden

er geen significante verschillen tussen de twee therapieën verwacht (Bohn, Aderka, Schreiber, Stangier, & Hofmann, 2013).

106

METHODE

.....

Databron

.....

Deelnemers waren 151 volwassenen (18-65 jaar) die deelnamen aan een groot-schalige Nederlandse gerandomiseerde behandelstudie naar de klinische effecten en werkingsmechanismen van individuele CT ($n = 76$) versus IPT ($n = 75$) voor depressie. Bij alle deelnemers was een depressie vastgesteld als primaire diagnose. Overige inclusiecriteria waren: toegang tot internet, een eigen e-mailadres en voldoende beheersing van de Nederlandse taal. Exclussiecriteria waren: bipolaire of chronische depressie (huidige episode > vijf jaar), acute suïcidaliteit, (indicatie voor) farmacotherapie, gelijktijdige psychologische behandeling voor een ander probleem, middelenmisbruik of -afhankelijkheid, en mentale retardatie ($IQ < 80$). Voorafgaand aan het onderzoek tekenden alle deelnemers een toestemmingsverklaring. Vervolgens werden ze random toegewezen aan de CT- of IPT-conditie.¹ Afhankelijk van de voortgang van de individuele patiënt bestond de behandeling uit zestien tot twintig individuele sessies van 45 minuten, die plaatsvonden bij de RIAGG Maastricht. De sessies werden wekelijks aangeboden, maar het protocol bood de mogelijkheid om de sessies in de afrondingsfase minder frequent te laten plaatsvinden.

Behandelingen werden uitgevoerd volgens standaardprotocollen. Het CT-protocol was gebaseerd op het protocol van Beck, Rush, Shaw en Emery (1979). Het IPT-protocol volgde de richtlijnen van Klerman, Weissman, Rounsaville en Chevron (1984). De primaire uitkomstmaat was de ernst van depressie, gemeten met de Beck Depressie Vragenlijst-II (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996; Nederlandse vertaling: van der Does, 2002). Deze werd afgenomen aan het begin van elke sessie, aan het einde van de behandeling (na zeven maanden) en maandelijks tot vijf maanden follow-up (acht tot twaalf maanden). Meer informatie over het design van de studie, de gebruikte meetinstrumenten, interventies, kenmerken van de studiepopulatie en klinische uitkomsten zijn elders te vinden (Lemmens et al., 2011, 2015). Het studieprotocol werd goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van de Universiteit van Maastricht. De studie is geregistreerd in het

1 Zoals beschreven in Lemmens en collega's (2011) bevat de studie ook nog een derde arm: een wachtlijstcontroleconditie (WLC-conditie) van acht weken gevolgd door behandeling naar keuze ($n = 31$). In dit artikel richten we ons echter alleen op de populatie die direct werd toegewezen aan CT ($n = 76$) of IPT ($n = 75$).

Nederlandse Trial Register, onderdeel van het Nederlandse Cochrane Centre (ISRCTN67561918).

Datavoorbereiding

In navolging van Tang en DeRubeis (1999b) werden voor de huidige studie alleen patiënten geselecteerd die minstens acht sessies therapie hadden gevolgd, die een BDI-II-vragenlijst hadden ingevuld in de eerste sessie en die daarbij een score van 15 of hoger hadden. Op basis van deze criteria werden 34 deelnemers geëxcludeerd (CT = 12 en IPT = 22). Dit resulteerde in een totale onderzoekspopulatie van $n = 117$ (64 in CT en 53 in IPT). Patiënten in deze groep varieerden in leeftijd tussen de 18 en 63 jaar ($\mu = 41,8$, $SD = 12,1$), twee derde (66,7%) was vrouw en 59,8% was opgeleid op middelbaar beroepsniveau (lager = 18,8%, hoger = 21,4%). Van de patiënten had 60,7% een partner. De gemiddelde BDI-II-score op baseline bedroeg 30,6 ($SD = 8,5$) en 47% van de patiënten was gediagnosticeerd met recidiverende depressie. Hoewel de depressieve klachten van 58,1% van de patiënten geclassificeerd konden worden als ernstig (BDI-II-score ≥ 29 ; Beck et al., 1996), was de meerderheid (59,0%) nog steeds (parttime) aan het werk. De 34 patiënten die niet in de huidige studie werden meegenomen, verschilden niet van de geïncludeerde groep wat betreft bovengenoemde patiëntkenmerken. Wel werden er significante verschillen gevonden op de variabelen die werden gebruikt om de groepen te onderscheiden. Zo rapporteerden geëxcludeerde deelnemers gemiddeld genomen een lagere BDI-II-score op baseline ($\mu = 20,6$, $SD = 12,4$ versus $\mu = 29,2$, $SD = 8,0$) en volgden zij gemiddeld minder therapiesessies ($\mu = 10,0$, $SD = 7,0$ versus $\mu = 15,9$, $SD = 3,7$).

Statistische analyse

De aanwezigheid van sudden gains werd bepaald op basis van scores op de BDI-II-vragenlijst die voorafgaand aan elke sessie was ingevuld door de patiënt. Per sessie werd een totaalscore berekend. Ook werd er een verschilscore berekend voor elk interval van twee opeenvolgende sessies. Er waren in totaal 1784 sessiescores en 1667 verschilscores beschikbaar voor analyses.

Sudden gains werden gedefinieerd volgens de oorspronkelijke criteria van Tang en DeRubeis (1999b). Zij stellen dat de symptoomverbetering tussen twee opeenvolgende sessies in een drietal opzichten 'groot' moet zijn om te kunnen spreken van een sudden gain: de verbetering moet groot zijn (a) in absoluut opzicht (minstens zeven BDI-punten), (b) in relatief opzicht (minstens 25% van de score in de sessie voorafgaand aan de gain) en (c) ten opzichte van symptoomfluctuaties rondom de gain (de gemiddelde BDI-score van drie sessies voorafgaand aan de gain moet significant hoger zijn dan die van de drie sessies na de gain). We bekeken de frequentie en diverse kenmerken van sudden gains in zowel CT als IPT, en vergeleken baseline-kenmerken van

patiënten met en zonder sudden gains. Ook werd bekeken of er verschillen waren tussen CT en IPT wat betreft de frequentie, timing en grootte van de gains. Vervolgens werd voor elke sudden gain bekeken of de verbetering aanhield of dat de vooruitgang verderop in het behandeltraject weer grotendeels verloren ging, een fenomeen dat *reversal* ('ommekeer') wordt genoemd. Net als in de oorspronkelijke studies werden reversals gedefinieerd als het verliezen van minstens 50% van de winst waaruit de sudden gain bestond.²

Om te bekijken welke baseline-kenmerken het krijgen van sudden gains tijdens de therapie voorspelden, werd een serie van univariate logistische regressieanalyses uitgevoerd. De variabele *gain* (aanwezig/afwezig) was de afhankelijke variabele. Mogelijke voorspellers waren: demografische kenmerken (geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, opleidingsniveau, werkstatus), ernst van depressie (BDI-II, QIDS, BHS, eerste/recidiverende depressie), kwaliteit van leven (EuroQol, Rand 36), niveau van algemene psychologische stress (BSI); de aanwezigheid van comorbiditeit (diagnoses op as I en as II) en zelfbeeld (SLSC-R). Ook werd de voorspellende waarde bekeken van diverse variabelen die een belangrijke plaats innemen in de theoretische modellen van CT en IPT. Als CT-specifieke voorspellers werden meegenomen: disfunctionele attitudes (DAS-A-NL), cognitieve reactiviteit (LEIDS), ruminatie (RRS-NL) en attributiestijl (ASQ). De IPT-specifieke voorspeller was de mate van interpersoonlijke problematiek (IIP). Alle variabelen waren gemeten op baseline. Een volledig overzicht en de beschrijving van deze variabelen en hun subschalen zijn terug te vinden in Lemmens, DeRubeis, Arntz, Peeters en Huibers (2016). Alle variabelen die in de univariate regressieanalyse een veelbelovende relatie lieten zien met de afhankelijke variabele ($p < 0,20$) werden opgenomen in een multivariaat logistisch regressiemodel. Niet-significante voorspellers werden uit het model verwijderd, totdat het model uitsluitend uit significante voorspellers bestond ($p < 0,05$).

Vervolgens werd de impact van sudden gains op de therapie-uitkomst bekeken. Dit werd gedaan door middel van een serie covariantieanalyses (ANCOVA's). Effecten werden — in aparte modellen — bekeken aan het einde van de behandeling (zeven maanden) en vijf maanden na het afronden van therapie (twaalf maanden). De BDI-II-score (zeven of twaalf maanden) was de afhankelijke variabele, de variabele *gain* (aanwezig/afwezig) de onafhankelijke. De ernst van depressie op baseline (BDI-II-baseline) werd meegenomen als covariaat in beide modellen. In een aanvullend model op twaalf maanden werd daarnaast ook nog gecontroleerd voor de depressiescore aan het einde van de behandeling (BDI-II zeven maanden). Om de differentiële

- 2 Voorbeeld: Wanneer iemand een BDI-II-score van 25 rapporteert in de sessie voorafgaand aan de sudden gain, en vervolgens een gain heeft van 12 BDI-II-punten, spreekt men van een *reversal* wanneer deze persoon — op enig later moment in de therapie — een BDI-II score van 19 of hoger rapporteert. Redenering: $25 - 12 = 13 \rightarrow 50\% \text{ van } 12 = 6 \rightarrow 13 + 6 = 19$.

effecten van CT versus IPT te bekijken, werd de 'gain*conditie'-interactie aan alle modellen toegevoegd.

Een veelgehoorde opmerking over sudden gains is dat het onduidelijk is in hoeverre het fenomeen afwijkt van het concept 'behandelrespons': de subgroep van patiënten die een aanzienlijke verbetering laat zien tijdens de therapie, ongeacht de vorm of het tempo waarin deze plaatsvindt. Men vraagt zich dan af of patiënten met sudden gains niet simpelweg de *responders* zijn, terwijl patiënten zonder sudden gains behoren tot de subgroep van patiënten die niet (voldoende) reageert op behandeling (*non-responders*). Om hier meer inzicht in te krijgen werden alleen die patiënten geselecteerd die reageerden op de behandeling (totale verbetering van minstens 9 BDI-II-punten; zie: Lemmens et al., 2015). We bekeken vervolgens of responders met sudden gains (*sudden gain responders*) betere behandeluitkomsten hadden dan responders die hun verbetering hadden bereikt zonder dat er sudden gain(s) optraden (*non-sudden gain responders*).

Tot slot werd de invloed van de duur van het tijdsinterval tussen twee opeenvolgende sessies onderzocht. De oorspronkelijke criteria voor sudden gains geven geen specificatie van de maximale duur van dit interval. Hierdoor is het plotse karakter van de gains niet formeel vastgesteld. Dit was geen probleem in eerdere (Amerikaanse) studies, omdat sessies in deze studies één of twee keer per week plaatsvonden. Hierdoor bedroeg het interval tussen twee opeenvolgende sessies maximaal zeven dagen. Echter, in het Nederlandse systeem, en daardoor ook in onze studie, worden sessies wekelijks aangeboden, en is er de mogelijkheid om de sessies in de afrondingsfase minder frequent te laten plaatsvinden. Dit kan leiden tot langere intervallen tussen twee opeenvolgende sessies, waardoor symptoomveranderingen die optreden niet meer plots genoemd kunnen worden. Daarom werd bekeken of de duur van het tijdsinterval de resultaten beïnvloedde. We excludeerden alle intervallen langer dan veertien dagen (het meest voorkomende alternatief voor wekelijkse sessies), en herhaalden de analyses op het gebied van frequenties, kenmerken en voorspellers van sudden gains. Om te onderzoeken of sudden gains die binnen en buiten het interval van veertien dagen vielen een ander effect op de therapie-uitkomst hadden, werden ook de covariantie-analyses opnieuw uitgevoerd. We definieerden de variabele *gain* dit keer als een variabele met drie niveaus (afwezig, aanwezig ≤ 14 dagen, en aanwezig > 14 dagen), en bekeken de contrasten tussen de gains binnen en buiten het interval.

RESULTATEN

110

Frequentie en kenmerken van sudden gains

In totaal hadden 40 patiënten (34,2%) één of meerdere sudden gains tijdens de behandeling. De meerderheid (70,0%) van deze patiënten had één sudden gain. De overige patiënten uit deze groep van veertig hadden er twee.³ Er waren geen verschillen in baseline demografische en klinische kenmerken tussen patiënten met en zonder sudden gains (zie tabel 1). Er waren significant meer patiënten met sudden gains in de CT-conditie dan in de IPT-conditie (27 versus 13; $\chi^2(1) = 4,02, p = 0,045$; zie ook tabel 2). Er waren echter geen significante groepsverschillen wat betreft de grootte en timing van de gains. De gemiddelde gain vond plaats na sessie 9 (mediaan) en had een grootte van 11,0 BDI-II-punten ($SD = 4,3$). Resultaten per conditie zijn te vinden in tabel 3. Bij acht patiënten was sprake van een reversal (zie tabel 2). Het percentage patiënten dat een sudden gain had en deze behield (zonder reversal) bedroeg 32,8% in CT en 20,8% in IPT (zie tabel 3).

TABEL 1 *Baseline demografische en klinische kenmerken van patiënten met en zonder sudden gains (n = 117)*

	Gainers (n = 40)	Niet-gainers (n = 77)	Statistiek (d.f.)	p
Demografische kenmerken				
► Geslacht, vrouwelijk, n (%)	24 (60,0)	54 (70,1)	$\chi^2 = 1,22 (1)$	0,27
► Leeftijd, in jaren, μ (SD)	40,0 (11,7)	42,8 (12,3)	$t = 1,20 (115)$	0,23
► Opleidingsniveau, n (%)				
► Laag	6 (15,0)	16 (20,8)	$\chi^2 = 0,58 (2)$	0,75
► Gemiddeld	25 (62,5)	45 (58,4)		
► Hoog	9 (22,5)	16 (20,8)		

3 Van de 12 patiënten met twee sudden gains was er bij 4 patiënten (3 in CT en 1 in IPT) sprake van een *reversal* tussen de eerste en de tweede gain.

	Gainers (<i>n</i> = 40)	Niet-gainers (<i>n</i> = 77)	Statistiek (d.f.)	<i>p</i>
► Partner, ja, <i>n</i> (%)	25 (62,5)	46 (59,7)	$\chi^2 = 0,08$ (1)	0,77
► Deelname aan arbeids-proces*, ja, <i>n</i> (%)	26 (65,0)	43 (55,8)	$\chi^2 = 1,26$ (1)	0,26
Klinische kenmerken				
► BDI-II score, μ (SD)	31,0 (10,2)	30,4 (7,5)	$t = -0,35$ (62)	0,73
► Recidiverende depressie, <i>n</i> (%)	21 (52,5)	34 (44,2)	$\chi^2 = 0,74$ (1)	0,39
► Ernstige depressie**, <i>n</i> (%)	24 (60,0)	44 (57,1)	$\chi^2 = 0,09$ (1)	0,77

Noot: BDI-II = Beck Depressie Vragenlijst Tweede Editie; * = data niet beschikbaar voor CT (*n* = 1); ** = BDI-II score ≥ 29 .

TABEL 2 Frequentie van grote symptoomverbeteringen, sudden gains en reversals, gestratificeerd naar conditie (*n* = 117)

		Grote verbetering (a & b)	Grote stabiele verbetering (a, b, & c)		Reversals
		<i>n</i> patiënten (%)	<i>n</i> gains	<i>n</i> patiënten (%)	<i>n</i> patiënten (%)
CT	(<i>n</i> = 64)	43 (67,2)	35	27 (42,2)	6 (22,2)
IPT	(<i>n</i> = 53)	40 (75,5)	17	13 (24,5)	2 (15,4)

Noot: CT = cognitieve therapie; IPT = interpersoonlijke psychotherapie; criterium a = grote verbetering in absoluut opzicht (≥ 7 BDI-II-punten); criterium b = grote verbetering in relatief opzicht ($\geq 25\%$ van de score in de sessie voorafgaand aan de gain); criterium c = grote verbetering ten opzichte van symptoomfluctuaties rondom de gain (de gemiddelde BDI-score van de drie sessies voorafgaand aan de gain moet significant hoger zijn dan die van de drie sessies na de gain); reversal = het verliezen van minstens 50% van de winst waaruit de sudden gain is opgebouwd.

TABEL 3 *Vergelijking van resultaten van relevante studies naar sudden gains in individuele CT en IPT bij volwassenen met een unipolaire depressie*

	Cognitieve therapie						Interpersoonlijke therapie	
	Tang & DeRubeis, 1999b	Tang et al., 2005	Hardy et al., 2005	Busch et al., 2006	Tang et al., 2007	Lemmens et al., 2016*	Kelly et al., 2007	Lemmens et al., 2016*
▶ Aantal sessies, <i>n</i>	20	12-20	8-20	20	20	16-20	12	16-20
▶ Steekproefgrootte, <i>n</i>	61	46	76	38	60	64	185	53
▶ Patiënten met SG's, %	39,3%	43,0 %	41,0%	42,1%	40,0%	42,2%	33,5%	24,5%
▶ Grootte van de SG, BDI-II, μ (SD)	11,2 (4,4)	10,2 (2,8)	13,3 (5,0)	9,3 (2,9)	11	10,3 (3,7)	13,0 (5,3)	12,4 (5,3)
▶ Pre-gain-sessie, <i>m</i>	5	8	5	10	5	9	-	9
▶ Patiënten met reversals, %	16,7%	40,0%	32,3%	43,8%	37,5%	22,2%	53,2%	15,4%
▶ Patiënten die SG's behouden, %	32,8%	26,1%	27,6%	23,7%	25,0%	32,8%	15,7%	20,8%

Noot: CT = cognitieve therapie; IPT = interpersoonlijke therapie; SG = sudden gain; BDI-II = Beck Depressie Vragenlijst Tweede Editie; Pre-gain-sessie = sessie voorafgaand aan de gain; * = oorspronkelijke sudden-gain-criteria zoals beschreven door Tang en DeRubeis (1999b).

