

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 51 NUMMER 1 MAART 2018

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
Robert Didden
Idith Lavy
Sandra Mulkens
Marleen Rijkeboer
Elske Saleminck
Tonnie Staring
Janneke Wolters (*redactiesecretaris*)

Redactieadres

Suikerplein 65
1013 CJ Amsterdam
redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl

Website

www.tijdschriftgedragstherapie.nl
tvg.boomtijdschriften.nl

Uitgever

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam

Advertenties

klantenservice@boompsychologie.nl

Typografische verzorging

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

© 2018
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 € 20,40

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.



.....

Dit eerste nummer van 2018 is iets minder dik dan u van ons gewend bent. Het mooie is dan ook dat u dit nummer eens een keer van a tot z kunt lezen zonder stukken te hoeven missen. U blijft dan een keer niet zitten met een zaterdagkrantgevoel ('Wat is het toch allemaal interessant en wat jammer dat ik het niet allemaal kan lezen'). We houden het aantal pagina's op jaarbasis overigens gelijk. Dus u kunt erop rekenen dat er nog dubbeldikke nummers aankomen.

Ter zake nu. Dit nummer biedt twee bijzondere artikelen en drie boeiende boekbesprekingen.

In het eerste artikel gaan Peter de Jong en Jannetta Bos in op walging en posttraumatische stress. Zij gaan niet alleen in op walging verbonden met ziekte en besmetting, maar besteden ook aandacht aan walging verbonden met schending van basale morele normen. Zij bespreken hoe mechanismen die een rol spelen bij walging in kunnen werken op klachten van een posttraumatische-stressstoornis en welke implicaties dit kan hebben voor behandeling. Een en ander wordt geïllustreerd met diverse aansprekende voorbeelden uit de praktijk.

In het daaropvolgende artikel laten Ted Wolterink en Gerben Westerhof zien dat klinische schemagerichte psychotherapie gepaard kan gaan met een vermindering van klachten bij mensen met ingewikkelde persoonlijkheidsproblematiek. In de fraaie naturalistische studie die zij beschrijven laten zij bovendien zien dat vermindering van klachten samengaat met toename van functionele schemamodi en afname van disfunctionele schemamodi. Dit ondersteunt de gedachte dat schematherapie haar effectiviteit (mede) ontleent aan veranderingen in deze modi.

Edwin de Beurs bespreekt het boek *Snel succes met ROM*. Hij is positief en in de prikkelende boekbespreking leest u waarom. Inez Buyck bespreekt een boek over faalangsttraining voor jongeren. Ten slotte schreven Frieda Aelen en Jan Bernard een nieuwsgierig makende boekbespreking van het boek *Gevoel is explosief materiaal: Ambulante behandeling van jonge veelplegers*, een boek dat kosteloos te downloaden is en, naar de mening van de besprekers, zeer aan te bevelen is.

Namens de redactie wens ik veel leesplezier toe.

Paul Boelen
Hoofdredacteur

Walging en symptomen van PTSS

Mogelijke implicaties voor behandeling

PETER DE JONG & JANNETTA BOS

Samenvatting

Twintig jaar geleden publiceerde het *British Journal of Psychiatry* een redactioneel commentaar met als titel *Disgust: The forgotten emotion of psychiatry* (Phillips, Senior, Fahy, & David, 1998). Sindsdien is er veel gebeurd en is er toenemende aandacht voor de mogelijke rol van walging bij allerlei vormen van psychopathologie. Dit heeft ook geleid tot meer aandacht voor de specifieke kenmerken van ons walgsysteem in de context van posttraumatische stressstoornis (PTSS). In dit artikel bespreken we hoe aan walging gerelateerde mechanismen een rol kunnen spelen bij het ontstaan en voortduren van PTSS-klachten, en wat voor implicaties dat zou kunnen hebben voor het optimaliseren van reeds beschikbare behandelingen. Verder beogen we de mogelijke meerwaarde van het betrekken van walging bij het behandelen van PTSS-klachten te illustreren en te verduidelijken aan de hand van een aantal concrete casusbeschrijvingen.

Trefwoorden: pathogene walging, morele walging, zelfgerichte walging, PTSS, cognitieve gedragstherapie

INLEIDING

Toen Kirstin, een vrouw van een jaar of dertig, binnenkwam, vielen haar rode en ruwe handen meteen op. Ook haar onderarmen waren rood gekleurd, een onmiskenbaar signaal van te vaak en te warm wassen en schrobben. Kirstin gaf aan haar handen en onderarmen inderdaad heel vaak en heel lang te wassen. Ze kon de drang om zichzelf te wassen niet weerstaan. Het was nu zo erg geworden dat ze hulp zocht. Het leek in eerste instantie te gaan om een duidelijk geval van smetvrees. Het anamnestic gesprek zette Kirstins 'wasgedrag' echter in een heel ander daglicht. Het overmatig wassen bleek ongeveer anderhalf jaar geleden begonnen te zijn. In die tijd

moest Kirstin zich voorbereiden om te getuigen in een rechtszaak waarin een priester was aangeklaagd voor seksueel misbruik van een aantal meisjes, onder wie zichzelf. Het misbruik had zich ongeveer twintig jaar geleden afgespeeld, toen Kirstin tussen de 8 en 12 jaar oud was. Tot dan toe had ze het misbruik altijd geheimgehouden en met niemand gedeeld. Ze voelde zich enorm gespannen, ontdaan en totaal van streek, nu ze tijdens de rechtszaak al die specifieke aspecten en gebeurtenissen naar boven moest halen, en haar gruwelijke herinneringen ook nog eens publiekelijk moest delen met anderen. Ze werd depressief en begon zich steeds vaker met heet water grondig te wassen, in een poging haar intense gevoel van vies en bevuild te zijn weg te wassen. Het gevoel van vies te zijn was heel diffuus. Hoewel het wassen tijdelijk verlichting gaf, bleef Kirstin zich erna onverminderd vies voelen. Daarbij had ze sterk het idee dat niet alleen zichzelf die gevoelens van weerzin had, maar dat ze ook afstotelijk was in de ogen van anderen.

Deze casus, ontleend aan Rachman (2010), laat zien hoe walging een rol kan spelen in de context van aan seks gerelateerde traumatische ervaringen. Walging is een heel krachtige en overweldigende emotie, die mensen reflexmatig aanzet zich af te keren van de stimulus die de walging uitlokt: om die stimulus af te wijzen en te vermijden (Rozin & Fallon, 1987; Tybur, Lieberman, Kurzban, & DeScioli, 2013). De sterke walgreacties die de activatie van herinneringen aan haar seksueel misbruik bij Kirstin oproepen, hebben er mogelijk toe geleid dat ze alle triggers die zouden kunnen leiden tot een herbeleving van concrete autobiografische herinneringen aan het misbruik zo veel mogelijk uit de weg is gegaan. De door walging gemotiveerde vermijding heeft haar in zekere zin lange tijd ‘geholpen’ om niet terug te denken aan het misbruik en de overdrachtelijke besmetting/bevuiling van zichzelf. Vanaf het moment dat ze — vanwege de rechtszaak — die triggers niet langer kon vermijden, kreeg ze last van intrusieve herinneringen aan het misbruik, intrusies die gepaard gingen met sterke op zichzelf gerichte gevoelens van walging, en een combinatie van intense weerzin en boosheid ten opzichte van de priester. Zij voelde zich niet alleen op een verschrikkelijke manier door hem verraden als huisvriend van de familie, maar ook als religieus leidsman. Het compulsieve wassen kan in dit verband worden gezien als een vorm van coping, die logischerwijs bijdroeg aan het instandhouden of zelfs intensiveren van de intrusies en negatieve zelfevaluatie gedachten als: ‘Ik ben vies,’ ‘Ik ben minderwaardig’ en ‘Iedereen kan zien dat ik vies ben en zal me daarom afwijzen.’ (Zie voor een uitgebreidere bespreking van deze casus: de Jong & Borg, 2015).

WALGING EN AAN TRAUMA GERELATEERDE KLACHTEN

.....

De observatie dat patiënten met PTSS tevens gevoelens van walging rapporteren is natuurlijk niet nieuw. Al meer dan dertig jaar geleden beschre-

ven Foy, Sipprelle, Rueger en Carroll (1984) dat hardnekkige gevoelens van walging veel voorkwamen onder Vietnamveteranen met PTSS. Recenter onderzoek liet zien dat voor ongeveer 10% van de patiënten met PTSS walging de primair ervaren emotie was (Power & Fyvie, 2013). Daarnaast bleek uit onderzoek naar emotieprofielen in de context van psychopathologie dat walging de sterkst onderscheidende factor was tussen mensen *met* versus *zonder* PTSS, of met andere vormen van psychopathologie (Finucane, Dima, Nono, & Halvorsen, 2011). De verandering in de DSM-5 waardoor PTSS niet langer onder de angststoornissen valt, maar onder een nieuwgevormde aparte categorie van trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, sluit ook aan op een bredere kijk op PTSS. Die legt de focus niet langer alleen op angst en vrees, maar veeleer op het hele scala aan affectieve reacties, waaronder walging, die gerelateerd zijn aan traumatische gebeurtenissen. Maar ook al is er brede erkenning dat walging een van de reacties is die kan optreden tijdens een traumatische gebeurtenis, zoals verkrachting of het zien van ernstig verminkte lichamen na een aanslag of verkeersongeluk, toch spelen specifiek aan walging gerelateerde mechanismen vooralsnog geen rol in vigerende modellen van PTSS, zoals dat van Ehlers en Clark (2000). Ook de meest gangbare behandelprotocollen bieden geen speciale aanknopingspunten voor specifiek op walging toegesneden interventies.

In dit artikel willen we daarom stilstaan bij de mogelijk specifieke implicaties van aan walging gerelateerde mechanismen voor het ontstaan en voortbestaan van PTSS-klachten. Tevens willen we illustreren hoe belangrijk het is om in de behandeling aandacht te besteden aan de rol van walging bij aan trauma gerelateerde vormen van psychopathologie. In het artikel zullen we daarom eerst in meer detail stilstaan bij de functionele betekenis van walging. Vanuit dit functionele perspectief bespreken we daarna, mede op basis van reeds beschikbaar empirisch onderzoek, op welke manieren walging betrokken zou kunnen zijn bij aan trauma gerelateerde klachten en wat voor implicaties dat zou kunnen hebben voor het verder optimaliseren van reeds beschikbare behandelingen. Aan de hand van een aantal concrete gevalsbeschrijvingen zullen we de mogelijke meerwaarde van het betrekken van walging bij het conceptualiseren en behandelen van aan trauma gerelateerde klachten verder illustreren en verduidelijken.

WALGING: MICROBEN EN ZIEKTEVERMIJDING

.....

In haar oorspronkelijke vorm zou walging ons vooral helpen om besmetting door microben als bacteriën en virussen te voorkomen. Microben zijn potentiële ziekteverwekkers (pathogenen) die men niet kan zien maar die evenzo goed alomtegenwoordig zijn en die fatale gevolgen kunnen hebben wanneer ze ons lichaam binnen weten te dringen. Walging motiveert ons om afstand

te houden van dingen, dieren, planten en mensen die op de een of andere manier de mogelijke aanwezigheid van bedreigende pathogenen te kennen geven (bijvoorbeeld door hun geur, consistentie, kleur en andere uiterlijke kenmerken). Als we onverhoeds een potentieel bedreigende stimulus binnenkrijgen, leidt de ervaren walging tot kokhalzen en allerlei andere peristaltische effecten in de slokdarm om de 'slechte' stimulus zo snel mogelijk weer buiten het lichaam te krijgen. Als onze huid ongewild toch met een walgelijke stimulus in aanraking komt, krijgen we een heel sterke aandrang die stimulus onmiddellijk weer van de huid te verwijderen, bijvoorbeeld door te proberen hem weg te vegen en de aangedane plekken te wassen. Ook stimuli die alleen maar in aanraking zijn geweest met een walgelijke stimulus, zoals het bakje waar het bedorven vlees inzat of de schoen waarmee in de hondenpoep is getrapt, roepen walging op, en de reflexmatige neiging ervan af te blijven en van ons weg te houden.

Wellicht relevant om te benadrukken is dat de functionele (evolutionaire) verklaring van walging niet impliceert dat we walgen van een stimulus en die vermijden *omdat* we denken dat we bij aanraking mogelijk een ernstige ziekte zullen oplopen. Net zomin als mensen doorgaans seksuele toenadering zoeken *omdat* ze zich willen voortplanten, of eten *omdat* ze bang zijn om anders te sterven, vermijden mensen walgelijke stimuli niet *omdat* ze bang zijn een fatale ziekte op te lopen. Nee, ze houden afstand omdat ze de stimuli simpelweg vies vinden ('Jakkie!') en ze een sterke drang voelen om te voorkomen dat ze met de stimulus in aanraking komen. Natuurlijk kunnen gevoelens van walging wel allerlei attributieprocessen uitlokken, die kunnen helpen om hun sterke gevoelens en impulsieve vermijdingsgedrag voor zichzelf begrijpelijk te maken. Het is goed denkbaar dat mensen op basis van de huidige kennis over onzichtbare microben en manieren waarop besmetting kan plaatsvinden hun walgreactie verklaren als een teken dat er daadwerkelijk besmetting dreigde. Inderdaad zijn er aanwijzingen dat mensen hun walgreacties interpreteren als informatie over de kans op besmetting: 'Als ik zo'n sterke drang voel tot vermijden, dan moet aanraking van die stimuli wel besmettelijk of ziekmakend zijn' (zie bijvoorbeeld: Gangemi, Mancini, & van den Hout, 2012; Verwoerd, de Jong, Wessel, & van Hout, 2013). Mensen kunnen op die manier in een vicieuze cirkel terechtkomen, waarbinnen zij steeds meer walging zullen ervaren bij de gedachte aan blootstelling aan de betreffende stimuli, daardoor nog weer sterker zullen proberen die stimuli te vermijden, enzovoort. Juist omdat het gaat om stimuli die we niet kunnen zien, is het begrijpelijk dat ons walgsysteem zeer conservatief is afgesteld en zich sterk laat leiden door een heuristiek van *better safe than sorry*. Als het gaat over leven en dood, kan men maar beter het zekere voor het onzekere nemen. Mensen kunnen zelfs weerzin voelen tegen prima eetbare chocolade alleen omdat hij wordt aangeboden in de vorm van een hondendrol (Rozin & Fallon, 1987).

Dit laatste voorbeeld illustreert een van de twee specifieke wetmatigheden van onze walgreacties: de *law of similarity*, die stelt dat iets wat in belangrijk opzicht overeenkomt met een walgelijke stimulus, zelf ook walging oproept. Dit is vanuit evolutionair perspectief begrijpelijk, want het is per slot van rekening goed mogelijk dat het juist dat gedeelde kenmerk is dat de stimulus gevaarlijk maakt als bron van pathogenen. De law of similarity is functioneel in de zin dat hij helpt voorkomen dat we mogelijk gevaarlijke stimuli ten onrechte zouden naderen. Hij zorgt er echter tegelijk voor dat we reflexmatig veel stimuli ten onrechte afwijzen. Zo zou iemand die verkracht is door een kale man weerzin kunnen gaan voelen tegen *alle* kale mannen. Ook kunnen we dingen op afstand gaan houden die we helemaal niet hoeven mijden (denk aan de de hondendrol van chocolade) of zelfs beter zouden naderen. De law of similarity kan zelfs aanleiding zijn voor disfunctionele vermijding.

Een tweede wetmatigheid in onze walgreacties die aansluit bij de heuristiek van *better safe than sorry* staat bekend als *once in contact, always in contact*. Zo kan een voor iemand op zichzelf al walgelijke stimulus (bijvoorbeeld een spin) door een korte aanraking een plakje Groninger koek voorgoed oneetbaar maken (Mulken, de Jong, & Merckelbach, 1996). Op gestructureerdere manier is deze wetmatigheid ook geïllustreerd in de context van de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS; Tolin, Worhunsky, & Maltby, 2004). Voor het experiment vroeg de onderzoeker aan de patiënten met OCS om aan te geven wat ze de meest walgelijke of vieze stimulus vonden in het gebouw. Meestal kozen patiënten met OCS voor de wc, soms voor de vuilnisbak. Als eerste stap haalde de onderzoeker een gloednieuwe pen uit de verpakking en schraapte die langs de geselecteerde stimulus. Vervolgens vroeg de onderzoeker hoeveel weerzin het aanraken van de pen zou opleveren. Zoals te verwachten viel, scoorden de OCS-patiënten extreem hoog op deze vraag. Daarna haalde de onderzoeker een tweede gloednieuwe pen uit de verpakking, schraapte daarmee langs de eerste pen en herhaalde zijn vraag. Vervolgens herhaalde de onderzoeker dit met een derde, vierde en nog een aantal pennen. Specifiek voor OCS-patiënten is dat de ervaren weerzin ook bij de twaalfde pen nog onverminderd hoog bleef, alsof elke pen door aanraking zijn 'slechte' eigenschappen overdroeg aan de volgende pen. Het perspectief dat walging ons aanzet om contact te mijden met niet waarneembare stimuli helpt ook in dit voorbeeld te begrijpen dat een grote reeks nieuwe pennen nodig was om de weerzin voor de pen helemaal te laten verdwijnen. Dit geldt nog sterker voor mensen die meer in het algemeen een relatief sterke walgreactie vertonen of snel van dingen walgen (zoals mensen met OCS; Olatunji, Sawchuk, Lohr, & de Jong, 2004). De wetmatigheid van *once in contact, always in contact* kan mogelijk ook de hardnekkigheid verklaren van het gevoel vies, bevuild of besmet te zijn na misbruik, zoals in de casus van Kirstin (eens besmet, altijd besmet).

Naast deze twee specifieke wetmatigheden is een ander belangrijk kenmerk van walging dat deze zich niet makkelijk laat corrigeren door rationele overwegingen. Walgreacties worden daarom in jargon ook wel beschreven als *cognitive impenetrable* (zie bijvoorbeeld: Rozin & Fallon, 1987). Weten dat iets geen poep is maar chocolade, of weten dat een bepaalde priester niet degene is die je heeft misbruikt, zal als regel niet afdoende zijn om de door de gelijkaardige stimuli reflexmatig uitgelokte weerzin te voorkomen (Rozin & Fallon, 1987). Net zo is een op rationele overwegingen gebaseerde conclusie dat er geen spoor van de viezigheid op de pen kan zijn achtergebleven onvoldoende om de reflexmatige afkeer van de pen tegen te gaan. Walging is in dat opzicht dus een primitieve en weinig flexibele emotionele reactie. In overeenstemming hiermee hebben laboratoriumstudies laten zien dat aangeleerde walgreacties maar heel slecht uitdoven onder invloed van traditionele extinctieprocedures, waarbij de CS-en worden aangeboden zonder de aan walging gerelateerde US daarop te laten volgen (zie bijvoorbeeld: Borg, Bosman, Olatunji, Engelhard, & de Jong, 2016; Bosman, Borg, & de Jong, 2016).

