

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 50 **NUMMER 4** DECEMBER 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 Salemink
Tonnie Staring
Janneke Wolters (*redactiesecretaris*)

Redactieadres

Suikerplein 65
1013 CJ Amsterdam
redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl

Website

www.tijdschriftgedragstherapie.nl
tvg.boomtijdschriften.nl

Uitgever

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam

Advertenties

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 vierde en laatste nummer van 2017. Voor ons tijdschrift is 2017 een heel bijzonder jaar, want in dit jaar bestaat het vijftig jaar. Wij vonden het gepast dat bescheiden te vieren, nadat wij vorig jaar met enige uitbundigheid markeerden dat de VG(C)t vijftig jaar bestaat. Wij besteedden daar in september 2016 een themanummer aan, met bespiegelingen van diverse vooraanstaande cognitief-gedragstherapeuten. Ik raad u aan dat nummer van a tot z te lezen als u dat nog niet gedaan had; het schetst fraai de vitaliteit van de CGT in het Nederlandse taalgebied (en daarbuiten overigens).

Welnu, dit jaar staan we dus stil bij het vijftigjarig bestaan van ons tijdschrift; in een korte bijdrage in dit nummer ga ik daar – namens de redactie – nader op in.

En vervolgens gaan we gewoon over tot de orde van de dag, met vier mooie bijdragen met verschillende thema's.

Jaap Lancee en Annemieke van Straten schreven een overzichtsartikel over cognitieve gedragstherapie voor insomnie via het internet. Een heerlijk toegankelijk en compleet verhaal van deze slaapexperts, met een overtuigend pleidooi voor de toepassing van internet-CGT voor deze problematiek.

Sven van Amstel en Tonnie Staring beschrijven de behandeling van een man met een fascinerende waan. Het artikel verwoordt op aansprekende wijze hoe psychotische symptomen vanuit het perspectief van CGT, en met de methode Gedachten Uitpluizen in de hand, kunnen worden bewerkt.

Ruud Hornsveld schreef met meerdere collega's een artikel over de toepassing van zelfrapportage-instrumenten in de forensische psychiatrie. Diverse instrumenten komen aan bod, tezamen met kritische noten over psychometrische en situationele krachten die op het gebruik van deze instrumenten inwerken.

Mieke Autrique en Kathleen Raskin sluiten af met een boekbespreking over recent verschenen literatuur over schematherapie.

Alles bij elkaar een mooi gevarieerd nummer. Ik wens u, namens de collega's van de redactie, veel leesplezier toe. En ik meld nog even dat wij uw eigen stukken graag tegemoetzien. Mogelijk hebt u inspiratie opgedaan tijdens het laatste najaarscongres. Ik heb er zelf van genoten en was zeer onder de indruk van allerlei mooie bijdragen – variërend van lezingen met harde data weergegeven in indrukwekkende wolken van bolletjes en lijntjes, tot praktische handvatten voor relatietherapie in een van de workshops. Schroom niet om uw eigen onderzoek, klinische ervaringen of kritische beschouwingen, alleen of samen met collega's uit uw eigen netwerk, met ons te blijven delen.

Paul Boelen *Hoofdredeacteur*

Vijftig jaar Gedragstherapie

PAUL BOELEN

Vorig jaar vierden we dat de VG(C)t vijftig jaar bestaat. Dit jaar vierden we de vijftigste verjaardag van ons mooie tijdschrift, formeel: *Gedragstherapie: Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie* geheten, maar ook wel *Tijdschrift voor Gedragstherapie* (TvG) genoemd. Het tijdschrift werd geboren als *Gedragstherapeutisch Bulletin* en bevatte destijds een mix van mededelingen van het bestuur, inhoudelijke artikelen en een cursusaanbod. Bekijk bijvoorbeeld het exemplaar uit december 1980, en lees Wim Brinkman over flooding-therapie ('IC (imaginaire confrontatie) lijkt in een aantal aspecten sterk op het beginstadium van de psycho-analyse'), Jac Hoevenaars over ademhalingsregulatie bij stotteren en hyperventilatie (werkt nauwelijks) en het bestuur over de oprichting van het Comité adhoc Relevantie Psychotherapie (CARP) bedoeld om 'het belang van de psychotherapie duidelijk naar voren te brengen aan [...] regeringsvertegenwoordigers [...] door een betere afstemming en bundeling van de activiteiten van de diverse organisaties op het gebied van de psychotherapie'. In 1982 werd het *Gedragstherapeutisch Bulletin* opgesplitst in een *Bulletin* met mededelingen, cursussen enzovoort, en het TvG zoals we dat nog steeds kennen, met wetenschappelijke publicaties.

In de loop der jaren werden vele honderden artikelen via TvG verspreid onder de leden van de VGCT en de Vlaamse VGT en onder andere lezers. De opzet van het tijdschrift is nauwelijks veranderd. Al jarenlang biedt het een gemengd aanbod van leertheoretische bespiegelingen (zoals dat artikel van Brinkman uit 1982) en experimenteel onderzoek, met een directe lijn naar de behandelpraktijk (zoals het artikel van Hoevenaars). Bij het doorbladeren van oude nummers is interessant en leuk om te zien dat TvG een podium is geweest voor rijke verhandelingen over werkingsmechanismen van exposuretherapie en EMDR, zin en onzin van protocollaire behandelingen, het belang van de therapeutische relatie bij gedragstherapie en niet-alledaagse thema's als bruxisme, paruresis, emotofobie, torticollis en misofonie. Ook treffen we al jarenlang casusbeschrijvingen en artikelen over vragenlijsten aan, en forumbijdragen waarin prikkelende stellingen worden besproken. Terugkerende thema's in die rubriek zijn welke interventies eigenlijk wel

en niet tot 'de' cognitieve gedragstherapie behoren en of de derde generatie gedragstherapie wel een nieuwe generatie is.

TvG bracht ook themanummers uit. Lees over rationele therapie in het gelijknamige themanummer uit 1987. Prachtig zijn ook de themanummers 'Vrouwen en gedragstherapie' uit 1988 en 'Habituatie' en 'Kanker en gedragstherapie' uit 1990. Discussies over zin en onzin van behandelprotocollen werden al gevoerd in het themanummer 'Van experiment tot cliënt' uit 1996. Latere themanummers gingen onder meer over chronische vermoeidheid (2002), medische psychologie (2008), angst (2012) en gehechtheid (2016).

235

Honderden collega's waren auteurs van deze stukken. Tientallen collega's vormden de redacties. De huidige redactie staat graag stil bij dit mooie jubileum. Wij zijn met elkaar de archieven ingedoken en hebben een selectie gemaakt van eigen favoriete artikelen. Wij willen deze artikelen graag met u delen op onze website: www.tijdschriftgedragstherapie.nl.¹ Uit de oudere doos kozen wij onder meer artikelen over poweranalyse en over EMDR. We kozen ook artikelen uit de laatste tien jaar over exposure, mindfulness en persoonlijkheidsstoornissen. De selectie doet geen recht aan al het moois dat in de loop van de tijd verschenen is. En artikelen van de laatste tien jaar zijn ietwat oververtegenwoordigd – wat in ieder geval een klein beetje te maken heeft met de leeftijd van enkele redactieleden die een eigen archief van een decennium hebben.

We zijn jarig en delen cadeautjes uit. Wij wensen u veel plezier met het lezen van pareltjes uit ons archief.

1 Op www.tijdschriftgedragstherapie.nl/actueel/nieuws/nieuws/25/50-jaar-TvG leest u wat onze redacteuren schrijven over hun keuze en zijn de gekozen artikelen bij elkaar gebracht.

Cognitieve gedragstherapie voor insomnie via het internet¹

Een overzichtsartikel

JAAP LANCEE & ANNEMIEKE VAN STRATEN

Samenvatting

Insomnie of chronische slapeloosheid is een veelvoorkomend probleem waar ongeveer 10% van de algemene bevolking last van heeft. De meest effectieve behandeling voor insomnie is cognitieve gedragstherapie (CGT). Helaas zijn er niet altijd voldoende therapeuten met de juiste ervaring, en drukt het voeren van gesprekken mogelijk te zwaar op de kosten van de ggz. Het aanbieden van CGT voor insomnie via het internet kan een oplossing zijn. In dit artikel bespreken wij de beschikbare online CGT-behandelingen voor insomnie. De resultaten van online-CGT voor insomnie zijn bemoedigend. In het algemeen blijkt dat patiënten sneller in slaap vallen en minder vaak wakker worden tijdens de nacht, dat patiënten zich fitter voelen en zich minder zorgen maken over de slaap. Daarbij heeft deze therapie niet alleen effect op de slaapklaachten maar vermindert ze ook depressieve klachten. De therapietrouw aan internet-CGT is groot. Op basis van de studies die zijn uitgevoerd en de positieve effecten zijn wij van mening dat het tijd is om online-CGT voor insomnie op grotere schaal te implementeren.

Trefwoorden: CGT, insomnie, internet

- ¹ *Disclosure statement:* De internetbehandeling i-Sleep is ontwikkeld aan de Vrije Universiteit door Annemieke van Straten. In samenwerking met Jaap Lancee (UvA) en Tanja van der Zweerde (VU) is deze verder ontwikkeld. De auteurs hebben geen commercieel belang in i-Sleep.

Dit artikel is een bewerking van van Straten, Blom, Lancee, & Kaldò, 2016.

INLEIDING

.....

237

Bijna elke volwassene ervaart weleens een periode van slecht slapen in zijn of haar leven. We spreken van insomnie wanneer de slaapklachten aanhouden, zelfs wanneer er geen duidelijke oorzaak aanwezig is. Insomnie wordt gekenmerkt door moeilijkheden met inslapen, problemen met doorslapen, of frequent wakker worden tijdens de slaap. Vaak ervaren mensen een combinatie van deze klachten. Om te voldoen aan de diagnose insomnie, dient de slechte slaap ook een negatieve invloed op het dagelijks functioneren te hebben (APA, 2013).

De vierde editie van de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (APA, 2000) maakte onderscheid tussen primaire insomnie, waarbij er geen andere aandoening is die de insomnie veroorzaakt, en secundaire insomnie waarbij insomnie wordt verondersteld veroorzaakt te worden door een andere psychische of medische aandoening. Aangezien het lastig is om op betrouwbare wijze het onderscheid te maken tussen primaire en secundaire insomnie, is dit onderscheid losgelaten in de DSM-5 (APA, 2013). In de DSM-5 wordt er gesproken over een 'insomniastoorning'. De criteria zijn samengevat in tabel 1.

TABEL 1 *Samenvatting van de DSM-5-criteria voor insomniastoorning*

1 Symptomen:

Ontevredenheid met de slaapkwantiteit of -kwaliteit EN één (of meer) van de volgende symptomen:

- a moeilijkheden met in slaap vallen
 - b moeite met doorslapen (frequent wakker worden of problemen met weer in slaap te vallen)
 - c vroeg in de ochtend wakker worden zonder opnieuw in slaap te kunnen vallen.
-

2 Ernst:

- a Het slaapprobleem speelt drie of meer nachten per week.
 - b Het slaapprobleem is ten minste drie maanden aanwezig.
 - c De slaapprobleem veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het functioneren overdag.
-

3 Het slaapprobleem kan niet (enkel) worden toegeschreven aan:

- a onvoldoende gelegenheid om te slapen
 - b een andere slaap-waakstoornis
 - c de fysiologische effecten van een middel (drugs of geneesmiddelen)
 - d bestaande psychische of somatische aandoeningen.
-

De DSM-5 is niet het enige diagnostische classificatiesysteem waarbij insomnie wordt genoemd. Insomnie is ook opgenomen in de *International Classification of Diseases* (ICD-10; WHO, 1992) en in de *International Classification*

of *Sleep Disorders* (ICSD-3; AASM, 2014). De drie diagnostische classificatiesystemen delen de algemene criteria voor insomnie, namelijk: moeite met in slaap komen, moeite met doorslapen of frequent wakker worden, wat leidt tot beperkingen in het functioneren overdag. De classificatiesystemen verschillen met betrekking tot de ernst van de symptomen en met betrekking tot een aantal aanvullende eisen. De DSM-criteria lijken het meest gevoelig, wat leidt tot de hoogste prevalentiecijfers (Roth et al., 2011).

Prevalentie en gevolgen

Insomnie komt vaak voor. Ongeveer een derde van de mensen in de algemene bevolking ervaart een of meer symptomen van een slechte nachtrust en 8% tot 18% meldt ook klachten overdag (Ohayon, 2002). Er zijn tot dusver twee Nederlandse studies gepubliceerd naar de prevalentie van insomnie, waarin de prevalentie van de DSM-stoornis wordt geschat op respectievelijk 8,5% (Spoormaker & van den Bout, 2005) en 8,2% (Kerkhof, 2017).

Insomnie heeft veel negatieve gevolgen overdag. Deze gevolgen overdag bestaan uit een vermindering in het cognitieve en emotionele functioneren, hetgeen ontstaat door bijvoorbeeld vermoeidheid, stemmingswisselingen en concentratieproblemen (Kyle, Morgan, & Espie, 2010; Morin & Benca, 2012). Dit leidt onder andere tot een verhoogde druk op de gezondheidszorg en verminderde arbeidsproductiviteit, wat leidt tot hogere maatschappelijke kosten. Er wordt geschat dat slechte slapers de maatschappij ongeveer tien keer meer kosten dan goede slapers (Daley, Morin, LeBlanc, Gregoire, & Savard, 2009). Daarnaast is insomnie een langdurige aandoening: ongeveer de helft van alle patiënten lijdt ten minste drie jaar aan insomnie (Morin et al., 2009).

Insomnie treedt vaak op in combinatie met andere psychische of medische aandoeningen. Depressie en angst zijn de twee meest voorkomende comorbide klachten. Het lijkt erop dat insomnie ook een voorspeller is voor het ontstaan van deze stoornissen (Baglioni et al., 2011; Staner, 2010). Als voorbeeld: mensen met insomnie hebben tweemaal zoveel kans op het ontwikkelen van een depressie dan mensen zonder insomnie (Baglioni et al., 2011). Naast psychische klachten is insomnie ook in verband gebracht met somatische aandoeningen zoals kanker, hypertensie en cardiovasculaire problematiek (bijvoorbeeld: Meng, Zheng, & Hui, 2013; Redline & Foody, 2011; Savard & Morin, 2011).

Huidige behandelingen

Vanwege de hoge prevalentie van insomnie en de bijbehorende ziektelast zijn er effectieve behandelingen nodig. Momenteel wordt insomnie meestal behandeld met farmacotherapie, met hetzij benzodiazepines hetzij benzodiazepine-receptoragonisten (Z-drugs: zolpidem, zopiclon, zaleplon). Uit verschillende meta-analyses blijkt dat farmacotherapie effectief is bij het

verbeteren van de slaap op de korte termijn. Er is echter ook aangetoond dat er negatieve bijwerkingen zijn, zoals hoofdpijn, versuftheid en duizeligheid (Buscemi et al., 2007; Glass, Lancot, Herrmann, Sproule, & Busto, 2005). Daarnaast is de effectiviteit van slaapmedicatie op lange termijn nog niet aangetoond (Holbrook, Crowther, Lotter, Cheng, & King, 2000; Riemann & Perlis, 2009; Smith et al., 2002), tast het langdurig gebruik van slaapmedicatie de microstructuur van slaap aan (Manconi et al., 2017) en brengt het een risico van verslaving met zich mee (Ashton, 2005).

Gelukkig zijn er ook alternatieven. Niet-farmacologische behandelingen maken gebruik van educatieve interventies (psycho-educatie, slaaphygiëne), gedragsinterventies (ontspanning, slaaprestrictie, stimuluscontrole) of cognitieve interventies (identificeren en uitdagen van disfunctionele gedachten over slaap) (Edinger & Means, 2005; Espie, 2006; Morin & Espie, 2003; Verbeek & van de Laar, 2010). Sinds de jaren negentig is het populair geworden om die behandelingen in (verschillende) combinaties aan te bieden. Deze combinaties worden aangeduid als ‘cognitieve gedragstherapie voor insomnie’ (CGTi). Zie tabel 2 voor een overzicht van de kernelementen.

Het goede nieuws is dat CGTi op de korte termijn net zo effectief is als medicatie en dat het op de lange termijn betere effecten laat zien (Riemann & Perlis, 2009; Smith et al., 2002). In verschillende meta-analyses is de effectiviteit van CGTi aangetoond, zowel voor primaire insomnie (Trauer, Qian, Doyle, Rajaratnam, & Cunnington, 2015) als voor insomnie met comorbiditeit (Geiger-Brown et al., 2015). Wij hebben zelf recent een meta-analyse geschreven waarin we alle onderzoeken naar CGTi hebben gebundeld. Hieruit bleken grote effecten op de mate van ernst van insomnie (van Straten et al., 2017).

Geschat wordt dat ongeveer 70% tot 80% van de patiënten een klinisch relevante respons toont op CGTi (Morin & Benca, 2012). Na behandeling vallen mensen meestal sneller in slaap en worden ’s nachts minder vaak wakker. De totale slaapduur verbetert over het algemeen slechts bescheiden. Echter, omdat de slaap minder gefragmenteerd is (meer aan één stuk), rapporteren patiënten vaak dat de insomnie veel minder ernstig is geworden en dat de kwaliteit van de slaap enorm is toegenomen. Op basis van al deze positieve resultaten staat in de klinische richtlijnen van de Nederlandse huisartsen (NHG, 2014) en die van hun Amerikaanse collega’s (Qaseem et al., 2016) dat CGTi de behandeling van eerste keus is.

Helaas krijgen lang niet alle patiënten CGTi. Een belangrijke reden is dat minder dan de helft van de insomniepatiënten daadwerkelijk hulp zoekt (Morin, LeBlanc, Daley, Gregoire, & Merette, 2006). Mensen met insomnie denken geregeld dat medicatie de enig mogelijke behandeloptie is en willen hier vaak niet mee beginnen. Om die reden kunnen ze terughoudend zijn om hulp te zoeken. Een tweede reden is dat CGTi niet op grote schaal beschikbaar is. Bovendien verwijzen huisartsen zelden naar psychologische behandelingen voor insomnie, zelfs wanneer ze verwijsmogelijkheden hebben (Everitt

et al., 2014). Het aanbieden van CGT via het internet is een mogelijke optie om deze problemen te overkomen.

240

De Nederlandse context

Momenteel wordt een psychologische behandeling voor insomnie in Nederland niet vergoed binnen de basis- en/of specialistische ggz indien dit de enige DSM-diagnose is.² U kunt zich waarschijnlijk voorstellen dat wij van mening zijn dat dit geen wenselijke situatie is. Echter, zolang deze situatie voortduurt, kunnen patiënten ervoor kiezen om zelf te betalen voor een slaapbehandeling of zij kunnen terecht bij de huisarts en diens POH-ggz. De richtlijnen van de Nederlandse huisartsen (NHG, 2014) stellen dat de behandeling van eerste keus CGTi is, eventueel aangevuld met structurele lichaamsbeweging. Slaapmedicatie mag alleen in uitzonderingsgevallen en alleen kortdurend voorgeschreven worden.

Slaapstoornissen kunnen tevens behandeld worden in de verschillende Nederlandse slaapcentra. Deze centra, veelal aangesloten bij ziekenhuizen, richten zich op organische slaapstoornissen (zoals apneu) maar ook op klachten zoals insomnie. Het voordeel van een slaapcentrum is dat hier veel expertise in huis is en dat er de mogelijkheid is voor objectieve metingen (polysomnografie). Het nadeel is echter dat patiënten vaak onnodige onderzoeken moeten ondergaan en dat de wachtlijsten voor slaapcentra lang zijn. Voor een slaapcentrum is een verwijzing van een (huis)arts noodzakelijk.

CGTI VIA HET INTERNET

Al in 1979 werd erkend dat insomnie ook behandeld kan worden met zelfhulptherapie (Alperson & Biglan, 1979). Gedurende de daaropvolgende dertig jaar zijn er een aantal zelfhulpprogramma's ontwikkeld die worden aangeboden via verschillende media, zoals boeken, video's en geluidsopnamen (bijvoorbeeld: Morin, Beaulieu-Bonneau, LeBlanc, & Savard, 2005; Riedel, Lichstein, & Dwyer, 1995). In zelfhulptherapieën krijgen patiënten uitleg over de verschillende componenten van cognitieve gedragstherapie. Bovendien worden er 'huiswerkopdrachten' beschreven. Op die manier kunnen patiënten zich dan zelfstandig, of met beperkte steun van een therapeut, de CGT-technieken eigen maken.

- 2 In België is er door de overheid (nog) geen vergoeding voor psychologische hulpverlening. Een psychologische behandeling voor insomnie wordt dus ook niet terugbetaald. Wel zijn er een aantal ziekenfondsen die ervoor kiezen om enkele sessies psychologische hulpverlening deels terug te betalen of een deel van het inschrijvingsgeld van een slaaptraining terug te betalen.

TABEL 2 *Kernelementen CGTi*

Onderdeel	Beschrijving
Psycho-educatie	Informatie over slaapbehoefte, de functie van slaap en informatie over slaapstoornissen en insomnie.
Slaaphygiëne	Informatie over dagelijks gedrag en gewoonten die de slaap kunnen bevorderen of belemmeren. Dit omvat meestal informatie over leefstijl (bijvoorbeeld voedsel, cafeïne, alcohol, stress) en slaapkamer (bijvoorbeeld temperatuur, licht, matras).
Stimulus-control	Patiënten wordt geleerd om hun bed weer met slaap te associëren (in plaats van met wakker liggen). Dit houdt in dat het bed alleen nog gebruikt wordt voor slapen (en seks) en niet voor andere activiteiten zoals lezen of televisiekijken. Als mensen 15-30 minuten wakker liggen, moeten ze het bed uit en pas weer teruggaan als ze slaperig zijn. Dit wordt net zo lang herhaald totdat men slaapt. Verder is de tijd van opstaan gelijk, ongeacht hoe laat men uiteindelijk in slaap is gevallen. De vaste uren voor het opstaan in de ochtend helpt het slaap-waakritme te stabiliseren en een meer uitgesproken verschil tussen slapen en waken te bereiken.
Slaaprestrictie	Bij slaaprestrictie wordt de tijd in bed beperkt. Door de bedtijd te beperken, slapen patiënten minder en hierdoor wordt hun slaapdruk verhoogd. Als gevolg hiervan hebben ze minder moeite met in slaap vallen en in slaap blijven. Meestal wordt het aantal uren in bed beperkt tot het gemiddeld aantal uren slaap in de week voorafgaand aan het starten van de slaaprestrictie. Als de patiënt uiteindelijk 80-90% van de tijd dat hij in bed ligt daadwerkelijk slaapt, wordt de bedtijd verlengd met 15 of 30 minuten. Dit proces herhaalt zich totdat het gewenste aantal uren wordt bereikt of totdat het percentage slaap weer afneemt.
Uitdagen cognities	Patiënten wordt geleerd om hun misvattingen over slaap te identificeren en deze hierna uit te dagen (bijvoorbeeld 'Ik moet acht uur slapen om goed te presteren de volgende dag'). De behandeling kan ook worden gericht op het identificeren en uitdagen van andere gedachten die de patiënt 's nachts wakker houden; dus met een meer algemene vorm van cognitieve therapie.