De verschillen tussen CT en IPT nader bekeken

113

Het feit dat er twee keer zoveel patiënten met sudden gains waren in CT dan in IPT vroeg om een nadere inspectie van de groepsverschillen. Om meer inzicht te krijgen in de oorsprong van deze verschillen vergeleken we de twee behandelingen op alle criteria voor individuele sudden gains. We begonnen met een vergelijking van patiënten die geëxcludeerd waren ($n = 34$) omdat ze een te lage of ontbrekende BDI-II-score hadden in de eerste sessie en/of niet voldoende therapiesessies hadden gevolgd. Deze analyse liet zien dat er significant meer patiënten waren geëxcludeerd in de IPT-conditie (22/75 in IPT versus 12/76 in CT; $\chi^2(1) = 3,97, p = 0,046$). Hierdoor werden uiteindelijk 53 IPT-patiënten meegenomen in de analyses, vergeleken met 64 patiënten in de CT-conditie. Dit resulteerde in duidelijk minder mogelijkheden om sudden gains te observeren in de IPT-groep. We denken echter niet dat dit onze resultaten volledig kan verklaren. Het verschil verdween namelijk weer zodra we keken naar het aantal patiënten dat voldeed aan sudden-gain-criteria *a* en *b*, de criteria die de grootte van de symptoomverbetering aangeven. Dit aantal was vrijwel identiek in beide condities: 43 in CT versus 40 in IPT (zie tabel 2). Conditieverschillen leken pas op te treden wanneer ook het *c*-criterium, het criterium dat de stabiliteit van de verbetering aangeeft, werd toegevoegd. In de CT-groep voldeed 62,8% van de patiënten die aan criteria *a* en *b* voldeden ook aan criterium *c*, terwijl dit in de IPT-groep slechts 32,5% was (zie ook tabel 2). Dit impliceert dat de BDI-II-scores rondom grote symptoomverbeteringen in IPT minder stabiel zijn (criterium *c*), waardoor slechts een lager percentage van de patiënten voldeed aan de totale set van sudden-gain-criteria.

Baseline-voorspellers van sudden gains

Univariate logistische regressieanalyses identificeerden vier variabelen met een veelbelovende associatie ($p < 0,20$) met de afhankelijke variabele *gain*: kwaliteit-van-leven-score (EuroQol utiliteitsscore), afwezigheid van een comorbide diagnose op as I, mate van beperkingen in fysiek functioneren (RAND-36) en mate van hopeloosheid over de toekomst (BHS). Deze variabelen werden gezamenlijk opgenomen in een multivariaat model (zie tabel 4). Nadat niet-significante voorspellers ($p \geq 0,05$) uit het model werden verwijderd, bestond het model nog uit twee voorspellers: een hoge kwaliteit-van-leven-score en de afwezigheid van comorbiditeit op as I. Er werden geen verschillen gevonden tussen CT en IPT (alle voorspeller*conditie interacties $p > 0,55$).

TABEL 4 Resultaten van multivariate logistische regressieanalyse (volledig en uiteindelijk model) ($n = 117$)

114

Volledig model	OR	95% CI	<i>p</i>
► Kwaliteit van leven (EuroQol utiliteits-score) ¹	1,20	0,98 – 1,47	0,08
► Afwezigheid van comorbide diagnose op as I	2,88	1,22 – 6,76	0,02
► Mate van beperkingen in fysiek functioneren (RAND-36)	1,01	0,99 – 1,03	0,37
► Mate van hopeloosheid over de toekomst (BHS)	1,33	0,98 – 1,78	0,06
Uiteindelijk model*	OR	95% CI	<i>p</i>
► Kwaliteit van leven (EuroQol utiliteits-score) ¹	1,24	1,04 – 1,49	0,02
► Afwezigheid van comorbide diagnose op as I	2,64	1,15 – 6,08	0,02

Noot: afhankelijke variabele = gain (aanwezig/afwezig); ¹ = aangepaste score (EuroQol utiliteit * 10); * = volgorde van eliminatie: (1) mate van beperkingen in fysiek functioneren (RAND-36); (2) mate van hopeloosheid over de toekomst (BHS).

Sudden gains en behandeluitkomst

Patiënten met sudden gains ('gainers') lieten tijdens de behandeling meer vooruitgang zien dan patiënten zonder sudden gains ('niet-gainers') en hadden aan het einde van het traject betere behandeluitkomsten. De gemiddelde (baseline gecorrigeerde) BDI-II-score op zeven maanden voor gainers was 10,7 (SE = 1,7). Voor niet-gainers was dit 18,5 (SE = 1,2). Het verschil tussen de groepen was significant ($F(1, 106) = 13,12, p < 0,001$). Verder voldeed 44,4% van de patiënten met sudden gains op zeven maanden aan de criteria voor remissie (BDI-II < 9), tegenover 25,0% van de patiënten zonder sudden gains. Ook dit verschil was significant ($\chi^2(1) = 4,21, p = 0,04$). Vijf maanden na afronden van de therapie lieten patiënten met sudden gains nog steeds betere resultaten zien: op de twaalfmaandenmeting rapporteerden patiënten met sudden gains significant lagere (baseline gecorrigeerde) BDI-II-scores dan patiënten zonder gains (9,7 (SE = 2,1) versus 18,6 (SE = 1,5); $F(1, 101) = 11,60, p < 0,01$). Ook was een groter deel in remissie (54,3% versus 33,8%; $\chi^2(1) = 4,00, p = 0,045$). Het aanvullende model op twaalf maanden, waarin ook de ernst van de klachten aan het einde van de behandeling werd meegenomen, liet een vergelijkbaar patroon zien, al was het verschil tussen gainers

en niet-gainers nu kleiner (gemiddeld verschil van 1,7 BDI-II-punt (SE = 1,6) in het voordeel van patiënten met sudden gains) en niet langer significant ($F(1, 101) = 1,14, p = 0,29$). Conditie-specifieke (baseline gecorrigeerde) depressiescores van patiënten met en zonder sudden gains aan het einde van de behandeling (zeven maanden) en vijf maanden later (twaalf maanden) zijn weergegeven in tabel 5. De verschillen tussen gainers en niet-gainers binnen condities waren significant op beide tijdstippen (alle p 's < 0,04). Een vergelijking tussen condities liet zien dat depressiescores van gainers vrijwel gelijk waren in CT en IPT, zowel aan het einde van de behandeling als vijf maanden daarna. Er waren aanzienlijke conditieverschillen te zien voor niet-gainers, vooral op twaalf maanden. Deze verschillen waren echter niet statistisch significant (alle gain*conditie interacties $p > 0,24$).

TABEL 5 *Sudden gains en behandeluitkomst: ANCOVA-gebaseerde gemiddelden en standaardfouten voor de Beck Depressie Vragenlijst-II aan het einde van de behandeling (zeven maanden) en vijf maanden later (twaalf maanden), voor patiënten met en zonder sudden gains, gestratificeerd naar behandelconditie (n = 117)*

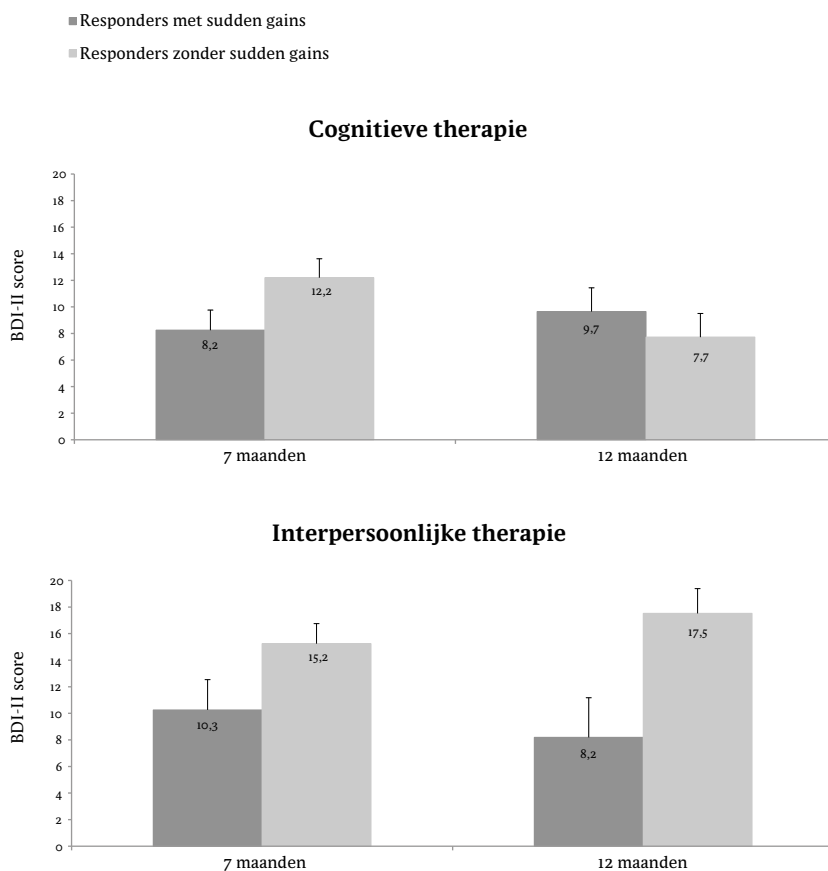
BDI-II	Cognitieve therapie (n = 64)		Interpersoonlijke psychotherapie (n = 53)	
	Gainers (n = 27)	Niet-gainers (n = 37)	Gainers (n = 13)	Niet-gainers (n = 40)
Zeven maanden	10,4 (1,9)	16,8 (1,6)	9,7 (3,5)	20,7 (1,9)
Twaalf maanden	9,8 (2,2)	15,7 (1,9)	7,4 (4,5)	21,9 (2,4)

Noot: BDI-II = Beck Depressie Vragenlijst Tweede Editie; CT = cognitieve therapie; IPT = interpersoonlijke psychotherapie. De verschillen tussen gainers en niet-gainers binnen de condities waren significant op beide tijdstippen (alle p 's < 0,04). Gain*conditie interacties waren niet significant op beide tijdstippen ($F(1, 106) = 0,51, p = 0,48$ voor zeven maanden en $F(1, 101) = 1,41, p = 0,24$ voor twaalf maanden). Data niet beschikbaar voor $n = 9$ (3x CT, 6x IPT) en $n = 14$ (6x CT en 8x IPT) voor zeven en twaalf maanden respectievelijk. Alle scores zijn gecorrigeerd voor baseline ernst (BDI-II-baseline).

Sudden gains en behandelrespons

Aan het einde van de behandeling voldeden 81 van de 117 patiënten aan de criteria voor behandelrespons (een totale verbetering van minstens 9 BDI-II-punten). Respons was vergelijkbaar in CT en IPT (70,3% versus 67,9%; $\chi^2(1) = 0,08, p = 0,78$). Van de 81 responders hadden 32 patiënten (39,5%) één of meerdere sudden gains. Sudden gain responders hadden betere behandel-

uitkomsten dan non-sudden gain responders: (baseline gecorrigeerde) BDI-II-scores op zeven maanden van 9,3 (SE = 1,3) voor sudden gain responders versus 13,5 (SE = 1,1) voor non-sudden gain responders ($F(1, 79) = 6,53, p = 0,01$). Op vijf maanden follow-up was het verschil tussen de groepen nog wat groter (8,2 (SE = 1,6) versus 13,7 (SE = 1,3); $F(1, 75) = 6,82, p = 0,01$). Echter, nadat er ook gecontroleerd was voor de ernst van de klachten aan het einde van de behandeling, was het verschil op follow-up niet meer significant ($F(1, 75) = 2,01, p = 0,16$). Figuur 2 geeft de (baseline gecorrigeerde) BDI-II-scores in CT en IPT op zeven en twaalf maanden weer voor sudden gain responders en non-sudden gain responders. Opnieuw werden er geen significante gain*conditie interacties gevonden (alle interacties $p > 0,08$).



FIGUUR 2 Respondersanalyse: baseline gecorrigeerde gemiddelden en standaardfouten voor de Beck Depressie Vragenlijst-II (BDI-II) aan het einde van de behandeling (zeven maanden) en vijf maanden later (twaalf maanden), voor responders met en zonder sudden gains, gestratificeerd naar behandelconditie ($n = 81$). Gain*conditie interacties waren niet significant op beide tijdstippen.

De invloed van de duur van het tijdsinterval tussen de sessies

117

Het excluderen van sudden gains die plaatsvonden buiten een periode van maximaal veertien dagen reduceerde het absolute aantal patiënten met sudden gains van 27 naar 19 (29,7%) in CT en van 13 naar 8 (15,1%) in IPT. Het frequentieverschil tussen de twee condities was nu een niet-significante trend ($\chi^2(1) = 3,47, p = 0,06$). Dit veranderde echter niets aan de conclusies over de CT/IPT-ratio, kenmerken, baseline-voorspellers en het positieve effect van sudden gains op de behandeluitkomst (zie ook data supplement II in Lemmens et al., 2016).

DISCUSSIE

In deze studie werden de frequentie, kenmerken, baseline-voorspellers en klinische impact van sudden gains in CT en IPT voor depressie bekeken. Er waren significant meer patiënten met sudden gains in CT dan in IPT. Dit leek niet zozeer te komen doordat er in IPT geen grote symptoomverbeteringen optraden tussen twee opeenvolgende sessies, maar meer doordat deze verbeteringen niet stabiel genoeg bleken om te kunnen spreken van een sudden gain. Er werden geen conditieverschillen gevonden met betrekking tot de grootte van de gains en het moment waarop ze plaatsvonden. In beide condities werden sudden gains voorspeld door relatief 'goede gezondheid' op baseline (betere kwaliteit van leven en afwezigheid van comorbiditeit op as I). Patiënten met sudden gains waren aan het einde van de behandeling minder somber dan patiënten zonder sudden gains, en zij bleven dit tot ten minste vijf maanden na afloop van de behandeling. De duur van het tijdsinterval tussen sessies beïnvloedde de conclusies niet.

De frequentie van sudden gains in onze CT-groep valt binnen de range van bevindingen van andere relevante studies in het veld (zie tabel 3 voor een overzicht). Vergeleken met de eerdere IPT-studie (Kelly et al., 2007) is het percentage gainers in onze IPT-groep relatief laag. Er dient echter te worden opgemerkt dat een groot deel van de gainers in de studie van Kelly en collega's een reversal had, terwijl de ruime meerderheid van de IPT-patiënten met sudden gains in onze studie hun winst wist te behouden. Wanneer we dit in overweging nemen, en alleen kijken naar de patiënten die een sudden gain hadden én deze behielden, komen de resultaten tussen beide studies aardig overeen (zie tabel 3).

Het feit dat er significant meer sudden gains werden gevonden in CT dan in IPT lijkt in eerste instantie niet overeen te komen met resultaten van vergelijkbaar onderzoek in het veld van sociale angst, waarin geconcludeerd werd dat er geen frequentieverschillen waren tussen CT en IPT (Bohn et al., 2013). Nadere inspectie van deze bevindingen laat echter zien dat de resultaten minder van elkaar afwijken dan men in eerste instantie zou denken. Bohn

en collega's vonden namelijk ook twee keer zoveel sudden gains in CT ($n = 10$) dan in IPT ($n = 5$). Echter, vanwege het feit dat zij een kleinere steekproef bekeken ($n = 67$) en doordat de proportie patiënten met sudden gains in deze steekproef relatief klein was (22%) hadden zij minder statistische power om de groepsverschillen aan te tonen. Dit kan mogelijk verklaren waarom de conclusies van beide studies, ondanks een vergelijkbaar patroon van resultaten, van elkaar afwijken.

De bevinding dat CT- en IPT-specifieke voorspellers voor het krijgen van sudden gains ontbreken is in lijn met onderzoek van onder anderen Hunnicutt-Ferguson en collega's (2012), en Kelly en collega's (2005). Deze bevinding ondersteunt het idee dat sudden gains niet zozeer gestuurd worden door therapiespecifieke processen an sich, maar meer door algemene persoonskenmerken. Een alternatief zou kunnen zijn dat deze specifieke processen wel degelijk een rol spelen, maar dat hun voorspellende waarde niet tot uiting komt in het baseline-toestandsbeeld, lang voordat de gain optreedt, maar in plaats daarvan verklaard kan worden vanuit concrete veranderingen die plaatsvinden vlak voor het ontstaan van de gain.

Waarom vonden we minder sudden gains in IPT?

Hoewel de frequentieverschillen tussen CT en IPT in lijn zijn met eerder onderzoek, blijft het de vraag waarom er minder sudden gains optreden tijdens IPT. Een mogelijke verklaring zou zijn dat sudden gains inderdaad getriggerd worden door cognitieve veranderingen, zoals gesuggereerd door Tang en DeRubeis (1999b). Hoewel niet-cognitieve interventies ook kunnen leiden tot cognitieve veranderingen (zie onder anderen: Weissman, Markowitz, & Klerman, 2000), kan de sterke nadruk op cognities in CT leiden tot meer sudden gains dan in interventies die niet zo expliciet focussen op cognities, zoals in IPT.