Dit kenmerk van walging kan mogelijk ook meehelpen om te verklaren waarom reacties van walging in de context van *exposure*-behandeling van bijvoorbeeld OCS of spinfobie in de regel veel minder snel afnemen dan reacties van angst (Olatunji, Wolitzky-Taylor, Willems, Lohr, & Armstrong, 2009; Smits, Telch, & Randall, 2002). Ook in de context van PTSS zijn er aanwijzingen dat walgreacties relatief hardnekkig zijn. Patiënten bij wie niet angst maar andere emoties, zoals walging, de dominante reactie was bij blootstelling aan traumagerelateerde stimuli, bleken minder te profiteren van exposure-gebaseerde CGT en minder kans te hebben als *treatment responders* te worden geclassificeerd dan PTSS-patiënten bij wie angst wel de primaire respons was (Power & Fyvie, 2013). Dit ondersteunt het idee dat mogelijk specifiek op walging toegesneden interventies nodig zijn om klachten ten gevolge van aan walging gerelateerde traumatische gebeurtenissen effectief te kunnen behandelen (zie bijvoorbeeld: Jung & Steil, 2013).

WALGING: SCHENDING VAN MORELE NORMEN EN BEHOUD VAN SOCIALE STRUCTUUR

.....

Onderzoek naar het soort stimuli dat walging kan uitlokken (bijvoorbeeld: Haidt, McCauley, & Rozin, 1994; Tybur, Lieberman, & Griskevicius, 2009) laat zien dat er op zijn minst twee categorieën zijn te onderscheiden. Naast de categorie stimuli die op de een of andere manier geassocieerd zijn met ziekte en besmetting (die in het voorafgaande centraal stond), is er een categorie stimuli die verwijzen naar schending van fundamentele socio-morele normen (bijvoorbeeld incest).

Vanuit functioneel perspectief is betoogd dat de walging die overtreders van belangrijke morele regels bij anderen uitlokken, bijdraagt aan het communiceren en organiseren van het gezamenlijk veroordelen van het normoverschrijdende gedrag (Tybur et al., 2013). De gezamenlijk uitgestraalde afwijzing van normoverschrijdend gedrag zou het behoud van belangrijke sociale normen en structuren ondersteunen, en de kans op toekomstige overtredingen door anderen verlagen. Tegelijkertijd zou de walging die alleen al de gedachte aan bepaald normoverschrijdend gedrag oproept (zoals de gedachte aan seks met een kind dat aan iemands zorgen is toevertrouwd, of aan het mishandelen van krijgsgevangenen) waarschijnlijk helpen om mensen op het goede pad te houden. Dit gebeurt dan deels omdat de aversiviteit van het ervaren van walging mensen automatisch motiveert om stimuli en gedragingen die walging uitlokken te vermijden, en mogelijk deels via meer bewuste attributieprocessen, zoals verwoord door Rachman (2004, p. 1252): *'If I feel disgusted, then it must be inappropriate behaviour.'*

Naast de eerder besproken pathogene walging, lijkt morele walging eveneens betrokken bij de weerzin die Kirsten verwoordt als ze spreekt over haar misbruik door de priester. De priester heeft evident een aantal fundamentele normen overtreden door zijn vertrouwenspositie als huisvriend en als religieus leider te misbruiken, en bovenal door zich seksueel te vergrijpen aan een aantal jonge meisjes. De morele walging zal waarschijnlijk verder hebben bijgedragen aan de intensiteit van de gevoelens van walging die zouden opkomen zodra de herinneringen aan Kirsten's misbruik zouden worden geactiveerd. Vanwege de ingebakken neiging om gevoelens van walging zo veel mogelijk te voorkomen of te ontvluchten, is het goed denkbaar dat het morele aspect van haar misbruik verder heeft bijgedragen aan haar motivatie het misbruik geheim te houden en meer in het algemeen de activatie van de toxische, walginguitlokkende herinneringen zo veel mogelijk te voorkomen.

ZELFWALGING

.....

Er is toenemende aandacht voor het idee dat walging niet noodzakelijkerwijs uitsluitend gericht is op externe stimuli als slijm, bloed, verminkingen of voedsel, maar ook op het 'zelf'. Iemand kan, met andere woorden, ook walgen van zichzelf. Onder redactie van Powell, Overton en Simpson (2015) is nog niet zo lang geleden een heel boek verschenen met als titel *The revolting self: Perspectives on the psychological, sociological and clinical implications of self-directed disgust*, waarin de mogelijke rol van zelfwalging voor een heel scala aan psychopathologie is beschreven. Zoals andere vormen van walging zich opdringen bij dreigend gevaar van fysieke besmetting van ons lichamelijke zelf, zo zou via een vergelijkbaar mechanisme zelfwalging worden uitgelokt door een dreigende meer overdrachtelijke besmetting van

het ‘mentale’ zelf. Wanneer iemand bijvoorbeeld betrokken raakt bij non-consensuele seks, zal de seks met de misbruiker niet alleen gevoelens van fysieke besmetting uitlokken, maar ook gevoelens van een meer symbolisch, ideationeel type van ‘mentale bevuilding’ (de Jong & Borg, 2015). Het diffuse gevoel vies te zijn, zoals beschreven door Kirstin, zou aldus kunnen worden begrepen als een uiting van pathogene zelfwalging. Deze vorm van zelfwalging wordt gedacht bij te dragen aan het op afstand houden van het beschadigde/ontheiligde/besmette deel van het zelf, om de integriteit van het mentale zelf zo veel mogelijk te behouden (voor verdere toelichting, zie: de Jong & Borg, 2015).

Los van deze theoretische speculaties over de mogelijke functie van zelfwalging, is er het nodige empirisch onderzoek dat wijst op de relevantie van zelfwalging in de context van met name aan seks gerelateerde traumatische ervaringen. Zo bleek onder vrouwelijke slachtoffers van seksueel geweld dat het vrijwillig terugdenken aan het misbruik bij de meerderheid van hen (70%) resulteerde in gevoelens van vies te zijn en in de drang zich te wassen (Fairbrother & Rachman, 2004). Meer dan een kwart van hen voelde die drang een jaar na de seksuele geweldservaring nog steeds. Recenter vonden Chantal Badour en collega’s dat de mate waarin het terugluisteren naar de beschrijving van het trauma walging en de neiging zich te wassen uitlokte, samenhang met de ernst van de PTSS-achtige symptomen (Badour, Feldner, Babson, Blumenthal, & Dutton, 2013). Naast deze crosssectionele en correlatieve bevindingen, is er ook experimentele evidentie die wijst op het belang van zelfwalging bij PTSS. Onderzoek met het zogenaamde *dirty kiss paradigm* liet zien dat proefpersonen na een onvrijwillige (imaginaire) schending van hun grenzen zich viezig voelden en een verhoogde neiging hadden zich te wassen (Fairbrother, Newth, & Rachman, 2005). In dit soort situaties is het belangrijk onderscheid te maken tussen walging die gericht is op iemand zelf (het gevoel zelf vies te zijn) en morele walging uitgelokt door het gedrag van de kusser. Badour en collega’s (2013) hebben tijdens hun onderzoek patiënten met een visuele analoge schaal laten scoren hoeveel walging en aandrang tot wassen ze ervoeren tijdens (imaginaire) blootstelling aan de traumatische gebeurtenis zoals vastgesteld met de CAPS. Zij hebben laten zien dat de sterkte van de door de dader uitgelokte walging relatief sterk samenhangt met PTSS-achtige symptomen (zoals intrusieve herinneringen en de drang om herinneringen te vermijden), terwijl de mate van zelfwalging relatief sterk samenhangt met de OCS-achtige symptomen (zoals de compulsieve drang tot wassen).

Niet alleen proefpersonen die onvrijwillig waren gekust (in het gedachte-experiment van Fairbrother) voelden walging en de drang zich te wassen, ook proefpersonen die in het perspectief waren geplaatst van de ‘kusser’ voelden zich nadien vies en hadden de behoefte zich te wassen (Rachman, Radomsky, Elliott, & Zysk, 2012). Dit kan worden gezien als een experimentele illustratie van morele zelfwalging: iemand walgt van zichzelf omdat hij zelf

belangrijke morele regels heeft geschonden. Dit type zelfwalging kan optreden na een heel scala aan gebeurtenissen, zoals het onder invloed van alcohol iemand doodrijden, deelnemen aan militaire missies die achteraf als 'fout' worden betiteld of ervaren, het onder groepsdruk meedoen aan het pesten van collega's, of het onder ervaren groepsdruk martelen van gevangenen.

MOGELIJKE IMPLICATIES VOOR INTERVENTIES

.....

In het dagelijkse leven ervaren de meeste mensen niet vaak extreme walging. Het zal de meeste lezers waarschijnlijk moeite kosten om met voorbeelden te komen van situaties waarin ze de afgelopen week hebben gewalgd. Een mogelijke interpretatie hiervan is dat walging een triviale emotie is die er niet echt toe doet. Een andere, meer pausibele verklaring is dat dit gegeven de effectiviteit van ons walgsysteem illustreert: het vermogen om te walgen ondersteunt ons heel effectief om ons door het dagelijkse leven heen te slaan en zorgt ervoor dat we doorgaans niet te dicht in de buurt komen van walginguitlokkende stimuli of betrokken raken in walginguitlokkende situaties. De effectiviteit van walging als motivator tot vermindering is waarschijnlijk gelegen in de overweldigende en zeer aversieve affectieve toestand die walging kenmerkt (Olatunji & McKay, 2009), een toestand die mensen logischerwijs als regel zo veel mogelijk zullen proberen te vermijden. Dit geldt natuurlijk ook voor patiënten met aan trauma gerelateerde klachten. Het zou een van de mechanismen kunnen zijn die bijdragen aan de hardnekkigheid van PTSS-klachten na een traumatische ervaring (Badour et al., 2013). Om dezelfde reden is het ook goed denkbaar dat patiënten de neiging hebben om tijdens behandeling te vermijden om beelden, herinneringen en andere relevante stimuli die walging uitlokken ter sprake te brengen.

Een eerste implicatie is dus om gespitst te zijn op signalen die erop kunnen duiden dat bepaalde cruciale aspecten onbesproken blijven vanwege hun walginguitlokkend vermogen. Een tweede, daaraan gerelateerde implicatie is om erop gespitst te zijn dat de reflexmatige drang om uit de buurt te blijven van walginguitlokkers zo sterk kan zijn dat het effectieve (imaginaire) exposure in de weg staat, en aanleiding is voor allerlei vormen van vermijdings- en veiligheidsgedrag (waaronder wassen). Als derde globale implicatie kan de observatie dat terugdenken aan de traumatische gebeurtenis walging oproept, helpen om specifiekere hypothesen te vormen over wat voor aspecten van de traumatische ervaring bijdragen aan de klachten van de patiënt en daarmee dus ook aanknopingspunten leveren om de behandeling meer op die aspecten toe te snijden (zie ook: Coughtrey, Shafraan, Lee, & Rachman, 2013).

De nog steeds actuele review van Rozin en Fallon (1987) wijst op twee typen interventies die kunnen worden ingezet om walgingsreacties zelf te reduceren: (1) langdurige (fysieke) blootstelling met responspreventie en (2)

conceptuele heroriëntatie. Als voorbeeld van conceptuele heroriëntatie beschrijven ze iemand die denkt een glas melk te drinken, maar wanneer hij een dikke substantie zijn mond voelt binnenstromen, een enorme walging voelt opkomen; zodra hij zich echter realiseert dat hij geen melk, maar yoghurt in zijn mond heeft, verdwijnt het gevoel van walging. De insteek om exposure te gebruiken is natuurlijk niets nieuws en al integraal onderdeel van huidige CGT-interventies. Vanwege de conservatieve afstelling van ons walgsysteem valt wel te verwachten dat relatief langdurige en frequente exposure-sessies nodig zijn om te komen tot effectieve reductie van de walgreacties. Als een belangrijke complicatie bij exposure zal — zoals hierboven al is aangestipt — de intense drang tot het vermijden van walging functionele exposure bemoeilijken. Bovendien is het goed denkbaar dat door het uitlokken van walging ook allerlei aan walging gerelateerde disfunctionele associaties worden versterkt ('Ik ben vies', 'Er zijn nog sporen van de misbruiker in mij') via het activeren van toxische beelden. Om exposure effectiever te maken en de kans op ongewenste bijeffecten te voorkomen, is het waarschijnlijk behulpzaam op exposure gebaseerde interventies te combineren met vormen van cognitieve herstructurering (*conceptual reorientation*) die de herinneringen aan de walginggerelateerde traumatische gebeurtenissen in een ander daglicht zetten.

De interventie die Jung en Steil (2013) hebben ontwikkeld voor PTSS-patiënten met een verleden van seksueel misbruik is daar een mooie illustratie van. Hun aanpak laat zien hoe CGT-interventies op deze manier kunnen worden toegesneden om aan walging gerelateerde cognities en vermijding gezamenlijk aan te pakken in de behandeling van PTSS-symptomen. De interventie was speciaal ontworpen om patiënten te behandelen die ondanks eerdere CGT-behandelingen heel lang last bleven houden van PTSS-klachten. Ze was geïnspireerd door de observatie dat die patiënten zich altijd vies bleven voelen, een afkeer of walging voor het eigen lichaam behielden, een vieze lichaamsgeur bleven ruiken die niet weggewassen kon worden, en er vaak van overtuigd bleven dat er nog lichaamcellen, sperma of zweet van de dader in hun lichaam zat.

De interventie betrof een behandeling van slechts twee sessies. Ze startte met een vorm van cognitieve herstructurering, waarbij de therapeut patiënten liet ontdekken dat hun lichaamcellen zich al zo ontzettend vaak hadden vernieuwd sinds het misbruik dat hun huidige lijf in feite nooit in contact is geweest met de misbruiker. Als tweede ingrediënt werd de patiënt gevraagd om zich een zo levendig mogelijk beeld te vormen van hoe die celwisseling had plaatsgevonden. Dan volgde imaginaire exposure: als de angst of walging van de patiënten ergens rond de 50 lag, moesten ze hun idiosyncratische beeld van de celwisseling activeren, als alternatief voor de toxische beelden van besmetting die normaal gesproken domineerden tijdens de exposure-opdrachten. Na deze sessie van negentig minuten voerden de patiënten een week lang dagelijks huiswerkopdrachten uit, waarbij ze imaginaire exposure

combineerden met het oproepen van het nieuwgevormde beeld. Na een week was er een boostersessie van vijftig minuten met de therapeut. Hoewel het hier ging om een groep van relatief chronische PTSS-patiënten, bleek in hun RCT dat deze zeer korte, maar wel specifiek toegesneden interventie uiterst effectief was om zowel gevoelens van vies of besmet te zijn als de PTSS-klachten te reduceren.

KLINISCHE ILLUSTRATIES

.....

Na deze algemener geformuleerde mogelijke implicaties volgt in deze sectie een aantal concrete klinische gevalsbeschrijvingen, die laten zien hoe verschillende vormen van (zelf)walging deel kunnen uitmaken van de klachten en hoe daar tijdens de interventie op kan worden ingespeeld.

Casus Anneke: Pathogene walging in context kindermishandeling

Anneke is vlak na de oorlog geboren. Haar ouders en grootouders hebben in Nederlands- Indië in Japanse interneringskampen gezeten. Omdat moeder zo veel honger had geleden, kon ze na de oorlog geen eten weggooien. Anneke moest heel vaak bedorven voedsel eten, anders werd ze gestraft. Ze moest dan bijvoorbeeld urenlang met een stok achter haar armen op de grond zitten, net zoals de Japanners in het kamp de geïnterneerden lieten doen. Zij was 10 jaar oud toen ze soep moest eten die stikvol zat met maden. Anneke zag de maden bewegen in de pan, waarvan de inhoud verschrikkelijk stonk. Ze weigerde om er een hap van te nemen, maar moeder zei dat ze zich niet moest aanstellen. In het kamp zouden ze blij zijn geweest met de maden, die immers stikvol met proteïnen zitten. Kokhalzend zat Anneke boven haar bord met soep. Na de eerste happen moest ze naar het toilet rennen om over te geven. Anneke werd vervolgens streng gestraft: ze moest urenlang op appel staan. Anneke kan als volwassene geen soep meer eten, controleert alle etenswaren minutieus op beestjes, kijkt alle etiketten na op maximale houdbaarheidsdatum, en kan niet meer bij mensen op bezoek gaan, omdat het drinken of het voedsel daar 'besmet' zou kunnen zijn. Ze heeft een ernstige eetstoornis ontwikkeld. Ze eet ofwel lange tijd niets ofwel in één keer veel te veel, waarna zij moet overgeven. Ze is tijdens en na het eten vaak misselijk, en proeft dan nog maden of bedorven voedsel. Ze ervaart heel vaak gevoelens van walging.

Om de nare en intrusieve beelden van de mishandelingen door haar beide ouders aan te pakken, is Anneke behandeld met behulp van EMDR. Tijdens de EMDR-sessies die betrekking hadden op het bedorven eten en de pan met maden moet ze regelmatig kotsen. Dit deel van de behandeling kostte haar een enorme krachtsinspanning. Ze heeft ze alleen met grote moeite weten

vol te houden, omdat ze voortdurend geneigd was om de confrontatie met deze specifieke herinneringen te vermijden en te ontvluchten.

De reactie van Anneke illustreert opnieuw de overweldigende reflexmatige neiging tot het vermijden en ontvluchten van stimuli die walging uitlokken. Het is een neiging die zo sterk is dat ze maar moeilijk onder strategische controle valt te brengen. In de context van dreigende besmetting is dat functioneel, maar in het geval van Anneke interfereerde de sterke drang tot vermijden met een effectieve inzet van EMDR tijdens haar behandeling. De sterke drang om de walging te ontvluchten maakte het voor Anneke haast onmogelijk om blootstelling aan de akelige herinneringen in de context van behandeling voldoende lang vol te kunnen houden.