Noot. Naast deze kerncomponenten kunnen de behandelingen ook nog ontspanningsoefeningen, paradoxale intentie (waarbij de patiënt wordt geïnstrueerd om wakker te blijven tijdens de nacht), mindfulnessoefeningen of probleemoplossende strategieën bevatten.

De eerste studie die de zelfhulptherapie voor insomnie via het internet aanbod, verscheen in 2004 (Ström, Pettersson, & Andersson, 2004). Sindsdien zijn er verschillende andere studies verschenen over onlinebehandeling van insomnie. Tot op heden zijn er dertien programma's waarvan ook de effectiviteit in gecontroleerde trials is aangetoond. Dit zijn twaalf programma's (sommige in meerdere studies onderzocht) voor volwassen patiënten met insomnie (Bernstein et al., 2017; Blom et al., 2015b; Espie et al., 2012; Hagatun et al., 2017; Ho, Chung, Yeung, Ng, & Cheng, 2014; Horsch et al., 2017; Lancee, Eisma, van Straten, & Kamphuis, 2015; Lancee, van den Bout, van Straten, & Spoormaker, 2012; Lancee, van Straten, Morina, Kaldò, & Kamphuis, 2016; Ritterband et al., 2009; Ritterband et al., 2017; Ström et al., 2004; Suzuki et al., 2008; Thiart et al., 2016; van Straten et al., 2014; Vincent & Lewycky, 2009) en één voor adolescenten (de Bruin, Bögels, Oort, & Meijer, 2015). Omdat er veel wetenschappers met slaap bezig zijn, is de kans groot dat er op korte termijn meer programma's beschikbaar komen. Ook zijn er zeker programma's die niet in gerandomiseerde trials onderzocht zijn (bijvoorbeeld Somnio en Snelbeterinjevel in Nederland). Zie tabel 3 voor een overzicht van de Nederlandstalige internetbehandelingen.

Alle programma's gebruiken de kern-CGTi-componenten zoals beschreven in tabel 2 en sommige zijn voorzien van extra componenten, zoals audiobestanden voor ontspanning. Hoewel de inhoud van het programma weinig verschilt, varieert de manier waarop de behandelingen worden aangeboden in sterke mate. De behandeling door Suzuki (2008) biedt bijvoorbeeld alle CGT-elementen, maar patiënten kunnen zelf kiezen welke ze willen uitproberen (ten minste drie). De behandeling van de Bruin en collega's (2015) wordt aangeboden tijdens vaste wekelijkse onlineconsulten. De behandeling door Blom en collega's (2015a, 2015b) heeft zowel vaste als optionele elementen, met flexibele en actieve online-ondersteuning van een therapeut. De overige behandelingen zijn gestructureerde programma's die de patiënten in hun eigen tempo kunnen doorlopen. Sommige programma's zijn vooral gebaseerd op tekst (bijvoorbeeld: Blom et al., 2015b; de Bruin et al., 2015; Lancee et al., 2012; Ström et al., 2004; van Straten et al., 2014), terwijl andere meer gebruikmaken van audiovisuele clips (bijvoorbeeld Vincent & Lewycky, 2009), quizzen, games, animaties of een virtuele therapeut om de interventie aantrekkelijker te maken (bijvoorbeeld: Espie et al., 2012; Ritterband et al., 2017). Het idee achter een meer interactief ontwerp is dat patiënten hierdoor minder moeite hebben om zich de technieken eigen te maken. Ook wordt gesuggereerd dat patiënten hierdoor de behandeling eerder afmaken.

TABEL 3 *Onlinebehandelingen voor insomnie in Nederland**I-Sleep (www.i-sleep.nl)*

I-Sleep is ontwikkeld als begeleide zelfhulptherapie aan de Vrije Universiteit door Annemieke van Straten. In samenwerking met Jaap Lancee (UvA) en Tanja van der Zweerde (VU) is deze verder ontwikkeld. De effectiviteit van de i-Sleep-behandeling is aangetoond in de studie van van Straten en collega's (2014). De behandeling is ook toegepast op een populatie met borstkankerpatiënten (Dorzeman, Verdonck-de Leeuw, Savard, & van Straten, 2017) en momenteel wordt deze onderzocht in de huisartspraktijk met ondersteuning door de POH-ggz. De behandeling is momenteel alleen online beschikbaar via Minddistrict. Er wordt gewerkt aan een papieren versie die gratis ter beschikking zal worden gesteld op www.i-sleep.nl. Voor meer informatie kunt u zich richten tot de tweede auteur van dit artikel.

Beter slapen (educatie.ntr.nl/beterslapen)

Deze website is gebaseerd op de Teleaccursus 'Beter slapen'. De Teleaccursus is via de Nederlandse publieke omroep uitgezonden. De combinatie van het handboek en de televisieserie is in een eerder gecontroleerd onderzoek redelijk effectief bevonden (van Straten, Cuijpers, Smit, Spermon, & Verbeek, 2009). Deze cursus is later naar een website omgezet waar de training onbegeleid (en gratis) gevolgd kan worden.

Slim Slapen (www.slimslapen.nl)

Slim slapen is wereldwijd de enige onlinetraining voor jongeren (tussen 12 en 19 jaar) met insomnie. Deze onlinebehandeling is ontwikkeld door Ed de Bruin aan de UvA en effectief bevonden in een gecontroleerd onderzoek (de Bruin et al., 2015). De behandeling is beschikbaar via de website www.slimslapen.nl.

Sleepcare (www.ikgalekkerslapen.nl/www.lylacoach.com)

In een samenwerkingsproject van Universiteit Utrecht, TU Delft, Universiteit van Amsterdam en Philips is een smartphone-app ontwikkeld voor insomnie. De eerste auteur van het huidige artikel was onderdeel van dit onderzoeksteam. In een gecontroleerd onderzoek is deze app effectief gebleken voor slapeloosheid. De app is nog niet voor het algemene publiek beschikbaar (Horsch et al., 2017).

Noot. In Nederland zijn er ook nog twee andere onlinetrainingen: van Somnio (www.somnio.nl) en van het Trimbos-instituut (www.snelbeterinjevel.nl). Omdat beide trainingen (nog) niet in gecontroleerde studies onderzocht zijn, zijn deze niet opgenomen in de tabel.

De behandelingen verschillen ook in de wijze waarop patiënten worden ondersteund. Dit varieert van geen enkele ondersteuning (Lancee et al., 2012; Vincent & Lewycky, 2009) naar geautomatiseerde ondersteuning (Espie et al., 2012; Horsch et al., 2017; Ritterband et al., 2017; Suzuki et al., 2008) tot wekelijkse feedback van een coach of therapeut (Blom et al., 2015b; de Bruin et al., 2015; Kaldo et al., 2015; Lancee et al., 2016; van Straten et al., 2014). De ondersteuning is erop gericht patiënten te helpen met de oefeningen (bijvoorbeeld advies geven over de optimale bedtijden in slaaprestrictie en de

wijze waarop zij dit vol kunnen houden) en om patiënten te stimuleren de training voort te zetten. De geautomatiseerde ondersteuning kan ook op de persoon worden toegespitst. De geautomatiseerde feedback is dan afhankelijk van eerdere antwoorden die patiënten gegeven hebben of van de bed- en slaaptijden die patiënten registreren in hun slaapdagboek.

CGTi via het internet: werkt het?

In 2016 is er een meta-analyse verschenen van alle internetinterventies voor insomnie tot dusver. Er werden 11 gecontroleerde studies onderzocht in deze meta-analyse. De conclusie was dat de online zelfhulp effectief is in het verbeteren van de slaap. Het effect was groot, net zo groot als bij een 'gewone' slaaptherapie met een therapeut (Zachariae, Lyby, Ritterband, & O'Toole, 2016).

Na de publicatie van deze meta-analyse zijn er zeven nieuwe studies verschenen. In vijf ervan werd een bestaand onlineprogramma onderzocht (Christensen et al., 2016; Hagatun et al., 2017; Lancee et al., 2015; Lancee et al., 2016; Ritterband et al., 2017). De andere twee studies hadden betrekking op nieuwe programma's: één onlineprogramma (Bernstein et al., 2017) en één via de smartphone (Horsch et al., 2017). Van alle programma's is de effectiviteit aangetoond ten opzichte van een wachtlijstcontrolegroep. Andere programma's zijn ook vergeleken met face to face groepstherapie (Blom et al., 2015b; de Bruin et al., 2015) en individuele face-to-facetherapie (Lancee et al., 2016). Over het algemeen laten de studies goede effecten zien en zijn de effecten van de nieuwere studies in lijn met de conclusies uit de meta-analyse van Zachariae en collega's (2016).

Voor alle studies werden patiënten gerekruteerd in de algemene populatie. Werving vond plaats door advertenties op relevante websites, via kranten, enzovoort. De grootte van de steekproeven in de verschillende studies liep uiteen van 22 tot 1149 patiënten. Alle studies waren gericht op insomnie, maar er werden verschillende criteria gebruikt om dit vast te stellen. In de studie van Suzuki en collega's (2008) werd geen definitie gebruikt; iedereen die zelf meende aan insomnie te lijden, kon meedoen. Lancee en collega's (2012) gebruikten een specifieke slaapschatting (slaapefficiëntie < 85%), evenals een cut-off-score op een vragenlijst. In de overige studies werd gebruikgemaakt van de volgende criteria: slechte slaap (> 30 minuten wakker tijdens de nacht), de frequentie van slapeloosheid (meer dan 3 of 4 nachten per week), de duur van deze problemen (meer dan 1, 3 of 6 maanden) en bij veel studies dienden deze slaapproblemen ook tot problemen overdag te leiden. In een aantal studies werden patiënten met een depressie uitgesloten (bijvoorbeeld bij Lancee et al., 2012 en Ström et al., 2004); in een andere studie werd hier juist op geworven (Christensen et al., 2016). In eerdere studies was het slaapdagboek meestal de belangrijkste uitkomstmaat, recent wordt

vaak de ernst van de insomnie gebruikt (gemeten met een vragenlijst, bijvoorbeeld de Insomnia Severity Index).

Een positief resultaat van de studies naar online-interventies is dat bij de meeste interventies daadwerkelijk alle lessen (of grote delen ervan) worden uitgevoerd. Dit is opmerkelijk, omdat de patiënten bij een deel van de studies geen enkele, of alleen automatisch gegenereerde, feedback ontvingen. Uit de literatuur over online-interventies voor angst en depressie komt naar voren dat enige vorm van steun de behandeltrouw en de resultaten verbetert (Spek et al., 2007). Er zijn echter slechts twee studies verschenen die specifiek het effect van begeleiding hebben bestudeerd bij (online) zelfhulpthherapieën voor insomnie. In beide studies werd geconcludeerd dat het verstrekken van enige steun, zelfs slechts vijf minuten per week per patiënt, de uitkomsten van de behandeling verbeterde (Jernelov et al., 2012; Lancee, van den Bout, Sorbi, & van Straten, 2013). Hoewel automatische feedback bij insomnie beter lijkt te werken dan bij andere aandoeningen, concluderen we dat er meer onderzoek moet komen naar de meest kosteneffectieve vorm van ondersteuning bij insomnie.

Een ander belangrijk punt is uiteraard de effectiviteit van de behandeling. Het is echter lastig om de 'slaap' in één maat te vatten. Doorgaans vullen deelnemers een slaapdagboek in en worden op basis van deze gegevens meerdere slaapmaten geconstrueerd die ieder iets zeggen over een ander aspect van de slaap (bijvoorbeeld tijd die het duurt om in slaap te vallen, totale slaaptijd, enzovoort). Daarnaast wordt dus vaak met vragenlijsten de ernst van insomnie gemeten. Een belangrijke bevinding van het onderzoek naar de effectiviteit van online-interventies is dat de grootte van het effect varieert over al deze verschillende slaapmaten. Met andere woorden, het is blijkbaar mogelijk om één symptoom van insomnie (bijvoorbeeld inslaapduur) te verbeteren zonder dat dit effect heeft op andere symptomen (bijvoorbeeld 'tijd wakker liggen na inslapen'). Welke symptomen verbeteren en welke niet (of minder) varieert ook weer tussen de verschillende onderzoeken. Over het algemeen worden de grootste effecten gevonden op vragenlijsten die gaan over de insomnieklachten. Zachariae en collega's (2016) rapporteerden hierop een gemiddeld effect van $g = 1,1$. Zie tabel 4 voor een overzicht van de effectgroottes van de verschillende studies met betrekking tot de ernst van insomnie.

Binnen het slaapdagboek worden de grootste effecten gevonden op slaapefficiëntie (slaapefficiëntie is het percentage van de tijd die men slaapt van de totale tijd die men in bed doorbrengt). Zachariae en collega's (2016) vonden een gepoolde effectgrootte van $g = .58$. Er is flink wat variatie: zo worden er effectgroottes gerapporteerd van klein ($d \sim 0,2$; Ström et al., 2004; Suzuki et al., 2008, Vincent & Lewycki, 2009) tot groot ($d \sim 1,0$, bijvoorbeeld: Espie et al., 2012; van Straten et al., 2014). Het relatief grote effect op slaapefficiëntie is begrijpelijk, omdat de behandeling gericht is op het verkorten van de tijd in bed, hierdoor wordt de slaapefficiëntie vanzelf groter. Door het verkorten van de bedtijden, verbetert de totale slaaptijd echter minimaal. Dit is in over-

TABEL 4. Overzicht van de effectiviteit van online CGT-behandelingen voor insomnie

(Eerste) auteur	Land (naam)	Ondersteuning	Aantal weken	N	Effect size in Cohens <i>d</i> voor ernst insomnie (vragenlijst)
Ritterband 2009	VS (SHUTi)	Geautomatiseerde feedback	6	45	1,62 (ISI)
Vincent 2009	Canada	Geen	5	118	0,86 (ISI)
Espie 2012	Schotland (Sleepio)	Geautomatiseerde feedback	6	109	1,15 (SCI)
Lancee 2012	NL (Slaapgezonder ^a)	Geen	4	418	1,33 (SLEEP-50)
Ritterband 2012	VS (SHUTi)	Geautomatiseerde feedback	6	28	1,80 (ISI)
Ho 2014	Hong Kong	Wekelijkse ondersteuning via telefoon	6	208	0,36 (ISI)
van Straten 2014	NL (i-Sleep)	Wekelijkse ondersteuning coach via e-mail	6	118	1,06 (PSQI)
de Bruin 2015	NL (Slimslapen)	Wekelijkse ondersteuning coach	6	78	1,32 (HSDQ)
Lancee 2015	NL (Slaapgezonder ^a)	Wekelijkse ondersteuning coach via e-mail	6	63	0,69 (ISI)
Pillai 2015	VS (Sleepio)	Geautomatiseerde feedback	6	22	0,88 (ISI)
Thiart 2016	Duitsland (GET.ON)	Wekelijkse ondersteuning coach via e-mail	6	128	1,45 (ISI)
Lancee 2016	NL (Slaapgezonder ^a)	Wekelijkse ondersteuning coach via e-mail	6	60	0,89 (ISI)
Christensen 2016	Australië (SHUTi)	Geautomatiseerde feedback	6	1149	1,10 (ISI)
Hagatun 2017	Noorwegen (SHUTi)	Geautomatiseerde feedback	6	181	1,80 (ISI)

(Eerste) auteur	Land (naam)	Ondersteuning	Aantal weken	N	Effect size in Cohens <i>d</i> voor ernst insomnie (vragenlijst)
Ritterband 2017	VS (SHUTi)	Geautomatiseerde feedback	6	303	1,00 (ISI)
Horsch 2017	NL (Sleepcare)	Geautomatiseerde feedback	6	151	0,70 (ISI)
Bernstein 2017	VS (Go! to sleep)	Geautomatiseerde feedback	6	88	0,64 (ISI)

Noot. In deze tabel zijn alleen de effecten opgenomen van de behandelingen ten opzichte van een wachtlijst controleconditie. De Cohens *d* effect sizes zijn gebaseerd op de posttest. De studies van Ström et al. (2004) en Suzuki et al. (2008) rapporteerden niet over de ernst van insomnie en zijn dus niet opgenomen in deze tabel. ^a Slaapgezonder is nu niet meer beschikbaar, deze onlinebehandeling is geïntegreerd in i-Sleep. HDSQ = Holland Sleep Disorder Questionnaire; ISI = Insomnia Severity Index; PSQI = Pittsburgh Sleep Quality Index; SCL = Sleep Condition Indicator.

eenstemming met de resultaten die gevonden worden voor zowel online- als face-to-facetherapie voor insomnie: er wordt in totaal niet noodzakelijkerwijs meer geslapen, maar de slaap is minder gefragmenteerd. Dit geeft een uitgerust en hersteld gevoel.

Op basis van de gegevens uit deze onderzoeken is het overigens niet mogelijk te bepalen welke van de onlinetherapieën het beste werkt. Immers, de studies variëren niet alleen met betrekking tot de interventie zelf, maar ook wat betreft de doelgroep die geïncludeerd wordt, controlegroep, kwaliteit van de studies enzovoort. Over het algemeen tonen de resultaten dat internetinterventies effectief zijn in het verbeteren van de slaap en vooral ook van insomnieklachten in het algemeen.

Drie studies hebben internetinterventies met ‘normale’ gesprekstherapieën vergeleken. Eén studie onderzocht onlinetherapie ten opzichte van individuele therapie bij volwassenen met insomnie. Hieruit bleek dat de individuele gesprekstherapie superieur was aan de onlinetherapie, met grote effectverschillen (Lancee et al., 2016). Een andere studie vergeleek onlinetherapie met een groepsbehandeling. In deze studie werd aangetoond dat de internetbehandeling niet inferieur was ten opzichte van de behandeling in een groep (Blom et al., 2015b). Ten slotte is dezelfde vergelijking nog gemaakt in een studie bij adolescenten (de Bruin et al., 2015). In dit onderzoek werden geen significante verschillen gevonden.

CGTi via het internet: insomnie en depressie

Insomnie en depressie komen vaak gelijktijdig voor (Taylor, Lichstein, Durrence, Reidel, & Bush, 2005). In het verleden werd insomnie meestal gezien als een symptoom van depressie, maar ondertussen is aangetoond dat insomnie ook vaak aan depressie voorafgaat (Riemann & Voderholzer, 2003). Een meta-analyse toonde aan dat mensen met insomnie twee keer zo veel risico hebben om depressief te worden dan mensen zonder insomnie (Baglioni et al., 2011). De vraag is vervolgens of behandeling van de insomnie dan ook een depressie kan uitstellen of voorkomen. Het antwoord op deze vraag is nog niet helemaal duidelijk. Er is een groot onderzoek ($n = 1149$) gepubliceerd naar de effecten van online slaaphtherapie voor mensen met subklinische depressieve klachten. Dit onderzoek wees uit dat de mensen in de controleconditie niet vaker een depressie ontwikkelden dan de mensen die slaaphtherapie hadden gekregen. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat überhaupt slechts 4% van de deelnemers na zes maanden de diagnose ‘depressie’ had (dit is vrij laag omdat iedereen aan de start van het onderzoek subklinische depressieve klachten had). Wel werd gevonden dat de online CGTi niet alleen de slaap verbeterde maar inderdaad ook de depressieve klachten (Christensen et al., 2016).

Een ander probleem is dat men doorgaans verwacht dat slaapproblemen vanzelf verdwijnen als de symptomen van een depressie opklaren. Echter, in

veel gevallen blijven de slaapproblemen bestaan na een succesvolle behandeling voor depressie en er zijn aanwijzingen dat residuele slaapklasten de kans op een terugval van de depressie aanzienlijk vergroten (Carney, Segal, Edinger, & Krystal, 2007). Het lijkt daarom beter om bij een depressiebehandeling de aandacht ook specifiek te richten op een mogelijke slaapprobleem.

Onlangs is er een studie gepubliceerd waarbij patiënten met zowel depressie als insomnie werden gerandomiseerd naar ofwel een onlinebehandeling voor depressie ofwel een onlinebehandeling voor insomnie (Blom et al., 2015a). Zoals verwacht, werd in deze studie gevonden dat de insomniebehandeling effectiever was in het verminderen van insomnieklachten. Verrassend is dat beide behandelingen even effectief leken in het reduceren van de depressieve klachten (maar mogelijk was de steekproef te klein om uitspraken te kunnen doen over gelijkwaardigheid). Dit alles betekent dat onlinebehandelingen voor insomnie niet alleen nuttig zijn voor het verbeteren van de slaap maar ook voor het behandelen van een depressie.

CGTi via het internet: is dit kostenbesparend?

Insomnie brengt hoge maatschappelijke kosten met zich mee als gevolg van verminderde productiviteit en verhoogd gezondheidszorgverbruik (Daley et al., 2009). Als insomnie effectief behandeld wordt, kunnen deze maatschappelijke kosten dus ook teruggedrongen worden. Psychologische behandelingen brengen echter op de korte termijn hogere kosten met zich mee dan slaapmedicatie. Hier staat tegenover dat psychologische behandelingen betere langetermijneffecten hebben en dus de kans groot is dat de kosten uiteindelijk opwegen tegen de besparingen.

Het probleem is alleen dat er nog maar weinig studies zijn naar de kosteneffectiviteit van CGTi. Wij konden twee studies identificeren naar de kosteneffectiviteit van CGTi. Uit de eerste studie bleek dat CGTi inderdaad waarschijnlijk kosteneffectief is (Watanabe et al., 2015). In de tweede studie is gekeken naar de kosteneffectiviteit van online CGTi. Deze studie bekeek de kosteneffectiviteit van een online CGTi-behandeling voor werknemers. Uit deze analyse bleek dat er 87% kans was dat de behandeling goedkoper was dan de reguliere behandeling. De nettowinst door verhoogde productiviteit en verminderd ziekteverzuim werd geschat op 418 euro per deelnemer (Thiart et al., 2016). Op dit moment voeren wij in Nederland een studie uit naar de kosteneffectiviteit van online CGTi binnen de huisartsenpraktijk (van der Zweerde et al., 2016).

Wat betreft de onlinebehandeling is het belangrijk te vermelden dat dit mogelijk een wat aparte categorie is in het kader van kosteneffectiviteit. In principe zijn deze behandelingen tegen een lager tarief aan te bieden. De prijzen van internetbehandeling zijn echter sterk afhankelijk van de kosten van de ontwikkeling, ondersteuning en het beheer van stabiele en veilige technische platforms, en de hoeveelheid persoonlijke ondersteuning. Deze

programma's kunnen beschikbaar worden gesteld voor grotere groepen patiënten en omdat deze interventies gegeven kunnen worden met weinig investering van een therapeut (of zelfs met geautomatiseerde feedback), kunnen we ook aannemen dat ze rendabel zijn.

DISCUSSIE EN TOEKOMSTIGE UITDAGINGEN

.....

Al met al zijn de resultaten van CGTi-interventies via het internet dus veelbelovend. In vergelijking met groepen die geen interventie krijgen aangeboden melden patiënten minder insomniesymptomen en een verbeterde slaapefficiëntie. Door de verbetering van de slaapefficiëntie is de slaap minder gefragmenteerd, met als gevolg dat patiënten zich fitter voelen in de ochtend en een hogere kwaliteit van de slaap ervaren. De effecten van online-interventies voor insomnie zijn groot (Zachariae et al., 2016) en zijn in dezelfde orde van grootte (of groter) dan de effecten van online-interventies voor andere psychische stoornissen zoals depressie en angst (Arnberg, Linton, Hultcrantz, Heintz, & Jonsson, 2014; Richards & Richardson, 2012). Daarom concluderen we dat slaapproblemen effectief behandeld kunnen worden en dat dit vaker toegepast zou moeten worden.