Hoewel we niet uitsluiten dat dit een rol heeft gespeeld, denken we niet dat het onze bevindingen volledig kan verklaren. Dit komt voornamelijk door het feit dat het groepsverschil niet zozeer leek zitten in het wel of niet optreden van grote symptoomverbeteringen tussen twee sessies — dit was immers vergelijkbaar in de twee groepen — maar meer in de *stabiliteit* van de verandering, en dan specifiek het gebrek daaraan in IPT. Dit wijst mogelijk naar verschillen in de therapeutische processen van CT en IPT. Doordat IPT zich richt op het oplossen van moeilijkheden in de interpersoonlijke context, zal de IPT-patiënt regelmatig te maken krijgen met interacties met anderen. Of dit leidt tot symptoomverbetering kan afhankelijk zijn van de ervaringen die worden opgedaan tijdens deze interacties. De uitkomst van deze interacties wordt echter niet alleen bepaald door de patiënt zelf. De vooruitgang van de IPT-patiënt is daardoor sterker afhankelijk van de interpersoonlijke context dan die van de CT-patiënt, wiens problemen vaak meer individueel worden aangepakt.

Een andere verklaring zou gevonden kunnen worden in het feit dat er in CT gebruik wordt gemaakt van huiswerkopdrachten, terwijl dit in IPT niet het geval is. Door tussen de sessies door zelf aan de slag te gaan, doet de CT-patiënt meer leerervaringen op en wordt het geleerde beter opgeslagen. Dit zou kunnen bijdragen aan een stabielere symptoomverbetering.

Tot slot is het mogelijk dat het verschil in stabiliteit kan worden verklaard door verschillen in attitude van de therapeut. De CT-therapeut neemt een directieve rol aan, waarin hij de patiënt als het ware door het protocol leidt. De IPT-therapeut daarentegen fungeert veel meer als een steunende bondgenoot. Met deze attitude is er veel meer ruimte voor *trial and error* door de patiënt. Deze mogelijke verklaringen dienen verder onderzocht te worden.

Methodologische overwegingen en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Deze studie was de eerste studie die sudden gains onderzocht in een grote gerandomiseerde behandelstudie naar de effecten van CT en IPT voor depressie. Hierdoor was het mogelijk om een directe vergelijking te maken tussen de twee condities. Daarnaast was deze studie — voor zover bekend — de tweede studie die sudden gains onderzocht in IPT voor depressie. Door een meer heterogene groep te bekijken dan in de eerste studie (mannen en vrouwen, eerste en recidiverende depressie) hebben we de generaliseerbaarheid van eerdere resultaten vergroot. De respondersanalyse richtte zich op de mogelijkheid dat patiënten met sudden gains simpelweg die patiënten waren die sowieso op therapie reageerden. Ook werd aandacht besteed aan een ander belangrijk aspect van sudden gains dat vaak over het hoofd wordt gezien in de literatuur: de impact van de duur van het tijdsinterval waarin sudden gains plaatsvinden. Voor zover bekend is er één andere studie voorhanden die het plotse karakter van sudden gains garandeerde door gains met een te lang interval te excluderen (Kelly et al., 2007).

Zoals elke studie heeft ook deze studie haar beperkingen. Zo was het aantal patiënten met sudden gains wellicht niet groot genoeg (vooral in IPT en na het weghalen van de gains buiten het interval van veertien dagen) om groepsverschillen met voldoende statistische power te bekijken. Daarnaast vertellen de resultaten ons niets over de processen tijdens de behandeling die sudden gains uitlokken. Het is daarom raadzaam om de rol van sudden gains in CT versus IPT verder te onderzoeken, bij voorkeur in grotere steekproeven en met aandacht voor de impact van de duur van het tijdsinterval tussen de sessies. Verder zou het veld kunnen profiteren van onderzoek naar de processen die ten grondslag liggen aan sudden gains. Momenteel werkt onze onderzoeksgroep aan een vervolgstudie, waarin de sessie voorafgaand aan de gain tot in detail bestudeerd wordt. Met behulp van video-opnames van de therapiesessies hopen we de kritische therapeutische veranderingen te identificeren die geassocieerd zijn met het ontstaan van de gain. Een beter begrip van het fenomeen sudden gains en de processen die ermee geassocie-

eerd zijn kan nieuwe inzichten verschaffen in de werkingsmechanismen van psychotherapie en aldus bijdragen aan de verbetering van psychologische behandelingen voor depressieve patiënten.

Dit artikel is een bewerking van: Lemmens, DeRubeis, Arntz, Peeters en Huijbers (2016, BRAT). Overgenomen met toestemming van Elsevier.

Een speciaal woord van dank gaat uit naar de deelnemende patiënten en therapeuten van RIAGG Maastricht.

Lotte Lemmens is universitair docent bij de vakgroep Klinisch Psychologische Wetenschappen aan de Universiteit van Maastricht. Zij is tevens werkzaam als therapeut op de afdeling volwassenenzorg van Virenze-RIAGG Maastricht.

Robert DeRubeis is Samuel H. Preston Term Professor in the Social Sciences en hoogleraar psychologie aan de Universiteit van Pennsylvania. Tevens is hij verbonden aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

Arnoud Arntz is hoogleraar Klinische Psychologie bij de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam. Daarnaast is hij werkzaam als klinisch psycholoog bij De Viersprong, Amsterdam.

Frenk Peeters is als bijzonder hoogleraar Behandeling van Stemmingsstoornissen verbonden aan de vakgroep Psychiatrie en Psychologie van de Universiteit van Maastricht. Daarnaast werkt hij als psychiater in het Maastricht UMC+ en bij Virenze-RIAGG Maastricht.

Marcus Huibers is hoogleraar Klinische Psychologie en Experimentele Psychotherapie aan de afdeling Klinische Psychologie van de Vrije Universiteit Amsterdam. Ook is hij verbonden aan de Universiteit van Pennsylvania en werkt hij als psychotherapeut bij GGZ inGeest in Amsterdam.

Correspondentieadres: Maastricht University, Faculteit der Psychologie en Neurowetenschappen, Afdeling Klinisch Psychologische Wetenschappen, t.a.v. Dr. Lotte Lemmens, Postbus 616, 6200 MD, Maastricht. Telefoon: +31 (0)43 3881874. E-mail: Lotte.Lemmens@Maastrichtuniversity.nl

Summary *The role of sudden gains in cognitive therapy and interpersonal psychotherapy for depression.* This study examined the rates, characteristics, baseline predictors and clinical impact of sudden gains in cognitive therapy (CT) and interpersonal psychotherapy (IPT) for depression. 117 depressed adult outpatients received sixteen to twenty sessions of either CT or IPT. Session-by-session symptom severity was assessed with the BDI-II. Sudden gains were examined using the original criteria. Furthermore, the influence of the duration of the between-session-interval at which sudden gains were recorded was explored. There were significantly more patients with sudden gains in CT (42.2%) than in IPT (24.5%). No differences were found with regard to magnitude, timing and predictors of the gains. Those patients with sudden gains were less depressed at post-treatment and follow-up. The duration of the between-session-interval did

not influence the pattern of results. This study indicates differences in occurrence of sudden gains in two interventions that overall show similar results, which might reflect different mechanisms of change.

121

Keywords *sudden gains, cognitive therapy, interpersonal psychotherapy, depression, RCT*

Literatuur

- Aderka, I. M., Nickerson, A., Bøe, H. J., & Hofmann, S. G. (2012). Sudden gains during psychological treatments of anxiety and depression: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 93-101.
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nuësch, E., Trelle, S., Znoj, H.,... Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: A network meta-analysis. *PloS Medicine, 10*, e1001454.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory II: Manual*. Boston, MA: Hartcourt Brace.
- Bohn, C., Aderka, I. M., Schreiber, F., Stangier, U., & Hofmann, S. G. (2013). Sudden gains in cognitive therapy and interpersonal therapy for social anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*, 177-182.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Landes, S. J., & Kohlenberg, R. J. (2006). Sudden gains and outcome: A broader temporal analysis of cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy, 37*, 61-68.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry, 58*, 376-385.
- Hardy, G. E., Cahill, J., Stiles, W. B., Ispan, C., Macaskill, N., & Barkham, M. (2005). Sudden gains in cognitive therapy for depression: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 59-67.
- Hunnicut-Ferguson, K., Hoxha, D., & Gollan, J. (2012). Exploring sudden gains in behavioral activation therapy for major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 223-230.
- Kelly, M. A. R., Cyranowski, J. M., & Frank, E. (2007). Sudden gains in interpersonal psychotherapy for depression. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2563-2572.
- Kelly, M. A. R., Roberts, J. E., & Ciesla, J. A. (2005). Sudden gains in cognitive behavioral treatment for depression: When do they occur and do they matter? *Behaviour Research and Therapy, 43*, 703-714.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy for depression*. New York, NY: Basis Books.
- Lemmens, L. H. J. M., Arntz, A., Peeters, F. P. M. L., Hollon, S. D., Roefs, A., & Huibers, M. J. H. (2011). Effectiveness, relapse prevention and mechanisms of change in cognitive therapy vs. interpersonal therapy for depression: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials, 12*, 150-162.
- Lemmens, L. H. J. M., Arntz, A., Peeters, F. P. M. L., Hollon, S. D., Roefs, A., & Huibers, M. J. H. (2015). Clinical effectiveness of cognitive therapy vs. interpersonal psychotherapy for de-

- pression: Results of a randomised controlled trial. *Psychological Medicine*, 45, 2095-2110.
- Lemmens, L. H. J. M., DeRubeis, R. J., Arntz, A., Peeters, F., & Huibers, M. J. H. (2016). Sudden gains in cognitive therapy and interpersonal psychotherapy for adult depression. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 170-176.
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999a). Reconsidering rapid early response in cognitive behavioral therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 283-288.
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999b). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 894-904.
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Beberman, R., & Pham, T. (2005). Cognitive changes, critical sessions, and sudden gains in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 168-172.
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J., & Shelton, R. (2007). Sudden gains in cognitive therapy of depression and depression relapse/recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 404-408.
- van der Does, W. (2002). *BDI-II-NL: Handleiding; De Nederlandse versie van de Beck Depression Inventory. Second edition*. Enschede: Ipskamp.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., & Jarrett, R. B. (2005). Validity of sudden gains in acute phase treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 173-182.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.

Verbeteren van kwaliteit van leven bij verslavingsproblemen

Een psychometrische analyse van de CRA-TvL

CAROLINE MARIJNISSEN-BOUTEN, HENDRIK ROOZEN & PETER GREEVEN

Samenvatting

In toenemende mate is in behandelingen het concept 'kwaliteit van leven' centraal komen te staan. Het is een paraplueterm voor concepten als geluk, plezier, tevredenheid, autonomie en zelfredzaamheid. Dergelijke concepten worden in de klinische praktijk gemeten met multidimensionele meetinstrumenten. Een veelgebruikte vragenlijst om zowel tevredenheid te meten als de richting van de behandeling vast te stellen bij patiënten met verslavingsproblemen is de *Community Reinforcement Approach — Tevredenheidslijst* (CRA-TvL). In deze bijdrage worden de psychometrische eigenschappen van de Nederlandstalige versie van de CRA-TvL onderzocht. De lijst is afgenomen bij 204 patiënten en 223 gezonde deelnemers. Uit de resultaten blijkt dat twaalf items van de CRA-TvL konden worden behouden met een éénfactoroplossing. Daarnaast is er een goede indicatie voor criteriumgerelateerde validiteit. Toekomstig onderzoek is nodig om de psychometrische structuur te repliceren. Om de validiteit van de CRA-TvL verder te bevestigen dient zulk onderzoek tevens alternatieve instrumenten mee te nemen die kwaliteit van leven meten.

Trefwoorden: verslaving, community reinforcement approach (CRA), tevredenheidslijst, kwaliteit van leven

INLEIDING

In de algemene gezondheidszorg wordt het concept 'kwaliteit van leven', met daarin aandacht voor de subjectieve belevingen van patiënten, in toenemen-

de mate gezien als een belangrijke uitkomstmaat (de Kroon & Hodiament, 2008). 'Kwaliteit van leven' is een paraplueterm, die vaak wordt gebruikt als synoniem voor concepten als geluk/plezier en tevredenheid/satisfactie, of als een maat voor autonomie of zelfredzaamheid. Het belang van het verbeteren van de kwaliteit van leven wordt ook in een breder perspectief benadrukt, zoals in de *Toekomstagenda voor de Geestelijke Gezondheidszorg* (Agenda ggz voor gepast gebruik en transparantie, 2015) en *Verslavingszorg* (Donovan, Mattson, Cisler, Longabaugh, & Zweben, 2005). Dit nieuwe elan is bijzonder, want mentale gezondheid werd lange tijd gelijkgesteld met de afwezigheid van psychische problemen, maar juist het benadrukken van de positieve facetten van het leven lijkt een waardevolle alternatieve route naar een betere levenskwaliteit (Westerhof & Keyes, 2010).

In de afgelopen jaren zijn er om kwaliteit van leven te meten verschillende instrumenten beschikbaar gekomen waarin multidimensionaliteit en subjectiviteit centraal staan (Matza, Swensen, Flood, Secnik, & Leidy, 2004). Ze bestrijken een breed spectrum aan dimensies die betrekking hebben op kwaliteit van leven, waaronder sociale relaties, mentaal welzijn en de algehele beleving van fysieke en algemene kwaliteit van leven (Zubaran & Foresti, 2009). Deze ontwikkeling waarin concepten als 'welzijn' en 'functionaliteit' belangrijker worden (Bullinger & Ravens-Sieberer, 1995; Ravens-Sieberer et al., 2006) hangt volgens de Kroon en Hodiament (2008) onder andere samen met de accentverschuiving van curatieve naar chronische zorg (*care*). Dit sluit aan op moderne opvattingen in de klinische praktijk over verslaving als chronische hersenziekte (American Society of Addiction Medicine, 2013; van den Brink, 2006). Verder is de mening van de patiënt steeds centraler komen te staan (vraaggestuurde zorg). Het betrekken van de patiënt bij het maken van keuzen over de behandeling en behandeldoelen (*shared decision making*) komt tegemoet aan de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), en de uitgangspunten die genoemd worden in de *Toekomstagenda GGZ*. Het draagt bovendien bij aan de effectiviteit van de behandeling als behandeldoelen systematisch worden besproken en geëvalueerd (Barratt, 2008; Joosten, de Jong, de Weert-van Oene, Sensky, & van der Staak, 2009).

Een veelgebruikte Nederlandse lijst om kwaliteit van leven bij patiënten met verslavingsproblemen te inventariseren is de CRA-Tevredenheidslijst (CRA-TvL; Roozen, Meyers, & Smith, 2012, p. 26). De afkorting 'CRA' staat voor *community reinforcement approach*, dat een evidence-based cognitief-gedragsmatige benadering is voor de behandeling van alcohol- of drugsproblemen (zie bijvoorbeeld: Meyers, Roozen, & Smith, 2011). CRA richt zich op het aanpakken van de levensgebieden die het gebruik van middelen in stand houden en op het ontwikkelen van alternatieve, belonende activiteiten die het probleemgedrag verminderen (Roozen, 2006). De afname en bespreking van de CRA-TvL wordt binnen CRA gebruikt om gedurende de behandeling inzicht te verkrijgen in de kwaliteit van leven van de patiënt en de voortgang

te bespreken. Recent is bij een populatie van alcoholafhankelijke patiënten aangetoond dat er sterke verschillen zijn tussen begin- en eindmeting (Dijkstra & Roozen, 2012). De patiënt de CRA-TvL laten invullen is de eerste stap in het samen opstellen van een behandelplan dat nauw aansluit op de leefgebieden waaraan de patiënt wil werken. Het werpt licht op de ernst van problemen op verschillende gebieden. Door tijdens de behandeling geregeld de vragenlijst af te nemen en de uitkomsten te bespreken kan men de voortgang van de behandeling evalueren. Hierbij kan de patiënt telkens aangeven hoe tevreden hij momenteel is met elk leefgebied en welke veranderingen er vanuit het patiëntperspectief gewenst zijn. In samenspraak met de patiënt wordt minstens één probleemgebied geselecteerd om aan te werken. Zo krijgt de patiënt de mogelijkheid om te oefenen met het stellen van haalbare doelen die kunnen leiden tot het realiseren van verandering. Opmerkelijk is dat het hier gaat om een geïntegreerde werkvorm die bijdraagt tot gezamenlijke besluitvorming (shared decision making), die al decennia binnen CRA wordt toegepast.

De CRA-TvL (Roozen et al., 2012, p. 26) is een Nederlandse bewerking van de Amerikaanse *CRA Happiness Scale* (CRA-HS; Azrin, 1976; Meyers & Smith, 1995, pp. 80-101). Er zijn in de oorspronkelijke versie van deze lijst tien verschillende leefgebieden weergegeven, die betrekking hebben op alcohol- of drugsgebruik, werk, financiën, sociaal leven, persoonlijke gewoonten, familie, justitie, emoties, communicatie en algemeen. Hoewel deze lijst conceptueel al lange tijd bestaat (Azrin, Naster, & Jones, 1973, p. 370), is er relatief weinig informatie beschikbaar van de originele versie en van de vertaalde en tevens uitgebreide versie van de CRA-TvL. In de Nederlandse situatie is deze lijst in de afgelopen jaren bovendien aangepast en uitgebreid tot achttien vaste items en één open item¹. Vandaar de noodzaak om in Nederland een studie te verrichten naar de psychometrische kwaliteiten van de CRA-TvL. Hiertoe werd de vragenlijst afgenomen bij een patiëntengroep die in behandeling was bij een verslavingszorginstelling. Tevens werd het instrument afgenomen bij een niet-klinische populatie (controles), waarvan de deelnemers in dezelfde regio woonachtig waren.

METHODE

.....

Respondenten

.....