Hierboven is al besproken dat walging relatief hardnekkig is en zich moeilijk laat bijstellen onder invloed van herhaalde blootstelling. Dit bleek ook weer het geval te zijn tijdens de behandeling van Anneke. De nare beelden van het bedorven eten en de pan vol met maden verloren aan kracht tijdens de EMDR, maar Anneke bleef gevoelens van walging ervaren. In overeenstemming met de wetmatigheid *once in contact, always in contact* gaf ze aan de gedachte te houden dat er nog restjes bedorven eten in haar lichaam waren achtergebleven. Ze was als het ware nog steeds besmet, wat haar aanzette tot overgeven, als een manier om haar lichaam te reinigen. Zoals wassen niet helpt om mentale besmetting of het gevoel bevuild te zijn weg te krijgen, zo helpt overgeven niet om imaginaire voedselresten uit het lichaam te krijgen. In overleg tussen de patiënt en haar therapeut is daarom besloten om over te gaan tot cognitieve herstructurering met *imagery modification* als extra hulpmiddel, om de gevoelens van walging te verminderen of zelfs te laten verdwijnen. Anneke kwam spontaan met het volgende beeld: zij stelde zich voor dat haar lichaam vanbinnen schoonspoelde door water dat als een rivier door haar heen stroomde. In overeenstemming met de aanpak van Jung en Steil (2013) werd haar tijdens de sessie gevraagd om het gevoel van walging tot een gemiddeld niveau op te roepen, met daarbij de gedachte dat er bedorven eten in haar lichaam aanwezig was, en zich vervolgens het beeld van de reinigende rivier voor te stellen, met als helpende gedachte: 'Ik ben schoon vanbinnen.' Anneke heeft hier vervolgens een week lang elke dag thuis mee geoefend en was na één week verbaasd over het resultaat: zij voelde zich schoon.

Vervolgens is met hulp van een diëtiste de CGT-behandeling specifiek gericht op Anneke's eetstoornis. Als belangrijke component daarbij is gewerkt aan het stapsgewijs buiten de deur durven eten. Haar grootste overwinning was dat ze de wens van haar zoon kon vervullen, namelijk om na het behalen van zijn diploma samen met zijn ouders uit eten te gaan. Ook is Anneke met haar moeder gaan praten over de oorlog (haar vader leeft niet meer). Voor het eerst hoorde ze dat haar moeder troostmeisje is geweest voor de Japanners. Anneke is haar moeder beter gaan begrijpen, voelde de haat verdwijnen en heeft haar ouders de mishandelingen expliciet vergeven.

Nabeschouwing. Tijdens het terugkijken op haar behandeling geeft Anneke aan dat er twee elementen zijn geweest die haar het meeste hebben geholpen: (1) de EMDR met daarna de cognitieve herstructurering met imagery modification, en (2) de gesprekken met haar moeder, waarna zij haar ouders heeft kunnen vergeven. Dit laatste ziet zij ook als een vorm van reiniging. Dit sluit aan bij het idee dat de mishandeling door haar ouders ook een ernstige schending van fundamentele morele regels betreft. Al heeft Anneke het tijdens de behandeling zelf nooit zo uitgesproken, is het goed denkbaar dat een deel van haar walging die opkwam bij blootstelling aan de beelden van haar mishandeling te herleiden zijn tot morele walging richting haar ouders. Dat zij de vergeving van haar ouders ervaart als reinigend lijkt hier impliciet op te duiden.

Casus Alina: Zelfgerichte (pathogene) walging in context meervoudig seksueel misbruik

Alina is uit Bosnië afkomstig. Zij heeft in haar kindertijd seksueel misbruik meegemaakt en later tijdens de oorlog in het voormalige Joegoslavië een groepsverkrachting. Zij vertelt: 'Ik ben mij altijd vies blijven voelen. Ik ruik de daders overal op mijn huid. Ik douche mij meerdere keren per dag om te proberen die geur weg te krijgen. Ik was heel vaak mijn handen. Ik poets steeds mijn tanden. Maar wat ik ook doe, het helpt niet. Ik walg van mijzelf.'

Alina is behandeld met behulp van narratieve exposuretherapie (NET; Jongedijk, 2014; Schauer, Neuner, & Elbert, 2011), aangevuld met cognitieve herstructurering en imaginaire modificatie. NET is een kortdurende, evidence-based behandeling, die speciaal ontwikkeld is voor de behandeling van patiënten die lijden aan een (complexe) posttraumatische-stressstoornis vanwege meerdere traumatische gebeurtenissen in hun verleden. Uitgebreidere informatie over NET is te vinden op de website <https://psychotraumanet.org>. NET bestaat uit de volgende elementen:

- 1 uitgebreide psycho-educatie;
- 2 het leggen door de patiënt van de eigen levenslijn, waarbij bloemen de mooie of goede levensgebeurtenissen symboliseren, en stenen de traumatische;
- 3 imaginaire exposure in chronologische volgorde aan iedere bloem en aan elke steen, waarbij de beelden, gedachten, gevoelens en lichaamsgevoelens tijdens de traumatische gebeurtenis worden verbonden met wat de patiënt nu voor zich ziet, denkt, voelt en lichamelijk waarneemt, als hij denkt aan toen.

De therapeut maakt een verslag in de woorden van de patiënt over elke bloem en steen. Aan het begin van elke sessie wordt het verhaal van de vorige keer

voorgelezen, op het einde van de gehele behandeling het hele levensverhaal, waarna dat wordt overhandigd aan de patiënt. Daardoor heeft NET ook de functie van een getuigenis. Doel van de NET is om het verscheurde, vaak gefragmenteerde levensverhaal van de patiënt te integreren in het biografische geheugen en het betekenis te geven.

Bij Alina is specifiek aandacht besteed aan haar gevoelens van (zelf)walging. De praktijk leert dat patiënten meestal niet uit zichzelf over hun walging vertellen, en ook niet over wat ze allemaal aan boen- en schrobhandelingen uitvoeren. Bij Alina is dit juist uitgebreid nagevraagd. Steeds is er gevraagd: 'Wat doe je nog meer?', waardoor er telkens meer onthuld werd. Alina vertelt dat zij ongeveer elke twee weken met een tandenborstel haar vagina probeert schoon te maken, omdat zij het gevoel heeft dat er nog sporen van de daders van de verkrachtingen in Bosnië in haar lichaam aanwezig zijn. Hierover praten ervaart zij niet alleen als beschamend, maar ook als opluchtend. Samen wordt op internet informatie over celvernieuwing opgezocht. Alina leest dat lichaamcellen zich bij een volwassene iedere maand vernieuwen. Bij jongeren wordt de hoornlaag zelfs in ongeveer twee weken helemaal vervangen. Zij is zeer verbaasd over deze informatie: 'Ik ben dus al helemaal van mijzelf geworden', roept ze uit. Daarna rekenen we uit hoe lang geleden de verkrachtingen in Bosnië hebben plaatsgevonden (1994) en hoe vaak celvernieuwing zich dus bij haar heeft voorgedaan (249 keer). Ook rekent Alina uit hoe vaak die vernieuwing zich heeft voorgedaan nadat de incest met haar vader was gestopt. Als imaginatie stelt zij zich voor dat zij als een slang stap voor stap haar oude huid aflegt en er een mooie, nieuwe huid tevoorschijn komt. Het lukt haar om een week lang thuis te oefenen.

Tijdens de nabespreking geeft Alina aan dat zij zich rustiger en schoner voelt. De neiging om haar vagina te schrobben voelt ze niet meer, douchen vindt nog maar twee maal per dag plaats in plaats van vier tot zes maal, en tandenpoetsen is verminderd van zes keer naar drie keer per dag. Haar handen wast ze nog zeker ieder uur, waarbij ze aangeeft dat dit een gewoonte is geworden. Ze voelt niet meer de (zelf)walging die haar eerder aanzette tot handen wassen. Bij de nabespreking van dit onderdeel van de behandeling geeft Alina aan dat het haar extra heeft geholpen om zich daadwerkelijk voor te stellen dat ze haar oude huid heeft afgelegd.

Nabeschouwing. Het zoeken naar effectieve behandelstrategieën ter vermindering van gevoelens van mentale contaminatie en (zelf)walging staat nog in de kinderschoenen. Bescheidenheid past, want er is meer onderzoek nodig om patiënten die lijden aan een (complexe) posttraumatische-stressstoornis waarbij walging een rol speelt beter te helpen. Het werk van Jung en Steil (2013) kan daarbij een rol spelen als bron van inspiratie.

Bij Stichting Centrum '45 maken wij sinds kort gebruik van een vragenlijst die eventuele walging in kaart brengt, en die wij voor en na de behandeling van walging volgens de methode van Jung en Steil afnemen (met dank aan Marloes Eidhof; zie de bijlagen A en B bij dit artikel).

Casus Charles: Morele zelfwalging (1)

Charles is kindsoldaat geweest in Kongo. Nadat zijn familie voor zijn ogen is uitgemoord door de rebellen, is hij gevangengenomen en mishandeld. Als kindsoldaat heeft hij onschuldige mensen verminkt en vermoord. Als hij dat niet deed, dreigde men hem te vermoorden. Charles heeft vaak overwogen om zichzelf te doden, om zo te voorkomen dat hij deze vreselijke dingen moest doen. Charles heeft last van flashbacks en nachtmerries over de verschrikkelijke dingen die hij heeft meegemaakt. Hij vindt zichzelf nu een weerszinwekkend persoon. Hij walgt van zichzelf. Telkens als hij flitsen voor zich ziet van traumatische gebeurtenissen, voelt hij zich ziek worden. Hij probeert deze beelden dan zo snel mogelijk uit zijn hoofd te krijgen. De gedachte: 'Ik ben een onmens, een monster,' blijft echter rondmalen in zijn hoofd, waarna er suïcidale gedachten en plannen opkomen.

Charles is behandeld met behulp van beknopte eclectische psychotherapie voor PTSS, afgekort BEPP (Gersons, Meewisse, Nijdam, & Olff, 2011; Smid et al., 2015). Deze evidence-based, geprotocolleerde vorm van behandeling bestaat uit de volgende elementen: psycho-educatie, waarbij bij voorkeur een naaste wordt betrokken, en imaginaire exposure, waarbij wordt gebruikgemaakt van memorabilia, schrijfpodrachten, betekenisverlening en een afscheidsritueel. Voor een uitgebreidere beschrijving van BEPP, zie de website www.traumabehandeling.net.

Bij BEPP ligt de nadruk van de imaginaire exposure op de catharsis van gevoelens. Er worden die momenten opgezocht die de patiënt destijds het meest beangstigden en die het meest verbonden zijn met het verdriet van nu. Bij Charles staan de herinneringen aan zijn tijd als kindsoldaat het meest op de voorgrond. Verdriet en rouw om vermoorde familieleden zijn eveneens aanwezig, maar worden volledig overschaduwd door beelden waarin hij zelf gedood heeft. Hij kan zichzelf niet als slachtoffer zien, maar alleen als dader. Daarom wordt besloten om de imaginaire exposure te laten gaan over de traumatische situatie waarover hijzelf zo veel afschuw, schaamte en schuld voelt. Charles doorloopt stap voor stap heel gedetailleerd één bepaalde gebeurtenis, waarbij hij onder meer stilstaat bij de pijn van de persoon die hij heeft verwond en bij de smekende blik in diens ogen vlak voordat hij sterft. Charles is gaan schrijven aan de slachtoffers die hij gedood heeft en heeft hen om vergeving gevraagd. Daarna zijn zijn gevoelens van zelfwalging verminderd. Geleidelijk kon hij gaan zien dat hijzelf niet alleen dader, maar ook slachtoffer is geweest van de gruwelijke omstandigheden. Als afscheidsritueel heeft hij een Afrikaans ritueel bad genomen, om weer rein te worden en bij zijn medemensen te horen, waarna zijn zelfwalging verder afnam. Daarna kon samen gewerkt worden aan de rouw en het verdriet om zijn verloren familie. Bij de betekenisgeving geeft Charles aan dat hij zich veel droeviger, maar ook wijzer voelt.

Casus Nhean: Morele zelfwalging (2)

Nhean komt uit Cambodja. Hij heeft daar gewerkt voor de geheime dienst en veel mensen gemarteld tijdens verhoren. De herinneringen, die hij steeds minder kan tegenhouden nu hij oud is, doen hem regelmatig kokhalzen en overgeven. Hij voelt zich ziek van zichzelf. Hij heeft een uitgewerkt suïcideplan klaarliggen.¹

Nhean is behandeld met behulp van EMDR, waarbij de naaste beelden van de martelingen die hijzelf had uitgevoerd focus waren van de interventie. Net als Charles heeft ook hij zich tijdens de sessies vaak doodziek gevoeld. Nadat de beelden rustiger waren geworden, is Nhean naar een tempel gegaan en heeft hij om vergeving gevraagd. Hij wijdt zijn leven nu aan vrijwilligerswerk, omdat hij iets terug wil doen voor de mensheid.

Nabeschouwing. Bij Charles en Nhean lijkt het in verband met de zo centraal staande behandeling van hun zelfwalging belangrijk dat zij volledig onder ogen zien wat zij anderen hebben aangedaan, en dat het vragen om vergeving en het ondergaan van een ritueel reinigend heeft gewerkt. Tijdens de behandeling is gewerkt aan de traumatische ervaringen die walging oproepen. Daardoor lijkt het mogelijk geworden om de krachtig vermeden gevoelens en de daarmee verbonden herinneringen deel te laten uitmaken van het levensverhaal.

TOT BESLUIT

.....

Twintig jaar geleden schreef Mary Philips een commentaar in het *British Journal of Psychiatry* getiteld *Disgust: The forgotten emotion of psychiatry* (Phillips et al., 1998). Sindsdien is er veel gebeurd. Het aantal publicaties over de mogelijke rol van walging bij psychopathologie is sterk toegenomen. Dit heeft ook geleid tot meer aandacht voor de specifieke kenmerken van ons walgsysteem in de context van aan trauma gerelateerde stoornissen en over hoe kennis daarover ons kan helpen bij het verder optimaliseren van het beschikbaar behandelaanbod. We hopen met dit artikel te hebben verduidelijkt hoe diverse vormen van (zelf)walging een rol kunnen spelen bij klachten die zijn gerelateerd aan interpersoonlijk trauma's. Met name de overweldigende reflexmatige drang om gevoelens van walging te vermijden kan bijdragen aan de hardnekkigheid van deze klachten. Aan de hand van klinische gevalsbeschrijvingen hebben we tevens geprobeerd te illustreren hoe kennis rond ons walgsysteem kan worden toegepast bij de behandeling

1 De casus van Nhean is aangepast om zijn identiteit niet kenbaar te maken. Stichting Centrum '45 behandelt slachtoffers van oorlog, vervolging en geweld. Soms hebben slachtoffers ook daderproblematiek die de klachten mede aansturen, waarvoor zij tevens behandeld kunnen worden.

van PTSS-klachten. Tot nu toe is alleen voor de interventie van Jung en Steil (2013) de effectiviteit in een RCT gedemonstreerd. Voor slachtoffers van seksueel misbruik met aan (zelf)walging gerelateerde PTSS-klachten is dus reeds een effectief op walging toegesneden behandelprotocol beschikbaar. Voor andere vormen van aan walging gerelateerde PTSS-klachten, zoals bij de casussen van Charles en Nhean, blijft het nog pionieren. Hier wordt nog gezocht naar manieren om op basis van theoretische inzichten de interventie zo effectief mogelijk vorm te geven en toe te snijden op de specifieke problematiek. We hebben echter goede hoop dat het, gezien de toenemende aandacht voor de rol van walging bij psychopathologie, niet lang meer zal duren voordat er ook voor dergelijke (en nog onbesproken) probleemprofielen evidence-based protocollen beschikbaar komen.

BIJLAGE A WALGINGSLIJST: VOORMETING

.....

19

1.1 Gebeurtenis:

1.2 Als u nu aan [deze gebeurtenis] terugdenkt, in hoeverre ervaart u gevoelens van walging (op een schaal van 0 tot 10)?

Zet een kruisje op de lijn op het punt dat het best bij uw gevoel past:

0	10
Helemaal	Zeer veel
geen walging	walging

2 In hoeverre voelt u zich vies?

Zet een kruisje op de lijn op het punt dat het best bij uw gevoel past:

0	10
Helemaal	Zeer
niet vies	vies

3 Hoeveel last heeft u van dit gevoel van walging en/of vies voelen?

Zet een kruisje op de lijn op het punt dat het best bij uw gevoel past:

0	10
Helemaal	Zeer veel
geen last	last

4 Voert u handelingen uit om uzelf schoon te maken?

(Voorbeelden zijn: een paar keer per dag uw handen wassen of douchen, uzelf schrobben, gebruik van heel heet water, desinfecterende middelen en borstels, en het vermijden om handen te schudden.)

Handelingen:

.....

5 Hoeveel tijd besteedt u gemiddeld per dag aan deze handelingen?

..... uur per dag

..... uur per week

..... uur per maand

BIJLAGE B WALGINGSLIJST: EINDMETING

.....

20

1.1 Gebeurtenis:

1.2 Als u nu aan [deze gebeurtenis] terugdenkt, in hoeverre ervaart u gevoelens van walging (op een schaal van 0 tot 10)?

Zet een kruisje op de lijn op het punt dat het best bij uw gevoel past:

0	10
Helemaal	Zeer veel
geen walging	walging

2 In hoeverre voelt u zich vies?

Zet een kruisje op de lijn op het punt dat het best bij uw gevoel past:

0	10
Helemaal	Zeer
niet vies	vies

3 Hoeveel last heeft u van dit gevoel van walging en/of vies voelen?

Zet een kruisje op de lijn op het punt dat het best bij uw gevoel past:

0	10
Helemaal	Zeer veel
geen last	last

Peter de Jong is hoogleraar Experimentele Psychopathologie en voorzitter van de basiseenheid Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie van de Rijksuniversiteit Groningen.

Jannetta Bos is psychotherapeut, seksuoloog NVVS en supervisor VGCT. Ze is werkzaam bij Stichting Centrum '45 en Equator Foundation in Diemen.

Correspondentieadres: Jannetta Bos, Stichting Centrum '45, Locatie Diemen, Nienoord 10, 1112 XE Diemen. E-mail: j.bos@centrum45.nl

Summary *Disgust and symptoms of PTSD: Implications for treatment*

Twenty years ago the *British Journal of Psychiatry* published an editorial entitled *Disgust: The forgotten emotion in psychiatry* (Phillips et al., 1998). This has sparked an increasing attention for the possible role of disgust in various types of psychopathology, including Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). This article discusses critically how disgust-based mechanisms might play a role in the etiology and persistence of PTSD symptoms, and how these mechanisms might be addressed in clinical practice. The added value of taking the role of disgust-based mechanisms into account is further illustrated by a series of annotated clinical case descriptions.