Een belangrijk punt is of onlinebehandeling even effectief is als face-to-facebehandeling. Voor andere aandoeningen zijn er een aantal studies die beide manieren van het aanbieden van behandelingen direct met elkaar vergeleken hebben. Voor depressie is bijvoorbeeld aangetoond dat een onlinebehandeling even effectief is als een face-to-facebehandeling (Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper, & Hedman, 2014; Cuijpers, Donker, van Straten, Li, & Andersson, 2010). Op het gebied van insomnie zijn slechts een beperkt aantal van dergelijke studies gepubliceerd. Uit de studies die in dit artikel beschreven zijn, bleken tegenstrijdige resultaten. Bij de ene studie bleek individuele face-to-facebehandeling effectiever dan onlinebehandeling (Lancee et al., 2016), in de andere studie was onlinebehandeling even effectief als face to face groepsbehandeling (Blom et al., 2015b). In beide studies werden slechts kleine groepen onderzocht. Om over dit onderwerp betere uitspraken te kunnen doen moeten er meer studies (met grotere steekproeven) gedaan worden waarin online- en face-to-facebehandeling vergeleken worden. Ongeacht de uitkomst, blijft de onlinebehandeling een interessante optie omdat deze een goedkoop en effectief alternatief is.

Een ander punt van aandacht is dat vrijwel alle studies naar internetbehandeling voor insomnie tot dusver gedaan zijn bij patiënten uit de algemene populatie. Er is slechts één studie naar een zelfhulpbehandeling uitgevoerd waarbij deelnemers zijn geworven vanuit de reguliere zorg. Deze patiënten die hulp zoeken in de reguliere zorg zijn mogelijk anders dan mensen die zichzelf aanmelden via de media. Deze ene studie liet een positief effect zien (Katofsky et al., 2012). Wij zijn momenteel bezig met een vergelijkbare stu-

die naar de (kosten)effectiviteit van online CGTi in de huisartspraktijk (van der Zweerde et al., 2016). De behoefte aan laagdrempelige CGT-interventies voor insomnie in de huisartspraktijk is meer dan eens aangetoond (Everitt et al., 2014).

Een ander belangrijk kenmerk van insomnie is de comorbiditeit met andere psychische stoornissen, vooral depressie. We weten nog niet of het mogelijk is om het ontstaan van een depressie uit te stellen of te voorkomen door de behandeling van insomnie. Het onderzoek dat hiernaar gedaan is, heeft tot dusver alleen kunnen aantonen dat depressieve klachten minder worden, maar nog niet dat depressieve episodes kunnen worden voorkomen (Christensen et al. 2016). Wel zijn er ook aanwijzingen dat insomniebehandelingen even effectief zijn in de behandeling van depressie als een depressiebehandeling (Blom et al., 2015a). Omdat depressie een van de belangrijkste oorzaken is van ziekte last in de bevolking, is verder onderzoek naar het verband tussen insomnie (behandeling) en depressie gerechtvaardigd. Vooral omdat patiënten (online) insomniebehandelingen accepteren, wat lijkt te resulteren in hoge therapietrouw (wat bij depressietherapie nogal eens een probleem is).

Insomnie komt ook vaak voor in het kader van andere (chronische) somatische ziekten. Kanker, vooral borstkanker, is een voorbeeld van een ziekte waarbij insomnie veel voorkomt (Garland et al., 2014). Ook bij deze populatie is onderzoek gedaan naar zelfhulptherapie door middel van video en een boek voor mensen die borstkanker hadden overleefd (Savard, Villa, Simard, Ivers, & Morin, 2011), en met behulp van een onlinebehandeling (Ritterband et al., 2012). Beide studies toonden veelbelovende resultaten. In een pilotstudie hebben wij dit eveneens onderzocht in Nederland, en met vergelijkbare resultaten (Dozeman et al., 2017). Dit kan er wellicht op wijzen dat onlinebehandeling voor insomnie effectief is ongeacht andere lichamelijke gezondheidsproblemen. Dit is in overeenstemming met de literatuur waaruit bleek dat psychologische behandelingen effectief waren ongeacht andere gezondheidsproblemen (van Straten, Geraedts, Verdonck-de Leeuw, Andersson, & Cuijpers, 2010).

We concluderen dat de tijd gekomen is om internetbehandelingen voor insomnie te implementeren in de dagelijkse praktijk. Zorgverleners hebben behoefte aan andere behandelopties dan medicatie en patiënten lijken bereid de CGTi-interventies via het internet te volgen. Op basis van de studies die zijn uitgevoerd kunnen wij vol overtuiging zeggen dat de onlinebehandelingen voor insomnie de slaap verbeteren. In hoeverre ze in staat zijn om (op lange termijn) dagelijkse prestaties en andere (geestelijke) gezondheidsproblemen te verbeteren, zijn vragen die snel beantwoord moeten worden.

Jaap Lancee is als universitair docent verbonden aan de Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam.

Annetiek van Straten is als hoogleraar verbonden aan de Afdeling Klinische, Neuro- en ontwikkelingspsychologie, Amsterdam Public Health Research Institute, VU Amsterdam.

Correspondentieadres: Jaap Lancee, Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam, Postbus 15933, 1001 NK Amsterdam. E-mail: j.lancee@uva.nl

Summary *Internet-delivered cognitive behavioral treatment for insomnia: a review*

Insomnia is a prevalent disorder that affects about 10% of the general population. The most effective treatment for insomnia is cognitive behavioral treatment (CBT). Unfortunately there is a shortage of properly trained CBT therapists. Offering CBT via the internet may be a solution in terms of scalability and costs. In the current article we discuss the available online CBT treatments for insomnia. In general, the results are encouraging. Patients' adherence to the online CBT programs is high. After CBT, it seems that patients fall asleep quicker and are less often awake during the night. Furthermore, patients have fewer daytime complaints and are less worried about their sleep. An extra advantage seems to be that the effects go beyond sleep. For instance, online CBT for insomnia is also effective in reducing depression severity. On the basis of these studies and the positive results we conclude that the time has come to implement online CBT for insomnia on a larger scale.

Keywords *CBT, insomnia, internet*

Literatuur

- Alpers, J., & Biglan, A. (1979). Self-administered treatment of sleep onset insomnia and the importance of age. *Behavior Therapy*, 10, 347-356.
- American Academy of Sleep Medicine (AASM). (2014). *International classification of sleep disorders, Third edition (ICSD-3)*. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13, 288-295.
- Arnberg, F. K., Linton, S. J., Hultcrantz, M., Heintz, E., & Jonsson, U. (2014). Internet-delivered psychological treatments for mood and anxiety disorders: A systematic review of their efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PLoS One*, 9, e98118.
- Ashton, H. (2005). The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 249-255.
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B.,

- Spiegelhalter, K., Nissen, C., Vorderholzer, U., ... Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 135, 10-19.
- Bernstein, A. M., Allexandre, D., Bena, J., Doyle, J., Gendy, G., Wang, L., ... Drepur, M. (2017). 'Go! to Sleep': A web-based therapy for insomnia. *Telemedicine Journal and E-Health*, 23, 590-599.
- Blom, K., Jernelov, S., Kraepelien, M., Bergdahl, M. O., Jungmarker, K., Ankartjärn, L., ... Kaldø, V. (2015a). Internet treatment addressing either insomnia or depression, for patients with both diagnoses: A randomized trial. *Sleep*, 38, 267-277.
- Blom, K., Tarkian Tillgren, H., Wiklund, T., Danlycke, E., Forssen, M., Soderstrom, A., ... Kaldø, V. (2015b). Internet- vs. group-delivered cognitive behavior therapy for insomnia: A randomized controlled non-inferiority trial. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 47-55.
- Buscemi, N., Vandermeer, B., Friesen, C., Bialy, L., Tubman, M., Ospina, M., ... Witmans, M. (2007). The efficacy and safety of drug treatments for chronic insomnia in adults: A meta-analysis of RCTs. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 1335-1350.
- Carney, C. E., Segal, Z. V., Edinger, J. D., & Krystal, A. D. (2007). A comparison of rates of residual insomnia symptoms following pharmacotherapy or cognitive-behavioral therapy for major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 254-260.
- Christensen, H., Batterham, P. J., Gosling, J. A., Ritterband, L. M., Griffiths, K. M., Thorndike, F. P., ... Mackinnon, A. J. (2016). Effectiveness of an online insomnia program (SHUTi) for prevention of depressive episodes (the GoodNight Study): A randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 3, 333-341.
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40, 1943-1957.
- Daley, M., Morin, C. M., LeBlanc, M., Gregoire, J. P., & Savard, J. (2009). The economic burden of insomnia: Direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. *Sleep*, 32, 55-64.
- de Bruin, E. J., Bögels, S. M., Oort, F. J., & Meijer, A. M. (2015). Efficacy of cognitive behavioral therapy for insomnia in adolescents: A randomized controlled trial with internet therapy, group therapy and a waiting list condition. *Sleep*, 38, 1913-1926.
- Dozeman, E., Verdonck-de Leeuw, I., Savard, J., & van Straten, A. (2017). Guided web-based intervention for insomnia targeting breast cancer patients: Feasibility and effect. *Internet Interventions*, 9, 1-6.
- Edinger, J. D., & Means, M. K. (2005). Cognitive-behavioral therapy for primary insomnia. *Clinical Psychology Review*, 25, 539-558.
- Espie, C. (2006). *Overcoming insomnia and sleep problems: A self-help guide using cognitive behavioral techniques*. London: Robinson.
- Espie, C. A., Kyle, S. D., Williams, C., Ong, J. C., Douglas, N. J., Hames, P., & Brown, J. S. (2012). A randomized, placebo-controlled trial of online cognitive behavioral therapy for chronic insomnia disorder delivered via an automated media-rich web application. *Sleep*, 35, 769-781.
- Everitt, H., McDermott, L., Leydon, G., Yules, H., Baldwin, D., & Little, P. (2014). GPs' management strategies for patients with insomnia: A survey and qualitative interview study. *The*

- British Journal of General Practice*, 64, e112-119.
- Garland, S. N., Johnson, J. A., Savard, J., Gehrman, P., Perlis, M., Carlson, L., & Campbell, T. (2014). Sleeping well with cancer: A systematic review of cognitive behavioral therapy for insomnia in cancer patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1113-1124.
- Geiger-Brown, J. M., Rogers, V. E., Liu, W., Ludeman, E. M., Downton, K. D., & Diaz-Abad, M. (2015). Cognitive behavioral therapy in persons with comorbid insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 23, 54-67.
- Glass, J., Lancotot, K. L., Herrmann, N., Sproule, B. A., & Busto, U. E. (2005). Sedative hypnotics in older people with insomnia: Meta-analysis of risks and benefits. *British Medical Journal*, 331, 1169-1173.
- Hagatun, S., Veda, O., Nordgreen, T., Smith, O. R., Pallesen, S., Havik, O. E., ... Sivertsen, B. (2017). The short-term efficacy of an unguided internet-based cognitive-behavioral therapy for insomnia: A randomized controlled trial with a six-month nonrandomized follow-up. *Behavioral Sleep Medicine*, 1-23.
- Ho, F. Y., Chung, K. F., Yeung, W. F., Ng, T. H., & Cheng, S. K. (2014). Weekly brief phone support in self-help cognitive behavioral therapy for insomnia disorder: Relevance to adherence and efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 147-156.
- Holbrook, A. M., Crowther, R., Lotter, A., Cheng, C., & King, D. (2000). Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *Canadian Medical Association Journal*, 162, 225-233.
- Horsch, C. H., Lancee, J., Griffioen-Both, F., Spruit, S., Fitrianie, S., Neerinx, M. A., ... Brinkman, W. P. (2017). Mobile phone-delivered cognitive behavioral therapy for insomnia: A randomized waitlist controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 19, e70.
- Jernelov, S., Lekander, M., Blom, K., Rydh, S., Ljotsson, B., Axelsson, J., & Kaldo, V. (2012). Efficacy of a behavioral self-help treatment with or without therapist guidance for co-morbid and primary insomnia – a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12, 5.
- Kaldo, V., Jernelov, S., Blom, K., Ljotsson, B., Brodin, M., Jorgensen, M., ... Lindfors, N. (2015). Guided internet cognitive behavioral therapy for insomnia compared to a control treatment – A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 71, 90-100.
- Katofsky, I., Backhaus, J., Junghanns, K., Rumpf, H. J., Huppe, M., von Eitzen, U., & Hohagen, F. (2012). Effectiveness of a cognitive behavioral self-help program for patients with primary insomnia in general practice – a pilot study. *Sleep Medicine*, 13, 463-468.
- Kerkhof, G. A. (2017). Epidemiology of sleep and sleep disorders in The Netherlands. *Sleep Medicine*, 30, 229-239.
- Kyle, S. D., Morgan, K., & Espie, C. (2010). Insomnia and health-related quality of life. *Sleep Medicine Reviews*, 14, 69-82.
- Lancee, J., Eisma, M. C., van Straten, A., & Kamphuis, J. H. (2015). Sleep-related safety behaviors and dysfunctional beliefs mediate the efficacy of online cbt for insomnia: A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44, 406-422.
- Lancee, J., van den Bout, J., Sorbi, M. J., & van Straten, A. (2013). E-mail support improves the effectiveness of internet-delivered self-help treatment for insomnia: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 797-805.
- Lancee, J., van den Bout, J., van Straten, A., & Spoormaker, V. I. (2012). Internet-delivered or mailed self-help treatment for insomnia? A randomized waiting-list controlled trial. *Be-*

- haviour Research and Therapy*, 50, 22-29.
- Lancee, J., van Straten, A., Morina, N., Kaldò, V., & Kamphuis, J. H. (2016). Guided online or face-to-face cognitive behavioral treatment for insomnia: A randomized wait-list controlled trial. *Sleep*, 39, 183-191.
- Manconi, M., Ferri, R., Miano, S., Maestri, M., Bottasini, V., Zucconi, M., & Ferini-Strambi, L. (2017). Sleep architecture in insomniacs with severe benzodiazepine abuse. *Clinical Neurophysiology*, 128, 875-881.
- Meng, L., Zheng, Y., & Hui, R. (2013). The relationship of sleep duration and insomnia to risk of hypertension incidence: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Hypertension Research*, 36, 985-995.
- Morin, C. M., Beaulieu-Bonneau, S., LeBlanc, M., & Savard, J. (2005). Self-help treatment for insomnia: A randomized controlled trial. *Sleep*, 28, 1319-1327.
- Morin, C. M., Bélanger, L., LeBlanc, M., Ivers, H., Savard, J., Espie, C. A., ... Grégoire, J. (2009). The natural history of insomnia. A population-based 3-year longitudinal study. *Archives of Internal Medicine*, 169, 447-453.
- Morin, C. M., & Benca, R. (2012). Chronic insomnia. *Lancet*, 379, 1129-1141.
- Morin, C. M., & Espie, C. A. (2003). *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment*. New York: Springer.
- Morin, C. M., LeBlanc, M., Daley, M., Grégoire, J. P., & Merette, C. (2006). Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Medicine*, 7, 123-130.
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). (2014). NHG-standaard slaapproblemen en slaapmiddelen (tweede herziening). *Huisarts en Wetenschap*, 57, 352-361.
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, 6, 97-111.
- Pillai, V., Anderson, J. R., Cheng, P., Bazan, L., Bostock, S., Espie, C. A., ... Drake, C. L. (2015). The anxiolytic effects of cognitive behaviour therapy for insomnia: Preliminary results from a web-delivered protocol. *Journal of Sleep Medicine & Disorders*, 2, 1017.
- Qaseem, A., Kansagara, D., Forcica, M. A., Cooke, M., Denberg, T. D., & Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. (2016). Management of chronic insomnia disorder in adults: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 165, 125-133.
- Redline, S., & Foody, J. A. (2011). Sleep disturbances: Time to join the top 10 potentially modifiable cardiovascular risk factors? *Circulation*, 124, 2049-2051.
- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 329-342.
- Riedel, B. W., Lichstein, K. L., & Dwyer, W. O. (1995). Sleep compression and sleep education for older insomniacs: Self-help versus therapist guidance. *Psychological Aging*, 10, 54-63.
- Riemann, D., & Perlis, M. L. (2009). The treatments of chronic insomnia: A review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. *Sleep Medicine Reviews*, 13, 205-214.
- Riemann, D., & Voderholzer, U. (2003). Primary insomnia: A risk factor to develop depression? *Journal of Affective Disorders*, 76, 255-259.
- Ritterband, L. M., Bailey, E. T., Thorn-dike, F. P., Lord, H. R., Farrell-Carnahan, L., & Baum, L. D. (2012). Initial evaluation of an Internet interven-

- tion to improve the sleep of cancer survivors with insomnia. *Psycho-oncology*, 21, 695-705.
- Ritterband, L. M., Thorndike, F. P., Gonder-Frederick, L. A., Magree, J. C., Bailey, E. T., Saylor, D. K., & Morin, C. M. (2009). Efficacy of an internet-based behavioral intervention for adults with insomnia. *Archives of General Psychiatry*, 66, 692-698.
- Ritterband, L. M., Thorndike, F. P., Ingersoll, K. S., Lord, H. R., Gonder-Frederick, L., Frederick, C., ... Morin, C. M. (2017). Effect of a web-based cognitive behavior therapy for insomnia intervention with 1-year follow-up: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74, 68-75.
- Roth, T., Coulouvrat, C., Hajak, G., Lakoma, M. D., Sampson, N. A., Shahly, V., ... Kessler, R. C. (2011). Prevalence and perceived health associated with insomnia based on DSM-IV-TR: Results from the America Insomnia Survey. *Biological Psychiatry*, 69, 592-600.
- Savard, J., & Morin, C. M. (2011). Insomnia in the context of cancer: A review of a neglected problem. *Journal of Clinical Oncology*, 19, 895-908.
- Savard, J., Villa, J., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2011). Feasibility of a self-help treatment for insomnia comorbid with cancer. *Psychooncology*, 20, 1013-1019.
- Smith, T. S., Perlis, M. L., Park, A., Smith, M. S., Pennington, J. Y., Giles, D. E., & Buysse, D. J. (2002). Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *American Journal of Psychiatry*, 159, 5-11.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nylklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319-328.
- Spoormaker, V. I., & van den Bout, J. (2005). The prevalence of sleep disorders in the Netherlands. *Sleep-Wake Research in the Netherlands*, 16, 155-158.
- Staner, L. (2010). Comorbidity of insomnia and depression. *Sleep Medicine Reviews*, 14, 35-46.
- Ström, L., Pettersson, R., & Andersson, G. (2004). Internet-based treatment for insomnia: A controlled evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 113-120.
- Suzuki, E., Tsuchiya, M., Hirokawa, K., Taniguchi, T., Mitsunashi, T., & Kawakami, N. (2008). Evaluation of an internet-based self-help program for better quality of sleep among Japanese workers: A randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health*, 50, 387-399.
- Taylor, D. J., Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Reidel, B. W., & Bush, A. J. (2005). Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep*, 28, 1457-1464.
- Thiart, H., Ebert, D. D., Lehr, D., Nobis, S., Buntrock, C., Berking, M., ... Riper, H. (2016). Internet-based cognitive behavioral therapy for insomnia: A health economic evaluation. *Sleep*, 39, 1769-1778.
- Trauer, J. M., Qian, M. Y., Doyle, J. S., Rajaratnam, S. M., & Cunningham, D. (2015). Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 163, 191-204.
- van der Zweerde, T., Lancee, J., Slottje, P., Bosmans, J., van Someren, E., Reynolds, C. 3rd, ... van Straten, A. (2016). Cost-effectiveness of i-Sleep, a guided online CBT intervention, for patients with insomnia in general practice: Protocol of a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16, 85.
- van Straten, A., Blom, K., Lancee, J., & Kaldo, V. (2016). ICBT for insomnia. In N. Lindefors, & G. Andersson (Eds). *Guided internet-based treatments in psychiatry* (pp. 143-161).

- Cham: Springer International Publishing Switzerland.
- van Straten, A., Cuijpers, P., Smit, F., Spermon, M., & Verbeek, I. (2009). Self-help treatment for insomnia through television and book: A randomized trial. *Patient Education and Counseling*, 74, 29-34.
- van Straten, A., Emmelkamp, J., de Wit, J., Lancee, J., Andersson, G., Someren, E. J. W., & Cuijpers, P. (2014). Guided internet-delivered cognitive behavioral treatment for insomnia: A randomized trial. *Psychological Medicine*, 44, 1521-1532.
- van Straten, A., Geraedts, A., Verdonck-de Leeuw, I., Andersson, G., & Cuijpers, P. (2010). Psychological treatment of depressive symptoms in patients with medical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 23-32.
- van Straten, A., van der Zweerde, T., Kleiboer, A., Cuijpers, P., Morin, C. M., & Lancee, J. (2017). Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*. doi: 10.1016/j.smr.2017.02.001
- Verbeek, I., & van de Laar, M. (2010). *Behandeling van langdurige slapeloosheid*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vincent, N., & Lewycky, S. (2009). Logging on for better sleep: RCT on the effectiveness of online treatment for insomnia. *Sleep*, 32, 807-815.
- Watanabe, N., Furukawa, T. A., Shimodera, S., Katsuki, F., Fujita, H., Sasaki, M., ... Perlis, M. L. (2015). Cost-effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with depression: Analysis of a randomized controlled trial. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 69, 335-343.
- World Health Organization (WHO). (1992). *The ICD classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M., & O'Toole, M. S. (2016). Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia – A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 30, 1-10.

Gevalsbeschrijving 'Biohazard; geigerteller anyone?'

SVEN VAN AMSTEL & TONNIE STARING

Samenvatting

De disfunctionele overtuiging radioactiviteit uit te stralen en hier anderen mee te kunnen schaden lijkt in de wetenschappelijke literatuur niet beschreven te worden. In dit artikel geven we de cognitief-gedragstherapeutische behandeling aan de hand van het protocol Gedachten Uitpluizen weer, bij een man die onder deze overtuiging lijdt. De aanmelding, voorgeschiedenis, conceptualisatie, behandelkeuze, het verloop, de obstakels, oplossingen en verbeterpunten komen aan bod. Opvallend is hoe moeilijk het soms kan zijn om een verwachting te falsificeren als onbekend is binnen welk tijdsbestek deze verwachting tot uiting zal komen, en in welke vorm. Anderzijds blijkt ook hoe eenvoudig een US/UR-representatie geherevalueerd kan worden door een op het eerste gezicht kostbare interventie, die achteraf gezien bij eerdere inzet misschien juist geld had kunnen besparen.