De CRA-TvL werd afgenomen bij een uiteindelijke verslavingspopulatie van 204 patiënten die volgens de DSM-IV-criteria waren gediagnosticeerd met een stoornis in het gebruik van alcohol of drugs (non-respons is 11%). Van

1 Deze lijst is tevens beschikbaar via de website www.communityreinforcement.com.

de respondenten heeft ruim 52% een diagnose alcoholafhankelijkheid, 13% is cannabisafhankelijk en 10% is cocaïneafhankelijk. 8% van deze respondenten is afhankelijk van een sedativum (medicatie). Het resterende deel is afhankelijk van amfetaminen of opioïden, is bekend met gok- of gameproblematiek, of heeft een onbekende verslaving. Slechts 4% heeft een diagnose middelenmisbruik. Naast deze primaire verslavingsdiagnose kampt 12% van de patiënten ook met een tweede verslaving. Ruim 8% heeft ADHD en 6% heeft PTSS. 12% heeft een gediagnosticeerde persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast wordt zo'n 15% van de patiënten gekenmerkt door zwakbegaafdheid, depressie en angstproblemen.

De afname van de CRA-TvL vond plaats als onderdeel van het reguliere behandelproces in de periode van juli 2011 tot juli 2014 op de werklocaties van Novadic-Kentron, te weten: Eindhoven, Vught, Den Bosch, Roosendaal, Breda, Bergen op Zoom, Tilburg en Sint-Oedenrode. 78% van de respondenten was man en 98% had een Europese achtergrond. De gemiddelde leeftijd was 40,50 (SD = 13,65) jaar. Afgerond 52% was alleenstaand en 32% was getrouwd of had een relatie. 16% was gescheiden, weduwe of weduwnaar. Zo'n 39% woonde alleen of op kamers, 24% woonde samen met een partner (met en zonder kinderen). Afgerond 26% leefde samen met ouders of verzorgers, en ongeveer 11% had een andere woonvorm. Ruim 19% had geen opleiding afgerond, 27% had een lbo-opleiding, 40% had een mbo-opleiding en het overige deel was hbo- (12%) of universitair (1%) opgeleid. 30% had een volledige werkweek of werkte parttime. 35% was werkloos of zat in een bijstandssituatie. 23% zat in de ziektewet of was arbeidsongeschikt.

Tevens werd de vragenlijst afgenomen bij een niet-klinische populatie (controlegroep), die uiteindelijk door mond-tot-mondreclame uit 223 deelnemers bestond (non-respons is 3%). De afname vond plaats in de periode van juni tot en met juli 2014 in dezelfde regio waar de patiënten woonachtig waren. De regio omvatte Boxtel, Eindhoven, Helmond, Drunen, Waalwijk, Tilburg, Best, Sint-Michielsgestel, 's-Hertogenbosch, Roosendaal, Schijndel, Liempde, Sint-Oedenrode, Vught, Hilvarenbeek en Eersel. Bijna 60% was vrouw. Allen waren afkomstig uit de Europese gemeenschap. De gemiddelde leeftijd was 45,20 (SD = 13,95) jaar. 82% had een relatie of was getrouwd, en ruim 77% woonde samen met partner of kinderen. 5% had een lbo-opleiding, 27% had een mbo-opleiding, 53% een hbo-opleidingsniveau en 14% had een universitair opleidingsniveau. Van deze populatie had ruim de helft een volledige werkweek. Daarnaast werkte ruim 30% parttime. Slechts 2% was werkloos, viel onder de ziektewet of was arbeidsongeschikt.

Instrument CRA-TvL

De CRA-TvL (Roozen et al., 2012, p. 26) is oorspronkelijk gebaseerd op de Amerikaanse CRA-HS (Meyers & Smith, 1995). De CRA-TvL meet 'tevredenheid met het leven' of 'kwaliteit van leven' aan de hand van een tienpunts

TABEL 1 *Groepsverschillen van de oorspronkelijke CRA-TvL*

Item	Patiënten (N = 204)			Controles (N = 223)			t-waarde
	N	M	SD	N	M	SD	
1 Wonen	204	6,44	2,17	223	7,93	1,18	-8,69
2 Huishouden	202	6,56	1,89	223	7,28	1,31	-4,53
3 Werk/opleiding	198	5,44	2,43	216	7,59	1,20	-11,29
4 Financiën	204	5,14	2,51	223	7,30	1,47	-10,76
5 Sociaal netwerk	203	6,10	2,12	220	7,70	1,19	-9,52
6 Sociale en recreatieve activiteiten	203	5,83	2,13	222	7,58	1,11	-10,49
7 Alcohol- of drugsgebruik	202	5,86	2,76	209	7,20	2,60	-5,06
8 Persoonlijke gewoonten	197	5,88	1,86	219	7,35	1,05	-9,83
9 Relatie met partner	171	5,76	2,82	203	7,76	1,84	-7,97
10 Familie	202	6,75	2,30	222	7,71	1,27	-5,27
11 Kinderen	150	6,31	2,97	189	7,81	1,98	-5,31
12 Politie en justitie	171	6,87	3,03	187	7,01	2,74	-,46
13 Emotioneel	203	5,46	2,15	222	7,34	1,25	-10,88
14 Communicatie	203	6,55	1,79	220	7,59	1,01	-7,26
15 Gezondheid	203	6,57	1,85	222	7,73	1,21	-7,55
16 Seksualiteit	189	6,04	2,62	213	7,34	1,52	-5,99
17 Spiritualiteit en religie	157	5,85	2,97	206	6,75	2,03	-3,26
18 Algemeen	185	6,09	1,78	204	7,76	,84	-11,66

Opmerking: Alle groepsverschillen waren statistisch significant op het niveau van $p < 0,001$, behalve voor items 12 (NS) en 17 ($p = 0,001$). Items met meer dan 5% non-respons (N patiënten < 194 en controles < 212) zijn cursief gemarkeerd. De open vraag is niet meegenomen in het onderhavige onderzoek.

Likertschaal. Het cijfer '1' geeft aan dat het leven absoluut niet slechter kan, terwijl het cijfer '10' aangeeft dat het leven vandaag een absoluut hoogtepunt heeft bereikt en dat het niet beter kan. Eerder onderzoek laat zien dat de Cronbachs alfa van de CRA-TvL 0,87 bedraagt, met een correlatie tussen CRA-TvL en EuroQol 5D (EQ-5D; Brooks, and EuroQol Group, 1996) van -0,26, en met een correlatie tussen CRA-TvL en *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; de Beurs, Van Dyck, Marquenie, Lange, & Blonk, 2001) van -0,42 (Cornelissen, 2013). Echter, de EQ-5D heeft een oplopende schaal (3L), die een vermindering van functioneren indiceert, en is door de auteur anders gecodeerd dan formeel voorgeschreven, namelijk als zijnde score '1' (geen problemen), '2' (matige problemen) of '3' (ernstige problemen). In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de achttien items van de CRA-TvL zoals die in Nederland frequent wordt gebruikt.

Analyses

Om inzicht te krijgen in de data van de respondenten werd er beschrijvende statistiek toegepast, zoals frequentieverdelingen. Tevens werd er vastgesteld hoeveel respondenten ieder afzonderlijk item van de CRA-TvL hadden ingevuld. Er werd gebruikgemaakt van Pearsons R-correlatie om de relatie tussen items onderling te berekenen. Ook werden *t*-toetsen gebruikt om de gemiddelden tussen de groepen te vergelijken. Om de onderliggende structuur voor beide groepen afzonderlijk te onderzoeken werd een exploratieve factoranalyse (EFA) toegepast, met als methode een principale componentenanalyse (PCA). Daartoe is allereerst gekeken naar de Kaiser-Meyer-Olkin-waarde (KMO-waarde), die groter dient te zijn dan 0,6. Daarnaast dient de *Bartlett's test of sphericity* statistisch significant te zijn. Middels een screeplot, een eigenwaarde > 1, en aan de hand van een parallelanalyse, werd het aantal factoren vastgesteld. De data werden middels een oblique factorrotatie, met de methode direct oblimin, waarbij de factoren met elkaar kunnen correleren, onderzocht. Dit aan de hand van de oblimin-pattern-matrix. Vervolgens werden crossladingen geanalyseerd, waarbij de waarde van 0,40 als een acceptabele grens wordt beschouwd (Nunnally & Bernstein, 1994). Om de interne betrouwbaarheid te bepalen binnen groepen werd vervolgens de Cronbachs alfa van de gevonden factoren berekend, waarbij een waarde van 0,70 of hoger duidt op een goede interne consistentie. Alle analyses werden uitgevoerd met de *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics, versie 20).

RESULTATEN

129

Beschrijvende statistiek (itemanalyse)

Allereerst is de frequentieverdeling van de antwoordcategorieën van de achttien items van de CRA-TvL per groep geïnspecteerd. Uit de scores van de patiëntenpopulatie blijkt dat de relatie met partner, kinderen, politie en justitie, seksualiteit, en spiritualiteit en religie zowel lage als hoge scores oplevert, wat gepaard gaat met weinig variatie in de scores. De frequentieverdelingen ten aanzien van deze items geeft een ernstige scheefheid aan, gekenmerkt door zowel een links-scheef als een rechts-scheef, en het vrijwel ontbreken van middenscores. Ook op grond van een relatief hoge non-respons per item (zie tabel 1) is besloten om deze items buiten de EFA te houden. Analooq aan het voorgaande werden er tevens bij de controle-groep zowel lage als hoge scores in de frequentieverdelingen gevonden op de items: politie en justitie, spiritualiteit en religie, en alcohol- of drugsgebruik. Bij dit laatste item is besloten om deze in de lijst te laten, omdat deze primair bedoeld is voor de geïnccludeerde patiëntpopulatie. Daarentegen is de algemene score geëxcludeerd. Aangezien de algemene score slechts één item betrof en er later een geaggregeerde algemene score werd gecomponeerd (namelijk de samengestelde schaal), is besloten deze algemene score buiten de factoranalyse te laten. Dit omdat multiple-itemschalen doorgaans een betere predictieve validiteit hebben (Diamantopoulos, Sarstedt, Fuchs, Wilczynski, & Kaiser, 2012).

Factoranalyse

Allereerst werd de PCA toegepast op de patiëntpopulatie. De KMO-waarde is 0,85 en Bartlett's test of sphericity is statistisch significant ($p < 0,001$). Hiermee wordt voldaan aan de eis om een EFA te kunnen uitvoeren. De overgebleven twaalf items: wonen, huishouden, werk/opleiding, financiën, sociaal netwerk, sociale en recreatieve activiteiten, alcohol- of drugsgebruik, persoonlijke gewoonten, familie, emotioneel, communicatie, en gezondheid, werden alle onderworpen aan de EFA ($N = 184$). Op grond van de eigenwaarden waren er drie factoren te identificeren. De screeplot suggereerde één factor op grond van het knikcriterium. De parallelanalyse bevestigde dit beeld en legitimeerde een éénfactorstructuur met een verklaarde variantie van 38,4 %. De factoroplossing is weergegeven in tabel 2.

TABEL 2 *Itemladingen*

CRA-TvL-items*	Patiënten	Controles
1 Wonen	0,51	0,64
2 Huishouden	0,63	0,52
3 Werk/opleiding	0,58	0,43
4 Financiën	0,55	0,51
5 Sociaal netwerk	0,68	0,64
6 Sociale en recreatieve activiteiten	0,77	0,67
7 Alcohol- of drugsgebruik	0,42	0,11
8 Persoonlijke gewoonten	0,73	0,52
9 Familie	0,51	0,63
10 Emotioneel	0,70	0,69
11 Communicatie	0,68	0,68
12 Gezondheid	0,60	0,47

Opmerking : *Items die werden onderworpen aan een EFA.

Vervolgens werd de EFA herhaald op de controlepopulatie (N = 196). De KMO-waarde is 0,81 en Bartlett's test of sphericity is opnieuw statistisch significant ($p < 0,001$). Op grond van de eigenwaarden was het opnieuw mogelijk om drie factoren te extraheren. Dit beeld werd bevestigd door de parallelanalyse. Daarentegen werd een éénfactorstructuuroplossing gesuggereerd op basis van het knikcriterium (screeplot). Op grond van de gebrekkige klinische interpretatie van een meerfactorenoplossing werd gekozen voor een éénfactorstructuur met een verklaarde variantie van 31,8%.

Inter-itemanalyse

In tabel 3 worden de intercorrelaties van de twaalf EFA-items weergegeven om de overlap in de scores tussen de items onderling vast te stellen.

TABEL 3 *Intercorrelaties*

CRA-TvL-items*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 Wonen		0,38	0,23	0,38	0,19	0,21	0,17	0,18	0,29	0,27	0,38	0,22
2 Huishouden	0,41		0,21	0,30	0,29	0,37	0,15	0,40	0,25	0,32	0,33	0,39
3 Werk/opleiding	0,24	0,13		0,40	0,31	0,43	0,12	0,34	0,24	0,37	0,26	0,35
4 Financiën	0,45	0,39	0,23		0,17	0,31	0,20	0,36	0,18	0,29	0,22	0,27
5 Sociaal netwerk	0,29	0,13	0,21	0,17		0,69	0,18	0,44	0,31	0,38	0,46	0,33
6 Sociale en recreatieve activiteiten	0,41	0,28	0,20	0,18	0,58		0,20	0,50	0,31	0,48	0,46	0,32
7 Alcohol- of drugsgebruik	0,09	0,10	-0,09	0,03	-0,03	-0,02		0,39	0,04	0,39	0,21	0,25
8 Persoonlijke gewoonten	0,14	0,13	0,23	0,05	0,36	0,27	0,23		0,29	0,43	0,37	0,35
9 Familie	0,29	0,23	0,20	0,17	0,36	0,34	0,01	0,21		0,23	0,43	0,19
10 Emotioneel	0,32	0,31	0,15	0,35	0,31	0,34	0,19	0,40	0,31		0,40	0,41
11 Communicatie	0,26	0,21	0,25	0,21	0,42	0,39	0,13	0,42	0,38	0,48		0,36
12 Gezondheid	0,24	0,20	0,17	0,23	0,24	0,21	-0,07	0,25	0,22	0,29	0,23	

Opmerking: *Items die werden onderworpen aan een EFA — De correlaten van de patiëntengroep zijn boven de diagonaal weergegeven, die van de controles onder de diagonaal. Bij de patiëntengroep waren de correlaties tussen werk/opleiding (3) en alcohol- of drugsgebruik (7), en alcohol- of drugsgebruik (7) en familie (9), niet statistisch significant ($p > 0,05$). Bij de controles waren de relaties tussen item 1 tot en met item 6, item 9, 11 en 12 enerzijds, en alcohol- of drugsgebruik (7) anderzijds niet statistisch significant. Verder was de correlatie tussen huishouden (2) en werk/opleiding (3), en huishouden (2) en persoonlijke gewoonten (8), en financiën (4) en persoonlijke gewoonten (8) niet statistisch significant.

Interne consistentie

132

Er werd een samengestelde totaalschaal berekend op basis van de twaalf EFA-items. De Cronbachs alfa bedroeg bij de patiëntpopulatie 0,84. Door het item alcohol- of drugsgebruik te verwijderen zou de Cronbachs alfa met 0,006 toenemen, wat verwaarloosbaar is. Echter, bij de controlegroep is de Cronbachs alfa 0,73. Door het verwijderen van het item alcohol- of drugsgebruik zou de Cronbachs alfa sterk toenemen en 0,80 worden.

Criteriumgerelateerde validiteit

De term 'criteriumgerelateerde validiteit' heeft te maken met de mate waarin het instrument onderscheid kan maken tussen groepen die verschillen volgens een extern criterium, zoals de groep patiënten en de groep controles. Op grond van de gemiddelde waarde van de samengestelde schaal werden beide groepen met elkaar vergeleken. Patiënten scoorden statistisch significant lager ($M = 72,85$; $SD = 15,67$) op de samengestelde schaal dan controles [$(M = 90,33$; $SD = 8,41)$ $t = -13,42$, $p < 0,001$].

DISCUSSIE

De psychometrische bevindingen van de Nederlandse vertaling van de CRA-HS (CRA-TvL) met betrekking tot de tevredenheid van leven lijken overwegend positief uit te vallen. Voor zover bekend is er niet eerder een uitgebreide factorstructuur onderzocht van het Amerikaanse origineel of van versies die in andere landen worden gebruikt. De analyses geven aan dat twaalf items kunnen worden behouden en dat die het meest passen bij een éénfactoroplossing. Het is belangrijk om op te merken dat het item alcohol- of drugsgebruik slechts een beperkte en controversiële waarde lijkt te hebben, zeker bij een controlegroep. Omdat het item wel een klinische betekenis heeft voor de behandeling en daarnaast voor de patiëntenpopulatie qua betrouwbaarheid vrijwel geen invloed heeft, is besloten om het item te behouden. Tenslotte is het instrument ontwikkeld voor een diagnostische populatie. Wel dient te worden opgemerkt dat — zoals weliswaar verwacht — er geen meerderefactorenoplossing werd gevonden. Deze bevinding zal in toekomstig replicatieonderzoek verder onderzocht moeten worden. Mogelijk dat er in een toekomstige versie van de CRA-TvL items toegevoegd dienen te worden die laden op belangrijke levensgebieden, om zo te komen tot een multidimensioneel instrument.

Met betrekking tot de validiteit van de CRA-TvL blijken de twee groepen verschillend te scoren op de geïncludeerde items en op de samengestelde totaalscore, wat een belangrijke bevinding is. Eerder onderzoek omtrent de klinische bruikbaarheid van het instrument heeft ook al laten zien dat het

instrument gevoelig is om veranderingen te meten in de voor- en nameting qua behandelvoortgang, zoals het onderzoek van Dijkstra en Roozen (2012) en dat van Roozen, Greeven, Dijkstra en Bischof (2013). Uit dit laatste onderzoek blijkt dat psychiatrische klachten conform verwachting ook samenhangen met lagere scores op de CRA-TvL. Hoe hoger de mate van depressie, angst en stress, hoe lager de kwaliteit van leven zoals gemeten met de CRA-TvL.