Keywords *pathogen disgust, moral disgust, self-directed disgust, PTSD, cognitive behavioural treatment*

Literatuur

- Badour, C. L., Feldner, M. T., Babson, K. A., Blumenthal, H., & Dutton, C. E. (2013). Disgust, mental contamination, and posttraumatic stress: Unique relations following sexual versus non-sexual assault. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 155-162.
- Borg, C., Bosman, R., Olatunji, B. O., Engelhard, I., & de Jong, P. J. (2016). Is disgust sensitive to classical conditioning as indexed by facial EMG and behavioral responses? *Cognition and Emotion*, 30, 669-686.
- Bosman, R., Borg, C., & de Jong, P. J. (2016). Optimizing the extinction of conditioned disgust. *PLoS ONE*, 11, e0148626.
- Coughtrey, A. E., Shafran, R., Lee, M., & Rachman, S. (2013). The treatment of mental contamination: A case series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 221-231.
- de Jong, P. J., & Borg, C. (2015). Self-directed disgust: Reciprocal relationships with sex and sexual dysfunction. In Powell, P. A., Overton, P. G., & Simpson, J. (Eds.), *The revolting self: Perspectives on the psychological and clinical implications of self-directed disgust*. London: Karnak Books.
- Ehlers, A., & Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Fairbrother, N., Newth, S. J., & Rachman, S. (2005). Mental pollution: Feelings of dirtiness without physical contact. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 121-130.
- Fairbrother, N., & Rachman, S. (2004). Feelings of mental pollution subsequent to sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 173-189.
- Finucane, A., Dima, A., Nono, F., & Halvorsen, M. (2011). Basic emotion profiles in healthy, chronic pain, depressed, and PTSD individuals.

- Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 14-24.
- Foy, D. W., Sippelle, R. C., Rueger, D. B., & Carroll, E. M. (1984). Etiology of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans: Analysis of premilitary, military, and combat exposure influences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 79-87.
- Gangemi, A., Mancini, F., & van den Hout, M. (2012). Behavior as information: 'If I avoid, then there must be a danger'. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 1032-1038.
- Gersons, B. P. R., Meewisse, M.-L., Nijdam, M. J., & Olff, M. (2011). *Protocol beknopte eclectische psychotherapie voor de posttraumatische stressstoornis (BEPP)*. Derde Nederlandse versie. Center for Psychological Trauma, afdeling Psychiatrie, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam.
- Haidt, J., McCauley, C., & Rozin, P. (1994). Individual differences in sensitivity to disgust: A scale sampling seven domains of disgust elicitors. *Personality and Individual Differences*, 16, 701-713.
- Jongedijk, R. (2014). *Levensverhalen en psychotrauma: Narratieve Exposure Therapie in theorie en praktijk*. Diemen: Stichting Arq/Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Jung, K., & Steil, R. (2013). A randomized controlled trial on cognitive restructuring and imagery modification to reduce the feeling of being contaminated in adult survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 213-220.
- Mulkens, S., de Jong, P. J., & Merckelbach, H. (1996). Disgust and spider phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 464-468.
- Olatunji, B. O., & McKay, D. (2009). *Disgust and its disorders: Theory, assessment, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Olatunji, B. O., Sawchuk, C. N., Lohr, J. M., & de Jong, P. J. (2004). Disgust domains in the prediction of contamination fear. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 93-104.
- Olatunji, B. O., Wolitzky-Taylor, K. B., Willems, J., Lohr, J. M., & Armstrong, T. (2009). Differential habituation of fear and disgust during repeated exposure to threat-relevant stimuli in contamination-based OCD: An analogue study. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 118-123.
- Phillips, M. L., Senior, C., Fahy, T., & David, A. S. (1998). Disgust: The forgotten emotion of psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 172, 373-375.
- Powell, P. A., Overton, P. G., & Simpson, J. (Eds.). (2015). *The revolting self: Perspectives on the psychological and clinical implications of self-directed disgust*. London: Karnak Books.
- Power, M. J., & Fyvie, C. (2013). The role of emotion in PTSD: Two preliminary studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41, 162-172.
- Rachman, S. (2004). Fear of contamination. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1227-1255.
- Rachman, S. (2010). Betrayal: A psychological analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 304-311.
- Rachman, S., Radomsky, A. S., Elliott, C. M., & Zysk, E. (2012). Mental contamination: The perpetrator effect. *Journal of Behavior and Experimental Psychiatry*, 43, 587-593.
- Rozin, P., & Fallon, A. E. (1987). A perspective on disgust. *Psychological Review*, 94, 23-41.
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative Exposure Therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders. 2nd revised and expanded edition*. Cambridge, MA: Hogrefe Publishing.

- Smid, G. E., Kleber, R. J., de la Rie, S. M., Bos, J. B. A., Gersons, B. P. R., & Boelen, P. A. (2015). Brief Eclectic Psychotherapy for Traumatic Grief (BEP-TG): Toward integrated treatment of symptoms related to traumatic loss. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 27324.
- Smits, J. A. J., Telch, M. J., & Randall, P. K. (2002). An examination of the decline in fear and disgust during exposure-based treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1243-1253.
- Tolin, D., Worhunsky, P., & Maltby, N. (2004). Sympathetic magic in contamination-related OCD. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 193-206.
- Tybur, J. M., Lieberman, D., & Griskevicius, V. (2009). Microbes, mating, and morality: Individual differences in three functional domains of disgust. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 103-122.
- Tybur, J. M., Lieberman, D., Kurzban, R., & DeScioli, P. (2013). Disgust: Evolved function and structure. *Psychological Review*, 120, 65-84.
- Verwoerd, J., de Jong, P. J., Wessel, I., & van Hout, W. J. P. J. (2013). 'If I feel disgusted, I must be getting ill': Emotional reasoning in the context of contamination fear. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 122-127.

Verandering van schemamodi en klachten bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek

Een naturalistische volgstudie in een
klinische setting

TED WOLTERINK & GERBEN WESTERHOF

Samenvatting

Dit onderzoek richt zich op veranderingen in schemamodi en klachten, en de onderlinge samenhang tussen beide. Het onderzoek is uitgevoerd bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek die een jaar behandeld zijn met klinische schemagerichte psychotherapie.

Schematherapie is een effectieve behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen binnen de ambulante setting. In de klinische setting is er echter weinig onderzoek naar gedaan, waardoor er weinig bekend is over effectiviteit van de behandeling bij cliënten met complexe persoonlijkheidsstoornissen die onvoldoende profiteerden van eerdere behandelingen.

De modi (Schema Modi Inventory; SMI) en klachten (Brief Symptom Inventory; BSI) werden op vier meetmomenten bij 106 cliënten in kaart gebracht in een naturalistische volgstudie zonder controlegroep. Uit een *multilevel*-analyse bleek dat van begin tot eind van de behandeling functionele modi toenamen en klachten afnamen, met grote *effect sizes* (Cohen's *d*: 1,21, respectievelijk 0,88). Disfunctionele modi namen af, met name in het tweede deel van de behandeling, met middelgrote tot grote *effect sizes* (Cohen's *d*: 0,65-0,80), die grotendeels behouden bleven bij follow-up. De veranderingen van disfunctionele kind- en oudermodi, en van functionele modi, bleken samen te hangen met vermindering van klachten. De studie geeft aanwijzingen dat klinische schemagerichte psychotherapie goede resultaten geeft in

klachtvermindering en dat deze samenhangen met veranderingen in schemamodi als veronderstelde werkzame factor in schematherapie.

Trefwoorden: schematherapie, schemamodi, klachten, complexe persoonlijkheidsstoornissen, klinische behandeling, verandering

INLEIDING

.....

De laatste jaren worden het aantal bedden en de behandelduur in psychotherapeutische klinieken flink teruggedrongen. De psychotherapeutische klinieken moeten zich schikken in de afbouw van de bedden capaciteit van 33%, zoals afgesproken door overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars (Ministerie van VWS, 2012). Binnen de klinische psychotherapeutische setting is echter nauwelijks wetenschappelijk onderzoek gedaan. Om de relatie tussen behandel-effect en behandelduur te bepalen, is het noodzakelijk om te weten of en wanneer er structurele en blijvende veranderingen optreden. In dit artikel brengen we die veranderingen in kaart bij mensen met complexe persoonlijkheidsproblematiek die binnen een klinische psychotherapeutische setting gedurende een jaar behandeld worden met schematherapie.

De laatste jaren zijn er verschillende onderzoeken verschenen die de (kosten)effectiviteit van de ambulante behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen onderbouwen (Arntz, 2016; Wetzelaer, Lokkerbol, Arntz, van Asselt, & Evers, 2016). Schematherapie blijkt een van de effectieve behandelingen te zijn voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen (Bamelis, Evers, Spinhoven, & Arntz, 2014; Jacob & Arntz, 2013). Schematherapie is in de jaren negentig ontwikkeld door Young en collega's, en richt zich onder andere op vroeg onaangepaste schema's. Deze schema's ontstaan in de kindertijd als basisbehoeften niet vervuld worden. Ze kunnen zich tijdens het hele leven blijven herhalen. Schematherapie gebruikt verschillende technieken om deze schema's inzichtelijk te maken en te veranderen.

Het schemamodimodel is door Young, Klosko en Weishaar (2003) ontwikkeld voor de doelgroep met complexe persoonlijkheidsproblematiek. Van complexe problematiek is sprake wanneer cliënten niet of onvoldoende profiteerden van eerdere behandeling, er een hoge lijdensdruk is, er comorbide stoornissen zijn en er problemen zijn op meerdere levensgebieden. Het schemamodimodel wordt gezien als een van de belangrijkste ontwikkelingen in de schemagerichte therapie van de afgelopen jaren (Fassbinder, Schweiger, Jacob, & Arntz, 2014; Jacob & Arntz, 2013). Schemamodi zijn een gecombineerd patroon van denken, voelen en handelen, gebaseerd op een set van schema's en copingstijlen. Schemamodi zijn gemoedstoestanden waarin een cliënt voor kortere of langere tijd kan verkeren en worden zichtbaar in het contact met de ander (Young et al., 2003). Het modimodel wordt omschreven als de essentie van schemagerichte therapie bij complexe persoonlijkheidsstoornissen (Kellogg & Young, 2006), waarbij modi de meest stabiele mani-

festatie van persoonlijkheidsstoornissen lijken te representeren (Renner et al., 2014). In eerder onderzoek zijn unieke modiprofielen gevonden voor de verschillende persoonlijkheidsstoornissen (Jacob & Arntz, 2013; Lobbestaal, van Vreeswijk, & Arntz, 2008), wat de constructvaliditeit van het modimodel ondersteunt.

Young en collega's (2003) onderscheiden in totaal veertien verschillende modi, die verdeeld zijn over de onderstaande vier categorieën. Er zijn drie categorieën disfunctionele modi en er is één categorie functionele modi:

- 1 De eerste categorie bestaat uit de *disfunctionele kindmodi*: het kwetsbare, het woedende, het razende, het impulsieve en het ongedisciplineerde kind. Deze disfunctionele kindmodi ontstaan als kinderen onbevredigde basisbehoeften hebben. Het resulteert erin dat de cliënt op een kinderlijke wijze voelt, denkt en doet.
- 2 De tweede categorie bestaat uit de *disfunctionele copingmodi*: de willoze inschikkelijke, de onthechte beschermer, de onthechte zelfsusser, de zelfverheerlijker, en pest & aanval. Hierbij gaat het om pogingen van de cliënt om zichzelf te beschermen tegen pijn. Deze modi corresponderen met een overmaat aan vechten, vluchten of bevriezen als copingstijl.
- 3 De derde categorie bestaat uit de *disfunctionele oudermodi*: de strafende ouder en de veeleisende ouder. Deze modi betreffen de geïnternaliseerde ouder die kritisch of afkeurend is, waardoor cliënten zichzelf haten of onder druk zetten.
- 4 De vierde categorie bestaat uit de *functionele modi*: de gezonde volwassene en het blijde kind. Deze modi betreffen gezonde vormen van emotionele expressie, handelen en aanpassing.

Jacob en Arntz (2013), en Kellogg en Young (2006) beschrijven een theoretisch model over de veranderingen van modi waarbij iedere modus een specifieke therapeutische techniek vraagt. Het is aannemelijk dat de functionele modi geleidelijk toenemen vanaf de start van de behandeling indien gezond gedrag gestimuleerd wordt, en er een gestructureerde en veilige omgeving wordt geboden, zoals binnen de klinische schemagerichte psychotherapie het geval is. Bij het experimenteren met nieuw gedrag zal er spanning optreden. In de eerste fase van de behandeling zullen daardoor de copingmodi geactiveerd worden om de kwetsbare kant van de patiënt te beschermen. De duur van deze fase is afhankelijk van de complexiteit van de problematiek. De copingmodi worden in de behandeling geïdentificeerd en gevalideerd tegen het licht van hun ontstaansgeschiedenis. Cliënten krijgen op die manier inzicht in de beperkte noodzaak om de copingmodi in stand te houden. Naast de copingmodi komen ook de disfunctionele oudermodi naar voren die het kind devalueren of te hoge eisen opleggen. Cliënten wordt geleerd om te vechten tegen de boodschap van de oudermodi. Door veelvuldig oefenen met onder andere experiëntiële interventies kunnen de coping- en ouder-

modi later in de behandeling afnemen, waardoor er ruimte ontstaat voor het 'kleine kind' (kindmodi). Er wordt gestreefd naar het valideren en verzorgen van dit 'kleine kind'. Als dit lukt, ontstaat er ook weer ruimte voor de functionele modi (de gezonde volwassene en het blijde kind). Uit onderzoek van Renner en collega's (2014), naar schemagerichte cognitieve gedragstherapie in groepsverband, blijkt dat de afname van disfunctionele modi met name plaatsvindt in de tweede fase van de behandeling (na negen weken), terwijl de functionele modi lineair toenemen gedurende de hele behandeling. Dit is overeenkomstig het beschreven model.

Het bestaande onderzoek naar schematherapie en schemamodi is grotendeels in ambulante behandelingen uitgevoerd. Er is echter een groep die niet of nauwelijks profiteert van ambulante behandelingen. Deze groep wordt vaak verwezen naar klinische behandelcentra (Reiss, Lieb, Arntz, Shaw, & Farrel, 2013). Hoewel er aanwijzingen zijn dat klinische behandeling effectief is (Reiss et al., 2013; Schaap, Chakhssi, & Westerhof, 2016), is er nog weinig bekend over veranderingen in schemamodi en klachten bij klinische behandeling.

De doelstelling van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de veranderingen in, en samenhang tussen, schemamodi en klachten gedurende en na de klinische schemagerichte psychotherapie. Gezien het feit dat behandeling van de verschillende modi een eigen specifieke techniek vraagt (Arntz & Jacob, 2012; Young et al., 2003), is het belangrijk te weten wanneer en hoe modi veranderen tijdens de behandeling. De kennis hierover kan bijdragen aan een betere timing en afstemming van de interventies, en kan daarmee de behandeling verder optimaliseren. Op basis van het bovenstaande zijn daarom de volgende zes hypothesen opgesteld:

- 1 De functionele modi nemen toe tijdens zowel het eerste als het tweede deel van de behandeling; deze verandering blijft behouden bij follow-up.
- 2 De disfunctionele copingmodi nemen in het eerste deel van de behandeling toe en vervolgens in het tweede deel af; deze verandering blijft behouden bij follow-up.
- 3 De disfunctionele oudermodi nemen in het eerste deel van de behandeling toe en vervolgens in het tweede deel af; deze verandering blijft behouden bij follow-up.
- 4 De disfunctionele kindmodi veranderen niet in het eerste deel van de behandeling en nemen af in het tweede deel; deze verandering blijft behouden bij follow-up.
- 5 De klachten veranderen niet tijdens het eerste deel van de behandeling en nemen af in het tweede deel; deze verandering blijft behouden bij follow-up.
- 6 De veranderingen over de tijd van de verschillende modi hangen samen met de veranderingen in klachten.

METHODE

Design

Het onderzoek betreft een naturalistisch, prospectief, *within subjects* design. Er is sprake van een voormeting, tussenmeting, eindmeting en follow-upmeting een half jaar na ontslag. Het onderzoeksprotocol is goedgekeurd door de wetenschapscommissie van Mediant GGZ en de commissie Ethiek van de Faculteit BMS van de Universiteit Twente.

Klinische schemagerichte psychotherapie

Cliënten die behandeld worden binnen de klinische schemagerichte psychotherapie verblijven vijf dagen en vijf nachten per week in de kliniek. In het weekend gaan zij naar huis. De behandelduur is één jaar, waarbij er voor de behandelstaf de mogelijkheid is om een verlenging van de behandeling te indiceren. Er zijn maximaal 27 cliënten opgenomen, die in drie basisgroepen van negen personen de therapie volgen.

De schemagerichte therapie zit verweven in alle onderdelen van de klinische behandeling. De behandeling is grotendeels vormgegeven zoals door Thunnissen en Muste (2002) beschreven. De behandeling volgt dezelfde fasen van behandeling als individuele schematherapie (Young et al., 2003). Voorafgaand aan de behandeling is er een diagnostische fase, waarin de schema's, modi, disfunctionele copingstijlen en hun vroegkinderlijke oorsprong geïdentificeerd worden, en waarin cliënten uitleg krijgen over het schematherapiemodel. Tevens wordt een casusconceptualisatie gemaakt, die verder vorm krijgt in de eerste fase. Cliënten werken met het *Werkboek klinische schematherapie* (Muste, Weertman, & Claassen, 2009).

De eerste fase van de behandeling is de *verbindende en emotieregulatiefase*. Hierin ligt de focus op het creëren van een relatie met de cliënten, op de bewustwording van schema's, modi en emoties, en op de regulatie daarvan. De tweede fase is de *veranderingsfase*. Hierin ligt de focus op het veranderen van schema's en modi, onder andere door experiëntiële, cognitieve en gedragsinterventies. De derde fase is de *autonomiefase*. Hierin worden cliënten gestimuleerd om meer autonomie te ontwikkelen, destructieve relaties los te laten en ervaringen binnen de groepstherapie te generaliseren. Het accent ligt op gedragsverandering, maar ook hier wordt gebruikgemaakt van cognitieve en experiëntiële interventies.