Trefwoorden: psychose, waan, radioactiviteit, besmetting, gedachten uitpluizen

INLEIDING

Een overtuiging wordt meestal als waan gezien als de persoon: (1) volledig overtuigd is van zijn denkbeelden, maar diens omgeving er anders naar kijkt; (2) met de denkbeelden gepreoccupeerd is; (3) er vrees van ervaart en (4) niet vatbaar is voor feiten die ermee in tegenspraak zijn. Vaak wordt een waan gezien in het kader van een psychotische aandoening, zoals bij schizofrenie of een waanstoornis (DSM-5; APA, 2014). Het hebben van dit soort overtuigingen blijkt echter ook voor te komen in de algemene populatie, in milde of ernstiger mate, waarbij dit niet gezien wordt als een onderdeel van een psychotische stoornis (van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul, & Krabbendam, 2009).

Er bestaat een grote diversiteit aan wanen. Paolini, Moretti en Compton (2016) onderscheiden beïnvloedings-, grootheds-, paranoïde, negatief-affect- (jaloezie, zonde, schuld) en somatische wanen. De paranoïde waan komt het meeste voor: in de algemene populatie zijn achterdochtige overtuigingen in een continuüm aanwezig van mild (30%) tot zeer ernstig (2%) (Bebbing-ton et al., 2013). Van de mensen met een eerste psychose heeft ongeveer 70% een paranoïde waan (Freeman & Garety, 2014). De betrekkingswaan staat op nummer twee en op nummer drie de groothedswaan met een prevalentie van 40% tot 50% bij mensen met een psychotische stoornis (Knowles, McCarthy-Jones, & Rowse, 2011). Ook is er een relatie tussen ervaringen en de inhoud van de waan (Paolini et al., 2016). Er zijn gevallen bekend van mensen die na het hebben moeten eten van ontlasting bij ernstig misbruik met sadistische aspecten in de kindertijd later de waan ontwikkelen dat er beestjes in hun darmen leven terwijl dit niet geobjectiveerd kan worden. Of gevallen waarin mensen in de kindertijd een operatie hebben moeten ondergaan, waarna ze de waan ontwikkelen dat bij deze operatie een chip in hun lichaam is geplaatst. Verder komt paranoia geregeld voor na het hebben meegemaakt van interpersoonlijk geweld (Freeman et al., 2014).

In dit artikel beschrijven we de cognitief-gedragstherapeutische behandeling (CGT) van een patiënt die de opvatting heeft radioactief besmet te zijn. De radioactiviteitswaan, als deze al kan worden gezien als een apart type waan, hebben we niet terug kunnen vinden in de wetenschappelijke literatuur over wanen. Mogelijk dat deze overtuiging wordt geschaard onder de somatische, paranoïde of vergiftigingswaan, of eventueel onder de schuldwaan. Voortbordurend op de relatie die is gevonden tussen opgedane ervaringen en de inhoud van de waan, kan verondersteld worden dat het idee radioactief besmet te zijn vaker voorkomt in landen waar het bewust iemand besmetten daadwerkelijk wordt toegepast om (politieke) tegenstanders uit te schakelen. Zo is in 2006 voormalig agent van de Russische geheime dienst FSB, de opvolger van de KGB, en criticus van de regering van Poetin, Aleksander Litvinenko vermoedelijk vergiftigd met een dosis polonium-210. Op 1 november 2006 dronk Litvinenko thee met twee andere Russische voormalig geheim agenten, Andrej Loegovoj en Dimitri Kovtoen, in het Millennium Hotel in Londen, waar zij de dosis polonium-210 vermoedelijk in zijn thee hebben gedaan. Hij overleed op 23 november 2006 (bron: nos.nl). Wanneer mensen in die context een dergelijke angst hebben, kan worden onderzocht of er bij hen sprake is van een waan, een angst, of misschien zelfs van een reële risicoverwachting. Omdat de overtuiging bij onze casus weinig reëel leek en tot fors disfunctioneren en belemmeringen alsmede tot een hulpvraag leidde, leek het ons geschikt om CGT toe te passen.

PATIËNTGEGEVENS EN ACHTERGROND VAN DE KLACHT

.....

260

De huidige gevalsbeschrijving gaat over een man van middelbare leeftijd die geboren is in Oost-Europa en begin 21^e eeuw naar Nederland is gekomen. In het kader van anonimiteit noemen we hem hier Vladimir. Hij heeft toestemming gegeven voor het geanonimiseerd publiceren van de details van deze behandeling. Wanneer Vladimirs vader overlijdt, gaat hij terug naar zijn geboorteland. Aldaar gaat hij met een vriend die bij de geheime dienst werkt naar een café. Vladimir maakt een grap over een collega van deze vriend bij de geheime dienst. Vervolgens krijgen zij een drankje van andere gasten in het café aangeboden dat vreemd smaakt. Zij laten het drankje aan de café-eigenaar proeven, die het hiermee eens is. Vervolgens gooien zij het drankje weg en vervolgen ze hun avond. Dit voorval is nu inmiddels tien jaar geleden.

Hierna gaat Vladimir weer terug naar Nederland om zich te herenigen met zijn zoon die in de tussentijd nog in Nederland bij zijn ex-vrouw woonde. Twee jaar later overlijdt de vriend met wie hij het vreemd smakende drankje heeft geproefd aan darmkanker. Ook verliest Vladimir in ditzelfde jaar zijn baan; de oorzaak hiervan is ons niet bekend. Een jaar later hoort Vladimir dat de café-eigenaar aan maagkanker is overleden. Zelf krijgt Vladimir in datzelfde jaar last van buikklasten en een drukkend gevoel op de onderbuik. Hij moet vaker plassen en ontwikkelt de angst om ook kanker te hebben. Hij gaat meerdere keren naar de huisarts voor onderzoek. Er wordt geen afwijking gevonden, maar hij kan niet worden gerustgesteld. Tijdens deze periode ziet hij op een dag twee personen uit zijn geboorteland bij hem in de straat. Hij denkt dan dat ze van plan zijn om hem wat aan te doen vanwege maffia-zaken of drugshandel. Helaas is de auteurs onbekend hoe hij tot deze overtuiging is gekomen. Hij meent dat hij door zijn lange ervaring in de horeca in de ogen van mensen kan zien of ze goed of slecht zijn. Na het zien van deze personen denkt hij te weten hoe het zit: hij zal zelf ook doodgaan aan kanker omdat er iets in zijn drankje is gedaan tijdens het bezoek aan het café in zijn geboorteland. Van zijn ex-vrouw moet Vladimir terug naar zijn psycholoog waar hij eerder vanwege depressieve en posttraumatische-stressklachten in behandeling was, maar in plaats daarvan gaat hij naar de politie met het verhaal dat er mensen achter hem aan zitten. Vervolgens gaat hij met zijn ex-vrouw en zoontje op vakantie naar Tunesië, alwaar hij opnieuw mensen uit zijn geboorteland ziet bij het zwembad en in en om het hotel, die niet alleen hem, maar volgens hem nu ook zijn gezin leed willen aandoen. Hij raakt verward, gedraagt zich vreemd en wordt naar het ziekenhuis gebracht en opgenomen; de precieze gang van zaken hiervan is onbekend. Ook bij terugkomst in Nederland blijft Vladimir het idee houden dat men het op hem voorzien heeft en hij wordt datzelfde jaar nog opgenomen in de psychiatrie, alwaar zijn klachten geclassificeerd worden als een psychotische stoornis NAO.

Vervolgens maakt Vladimir onder andere nog een situatie mee waarin iemand tegen hem zegt dat er iets in zijn maag zit en een situatie waarin een

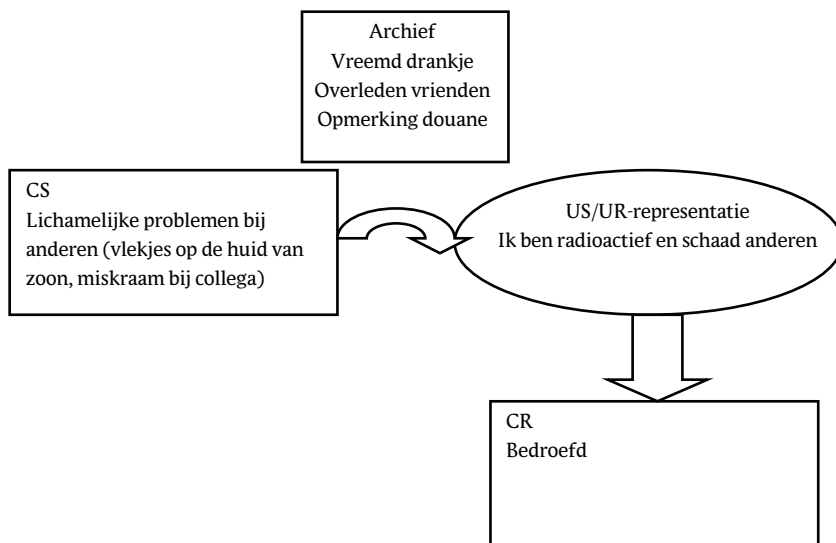
douanebeambte tegen zijn zoontje zegt niet te dicht bij hem in de buurt te komen. Hieruit trekt hij de conclusie dat er nog een restant van het drankje in zijn maag moet zitten dat maakt dat hij radioactieve straling uitzendt waardoor hij mensen kan schaden. Differentiaaldiagnostisch zou hierdoor tevens aan hypochondrie of een obsessieve-compulsieve stoornis gedacht kunnen worden, omdat er bij deze classificaties ook de angst kan bestaan besmet of ziek te zijn, anderen iets aan te zullen doen en overmatig verantwoordelijk te zijn voor ongevallen en de gezondheid van anderen. De klachten hebben hier dus wel overeenkomsten mee. Echter, vanwege de aparte overtuiging omtrent radioactiviteit en de bijkomstigheid van paranoïde overtuigingen hebben we deze geclassificeerd als een psychose.

Na opname wordt Vladimir behandeld in het wijkteam, waar hij wordt verwezen voor psychologische behandeling en waar hij de eerste auteur van dit artikel ontmoet. Bij de kennismaking uit hij de overtuiging dat hij radioactief is als gevolg van het drinken van een drankje, waarvan hij het idee heeft dat hier radioactief materiaal in zat. Hij is nu erg bang straling uit te zenden en zo anderen te schaden, voornamelijk zijn zoon. Gevolgen zijn onder andere dat hij niet dicht bij anderen in de buurt komt, moeite heeft met het knuffelen van zijn zoon, alleen thuis naar het toilet gaat, relaties met vrouwen niet doorzet en bijvoorbeeld al drie jaar geen seks heeft gehad. Desondanks lukt het hem wel om zelfstandig te wonen en betaald werk uit te voeren, maar hij ontkomt niet aan de gedachte anderen te zullen schaden en blijft erover piekeren. Hij is er voor 90% van overtuigd dat dit zo is. Hij wil graag gemeten worden met een geigerteller om hierover voor eens en altijd zekerheid te krijgen.

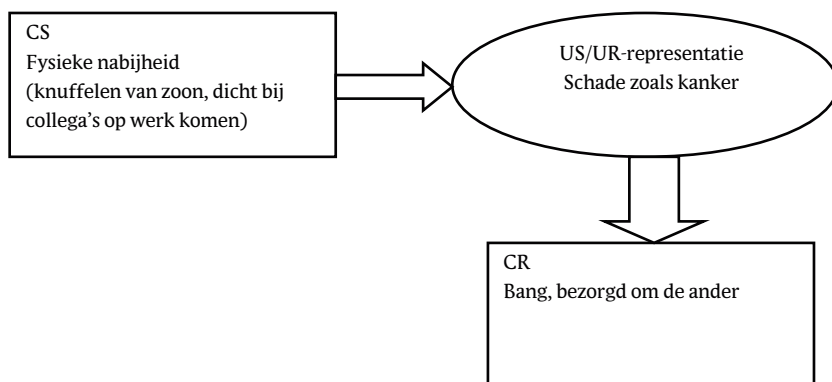
BETEKENIS- EN FUNCTIEANALYSES

.....

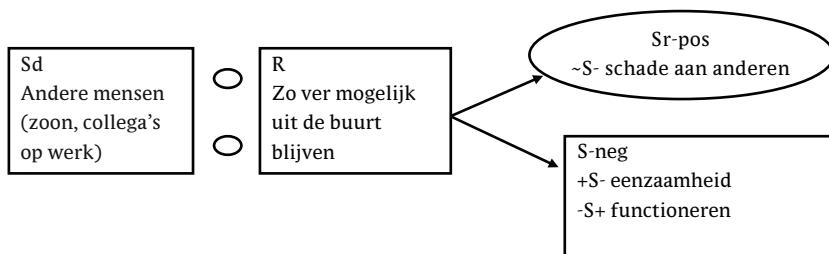
Op basis van het door Vladimir vertelde verhaal in het kennismakingsgesprek wordt een probleemformulering opgesteld, waar onderstaande betekenis- en functieanalyses (Korrelboom & Ten Broeke, 2014) uit naar voren komen. Omdat Vladimir aangeeft niet meer het idee te hebben achtervolgd te worden, is deze achterdochtovertuiging uit de analyses gelaten. Vladimir ziet zijn overtuiging radioactief te zijn en anderen te schaden – waar hij respectievelijk bedroefd en bang van wordt – als zijn grootste problemen, en daarom worden deze geconceptualiseerd in een betekenisanalyse (figuren 1 en 2). Het gedrag dat hij uitvoert om dit te voorkomen wordt vervolgens geconceptualiseerd in een functieanalyse (figuren 3 tot en met 5).

FIGUUR 1 BA 1: *disfunctionele overtuiging*

Het probleem waar de andere problemen uit voortvloeien is de overtuiging van Vladimir dat hij radioactief besmet is, straling uitzendt en anderen hiermee kan schaden. Bij mensen met een psychose beheerst een dergelijke overtuiging iemands leven en wordt dit een kernthema dat bij een veelvoud aan CS-en wordt geactiveerd. Doel van de behandeling is dit patroon te doorbreken en te kijken naar een functionelere betekenis voor deze CS-en in de hoop dat iemand de onderliggende overtuiging onwaarschijnlijk gaat vinden, zijn gedrag hier niet meer op hoeft aan te passen en de overige functie- en betekenisanalyses (FABA's) dus wegvallen.

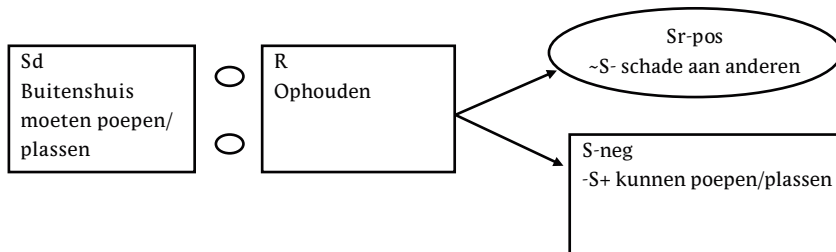
FIGUUR 2 BA 2: *besmettingsgevaar*

De tweede betekenisanalyse betreft Vladimirs gevolgtrekking naar aanleiding van zijn initiële overtuiging radioactief te zijn. Deze gevolgtrekking lijkt het meest zijn gedrag te beïnvloeden. Dat hij radioactief is vindt hij niet zo'n probleem, maar dat hij anderen, in het bijzonder zijn zoontje, hier mogelijk schade mee kan berokkenen wil hij te allen tijde voorkomen. Als dit sequentiële verband gefalsificeerd kan worden, hoeft Vladimir hiermee geen rekening meer te houden en kan hij bijvoorbeeld zijn zoontje weer knuffelen.



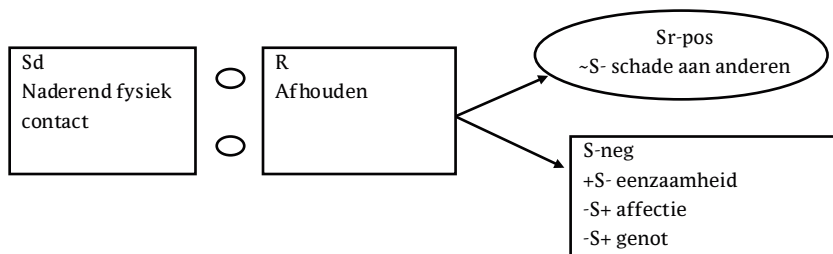
FIGUUR 3 FA 1: sociale vermijding

FA 1 betreft een gedragsmatig gevolg van de gevolgtrekking van BA 2. Als de Sr-pos ontkracht kan worden, zal Vladimir de R achterwege kunnen laten.



FIGUUR 4 FA 2: somatische vermijding

FA 2 betreft een gedragsmatig gevolg van de gevolgtrekking van BA 2. Als de Sr-pos ontkracht kan worden, zal Vladimir de R achterwege kunnen laten.



FIGUUR 5 FA 3: fysieke vermijding

FA 3 betreft een gedragsmatig gevolg van de gevolgtrekking van BA 2. Als de Sr-pos ontkracht kan worden, zal Vladimir de R achterwege kunnen laten.

MEETINSTRUMENTEN EN REGISTRATIES

.....

Aangezien Vladimir beperkt Nederlands spreekt, leest en schrijft wordt er niet gebruikgemaakt van meetinstrumenten. Wel wordt gedurende de behandeling in elke sessie de mate waarin hij ervan overtuigd is dat hij radioactief zou zijn en anderen kan schaden nagevraagd op een schaal van 0%-100% en wordt het resultaat geëvalueerd aan de hand van verandering in deze overtuiging en verandering in veiligheids- en vermijdingsgedrag, zoals het niet knuffelen van zijn zoontje, niet buitenshuis naar de wc gaan, fysiek zo ver mogelijk uit de buurt blijven van anderen en geen fysiek contact aangaan.

BEHANDELMETHODE

.....

De eerste interventie is gericht op het onderzoeken in hoeverre de betekenis die de cliënt over zichzelf heeft ontwikkeld inderdaad disfunctioneel is: waar vind je een geigerteller om zijn radioactiviteit te meten? Vladimir heeft hiervoor met zijn casemanager al op Marktplaats gekeken, maar in verband met geldgebrek blijkt dit niet haalbaar. Bij gebrek hieraan, maar ook voor het goed kunnen opstellen van een gedragsexperiment wanneer een geigerteller in de toekomst mogelijk toch voorhanden komt, kan CGT van pas komen. Daar de klacht psychoseachtige problematiek betreft wordt gekozen voor het protocol van overmatige achterdocht van Gedachten Uitpluizen (van der Gaag, Staring, van den Berg, & Baas, 2013). Binnen dit protocol is het de gewoonte om een op de persoon toegespitste probleemformulering op te stellen, waar bovenstaande functie- en betekenisanalyses uit worden gedestilleerd. Omdat Vladimir ook het Engels beperkt beheerst wordt de therapie toch in het Nederlands gegeven.

Het protocol werkt als volgt (uit het boek *Gedachten uitpluizen*): Bij de behandeling van overmatige achterdocht wordt aangenomen dat deze ontstaat als het gevolg van dopaminesensitisatie (waardoor stimuli extra salient worden en de aandacht trekken), verstoorde betekenisgeving door cognitieve tendensen in waarnemen en redeneren, en consoliderende processen zoals selectieve aandacht en vermijding. Bij ingrijpende gebeurtenissen en/of stress verhoogt de dopamineafgifte in het striatum (Howes, McCutcheon, Owen, & Murray, 2017). Dopamine wordt gezien als de markeerstift van het brein, die ons alert maakt op belangrijke gebeurtenissen. Bij ontregeling van dopamineafgifte kunnen willekeurige stimuli worden gemarkeerd als belangrijk, waardoor de persoon deze als betekenisvol zal ervaren. Niet begrijpend waarom deze stimulus belangrijk voor hem is, start de persoon de zoektocht naar een verklaring. Beïnvloed door cognitieve tendensen kan hierbij tot een bijzondere conclusie gekomen worden. Zo kan onder invloed van de dataverzamelingstendens op basis van weinig informatie naar de eerste conclusie die in de persoon opkomt gesprongen worden. In plaats van meerdere verklaringen gebaseerd op verschillende bewijzen voor een situatie te overwegen, houdt hij vast aan de eerste in het bewustzijn springende verklaring; dit wordt ook wel 'overhaast conclusies trekken' genoemd. De covariatietendens kan ervoor zorgen dat de persoon aan willekeurige gebeurtenissen een causaal verband toeschrijft die zijn eerder getrokken conclusie ondersteunt. Vervolgens wordt onder invloed van selectieve aandacht en de confirmatietendens (voornamelijk zoeken naar bewijs voor zijn overtuiging en het negeren van tegenbewijs) de conclusie geconsolideerd.

Deze theorie wordt toegepast op de huidige casus. Het jaar van het overlijden van zijn vriend en het verlies van zijn werk is een stressvol jaar voor Vladimir. Dit is mogelijk een oorzaak voor dopamineontregeling. Als gevolg van de stress ervaart hij lichamelijke signalen, die wellicht door deze dopamineontregeling extra opvallen en betekenisvol zijn. Op zoek naar een verklaring voor deze lichamelijke signalen komt hij – na het overlijden van de café-eigenaar aan kanker – tot de conclusie dat ze te maken hebben met het drankje dat hij heeft gedronken. Op zoek naar verdere onderbouwing voor deze conclusie koppelt hij andere gebeurtenissen uit verleden en heden aan elkaar, waardoor uiteindelijk het verhaal ontstaat dat landgenoten uit zijn geboorteland het op hem en zijn gezin voorzien hebben; eerst heeft men hem het drankje gegeven dat hem kanker gaf, en daarna is men hem gaan achtervolgen. Tevens koppelt hij de situaties van de persoon die zegt dat er iets in zijn maag zit en de douanebeambte die zijn zoontje waarschuwt niet te dicht bij hem in de buurt te komen aan zijn conclusie, waarbij hij de overtuiging creëert dat er nog een restant van het drankje in zijn maag zit waardoor hij radioactieve straling uitzendt. Deze conclusie wordt vervolgens in zijn ogen bevestigd door onder andere willekeurige ziekteverschijnselen bij zijn zoon, de miskraam van een collega en nieuwsartikelen over mensen die radioactief

besmet zijn geraakt. Gevolg is het aanpassen van zijn gedrag uit angst voor het schaden van anderen.

In het protocol worden cognitieve en gedragsinterventies beschreven om bovenstaand sneeuwbaaleffect te ontrafelen. Dit kan door in te grijpen (door vragen te stellen) op een van de drie niveaus: (1) Is het waar wat je denkt? (2) Zo ja, wat maakt dat je hier zoveel last van hebt en wat kun je doen om er minder last van te hebben? (3) Als de last niet te verminderen is, hoe kun je dan toch nog een zo prettig mogelijk leven leiden? Afhankelijk van de sterkte van de overtuiging – en in hoeverre de persoon openstaat voor alternatieven – wordt na het opstellen van een geïndividualiseerde probleemformulering een niveau van aangrijpen gekozen en met goedkeuring van de persoon gestart met uitleg te geven over dopamineontregeling en cognitieve tendensen. De goedkeuring van de persoon is nodig om te voorkomen dat de uitleg als opdringerig wordt ervaren en om de kans te vergroten dat deze wordt geïntegreerd in het eigen denkkader. Vervolgens worden aan de hand van g-sche-ma's situaties uit verleden en heden in kaart gebracht die met behulp van de gegeven psycho-educatie geduid kunnen worden om vervolgens met bijvoorbeeld de taartpunttechniek alternatieve verklaringen te bedenken. Hierbij is het niet zozeer van belang dat men direct een alternatieve verklaring acceptabel vindt. Het gaat voornamelijk om het verbreden van de blik en inzichtelijk maken dat bij elke situatie meerdere verklaringen mogelijk zijn. De ervaring van de eerste auteur is dat mensen met psychoseachtige verschijnselen het, ook bij het vasthouden aan hun originele overtuiging, geruststellend vinden dat er tevens andere verklaringen mogelijk zijn. Als er twijfel is gezaaid en de persoon daarvoor openstaat, kunnen de alternatieve verklaringen getoetst worden in gedragsexperimenten en exposure. Hierdoor wordt de originele overtuiging minder aannemelijk. Gedragsexperimenten en exposure hebben bovendien als bijkomend voordeel dat mensen hun vermijding doorbreken en weer een 'normaler' leven kunnen leiden. Tot slot kunnen dan resterende problemen, zoals een negatief zelfbeeld, slaapproblemen en/of piekeren met de hiervoor bekende technieken worden behandeld.