Een ander veelgebruikt instrument dat ook kwaliteit van leven meet is de EuroQol-vragenlijst (EQ-5D). Niettemin wijst eerder onderzoek uit dat er een gebrek aan samenhang is tussen beide instrumenten (Cornelissen, 2013). Daarbij moet worden aangetekend dat de codering van de items door de EuroQol-groep op alternatieve wijze is gedaan dan aangegeven. Niettemin wordt de patiënt in de EQ-5D gevraagd aan te geven in hoeverre hij *problemen* heeft met dagelijkse activiteiten, terwijl de CRA-TvL vraagt naar zijn *tevredenheid* met elk van de genoemde domeinen. De nadruk ligt binnen de EQ-5D dus op problemen, en niet zozeer op tevredenheid. De EQ-5D en CRA-TvL belichten het begrip 'kwaliteit van leven' beide op hun eigen manier (Cornelissen, 2013). Dit is passend met betrekking tot de inconsistentie ten aanzien van het concept 'kwaliteit van leven' (Zubaran & Foresti, 2009).

Een ander zelfrapportage-instrument dat veel overeenkomsten heeft met de CRA-TvL is de Nederlandse vertaling (van Nieuwenhuizen, Schene, & Koeter, 2000) van de Manchester – verkorte Kwaliteit van Leven meting (MANSA; Priebe et al., 1999). Het instrument meet ook de tevredenheid van de patiënt op een reeks van levensgebieden. De MANSA telt zestien items, maar soms worden er minder items gebruikt. De items worden gescoord van '0' (zeer ontevreden) tot en met '6' (zeer tevreden). Onderzoek naar de samenhang tussen de MANSA en de CRA-TvL lijkt een belangrijke volgende stap om de mate van validiteit vast te stellen. Dit geldt ook voor andere instrumenten die kwaliteit van leven meten zoals de veelgebruikte World Health Organisation Quality of Life assessment (the WHOQOL group, 1994).

Het onderhavig onderzoek laat zien dat bij de patiëntengroep twaalf items konden worden behouden, die op grond van de itemladingen goede onderlinge samenhang vertonen. Deze samenhang kon worden gerepliceerd bij de controlegroep, met uitzondering van het item alcohol- of drugsgebruik. Dit betekent evenwel dat vanuit een klinisch perspectief belangrijk geachte leefgebieden, zoals de items relatie met partner, kinderen en seksualiteit, zijn komen te vervallen. Een subgroepanalyse van 108 mensen uit beide populaties die zowel samenwonen als kinderen hebben bevestigde deze aanname. Ze liet zien dat deze drie aanvullende items een coherent geheel vormen met de eerdere twaalf items. De itemladingen van deze drie aanvullende items varieerden tussen 0,51 en 0,73, met een gezamenlijke Cronbachs alfa van 0,85 op basis van deze vijftien items. Dit betekent dat op klinische gronden sommige van de items die zijn komen te vervallen wel degelijk facultatief belangrijk kunnen zijn. Dit past geheel in de CRA-visie om de keuze van leefgebieden te laten passen bij het leven van de patiënt. Een mogelijkheid is dat de CRA-

TvL twaalf vaststaande items heeft en dat er daarnaast een aantal optionele items kunnen worden toegevoegd. Een dergelijke benadering past in het perspectief van de 'gepersonaliseerde psychische gezondheidszorg', die recent is verwoord door Nederlandse onderzoekers en beleidsmakers.

Wat betreft de studie zijn een aantal limitaties te benoemen. Ten eerste verschilden beide populaties van elkaar, waarbij deelnemers in de controle-groep vaker vrouw en hoger opgeleid waren dan deelnemers in de patiënten-groep. Daarnaast verschilde het aandeel man/vrouw per groep nogal. Verder waren er kleine verschillen tussen mannen en vrouwen op de samengestelde schaa score.² Om de generaliseerbaarheid verder te laten toenemen zou toekomstig onderzoek meer balans moeten zoeken tussen de karakteristieken van zowel patiënten als controles. Daarom zou in toekomstig onderzoek een *matching design* toegepast moeten worden. In dit kader zou het tevens te overwegen zijn om ook andere patiëntpopulaties te includeren dan verslaafden.

Evenzeer is het met het oog op de huidige grootte van de steekproef raadzaam om te streven naar een grotere steekproef. Het is verder aan te bevelen om in toekomstig onderzoek aan de hand van een confirmerende factoranalyse (CFA) de huidige structuur te onderzoeken. Hoewel het complex is en veel data vergt, zou het een meerwaarde zijn om de huidige structuren die verkregen werden bij de twee steekproeven expliciet met elkaar te vergelijken via een congruentieanalyse, als een vorm van een CFA. Het bepalen van de *measurement invariance* is van belang om vast te stellen of de interpretatie bij patiënten en die bij gezonde proefpersonen conceptueel gelijkaardig is. Voorts zou het in vervolgonderzoek interessant kunnen zijn om het klinisch gewicht te kwantificeren en toe te kennen aan de scores van de verschillende items die de motivatie of het belang van de patiënt om te veranderen illustreren. Een laatste punt dat de validiteit van de CRA-TvL verder kan bevestigen is het meenemen van meerdere alternatieve instrumenten die kwaliteit van leven meten.

Caroline Marijnissen-Bouten is verbonden aan Novadic-Kentron te Eindhoven.

Hendrik G. Roozen is geaffilieerd aan het Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA) van de University of New Mexico.

Peter G. J. Greeven is verbonden aan Novadic-Kentron, Research & Development, Vught.

Correspondentieadres: Hendrik G. Roozen, PhD, The University of New Mexico (UNM) Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA), University of New Mexico, MSC11 6280, 2650 Yale Blvd. SE, Albuquerque, NM 87106, USA. E-mail: h.roozen@unm.edu

- 2 Analyses (*t*-toetsen) gaven echter slechts milde verschillen aan tussen mannen en vrouwen, voor zowel controles als patiënten, waarbij vrouwen in de patiëntconditie wat lager scoorden dan mannen, terwijl het omgekeerde werd geobserveerd bij de controleconditie (in alle gevallen was $p > 0,05$).

Summary *Improvement in quality of life in addiction: A psychometric analysis of the Dutch CRA Happiness Scale (CRA-HS).* Increasingly, the concept of 'quality of life' has become a focal point in clinical treatment. It is considered an umbrella term for concepts such as 'happiness', 'satisfaction', 'autonomy' or 'self-efficacy'. Such concepts are in clinical practice often measured by multidimensional instruments. A widely used questionnaire to measure patients' satisfaction and to determine the direction of treatment goals for patients with substance use disorders is the CRA Happiness Scale (CRA-HS). In this paper, the psychometric properties of the Dutch version of the CRA-HS (CRA-Tevredenheidslijst; CRA-TvL) were investigated. The questionnaire was administered to 204 patients and 223 healthy participants. The results show that twelve items could be retained with a one-factor solution. Furthermore, the findings supported criterion-related validity. Future research is needed to replicate the psychometric structure. This research should also take alternative instruments that measure quality of life into account, to confirm the validity of the CRA-TvL.

Keywords *addiction, substance use disorders, community reinforcement approach, quality of life, satisfaction, psychometric analysis*

Literatuur

- Agenda ggz voor gepast gebruik en transparantie. (2015). Verkregen via: <https://www.nvvp.net/website/nieuws/2015/ggz-sector-biedt-minister-schippers-agenda-voor-transparantie-en-gepast-gebruik-aan>
- American Society of Addiction Medicine. (2013). *Definition of addiction*. Geraadpleegd op <http://www.asam.org/research-treatment/definition-of-addiction>
- Azrin, N. H. (1976). Improvement in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 339-348.
- Azrin, N. H., Naster, B. J., & Jones, R. J. (1973). Reciprocity counseling: A rapid learning-based procedure for marital counseling. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 365-382.
- Barratt, A. (2008). Evidence based medicine and shared decision making: The challenge of getting both evidence and preferences into health care. *Patient Education and Counseling*, 73, 407-412.
- Brooks, R., & EuroQol Group. (1996). EuroQol: the current state of play. *Health policy*, 37, 53-72.
- Bullinger, M., & Ravens-Sieberer, U. (1995). Health related quality of life assessment in children: A review of the literature. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 45, 245-254.
- Cornelissen, S. (2013). *Vergelijkend onderzoek naar meetinstrumenten voor kwaliteit van leven in de verslavingszorg: De samenhang tussen de EQ-5D en de CRA-TVL vragenlijsten*. Scriptie Fontys Hogeschool HRM en Psychologie Opleiding Toegepaste Psychologie. Eindhoven/Tilburg.
- de Beurs, E., Van Dyck, R., Marquenie, L. A., Lange, A., & Blonk, R. W. (2001). De DASS: een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress. *Gedragstherapie*, 34, 35-54.
- de Kroon, M. M. J., & Hodiament, P. P. G. (2008). Meten van kwaliteit van leven in de kinderpsychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 725-734.
- Diamantopoulos, A., Sarstedt, M., Fuchs, C., Wilczynski, P., & Kaiser, S. (2012). Guidelines for choosing between multi-item and single-item scales for construct measurement: A predictive

- validity perspective. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 40, 434-44.
- Dijkstra, B. A. G., & Roozen, H. G. (2012). Patients' improvements measured with the Pleasant Activities List and the Community Reinforcement Approach Happiness Scale: Preliminary results. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 11, 6-13.
- Donovan, D., Mattson, M. E., Cisler, R. A., Longabaugh, R., & Zweben, A. (2005). Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 15, 119-139 (discussion 192-113).
- Joosten, E. A., de Jong, C. A., de Weert-van Oene, G. H., Sensky, T., & van der Staak, C. P. (2009). Shared decision-making reduces drug use and psychiatric severity in substance-dependent patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 245-53.
- Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney, Australia: The psychology foundation of Australia.
- Matza, L. S., Swensen, A. R., Flood, E. M., Secnik, K., & Leidy, N. K. (2004). Assessment of health-related quality of life in children: A review of conceptual, methodological, and regulatory issues. *Value in Health*, 7, 79-92.
- Meyers, R. J., Roozen, H. G., & Smith, J. E. (2011). The community reinforcement approach: An update of the evidence. *Alcohol Research & Health*, 33, 380-8.
- Meyers, R. J., & Smith, J. E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: The community reinforcement approach*. New York: Guilford Press.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. R. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 7-12.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Wille, N., Wetzel, R., Nickel, J., & Bullinger, M. (2006). Generic health related quality of life assessment in children and adolescents: Methodological considerations. *Pharmacoeconomics*, 24, 1199-1220.
- Roozen, H. G. (2006). De Community Reinforcement Approach: Operante leerprincipes, sociale-systeembenadering en gedragsfarmacologie. *Verslaving*, 2, 3-18.
- Roozen, H. G., Greeven, P. G. J., Dijkstra, B. A. G., & Bischof, G. (2013). Verbesserung bei Patienten durch den Community Reinforcement Approach: Effecte auf Zufriedenheit und psychiatrische Symptomen. *Suchttherapie*, 14, 72-77.
- Roozen, H. G., Meyers, R. J., & Smith, J. E. (2012). *Community reinforcement approach: Klinische procedures voor de behandeling van alcohol- en drugverslaving*. Utrecht: Bohn Stafleu van Loghum.
- van den Brink, W. (2006). Verslaving, een chronisch recidiverende hersenziekte. *Justitiële Verkenningen*, 32, 59-75.
- van Nieuwenhuizen, C., Schene, A. H., & Koeter, M. W. J. (2000). *Manchester verkorte Kwaliteit van Leven meting*. Eindhoven: Telepsy.
- 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.
- WHOQOL Group (1994). The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In J. Orley, & W. Kuyken (Eds.), *Quality of life assessments: International perspectives* (pp. 41-60). Berlin: Springer-Verlag.
- Zubaran, C., & Foresti, K. (2009). Quality of life and substance use: Concepts and recent tendencies. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 281-286.

‘Ik schaam me kapot!’

137

Een verkennende studie naar schaamtebelevingen en opvattingen over privacyschending en stemidentiteit bij stemmenhoorders

RONALD BOONSTRA, WOUTER DRAAISMA, TONNIE STARING,
NYNKE BOONSTRA & STYNKE CASTELEIN

Samenvatting

Opvattingen die patiënten over hun stemmen hebben, vormen een belangrijke mediërende factor tussen enerzijds het horen van een stem en anderzijds het ontstaan van negatieve emoties en disfunctioneel gedrag. In de literatuur wordt verondersteld dat er naast groepen stemmenhoorders met vooral angst- en somberheidsklachten een groep stemmenhoorders bestaat met vooral schaamtebelevingen als gevolg van wat de stem zegt. Deze verkennende studie beschrijft de prevalentie van deze schaamtebelevingen bij stemmenhoorders aan de hand van de voor dit onderzoek samengestelde en door 65 patiënten ingevulde vragenlijst VOS-R-ADD. Deze lijst meet naast schaamtebelevingen opvattingen over privacyschending en stemidentiteit. Ongeveer de helft van de stemmenhoorders blijkt door de inhoud van de stem schaamtebelevingen te hebben. Enige ondersteuning werd gevonden voor het idee dat schaamtebelevingen samenhangen met opvattingen over privacyschending en voor het idee dat de stem afkomstig is van iemand die de stemmenhoorder kent. Deze samenhang is echter niet eenduidig en dient nader te worden onderzocht bij grotere onderzoeksgroepen en met een nader gevalideerde VOS-R-ADD.

Trefwoorden: psychotische stoornis, stemmen horen, schaamte, privacyschending, stemidentiteit, VOS-R-ADD

INLEIDING

.....

138

John is een 35-jarige man met de diagnose schizofrenie. Hij woont in het centrum van een middelgrote stad en kan met ambulante woonbegeleiding grotendeels zelfstandig functioneren. Al meer dan tien jaar heeft John last van stemmen. Hij is ervan overtuigd dat de stemmen die hij hoort geen zinsbegoocheling zijn, maar werkelijk uitgesproken opmerkingen. Er gaat geen dag voorbij of hij hoort wel ergens een spottend commentaar dat refereert aan zijn persoonlijke situatie, aan een nare herinnering of aan een schaamtevolle gedachte, of aan een hoogst intieme situatie of handeling in de privésfeer. Het gaat dan om commentaren als: 'Hij masturbeert iedere dag', 'Hij heeft een remspoor', 'Hij hangt van de medicijnen aan elkaar', of: 'Hij heeft nog nooit seks gehad.' Het stemmen horen doet zich bij John thuis voor, maar ook op publieke plaatsen, zoals in de rij voor de kassa, in de bus of als hij moet wachten bij een brug.

John ziet zijn klachten niet als symptomen van een ziekte, maar is ervan overtuigd dat zijn vroegere overbuurman hem ziek heeft gemaakt. Deze woonde tien jaar geleden tegenover John. De overbuurman zou vaak bij hem naar binnen hebben gekeken en hem nauwlettend in de gaten hebben gehouden. Bij John ontwikkelde zich de overtuiging dat de overbuurman alles van hem wist. Aanvankelijk was er alleen de stem die hij aan zijn overbuurman toeschreef, maar later hoorde hij ook mensen in zijn omgeving dergelijke opmerkingen maken. John is ervan overtuigd geraakt dat persoonlijke informatie en intieme details in de openbaarheid zijn gekomen en dat hij als het ware in een 'glazen huis' leeft, zonder enige vorm van privacy. Zijn conclusie is dat zijn vroegere overbuurman hem 'bekend heeft gemaakt', waardoor John zich nu nergens meer kan vertonen. De geanticipeerde schaamte heeft ertoe geleid dat John openbaar vervoer is gaan mijden en zijn dagbesteding heeft moeten opgeven. Door deze ervaringen is hij zichzelf steeds meer gaan zien als loser en is zijn zelfvertrouwen minimaal. Contacten worden in belangrijke mate vermeden, waardoor de kans op werk, vriendschap of een relatie uiterst klein zijn geworden. John is ontevreden over zijn leven, en voelt zich vaak somber en eenzaam.

Auditieve hallucinaties worden van oudsher geassocieerd met schizofrenie. Slade en Bentall (1988) beschrijven bij deze diagnose een prevalentie van ongeveer 60%. Auditieve hallucinaties komen echter ook voor bij andere psychiatrische stoornissen, zoals PTSS (Anketell et al., 2010), bipolaire-I-stoornis (Keck et al., 2003), borderline-persoonlijkheidsstoornis (Yee, Korner, McSwiggan, Meares, & Stevenson, 2005), depressieve stoornis (Ohayon & Schatzberg, 2002), obsessieve-compulsieve stoornis (Eisen & Rasmussen, 1993), dementie (Bassiony et al., 2000) en ziekte van Parkinson (Fénelon, Mahieux, Huon, & Ziégler, 2000).