In het algemeen wordt tijdens de klinische behandeling van cliënten verwacht dat ze spreken over de moeilijke en pijnlijke momenten in hun leven. Cliënten worden uitgedaagd om gedrag, gevoelens en gedachten onder de loep te nemen, en die te bespreken met de groep. Daarbij worden ze geconfronteerd met relaties, precies datgene waarin ze in het dagelijks leven

vastlopen. Dit leidt onvermijdelijk tot de activering van schema's en modi, omdat oude patronen herhaald worden en verschillende gevoelens naar voren komen. Cliënten worden uitgedaagd te experimenteren met alternatief nieuw gedrag. Daarbij is de rol van de stafleden belangrijk. Binnen de grenzen van de therapeutische relatie bieden zij waar cliënten als kind behoefte aan hadden. Dit wordt *limited reparenting* genoemd (Young et al., 2003). De behandeling is gericht op de vele facetten van schematherapie. Binnen de behandeling ligt de nadruk aanvankelijk meer op de cognitieve technieken en vervolgens meer op de experiëntiële technieken, ofwel de technieken die meer op modi gericht zijn. Op basis van klinische ervaring en expertise worden de interventies gekozen. In de inleiding wordt een theoretisch model beschreven waarin eerst de coping- en oudermodi veranderen, en vervolgens de kindmodi. De modigerichte interventies zijn niet afgestemd op dit model. Er zit geen fasering in de modigerichte interventies binnen de behandeling.

Cliënten worden behandeld via verschillende disciplines, en er zijn verschillende therapieblokken en -modules. Het behandelprogramma bestaat uit verschillende schemagerichte groepstherapieën. Per week vinden er twee sessies met schemagerichte groepspsychotherapie plaats met twee behandelaren. Daarnaast een sessie creatieve therapie, psychodramatherapie, psychomotorische therapie, maatschappelijke oriëntatie en farmacotherapie. Het grootste deel van de therapieblokken wordt door alle cliënten gevolgd. Daarnaast volgen cliënten vier therapieblokken in de week een module op indicatie. Deze indicatie wordt gesteld door de regiebehandelaar in overleg met de overige stafleden. Deze modules zijn: casusconceptualisatie, cognitieve schematherapie, ervaringsgerichte schematherapie, zelfcontrole en zelfexpressie. Middels milieutherapie zorgen sociotherapeuten onder andere voor een veilig therapeutisch klimaat, het superviseren van dagelijkse activiteiten, therapietrouw en weekendvoorbereidingen.

De schemagerichte groepspsychotherapie wordt uitgevoerd door twee klinisch psychologen en een gz-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog. De twee klinisch psychologen zijn getraind in schematherapie door Jeffrey Young, de ontwikkelaar van schematherapie, in een driedaagse masterclass. In aanvulling daarop kregen ze over een periode van twee jaar maandelijks supervisie van Arnoud Arntz, die gecertificeerd supervisor is. Daarmee werd voldaan aan de criteria van certificering van de Internationale Vereniging voor Schematherapie. De gz-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog staat onder supervisie van een van de klinisch psychologen. De klinisch psychologen zijn verantwoordelijk voor het therapeutische klimaat en sturen het team waar nodig bij. Er zijn regelmatig behandelplanbesprekingen, casuïstiekbesprekingen en intervisiebijeenkomsten om de behandeling te optimaliseren. Schaap en collega's (2016) hebben dezelfde klinische schemagerichte psychotherapie uitgebreider beschreven, mede aan de hand van het bestuderen van ongestructureerde evaluaties van cliënten.

Deelnemers

30

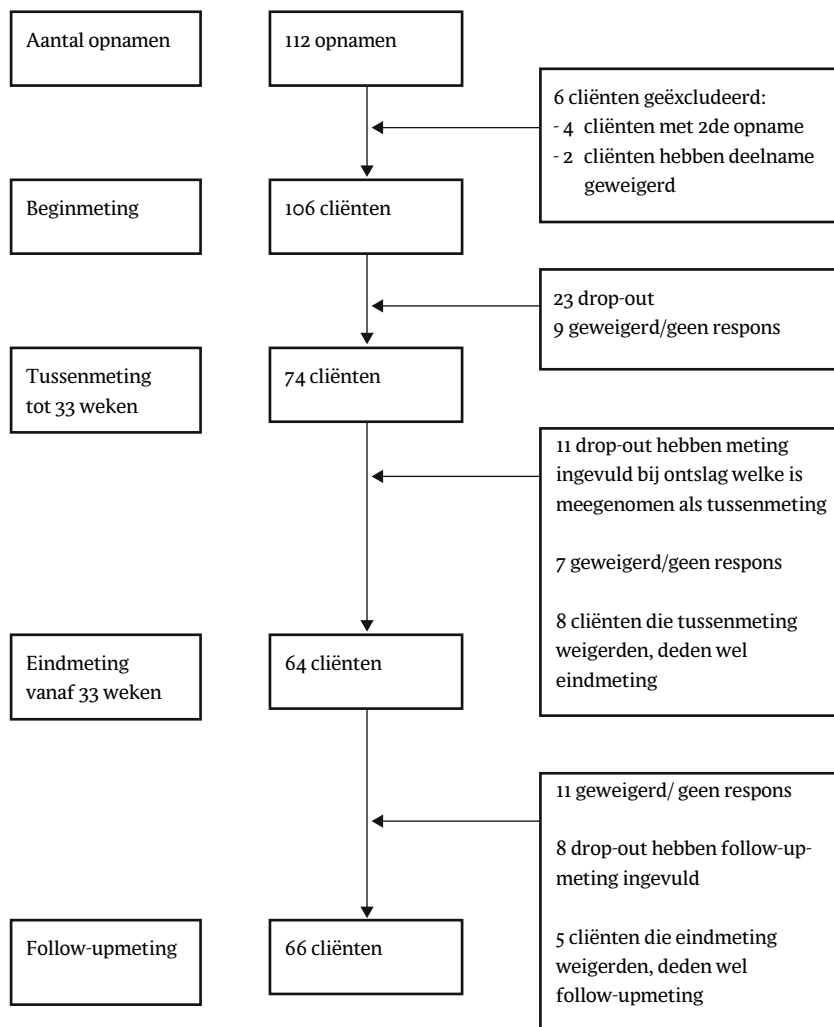
De deelnemers voor het onderzoek werden geworven bij psychotherapeutische kliniek De Wieke, onderdeel van het centrum voor persoonlijkheidsstoornissen van Mediant. De kliniek behandelt cliënten met complexe persoonlijkheidsstoornissen. De deelnemers zijn deels dezelfde als de deelnemers in eerder onderzoek van Schaap en collega's (2016). In dat onderzoek (met $n = 65$) bleek dat positieve behandeluitkomsten werden gevonden met klinische schemagerichte psychotherapie bij patiënten die geen baat hadden gehad bij eerdere behandelingen.

Cliënten hebben voorafgaand aan de klinische behandeling al een ambulante, dagbehandeling en/of klinische behandeling gehad, waarvan zij niet of onvoldoende profiteerden. Cliënten die acuut suïcidaal zijn, een IQ hebben van lager dan 80, gebrekkig Nederlands spreken of zo agressief zijn dat ze een gevaar vormen voor medecliënten, zijn gecontra-indiceerd voor opname.

Cliënten die opgenomen werden in de kliniek in de periode van april 2012 tot februari 2015 werden benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek. De dataverzameling liep tot augustus 2016 (één jaar opname en een half jaar follow-up). Er hebben 112 opnamen plaatsgevonden in deze periode. Vier personen werden in deze periode twee keer opgenomen. Van deze personen is alleen de eerste opname (drop-out) meegenomen in dit onderzoek. Twee personen hebben deelname aan het onderzoek geweigerd. Er zijn uiteindelijk 106 deelnemers geïnccludeerd (zie figuur 1).

De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 28 jaar ($SD = 7,8$ jaar). Leeftijden varieerden van 18 tot 44 jaar. Van de deelnemers is 75% vrouw. Een klinisch psycholoog stelde op basis van gesprekken en psychologisch onderzoek een klinische diagnose. Van de deelnemers voldeed 79% aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis. Van de deelnemers had 21% primair trekken van een persoonlijkheidsstoornis maar voldeed niet aan de criteria om een diagnose te stellen. De helft van hen werd geclassificeerd met een identiteitsstoornis. De meest voorkomende diagnoses zijn: borderline-persoonlijkheidsstoornis (27%), ontwijkende-persoonlijkheidsstoornis (10%), afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis (7%) en persoonlijkheidsstoornis NAO (37%). De deelnemers hebben veelal ook een comorbide stoornis. Van de deelnemers heeft 59% een stemmingsstoornis, 27% een angststoornis, 12% een eetstoornis en lijdt 11% aan middelenmisbruik.

Van de deelnemers heeft 68% de behandeling afgerond. Hun gemiddelde opnameduur was 48 weken ($SD = 13,5$ weken). De deelnemers die binnen zes maanden tegen advies van het behandelteam met ontslag gingen worden beoordeeld als drop-out. Dat betrof 32% van de deelnemers. Zij waren gemiddeld dertien weken ($SD = 6,6$ weken) opgenomen. Uit binaire logistische regressie is gebleken dat de drop-outs niet significant verschillen wat betreft geslacht, leeftijd, klachten en modi bij aanvang van de behandeling, in vergelijking met deelnemers die de behandeling afmaakten.



FIGUUR 1 *Stroomdiagram van de deelnemers aan het onderzoek*

Van de 106 deelnemers hebben alle deelnemers de beginmeting ingevuld, 74 (70%) de tussenmeting, 64 (60%) de eindmeting en 66 (62%) hebben de follow-upmeting ingevuld (figuur 1). De beginmeting vond plaats voorafgaand aan de opname (gemiddelde = -7 weken; SD = 6,7 weken). De metingen tot een opnameduur van 33 weken zijn meegenomen als tussenmeting (gemiddelde = 25 weken; SD = 4,4 weken). Daarna zijn de metingen meegenomen als eindmeting (gemiddelde = 49 weken; SD = 11,3 weken). Bij elf (32%) deelnemers die zijn aangemerkt als drop-out is een meting gedaan bij ontslag tot zes maanden, welke zijn meegenomen als tussenmeting, en bij acht (24%) drop-outs een follow-upmeting. Deze metingen zijn meegenomen in de analyses. Mede daardoor is de SD vrij groot bij follow-up (gemiddelde = 74 weken; SD = 17,2).

Binaire logistische regressie laat zien dat deelnemers die op alle meetmomenten de vragenlijsten hebben ingevuld (28%) niet significant verschillen bij aanvang van de behandeling wat betreft geslacht, leeftijd, klachten en modi van de deelnemers die op een of meerdere meetmomenten de lijsten niet hebben ingevuld.

Meetinstrumenten

Voorafgaand aan de behandeling werden tijdens de diagnostische fase de vragenlijsten afgenomen. De vragenlijsten die gebruikt zijn voor dit onderzoek waren onderdeel van een grotere testbatterij. Masterstudenten psychologie zorgden ervoor dat de deelnemers uitleg kregen betreffende de vragenlijsten en waren tijdens de afname beschikbaar voor vragen van de deelnemers. Dit gebeurde ook bij de tussenmeting en de eindmeting. Tijdens de follow-upmeting is getracht deelnemers (ook de drop-outs) zo veel mogelijk op locatie in aanwezigheid van een masterstudent de vragenlijsten in te laten vullen. Wanneer deelnemers echter niet naar de kliniek konden of wilden komen, is ervoor gekozen de lijsten naar hen op te sturen met een retourenvelop.

Om de klachten van deelnemers te meten is de Brief Symptom Inventory (BSI; de Beurs, 2008) afgenomen. Deze vragenlijst is gericht op symptoominventarisatie. De test bestaat uit 53 items, zoals 'snel ruzie krijgen', 'aanvallen van angst of paniek' en 'moeite iets te onthouden', die gescoord worden op een vijfpuntsschaal (0 = 'helemaal geen' tot 4 = 'heel veel'). Bij de analyses is gebruikgemaakt van de gemiddelde score: de somscore op alle beantwoorde items, gedeeld door het aantal beantwoorde items. De interne consistentie, de test-hertestbetrouwbaarheid en de convergente validiteit zijn goed, en de divergente validiteit is voldoende (de Beurs & Zitman, 2006). In dit onderzoek is Cronbach's alfa goed: 0,94.

Om de schemamodi te meten, is bij de deelnemers de Schema Modi Inventory (SMI; Young et al., 2007) afgenomen. Dit is een zelfrapportagevragenlijst bestaande uit 124 items, ontworpen om veertien modi te onderzoeken.

Zoals hierboven beschreven, kunnen deze veertien modi worden ingedeeld in vier categorieën: (1) disfunctionele kindmodi, (2) disfunctionele copingmodi, (3) disfunctionele oudermodi en (4) functionele modi. Voorbeelden van de items zijn: 'Ik voel me inadequaar, gebrekkig of waardeloos' (kindmodi); 'Ik wil mezelf afleiden van gedachten en gevoelens die mij van streek maken' (copingmodi); 'Ik ben streng voor mezelf' (oudermodi); 'Ik weet wanneer mijn emoties te uiten en wanneer niet' (functionele modi). De vragen worden gescoord op een zespuntsschaal (1 = 'helemaal niet waar' tot 6 = 'helemaal waar'). Bij de analyse is gebruikgemaakt van de somscore. De SMI bezit adequate psychometrische eigenschappen. De interne consistentie en de test-hertestbetrouwbaarheid zijn adequaat, en de constructvaliditeit is matig. Hoewel uit onderzoek is gebleken dat het veertienfactorenmodel in vergelijking met het vierfactorenmodel het best passende model is, bleek het verschil in de *goodness-of-fit*-indicatoren zeer klein, waardoor ook het vierfactorenmodel bruikbaar is (Lobbestael, van Vreeswijk, Spinhoven, Schouten, & Arntz, 2010). In dit onderzoek is Cronbach's alfa voor de functionele modi voldoende (0,75), en voor de coping-, ouder- en kindmodi goed (respectievelijk 0,84, 0,91 en 0,93).

Statistische analyses

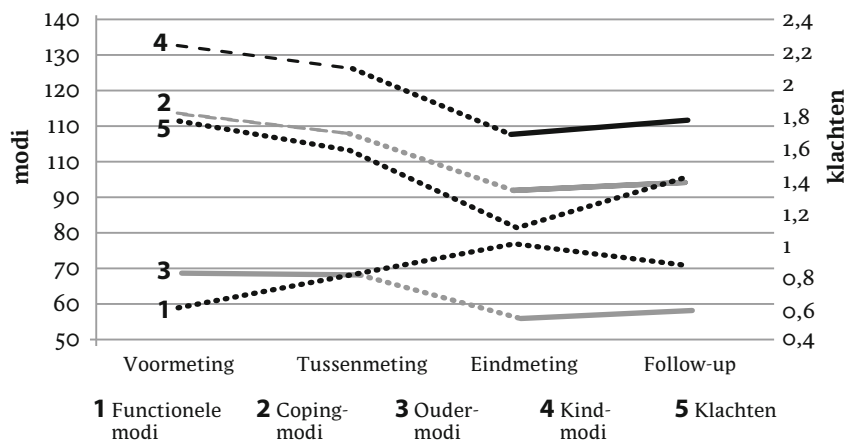
Voor de statistische analyses is gebruikgemaakt van SPSS, versie 24 (IBM). Allereerst is bekeken of de data normaal verdeeld zijn op alle meetmomenten. Dit is getoetst door middel van histogrammen en de Kolmogorov-Smirnov-toets. Een aantal modi bleek op enkele meetmomenten niet normaal verdeeld te zijn. Daarom zijn paarsgewijs de veranderingen tussen opeenvolgende metingen zowel parametrisch als non-parametrisch getoetst. Deze toetsen bleken niet te verschillen.

Vervolgens zijn meerdere multilevel-analyses (*mixed models*) uitgevoerd. Er is voor deze analyse gekozen, omdat er sprake is van *missing data* en middels deze analyse alle data kunnen worden meegenomen zonder data te imputeren. Om de veranderingen van de klachten, kind-, coping-, ouder- en functionele modi te beoordelen zijn deze in aparte analyses ingevoerd als afhankelijke variabele. De metingen zijn telkens als herhaalde meting meegenomen in het model en als *fixed effect* ingevoerd. Er is beoordeeld welk *covariance type* het sterkste model opleverde. Dit is bepaald door de 2 *restricted log likelihood* met elkaar te vergelijken voor verschillende covariance types. Het *unstructured covariance type* bleek het sterkste model te geven. Middels LSD (*least significant difference*) is getoetst of de verschillende meetmomenten van elkaar verschillen. De effect sizes (Cohen's *d*) zijn berekend op basis van *estimated marginal means*. Daarbij wordt uitgegaan van de gangbare vuistregel om Cohen's *d* te interpreteren: < 0,49 = klein effect; 0,50-0,79 = middelgroot effect; 0,80-1,29 = groot effect; > 1,30 = zeer groot effect.

Om de samenhang tussen klachten en modi te onderzoeken is een complexere multilevelanalyse uitgevoerd, een zogeheten groeimodel. Daarbij zijn stap voor stap de verschillende modi als covariaat toegevoegd aan het model met klachten als afhankelijke variabele. De modi zijn toegevoegd op volgorde van verwachte verandering tijdens de behandeling. Bij iedere stap is getoetst of het model sterker werd, en wel middels de -2LL (Log Likelihood), de AIC (Akaike Information Criterium) en BIC (Bayesian Information Criterium) statistiek.

RESULTATEN

De eerste hypothese luidde dat er een toename plaatsvindt van de functionele modi in zowel het eerste als tweede deel van de behandeling, die behouden blijft bij follow-up. Figuur 2 laat zien dat er sprake is van een significante toename van functionele modi van begin naar tussenmeting, en van tussen- naar eindmeting. Bij follow-up is er een significante afname zichtbaar ten opzichte van de eindmeting. In tabel 1 wordt weergegeven dat de verandering van begin naar eindmeting groot is, in termen van Cohen's d , die van beginmeting naar follow-up daarentegen kleiner.



FIGUUR 2 Veranderingen in modi en klachten aan de hand van estimated marginal means ($n = 106$)

NB: Een ononderbroken lijn is niet significant $p > 0,05$; een onderbroken streepjeslijn is significant bij $p < 0,05$; een stippellijn is significant bij $p < 0,01$.

De tweede hypothese was dat er in het eerste deel van de behandeling een toename plaatsvindt van de disfunctionele copingmodi, in het tweede deel een afname, en dat deze blijft behouden bij follow-up. Van begin- naar tussenmeting is er geen toename maar een afname te zien, evenals van tussen- naar eindmeting (figuur 2). De significante afname van de copingmodi blijft behouden bij follow-up. Cohen's d laat zien dat er sprake is van een groot effect van begin- naar eindmeting, terwijl die van beginmeting naar follow-up kleiner is (tabel 1).