BEHANDELVERLOOP

.....

De hulpvraag van Vladimir is gericht op BA 1 en 2. Dit komt overeen met aangrijpingsniveau 1. Alvorens met gedragsmatige interventies te beginnen gericht op het doorbreken van zijn vermijdingsgedrag, wordt gestart met cognitieve uitdaagtechnieken om de US/UR-representaties en hun actualiteit in de huidige betekenisverlening kritisch te onderzoeken. Omdat echter een geigerteller niet voorhanden is en andere methoden om zijn radioactiviteit op korte termijn en betrouwbaar te onderzoeken niet bedacht kunnen worden door Vladimir en de behandelaar (de eerste auteur), is in eerste instantie ingezet op het onderzoeken van de waarschijnlijkheid dat

hij radioactief besmet is geraakt. Desondanks wordt besloten dat parallel hieraan de zoektocht naar een geigerteller doorgaat, daar dit wordt gezien als de 'heilige graal' voor zijn hulpvraag. Vanuit de ervaring dat mensen met psychoseachtige verschijnselen, mogelijk als gevolg van cognitieve tendensen, zich op miraculeuze wijze kunnen redden uit de situatie waarin zich onomstotelijk bewijs tegen hun overtuiging voordoet, houdt de behandelaar hierbij wel een slag om de arm.

Na het opstellen van een probleemformulering om het ontstaan van de overtuiging en de logische gevolgen hiervan in het heden in kaart te brengen, wordt gestart met het verzamelen van de bewijzen voor en tegen de conclusie die hij heeft getrokken – namelijk dat hij radioactief en schadelijk zou zijn –, als een soort van 'nulmeting' om daaraan later de informatie die in de behandeling wordt opgedaan toe te kunnen voegen. Naast de bewijzen vóór die al beschreven zijn bij het tot stand komen van zijn conclusie, noemt hij als bewijzen tégen de opvatting dat: (1) zijn bloed een paar jaar eerder schoon is verklaard; (2) anderen tegen hem zeggen dat het niet waar is; (3) hij eerder het idee had dat hij werd achtervolgd wat door een dokter is geduid als psychose; (4) hij de afgelopen tien jaar geen kanker heeft ontwikkeld en zijn ex-vrouw en zoon niet ziek zijn.

Om meer informatie te verzamelen over de waarschijnlijkheid van zijn besmetting(sgevaar), wordt besloten het internet te raadplegen. Hierbij wordt een e-mailadres van een stralingsdeskundige van het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) gevonden, waarbij wordt besloten deze ter consultatie te e-mailen bij wijze van gedragsexperiment om meer informatie te krijgen over hoe zo iets zou werken. Vladimir oppert ook om deze stralingsdeskundige meteen te vragen of deze hem wil meten. Zo gezegd, zo gedaan, waarna een reactie volgt (geplaatst met toestemming van het NVIC):

'Allereerst willen wij aangeven dat het zeer onwaarschijnlijk is dat in een kroeg in * een radioactieve stof aan de drankjes zou zijn toegevoegd. Radioactief materiaal is niet zomaar te verkrijgen. Wij snappen dat deze onaannemelijkheid de ongerustheid bij uw cliënt alleen niet kan wegnemen. Er zijn echter geen aanwijzingen in het verhaal die duiden op blootstelling aan radioactief materiaal.

Het ontstaan van respectievelijk maag- en darmkanker drie en vier jaar na 'het drinken van een drankje met vreemde smaak' wijst niet in de richting van inname van een radioactieve stof. Na blootstelling aan radioactief materiaal kun je direct ziek worden, dat heet stralingsziekte en gebeurt alleen na een hoge dosis. Als er een kleine hoeveelheid radioactieve stof zou zijn ingenomen (inwendige besmetting) kan dat de kans op het ontstaan van kanker verhogen. Echter, de latentietijd (tijd tussen opgelopen stralingsdosis en ontstaan van kanker) is voor vaste tumoren zoals maag- of darmkanker ongeveer 30 jaar. Met andere woorden: het optreden van kanker is in het geval van zijn vrienden te snel op de blootstelling gevolgd om

door straling veroorzaakt te kunnen zijn. Ook zijn maag- en darmkanker niet de meest waarschijnlijke tumoren die door straling ontstaan.

Als een inwendige besmetting heeft plaatsgevonden zal het merendeel van de radioactieve stof het lichaam via urine en/of ontlasting verlaten. In geval van bijvoorbeeld therapie met radioactief jodium (zeer hoge dosis) zijn er voor een korte periode na behandeling enkele regels met betrekking tot contact met anderen. Al zou hij toen wat binnen gekregen hebben, dan is dat nu niet meer schadelijk voor zijn omgeving en kan hij zijn zoontje niet besmetten.

Of een inwendige besmetting nog kan worden aangetoond door bijvoorbeeld meting in urine, is afhankelijk van welke stof het betreft, de verstrekken tijd sinds blootstelling en hoe snel het materiaal wordt uitgescheiden. Omdat er eigenlijk geen aanwijzingen zijn die wijzen op een besmetting met radioactief materiaal raden wij een dergelijke screening voor uw cliënt niet aan.

Wij hopen dat deze uitleg de ongerustheid bij uw cliënt heeft kunnen wegnemen.'

Na het lezen van de e-mail geeft Vladimir aan dat dit de zorg niet verandert, omdat hij 100% zeker wil weten dat hij niet schadelijk is voor zijn zoontje, omdat hij het risico te groot vindt en hij het zichzelf nooit kan vergeven als hij zijn zoontje ziek maakt. Hij is nu ongeveer 90% zeker dat hij besmet is. Daarom hebben we een reactie op de e-mail gestuurd met de vraag of hij uitwendig met bijvoorbeeld een geigerteller gemeten kan worden of dat het NVIC andere instanties kent waar dit wel mogelijk zou zijn, waarop onderstaande reactie volgt:

'Wij hebben binnen het NVIC niet de mogelijkheid om te onderzoeken of uw cliënt door een inwendige besmetting straling uitzendt. Zoals al aangegeven raden wij een dergelijk onderzoek niet aan.

Als dit voor de geruststelling van uw cliënt wel erg belangrijk is kunt u met het * bespreken of daar een mogelijkheid is een meting te verrichten. Eventueel kunt u ook bij de GGD informeren naar mogelijkheden.'

Op basis van deze e-mail wordt gezamenlijk telefonisch contact gezocht met de geadviseerde instantie. Deze vertelt op basis van het verhaal van Vladimir dat er geen relatie kan zijn tussen de inname van het drankje en het overlijden van zijn vrienden aan respectievelijk darm- en maagkanker, omdat deze vormen van kanker niet binnen drie jaar na blootstelling ontstaan, maar pas na tien of meer jaar. De enige vorm van kanker die wel op korte termijn kan optreden is leukemie. Daarnaast geeft de stralingsdeskundige aan dat mens-op-mensbesmetting van gevaarlijke hoeveelheden niet mogelijk is, omdat

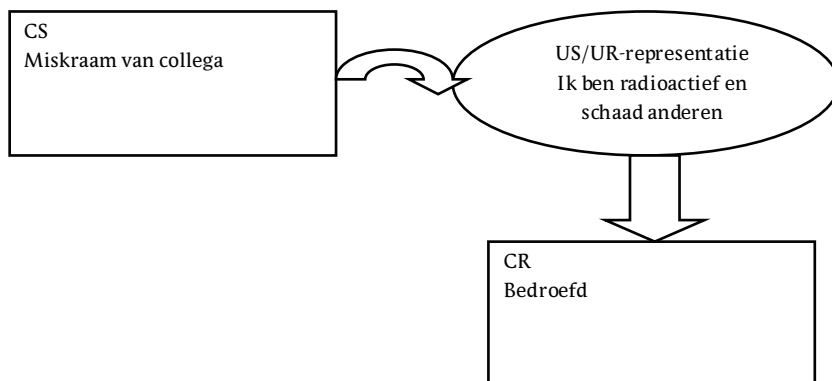
de drager dan zelf al dood zou gaan. De stralingsdeskundige zelf behandelt mensen met kanker met hoge doseringen straling. Deze patiënten moeten uit voorzorg dan de twee weken daarna wel oppassen met contact met kinderen, maar kunnen vervolgens weer volledig contact met iedereen hebben. De stralingsdeskundige drukt Vladimir op het hart dat deze niet bang hoeft te zijn, gewoon zijn leven moet leven en zich niet moet vergelijken met mensen uit verhalen die hij leest. De stralingsdeskundige geeft aan dat het niet mogelijk is om bij hem gemeten te worden.

Vladimir geeft aan hiervan te leren dat twee mensen nu bijna hetzelfde zeggen en dat zij zeggen dat hij andere mensen en in het bijzonder zijn zoon-
tje niet kan schaden. Hij neemt de informatie voor waar aan als de deskundigen dit zeggen en zegt opgelucht te zijn. Toch is er nog een twijfel bij hem, die hem ervan weerhoudt zich niets meer van zijn overtuiging aan te trekken. Hij wil het liefst toch gemeten worden. Het maakt hem boos dat men hem niet wil meten. Hij vindt dat men de verplichting heeft om bij hem de mate van radioactiviteit te meten. Tenslotte kan dit een potentiële bedreiging voor de publieke gezondheid vormen. Een dergelijke meting is ook de procedure binnen bedrijven na een mogelijke blootstelling aan nucleair materiaal. Hij voelt zich niet serieus genomen.

Aangezien een geigerteller nog steeds ontbreekt, wordt verdergegaan met het onderzoeken van de waarschijnlijkheid van zijn besmetting(sgevaar). In een gesprek komt naar voren dat hij na het verliezen van zijn vriend en het verliezen van zijn werk veel stress heeft ervaren. Met goedkeuring van Vladimir wordt uitleg gegeven aan de hand van de dopaminehypothese: mogelijk is er sprake van een verstoorde betekenisverlening door verstoorde dopamineafgifte. Hij geeft aan de uitleg interessant te vinden en hiermee verder te willen door alternatieve verklaringen voor het vreemd smaken van het drankje en het overlijden van zijn vriend te bedenken. Hij heeft grote moeite met het bedenken van alternatieven, waarbij hij enkel een alternatief kan bedenken voor het overlijden aan kanker van zijn vriend: diens vader is ook overleden aan kanker, dus er kan een genetische component spelen.

Aangezien deze technieken weinig zoden aan de dijk lijken te zetten (het brengt hem aan het twijfelen, maar leidt niet tot minder negatieve gevoelens en/of gedragsverandering), wordt weer energie gestoken in het komen tot een gedragsexperiment en gedragsverandering. Vladimir wordt aangemoedigd manieren te bedenken hoe hij zijn overtuiging kan onderzoeken en zijn vermindering (bijvoorbeeld zoon niet knuffelen en uitsluitend thuis naar de wc gaan) kan doorbreken. Hij is hier niet toe te bewegen en hij geeft aan dat over een maand een vriend terugkomt die zegt een geigerteller voor hem te willen kopen. Ook komt het idee naar voren om naar een fysieke winkel te gaan en hier te vragen een geigerteller te mogen testen; in zijn woonplaats blijkt een winkel geigertellers te verkopen. De behandelaar geeft hem het adres en telefoonnummer zodat hij de haalbaarheid hiervan kan onderzoeken.

Parallel wordt verdergegaan met toepassing van de taartpunttechniek met betrekking tot recente gebeurtenissen: een collega heeft een miskraam gehad (figuur 6).



FIGUUR 6 BA3: *schuldig aan miskraam*

Zoals eerder beschreven wordt een waan een algemeen toegepaste verklaring voor willekeurige situaties; in dit geval de miskraam van een collega. Deze zou ontstaan zijn doordat Vladimir zijn zwangere collega geschaad zou hebben omdat hij straling uitzendt. Het is te begrijpen dat hij dit dan ziet als zijn schuld. Het doel van een interventie is om alternatieve verklaringen voor deze situatie te bedenken die zijn oorspronkelijke verklaring tegenspreken, waardoor hij zichzelf dus niet meer als veroorzaker ziet van de miskraam van zijn collega.

Zijn eerste verklaring is: 'Dat komt door mij omdat ik radioactief ben (50%).' Alternatieve verklaringen worden gezocht. Vladimir kan deze echter niet benoemen, waardoor op internet gezocht wordt naar redenen voor miskramen. Hieruit blijkt bijvoorbeeld dat de reden van een miskraam vaak onbekend is, dat roken maar ook andere schadelijke stoffen zoals alcohol, drugs of medicijnen de kans vergroten, evenals schadelijke stoffen op het werk en een hogere leeftijd (onder de 35 jaar is de kans 10%, tussen 35-40 jaar 20% en tussen 40-45 jaar 33%). Deze verklaringen nemen uiteindelijk 55% in, en er blijft dus nog 45% over voor zijn eigen overtuiging. Dit lijkt weinig effect te hebben; hij twijfelt zelf reeds en soortgelijke situaties, waarbij in zijn ogen extra bewijs wordt geleverd voor zijn overtuiging, komen niet veel voor (minder dan een keer per week), waardoor we niet herhaaldelijk deze techniek kunnen toepassen op allerlei dagelijkse situaties (zoals in het Gedachten Uitpluizen-protocol wordt voorgeschreven). Hij ervaart in de dagelijkse gang van zaken voornamelijk problemen in de omgang met zijn zoon.

Vladimir vertelt de volgende afspraak dat hij bij de winkel is geweest. De geigertellers waren uitverkocht, maar zouden de dag na de afspraak weer binnenkomen. In overleg met de behandelaar wordt dit nu een formeel gedrags-experiment. Vladimir gaat de winkel bellen om later met een vriend langs te gaan om zichzelf stiekem te kunnen meten. Dit is van tevoren uitgewerkt in een formulier (figuur 7).

Gedragsexperiment (BA 1, BA 2)

Hypothese A: Ik ben radioactief (90%).

Hypothese B: Ik ben niet radioactief (10%).

Experiment: Bellen naar de winkel of de geigerteller er is. Zaterdag met een vriend voorbespreken en vervolgens naar de winkel gaan. Daar aan de verkoper vragen of hij uit wil leggen hoe een geigerteller werkt. Als dit niet kan, vragen of ik de geigerteller mag terugbrengen. Situatie uitleggen. Anders de geigerteller alsnog kopen.

Uitkomst als hypothese A waar is: Meter geeft gevaarlijke waarden aan bij mij in de buurt. Dan meter kopen om vaker te kunnen meten.

Uitkomst als hypothese B waar is: Als apparaat normale waarden aangeeft.

FIGUUR 7 *Formulier gedragsexperiment*

Met hem wordt afgesproken dat hij sms't hoe het experiment is gegaan. De reden hiervan is dat hij verwacht erg ontdaan te zullen zijn wanneer blijkt dat hij inderdaad straling uitzendt. Er wordt afgesproken dat er bij slecht nieuws direct contact met hem zal zijn en gekeken wordt wat er nodig is: een afspraak met zijn behandelaar, zijn casemanager, de psychiater?

Uiteindelijk blijft een sms uit, waarna de behandelaar telefonisch contact opneemt. Hierin geeft Vladimir aan dat het experiment goed en minder goed is gegaan; hij wil het experiment graag overdoen met zijn casemanager. Omdat hij het verloop van het experiment niet over de telefoon wil bespreken, wordt afgesproken beide experimenten de volgende afspraak te evalueren.

De volgende afspraak vertelt hij over beide gedragsexperimenten die hij inmiddels met succes heeft uitgevoerd. Eerst met een vriend en daarna met zijn casemanager. Beide gedragsexperimenten worden nabesproken aan de hand van het formulier gedragsexperiment (figuur 7). Vladimir ging in eerste instantie met een vriend en daarna nog een keer met zijn casemanager naar de winkel, alwaar hij vertelde op zoek te zijn naar een geigerteller. Nadat de verkoper hen de geigertellers had aangewezen, vroeg in eerste instantie zijn vriend en de andere keer zijn casemanager of de verkoper kon uitleggen hoe deze werkte. De verkoper haalde de geigerteller uit de verpakking, zette deze aan en gaf hem aan de vriend van Vladimir en de andere keer aan zijn casemanager, waarna zijn vriend en de casemanager de geigerteller bij henzelf en Vla-

dimir hielden. De geigerteller reageerde hetzelfde op hen beiden. Vervolgens gaven ze de geigerteller terug aan de verkoper, noemden een reden om hem niet te kopen en verlieten de winkel. Vladimir geeft aan in de situatie met zijn vriend onvoldoende overtuigd te zijn geweest, waardoor hij hetzelfde experiment ook met zijn casemanager, die hij als een wijze en betrouwbare man ziet, wilde doen. Vladimir concludeert hieruit tijdens het nabespreken dat dit zijn overtuiging doet veranderen naar 10% radioactief en 90% niet radioactief. Hij heeft het met zijn zoon en ex-vrouw besproken en heeft zijn zoon weer geknuffeld, wat hem blij maakte. Hij geeft aan met zijn ex-vrouw te willen hertrouwen en hiervoor met zijn zoon al plannen te maken hoe hij haar kan vragen: hij wil komend weekend naar een restaurant om haar daar te vragen.

AFRONDING EN FOLLOW-UP

.....

Vladimir geeft aan, nu hij voor 90% zeker is niet radioactief te zijn, geen doelen meer te zien ten aanzien van psychologische behandeling en deze dan ook te willen afronden. Hij vertelt zich niet meer te laten belemmeren door zijn eerdere overtuiging anderen te kunnen schaden. Hij knuffelt gewoon zijn zoon, gaat overal naar de wc, gaat andere mensen niet uit de weg, heeft weer plannen in het leven en kijkt daarom positief tegen de toekomst aan. Hij zegt met de psychiater te willen bespreken of hij kan minderen met medicatie, zodat hij minder last heeft van bijwerkingen en hij kan onderzoeken of het dan goed met hem blijft gaan.

Bij follow-up na vier en na tien weken blijkt dat het goed blijft gaan. Hij heeft zijn ex-vrouw ten huwelijk gevraagd, die na hierover nagedacht te hebben zijn verzoek heeft geweigerd. Hij accepteert dit en vervolgt zijn leven met frisse moed. Zijn medicatie is verlaagd en het contact met zijn zoon is naar zijn eigen zeggen verbeterd.

DISCUSSIE

.....

Ofschoon de behandeling een positief effect heeft gehad, verliep deze niet vlekkeloos. Er was een taalbarrière die het gebruik van meetinstrumenten in de weg stond en het toepassen van cognitieve technieken bemoeilijkte. Toch is er veel bereikt, maar het is de vraag of de verbetering middels CGT ook zonder het voorhanden zijn van een geigerteller mogelijk was geweest.

Bij de huidige behandeling was er duidelijk sprake van verstoorde betekenisverlening. Aan verschillende situaties uit het verleden werd een onwaarschijnlijke conclusie verbonden, die ook in het heden voor een verstoorde betekenisverlening zorgde. Willekeurige situaties werden toegeschreven aan het gevolg van besmetting. Logischerwijs – en wat ook in de huidige behandeling bleek – zou het falsificeren van de waan, die moeilijk te vatten valt in

een betekenisanalyse (ik = radioactief?), met name zichtbaar zijn op gedragsmatig niveau: iemand kan stoppen rekening te houden met een levensbelemmerende invloed van buitenaf. Hoewel dat voor de huidige behandeling uiteindelijk niet zo was, is het in veel behandelingen moeilijk een waan te falsificeren. Een sterke *Bias Against Disconfirmatory Evidence* (BADE; Eisenacher & Zink 2016) houdt het integreren van tegenstrijdige informatie tegen: behaalde resultaten worden toegeschreven aan andere invloeden, waardoor de waan in stand blijft. Het is in dergelijke gevallen van belang om in te zetten op gevolgtrekkingen en gedragsstrategieën rondom de waan. In dit geval is een gevolg bijvoorbeeld dat Vladimir door zijn radioactiviteit anderen denkt te schaden, waarvoor hij bewijs zag in willekeurige ziekteverschijnselen bij mensen in zijn omgeving. Cognitief was deze gevolgtrekking te onderzoeken met behulp van de taartpunttechniek. Echter, zijn ontwikkelde gedragsstrategieën zoals uitgewerkt in de functieanalyses bleken minder makkelijk te bewerken: Vladimir wilde honderd procent zekerheid dat de waan niet klopte voordat hij zijn gedrag wilde veranderen en dus gedragsexperimenten zou aangaan (een dynamiek die overigens meer voorkomt bij angstgedachten dan bij waangedachten). Daarnaast bleken de uitkomstmaten van deze mogelijke gedragsexperimenten moeilijk te bepalen: waaruit zou besmetting kunnen blijken en binnen welk tijdsbestek zou dit optreden? Dit is een terugkerend probleem bij het opstellen van gedragsexperimenten waarbij het tijdsbestek van het resultaat onduidelijk is. De CS-US-relaties zijn van dien aard dat de US te ver in de toekomst ligt om goed te kunnen falsificeren. Wellicht was een voor- en nadelenbalans van Vladimirs gedrag nog een optie geweest: is het effectief en proportioneel om met zijn huidige gedrag aan de ene kant een minder goede band met en mogelijk ook emotionele consequenties voor zijn zoon te riskeren (doordat hij fysiek contact afhoudt) om op die manier aan de andere kant een onwaarschijnlijk onheil in de toekomst te voorkomen? Dit probleem komt vaker voor bij psychose. Zo heeft de eerste auteur iemand anders in behandeling die vreest in de toekomst gestraft te zullen worden voor zijn veronderstelde bijdrage aan het uitdijen van het heelal. De straf is hem eeuwig in een psychose te laten lijden in de hel. Als gevolg van dit idee overweegt deze persoon zelfmoord om deze ramp voor te kunnen zijn, rumineert hij hierover en is hij inactief om te voorkomen dat deze straf ingesteld wordt door een terugval in een psychose. Ofschoon deze persoon gedragsexperimenten onderneemt door bijvoorbeeld bepaalde activiteiten toch uit te voeren, blijft het moeilijk de uitslag van deze gedragsexperimenten te duiden; er is geen ramp opgetreden, maar wellicht komt deze nog. Een mogelijke interventie voor dit probleem zou de *flashforward* vanuit de EMDR kunnen zijn (van den Berg, van der Vleugel, Staring, de Bont, & de Jongh, 2013). Daarnaast kunnen cognitieve technieken specifiek op deze ideeën gericht worden, zoals het nuanceren van kansoverschattingen en het verdragen van onzekerheid (Zlomke & Jeter, 2014). Het minder beladen maken van de ramp zal niet lukken, want iedereen zal het zeer ernstig vinden wanneer zijn

kind bijvoorbeeld kanker krijgt en zich zeer schuldig voelen als hij dit mogelijk had kunnen voorkomen door meer afstand te nemen van zijn kind.