De belangrijkste evidence-based interventie in de behandeling van stemmenhoorders — de belangrijkste subgroep binnen de groep patiënten met auditieve hallucinaties — is cognitieve gedragstherapie (CGT). De primaire

doelstelling van CGT bij stemmen horen is het veranderen van opvattingen van de stemmenhoorder over de stem, waardoor diens negatieve emoties en disfunctioneel gedrag afnemen (van der Gaag, 2006). In dit model is het niet de *gebeurtenis* (het ervaren van een symptoom) die negatieve gevoelens doet ontstaan, maar de *interpretatie* ervan. In de literatuur over het cognitieve model van stemmen horen (Birchwood & Chadwick, 1997; Chadwick & Birchwood, 1994) benadrukt men de mediërende rol van interpretatie en persoonlijke opvattingen. Dit sluit aan bij de bevinding dat er geen vaste samenhang bestaat tussen enerzijds psychotische symptomen als auditieve hallucinaties en anderzijds de ernst en het type van emotionele en gedragsmatige consequenties (Braham, Trower, & Birchwood, 2004). Niet de stem zelf, maar opvattingen over de macht, herkomst en bedoeling van de stem leiden tot emotionele consequenties als angst, somberheid, schuldgevoelens en veiligheidsgedrag. Veiligheidsgedrag kan zich uiten in het geruststellen van de stem of in het uitvoeren van opdrachten om straf te voorkomen (Birchwood & Chadwick, 1997; Byrne, Birchwood, Trower, & Meaden, 2006; Chadwick & Birchwood, 1994; Chadwick, Lees, & Birchwood, 2000; van der Gaag, 2006). Chadwick en Birchwood onderscheiden opvattingen over aan de stem toegekende kwaadwilligheid, goedwillendheid en almacht. Kwaadwilligheid verwijst naar de door de stemmenhoorder ervaren bedoeling van de stem om letsel toe te brengen of te kwetsen. Goedwillendheid staat voor de beschermende en behulpzame invloed van de stem. Het bredere begrip ‘almacht’ omvat verschillende concepten: (a) kennis van persoonlijke informatie en het vermogen om deze persoonlijke informatie openbaar te maken (in dit onderzoek ‘privacyschending’ genoemd); (b) het door de stemmenhoorder ingeschatte vermogen van de stem om letsel toe te brengen; (c) het ervaren onvermogen van de stemmenhoorder om controle over de stem te hebben; en (d) de geanticiperde consequenties voor ongehoorzaamheid als opdrachten van de stem niet worden uitgevoerd (Chadwick et al., 2000).

In aanvulling op al bestaande behandelprotocollen voor angst en somberheid ten gevolge van stemmen horen is een behandelprotocol voor stemmenhoorders met voornamelijk schaamtebelevingen uitgewerkt door van der Gaag, Staring, van den Berg en Baas (2013). In dit protocol wordt een aanzienlijk groter belang toegekend aan opvattingen dat de stem alles van de stemmenhoorder weet, de ervaring dat het persoonlijke openbaar is geworden (in het protocol omschreven als ‘privacyschending’) en opvattingen over een specifieke identiteit van de stem. De stem refereert aan intieme details in de persoonlijke levenssfeer, zaken waarvan de stemmenhoorder liever niet heeft dat anderen er weet van hebben en waar anderen normaal gesproken ook geen weet van *kunnen* hebben. De stemmenhoorder komt tot de conclusie dat degene die zich tot hem richt (de stem) blijkbaar alles van hem weet (hoe kan hij er anders commentaar op geven?). Potentieel beschamende zaken zijn in de openbaarheid gekomen, met schaamtebelevingen en vermijdingsgedrag als gevolg (van der Gaag et al., 2013). Het bestaan van een

dergelijk verband tussen enerzijds schaamtebelevingen en cognities over privacyschending en anderzijds stemidentiteit is echter niet meer dan een veronderstelling.

Gevoelens van schaamte worden al langere tijd in verband gebracht met stemmen horen. Hacker, Birchwood, Tudway, Meaden en Amphlett (2008) beschrijven in navolging van Chadwick en collega's (2000) drie bronnen van dreiging bij stemmenhoorders, te weten dreiging van lichamelijk letsel, controleverlies en schaamte (*shaming*). Dreiging van schaamte komt voort uit de opvatting dat de stem slechte dingen van de stemmenhoorder weet en aan anderen bekend zal maken, waardoor angst voor sociale afwijzing ontstaat. Gilbert (1998, 2000) schetst hoe schaamte wordt geactiveerd als het individu kenmerken of gedragingen meent te hebben die onaantrekkelijk of onvooroordeelbaar zijn, en die zouden kunnen leiden tot sociale afwijzing en verlies van sociale status. De persoon voelt zich in vergelijking met de ander de mindere. Patiënten proberen deze dreigingen ongedaan te maken met veiligheidsgegedrag, zoals vermijding van sociale situaties (Hacker et al., 2008). Dergelijk veiligheidsgegedrag kan van grote invloed zijn op het sociaal functioneren, zoals wordt geïllustreerd door bovenstaande casus van John, die niet meer met het openbaar vervoer durft te reizen en zijn dagbesteding moet beëindigen.

In de behandelpraktijk voor specifieke klachtgebieden, zoals stemmen horen, wordt voor een effectieve behandeling groot belang gehecht aan een adequate probleemformulering, met daarin kenmerkende opvattingen, emoties en gedragingen en hun onderlinge samenhang. Er is nog weinig bekend over de veronderstelde groep stemmenhoorders met schaamtebelevingen als gevolg van de inhoud van de stem. Hoe groot is deze groep stemmenhoorders? Wat is het verband tussen schaamtebelevingen en persoonlijke opvattingen die de stemmenhoorder over de stem heeft? De verwachting is dat schaamtebelevingen een sterk verband vertonen met opvattingen over privacyschending en over de geattribueerde specifieke stemidentiteit (aan welke bekende persoon de hoorder de stem toeschrijft).

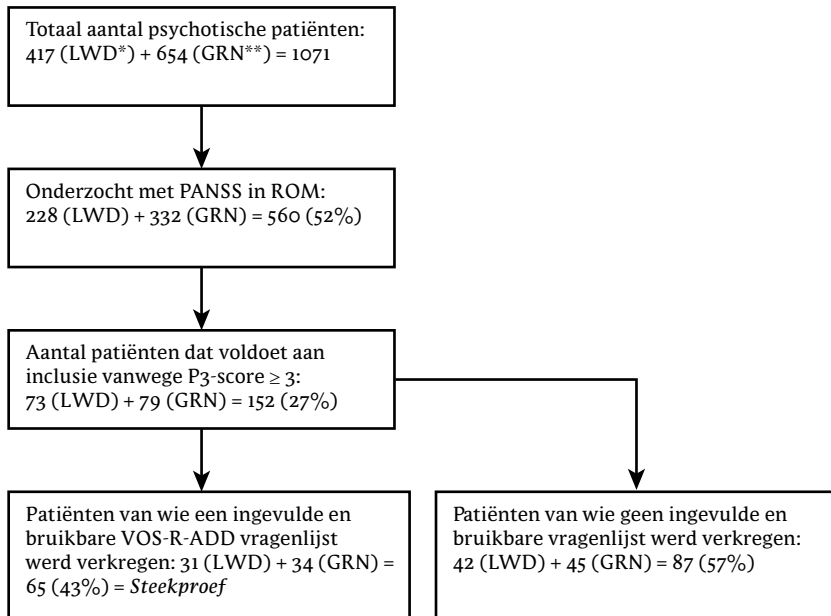
Deze studie is een verkennend onderzoek naar de prevalentie van dit soort schaamtebelevingen bij stemmenhoorders, en naar de relatie tussen enerzijds schaamtebelevingen en opvattingen over privacyschending en anderzijds stemidentiteit. Om genoemde constructen op betrouwbare en valide wijze te meten en te onderscheiden werd een vragenlijst samengesteld, de Vragenlijst Opvattingen over Stemmen-Revised-Addendum (VOS-R-ADD), welke een aanvulling is op de Vragenlijst Opvattingen over Stemmen-Revised (VOS-R van van der Gaag, Bervoets en de Boer), die te vinden is op de website www.gedachtenuitpluizen.nl. Om de centrale vragen van deze studie te kunnen beantwoorden is de aanvullende vragenlijst onderzocht op psychometrische kwaliteiten. Onderzoek naar de gevolgen van schaamtebelevingen in termen van kwaliteit van leven en functionele belemmeringen vallen buiten het bereik van deze studie.

Patiëntenselectie en procedure

Onderzocht werden alle patiënten met een psychotische stoornis (DSM-IV-TR-classificatie schizofrenie, schizofreniforme stoornis, schizo-affectieve stoornis, waanstoornis, kortdurende psychotische stoornis of psychotische stoornis NAO) in zorg bij GGZ-Friesland (Regio Leeuwarden, FACT en VIP) en bij Lentis (Regio Groningen, FACT). Patiënten met een psychotische stoornis die in het jaarlijkse ROM-Phamous-onderzoek (*Routine Outcome Monitoring: Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey*) een score van 3 (ten minste lichte hallucinaties) of hoger behaalden op het hallucinatie-item P3 van de *Positive And Negative Syndrome Scale for Schizophrenia* (PANSS; Kay, Fiszbein, & Opler, 1987) voldeden aan de inclusiecriteria en werden gevraagd aan het onderzoek deel te nemen. De VOS-R-ADD werd afgenomen door een getrainde onderzoeksverpleegkundige. De onderzoeksperiode liep van augustus 2013 tot augustus 2014. Beide instellingen zijn grote, en op het terrein van psychosezorg vergelijkbare, aanbieders van ambulante specialistische ggz.

Bij de deelnemende teams van GGZ Friesland en Lentis waren in de onderzoeksperiode in totaal 1071 patiënten in behandeling met een psychotische stoornis. Uit deze totale groep werden 560 patiënten in het jaarlijkse ROM-onderzoek onderzocht met de PANSS. De reden van dit beperkte aantal was onduidelijk voor de auteurs. Bij 152 patiënten werd een score van 3 of hoger vastgesteld op het hallucinatie-item P3. Van deze 152 patiënten vulden 65 patiënten (43%) een volledige en bruikbare vragenlijst in. De overige 87 patiënten voldeden aan de inclusiecriteria, maar deden niet mee aan het onderzoek (zie figuur 1). Van deze 87 patiënten gaven 59 bij de onderzoeksverpleegkundige aan niet te willen deelnemen aan de studie. Andere kandidaten vielen af vanwege het onvolledig invullen van de vragenlijst ($n = 9$), andersoortige klachten dan auditieve hallucinaties ($n = 17$) of overlijden in de periode na de screening ($n = 2$).

De uiteindelijke steekproef bestond uit 65 patiënten. Gegevens van de groep geïnccludeerde patiënten en van de groep niet-geïnccludeerde patiënten met betrekking tot geslacht, leeftijd en scores op het hallucinatie-item P3 van de PANSS staan vermeld in tabel 1.



FIGUUR 1 Flowchart inclusie patiënten

* LWD = Leeuwarden, ** GRN = Groningen.

TABEL 1 Geslacht, leeftijd en PANSS-P3-score van de geïnccludeerde patiënten (N = 65) en van de patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria, maar die niet deelnamen aan de studie (N = 87)

	Geïnccludeerde patiënten (steekproef N = 65)	Patiënten die voldeden aan inclusiecriteria, maar die niet deelnamen (N = 87)
Man: N (%)	52 (80%)	56 (64,4%)
Vrouw: N (%)	13 (20%)	31 (35,6%)
Gemiddelde leef- tijd in jaren (SD; range)	40,6 (9,5; 23-64)	42,0 (11,3; 19-64)
Gemiddelde P3- score (SD; range)	4,1 (0,8; 3-6)	3,9 (0,8; 3-6)

Meetinstrumenten

VOS-R-ADD — De voor dit onderzoek samengestelde vragenlijst VOS-R-ADD (zie appendix) is te hanteren als een uitbreiding op de bestaande VOS-R, de Nederlandse vertaling van de *Beliefs About Voices Questionnaire – Revised* (BAVQ-R; Chadwick et al., 2000; Nederlandse vertaling door van der Gaag, Bervoets en de Boer, te vinden op de website www.gedachtenuitpluizen.nl). De VOS-R-ADD (Vragenlijst Opvattingen over Stemmen-Revised-Addendum) is een zelfinvulvragenlijst. Het addendum bestaat uit vijftien items om opvattingen te meten die patiënten hebben over de stemmen die zij horen. Om de gezichtsvaliditeit te toetsen werden de items, die waren geformuleerd op basis van klinische ervaring, voorgelegd aan vijf experts op het gebied van psychosezorg en -onderzoek, en aan tien patiënten. Dit heeft na een aantal aanpassingen tot de definitieve itempool geleid.

De eerste veertien items worden door de patiënt gescoord op een schaal van 0 ('niet mee eens') tot 3 ('sterk mee eens'). De vragenlijst bestaat uit verschillende subschalen met opvattingen die betrekking hebben op *schaamtebelevingen* (zeven items; range van de subschaalscore: 0-21; voorbeelditem: 'Ik schaam mij, omdat mijn stem weet wat ik denk') en *privacyschending* (zeven items; range van de subschaalscore: 0-21; voorbeelditem: 'Mijn stem kent mijn verleden'). Het vijftiende en laatste item vraagt de stemmenhoorder of hij denkt dat de stem afkomstig is van een hem bekende persoon (één item; range van de score: 0-1; het item luidt: 'Mijn stem is afkomstig van iemand die ik ken'). Zodra de respondent op één van de items uit de subschaal *schaamtebelevingen* van de VOS-R-ADD aangeeft het daar 'enigszins mee eens' (score 2) te zijn, wordt dit gescoord als het aanwezig zijn van schaamtebelevingen door de inhoud van de stem. Dit komt overeen met de procedure van de gebruikte PANSS-vragenlijst (zie onder), die stelt dat er sprake is van aanwezigheid van symptomen zodra er op één van de items sprake is van 'lichte symptomen'.

PANSS — De *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS; Kay et al., 1987; vertaling: Linszen, de Haan, Kuipers, en Dingemans, AMC afdeling psychiatrie) is ontwikkeld om een goed gedefinieerde, gestandaardiseerde techniek te verschaffen voor de evaluatie van positieve en negatieve symptoomklassen bij schizofrenie (Kay et al., 1987). Het instrument is een semigestructureerd interview, bestaande uit dertig items, onderverdeeld in drie schalen: (1) positieve symptomen bij schizofrenie, (2) negatieve symptomen bij schizofrenie en (3) algemene psychopathologie. De psychometrische kwaliteiten van de PANSS zijn goed. De items worden gescoord op een schaal van 1 (afwezig) tot 7 (extreem aanwezig).

DATA-ANALYSE EN RESULTATEN

.....

144

De data-analyse werd uitgevoerd met behulp van SPSS, versie 20 (IBM Corporation, IBM SPSS Statistics for Windows, 2011).

Representativiteit van de onderzoeksgroep

.....

Niet iedereen die aan de inclusiecriteria voldeed, heeft meegedaan aan het onderzoek. Om na te gaan of de uiteindelijke steekproef representatief is voor de gehele benaderde onderzoeksgroep is gekeken naar de verschillen tussen participanten en niet-participanten op de variabelen sekse (chikwa-draattoets), leeftijd (*t*-toets) en PANSS-P3-score (*t*-toets). Uit tabel 1 komt naar voren dat vrouwen in de steekproef ondervertegenwoordigd waren ($X^2 = 4,42$; $p = 0,036$). Hierdoor verschilde de man-vrouwverhouding in de steekproef significant van de groep die eveneens aan de inclusiecriteria voldeed maar geen bruikbare vragenlijst invulde. Beide groepen verschilden niet op gemiddelde leeftijd ($t(150) = -0,80$; $p = 0,426$) en PANSS-P3-scores ($t(150) = 1,79$; $p = 0,075$).

Psychometrische kwaliteiten van de VOS-R-ADD

.....

Voor de bepaling van de constructvaliditeit werden alle items van de subschalen *schaamtebelevingen* en *privacyschending* meegenomen in een principale-componenten-factoranalyse (PCA) met Varimax-rotatie met twee factoren. Deze analyse levert een verklaarde variantie op voor factor 1 van 32,9% en voor factor 2 van 26,9%, samen een verklaarde variantie van 59,8%. Zeven items die informeren naar schamtebelevingen hebben correlaties van 0,724 en hoger met factor 1. Zes items die informeren naar privacyschending hebben correlaties van 0,684 en hoger met factor 2. Het zevende item van deze schaal ('Als mijn stem alles van mij weet, dan weten anderen dat ook') vormt een uitzondering. Dit item correleert hoger met factor 1 dan met factor 2 (communaliteit < 0,45). Als dit item niet meegenomen was, zou het totale percentage verklaarde variantie zijn gestegen naar 62,2%. De interne consistentie van de subschalen *schaamtebelevingen* en *alwetendheid* van de VOS-R-ADD werd berekend met Cronbachs alfa. De interne consistentie van de subschalen *schaamtebelevingen* en *privacyschending* kwam uit op respectievelijk 0,89 en 0,85. De uitkomsten van de toetsen geven een indicatie dat de onderzochte psychometrische kwaliteiten van de VOS-R-ADD voldoende zijn.

Gegevens van de schalen schaamtebelevingen, privacyschending en stemidentiteit

145

In tabel 2 staan de gemiddelde scores en de standaarddeviaties vermeld van de in dit onderzoek gebruikte VOS-R-ADD. Omdat uit verschillende studies is gebleken dat vrouwen sterker geneigd zijn om schuld en schaamte te ervaren dan mannen (Harvey, Gore, Frank, & Batres, 1997; Johnson et al., 1987; Lutwak & Ferrari, 1996; Woien, Ernst, Patock-Peckham, & Nagoshi, 2003), is een sekseverschil in gemiddelde scores op schaamtebelevingen onderzocht. De gemiddelde score op schaamtebelevingen bij vrouwen bedroeg 6,5 (SD = 4,9) en bij mannen 4,8 (SD = 5,3). Tussen deze gemiddelden werd geen significant verschil gevonden ($df = 63$; $t = -1,00$; $p = 0,319$).