De derde hypothese luidde dat er in het eerste deel van de behandeling een toename plaatsvindt van de disfunctionele oudermodi, in het tweede deel een afname, en dat deze blijft behouden bij follow-up. De oudermodi nemen alleen significant af van tussen- naar eindmeting (figuur 2). In het eerste deel treedt de verwachte toename niet op. Bij follow-up blijft deze afname van de oudermodi behouden. Cohen's d laat een middelgroot effect zien van begin- naar eindmeting, die van beginmeting naar follow-up daarentegen is iets kleiner (tabel 1).

De vierde hypothese was dat er in het eerste deel van de behandeling geen verandering plaatsvindt van de disfunctionele kindmodi, in het tweede deel een afname, en dat deze blijft behouden bij follow-up na zes maanden. De kindmodi nemen af zowel van begin- naar tussenmeting, als van tussen- naar eindmeting (figuur 2). De afname blijft behouden bij follow-up. De Cohen's d laat zien dat er een middelgroot effect is van begin- naar eindmeting, en van beginmeting naar follow-up (tabel 1).

TABEL 1 *Effect size (Cohen's d) van de verandering van modi en klachten (op basis van de estimated marginal means van mixed model) ($n = 106$)*

	Effect begin → tussenmeting	Effect begin → eindmeting	Effect begin → follow-upmeting
	Cohen's d	Cohen's d	Cohen's d
Functionele modi	0,56	1,21	0,77
Copingmodi	-0,23	-0,80	-0,72
Oudermodi	-0,04	-0,65	-0,53
Kindmodi	-0,20	-0,72	-0,62
Klachten (BSI)	-0,33	-0,88	-0,51

De vijfde hypothese was dat er geen verandering van klachten plaatsvindt in het eerste deel van de behandeling, een afname tijdens het tweede deel van de behandeling, en dat deze verandering blijft behouden bij follow-up. Uit de analyse blijkt dat de klachten significant afnemen van begin- tot tussenmeting en van tussen- tot eindmeting (figuur 2). Van eind- tot follow-upmeting nemen de klachten significant toe. De Cohen's *d* laat zien dat de veranderingen groot zijn van begin- naar eindmeting, terwijl die van beginmeting naar follow-up middelgroot zijn (tabel 1).

De zesde hypothese was dat er een samenhang is tussen de verandering in modi en de verandering in klachten tijdens de behandeling en bij follow-up. In tabel 2 staan de resultaten van het groeimodel. In model A zijn de meetmomenten als herhaalde meting ingevoegd. De factor tijd blijkt samen te hangen met klachten. In model B zijn de functionele modi toegevoegd aan het model, waardoor het model sterker werd. Daarna zijn de copingmodi (model C), de oudermodi (model D) en de kindmodi toegevoegd (model E). Omdat in model E de copingmodi niet meer significant zijn, zijn deze in model F verwijderd. Het model werd daar significant sterker van (zie -2LL, AIC en BIC). Model F blijkt het sterkste model te zijn. Vanuit model F is nog een aantal interactie-effecten (interactie tussen meetmomenten en de verschillende modi) toegevoegd, in een poging het model verder te verbeteren, echter zonder resultaat. Er wordt in model F gevonden dat zowel de afname over tijd van ouder- en kindmodi, als toename van functionele modi, samenhangen met afname van klachten. Tot slot valt op dat de verschillen in klachten tussen de meetmomenten niet meer significant zijn zodra de veranderingen van functionele, ouder- en kindmodi worden toegevoegd aan het model.

DISCUSSIE

.....

De klinische psychotherapie staat onder (financiële) druk wat betreft behandelduur en vermindering van het aantal bedden. Inhoudelijke argumenten spelen een beperkte rol, mede omdat er nog weinig onderzoek is gedaan. Het onderzoek dat wij hier besproken hebben, geeft inzicht in de veranderingen in modi en klachten, en de samenhang tussen beide, in een klinische schemagerichte psychotherapie voor mensen met complexe persoonlijkheidsproblematiek. Cliënten profiteren met name in de tweede helft van de klinische schematherapeutische behandeling, zowel wat betreft modi als wat betreft klachten. Hoewel er enige terugval is voor functionele modi en klachten, lijken de effecten grotendeels behouden bij follow-up. Tot slot is er een samenhang gevonden tussen de afname van ouder- en kindmodi en de toename van functionele modi met verbetering op het gebied van klachten.

De hypothesen die op basis van het theoretische modimodel (Jacob & Arntz, 2013; Kellog & Young, 2006) voor dit onderzoek zijn opgesteld, zijn deels bevestigd. Met name de timing van de veranderingen blijkt anders dan

verwacht. De eerste zes maanden nemen niet alleen de functionele modi toe, maar nemen ook de klachten en kind- en copingmodi af, en blijven de oudermodi gelijk. Dit zou te maken kunnen hebben met de meetmomenten. De coping- en oudermodi zouden wel degelijk kunnen toenemen aan het begin van de behandeling, maar de piek zou eerder kunnen liggen dan bij zes maanden. Bij de tussenmeting zouden deze modi weer gezakt kunnen zijn naar het oude niveau, of verder. Het zou echter ook kunnen dat deze modi niet toenemen omdat de cliënten in een veilige, beschermde en gestructureerde omgeving terecht komen. Ook in het onderzoek van Renner en collega's (2014) wordt geen verandering van disfunctionele modi gevonden van begin- naar tussenmeting. Tevens dient opgemerkt te worden dat in de klinische behandeling niet conform het onderzochte modimodel wordt gewerkt. Interventies worden gepleegd op basis van de klinische expertise van de behandelaren. Er zit geen fasering in modigerichte interventies.

De grootste veranderingen blijken plaats te vinden gedurende de tweede helft van de behandeling. De functionele modi nemen significant toe van begin- tot eindmeting, met een grote effect size (Cohen's $d = 1,21$), de disfunctionele modi nemen significant af, met een middelgrote tot grote effect size (Cohen's $d = 0,65$ tot $0,80$), en de klachten met een grote effect size (Cohen's $d = 0,88$). Deze resultaten zijn vergelijkbaar met andere studies. Uit onderzoek van van Vreeswijk, Spinhoven, Eurelings-Bontekoe en Broersen (2014) bij ambulante groepsgerichte schema-cognitieve behandeling bleken effect sizes voor functionele modi van Cohen's $d = 0,58$ en voor disfunctionele modi van Cohen's $d = 0,50$ tot $0,65$. In een acute klinisch psychiatrische setting met groepsgewijze schematherapie voor persoonlijkheidsstoornissen komen effect sizes naar voren voor functionele modi van Cohen's $d = 0,44$ en voor disfunctionele modi van Cohen's $d = 0,69$ (Nenadić, Lamberth, & Reiss, 2017). In drie pilotstudies bij klinische borderlinecliënten werden effect sizes voor afname van klachten gevonden van Cohen's $d = 0,43$ tot $2,84$ (Reiss et al., 2013). In veel onderzoeken zijn drop-outs niet meegenomen in de analyses, terwijl dat in het huidige onderzoek wel gebeurd is.

In het merendeel van de bestaande onderzoeken is geen follow-upmeting gedaan. Bij de follow-upmeting blijken cliënten weer meer klachten te ervaren en nemen functionele modi enigszins af. Na ontslag stappen cliënten uit de veilige en beschermde omgeving, en keren ze terug in hun eigen leefomgeving, wat vaak met spanningen gepaard gaat. De disfunctionele modi veranderen niet bij follow-up. Dit kan verklaard worden doordat er mogelijk een persoonlijkheidsverandering heeft plaatsgevonden die structureel en stabiel is. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen of deze persoonlijkheidsverandering ook over langere tijd stabiel blijft.

Uit het groeimodel blijkt dat er een samenhang bestaat tussen de verandering van klachten, en de verandering van kind-, ouder- en functionele modi over de tijd. De copingmodi bleek niet samen te hangen met klachten. Met het toevoegen van de kind-, ouder- en functionele modi zijn er geen signifi-

TABEL 2 Resultaten van het groeimodel om klachten te voorspellen door functionele modi, copingmodi, oudermodi en kindmodi (n = 106)

	Model A	Model B	Model C	Model D	Model E	Model F
Fixed effects						
Intercept	1,79 *** (0,06)	3,36 *** (0,15)	1,90 *** (0,37)	1,29 *** (0,37)	0,81 * (0,38)	0,75 * (0,36)
Beginmeting (referentie)	0	0	0	0	0	0
Tussenmeting	-0,23 ** (0,07)	-0,01 (0,65)	-0,03 (0,06)	-0,08 (0,06)	-0,10 (0,06)	-0,10 (0,06)
Eindmeting	-0,67 *** (0,09)	-0,19 * (0,09)	-0,20 * (0,08)	-0,20 * (0,08)	-0,22 ** (0,08)	-0,21 * (0,08)
Follow-upmeting	-0,41 *** (0,10)	-0,07 (0,09)	-0,02 (0,09)	-0,03 (0,09)	-0,05 (0,08)	-0,05 (0,08)
Functionele modi		-0,03 *** (0,00)	-0,02 *** (0,00)	-0,01 *** (0,00)	-0,01 ** (0,00)	-0,01 *** (0,00)
Copingmodi			0,01 *** (0,00)	0,00 * (0,00)	-0,00 (0,00)	-
Oudermodi				0,01 *** (0,00)	0,01 *** (0,00)	0,01 *** (0,00)
Kindmodi					0,01 *** (0,00)	0,01 *** (0,00)

-2LL			552,166	441,641	431,758	419,946	412,491	406,133		
AIC			572,166	461,641	451,758	439,946	432,491	426,133		
BIC			608,900	497,845	487,816	475,967	468,438	462,228		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$
Standaard error staat tussen haakjes

cante veranderingen meer wat betreft afname van klachten. Of dit een louter mediërend effect is of dat de veranderingen van modi en klachten elkaar wederzijds versterken — zoals ook tussen veranderingen van schema's en klachten wordt verondersteld (van Vreeswijk et al., 2014) — is onduidelijk. Nader onderzoek zal nodig zijn om dit te verhelderen.

Voor zover bekend is dit het eerste onderzoek binnen de klinische setting dat de verandering en samenhang tussen modi en klachten inzichtelijk maakt. Het levert daarmee een bijdrage aan kennis en inzicht in de klinische behandeling van mensen met ernstige persoonlijkheidsproblematiek vanuit schematherapie.

In het onderzoek is een drop-outpercentage gevonden van 32%. Dit percentage is vergelijkbaar met andere onderzoeken binnen de klinische setting voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen (Pham-Scottez et al., 2012; van den Bosch, Sinnaeve, Hakkaart-van Roijen, & van Furth, 2014). Daarnaast bleek de drop-out niet te verschillen wat betreft kenmerken van cliënten bij het begin van de behandeling. Verder onderzoek naar de redenen van drop-out is gewenst.

Door gebruik te maken van complexe statistische analyses is de invloed van ontbrekende data in dit onderzoek beperkt. Wat betreft de data-analyse is er conservatief gehandeld. Van de deelnemers die tweemaal zijn opgenomen zijn bijvoorbeeld enkel de data van de eerste opname meegenomen. Dit betrof in alle gevallen een drop-out. Bij 32% van de drop-outs is een meting gedaan bij ontslag (tot zes maanden) en bij 24% van de drop-outs is een follow-upmeting uitgevoerd. Ook deze data zijn meegenomen in de analyses.

De beperkingen van dit onderzoek zijn deels gerelateerd aan de praktijkgerichtheid ervan. Gebruikmaken van een controlegroep was niet mogelijk. Daardoor valt niet met zekerheid te zeggen dat de resultaten toe te schrijven zijn aan het schematherapeutische behandelprogramma. Bovendien betreft het een *klinisch* behandelprogramma, waarbij niet alle aspecten van het programma typische schematherapeutische interventies betreffen. Ook is de behandelintegriteit van de therapeuten niet gemeten.

In onderzoek van Lobbestael en collega's (2010) wordt gepleit voor het veertienfactorenmodel van modi, onder andere omdat er subtiele maar belangrijke verschillen bestaan tussen de veertien subschalen. In dit onderzoek is gekozen voor het vierfactorenmodel van de SMI, waardoor deze verschillen mogelijk niet in beeld komen. Nader onderzoek zou gericht kunnen worden op de veranderingen van de veertien factoren.

Verder varieerde de opnameduur van de deelnemers. De opnameduur bedraagt in principe een jaar. Er is echter een groep die eerder met ontslag gaat, maar ook een kleine groep die, op basis van klinisch oordeel, verlenging krijgt van de behandeling. In dit onderzoek zijn deze deelnemers echter allen meegenomen, waardoor de resultaten bij het einde van de behandeling minder nauwkeurig zijn. Daarnaast is de doelgroep divers, waardoor uitspraken over specifieke persoonlijkheidsstoornissen niet kunnen worden gedaan.

Het is aan te bevelen om de interventies tijdens de behandeling meer te richten op de modi, aangezien de modi samenhangen met de klachten. Het is moeilijk te voorspellen in hoeverre modi in de eerste zes maanden te veranderen zijn, wanneer daar intensiever op geïntervenieerd gaat worden. Mogelijk hebben cliënten deze tijd nodig om het vertrouwen te krijgen patronen los te laten. De interventies gericht op modi zouden geïntensiveerd moeten worden en meer systematisch in het programma ingepast moeten worden.

Dit onderzoek draagt bij aan het bewijs dat klinische schemagerichte psychotherapie leidt tot vermindering van de klachten bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek. Tevens geeft het onderzoek inzicht in de veranderingen en de samenhang van de verschillende modi en de klachten. Daaruit blijkt dat structurele veranderingen vooral worden behaald in het tweede deel van de behandeling en dat de afname van disfunctionele modi behouden blijft na follow-up van zes maanden. Dit impliceert dat het verder inkorten van de duur van de klinische behandeling grote consequenties heeft op het effect van de behandeling. Hopelijk kunnen de uitkomsten van dit onderzoek een inhoudelijke impuls geven aan de discussie over de toekomst van de klinische psychotherapie.

Ted Wolterink is als gz-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog verbonden aan het Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen Mediant te Hengelo.

Gerben Westerhof is als hoogleraar verbonden aan de Vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie, Universiteit Twente.

Correspondentieadres: Ted Wolterink, Mediant Hengelo, Boerhaavelaan 69, 7555 BB Hengelo. E-mail: t.wolterink@mediant.nl

Summary *Change of schema modes and psychological distress in clients with complex personality problems during and after an inpatient schema therapeutic treatment: A naturalistic prospective study*

This research focuses on change in schema modes and psychological distress, and on the mutual connection between the two. The research was conducted on clients with complex personality pathology who are treated one year with inpatient schema focused psychotherapy.

Schema therapy is an effective treatment for personality disorders within the outpatient setting. In clinical settings, however, little research has been done. Because of this, little is known about the effectiveness of treatment in clients with complex personality disorders who did not benefit sufficiently from previous treatments.

The modes (Schema Modi Inventory; SMI) and psychological distress (Brief Symptom Inventory; BSI) were measured at four moments, among 106 clients, in a naturalistic prospective study without a control group. The multilevel analysis shows that functional modes increase and psychological distress decrease, with large effect sizes (Cohen's *d*: 1.21 and 0.88, respectively), from start to end of treatment. Dysfunctional modes decrease, especially in the second half of

treatment, with medium to large effect sizes (Cohen's d : 0.65-0.80), that are largely maintained at follow-up. Changes in dysfunctional child and parent modes, and in functional modes, are associated with decrease of psychological distress. This study shows that inpatient schema focused psychotherapy gives good results in diminishing psychological distress which is related to changes in schema modes as the assumed working mechanism of schema therapy.

Keywords *schema therapy, schema modes, psychological distress, complex personality disorders, inpatient treatment, changes*

Literatuur

- Arntz, A. (2016). Schematherapie en de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Gedragstherapie*, 49, 194-207.
- Arntz, A., & Jacob, G. (2012). *Schema-therapie: Een praktische handleiding*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Bamelis, L. L. M., Evers, S. M. A. A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171, 305-322.
- de Beurs, E. (2008). *Brief Symptom Inventory (BSI): Handleiding*. Leiden: PITS.
- de Beurs, E., & Zitman, F. G. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI): De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 120-141.
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Jacob, G., & Arntz, A. (2014). The schema mode model for personality disorders. *Die Psychiatrie: Grundlagen & Perspektiven*, 11, 78-86.
- Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders: A review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6, 171-185.
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 445-458.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 854-860.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the short schema mode inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 437-458.
- Ministerie van VWS (2012). *Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2012-2014*. Geraadpleegd op: <https://www.rijks-overheid.nl/documenten/rapporten/2012/06/18/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014>
- Muste, E., Weertman, A., & Claassen, A. (2009). *Werkboek klinische schema-therapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nenadić, I., Lamberth, S., & Reiss, N. (2017). Group schema therapy for personality disorders: A pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings. *Psychiatry Research*, 253, 9-12.
- Pham-Scottez, A., Huas, C., Perez-Diaz, F., Nordon, C., Divac, S., Dardennes, R., ... Rouillon, F. (2012). Why do people with eating disorders drop out from inpatient treatment? The role of personality factors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 807-813.
- Reiss, N., Lieb, K., Arntz, A., Shaw, I. A., & Farrel, J. (2013). Responding to the treatment challenge of patients with severe BPD: Results of three pilot

- studies of inpatient schema therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 355-367.
- Renner, F., van der Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2014). Effecten van schemagroeps-therapie bij jongvolwassenen. *Gedragstherapie*, 47, 20-36.
- Schaap, G.M., Chakhssi, F., & Westerhof, G. J. (2016). Inpatient schema therapy for adults with personality pathology: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes, coping styles and positive mental health. *Psychotherapy*, 53, 402-412.
- Thunnissen, M. M., & Muste, E. H. (2002). Schematherapie in de klinische-psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 28, 122-131.
- van den Bosch, L. M. C., Sinnaeve, R., Hakkaart-van Roijen, L., & van Furth, E. F. (2014). Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical Behavior Therapy (DBT) program: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15, 152. Geraadpleegd op: <http://www.trialsjournal.com/content/15/1/152>
- van Vreeswijk, M. F., Spinhoven, P., Eurelings-Bontekoe, E. H. M., & Broersen, J. (2014). Changes in symptom severity, schemas and modes in heterogeneous psychiatric patient groups following short-term schema cognitive behavioural group therapy: A naturalistic pre-treatment and post-treatment design in an outpatient clinic. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 29-38.
- Wetzelaer, P., Lokkerbol, A., Arntz, A., van Asselt, A., & Evers, S. (2016). Kosteneffectiviteit van psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen: Een systematisch literatuuronderzoek van economische evaluatiestudies. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58, 717-727.
- Young, J. E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M. E., & van Vreeswijk, M. F. (2007). *The Schema Mode Inventory*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

BOEKBESPREKING

.....