Met de kennis van nu had de huidige behandeling, ondanks dat deze inclusief follow-up slechts twaalf sessies besloeg, wellicht aanzienlijk korter gekund als een geigerteller eerder voorhanden zou zijn geweest. Dit had met een prijs van € 90,- per sessie de zorgverzekeraar mogelijk ongeveer € 1000,- gescheeld bij de prijs van € 110,- van de geigerteller waarmee Vladimir zich getest had; ook niet onbelangrijk tegenwoordig, al is uiteraard de vraag of dit leidend moet zijn. Tevens kan de vraag gesteld worden of een psycholoog überhaupt nodig was geweest als de casemanager (bij het makkelijker voorhanden zijn van een geigerteller) meteen samen met Vladimir had kunnen meten, zoals hij dit uiteindelijk in de huidige situatie ook heeft gedaan. Hiervoor zijn twee discussiepunten te overwegen: (1) Hoe zou in de toekomst een geigerteller makkelijker voorhanden kunnen zijn? (2) In hoeverre heeft de CGT bijgedragen aan het accepteren van de uitkomst van het gedragsexperiment?

Wat betreft het voorhanden zijn van een geigerteller ziet de eerste auteur kansen in de samenwerking met medisch specialisten. Hoewel de individuele samenwerking met de stralingsdeskundigen zeer positief was en er geruststelling werd geboden, leidde dit er niet toe dat Vladimir gemeten kon worden. Een stralingsdeskundige heeft het nog wel bij zijn leidinggevende gevraagd, maar hem werd door zijn leidinggevende afgeraden op dit verzoek in te gaan, omdat anders 'iedereen gemeten zou willen worden'. De logica hierachter hebben Vladimir en de eerste auteur niet kunnen vinden, maar zij bleven daardoor wel met lege handen achter. In psychologische behandelingen lopen therapeuten vaker tegen dit soort problemen aan en dit is classificatieoverstijgend; het komt voor bij bijvoorbeeld psychotische stoornissen, hypochondrie en niet-aangeboren hersenletsel. De onderbouwing die hierbij weleens wordt gebruikt, is dat een medische handeling om de overtuiging van de persoon te onderzoeken te duur zou zijn. Een mooie uitzondering hierop heeft de eerste auteur recent meegemaakt, waarbij een neuroloog juist voorkeur gaf aan het uitvoeren van een ogenschijnlijk dure MRI-scan in plaats van een neuropsychologisch onderzoek, omdat laatstgenoemde in de meeste gevallen door de tijdsinvestering duurder uitvalt. Met de uitvoer van die scan is vervolgens een, decenniumlang niet onderkend, niet-aangeboren hersenletsel ontdekt bij de patiënte. Ook de huidige behandeling is mogelijk een voorbeeld van een situatie waarin een op korte termijn duur medisch onderzoek op langere termijn geld had kunnen besparen. Desondanks zijn er natuurlijk, zoals reeds eerder vermeld, ook vele voorbeelden bekend waarbij onomstotelijk bewijs door de persoon gemakkelijk van de hand wordt gedaan, wat zonde van het dure medische onderzoek genoemd zou kunnen worden. Dit brengt ons bij het volgende punt.

Welke invloed heeft de CGT gehad op het aanvaarden van de uitkomsten van het gedragsexperiment? De dopaminehypothese en de cognitieve tendensen zoals onder andere beschreven in *Gedachten uitpluizen* bieden

een elegante verklaring voor psychoseachtige ervaringen die mensen kunnen hebben. Wellicht helpt dit mensen om hun originele overtuiging van de hand te doen, omdat er een aannemelijke alternatieve verklaring is voor opvallende ervaringen en sterke overtuigingen. Vladimir beschreef het zelf naar mening van de eerste auteur nogal cru, door te concluderen dat hij toch gek is, wat betekent dat hij in ieder geval niet radioactief is en andere mensen niet kan schaden. Maar het valt te betwijfelen of er van een (blijvende) dopamineontregeling sprake was in het geval van de overtuiging van Vladimir. Hij heeft pas op latere leeftijd overmatige achterdocht ontwikkeld, waarbij het idee achtervolgd te worden volledig verdwenen is en alleen de overtuiging radioactief te zijn overbleef. Wellicht dat dit verklaart waarom de overtuiging achteraf gezien zo makkelijk corrigeerbaar leek. Dit roept dan ook de vraag op of het voor Vladimir überhaupt nog noodzakelijk is medicatie te blijven gebruiken, wat hij al gedurende zes jaar doet, hoewel de medicatie onlangs wel een stap is verlaagd. Is er überhaupt wel sprake van een psychoseachtig fenomeen? Zoals eerder beschreven, lijkt de behoefte van Vladimir om er honderd procent zeker van te zijn dat hij niet radioactief is voordat hij zijn gedrag wil veranderen, mogelijk meer te passen binnen een angstdynamiek. Wellicht dat deze angstdynamiek samenhangt met andere psychologische fenomenen, zoals een overmatig verantwoordelijkheidsgevoel en *intolerance of uncertainty*. Desondanks bleek een CGT-behandeling, geïndividualiseerd middels een probleemformulering en functie- en betekenisanalyses, effectief. Dit resultaat past dan misschien weer binnen het opkomende idee van transdiagnostisch behandelen (Meidlinger & Hope, 2016).

Sven van Amstel is gz-psycholoog en cognitief gedragstherapeut i.o. bij FACT Rivierduinen te Leiden.

Tonnie Staring is klinisch psycholoog en supervisor VGCT bij Vroege Psychose ABC Altrecht te Utrecht.

Correspondentieadres: Sven van Amstel, GGZ Rivierduinen, Postbus 405, 2300 AK Leiden. E-mail: s.vanamstel@rivierduinen.nl

Summary Case report 'Biohazard; geigerteller, anyone?'

The dysfunctional belief of being radioactive and thereby possibly damaging others seems undescribed in the current scientific literature. This case report describes on the cognitive behavioral treatment using the *Gedachten uitpluizen* manual for a man suffering from this belief. The application, prior psychiatric history, conceptualisation, treatment choice, course, obstacles, solutions and improvements are discussed. It is notable how hard it can be to falsify an expectation with an unknown result, course and duration. On the other hand, it appeared to be easy to re-evaluate an US/UR-representation using a seemingly expensive intervention, which, in hindsight, could have saved money.

Keywords *psychosis, delusion, radioactivity, contamination, gedachten uitpluizen*

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Amsterdam: Boom.
- Bebbington, P. E., McBride, O., Steel, C., Kuipers, E., Radovanovic, M., Brugha, T., ... Freeman D. (2013). The structure of paranoia in the general population. *British Journal of Psychiatry*, 202, 419-427.
- Eisenacher S., & Zink M. (2016). Holding on to false beliefs: The bias against disconfirmatory evidence over the course of psychosis. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 56, 79-89.
- Freeman, D., Antley, A., Ehlers, A., Dunn, G., Thompson, C., Vorontsova, N., ... Slater M. (2014). The use of immersive virtual reality (vr) to predict the occurrence 6 months later of paranoid thinking and posttraumatic stress symptoms assessed by self-report and interviewer methods: A study of individuals who have been physically assaulted. *Psychological Assessment*, 26, 841-847.
- Freeman, D., & Garety, P. (2014). Advances in understanding and treating persecutory delusions: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 1179-1189.
- Howes, O. D., McCutcheon, R., Owen, M. J., & Murray, R. M. (2017). The role of genes, stress, and dopamine in the development of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 81, 9-20.
- Knowles, R., McCarthy-Jones, S., & Rowse, G. (2011). Grandiose delusions: A review and theoretical integration of cognitive and affective perspectives. *Clinical Psychology Review*, 31, 684-696.
- Korrelboom, C. W., & ten Broeke, E. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Meidlinger, P. C., & Hope, D. A. (2016). The new transdiagnostic cognitive behavioral treatments: Commentary for clinicians and clinical researchers. *Journal of Anxiety Disorders*, 46, 101-109.
- Paolini, E., Moretti, P., & Compton, M. T. (2016) Delusions in first-episode psychosis: Principal component analysis of twelve types of delusions and demographic and clinical correlates of resulting domains. *Psychiatry Research*, 243, 5-13.
- van den Berg, D. P. G., van der Vleugel, B. M., Staring, A. B. P., de Bont, P. A. J., & de Jongh, A. (2013). EMDR in psychosis: Guidelines for conceptualization and treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7, 208-224.
- van der Gaag, M., Staring, T., van den Berg, D., & Baas, J. (2013). *Gedachten uitpluizen: Cognitief gedragstherapeutische protocollen bij psychotische klachten*. Oegstgeest: Stichting Cognitie en Psychose.
- van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39, 179-195.
- Zlomke, K. R., & Jeter, K. M. (2014). Stress and worry: Examining intolerance of uncertainty's moderating effect. *Anxiety Stress Coping*, 27, 202-215.

Het gebruik van zelfrapportage vragenlijsten in de forensische psychiatrie

RUUD HORNSVELD, FLOOR KRAAIMAAT, PETER MURIS, HENK NIJMAN,
ALMAR ZWETS, SABINA ROZA & HJALMAR VAN MARLE

Samenvatting

De validiteit van zelfrapportage vragenlijsten is omstreden, vooral wanneer deze worden gebruikt voor het assessment van forensisch psychiatrische patiënten of de evaluatie van behandelprogramma's. Dit artikel geeft een overzicht van interne en externe factoren die van invloed kunnen zijn op het invullen van zelfrapportage vragenlijsten door verschillende forensische populaties. Interne factoren zijn factoren die betrekking hebben op eigenschappen van de individuele respondent, zoals de neiging tot sociaal wenselijk reageren, inzicht in eigen gedrag en moreel besef. Externe factoren hebben betrekking op de omstandigheden waaronder de vragenlijsten worden afgenomen, zoals de aan- of afwezigheid van een onderzoeker, het format en het onderwerp van de vragenlijsten en de setting waarin de respondent verblijft. Ook worden de psychometrische eigenschappen besproken van vragenlijsten die in de forensische psychiatrie veel gebruikt worden. Ten slotte worden er aanbevelingen gedaan voor het gebruik van zelfrapportage vragenlijsten in de forensische psychiatrie.

Trefwoorden: zelfrapportage vragenlijsten, psychometrische eigenschappen, forensische psychiatrie

INLEIDING

Zelfrapportage vragenlijsten worden veel gebruikt in de forensische psychiatrie, voor zowel het assessment van individuele patiënten als de evaluatie van behandelprogramma's. Het gebruik van dergelijke vragenlijsten staat

bij deze populatie echter ter discussie. In dit artikel worden de verschillende factoren besproken die van invloed kunnen zijn op het invullen van zelfrapportage vragenlijsten door forensisch psychiatrische patiënten, alsmede de psychometrische eigenschappen van enkele veelgebruikte, vertaalde vragenlijsten. Het artikel wordt afgesloten met conclusies en aanbevelingen.

Forensisch psychiatrische patiënten

Forensisch psychiatrische patiënten zijn delinquenten bij wie de rechter op grond van onderzoek door een psychiater en/of een psycholoog (rapportage pro Justitia) een verband heeft geconstateerd tussen 'een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens' en een gepleegd delict (van Marle, 2000). Zonder klinische of ambulante behandeling wordt de kans op herhaling reëel geacht. Belangrijkste doelstelling van de behandeling in of bij een forensisch psychiatrische instelling is daarom het bewerkstelligen van een zodanige gedragsverandering dat de kans op herhaling tot een aanvaardbaar minimum wordt teruggebracht. Terbeschikkinggestelden zijn forensisch psychiatrische patiënten die een delict hebben gepleegd met een gevangenisstraf van ten minste vier jaar. Behandeling vindt plaats in een gesloten, beveiligde instelling. Ambulante forensisch psychiatrische patiënten zijn door de rechter verplicht een behandeling op een forensisch psychiatrische polikliniek te volgen. Behandeling kan worden opgelegd als het gaat om: (1) een aanvullende voorwaardelijke straf bij delicten met een gevangenisstraf van maximaal drie jaar, (2) een alternatieve straf bij delicten met een gevangenisstraf van maximaal zes maanden, (3) een onderdeel van een penitentiair programma, en (4) een onderdeel van een ondertoezichtstelling door de jeugdzorg.

INTERNE FACTOREN

In deze paragraaf bespreken we literatuur over een aantal interne factoren die van invloed kunnen zijn op de beantwoording van zelfrapportage vragenlijsten, namelijk de neiging tot sociaal wenselijk reageren (*socially desirable responding*; SDR), inzicht in eigen gedrag en moreel besef.

Socially desirable responding (SDR)

SDR wordt meestal gedefinieerd als de neiging van respondenten om zichzelf in een gunstig daglicht te plaatsen (Nederhof, 1985; Paulhus, 2002). In het onderzoek naar de invloed van SDR wordt doorgaans gebruikgemaakt van twee instrumenten, namelijk de Marlow-Crowne Social Desirability Scale (MC-SDS; Crowne & Marlow, 1960) en de Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR; Paulhus, 1984, 1988).

De MC-SDS bestaat uit 33 items, waarvan er 15 negatief (bijvoorbeeld 'I am sometimes irritated by people who ask favors of me') en 18 positief (bijvoorbeeld 'I never hesitate to go out of my way to help someone in trouble') geformuleerd zijn. De antwoordmogelijkheden zijn 'waar' of 'niet waar'. Een sociaal wenselijk antwoord krijgt de score 1, in het andere geval is de score 0. De minimumscore is derhalve 0 en de maximumscore 33. Andrews en Meyer (2003) namen de oorspronkelijke versie van de MC-SDS met 33 items en de verkorte versie met 13 items (MC-C) af bij 1096 personen die werden verdacht van een delict. Delinquenten scoorden significant hoger op beide versies van de MC-SDS dan niet-delinquenten. De auteurs concludeerden derhalve dat beide versies gebruikt kunnen worden om zelfbedrog te meten als onderdeel van een forensisch assessment.

De BIDR kent twee schalen van elk 20 items, namelijk Zelfbedrog (de neiging om eerlijke, maar positief gekleurde antwoorden te rapporteren, bijvoorbeeld 'I rarely appreciate criticism') en Indruk Maken (doelbewust een positieve indruk maken op anderen, bijvoorbeeld 'I always declare everything at customs'). De Zelfbedrog-schaal werd later (Paulhus, 2002) onderverdeeld in twee subschalen, te weten Zelfbedrog Versterking (bijvoorbeeld 'My first impressions always turn out to be right') en Zelfbedrog Ontkenning (bijvoorbeeld 'I never regret my decisions'). De items worden gescoord op een zevenpuntsschaal, waarbij een score van 1 tot en met 5 telt als 0 en een score 6 of 7 als 1. Hoe hoger de score, des te sociaal wenselijker is er geantwoord. In een onderzoek van Paulhus (1988) bleek de totaalscore op de BIDR .71 te correleren met de totaalscore op de MC-SDS.

Onderzoek naar SDR bij universiteitsstudenten — Er is relatief veel onderzoek gedaan naar de invloed van SDR op de scores van zelfrapportage vragenlijsten voor persoonlijkheidstrekken bij universiteitsstudenten. Zo vond Holden (2007) dat de opdracht om zo gunstig mogelijk te antwoorden van grote invloed bleek op de criteriumvaliditeit, de mate waarin een test-score het criterium (in dit geval een persoonlijkheidstrekk) voorspelt. Holden en Passey (2010) stelden echter vast dat dit niet het geval was als er voor de deelnemers weinig op het spel stond. Holden en Book (2012) concludeerden dat de relatie tussen SDR en zelfrapportage van persoonlijkheidskenmerken gerelateerd is aan een aantal factoren, te weten: (1) de manier waarop SDR is geoperationaliseerd, (2) de onderzoeksprocedure (SDR is impliciet of wordt experimenteel geïnduceerd), (3) het belang dat er door de proefpersonen aan de uitslag wordt toegekend, en (4) de psychometrische eigenschappen van de gebruikte persoonlijkheidsvragenlijst. Een vijfde factor die mogelijk een rol speelt is het onderwerp van een vragenlijst (Hendriks, 2011). Zo onderzochten Davis, Thake en Vilhena (2010) het alcoholgebruik van 568 universiteitsstudenten met gebruikmaking van onder andere de BIDR (Paulhus, 2002) voor het meten van SDR bij het antwoorden van vragenlijsten over alcoholmisbruik. Uit hun onderzoek kwam naar voren dat studenten

die hoog scoorden op de subschaal Indruk Maken 20% tot 33% minder alcoholgebruik en ongeveer 50% minder vaak dronkenschap rapporteerden dan studenten die laag op die subschaal scoorden. Tussen de subschaal Zelfbedrog en alcoholconsumptie werd geen significant verband gevonden. De auteurs concludeerden dat bij personen met hoge scores op Indruk Maken de validiteit van zelfgerapporteerd gebruik van alcohol met bijbehorende risico's beperkt is, omdat alcoholmisbruik door de respondenten als sociaal afwijkend gedrag wordt beschouwd. Het gebruik van zelfrapportage vragenlijsten bij dergelijke personen kan volgens de onderzoekers leiden tot een onderschatting van schadelijk en risicovol alcoholgebruik.

Onderzoek naar SDR bij delinquenten — Delinquenten worden vaak verondersteld zelfrapportage vragenlijsten sociaal wenselijk in te vullen, omdat ze zouden denken dat een gunstige score een positieve invloed heeft op hun juridische status (Kalmus & Beech, 2005). In de literatuur zijn verschillende studies te vinden waarin de manier van invullen door delinquenten is onderzocht. Mills, Loza en Kroner (2003) bijvoorbeeld, vonden in hun onderzoek bij 124 mannelijke delinquenten dat de Self-Appraisal Questionnaire (SAQ; Loza, 1996), een zelfrapportage vragenlijst over delictgerelateerd gedrag, significant negatief gerelateerd was aan beide subschalen van de BIDR, dat wil zeggen dat de scores op de SAQ niet beïnvloed werden door SDR. In een vervolgonderzoek (Mills & Kroner, 2006) bij 172 mannelijke delinquenten naar de validiteit van de Measure of Criminal Attitudes and Associates (MCAA; Mills & Kroner, 1999), een zelfrapportage vragenlijst over antisociale attitudes, bleken delinquenten met een hoge score op de subschaal Indruk Maken van de BIDR tegen de verwachting in minder antisociale attitudes te rapporteren. Deze opmerkelijke resultaten werden opnieuw gevonden bij een derde studie van Mills en Kroner (2005) in een groep van 97 mannelijke delinquenten: delinquenten die laag scoorden op SDR en die dus betrekkelijk eerlijk antwoordden, hadden een groter recidiverisico.

Onderzoek naar SDR bij seksueeldelictplegers — Bij deze populatie kunnen specifieke factoren bijdragen tot SDR, zoals het willen maken van een macho indruk of het willen vermijden van de diagnose 'seksueel deviant' (Kroner & Weekes, 1996). Bumby (1996) ontwikkelde de MOLEST-schaal en de RAPE-schaal voor het assessment van 'cognitieve vervormingen' (antisociale cognities die seksueeldelictgedrag entameren of rechtvaardigen) bij respectievelijk seksueel kindermisbruikers en verkrachters van volwassen vrouwen. Beide schalen bleken niet significant te correleren met de MCSDS. Arkowitz en Vess (2003) meenden echter dat de MOLEST-schaal en de RAPE-schaal te gevoelig zijn voor SDR om te gebruiken bij seksueeldelictplegers die een verplichte behandeling moeten ondergaan, maar ze onderzochten deze veronderstelling niet. Mathie en Wakeling (2011) onderzochten de invloed van SDR op zelfrapportage vragenlijsten bij 1730 mannelijke

seksueeldelictplegers. De SDR werd gemeten met de BIDR (Paulhus, 1984), het sociaal functioneren met een negental vragenlijsten en de delictgerelateerde factoren met zeven vragenlijsten plus een risicotaxatie-instrument. Uit het onderzoek kwam naar voren dat de mate van SDR en de invloed ervan op zelfrapportage vragenlijsten minder groot was dan verwacht. Correlaties tussen SDR en delictspecifieke meetinstrumenten varieerden bij de subschaal Zelfbedrog van -.34 tot .36, en bij de subschaal Indruk Maken van -.26 tot .20. De onderzoekers concludeerden dat in de forensische psychiatrie gebruikte zelfrapportage vragenlijsten acceptabel accuraat en valide kunnen zijn. Alles bij elkaar lijkt vooralsnog een eerdere conclusie van Gannon, Ward en Collie (2007) van toepassing, namelijk dat 'the questionnaire literature presents a mixed bag of findings when examined as a whole' (p. 410).

Inzicht in eigen gedrag en moreel besef

Opvallend bij het onderzoek naar de invloed van SDR op de beantwoording van zelfrapportage vragenlijsten is dat daarbij de vraag steeds ontbrak in hoeverre respondenten inzicht hebben in hun eigen gedrag en in de morele standaarden van de maatschappij waarin zij leven. Een vragenlijst kan alleen eerlijk worden ingevuld als de respondent goed inzicht heeft in de wijze waarop hij zich in een bepaalde situatie gedraagt. Wil de respondent sociaal wenselijk antwoorden, dan moet hij wel besef hebben van het gedrag dat in een bepaalde situatie door de meeste mensen als normaal beschouwd wordt, de maatschappelijke norm.

Onderzoek naar inzicht in eigen gedrag is vooral gedaan bij psychiatrische patiënten zoals schizofrenen (bijvoorbeeld: Bell, Fiszdon, Richardson, Lysaker, & Bryson, 2007), manische patiënten (bijvoorbeeld: Adida et al., 2008) en adolescenten met psychiatrische stoornissen (bijvoorbeeld: Salbach-Andrae, Klinkowski, Lenz, & Lehmkuhl, 2009). Er is tot op heden echter nauwelijks onderzoek gedaan naar inzicht in eigen gedrag bij psychiatrische patiënten met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis en bij niet-klinische volwassenen met een laag opleidingsniveau en/of een lage sociaal-economische status. Als het gaat om moreel besef hebben meerdere studies ondersteuning gevonden voor de bevinding dat veel delinquenten een beperkte kennis hebben van gangbare normen en waarden. Stams en collega's (2006) bijvoorbeeld, deden een meta-analyse van vijftig studies en concludeerden dat delinquenten gemiddeld een lager niveau van morele rijpheid hebben dan niet-delinquenten. Van Vugt en collega's (2011) voerden eveneens een meta-analyse uit, van negentien studies, en vonden dat een lagere fase van morele ontwikkeling gerelateerd was aan een hoger recidiverisico.

