

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 51 NUMMER 3 SEPTEMBER 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.



.....

Het was een genoegen om het themanummer over evidence-based practice aan u voor te leggen. Het nummer heeft u hopelijk aan het denken gezet en geïnspireerd. De gedragstherapie is nog altijd springlevend, evenals de discussies over de grenzen en de grondslag ervan. Arnold van Emmerik en Dirk Hermans reflecteerden hier al op en ik kan u beloven dat in de komende nummers van ons periodiek nog uitgebreid teruggekomen zal worden op de vraag wat gedragstherapie is en wat niet. Mocht u aan de discussie willen bijdragen, stuur dan uw reflecties aan ons op.

Eerst is er dit septembernummer. Ik introduceer met plezier de vijf bijdragen. Linda Hummel en Annemieke Driessen schreven een boeiende en praktische bijdrage over de combinatie van het schemamodusmodel en EMDR in de behandeling van gevolgen van trauma's.

Kim Helmus, Patrick Kemperman, Aart de Leeuw, Marcel van den Hout en Tonnie Staring introduceren de infestatiewaan. Ze leggen uit wat het is en wat je moet doen als patiënten zich aandienen die er last van hebben. Ook dit artikel is gelardeerd met fraaie gevalsbeschrijvingen.

Pim Cuijpers en Robin Kok schreven een forumbijdrage naar aanleiding van een in het maartnummer van 2017 verschenen stuk van Reinout Wiers over de effecten van cognitive bias modification. De auteurs zijn van mening dat die effecten (veel) bescheidener zijn dan Wiers beschreef. Reinout Wiers vervolgt dit nummer met een reactie op dit stuk van Cuijpers en Kok waarin hij uitlegt waarom er (toch) reden is voor optimisme over cognitive bias modification. Het is een boeiende en evenwichtige discussie.

Het nummer sluit af met twee boekbesprekingen. Peter Muris bespreekt het boek *Een gedragstherapeutische Sociale vaardigheids Training voor Adolescenten*. Inez Buyck introduceert *Ik ben oké: Een cognitief gedragstherapeutische training voor kinderen met een negatief zelfbeeld*.

Wij wensen u veel leesplezier!

Paul Boelen
Hoofdredacteur

Traumabehandeling met het schemamodusmodel en EMDR

Handvatten voor casusconceptualisatie en interventies

LINDA HUMMEL & ANNEMIEKE DRIESSEN

Samenvatting

Tussen traumagerelateerde klachten zoals PTSS en persoonlijkheidsproblematiek bestaat veel overlap. Deze overlap pleit voor een meer geïntegreerde behandeling. Eerder is beschreven dat EMDR en schematherapie elkaar hierin goed kunnen aanvullen en ondersteunen (Driessen & ten Broeke, 2014; van Dijk, Hornsveld, & Koolstra, 2015). In dit artikel bouwen wij hierop voort en richten wij ons specifiek op de mogelijkheden van het modusmodel bij het conceptualiseren en uitvoeren van een EMDR-behandeling. Wij laten zien hoe het modusmodel behulpzaam kan zijn bij het maken van een casusconceptualisatie en bij het selecteren van relevante targets voor traumabehandeling. Vervolgens beschrijven we mogelijke stagnaties en moeilijkheden tijdens de EMDR-behandeling en welke interventiemogelijkheden het modusmodel hierin biedt. Tot slot laten we vanuit beide therapiemethoden technieken zien die de gezonde-volwassenenmodus kunnen versterken.

Trefwoorden: PTSS, complexe traumaproblematiek, persoonlijkheidsstoornis, schematherapie, EMDR, modusmodel

INLEIDING

Tussen (complexe) traumagerelateerde klachten en persoonlijkheidsproblematiek is veel overlap. Bekend is dat beschadigende ervaringen, zoals misbruik, mishandeling, verwaarlozing en een onveilig opvoedingsklimaat in de kindertijd, het risico op de ontwikkeling van zowel persoonlijkheidsproblematiek als (complexe) posttraumatische-stressstoornis (PTSS) vergroten. De comorbiditeit tussen PTSS en persoonlijkheidsstoornissen is groot.

Van de patiënten met een PTSS voldoet 35% (Friborg, Martinussen, Kaiser, Overgård, & Rosenvinge, 2013) tot 50% (Bovin, Wolf, & Resick, 2017) aan de criteria van één of meerdere persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast rapporteert 50%-75% van de patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis seksueel misbruikt te zijn (Meijland, 2007). Deze overlap pleit voor een (meer) geïntegreerde behandeling van traumaproblematiek, waaronder PTSS, en persoonlijkheidsproblematiek.