Snel succes met ROM

.....

Bespreking van

Suzan Oudejans & Masha Spits (2017). *Snel succes met ROM: Een leidraad voor professionals in de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 145 pp., € 22,99. ISBN 9789036817257.

EDWIN DE BEURS

De afgelopen jaren is er veel te doen geweest over ROM in de ggz. Men spreekt zelfs over de ROM-soap. Iedereen lijkt een mening te hebben over nut en noodzaak van ROM. De verschillende meningen lopen sterk uiteen, de nuance is vaak ver te zoeken, en de discussie wordt gekenmerkt door veel verwarring over wat ROM nu eigenlijk is en waar het voor dient. Sommigen beschouwen ROM als een uit de hand gelopen megalomaan project, dat vooral de zorgverzekeraars in een nog machtiger positie moet brengen bij de inkoop van zorg (van Os, Berkelaar, & Hafkensheid, 2017). Anderen zien ROM toch vooral als een nuttig hulpmiddel om tijdens de behandeling als het ware een vinger aan de pols te houden bij de patiënt. Zij zien met lede ogen aan dat we het kind met het badwater dreigen weg te gooien, vanwege de controverse over gebruik van geaggregeerde ROM-gegevens (de Jong et al., 2017). Elders heb ik mijn positie in het debat toegelicht (de Beurs, 2017a, 2017b). Kort gezegd komt die erop neer dat ik ervoor pleit om duidelijk onderscheid te maken tussen ROM, benchmarken, verantwoorden en afrekenen:

- 1 ROM is herhaaldelijk (routinematig) meten in het primaire proces. Het is erop gericht de behandeling te ondersteunen, en bijtijds te signaleren wanneer de behandeling niet het effect heeft dat wordt verwacht en gewenst is (Lambert, 2010).
- 2 Benchmarken is leren van geaggregeerde pre-post-behandeling ROM-gegevens. Door de resultaten van behandelaars, teams, afdelingen, lo-

caties of gehele instellingen te vergelijken, en na te denken over de oorzaken van mogelijke verschillen in uitkomst, kan men van elkaar leren (Barendregt, 2015).

- 3 Verantwoorden is aan de buitenwereld laten zien dat de zorg die in de ggz geboden wordt effectief is en dat er efficiënt met de schaarse middelen wordt omgegaan.
- 4 Afrekenen verwijst naar het zorginkoopproces. In het huidige verzekeringsstelsel onderhandelen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over prijs en volume van zorg. De uitkomst van de geleverde zorg zou daar een voorname rol bij moeten spelen (Lensink, 2017; Porter & Teisberg, 2006). In Nederland zijn daar echter nog nauwelijks betekenisvolle stappen in gezet, een feit waar de Algemene Rekenkamer in een rapport kritisch over was (Algemene Rekenkamer, 2017).

Mijns inziens kunnen ROM-gegevens gebruikt worden voor benchmarken, voor verantwoorden en voor afrekenen, mits aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan (de Beurs, 2015). Of uiteindelijk de kwaliteit van behandelingen in de ggz daarvan beter wordt, moet worden onderzocht (de Beurs, 2015). Dit is wel het ultieme doel: betere zorg, met een gunstiger resultaat en doelmatiger toegediend, waardoor er meer mensen van kunnen profiteren (Ministerie van VWS, 2015).

Veel leden van de VCGt zullen het gepolariseerde debat over ROM met verbazing hebben gevolgd. Het (systematisch) meten van symptomen, klachten en functioneren was toch al vanaf het begin van de gedragstherapie een goede gewoonte onder gedragstherapeuten? De *n=1*-studie, een essentieel deel van de opleiding tot CGT-behandelaar, is daar een goed voorbeeld van. Met *routine outcome monitoring* (ROM) is er dus niets nieuws onder de zon voor CGT'ers. De vertrouwde meten verklaart wellicht ook het genuanceerde standpunt van de VCGt in het ROM-debat. Op de site van de VCGt staat een goede samenvatting van de stand van zaken rondom ROM en benchmarken van Nienke van Sambeek (www.vgct.nl/themas/rom/thema-rom).

Voor de belangstellende lezer is er nu een meer diepgravende en uitgebreide behandeling van het onderwerp. Het boek *Snel succes met ROM: Een leidraad voor professionals in de GGZ* van Susan Oudejans en Masha Spits beveel ik iedereen die te maken heeft met de ROM-praktijk in de ggz van harte aan. In dit boek wordt de controverse op een evenwichtige wijze besproken. Het biedt de achtergrond en context die zo vaak ontbreekt in de landelijke discussie over ROM. Het boek is vlot en met verstand van zaken geschreven. De auteurs zijn al zo'n tien jaar actief bezig met ROM, en hebben er goed en diep over nagedacht.

Het boek gaat ook in op de praktische toepassing van ROM in de behandelkamer. Verder biedt het veel praktisch bruikbare informatie, zoals een beschrijving van diverse meetinstrumenten die in ROM worden gebruikt

en van softwarepakketten om ROM te ondersteunen. De auteurs komen ook met een schat aan bruikbare tips hoe men ROM in de praktijk kan toepassen, hoe (tussentijdse) meetresultaten moeten worden geïnterpreteerd en hoe men ze kan terugkoppelen naar de patiënt. Van dit laatste wordt een uitgebreid voorbeeld gegeven. De ROM-resultaten worden teruggekoppeld op de wijze van motiverende gespreksvoering, een gesprekstechniek die stamt uit de verslavingszorg, maar die inmiddels ook breder in de ggz en in de somatische zorg wordt toegepast.

Ik heb eigenlijk maar één kanttekening bij het boek, en die betreft het hoofdstuk over benchmarken. De auteurs bespreken hier de methodologische eisen waaraan de geaggregeerde resultaten met betrekking tot behandeluitkomsten zouden moeten voldoen (dat ze valide, representatief en vrij van *confounding* door casemix-verschillen moeten zijn). Er worden hoge eisen gesteld aan benchmarkinformatie, ik denk vooral uit vrees dat die informatie gebruikt wordt om zorgaanbieders in de ggz op af te rekenen. En het voelt niet fair om afgerekend te worden op informatie waar men nog zo zijn twijfels over heeft. Benchmarken is echter niet primair gericht op afrekenen, maar op leren. Ook uit onvolmaakte informatie valt veel te leren. Informatie terzijde schuiven ('de cijfers kloppen niet') is vaak de eerste reactie wanneer iemands resultaten minder zijn dan hij had verwacht, maar daar worden ze niet beter van. Het is beter om praktijkvariatie te gebruiken als inspiratiebron voor verbetermaatregelen. Daar kan de ggz doelmatiger en effectiever van worden. Ook staat methodologische zuiverheid soms op gespannen voet met praktische uitvoerbaarheid. Omdat methodologische zuiverheid essentieel is voor 'waarheidsvinding' in wetenschappelijk onderzoek, moeten we daar de lat heel hoog leggen. Als we echter willen *leren* van geaggregeerde behandelresultaten, mag het wel een onsje minder zijn. Laten we niet wachten met leren en verbeteren van de zorg, want onze patiënten hebben daar recht op.

Met deze kanttekening ligt hier een mooi boek, dat een genuanceerde kijk geeft op dit boeiende onderwerp.

Edwin de Beurs is hoogleraar ROM en benchmarking, Sectie Klinische Psychologie, Universiteit Leiden. *Correspondentieadres*: Postbus 9500, 2300 RA Leiden. E-mail: e.de.beurs@fsw.leidenuniv.nl

Literatuur

Algemene Rekenkamer. (2017). *Bekostiging van de curatieve geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.

Barendregt, M. (2015). Benchmarken en andere functies van ROM: Back to basics [Benchmarking and other functions of ROM: Back to basics]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 517-525.
de Beurs, E. (2015). *ROM en benchmarken, over meten, weten en wat dan?*

- [ROM and benchmarking, about measurement, knowledge, and what next?]
(Oratie). Leiden: Leiden University.
- de Beurs, E. (2017a). Forum: ROM en benchmark: Goed of slecht huwelijk? *Psycholoog*, 52, 46-49.
- de Beurs, E. (2017b). Over ROM en benchmarken: Reactie van SBG op rapport van de Algemene Rekenkamer en de actie 'Stop ROM'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59, 238-241.
- de Jong, K., Tiemens, B., Verbraak, M., Beekman, A. T. F., Bockting, C. L. H., Bouman, T. K., ... Zitman, F. G. (2017). Red ROM als kwaliteitsinstrument. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59, 242-244.
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure. The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Lensink, M. (2017). Het verzekeraarsperspectief op benchmarken. In E. de Beurs, L. Warmerdam, & M. Barendregt (Eds.), *Behandeluitkomsten: Bron voor kwaliteitsbeleid in de GGZ [Treatment outcome: Source of quality management in mental health care]* (pp. 93-107). Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Ministerie van VWS. (2015). *Agenda ggz voor gepast gebruik en transparantie*. Geraadpleegd op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/11/26/agenda-ggz-voor-gepast-gebruik-en-transparantie>.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Cambridge: Harvard Business Press.
- van Os, J., Berkelaar, A., & Hafkenscheid, A. (2017). Benchmarken: Doodlopende weg onder het mom van 'ROM'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59, 247-250.

.....

Eerste hulp bij faalangst

.....

Bespreking van

Petra Lahr & Daphne Rijkée (2017). *Eerste hulp bij faalangst: Faalangst-training voor jongeren van 10 tot 18 jaar*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 88 pp., € 23,99. ISBN 9789036815758.

INEZ BUYCK

Faalangst is een vorm van angst die optreedt wanneer men denkt niet in staat te zijn bepaalde cognitieve, sociale en/of motorische prestaties te volbrengen (van der Zalm-Grisnich, 2009). Faalangst wordt in de DSM-5 niet als een aparte aandoening opgenomen, maar meestal als een onderdeel van sociale angst of gegeneraliseerde angst beschouwd. Hierbij wordt dan vaak verwezen naar ‘testangst’ of ‘prestatieangst’ (American Psychiatric Association, 2014). Een recent Brits onderzoek toonde aan dat 16,4% van de leerlingen van middelbare scholen zichzelf als ernstig faalangstig beschouwt. Meisjes hebben er significant meer last van dan jongens (22,5% tegenover 10,3%) (Putwein & Daly, 2014). Testangst leidt vaak tot verminderd academisch presteren (McDonald, 2010), een laag zelfbeeld, storend gedrag in de klas en negatieve attitudes tegenover school (Bryan, Sonnefeld, & Grabowski, 1983). Faalangst is bijgevolg een veelvoorkomend probleem, dat een ernstige belemmering kan vormen in het (schools) functioneren. Cognitief-gedragsmatige interventies blijken een positieve impact te hebben op het reduceren van faalangst (Bögels et al., 2010).

De afgelopen jaren verschenen er al een aantal cognitief-gedragsmatige programma’s voor de aanpak van faalangst, bijvoorbeeld *Je kunt meer dan je denkt* (Bovee & Drijfhout, 2006) en *Je bibbers de baas* (van der Zalm-Grisnich, 2009). Deze trainingen richtten zich vooral tot basisschoolkinderen. Het boek dat het onderwerp is van deze bespreking, *Eerste hulp bij faalangst: Een faalangstreductietraining voor jongeren van 10 tot 18 jaar*, richt zich daarentegen tot een iets ouder publiek: tot kinderen in de bovenbouw van de lagere school en op de middelbare school.

Eerste hulp bij faalangst bestaat uit een handleiding voor therapeuten en een werkboek voor kinderen. In de therapeutenhandleiding wordt allereerst een theoretisch kader geschetst, waarin heel kort wordt aangestipt wat faalangst is en welke signalen er kenmerkend voor zijn. Er worden ook een aantal vragenlijsten vermeld die faalangst helpen diagnosticeren. Deze uiteenzetting komt wat oppervlakkig over. Zo worden de cognitieve signalen van faalangst niet toegelicht, iets wat toch cruciaal lijkt bij het bespreken van een training die inspeelt op cognitieve aspecten. Het zou ook verrijkend zijn geweest om iets te lezen over een ontwikkelingsgerichte insteek op faalangst, gezien het brede leeftijdsbereik van de training. Verder zou het nuttig zijn geweest om bij het onderdeel rond de diagnostiek af te bakenen hoe faalangst te onderscheiden is van gezonde spanning, zodat de indicatie om de training te gaan volgen duidelijker wordt. Een heel belangrijk element dat ontbreekt in de therapeutenhandleiding is een argumentatie voor het hanteren van een cognitief-gedragsmatige aanpak en een toelichting op de kernelementen van een dergelijke behandeling. Bij de inleidende tekst over het protocol verwijzen de auteurs naar psycho-educatie, de methodiek van de 4 G's, en het aanleren van een aantal ontspanningstechnieken, en studie- en presentatievaardigheden, maar hier wordt geen nadere uitleg bij gegeven. Bij de verdere toelichting van het programma wordt besproken dat de training zowel individueel als groepsgewijs kan worden ingezet bij kinderen tussen 10 en 18 jaar met een diagnose van faalangst die is gesteld door een deskundige. De training is niet geïndiceerd bij kinderen met een lage intelligentie, bij kinderen die niet in staat zijn tot zelfreflectie, en bij de aanwezigheid van angststoornissen of een diepliggend trauma. Zowel de individuele als de groepstraining bestaat uit zeven sessies, die respectievelijk één en anderhalf uur duren. Na de derde sessie wordt een ouderavond georganiseerd. In de handleiding worden de sessies van de individuele training beschreven, met aanvullende handreikingen voor de groepstraining. In wezen verschilt de groepstraining nauwelijks van de individuele training. Bij elke sessie worden het doel, het benodigde materiaal en het verloop besproken. Die bespreking is nogal karig gehouden: bij de meeste sessies neemt de bespreking ongeveer één bladzijde in beslag. Meer ervaren therapeuten zullen hier hun weg wel in vinden, maar therapeuten die nog niet zo vertrouwd zijn met (groeps)trainingen zullen hier wellicht onvoldoende houvast in vinden. De uitleg rond de oudersessie beslaat iets meer dan een halve pagina en voldoet niet om ermee aan de slag te kunnen. De inhoud van de sessies sluit goed aan bij de gangbare cognitief-gedragsmatige principes en methodes.

De eerste sessie bestaat uit psycho-educatie rond (faal)angst en de typen faalangst die er bestaan. Verder worden de kinderen uitgenodigd om bij zichzelf op zoek te gaan naar signalen van faalangst. De tweede sessie omvat een psycho-educatief gedeelte rond ontspanning, waarna een aantal ontspanningsoefeningen worden aangeboden. De oefeningen zijn opgebouwd

vanuit verschillende invalshoeken (bijvoorbeeld ademhalingsoefeningen, visualisaties, muziek beluisteren, beweging, enzovoort), waardoor kinderen zelf kunnen kiezen wat hun het meeste aanspreekt. In de derde sessie gaat men in op de 4 G-methode (gebeurtenis + gedachte = gevoel + gedrag). Na een toelichting hierop, wordt dit schema ingeoefend aan de hand van een aantal gebeurtenissen, waarbij de kinderen telkens een gedachte, gevoel en gedraging mogen verzinnen. In een volgende stap worden negatieve gedachten uitgedaagd door te proberen er positief rationele gedachten voor in de plaats te stellen. Sessie vier gaat dieper in op het opbouwen van studievastigheden. Hierin worden een aantal helpende gedachten over school en concrete studietips aangereikt. Verder gaat er veel aandacht uit naar het opmaken van een goede studieplanning. In de vijfde sessie gaat men in op het belang van positief denken over zichzelf. Er wordt uitgelegd dat wat we als negatieve eigenschappen beschouwen, valkuilen zijn van de kwaliteiten waar we over beschikken. Via een werkblad kunnen kinderen dan nadenken over hun kwaliteiten en valkuilen. De zesde sessie benadrukt dat men baas is over de eigen gedachten. Naast een psycho-educatief gedeelte worden de kinderen via een werkblad aangespoord om bij een negatieve gedachte meerdere positieve gedachten te formuleren. Verder leren ze ook een techniek aan waarbij ze een prettige gebeurtenis oproepen om zichzelf tijdens minder leuke momenten mee op te beuren. De laatste sessie gaat in op het vertonen van zelfverzekerd gedrag. Er worden tips gegeven om zelfverzekerd over te komen op anderen. Ten slotte worden de belangrijkste persoonlijke aandachtspunten van de gehele training nog eens op een rijtje gezet.

Door de hele training heen is er veel aandacht voor psycho-educatie, die voornamelijk wordt aangeboden via teksten. Hoewel deze heel kindvriendelijk en bevattelijk zijn opgesteld, rijst de vraag of kinderen zich niet meer aangesproken zouden voelen door iets actievere werkvormen om geïnformeerd te worden over faalangst. Zeker jongere kinderen zullen het wellicht aangenamer vinden om meer spelenderwijs aan het werk te gaan. De thema's van de sessies zijn goed gekozen om de problematiek te behandelen. De logica in de opeenvolging van de sessies komt echter wat vreemd over. Thematisch lijkt het soms alsof er wat van de hak op de tak wordt gesprongen. Sessies drie, vijf en zes bijvoorbeeld behandelen alle cognitieve controle en/of herstructurering, maar daartussenin zit dan een sessie over het bijbrengen van studievastigheden. Er wordt geen leeftijdsdifferentiatie gemaakt in de training, wat misschien wel aangewezen is, gezien het brede leeftijdsbereik van het doelpubliek.

Het werkboek voor de kinderen vormt een goede weergave van wat er tijdens de sessies aan bod komt, zodat het na de training ook als een handig naslagwerk kan dienen. De teksten zijn op kindermaat geschreven, zonder kinderlijk over te komen. Het werkboek bevat vaak lange, opeenvolgende stukken tekst, maar deze worden af en toe wel onderbroken door leuke illustraties.

Globaal genomen is de faalangstreductietraining die in *Eerste hulp bij faalangst* wordt beschreven een mooie poging om cognitief-gedragmatig aan de slag te gaan met kinderen en jongeren. Om echter van de training een succes te maken, zou de ondersteuning die in de therapeutenhandleiding geboden wordt, verbeterd kunnen worden.