Samenvatting en bespreking

282

De MC-SDS (33- en 13-itemversie) en de BIDR lijken vooralsnog betrouwbare en valide instrumenten voor het meten van sociaal wenselijk reageren. Uit onderzoek bij verschillende populaties komt steeds naar voren dat sociaal wenselijk reageren lijkt samen te hangen met factoren als (1) het belang dat door de respondent aan de uitkomst wordt gehecht (bijvoorbeeld: bij delinquenten hun juridische status), (2) het thema van de vragenlijst (persoonskenmerken versus ongunstig gedrag), en (3) de onderzoeksprocedure (SDR is impliciet of wordt experimenteel geïnduceerd). De MC-SDS en de BIDR hebben echter als beperking dat deze vragenlijsten werden ontwikkeld met behulp van steekproeven universiteitsstudenten en dat de veronderstelde factorstructuur niet is onderzocht in populaties als delinquenten of forensisch psychiatrische patiënten. Helaas ontbreekt het ook aan onderzoek naar de relatie tussen SDR enerzijds en inzicht in eigen gedrag en moreel besef anderzijds.

EXTERNE FACTOREN

In deze paragraaf komen externe factoren aan de orde die het antwoorden op zelfrapportage vragenlijsten kunnen beïnvloeden, zoals de aan- of afwezigheid van een onderzoeker, het format van de vragenlijsten, het onderwerp ervan, en de setting waarin de respondent verblijft.

Aan- of afwezigheid van een onderzoeker

De afgelopen jaren is het digitaal afnemen van vragenlijsten sterk toegenomen. Campos, Zucoloto, Bonafé, Jordani en Maroco (2011) vergeleken bij een drietal zelfrapportage vragenlijsten over burn-out een elektronisch met een schriftelijk format en concludeerden dat elektronische vragenlijsten een gebruiksvriendelijke en redelijk betrouwbare manier zijn om data te verzamelen. Zij noemen als voordeel vooral het niet feitelijk aanwezig zijn van de onderzoeker. Hiermee zou eventuele ongewilde beïnvloeding door de onderzoeker worden verminderd.

In de forensische psychiatrie lijkt het echter raadzaam om de vragenlijsten te laten invullen in aanwezigheid van een onderzoeker. Veel patiënten zijn laagopgeleid en begrijpen soms bepaalde woorden niet (bijvoorbeeld: 'Wat is we-dijveren?' en 'Wat is een gedicht?'). Daarnaast kan een onderzoeker zien hoe de vragenlijsten worden ingevuld, variërend van overdreven secuur tot afgeraffeld. Vaak moeten patiënten gemotiveerd worden om door te gaan met invullen, omdat ze gauw verveeld of ontmoedigd raken. Als vragenlijsten worden afgenomen in het kader van wetenschappelijk onderzoek is het

van belang aan de respondenten te laten weten dat de uitkomsten niet worden opgenomen in het dossier (Drenth & Sijtsma, 2006, p. 150).

283

Vrije antwoorden of meerkeuzeantwoorden

Verscheidene auteurs hebben ervoor gepleit bij gedetineerden gebruik te maken van 'productie-instrumenten' in plaats van multiplechoice 'herkenningsinstrumenten' (Gavaghan, Arnold, & Gibbs, 1983; Stams et al., 2006; Van Vugt et al., 2011). Drenth en Sijtsma (2006) spreken van vrije-antwoordentests versus keuze-antwoordentests (p. 113). Bij vrije-antwoorden vragenlijsten wordt respondenten gevraagd hun reacties op een aantal plaatjes of uitspraken op te schrijven, waarna die reacties worden gescoord door een onafhankelijke beoordelaar. Deze geschreven reacties zouden directere informatie over het gedrag van respondenten geven, omdat ze niet hoeven na te denken over wat hun juiste score is op de likertschaal, zoals bij keuze-antwoorden vragenlijsten. Nadeel van de vrije-antwoorden vragenlijsten is onder andere dat het beoordelen en categoriseren van de antwoorden voor de onderzoeker een tijdrovende aangelegenheid is (Drenth & Sijtsma, 2006, p. 120).

Setting

In de literatuur wordt relatief weinig aandacht besteed aan de mogelijke invloed van de setting waarin de respondent verblijft (opgenomen of gedetineerd versus in ambulante behandeling versus niet-klinische vrijwilliger) op het beantwoorden van vragenlijsten. Zo vonden Olver, Kingston, Nicholaichuk en Wong (2014) bij 392 gedetineerde seksueel delictplegers dat 'they did not score in a particularly pathological manner on the battery of psychometric measures' (p. 549), dat wil zeggen dat hun score niet afweek van die van niet-klinische vrijwilligers. Kelsey, Rogers en Robinson (2015) namen de Psychopathic Personality Inventory-Revised (PPI-R; Lilienfeld & Widows, 2005), een zelfrapportage vragenlijst van 154 items voor het meten van psychopathie, af in een groep van 86 gedetineerden. De gedetineerden bleken lager te scoren op de vragenlijst dan studenten en andere niet-klinische vrijwilligers. Kanters en collega's (2016) vergeleken 28 klinische met 61 poliklinische kindermisbruikers, respectievelijk opgenomen in een forensisch psychiatrische instelling of in behandeling op een forensisch psychiatrische polikliniek. Gemeten met de Sexual Violence Risk-20 (SVR-20; Boer, Wilson, Gauthier, & Hart, 1997) bleek dat de poliklinische patiënten een significant lager recidiverisico hadden dan de klinische patiënten. Op de zelfrapportage vragenlijsten over agressie, vijandigheid en sociale angst scoorden de klinische kindermisbruikers echter significant lager dan de poliklinische. Bovendien deed de eerste groep significant vaker positieve zelfuitspraken dan de tweede groep. Een mogelijke verklaring voor deze opval-

lende verschillen kan zijn dat toezicht en structuur van een gevangenis of forensisch psychiatrische instelling een dempend effect hebben op negatief gedrag (Hornsveld, Kraaimaat, Bouwmeester, Polak, & Zwets, 2014) en dat klinische patiënten bijgevolg de vragenlijsten naar waarheid invulden.

Samenvatting en bespreking

Het lijkt raadzaam om in de forensische psychiatrie zo veel mogelijk gebruik te maken van vrije-antwoorden vragenlijsten, waarbij respondenten zelf een reactie formuleren in plaats van er een aan te kruisen. Echter, nader onderzoek is geboden naar de verschillen in validiteit tussen vrije-antwoorden en keuze-antwoorden vragenlijsten bij volwassen delinquenten of forensisch psychiatrische patiënten. De aanwezigheid van een intaker of onderzoeker bij de afname heeft als voordeel dat deze de patiënten kan motiveren de lijsten volledig in te vullen en vragen over moeilijke woorden kan beantwoorden. De invloed van de setting op de beantwoording van vragenlijsten lijkt aanzienlijk. De opvallende verschillen in scores op vragenlijsten tussen gedetineerden of klinische forensisch psychiatrische patiënten enerzijds en poliklinische patiënten of niet-klinische vrijwilligers anderzijds verdienen nader onderzoek. Kunnen die verschillen verklaard worden door de structuur en het toezicht van de forensisch psychiatrische instelling of spelen ook andere factoren een rol, zoals verschillen in psychopathologie? Of zijn gedetineerden in een gevangenis of forensisch psychiatrische instelling bedrever in het maskeren van hun probleemgedrag dan poliklinische patiënten of niet-klinische vrijwilligers?

VEELGEBRUIKTE, VERTAALDE VRAGENLIJSTEN

Vertaling

Bij een aantal veelgebruikte zelfrapportage vragenlijsten doet zich een probleem van heel andere aard voor, namelijk dat ze uit het Engels zijn vertaald en dat deze vertalingen niet bij Nederlandse forensisch psychiatrische patiënten op psychometrische eigenschappen zijn onderzocht. Zo bleek uit eigen onderzoek dat de oorspronkelijke factor- of subschalenstructuur van de Agressie Vragenlijst (AQ; Buss and Perry, 1992; Meesters, Muris, Bosma, Schouten, & Beuving, 1996), de Novaco Anger Scale-Provocation Inventory (NAS-PI; Novaco, 1994) en de Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ; Vorst & Bermond, 2001) niet kon worden geconfirmeerd in steekproeven van Nederlandse forensisch psychiatrische patiënten. Een uitzondering was de Aangepaste Versie van de Agressie Vragenlijst (AVL-AV; Hornsveld, Muris, Kraaimaat, & Meesters, 2009), een vertaling van de

Aggression Questionnaire-Short Form (AQ-SF; Bryant & Smith, 2001). Bovendien werd alleen de oorspronkelijke NAS-PI onderzocht in Amerikaanse, mannelijke delinquenten. De AQ, de AVL, de AQ-SF en de BVAQ werden ontwikkeld in gemengde groepen van mannelijke en vrouwelijke universiteitsstudenten in verschillende landen, veelal psychologiestudenten.

Normgroepen

Een ander probleem bij het gebruik van de veelgebruikte zelfrapportage vragenlijsten in de forensische psychiatrie betreft het ontbreken van relevante normgroepen (Akkerman-Bouwsema, Biesbroek, Lancel, & Gerlsma, 2015). Als er voor een vragenlijst al normgroepen zijn, dan is vaak niet duidelijk wat het opleidingsniveau van de onderzochte steekproef is. Omdat veel forensisch psychiatrische patiënten een relatief laag opleidingsniveau hebben, werden om hieraan enigszins tegemoet te komen normen ontwikkeld door vragenlijsten te laten invullen door mannelijke (v)mbo-leerlingen (Hornsveld, Kraaimaat, Muris, Zwets, & KanTERS, 2015).

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In dit artikel werden drie soorten kanttekeningen geplaatst bij het gebruik van zelfrapportage in de forensische psychiatrie, namelijk (1) de invloed van interne factoren als SDR, inzicht en moreel besef, (2) de invloed van externe factoren als de aan- of afwezigheid van een onderzoeker, het format en het onderwerp van de vragenlijsten en de setting waarin de respondent verblijft, en (3) de psychometrische eigenschappen van enkele veelgebruikte, vertaalde zelfrapportage vragenlijsten. Op grond van de literatuur en van klinische ervaring trekken we de volgende conclusies.

Een belangrijk probleem bij het gebruik van zelfrapportage vragenlijsten voor forensisch psychiatrische patiënten is dat de meeste niet of onvoldoende op psychometrische eigenschappen bij deze doelgroep zijn onderzocht en dat relevante normen ontbreken. Het gebruik van subschaalscores is af te raden als de betreffende subschalen niet door psychometrisch onderzoek bij Nederlandse populaties worden ondersteund. Normen van niet-klinische vrijwilligers kunnen van belang zijn voor poliklinische patiënten, maar zijn dat minder voor klinische patiënten. Bij het gebruik van zelfrapportage vragenlijsten in de forensische psychiatrie zal er altijd rekening mee moeten worden gehouden dat respondenten de lijsten mogelijk sociaal wenselijk invullen en dat hun inzicht in eigen gedrag en hun moreel besef beperkt kunnen zijn. Dit is vooral van belang als de scores op de vragenlijsten gebruikt worden voor beslissingen op individueel niveau en er voor de respondent een groot belang op het spel staat.

Verschillende onderzoekers (bijvoorbeeld: Andrews & Bonta, 2010) pleiten voor de combinatie van verschillende meetinstrumenten, zoals gestructureerde interviews, observatieschalen en incidentenregistraties. Gebruik van meerdere soorten instrumenten is ook naar onze mening noodzakelijk, omdat elk instrument specifieke beperkingen heeft. In een gesloten instelling kan een vergelijking van de score op een vragenlijst met die op een observatieschaal relevante informatie opleveren over het inzicht van een patiënt in zijn eigen gedrag (Nijman, Bjørkly, Palmstierna, & Almvik, 2006). Per instrument moet echter steeds een afweging gemaakt worden tussen de betekenis van de verzamelde informatie enerzijds en de beperkingen van het betreffende instrument anderzijds (Drenth & Sijsma, 2006, p. 68).

In het kader van wetenschappelijk onderzoek lijkt het minder zinvol de scores van klinische patiënten op zelfrapportage vragenlijsten te vergelijken met die van poliklinische patiënten. Als zelfrapportage vragenlijsten worden gebruikt voor bijvoorbeeld de effectmeting van behandelprogramma's is het gebruik van een instrument voor het meten van sociaal wenselijk reageren aan te raden. De MC-SDS en BIDR kunnen voorlopig hiervoor gebruikt worden. Het is echter van belang dat de psychometrische eigenschappen van beide instrumenten alsnog bij Nederlandse populaties worden onderzocht.

NIEUWE ONTWIKKELINGEN

.....

Er zijn steeds meer aanwijzingen dat zelfrapportage vragenlijsten voor dynamische (dat wil zeggen veranderbare, door interventies te beïnvloeden) factoren een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan de risicotaxatie van (seksueel)delictplegers (Douglas & Skeem, 2005). Beech, Friendship, Erikson en Hanson (2002) bijvoorbeeld, vonden in een groep van 140 kindermisbruikers dat het toevoegen van de vragenlijstgegevens over dynamische risicofactoren resulteerde in een significante verbetering van de risicotaxatie, die aanvankelijk gebaseerd was op statische (dat wil zeggen onveranderbare, vaak historische) factoren. De verschillende studies naar de meerwaarde van dynamische factoren voor risicotaxatie zijn echter uitgevoerd bij groepen delinquenten, zodat de resultaten niet zonder meer van toepassing zijn op individuele delinquenten. Volgens Hart, Michie en Cooke (2007) kan tot op heden risicotaxatie niet gebruikt worden om in individuele gevallen de kans op toekomstig geweld met een zekere mate van betrouwbaarheid te schatten en moet er daarom met de nodige voorzichtigheid maar liever helemaal geen gebruik van worden gemaakt (p. 60).

Voor een aantal dynamische factoren van recidiverisico zijn inmiddels specifieke vragenlijsten ontwikkeld, bijvoorbeeld voor het meten van vijandigheid (PSF-AV; Hornsveld, Nijman, Hollin, & Kraaimaat, 2007), morele rijpheid (SRM-AV; Hornsveld, Kraaimaat, & Zwets, 2012) en attitude jegens vrouwen (HVL; Hornsveld, Timonen, Kraaimaat, Zwets, & Kanters, 2014).

Alle drie de instrumenten zijn vrije-antwoorden vragenlijsten. Deze drie nieuwe vragenlijsten bevinden zich echter nog in een eerste stadium en verder psychometrisch onderzoek is dan ook geboden.

Een tweede interessante ontwikkeling is het gebruik van zelfrapportage vragenlijsten als risicotaxatie-instrument. Enkele onderzoekers vonden namelijk dat het voorspellend vermogen van sommige zelfrapportage vragenlijsten overeenkwam met dat van veelgebruikte actuariële instrumenten¹ (Loza & Green, 2003; Walters, 2006). Ook hier zal verder onderzoek moeten uitwijzen of bepaalde zelfrapportage vragenlijsten gebruikt kunnen worden voor het vaststellen van het recidiverisico op individueel niveau, vooral omdat er voor een respondent grote belangen op het spel kunnen staan.

Alles bij elkaar is er naar onze mening op dit moment geen reden om zelfrapportage vragenlijsten te verbannen uit de forensische psychiatrie, maar gebruikers dienen zich wel rekenschap te geven van de beperkingen van de in dit artikel besproken instrumenten.

Ruud H. J. Hornsveld is verbonden aan het Erasmus Universitair Medisch Centrum.

Floor W. Kraaiaam is verbonden aan de Radboud Universiteit, Nijmegen.

Peter Muris is verbonden aan Maastricht University, Maastricht.

Henk L. I. Nijman is verbonden aan APC Altrecht, Den Dolder en Radboud Universiteit, Nijmegen.

Almar J. Zwets is verbonden aan FPC de Kijvelanden, Poortugaal.

Sabina. J. Roza en Hjalmar J. C. van Marle zijn verbonden aan het Erasmus Universitair Medisch Centrum.

Correspondentieadres: Ruud H.J. Hornsveld, Lange Dreef 52, 2285 LA Rijswijk. E-mail: Ruud.Hornsveld@Ziggo.nl

Summary *The use of self-reporting questionnaires in forensic psychiatry*

The validity of self-reporting questionnaires is controversial, especially when used for the assessment of forensic psychiatric patients or the evaluation of treatment programs. This article provides an overview of the internal and external factors that may affect the responding to these scales in various forensic populations. Internal factors refer to factors that relate to individual respondent characteristics, such as the tendency to socially desirable responding, insight into one's own behavior, and moral awareness. External factors relate to the circumstances in which questionnaires are taken, such as the presence or absence of an assessor, the format and subject of the questionnaires, and the setting in which the respondent resides. Furthermore, the psychometric properties are discussed of a few questionnaires that are commonly used in Dutch forensic

- 1 Met behulp van een actuariële instrument kan delictgevaar worden geschat op basis van factoren waarvan in empirisch onderzoek is aangetoond dat zij samenhangen met gewelddadig gedrag.

psychiatry. Finally, conclusions and recommendations are presented for the use of self-report questionnaires in forensic psychiatry.

Keywords *self-report questionnaires, psychometric properties, forensic psychiatry*

Literatuur

- Adida, M., Clark, L., Pomietto, P., Kaladjian, A., Besnier, N., Azorina, J., ... Goodwin, G. M. (2008). Lack of insight may predict impaired decision making in manic patients. *Bipolar Disorders*, 10, 829-837.
- Akkerman-Bouwsema, G., Biesbroek, B., Lancel, M., & Gerlsma, C. (2015). De bruikbaarheid van agressievragenlijsten in de Nederlandse forensisch-psychiatrische praktijk. *Gedragstherapie*, 48, 282-300.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: Matthew Bender & Company.
- Andrews, P., & Meyer, R. G. (2003). Marlow-Crowne Social Desirability Scale and short form C: forensic norms. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 483-492.
- Arkowitz, S., & Vess, J. (2003). An evaluation of the Bumby RAPE and MOLEST scales as measures of cognitive distortions with civilly committed sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 237-249.
- Beech, A., Friendship, C., Erikson, M., & Hanson, R. K. (2002). The relationship between static and dynamic risk factors and reconviction in a sample of U.K. child abusers. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 155-167.
- Bell, M., Fiszdon, J., Richardson, R., Lysaker, P., & Bryson, G. (2007). Are self-reports valid for schizophrenia patients with poor insight? Relationship of unawareness of illness to psychological self-report instruments. *Psychiatry Research*, 151, 37-46.
- Boer, D. P., Wilson, R. J., Gauthier, C. M., & Hart, S. D. (1997). Assessing risk for sexual violence: Guidelines for clinical practice. In C. D. Webster & M. A. Jackson (Eds.), *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment* (pp. 326-342). New York: Guilford.
- Bryant, F. B., & Smith, B. D. (2001). Refining the architecture of aggression: A measurement model for the Buss-Perry Aggression Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 35, 138-167.
- Bumby, K. M. (1996). Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists: Development and validation of the MOLEST and RAPE Scales. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, 37-54.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Campos, J. A. D. B., Zucoloto, M. L., Bonafé, F. S. S., Jordani, P. C., & Maroco, J. (2011). Reliability and validity of self-reported burnout in college students: A cross randomized comparison of paper-and-pencil vs. online administration. *Computers in Human Behavior*, 27, 1875-1883.
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- Davis, C. G., Thake, J., & Vilhena, N. (2010). Social desirability biases in self-reported alcohol consumption and harms. *Addictive Behaviors*, 35, 302-311.
- Douglas, K. S., & Skeem, J. L. (2005). Violence risk assessment. Getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11, 347-383.

- Drenth, P. J. D., & Sijtsma, K. (2006). *Testtheorie: Inleiding in de theorie van de psychologische test en zijn toepassingen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Gannon, T. A., Ward, T., & Collie, R. (2007). Cognitive distortions in child molesters: Theoretical and research developments over the past decades. *Aggression and Violent Behavior, 12*, 402-416.
- Gavaghan, M. P., Arnold, K. D., & Gibbs, J. C. (1983). Moral judgment in delinquents and nondelinquents: Recognition versus production measures. *Journal of Psychology, 114*, 267-274.
- Hart, S. D., Michie, C., & Cooke, D. J. (2007). Precision of actuarial risk assessment instruments: Evaluating the 'margins of error' of group v. individual predictions of violence. *British Journal of Psychiatry, 190* (suppl. 49), s60-s65.
- Hendriks, V. (2011). Meten en meetinstrumenten. In I. Franken & W. van den Brink (red.), *Handboek verslaving* (pp. 245-274). Utrecht: De Tijdstroom.
- Holden, R. R. (2007). Socially desirable responding does moderate personality scale validity both in experimental and non-experimental contexts. *Canadian Journal of Behavioural Science, 39*, 184-201.
- Holden, R. R., & Book, A. S. (2012). Faking does distort self-report personality assessment. In M. Ziegler, C. MacCann, & R. D. Roberts (Eds.), *New perspectives on faking in personality assessment* (pp. 71-84). New York: Oxford University Press.
- Holden, R. R., & Passey, J. (2010). Socially desirable responding in personality assessment: Not necessarily faking and not necessarily substance. *Personality and Individual Differences, 49*, 446-450.
- Hornsveld, R. H. J., Kraaimaat, F. W., Bouwmeester, S., Polak, M. A., & Zwets, A. J. (2014). Behavior on the ward of personality disordered inpatients and chronically psychotic inpatients during a three-year stay in a Dutch forensic psychiatric hospital. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 25*, 684-704.
- Hornsveld, R. H. J., Kraaimaat, F. W., Muris, P., Zwets, A. J., & Kanthers, T. (2015). Aggression Replacement Training for violent young men in a forensic psychiatric outpatient clinic. *Journal of Interpersonal Violence, 30*, 3174-3191.
- Hornsveld, R. H. J., Kraaimaat, F. W., & Zwets, A. J. (2012). The adapted version of the Sociomoral Reflection Measure (SRM-AV) in Dutch forensic psychiatric patients. *International Journal of Forensic Mental Health, 11*, 1-9.
- Hornsveld, R. H. J., Muris, P., Kraaimaat, F. W., & Meesters, C. (2009). The Aggression Questionnaire in Dutch violent forensic psychiatric patients and secondary vocational students. *Assessment, 16*, 181-192.
- Hornsveld, R. H. J., Nijman, H. L. I., Hollin, C. R., & Kraaimaat, F. W. (2007). An adapted version of the Rosenzweig Picture-Frustration Study (PFS-AV) for the measurement of hostility in violent forensic psychiatric patients. *Criminal Behaviour and Mental Health, 17*, 45-56.
- Hornsveld, R. H. J., Timonen, B., Kraaimaat, F. W., Zwets, A. J., & Kanthers, T. (2014). The Attitudes toward Women Inventory (AWI) in Dutch violent forensic psychiatric inpatients. *Journal of Forensic Psychology Practice, 14*, 383-397.
- Kalmus, E., & Beech, A. R. (2005). Forensic assessment of sexual interest: A review. *Aggression and Violent Behavior, 10*, 193-218.
- Kanthers, T., Hornsveld, R. H. J., Nunes, K. L., Zwets, A. J., Buck, N. M. L., Muris, P., & van Marle, H. J. C. (2016). Aggression and social anxiety are associ-

- ated with sexual offending against children. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15, 265-273.
- Kelsey, K. R., Rogers, R., & Robinson, E. V. (2015). Self-report measures of psychopathy: What is their role in forensic assessments? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37, 380-391.
- Kroner, D. G., & Weekes, J. R. (1996). Balanced Inventory of Desirable Responding: Factor structure, reliability, and validity with an offender sample. *Personality and Individual Differences*, 21, 323-333.
- Lilienfeld, S. O., & Widows, M. (2005). *Professional manual for the psychopathic personality inventory-revised (PPI-R)*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Loza, W. (1996). *Self-Appraisal Questionnaire (SAQ): A tool for assessing violent and nonviolent recidivism*. Unpublished manuscript.
- Loza, W., & Green, K. (2003). The Self-Appraisal Questionnaire. A self-report measure for predicting recidivism versus clinician-administered measures: A 5-year follow-up study. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 781-797.
- Mathie, N. L., & Wakeling, H. C. (2011). Assessing social desirable responding and its impact on self-report measures among sexual offenders. *Psychology, Crime & Law*, 17, 215-237.
- Meesters, C., Muris, P., Bosma, H., Schouten, E., & Beuving, S. (1996). Psychometric evaluation of the Dutch version of the Aggression Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 839-843.
- Mills, J. F., & Kroner, D. G. (1999). *Measures of Criminal Attitudes and Associates* (MCAA). Unpublished instrument and user's guide.
- Mills, J. F. & Kroner, D. G. (2005). An investigation into the relationship between socially desirable responding and offender self-report. *Psychological Services*, 2, 70-80.
- Mills, J. F. & Kroner, D. G. (2006). Impression management and self-report among violent offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 178-192.
- Mills, J. F., Loza, W., & Kroner, D. G. (2003). Predictive validity despite social desirability: Evidence for the robustness of self-report among offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13, 140-150.
- Nederhof, A. (1985). Methods of coping with social desirability bias: a review. *European Journal of Social Psychology*, 15, 263-280.
- Nijman, H., Bjørkly, S., Palmstierna, T., & Almvik, R. (2006). Assessing aggression of psychiatric patients: Methods of measurement and its prevalence. In D. Richter & R. Whittington (Eds.), *Violence in mental health settings: Causes, consequences, management* (pp. 11-23). New York: Springer.
- Novaco, R. W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder* (pp. 21-59). Chicago: University of Chicago Press.
- Olver, M. E., Kingston, D. A., Nicholai-chuk, T. P., & Wong, S. C. P. (2014). A psychometric examination of treatment change in a multisite sample of treated Canadian federal sexual offenders. *Law and Human Behavior*, 38, 544-559.
- Paulhus, D. L. (1984). Two-component models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 598-609.
- Paulhus, D. L. (1988). *Manual for the Balanced Inventory of Desirable Responding* (BIDR-7). Toronto/Buffalo: Multi-Health Systems.
- Paulhus, D. L. (2002). Socially desirable responding: The evolution of a construct. In H. I. Braun, D. N. Jackson, & D. E. Wiley (Eds.), *The role of con-*

- structs in psychological and educational measurement* (pp. 49-60). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Salbach-Andrae, H., Klinkowski, N., Lenz, K., & Lehmkuhl, U. (2009). Agreement between youth-reported and parent-reported psychopathology in a referred sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 136-143.
- Stams, G. J., Brugman, D., Dekovic, M., van Rosmalen, L., van der Laan, P., & Gibbs, J. C. (2006). The moral judgment of juvenile delinquents: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 697-713.
- van Marle, H. J. C. (2000). Forensic Services in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, 515-531.
- Van Vugt, E., Gibbs, J., Stams, G. J., Bijleveld, C., Hendriks, J., & van der Laan, P. (2011). Moral development and recidivism: A meta-analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55, 1234-1250.
- Vorst, H. C. M., & Bermond, B. (2001). Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 30, 413-434.
- Walters, G. D. (2006). Risk-appraisal versus self-report in the prediction of criminal justice outcomes: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 33, 279-304.