Schematherapie en *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) zijn bewezen effectieve behandelmethoden voor respectievelijk persoonlijkheidsstoornissen en posttraumatische-stressstoornis (PTSS). Schematherapie en EMDR laten zich in de klinische praktijk goed combineren (zie ook Driessen & ten Broeke, 2014; van Dijk et al., 2015). Schematherapie heeft aandacht voor de gevolgen van vroegkinderlijke beschadigende ervaringen. Middels de therapeutische houding *limited reparenting* (Young, Klosko, & Weishaar, 2005) tracht de therapeut in de onvervulde behoeften van de patiënt te voorzien, en met de techniek imaginatie met rescripting (ImRs) kunnen traumatische ervaringen worden verwerkt. EMDR kan binnen een schematherapeutische behandeling goed worden toegepast als verwerkingsgerichte techniek. Daarnaast bieden de zogenaamde 'EMDR-zoekstrategieën' handvatten om de belangrijkste beschadigende herinneringen op te sporen die gerelateerd zijn aan de actuele psychopathologie.

Hoewel de theorie van de schematherapie aanvankelijk vooral gericht was op de (gemiste) basisbehoeften in de kindertijd en de daaruit ontwikkelde schema's (patronen), wordt heden ten dage steeds meer gewerkt met het modusmodel. Dit geldt vooral wanneer er sprake is van ernstige en complexe persoonlijkheidsstoornissen. Kort samengevat komt het modusmodel erop neer dat verschillende 'kanten' van de patiënt in kaart worden gebracht, die vervolgens richting geven aan therapeutische interventies. Onderscheiden worden oudermodi (de geïnternaliseerde ouderboodschappen), kindmodi (de traumata en opgelopen kwetsuren), copingmodi (die ervoor zorgen dat pijn wordt vermeden of bestreden), de gezonde-volwassenemodus en de blijke-kindmodus. Het modusmodel geeft handvatten om de dynamiek van disfunctionele patronen te begrijpen en geeft richting aan therapeutische interventies. Voor meer informatie over schematherapie, de basisbehoeften, de schema's en het modusmodel, zie bijvoorbeeld Young en collega's (2005), van Genderen, Rijkeboer en Arntz (2008), en van Genderen, Jacob en Seebauer (2012).

Een andere ontwikkeling binnen de schematherapie is dat men steeds eerder 'durft' te starten met traumabehandeling. Terwijl jaren geleden nog werd geadviseerd om de traumagerichte interventies tot de laatste behandelfase te bewaren, worden therapeuten nu aangespoord om 'zo snel mogelijk' de pijn van de kwetsbare-kindmodus te behandelen (Arntz, keynote-lezing Schematherapiecongres, 2017), of in elk geval zodra de therapeutische relatie veilig genoeg is (Rijkeboer, van Genderen, & Arntz, 2017). Dit sluit aan bij de

recente discussie binnen het onderzoeksveld naar de behandeling van complexe PTSS: in hoeverre is stabiliseren noodzakelijk voordat wordt begonnen met traumabehandeling? Steeds meer wordt ervoor gepleit om traumabehandeling zo vlug mogelijk te starten (de Jongh et al., 2016). Bij complexere problematiek verloopt traumaverwerking echter niet vanzelf en is een goede casusconceptualisatie noodzakelijk (Driessen & ten Broeke, 2014; Spierings, 2015).

In dit artikel richten wij ons op de mogelijkheden van het modusmodel bij het conceptualiseren en uitvoeren van een traumagerichte (EMDR-)behandeling. De focus ligt hierbij op patiënten bij wie sprake is zowel van persoonlijkheidsproblematiek als van traumatische herinneringen, al dan niet in het kader van een PTSS. We staan stil bij problemen die zich tijdens de verwerking kunnen voordoen en hoe modigerichte interventies behulpzaam kunnen zijn om deze problemen op te lossen. Tot slot besteden we aandacht aan het versterken van positieve herinneringen en eigenschappen; ook hierbij bieden elementen uit zowel de EMDR-procedure als de schematherapie handvatten. We gaan er in dit artikel van uit dat de verwerkingsgerichte interventies deel uitmaken van een 'bredere' schematherapeutische behandeling.

COMPLEXE TRAUMAPROBLEMATIEK: DE CASUSCONCEPTUALISATIE ALS BASIS VOOR BEHANDELING

.....