TABEL 2 Gegevens van de VOS-R-ADD in steekproef ($N = 65$)

Subschalen	Gemiddelde score (SD)	Scorerange (minimum-maximum)
Schaamte (maximale score = 21)	5,2 (5,2)	0-20
Privacyschending (maximale score = 21)	11,9 (5,3)	0-20
	Ja (%)	Nee (%)
Stemidentiteit toegeschreven aan een bekende	31 (48%)	34 (52%)

Tabel 3 bevat de verdeling van scores op de items van de subschaal *schaamtebelevingen*. Het item van de schaal *schaamtebelevingen* waarop het vaakst een bevestigend antwoord (score 2 of hoger) werd gegeven is: ‘Ik schaam mij omdat mijn stem weet wat ik denk’ (item 11). Door 31% van de respondenten werd dit item positief beantwoord.

In tabel 4 staat de verdeling van scores op de items van de subschaal *privacyschending* vermeld. Het item van de schaal *privacyschending* waarop het vaakst een bevestigend antwoord (score 2 of hoger) werd gegeven is: ‘Mijn stem weet wat ik denk’ (item 10). Door 78% van de respondenten werd dit item positief beantwoord.

TABEL 3 *Frequentietabel van de scores op de items van de subschaal schaamtebelevingen*

146

Item	Niet mee eens (0)	Onzeker (1)	Enigszins mee eens (2)	Sterk mee eens (3)
Ik schaam mij omdat mijn stem weet waar ik op dat moment mee bezig ben.	34 (52%)	15 (23%)	13 (20%)	3 (5%)
Ik schaam mij omdat mijn stem mijn verleden kent.	44 (68%)	9 (14%)	10 (15%)	2 (3%)
Ik schaam mij omdat mijn stem weet van verkeerde of slechte dingen die ik heb gedaan.	37 (57%)	12 (18%)	13 (20%)	3 (5%)
Ik schaam mij omdat mijn stem weet van de fouten die ik heb gemaakt.	33 (51%)	17 (26%)	14 (22%)	1 (1%)
Ik schaam mij omdat mijn stem weet wat ik denk.	36 (55%)	9 (14%)	12 (19%)	8 (12%)
Ik schaam mij omdat anderen weten wat mijn stem weet.	38 (58%)	12 (19%)	10 (15%)	5 (8%)
Door wat mijn stem zegt schaam ik mij.	37 (57%)	10 (15%)	13 (20%)	5 (8%)

TABEL 4 *Frequentietabel van de scores op de items van de subschaal privacyschending*

Item	Niet mee eens (0)	Onzeker (1)	Enigszins mee eens (2)	Sterk mee eens (3)
Mijn stem lijkt alles over mij te weten.	7 (11%)	10 (15%)	16 (25%)	32 (49%)
Mijn stem weet waar ik op dat moment mee bezig ben.	5 (8%)	15 (23%)	20 (31%)	25 (38%)
Mijn stem kent mijn verleden.	12 (19%)	13 (20%)	21 (32%)	19 (29%)
Mijn stem weet van verkeerde of slechte dingen die ik heb gedaan.	19 (29%)	17 (27%)	16 (25%)	12 (19%)
Mijn stem weet van de fouten die ik heb gemaakt.	12 (19%)	17 (26%)	19 (29%)	17 (26%)
Mijn stem weet wat ik denk.	11 (17%)	3 (5%)	21 (32%)	30 (46%)
Als mijn stem alles van mij weet, dan weten anderen dat ook.	28 (43%)	14 (22%)	19 (29%)	4 (6%)

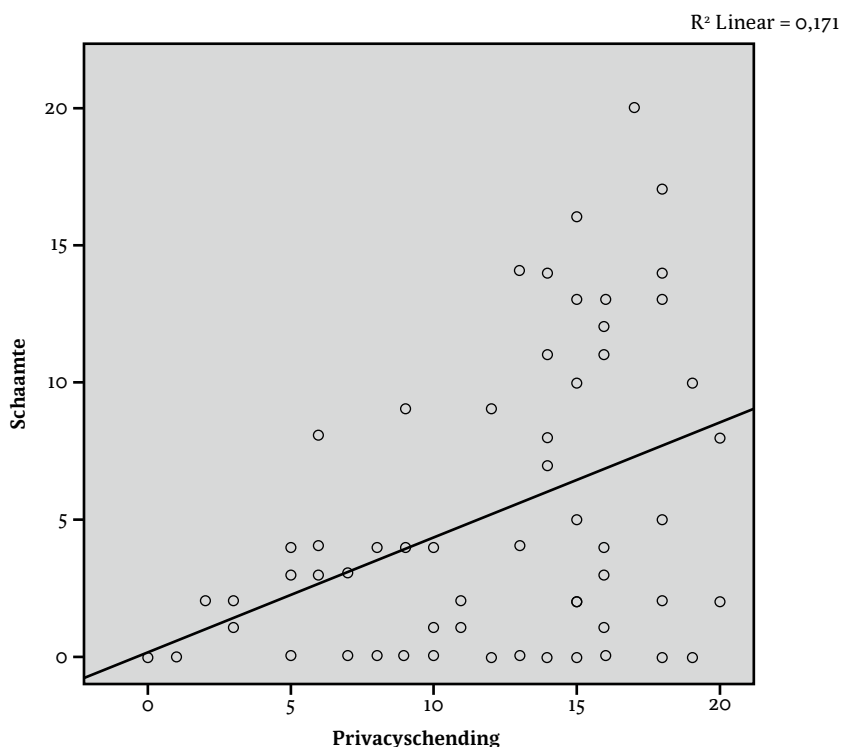
Prevalentie van schaamtebelevingen

Om de prevalentie van stemmenhoorders met schaamtebelevingen door de inhoud van de stem te kunnen bepalen, werd het totale aantal patiënten berekend met een score van 2 of hoger op minimaal 1 van de items van de schaal *schaamtebelevingen*. Dit is het geval zodra één van de vragen werd beantwoord met ‘enigszins mee eens’. Van de stemmenhorende patiënten in de steekproef (65) bleken 35 patiënten (53,8%) een score van 2 of hoger te hebben op ten minste één van de zeven items van de subschaal *schaamtebelevingen*.

Verbanden tussen schaamtebelevingen en cognities over privacyschending, en stemidentiteit

148

Tussen de subschalen *schaamtebelevingen* en *privacyschending* werd een significante positieve correlatie gevonden ($r = 0,350$; $p = 0,001$). Stemmenhoorders die menen dat de stem toegeschreven moet worden aan een bekende persoon hebben in sterkere mate last van schaamtebelevingen dan stemmenhoorders die dat niet menen ($t(55,1) = -2,6$; $p = 0,012$), met gemiddelde scores op schaamtebelevingen van respectievelijk 6,9 (SD = 5,7) en 3,6 (SD = 4,3).



FIGUUR 2 Scatterplot met scores op de subschalen *schaamtebelevingen* en *privacyschending*

Bij inspectie van de scatterplot (zie figuur 2) is te zien dat hoge scores op schaamtebelevingen samengaan met hoge scores op privacyschending. Omgekeerd gaan hoge scores op privacyschending lang niet altijd samen met hoge scores op schaamtebelevingen. Van de tien stemmenhoorders die het hoogst scoren op privacyschending (scores 18-20) heeft de helft een score van vijf of lager op schaamtebelevingen.

DISCUSSIE

.....

149

Deze studie baseert zich voor een belangrijk deel op uitgangspunten die zijn gebruikt in het behandelprotocol *Stemmen die schaamte oproepen* van van der Gaag en collega's (2013). De aannamen uit dit behandelprotocol worden in deze studie nader onderzocht. De studie heeft twee doelstellingen: (1) onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van de voor dit onderzoek ontworpen vragenlijst, en (2) onderzoek naar de aanname dat sommige stemmenhoorders zich schamen voor de inhoud van de stem, en de samenhang met cognities over privacyschending en stemidentiteit.

Voor dit onderzoek is een aanvullende vragenlijst ontwikkeld, de VOS-R-ADD, om schaamtegevoelens, cognities over privacyschending en stemidentiteit bij stemmenhoorders in kaart te brengen. De items zijn samengesteld in samenwerking met experts op het gebied van onderzoek en behandeling van psychotische problematiek. Resultaten van psychometrisch onderzoek geven aan dat de constructen *schaamtebelevingen* en *privacyschending* voldoende betrouwbaar en onafhankelijk van elkaar zijn.

Deze verkennende studie laat zien dat ongeveer 50% van de stemmenhorende patiënten met een psychotische stoornis last heeft van schaamtebelevingen als gevolg van de inhoud van de stem. Er werd een significant positieve correlatie gevonden tussen schaamtebelevingen en de aanwezigheid van opvattingen over privacyschending door de stem.

Als naar het verband wordt gekeken tussen schaamtebelevingen en opvattingen over privacyschending, dan valt op dat hoge scores op privacyschending lang niet altijd samengaan met hoge scores op schaamtebelevingen. Wellicht ziet een deel van de patiënten met hoge scores op privacyschending het idee dat de stem alles van hen weet als een uiting van almacht, zoals eerder door Chadwick en Birchwood (1994) werd verondersteld, zonder daarbij de dreiging van schaamte te ervaren. Een andere situatie ontstaat bij patiënten met hoge scores op schaamtebelevingen die consequent samengaan met hoge scores op privacyschending. Daar lijkt de gepercipieerde privacyschending door de stem wel een negatieve rol te spelen. Verder blijkt dat stemmenhoorders die menen dat de stem toegeschreven moet worden aan een bekende persoon in sterkere mate last te hebben van schaamtebelevingen dan stemmenhoorders die dat niet menen. Bovenstaande bevindingen vormen enige ondersteuning voor de aanname van van der Gaag en collega's (2013) dat schaamtebelevingen samenhangen met cognities over privacyschending en een bekende stemidentiteit.

Om de prevalentievraag met betrekking tot schaamtebelevingen te kunnen beantwoorden werd de procedure van de gebruikte PANSS-vragenlijst gevolgd, die stelt dat er sprake is van aanwezigheid van symptomen zodra er op één van de items sprake is van 'lichte symptomen'. Voor de VOS-R-ADD betekent dit dat er sprake is van aanwezige symptomatologie zodra één van de vragen werd beantwoord met 'enigszins mee eens'. Dit leverde een sensi-

tieve grenswaarde op van 2. Toekomstig valideringsonderzoek met een extern criterium, zoals andere vragenlijsten die informeren naar schaamte, kan een sterker onderbouwde grenswaarde opleveren.

In de steekproef is sprake van een ondervertegenwoordiging van vrouwen. Verschillende studies laten zien dat vrouwen sterker geneigd zijn om schuld en schaamte te ervaren dan mannen (Harvey et al., 1997; Johnson et al., 1987; Lutwak & Ferrari, 1996; Woien et al., 2003). Als vrouwen vanwege schaamte eerder weigeren om deel te nemen aan het onderzoek dan mannen, zou dat de ondervertegenwoordiging van vrouwen in de steekproef kunnen verklaren. Dan zou een groter aandeel van vrouwen in de steekproef tot een hoger prevalentiecijfer van schaamtebelevingen leiden. In de huidige steekproef bleek het verschil in schaamtebelevingen tussen mannen en vrouwen echter niet significant te zijn.

Deze studie kent een aantal methodologische beperkingen. Het aantal patiënten met een psychotische stoornis dat bij de ROM in beeld kwam en bij wie een PANSS werd afgenomen bleek beperkt. De reden hiervoor is onbekend. Hierdoor bleef mogelijk een groot deel van de stemmenhorende patiënten buiten beeld en daarmee onbeschreven. Van de geïncludeerde groep vulde uiteindelijk 43% een bruikbare vragenlijst in. Kandidaten vielen af vanwege het niet of onvolledig invullen van de vragenlijst, andersoortige hallucinaties dan auditieve hallucinaties of omdat ze overleden in de periode na de screening. De uiteindelijke steekproef bestond uit 65 personen, waarbij de man-vrouwverdeling significant afweek van de totale onderzoeksgroep die aan de inclusiecriteria voldeed.

Het item 'Als mijn stem alles van mij weet, dan weten anderen dat ook' (item 12) blijkt zich bij factoranalyse anders te gedragen dan verwacht. Het heeft tegen de verwachting in een sterker verband met de factor die vragen rond schaamtebelevingen vertegenwoordigt dan met de factor privacyschending. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat alle overige vragen binnen deze factor betrekking hebben op het idee dat de stem alles van de stemmenhoorder weet, zonder de suggestie dat anderen in de omgeving van de stemmenhoorder het ook weten. De opvatting dat persoonlijke informatie is uitgelekt naar de persoonlijke leefwereld refereert mogelijk aan andere aspecten van het concept 'privacyschending' dan de opvatting dat de stem alles van de stemmenhoorder weet. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op de vraag hoe het komt dat er patiënten zijn die menen dat de stem alles van hen weet en hun privacy schendt zonder dat zij zich hierbij schamen. In het kader van dit verkennende onderzoek is ervoor gekozen het item niet te schrappen. Weglaten zou de psychometrische kwaliteiten weliswaar verbeteren, maar zou toekomstig onderzoek naar diverse aspecten van privacyschending door de inhoud van de stem mogelijk beperken. Ook zou onderzoek naar de gevolgen van schaamtebelevingen in termen van kwaliteit

van leven en functionele belemmeringen in nader onderzoek meegenomen kunnen worden.

Deze studie ondersteunt de aanname in het behandelprotocol *Stemmen die schaamte oproepen* (van der Gaag et al., 2013) dat er een groep stemmenhoorders is met schaamtebelevingen als gevolg van de inhoud van de stem. Uit de studie blijkt een positief verband tussen schaamtebelevingen en de aanwezigheid van cognities over privacyschending. Het behandelprotocol geeft handvatten voor de psychologische behandeling van dit type klachten. John, de man in de casus, zou door een behandeling met het ‘schaamteprotocol’ kunnen leren vraagtekens te zetten bij zijn opvattingen over het veronderstelde vermogen van de stem om zijn privacy te schenden en de rol die zijn overbuurman hierin speelt. Met het wegnemen van de schaamte zou de noodzaak tot vermijding kunnen verminderen en zou er ruimte kunnen ontstaan voor het verbeteren van het dagelijks functioneren van patiënten als John.

APPENDIX

.....

VOS-R-ADD (samengesteld door Draaisma, Boonstra en anderen, 2013)

Item		Niet mee eens	Onzeker	Enigs- zins mee eens	Sterk mee eens
1	Mijn stem lijkt alles over mij te weten				
2	Mijn stem weet waar ik op dat moment mee bezig ben.				
3	Ik schaam mij, omdat mijn stem weet waar ik op dat moment mee bezig ben.				
4	Mijn stem kent mijn verleden.				
5	Ik schaam mij, omdat mijn stem mijn verleden kent.				
6	Mijn stem weet van verkeerde of slechte dingen die ik heb gedaan.				

Item		Niet mee eens	Onzeker	Enigs- zins mee eens	Sterk mee eens
7	Ik schaam mij, omdat mijn stem weet van verkeerde of slechte dingen die ik heb gedaan.				
8	Mijn stem weet van de fouten die ik heb gemaakt.				
9	Ik schaam mij, omdat mijn stem weet van de fouten die ik heb gemaakt.				
10	Mijn stem weet wat ik denk.				
11	Ik schaam mij, omdat mijn stem weet wat ik denk.				
12	Als mijn stem alles van mij weet, dan weten anderen dat ook.				
13	Ik schaam mij, omdat anderen weten wat mijn stem weet.				
14	Door wat mijn stem zegt, schaam ik mij.				

Mijn stem is afkomstig van...

Item		Nee, niet waar	Ja, waar
15	... iemand die ik ken.		

Ronald Boonstra is als klinisch psycholoog verbonden aan GGZ Friesland, FACT Leeuwarden.

Wouter Draaisma is als klinisch psycholoog verbonden aan Lentis, FACT Groningen Stad.

Tonnie Staring is als klinisch psycholoog verbonden aan Altrecht, Vroege Psychose ABC.

Nynke Boonstra is verbonden aan de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek en Op-leidingen, GGZ Friesland.

Stynke Castelein is medisch socioloog en als senior onderzoeker verbonden aan Lentis Research, Lentis, Groningen.

Correspondentieadres: drs. Ronald Boonstra, GGZ Friesland, Postbus 932, 8901 BS Leeuwarden. Telefoon: 058-293 27 00. E-mail: ronald.boonstra@ggzfriesland.nl

Summary *‘I’m so embarrassed’: An exploring study on shame experiences and beliefs about privacy violation and voice identity in voice hearers.* Patients’ beliefs about the voices they hear are known to form a strong mediating factor between hearing the voice and the emergence of distressing emotions and dysfunctional behaviour. Literature suggests that besides groups of voice hearing patients with predominant feelings of anxiety and depression, there is a group which deals predominantly with a sense of shame as a result of what the voice says. This explorative study describes the prevalence of this type of shame, using the scores of 65 patients on an especially for this study designed questionnaire, named VOS-R-ADD. This questionnaire measures besides sense of shame beliefs patients hold about invasion of privacy and identity of the voice heard. About half of all patients hearing voices deal with shame as a result of what the voice says. Some support was found for the idea that shame is associated with beliefs about invasion of privacy and the belief that the voice heard belongs to a person the voice hearer knows. This association is not unambiguous and should be investigated with larger research groups and a more thorough validated VOS-R-ADD.

Keywords *psychotic disorder, hearing voices, shame, invasion of privacy, voice identity, VOS-R-ADD*

Literatuur

Anketell, C., Dorahy, M. J., Shannon, M., Elder, R., Hamilton, G., Corry, M.,... O’Rawe, B. (2010). An exploratory analysis of voice hearing in chronic PTSD: Potential associated mechanisms. *Journal of Trauma Dissociation*, 11, 93-107.