BOEKBESPREKING

.....

Kortdurende schematherapie

Handleiding en werkboeken voor
groepstherapie en individuele therapie

.....

Bespreking van

Michiel van Vreeswijk & Jenny Broersen (2017). *Handleiding kortdurende schematherapie: Voor groepstherapie en individuele therapie* (derde, herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 108 pp., € 26,99. ISBN 9789036815468.

Jenny Broersen & Michiel van Vreeswijk (2017). *Werkboek kortdurende schematherapie: CGT-technieken* (derde, herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 110 pp., € 19,99. ISBN 9789036815833.

Jenny Broersen & Michiel van Vreeswijk (2017). *Werkboek kortdurende schematherapie: Experiëntiële technieken*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 95 pp., € 19,99. ISBN 9789036815772.

MIEKE AUTRIQUE & KATHLEEN RASKIN

INLEIDING

.....

De *Handleiding kortdurende schematherapie* beschrijft twee kortdurende protocollen, SCGT (kortdurende schematherapie: CGT-technieken) en SEPT (kortdurende schematherapie: experiëntiële technieken). Het SCGT-protocol is beperkt tot de cognitief-gedragstherapeutische interventies uit de schematherapie. Het SEPT-protocol behandelt de experiëntiële technieken. Dit laatste protocol is een nieuwe toevoeging aan de derde herziene druk (2017) van deze uitgave. Voor elk protocol is een werkboek voor cliënten voorhanden. Het is de bedoeling dat de twee protocollen los van elkaar of – voor een langere therapie – achtereenvolgend kunnen worden aangebo-

den. De auteurs geven aan dat de protocollen geschikt zijn voor zowel individuele schematherapie als schemagroepstherapie.

De protocollen zijn bedoeld voor cliënten die last hebben van persoonlijkheidsproblematiek en worstelen met hun schema's en modi. In de handleiding wordt aangegeven dat de protocollen op een brede cliëntengroep van toepassing zijn en zich niet uitsluitend beperken tot cliënten met een persoonlijkheidsstoornis zoals gedefinieerd in de DSM-IV (APA, 1994), maar meer passen bij de richting die voorzichtig wordt opgegaan in de DSM-5 (2013a) (van Vreeswijk & Broersen, 2017).¹ Contra-indicaties zijn ernstige suïcidaliteit, automutilatie, agressiedoorbraken, sociaal-maatschappelijke problemen die op de voorgrond staan, ernstige verslavingsproblematiek en zwakbegaafdheid.

Beide protocollen omvatten achttien sessies en twee follow-upsessies. Ze starten met een heldere inleiding over schematherapie en een kennismaking met schema's en modi. Het SCGT-protocol focust vervolgens op cognitieve technieken met als doel dat cliënten schema's leren herkennen in het dagelijkse leven, zich het modusmodel eigen maken, het bestaansrecht van een schema op cognitief niveau ter discussie leren stellen en de 'strijd' ermee aangaan. Er is hierbij specifieke aandacht voor thema's als verantwoordelijkheid en schuld, en voor schema's en modi in relaties met anderen.

Het SEPT-protocol focust eerst op het in beeld brengen van de gezonde volwassene en vervolgens op emotionele kernbehoeften en indrukken uit de jeugd. Het omvat verder verschillende imaginatieoefeningen met rescripting en historische rollenspelen. Nadien wordt gewerkt rond het wegsturen van de straffende of veeleisende ouder, de invloed van deze oudermodus op de emotionele binnenwereld van de cliënt; wordt een warme brief aan het kwetsbare kind geschreven en komt ook de rol van schema's en modi in het contact met anderen aan bod. Hierbij wordt specifiek gefocust op het omgaan met boosheid en het opzij zetten van de onthechte zelfsusser of de onthechte beschermer.

In beide protocollen wordt tot slot aandacht besteed aan het afronden van de therapie en afscheid nemen.

1 Voor de DSM-5 is een alternatief model voor de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen ontwikkeld voor verder onderzoek. De aanpak staat beschreven in deel III (in het hoofdstuk 'Alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen'). In dit model is meer nadruk komen te liggen op de criteria die zijn gebaseerd op het persoonlijkheidsfunctioneren en de persoonlijkheidstrek, waardoor de stabiliteit en empirische ondergrond van de stoornissen groter is geworden. Voor de beoordeling van persoonlijkheidsfunctioneren en persoonlijkheidstreken speelt het wel of niet aanwezig zijn van een persoonlijkheidsstoornis bij de betrokkene geen enkele rol. Dit kenmerk levert klinisch gezien nuttige informatie op over alle mensen (APA, 2013b).

SCEMATHERAPIE: KORTDUREND EN OPGESPLITST VOLGENS PROTOCOL?

.....

Een eerste belangrijke bedenking die we bij deze handleiding en werkboeken hebben, gaat over de kortdurende, protocollaire benadering van het schematherapeutische proces en meer specifiek over de opsplitsing tussen een protocol voor CGT-technieken en een protocol voor experiëntiële technieken.

Schematherapie is in de eerste plaats ontwikkeld als therapie voor cliënten die onvoldoende baat hadden bij een behandeling met de klassieke cognitieve gedragstherapie (Arntz & Jacob, 2012). Deze cliënten hebben vaak een variëteit aan symptomen en moeilijke interpersoonlijke patronen die sterk wisselend of heel persistent kunnen zijn. Diagnostisch is er vaak sprake van een of meer persoonlijkheidsstoornissen (Arntz & Jacob, 2012). Deze cliënten zijn vaak niet bereid of in staat om zich aan procedures van cognitieve gedragstherapie te houden: hun motivatie en hun benadering van de therapie zijn gecompliceerd (Young, Klosko, & Weishaar, 2005). Schematherapie legt een sterke focus op de emoties van cliënten en op biografische aspecten die hiermee verbonden zijn. De therapeutische relatie speelt in de schematherapie een prominente rol (Arntz & Jacob, 2012).

Uiteraard kunnen we het alleen maar eens zijn met de auteurs als ze stellen dat deze cliënten recht hebben op een zo kort mogelijke en effectief mogelijke behandeling van hun klachten. We stellen ons wel de vraag hoe kortdurend het kan. De behandeling zoals omschreven in de protocollen is in het algemeen korter dan reguliere behandelingen van persoonlijkheidsproblematiek en is ook korter dan de schematherapie zoals door Young en collega's (2005) beschreven. Het lijkt ons aangewezen om te onderzoeken welke uitkomsten men al dan niet met deze kortdurende manier van werken kan bewerkstelligen in vergelijking met langduriger behandelvormen.

Tot onze opluchting blijken de auteurs alleszins geen voorstander te zijn van een *quick-fix*-benadering. Wel stellen ze dat kortdurend werken vraagt om het beperken van interventies en het proberen gerichte keuzes te maken in het bepalen welke vorm van schematherapie voor welke cliëntengroep het meest óf eerst geschikt is.

Wat ons bij de bedenking brengt dat de auteurs niet transparant zijn met betrekking tot de keuze voor de technieken die in beide protocollen aan bod komen en de volgorde van de sessies. Ook de argumentatie voor de opsplitsing tussen een protocol rond CGT-technieken en een protocol rond experiëntiële technieken vinden we onvoldoende uitgewerkt.

De kracht van de schematherapie is juist dat cognitief-gedragstherapeutische en experiëntiële technieken op maat en afwisselend ingezet kunnen worden, afhankelijk van de behandel fase en de modus waarin de cliënt op dat moment verkeert. Dit lijkt ons niet enkel voor individuele therapie te gelden, maar ook voor groepstherapie: wat speelt er binnen de groep, welke

overheersende copingstijl is er, welke oefeningen zijn geschikt om met deze groep aan de slag te gaan?

Schematherapie is een integratieve therapievorm, net omwille van de complexiteit van de problematieken waarop de schematherapie zich in eerste instantie richt. Enkel CGT-technieken toepassen, veronderstelt – in termen van modi – al een goed ontwikkelde gezonde volwassene, en de focus hierop ligt binnen de schematherapie meestal in een latere fase van de behandeling. In het SCGT-protocol wordt ook weinig aandacht besteed aan basisbehoeften die bij cliënten niet vervuld werden, terwijl dit ons essentieel lijkt binnen de schematherapie. De focus op emoties, die voor ons net de belangrijkste aanvulling op en verrijking van de cognitieve gedragstherapie vormt, gaat in dit protocol verloren.

Ook in het SEPT-protocol wordt naar onze mening snel uitgegaan van een goed ontwikkelde gezonde volwassene en er wordt ook van uitgegaan dat cliënten bij aanvang al een vrij goed zicht hebben op wat ze als kind gemist hebben. Het verrast ons dat de veeleisende en de straffende oudermodus in dit protocol eerder in een laat stadium aan bod komen, terwijl we de ervaring hebben dat deze modi het gevoelsleven van cliënten en het therapeutisch proces vaak sterk bepalen.

In beide protocollen wordt door middel van voorbeelden wel voldoende aandacht besteed aan de therapeutische relatie en de invloed van schema's en modi van therapeut en cliënt op het therapeutisch proces, al blijft het niet evident om dit weer te geven in een protocol.

Tot slot vragen we ons af of het volgen van enkel het SCGT-protocol kan leiden tot een fundamentele verandering in maladaptieve schema's, aangezien er voornamelijk op cognitief en gedragsmatig en veel minder op emotioneel niveau gewerkt wordt. Er is nog geen wetenschappelijk gerandomiseerd effectonderzoek gedaan naar de werkzaamheid van beide protocollen, zo schrijven de auteurs. Er zijn wel al enkele open-labeltrials uitgevoerd naar het SCGT-protocol, waarvan de onderzoeksresultaten gepubliceerd zijn (onder andere Renner et al., 2013; Videler, Rossie, Schoevenaars, Feltz, & Alphen, 2014). Hieruit blijkt onder meer dat dit protocol bij jongvolwassenen met persoonlijkheidsstoornissen of kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis tot een significante verbetering leidde in ervaren klachten, maar niet tot een significante afname op het vlak van maladaptieve schema's. Er was wel een lichte verbetering op het vlak van adaptieve schema's.

METEEN AAN DE SLAG?

.....

De auteurs gaan ervan uit dat de lezer vertrouwd is met de basale cognitief-gedragstherapeutische technieken en de experiëntiële technieken. De hand-

leiding is duidelijk en tegelijk ook niet overgestructureerd. Het lijkt ons echter moeilijk de protocollen in de praktijk om te zetten zonder vooropleiding op het vlak van schematherapie en (schema)groepstherapie. Dit komt niet duidelijk naar voren in de handleiding, wat misschien te maken heeft met het feit dat dit in Nederland meer gereguleerd is.²

De auteurs besteden wel veel aandacht aan de vaardigheden en het zelf-inzicht die therapeuten nodig hebben voor de individuele en groepsschematherapie. Zo wordt de invloed van de schema's van de therapeuten besproken, de houding die therapeuten in de verschillende fasen van de therapie kunnen aannemen (bijvoorbeeld meer actief of meer afwachtend) en het belang van het gericht kunnen inzetten van zelfonthulling door de therapeut. Specifiek voor groepen wordt in de handleiding veel aandacht besteed aan de vaardigheden en de band van cotherapeuten, die als een goed ouderpaar functioneren in de groep (*refamilying* in plaats van *reparenting*).

Vooraf voor de experiëntiële technieken lijkt het ons belangrijk om deze te kunnen inoefenen onder supervisie van ervaren schematherapeuten. Voor ons, met onze achtergrond van een opleiding individuele schematherapie, waren de experiëntiële technieken in groepsverband niet altijd even duidelijk, ook al werden verschillende oefeningen geïllustreerd met afbeeldingen.

BOEIENDE VERDIEPING

.....

De handleiding en werkboeken bieden inzichten en oefeningen voor de therapeut die zijn basale voorkennis wenst te verdiepen. We vonden het interessant om individuele oefeningen vertaald te zien naar een groepscontext. Er worden duidelijke voorbeelden gegeven voor zowel individuele therapie als groepstherapie. Bijvoorbeeld: Is de overheersende copingstrategie van de groep eerder vermijdsend of eerder overcompenserend? Hoe beïnvloeden de modi en schema's in een groep elkaar? De auteurs maken duidelijk hoe boeiend en zinvol maar ook hoe complex het is om schematherapie in een groep aan te bieden.

We vinden het verder waardevol dat aandacht wordt besteed aan specifieke voorwaarden en problemen die kunnen opduiken in een ambulante

- 2 In Nederland bestaat sinds 2006 een Register Schematherapie, dat als doel heeft de kennis over schematherapie verder te verspreiden en de kwaliteit van schematherapeuten te bewaken (www.schematherapie.nl). Schematherapie is er inmiddels goed gekend en verspreid. In verschillende opleidingscentra in Nederland kan men een cursus schematherapie volgen. In Vlaanderen werd recent Schematherapie Vlaanderen vzw opgericht, een vereniging die als belangrijkste doel heeft om schematherapie te promoten en verspreiden in Vlaanderen, en hierbij samenwerkt met het Nederlands Register en de ISST (International Society of Schema Therapy). Zij start momenteel ook een Vlaams register voor schematherapeuten op (www.schematherapievlaanderen.be).

setting. Bijvoorbeeld: Hoe zit het met contact buiten de groep? Wat als iemand afwezig is? Hoe haal je een gemiste sessie in? Dit alles wordt concreet uitgewerkt.

LAY-OUT

.....

De handleiding is helder geschreven, uitgebreid waar nodig en beknopt waar mogelijk, gestructureerd waar nodig en algemeen waar mogelijk. Het lettertype is wel erg klein. Tips en tabellen zijn duidelijk aangegeven in een andere kleur. Sommige oefeningen worden verduidelijkt aan de hand van illustraties. De overzichtstabellen van de schema's en modi aan het einde van het boek vinden we zeer bruikbaar.

De werkboeken voor cliënten hebben een groter formaat en een groter lettertype. Ze zijn vlotter leesbaar en zijn ook duidelijk gestructureerd. Ze geven helder weer waar het in de sessies over gaat, zodat cliënten over een naslagwerk beschikken. Voor elke sessie zijn handige werkbladen voorhanden.

SAMENVATTEND

.....

Samenvattend omvatten bovenstaande protocollen heel wat nuttige informatie, oefeningen, voorbeelden en tips om mee aan het werk te gaan, zowel voor individuele schematherapie als voor groepsschematherapie. De werkboeken zijn hierbij een praktisch hulpmiddel. Voorwaarde is volgens ons wel minstens een basisopleiding schematherapie en voor de groepstherapie ook een meer specifieke opleiding. Therapeuten dienen over het nodige inzicht in eigen schema's en modi te beschikken. We zijn zelf eerder voorstander van een flexibel traject waarbij cognitief-gedragsmatige en experiëntiële technieken afwisselend kunnen worden ingezet naargelang van de behandelfase en de modus van de cliënt of de copingstijl van de groep. Het is naar onze mening belangrijk dat een behandeling zo kort mogelijk kan zijn, mits de flexibiliteit blijft bestaan om een behandeling langer (of korter) te laten duren dan eerder vooropgesteld, als de cliënt hier baat bij heeft, en dat individuele trajecten en groepstrajecten elkaar kunnen aanvullen waar nodig.

Mieke Autrique en **Kathleen Raskin** zijn verbonden aan Mikado-praktijk te Antwerpen. *Correspondentieadres:* Mikado-praktijk, Van Schoonbekestraat 94, 2018 Antwerpen, België. E-mail: info@mikado-praktijk.be

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV* (4th ed.). Arlington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5, Fifth Edition*. Arlington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013b). *DSM-5 whitepaper: Belangrijkste wijzigingen van DSM-IV naar DSM-5*. Nederlandse vertaling. Amsterdam: Boom. Geraadpleegd op www.dsm-5.nl/documenten/whitepapers_nieuw/dsm_whitepaper_15_belangrijkste_wijzigingen_2.pdf
- Arntz, A., & Jacob, G. (2012). *Schematherapie: Een praktische handleiding*. Utrecht: Nieuwezijds B.V.
- Renner, F., van Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality features: Associations with changes in symptomatic distress, schema, schema modes, and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 487-492.
- van Vreeswijk, M., & Boersen, J. (2017). *Handleiding kortdurende schematherapie: Voor groepstherapie en individuele therapie* (derde, herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Videler, A. C., Rossie, G., Schoevenaars, M., Feltz, C., & Alphen, S. P. (2014). Effects of group schema therapy in older outpatients: A proof of concept study. *International Psychogeriatrics*, 26, 1-9.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). *Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.



Meet persoonlijkheidseigenschappen met de *Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst 2 - herziene editie*

De NPV-2-R is een herziening van de veelgebruikte persoonlijkheidstest NPV-2. De NPV-2-R is een zelfrapportagevragenlijst voor het meten van persoonlijkheidseigenschappen bij adolescenten en volwassenen.

- Voor ggz, onderwijs en HRM
- Nieuwe normen voor de algemene populatie
- Grote voorspellende waarde
- Afname binnen 30 minuten

Handleiding | ISBN 9789089533654 | € 109,50

25 zelfscorende formulieren | ISBN 9789089533661 | € 105,50

Digitale afname is ook mogelijk, kijk hiervoor op www.boompsychologie.nl

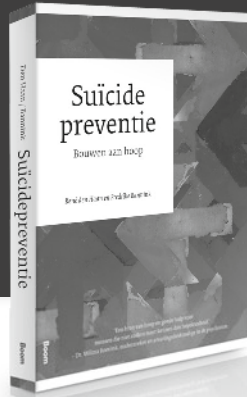
BESTEL DIRECT VIA WWW.BOOMPSYCHOLOGIE.NL

**Boompsychologie
& psychiatrie**

Prijzen geldig in 2017
o.v.v. wijzigingen

NIEUW

BIJ BOOM PSYCHOLOGIE & PSYCHIATRIE



René den Haan,
Fredrike Bannink
ISBN 9789024404988

€ 24,95

Suicidepreventie

Oplossingsgericht werken aan hoop

Suïcidaal gedrag komt wereldwijd voor en vormt een belangrijke doodsoorzaak. Het heeft een enorme impact op de cliënten zelf, hun naasten en op behandelaars. Het aantal mensen dat in Nederland over suïcide denkt ligt boven de 400.000. Van deze mensen doet bijna een kwart een suïcidepoging. De afgelopen jaren bestaat er daarom steeds meer belangstelling voor suicidepreventie: het voorkomen en verminderen van suïcidaal gedrag.

Suicidepreventie is zeer vakkundig opgezet en behandelt stapsgewijs drie pijlers: contact maken, veiligheid vergroten en continuïteit bieden. Naast het bieden van een leerzaam academisch kader komen ook meerdere cliënten en behandelaars uit het veld aan het woord.

BESTEL DIRECT VIA WWW.BOOMPSYCHOLOGIE.NL

**Boompsychologie
& psychiatrie**

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

Vorm van het manuscript

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

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

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

Literatuur

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

Figuren en tabellen

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

GEDRAGSTHERAPIE

Vijftigste jaargang, nummer 4, december 2017

Pagina 233–300

233 *Redactioneel*

234 **Paul Boelen**
Vijftig jaar *Gedragstherapie*

236 **Jaap Lancee & Annemieke van Straten**
Cognitieve gedragstherapie voor insomnie via het internet –
Een overzichtsartikel

258 **Sven van Amstel & Tonnie Staring**
Gevalsbeschrijving 'Biohazard; geigerteller anyone?'

277 **Ruud Hornsveld, Floor Kraaimaat, Peter Muris, Henk Nijman,
Almar Zwets, Sabina. Roza & Hjalmar van Marle**
Het gebruik van zelfrapportage vragenlijsten in de forensische
psychiatrie

BOEKBESPREKING

292 **Mieke Autrique & Kathleen Raskin**
Kortdurende schematherapie – Handleiding en werkboeken voor
groepstherapie en individuele therapie