Bij de behandeling van traumagerelateerde problematiek die gepaard gaat met persoonlijkheidsproblematiek is een goede casusconceptualisatie onontbeerlijk. Daarbij is het van belang dat er een samenhang is tussen de traumatische ervaringen en de actuele symptomatologie van de patiënt, die ook voor de patiënt herkenbaar is. Bij complexe traumaproblematiek is de verwerking van nare herinneringen in de regel een belangrijk behandeldoel. Middels traumagerichte interventies wordt getracht om de belangrijkste en meest invaliderende herinneringen van hun lading te ontdoen, waarbij een zo groot mogelijke generalisatie wordt nagestreefd. Dat wil zeggen dat de te behandelen herinnering zodanig wordt geselecteerd dat verwacht kan worden dat vergelijkbare herinneringen gelijktijdig worden gedesensitiseerd en 'geneutraliseerd', zonder dat deze expliciet de aandacht krijgen (zie ook: ten Broeke, Oppenheim, & de Jongh, 2012). De verwerking van traumatische herinneringen staat echter niet op zichzelf: verwerkingsgerichte interventies maken deel uit van een breder behandelplan, met een casusconceptualisatie als basis. In dit artikel gebruiken wij het modusmodel als casusconceptualisatie voor het ordenen van trauma's en gebruiken we dit als basis om te interveniëren (bij stagnatie) tijdens de verwerkingsfase.

MODUSMODEL

.....

Een modus is een actuele emotionele toestand die bepalend is voor de gedachten en het gedrag van de patiënt op dat moment. Er wordt onderscheid gemaakt tussen zogenaamde 'kindmodi' (die kwetsuren en pijnlijke gevoelens in zich dragen), 'disfunctionele oudermodi' (die worden gezien als internalisaties van disfunctionele reacties van ouders of van belangrijke anderen op het kind) en 'copingmodi' (die worden ingezet om met problematische situaties om te gaan en meestal gericht zijn op de vermindering van pijnlijke gevoelens). Naast deze problematische modi veronderstelt het model het bestaan van gezonde modi: de gezonde-volwassenemodus en de blij-kindmodus. Een belangrijk doel van schematherapie is om patiënten te leren de 'gezonde volwassene' in zichzelf te versterken, de disfunctionele copingmodi en oudermodi te verminderen, en het 'blij kind' verder te ontwikkelen (Driessen & ten Broeke, 2014; Young et al., 2005). Voor een overzicht van de verschillende modi, zie tabel 1.

189

TABEL 1 *Overzicht van de verschillende modi*

Modigroep	Modus
Disfunctionele kindmodi	▶ Het kwetsbare, eenzame, verdrietige, verlaten, misbruikte en afhankelijke kind ▶ Het razende, boze, impulsieve en ongedisciplineerde kind
Disfunctionele oudermodi	▶ De veeleisende ouder ▶ De straffende ouder ▶ De schuldinducerende ouder
Copingmodi	▶ De willoze inschikkelijke ▶ De onthechte beschermer ▶ De vermijdende beschermer ▶ De boze beschermer ▶ De onthechte zelfsusser ▶ De zelfverheerlijker ▶ De aandacht- en erkenningzoeker ▶ De perfectionistische overcontroleerder ▶ De wantrouwende overcontroleerder ▶ De pest en aanval-modus ▶ De bedrog en manipulatie-modus ▶ De roofdiermodus
Functionele modi	▶ Het blij/gelukkige kind ▶ De gezonde volwassene

Bron: van Genderen & Arntz (2012); Arntz & Jacob (2012); Driessen & ten Broeke (2014)

SELECTEREN VAN EMDR-TARGETS MET HET MODUSMODEL

.....

190

Wij denken dat het modusmodel een goede basis kan zijn voor het maken van een casusconceptualisatie om relevante EMDR-targets op te sporen wanneer er sprake is van complexe traumaproblematiek en persoonlijkheidsproblematiek. Het modusmodel biedt immers handvatten om een veelheid aan problemen, gedragingen en klachten op begrijpelijke wijze in kaart te brengen en te behandelen.

Er bestaan specifieke modusmodellen voor de meeste persoonlijkheidsstoornissen (zie bijvoorbeeld: Arntz & Jacob, 2012; Dadashzadeh, Hekmati, Gholizadeh, & Abdi, 2016; Lobbstaël, 2008). Deze modellen kunnen worden gebruikt als leidraad om een modusmodel op maat met de patiënt te maken. Dit modusmodel op maat wordt vervolgens gebruikt om trauma's te ordenen en te selecteren voor verwerking.