Bassiony, M. M., Steinberg, M. S., Warren, A., Rosenblatt, A., Baker, A. S., & Lyketsos, C. G. (2000). Delusions and hallucinations in Alzheimer’s disease: Prevalence and clinical correlates. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 99-107.

Birchwood, M. J., & Chadwick, P. D. J. (1997). The omnipotence of voices:

Testing the validity of a cognitive model. *Psychological Medicine*, 27, 1345-1353.

Braham, L. G., Trower, P., & Birchwood, M. (2004). Acting on command hallucinations and dangerous behaviour: A critique of the major findings in the last decade. *Clinical Psychology Review*, 24, 513-528.

Byrne, S., Birchwood, M., Trower, P. E., & Meaden, A. (2006). *A casebook of cognitive behaviour therapy for command hallucinations: A social rank theory approach*. London & New York: Routledge.

Chadwick, P. D. J., & Birchwood, M. J. (1994). Challenging the omnipotence of voices: A cognitive approach to

- auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164, 190-201.
- Chadwick, P., Lees, S., & Birchwood, M. (2000). The revised beliefs about voices questionnaire (BAVQ-R). *British Journal of Psychiatry*, 177, 229-232.
- Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (1993). Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 373-379.
- Fénelon, G., Mahieux, F., Huon, R., & Ziegler, M. (2000). Hallucinations in Parkinson's disease: Prevalence, phenomenology and risk factors. *Brain*, 123, 733-745.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology and culture* (pp. 3-38). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174-189.
- Hacker, D., Birchwood, M., Tudway, J., Meaden, A., & Amphlett, C. (2008). Acting on voices: Omnipotence, sources of threat, and safety-seeking behaviours. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 201-213.
- Harvey, O. J., Gore, E. J., Frank, H., & Batres, A. R. (1997). Relationship of shame and guilt to gender and parenting practices. *Personality and Individual Differences*, 23, 135-146.
- Johnson, R. C., Danko, G. P., Huang, Y. H., Park, J., Johnson, S. B., & Nagoshi, C. T. (1987). Guilt, shame, and adjustment in three cultures. *Personality and Individual Differences*, 8, 357-364.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 2, 261-276.
- Keck, P. E. Jr., McElroy, S. L., Havens, J. R., Altshuler, L. L., Nolen, W. A., Frye, M. A., ... Post, R. M. (2003). Psychosis in bipolar disorder: Phenomenology and impact on morbidity and course of illness. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 263-269.
- Lutwak, N., & Ferrari, J. R. (1996). Moral affect and cognitive processes: Differentiating shame from guilt among men and women. *Personality and Individual Differences*, 21, 891-896.
- Ohayon, M. M., & Schatzberg, A. F. (2002). Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1855-1861.
- Slade, P., & Bentall, R. (1988). *Sensory deception: A scientific analysis of hallucination*. London: Croom Helm.
- van der Gaag, M. (2006). Cognitieve gedragstherapie. In J. A. Jenner (Ed.), *Hallucinaties: Kenmerken, verklaringen, behandelings* (pp. 75-83). Assen: Van Gorcum.
- van der Gaag, M., Staring, T., van den Berg, D., & Baas, J. (2013). *Gedachten Uitpluizen: Cognitief gedragstherapeutische protocollen bij psychotische klachten*. Oegstgeest: Stichting Cognitie & Psychose.
- Woien, S. L., Ernst, H. A. H., Patock-Peckham, J. A., & Nagoshi, C. (2003). Validation of the TOSCA to measure shame and guilt. *Personality and Individual Differences*, 35, 313-326.
- Yee, L., Korner, A. J., McSwiggan, S., Meares, R. A., & Stevenson, J. (2005). Persistent hallucinosis in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 147-154.

.....

Werken aan je zelfbeeld

Competitive Memory Training voor kinderen en jongeren

.....

Bespreking van

Marije Kuin & Paulien Peters (2014). *Zelfbeeldtraining voor kinderen en jongeren: Competitive Memory Training (COMET)*. Kind en Adolescent Praktijkreeks. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 69 pp., € 31,90. ISBN 9789036806367.

Marije Kuin (2014). *Werken aan je zelfbeeld: COMET voor kinderen en jongeren (individuele training)*. Kind en Adolescent Praktijkreeks. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 63 pp., € 23,90. ISBN 9789036806695.

Paulien Peters (2014). *Werken aan je zelfbeeld: COMET voor kinderen en jongeren (groepstraining)*. Kind en Adolescent Praktijkreeks. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 46 pp., € 23,90. ISBN 9789036806404.

INEZ BUYCK

Traditioneel worden symptomen van psychische problemen geclusterd in stoornissen volgens internationaal erkende classificatiesystemen (zoals de DSM). Vanuit de vaststelling dat de meest voorkomende psychische stoornissen echter meer overeenkomsten dan verschillen vertonen, wordt psychopathologie de laatste jaren steeds meer benaderd vanuit een transdiagnostisch kader. Transdiagnostische factoren zijn onderliggende mechanismen die psychische problemen met elkaar gemeen hebben en die de klassieke categorieën van psychopathologie overstijgen, zoals moeilijkheden met emotieregulatie, verstoringen in het zelfbeeld, problemen met het executief functioneren, perfectionisme, enzovoort. Ze vormen risicofactoren voor het ontwikkelen en in stand houden van, en terugvallen in, psychische problematiek (van Heycop ten Ham, Hulsbergen, & Bohlmeijer, 2014). Bijgevolg kan het betrekken van deze factoren in de (diagnostiek en) behande-

ling van psychische aandoeningen een sterke meerwaarde betekenen bij het creëren van een succesvol begeleidingstraject.

De laatste jaren speelt de klinische praktijk hier meer en meer op in. Er zijn al verschillende interventieprotocollen ontwikkeld voor de aanpak van diverse transdiagnostische factoren, zoals de *Competitive Memory Training* (COMET) (Korrelboom, 2011), die gericht is op het verbeteren van het zelfbeeld van volwassenen. Omdat er behoefte was aan een dergelijke interventie voor een jonger doelpubliek, werd op basis van de COMET een individueel behandelprotocol ontwikkeld voor 8- tot 18-jarigen en een groepsprotocol voor 12- tot 24-jarigen: de COMET voor kinderen en jongeren. Een therapeutenhandleiding en twee bijhorende werkboeken (één voor het individuele protocol en één voor het groepsprotocol) voor kinderen en jongeren gidsen professionals en cliënten door de interventie heen.

In de therapeutenhandleiding worden de theoretische achtergrond en concrete praktische uitwerking van beide protocollen toegelicht voor professionals die ermee aan de slag willen. Omdat er voor het concept 'zelfbeeld' verschillende termen door elkaar gebruikt worden (zoals 'zelfbeeld', 'zelfwaardering' en 'eigenwaarde'), is het soms lastig te begrijpen waar de interventie precies op inspeelt. De training is geschikt voor kinderen en jongeren met een disfunctioneel zelfbeeld die minimaal één positieve eigenschap van zichzelf kunnen opnoemen en die deze eigenschap ook kunnen duiden met een voorbeeld. Wanneer het negatieve zelfbeeld in sterke mate bepaald wordt door beschadigende of traumatische ervaringen, wordt aangeraden om kinderen eerst een stabilisatieproces of traumabehandeling te laten doorlopen, alvorens hen te laten deelnemen aan de zelfbeeldtraining. Kinderen met problemen op het gebied van voorstellingsvermogen en abstract redeneren komen niet in aanmerking voor het volgen van de training, gezien de noodzaak van deze vaardigheden voor het uitvoeren van de imaginatieoefeningen die in de interventie zijn opgenomen. Hoewel hiermee al enige richting gegeven wordt, blijft de indicatiestelling voor het volgen van de training toch enigszins vaag. Er is bijvoorbeeld niet duidelijk afgebakend welke criteria worden gehanteerd om een negatief zelfbeeld, en de disfunctionaliteit hiervan, te kunnen vaststellen.

De training is gestoeld op cognitief-gedragsmatige principes. Ze gaat uit van de theorie dat personen met een negatief zelfbeeld gemakkelijk verbinding maken met negatieve zelfopvattingen en moeilijker toegang vinden tot positieve beschouwingen in de netwerken van hun langetermijngeheugen. De doelstelling van de training is eerder het bereiken van zelfherwaardering dan het bewerkstelligen van gedragsverandering. Dit wordt op een zeer anschouwelijke en goed gestructureerde manier aangepakt. Beide protocollen zijn opgebouwd volgens eenzelfde stappenplan, dat bij het individuele protocol is uitgewerkt in zeven sessies van drie kwartier en bij het groepsprotocol in acht sessies van een uur. Tijdens de eerste sessies wordt geoefend om positieve zelfkennis toegankelijker te maken door de patiënt positieve

herinneringen en beelden van zichzelf te laten oproepen. In de volgende stap wordt de patiënt via contraconditionering aangeleerd om het intussen toegankelijker gemaakte positieve zelfbeeld op te roepen in negatief geladen situaties. Tot slot wordt de patiënt de copingmethode aangeleerd om een positiever zelfbeeld te leren opwekken tijdens moeilijke momenten. Net als bij de volwassenentraining gebeurt dit alles via imaginatie, zelfspraak, lichaamsuitdrukking, muziek en — specifiek voor de kinder- en jongerentraining — positieve aandachtstraining. Bij elke sessie hoort een thuisopdracht. De toelichting bij de protocollen is heel overzichtelijk uitgewerkt, waardoor hulpverleners er makkelijk en onmiddellijk mee aan de slag kunnen. De doelstellingen van de sessies worden — vooral bij de groepsinterventie — telkens duidelijk geëxpliciteerd. Er wordt ook heel goed ingespeeld op mogelijke valkuilen en hindernissen bij de oefeningen, en hoe deze kunnen worden overwonnen.

De combinatie van enerzijds de talrijke goed onderbouwde technieken en anderzijds het herhalingsaspect van de oefeningen vormt een stevig fundament om de effectiviteit van de training te induceren en in stand te houden. Niettemin is het wat bevreemdend dat de protocollen betrekking hebben op een doelgroep met een heel breed leeftijdsbereik. De kindertijd en adolescentie zijn leeftijdsfasen die zich op cognitief, sociaal en emotioneel vlak wezenlijk van elkaar onderscheiden, wat leidt tot verschillende specificaties bij de invulling van het zelfbeeld (Kohnstamm, 2009a, 2009b; Verhulst, 2008). De aanpak dient hier voldoende op afgestemd te zijn, wat iets te weinig weerspiegeld wordt in de interventie. Zo lijkt het aannemelijk dat een 18-jarige het zoeken naar een positief plaatje in een tijdschrift een weinig fascinerende opdracht vindt. Verder wordt, gegeven de noemenswaardige potentiële invloed van de omgeving op het zelfbeeld van kinderen en jongeren, de betrokkenheid van de ouders bij de individuele training te vrijblijvend gehouden. Het groepsprotocol besteedt hier meer aandacht aan.

De werkboeken voor kinderen en jongeren zijn goed gestructureerd en hanteren een leeftijdsadequaat taalgebruik. Beide boeken zijn aantrekkelijk vormgegeven, al zou een jonger doelpubliek het vermoedelijk waarderen als er zich iets meer beeldmateriaal tussen de teksten bevond. De kinderen en jongeren krijgen telkens een duidelijke rationale van, en uitleg over, de aangeboden oefeningen. Op die manier kunnen de werkboeken fungeren als een goed naslagwerk om na afloop van de training op moeilijke momenten naar terug te grijpen.

Al met al biedt deze interventie een waardevolle bijdrage aan de klinische praktijk. Ze reikt zowel beginnende als meer ervaren therapeuten bruikbare handvatten aan bij de aanpak van een negatief zelfbeeld bij kinderen en jongeren. Het is wel aangewezen dat therapeuten bedachtzaam omgaan met het aangeboden materiaal, en de oefeningen steeds goed afstemmen op de leeftijd en cognitieve mogelijkheden van hun doelpubliek.

Inez Buyck is doctor in de psychologie. Ze is als wetenschappelijk onderzoeker verbonden aan de KU Leuven. Daarnaast voert ze klinisch werk uit als kinder- en jeugdpsychologe in een psychologiepraktijk in Waregem (B). *Correspondentie-adres:* Inez Buyck, Minderbroedersstraat 8 bus 5310, 3000 Leuven, België. E-mail: inez.buyck@kuleuven.be

Literatuur

- Kohnstamm, R. (2009a). *Kleine ontwikkelingspsychologie II: De schoolleeftijd* (4e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kohnstamm, R. (2009b). *Kleine ontwikkelingspsychologie III: De puberjaren* (3e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Korrelboom, K. (2011). *COMET voor negatief zelfbeeld: Competitive Memory Training bij lage zelfwaardering en negatief zelfbeeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- van Heycop ten Ham, B., Hulsbergen, M., & Bohlmeijer, E. (2014). *Transdiagnostische factoren — Theorie en praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Verhulst, F. C. (2008). *De ontwikkeling van het kind* (9e druk). Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Rectificatie

In het vorige nummer van *Gedragstherapie* (2017, 50(1)) staat op het omslag onder de rubriek Forum bij de tweede bijdrage abusievelijk 'Reinout W. de Vries'. Dit is niet juist, het moet 'Reinout W. Wiers' zijn.

Nieuw bij Boom Psychologie & Psychiatrie



Emotionele ontwikkeling versus andere ontwikkelingsgebieden

In de ondersteuning van cliënten met een verstandelijke beperking speelt emotionele ontwikkeling tegenwoordig een centrale rol. Tegelijkertijd is aandacht voor emotionele ontwikkeling geen tovermiddel: andere ontwikkelingsgebieden, zoals de verstandelijke en lichamelijke ontwikkeling, zijn ook van belang bij de aanpak van gedragsproblematiek.

Brede kijk op persoonlijkheidsontwikkeling

Dit handboek biedt een actueel overzicht van de belangrijkste verworvenheden en discussies op het gebied van emotionele ontwikkeling en verstandelijke beperking, zowel in wetenschappelijk onderzoek als in de alledaagse praktijk.

Verschillende aspecten van de persoonlijkheidsontwikkeling (zoals cognitieve ontwikkeling, sociale ontwikkeling, gehechtheid en autisme) die in verband staan met de emotionele ontwikkeling worden besproken.

Paperback | 9789058755070 | € 39,95

Bestel direct via
www.boompsychologie.nl

**Boompsychologie
& psychiatrie**

Geen verzendkosten binnen
Nederland vanaf € 20,-
Prijs geldt in 2017, o.v.v. wijzigingen

Nieuw bij Boom Psychologie & Psychiatrie



Wil je gewoon doen wat je wilt, zonder bang te zijn voor wat andere mensen van je zouden kunnen denken?

Met *Laat ze maar denken* tem je je zenuwen en kom je erachter dat afwijzing minder erg is dan je misschien denkt. Met beproefde oefeningen, uitleg in begrijpelijke taal en vele voorbeelden, leer je je minder aan te trekken van wat anderen van je vinden.

Iedereen kan het leren: het recept is vooral doen, doen en nog eens doen wat je uit angst vermijdt. Durf jij de uitdaging aan?

Dit praktische boek is gebaseerd op wetenschappelijke inzichten en jarenlange praktijkervaring. Het is een must voor iedereen die zich te druk maakt om wat anderen denken.

“Laat ze maar denken slaat een brug tussen de laatste wetenschappelijke inzichten [over sociale angst] en de spannende praktijk. Het is een boek voor iedereen.” - prof. dr. Patricia van Oppen, hoogleraar psychotherapie en bekend van het RTL-4-programma Geef mij nu je angst.

Paperback | 9789024405855 | € 19,95

**Bestel direct via
www.boompsychologie.nl**

**Boompsychologie
& psychiatrie**

Geen verzendkosten binnen
Nederland vanaf € 20,-
Prijs geldt in 2017, 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 reproduceren van eerder gepubliceerd materiaal moet alle benodigde toestemming zijn bijgesloten.
- Wilt u uw manuscript per e-mail indienen dan dient kopij vergezeld te gaan van een begeleidende brief van de auteur, die voor de verdere correspondentie over het stuk verantwoordelijk is. De begeleidende brief moet een verklaring bevatten dat het manuscript is goedgekeurd door alle auteurs, dat het niet elders is aangeboden en dat het om oorspronkelijk materiaal gaat. Stuur uw manuscript naar redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl of naar het redactiesecretariaat: t.a.v. J.L. Wolters, Suikerplein 65, 1013 CJ Amsterdam.

Vorm van het manuscript

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

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

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

Literatuur

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

Figuren en tabellen

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

GEDRAGSTHERAPIE

Vijftigste jaargang, nummer 2, juni 2017

Pagina 85–160

85 *Redactioneel*

86 **Elske van den Berg, Daniela Schlochtermeyer, Anneke Goudriaan & Jack Dekker**

Implementatie van cognitive behavioral therapy-enhanced in een regulier behandelcentrum voor eetstoornissen

102 **Lotte Lemmens, Robert DeRubeis, Arnoud Arntz, Frenk Peeters & Marcus Huibers**

En opeens ging het beter! – De rol van *sudden gains* in cognitieve therapie en interpersoonlijke therapie voor depressie

123 **Caroline Marijnissen-Bouten, Hendrik Roozen & Peter Greeven**

Verbeteren van kwaliteit van leven bij verslavingsproblemen – Een psychometrische analyse van de CRA-TvL

137 **Ronald Boonstra, Wouter Draaisma, Tonnie Staring, Nynke Boonstra & Stynke Castelein**

‘Ik schaam me kapot!’ – Een verkennende studie naar schaamtebelevingen en opvattingen over privacyschending en stemidentiteit bij stemmenhoorders

BOEKBESPREKING

155 **Inez Buyck**

Werken aan je zelfbeeld – Competitive Memory Training voor kinderen en jongeren