Inez Buyck is doctor in de psychologie. Ze is als postdoctoraal onderzoeker verbonden aan de Katholieke Universiteit Leuven, en is daarnaast klinisch werkzaam als kinder- en jeugdpsychologe in een psychologiepraktijk in Waregem. *Correspondentieadres*: Inez Buyck, Minderbroedersstraat 8, Postbus 5310, 3000 Leuven. E-mail: inez.buyck@kuleuven.be

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.
- Bögels, S. M., Stein, M., Alden, L., Beidel, D., Clark, L., Pine, D., & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: Questions and answers for the DSM-V. *Depression & Anxiety*, 27, 168-189.
- Bovee, E., & Drijfhout, S. (2006). *Je kunt meer dan je denkt: Een faalangstreductietraining*. Leuven/Voorburg: Acco.
- Bryan, J., Sonnefeld, L., & Grabowski, B. (1983). The relationship between fear of failure and learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 6, 217-222.
- McDonald, A. S. (2010). The prevalence and effects of test anxiety in school children. *Educational Psychology*, 21, 89-101.
- Putwein, D., & Daly, A. L. (2014). Test anxiety prevalence and gender differences in a sample of English secondary school students. *Educational Studies*, 40, 554-570.
- van der Zalm-Grisnich, M. (2009). *Je bibbers de baas: Faalangsttraining voor kinderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

.....

De delicate benadering van jonge veelplegers: een behandelvorm in het forensisch circuit

.....

Bespreking van

Erik Jongman & Karin Schaafsma (2016). *Gevoel is explosief materiaal: Ambulante behandeling van jonge veelplegers*. Te downloaden van de website www.dsp-groep.nl

FRIEDA AELEN & JAN BERNARD

Het boek *Gevoel is explosief materiaal* vertelt wat de ambulante behandeling van jonge veelplegers in de praktijk behelst. Het is geschreven voor professionals die uitvoerend of beleidsmatig, vanuit een straffende rol of een zorgtaak, te maken hebben met jonge veelplegers, de ‘verharde’ jongens en jonge mannen met een forse delictgeschiedenis. In dit boek van Erik Jongman en Karin Schaafsma wordt de therapeutische werkwijze van Erik Jongman toegelicht. Jongman is een ervaren hulpverlener, die veel ervaring heeft met de behandeling van veelplegers. Het ministerie van Veiligheid en Justitie heeft hem gevraagd zijn werkwijze in een boek uiteen te zetten, wat hij met hulp van Karin Schaafsma heeft gedaan. De werkwijze van Jongman kunnen we in een aantal woorden karakteriseren: zonder oordeel, begripvol, met inleving, verdraagzaam en beschikbaar. Hoewel deze karakteristieken in iedere therapeutische relatie nodig zijn, krijgen ze bij deze doelgroep een extra dimensie. Als de therapeut maar enigszins in de buurt komt van het gevoelsleven van de jonge veelpleger, kan de therapeutische relatie namelijk exploderen, zoals de titel van het boek aangeeft.

Schaafsma beschrijft hoe de chemie tussen een jonge veelpleger en Jongman ervoor zorgt dat een dergelijke explosie zich nooit hoeft voor te doen.

Zij laat Jongman beschrijven hoe hij zijn weg vindt in het contact met jonge veelplegers. Eerder heeft Jongman ervaren dat een bestraffende, afwijzende en hooghartige houding van behandelaars in de gesloten instellingen waar ‘zijn’ veelplegers verblijven, averechts werkt.

In hoofdstuk 2 komt Nino Hensen aan het woord, een ex-cliënt die inmiddels zelf behandelaar is. Hij vertelt hoe Jongman een brug slaat tussen de cliënt en de maatschappij: ‘Erik is vooral oprecht. Toen ik hem afwees als vertegenwoordiger van het systeem, zei Erik: “Als jij tegen mij zegt: ‘Ik ga vanavond iemand iets aandoen,’ en ik geloof dat, dan ga ik dat melden. Aan de andere kant: als jij mij dingen vertelt waarin ik geen bedreiging zie voor de maatschappij, maar die met jou te maken hebben, dan niet. Wat ik belangrijk vind, is dat jij je bewust bent van wat je doet, waarom je het doet.”’

Jongman ontschuldigt de veelpleger (vergelijk: White, 2007) door die te doen voelen dat hij niet de enige is die verantwoordelijk is voor zijn daden. In de woorden van Hensen zei Jongman: ‘Ik geloof dat jouw opgroeien en jouw gezinsomstandigheden invloed hebben gehad op heel veel van de dingen die jij nu doet.’ Tot die tijd was Hensen namelijk altijd uitsluitend op zijn eigen verantwoordelijkheid gewezen, door schoolhoofden, door rechters, door officieren van justitie, door alles en iedereen.

Hensen brengt een belangrijk dilemma naar voren dat in onze ogen speelt bij de forensische systeembehandeling van jonge veelplegers: hoe gaat de behandelaar om met de grote invloed van criminele vrienden? Een van ons (FA) heeft als ex-supervisor van de voormalige multisysteemtherapie (MST) van De Waag de veroordeling van de omgang met criminele vrienden als nuttig ervaren, maar ook als pijnlijk. Wetenschappelijk is weliswaar vastgesteld dat de invloed van ‘verkeerde’ *peers* negatief is en het criminele gedrag bekrachtigt, maar de band met hen is ook vaak kostbaar. Schaafsma vraagt Hensen of hij vaak heeft gehoord dat hij moet breken met zijn criminele vrienden, omdat hij anders nooit kan stoppen met zijn criminele activiteiten. Hensen logenstrafte dit: ‘Bullshit! Hulpverleners sturen daarop aan. Soms is het een keiharde eis. Maar mijn vrienden waren er voor mij in tijden van nood. Het meest zekere in onzekere tijden — hoe waardevol is dat?! Toen ik in de gevangenis zat, haalden ze mijn zusje van school. En ze brachten haar naar school. Mijn moeder moest werken.’

In hoofdstuk 3 omschrijft Jongman de deactiverende en hyperactiverende hechtingstijlen, wat leidt tot een zeer werkbaar behandelingsmodel voor antisociale jongeren. Het onderscheid tussen de zogenaamde hyperautonome vermijder (de *lonely wolf*) en de borderlinejongen, die klem zit tussen wantrouwen en afhankelijkheid, helpt Jongman om bij elk type een houding aan te nemen die niet afwijzend is, die hem in staat stelt te blijven geloven in het kunnen repareren van het vertrouwen van de veelpleger en die vóór alles aansluit bij de behoefte van zijn cliënt. Dit in tegenstelling tot hulpverleners die vervallen tot het diskwalificeren van het gedrag van hun cliënten, door

te snel woorden als ‘splitsen’ en ‘manipuleren’ in de mond te nemen. Zulke termen kunnen onbedoeld een gebrek aan inlevingsvermogen van de hulpverlener ‘goedpraten’ (Aelen, Bernard, & Hafkenscheid, 2017).

Hoe Jongman deze valkuil omzeilt, wordt beschreven in een van de prachtigste passages uit het boek, die handelt over manipulatie door de veelpleger: ‘Ik weet dat ik voor hen eigenlijk één groot manipulatieobject ben. Maar ik zie ook bijna altijd wel de kwetsbaarheid daarachter. De wanhoop. Dat eenzame jongetje dat daar in die hoek zit te spelen [...] Ik móét die eenzame jongen wel zien, want als ik alleen die manipulatieve zie, ga ik daarop reageren. En dan heb ik geen connectie met dat deel waar ik het als behandelaar over wil gaan hebben. Ik benoem dat manipulatieve natuurlijk wel. Zo zorg ik dat de spanning die er altijd ligt op manipulatie, er wat af gaat. In ieder geval bij mezelf.’

Misschien is dat ook wel de kracht van de schematherapie: dat het de behandelaar helpt compassie te voelen voor dit ongelukkige kind. Hoe de kromgegroeide relatie tussen gevoel en wangedrag bij de veelpleger ontstaat, beschrijft Jongman met de volgende woorden: ‘Gevoel gaat over: ik voel me niet of wel goed, ik ben angstig, ik ben boos, verdrietig, noem maar op. Dat gevoel geeft eigenlijk een advies aan jou of is een indicator van wat er met jou aan de hand is. Je kan wel of niet iets doen met zo’n gevoel. Als je verdriet hebt dan ga je misschien iemand bellen van wie je houdt, die je kan troosten of die je veiligheid biedt. Het ingewikkelde van deze jongens is dat als ze verdriet voelen, ze juist níét iemand opzoeken. Omdat zij zoveel onveilige mensen hebben meegemaakt.’ In zijn rol als behandelaar straalt Jongman uit dat het veilig bij hem is, dat je bij hem kunt voelen, en dat hij je zal helpen om te begrijpen wat je voelt en waarom. In hun gestagneerde ontwikkeling hebben deze jongeren geen woorden om hun gedachten en gevoelens uit te drukken. Jongman heeft geleerd dat vóór hen te doen, waarbij hij steeds checkt of het klopt wat hij denkt dat er aan de hand is. Zo maakt hij uiteindelijk contact met wat er zich in hen afspeelt. Zo zorgt hij er ook voor dat hun negatieve zelfbeeld dichterbij mag komen.

In hoofdstuk 4 geeft Jongman zijn doelgroep ‘handen en voeten’. De therapeut krijgt een inkijk in de redenen van hun agressieve gedrag. Hier worden diverse elementen van de aanpak en het gedachtegoed van Jongman verhelderd, een gedachtegoed dat geheel geïntegreerd is in de toewijding aan zijn cliënten, en bestaat uit een mix van systeemtheorie, cognitieve gedragstherapie en schematherapie. Jongman benut deze verschillende invalshoeken om compassie op te wekken voor de eenzaamheid van zijn cliënten en hun tekortschietende ouders. Hij vormt een holistische theorie over de valkuilen en kansen die de therapeutische relatie hem biedt door geduldig te wachten tot zijn cliënt zich bij hem veilig durft te voelen. Jongman kent zijn veelplegers beter dan zij zichzelf ooit zullen kennen. In dit hoofdstuk beschrijft hij ze, in termen van de schematherapie. Binnen het domein ‘onverbondenheid en afwijzing’ zijn bij antisociale jongens vier schema’s dominant:

- 1 *Emotionele verwaarlozing*: iemand verwacht dat zijn eigen emotionele behoeften (zoals steun, verzorging, empathie en bescherming) niet of onvoldoende door anderen zullen worden beantwoord. Hij voelt zich alleen en eenzaam.
- 2 *Verlating/instabiliteit*: iemand verwacht dat iedereen hem uiteindelijk in de steek zal laten. Anderen zijn onbetrouwbaar en onvoorspelbaar in hun steun en toewijding.
- 3 *Wantrouwen en/of misbruik*: iemand heeft de overtuiging dat anderen uiteindelijk op een of andere manier misbruik van hem zullen maken of hem zullen bedriegen of vernederen.
- 4 *Minderwaardigheid/schaamte*: iemand voelt zich innerlijk onvolkomen en slecht. Zodra anderen hem beter leren kennen zullen zij dit ontdekken en hem afwijzen.

Als het gaat om in beweging komen, kiest Jongman voor de volgende aanpak: 'Je moet iemand niet klemzetten door dwingend te zijn. Iemand moet bewegingsruimte hebben om te kunnen veranderen en naar zichzelf te kunnen kijken. Ik weet niet of dat altijd voor iedereen geldt. Er zijn ook veel mensen die het heerlijk vinden om te horen: je moet dit of dat doen. Dat kan veiligheid geven. Maar bij deze doelgroep — waar we het boek over schrijven — niet. Die hebben het gevoel dat ze het zelf moeten uitvinden. Die jongens zeggen vaak: Ik wil mijn eigen fouten maken. Ik wil niet dat jij me gaat vertellen hoe ik het goed of fout kan doen.'

Op vervelende acties van de jongeren staat Jongman zichzelf geen negatieve reacties toe (ook wel te benoemen als tegenoverdracht). Zo simpel is dat. Door zich ervan bewust te zijn dat zijn ongemak in het niet valt bij de tragiek van de jongere, maakt hij zichzelf niet tot slachtoffer.

In hoofdstuk 5 laat Jongman prachtig zien welke constructieve, persoonlijke aanpak hij van een therapeut verwacht om veiligheid te creëren. Verder is zijn aanpak om zijn doelgroep tot gedragsverandering te bewegen een groot stappenplan à la carte. Als lezer word je verrast door het uitgebreide scala aan interventies: doorbreken van de vermijding door het leren verdragen van pijnlijke gevoelens, leren reguleren van emoties, en het aanleren van sociale vaardigheden door rollenspelen.

Vanzelfsprekend is het cruciaal voor het opgeven van crimineel gedrag dat Jongman twijfels zaait over de absolute waarheid van straatcodes. Belangrijk is het 'attaqueren' van disfunctionele codes of leefregels (waar zijn doelgroep sterk aan hangt), en zo de veelpleger meer empathie bij te brengen voor de ander. De kern van alle interventies is dat de veelpleger leert om zijn 'rotgevoel' te onderzoeken, de omvang en het ontstaan ervan, maar ook uit hoeveel verschillende gevoelens deze 'gevoelsbal' bestaat: angst, irritatie, onrust, onverschilligheid en boosheid, om vervolgens te leren dat het mogelijk is die te stoppen.

Het einde van de behandeling behelst de *transfer of trust*. Jongman sluit het dossier van de veelpleger (niet het contact), maar pas nadat er een vertrouwensband is ontstaan tussen zijn cliënt en belangrijke anderen. Om voor de ex-veelpleger een thuis te creëren waar hij zich gesteund, geliefd en gewaardeerd kan voelen, heeft Jongman gewacht op toestemming van de systeemleden rond zijn cliënt en vervolgens met hen gewerkt.

Hoofdstuk 6 behelst nuttige tips over samenwerken met het veld, zoals met ouders, en met het sociale en professionele netwerk. Hoofdstuk 7 besluit met de puntige verhalen van vier doorgewinterde professionals, onder wie een voormalige wijkagent en een re-integratieconsulent.

CONCLUSIE

.....

Het boek *Gevoel is explosief materiaal* gaat over de therapeutische relatie met jonge veelplegers. Ook in de jeugdzorg, de verslavingszorg, de psychiatrie en de vluchtelingen zorg treffen wij beschadigde mensen aan bij wie deze benadering passend kan zijn. Het boek vormt als het ware een drieluik met *De therapeutische relatie* (Hafkenscheid, 2014) en het *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen* (Spreij, 2015). Gezinstherapeuten die aspecten van deze behandelhouding al eerder lieten zien, zijn Daniel Siegel (Siegel & Hartzell, 2003), de meestertherapeut Michael White (2007), de ouderbegeleider Alice van de Pas (2013), en Debra Wesselman en haar naaste medewerkers (Wesselman, Schweitzer, & Armstrong, 2014a, 2014b). Onze aanbeveling luidt: download en lees dit boek.

Frieda Aelen is klinisch psycholoog en gezinstherapeut, en supervisor VGCT.

Jan Bernard is klinisch psycholoog/psychotherapeut en supervisor VGCT. Hij is ook als docent/workshopgever werkzaam bij de RINO Noord-Holland.

Correspondentieadres: Frieda Aelen, 1e Helmersstraat 77hs, 1054 DD Amsterdam.

E-mail: friedaaelen@gmail.com

Literatuur

- | | |
|--|--|
| <p>Aelen, F., Bernard, J., & Hafkenscheid, A. (2017). Goedpraters: Een cruciaal concept in de systemische context. <i>Tijdschrift voor Psychotherapie</i>, 43, 409-419.</p> <p>Hafkenscheid, A. (2014). <i>De therapeutische relatie</i>. Utrecht: De Tijdstroom.</p> <p>Siegel, D., & Hartzell, M. (2003). <i>Parenting from the inside out</i>. New York: Tarcher/Penguin.</p> | <p>Spreij, A. (2015). <i>Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen</i> (2e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.</p> <p>van de Pas, A. (2013). <i>Opvoedproblemen nader verklaard</i>. Amsterdam: SWP.</p> <p>Wesselman, D., Schweitzer, C., & Armstrong, S. (2014a). <i>Integrative parenting: Strategies for raising children affected by attachment trauma</i>. New York/Londen: W. W. Norton & Company.</p> |
|--|--|

Wesselman, D., Schweitzer, C., & Armstrong, S. (2014b). *Integrative team treatment for attachment trauma in children*. New York/Londen: W. W. Norton & Company.

White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York/London: WW Norton & Company.

**Boeken, tests en
vragenlijsten voor psychologie
& psychiatrie professionals**

DSM-5 ONLINE

GEBRUIK DE DSM-5 OP UW MANIER



**PROBEER
GRATIS
1 WEEK UIT**



DSM-5 Online

- Eenvoudig stoornissen en classificatiecriteria opzoeken en bewaren
- De verschillen tussen DSM-IV en DSM-5 uitgelicht
- Met handige hulpmiddelen voor elk ervaringsniveau

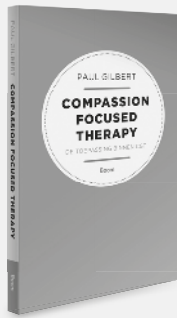
**Lees meer en neem een proefabonnement op:
www.dsm5online.nl**

**Boompsychologie
& psychiatrie**

Actieprijzen gelden
o.v.v. wijzigingen.

Nieuw bij Boom psychologie & psychiatrie

59



Hét basisboek over **Compassion Focused Therapy** van de grondlegger zelf Paul Gilbert, met concepten uit de evolutionaire psychologie, de sociale psychologie, de ontwikkelingspsychologie, de neurowetenschappen en het boeddhisme.



Psychische klachten bij ouderen zoomt in op de specifieke problematiek bij deze snel groeiende doelgroep in de (g)gz. Van het herkennen van de meest voorkomende psychische stoornissen tot het betrekken van patiënten bij de psychosociale, psychotherapeutische en psychofarmacologische behandelplannen.

Benieuwd naar ons aanbod? Bekijk de unieke acties op:
www.boompsychologie.nl/actie

**Boompsychologie
& psychiatrie**

Actieprijzen gelden
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

Eenenvijftigste jaargang, nummer 1, maart 2018

Pagina 1– 60

- 1 *Redactioneel*
-

- 2 **Peter de Jong & Jannetta Bos**

Walging en symptomen van PTSS – Mogelijke implicaties voor behandeling

- 24 **Ted Wolterink & Gerben Westerhof**

Verandering van schemamodi en klachten bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek – Een naturalistische volgstudie in een klinische setting

BOEKBESPREKING

- 44 **Edwin de Beurs**

Snel succes met ROM

- 48 **Inez Buyck**

Eerste hulp bij faalangst

- 52 **Frieda Aelen & Jan Bernard**

De delicate benadering van jonge veelplegers: een behandelvorm in het forensisch circuit