Het is van belang dat de patiënt (en de therapeut) het modusmodel op maat goed begrijpt en zich eigen heeft gemaakt. Dit modusmodel vormt namelijk de rode draad in de behandeling: traumatisch geheugenmateriaal wordt volgens het modusmodel geordend, zoals wij hieronder verder zullen toelichten, en het model biedt handvatten voor interventies tijdens de verwerkingsfase. Naast het in kaart brengen van klachten en problemen, kan in de casusconceptualisatie ook ruimte worden gemaakt voor bestaande positieve kennis en coping. Binnen het modusmodel worden deze binnen de gezonde-volwassenemodus en de blijde-kindmodus geplaatst.

Herbelevingen versus negatief zelfbeeld

.....

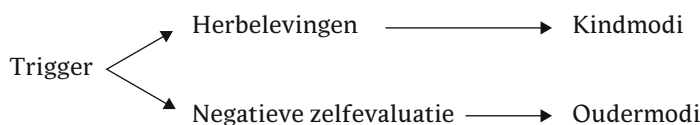
De modi binnen het modusmodel vormen een dynamisch geheel: ze volgen elkaar vaak in een bepaalde volgorde op en houden elkaar in stand. Binnen deze dynamiek zijn er twee belangrijke manieren te onderscheiden waarop een patiënt in aanraking komt met negatieve gevoelens: ofwel door een herbeleving, waarbij de (pijn van de) traumatische gebeurtenis direct wordt geactiveerd, ofwel door een negatieve (zelf)evaluatie (zie figuur 1).

Binnen het modusmodel kunnen herbelevingen en nare herinneringen bij de modus van het kwetsbare kind of het boze/woedende kind worden geplaatst. De patiënt krijgt als gevolg van een zogenaamde *trigger* een herbeleving, ervaart daarbij hevige gevoelens van pijn, eenzaamheid, boosheid of angst, en komt in de kwetsbare- of boze-kindmodus.

Soms leidt een trigger niet zozeer tot een herbeleving, maar eerder tot een negatieve (zelf)evaluatie. Deze kan worden beschreven middels een kernopvatting: een globale, rigide, onvoorwaardelijke en overgegeneraliseerde opvatting over de eigen persoon, over anderen, over de wereld in het algemeen of over de toekomst, die door de patiënt vrijwel kritiekloos als absolute waarheid wordt beschouwd (ten Broeke, van der Heiden, Meijer, & Hamelink, 2008). Binnen het modusmodel worden kernopvattingen die behoren

bij een negatief zelfbeeld bij de oudermodi geplaatst. De patiënt gelooft bijvoorbeeld over zichzelf dat hij waardeloos is. Wanneer de patiënt dan commentaar krijgt van een collega, activeert dit de straffende-oudermodus, die zegt: 'Zie je wel, het wordt nooit wat met jou.' Een schematherapeut zal zo'n opvatting trachten egodystoon te maken door haar vanuit de derde persoon te verwoorden: 'De stem die tegen jou zegt: jij bent waardeloos.' De oudermodus activeert op haar beurt de kindmodus, die de pijn voelt.

Samengevat: wanneer een herinnering een herbeleving is, waarbij de intrusiviteit van de herinnering vooropstaat, kan deze bij de kindmodi worden geplaatst. Wanneer niet zozeer de intrusiviteit vooropstaat maar vooral de betekenisgeving van de herinneringen, kunnen de herinneringen meestal bij de oudermodi worden geplaatst. Aan patiënten kan dit als volgt worden uitgelegd: 'Vaak doen situaties in jouw dagelijks leven je herinneren aan nare situaties uit je verleden, en voel je je weer precies zoals toen. Dit noemen wij de kwetsbare-kindmodus. In de behandeling gaan we eerst aan de slag met de verwerking van deze herinneringen, zodat deze rustiger aanvoelen en je er in je dagelijks leven minder last van hebt. Verder kijk je heel negatief naar jezelf en ga je straffend of veeleisend met jezelf om – dit gebeurt vanuit de oudermodi. Als tweede stap gaan we aan de slag met het verwerken van herinneringen die voor jou nu gevoelsmatig nog bewijzen dat jouw oudermodus gelijk heeft. Ons doel is om de oudermodi te bestrijden, zodat ze minder invloed op je hebben en je gezonde-volwassenemodus meer kans krijgt om op een goede manier met jezelf en anderen om te gaan.'



FIGUUR 1 *Herbelevingen en negatief zelfbeeld*

Behandeling van de kindmodi volgens EMDR-rechtstreeks ofwel de intrusieroute

Wanneer er bij de patiënt sprake is van herbelevingen of intrusieve herinneringen, wordt geadviseerd om de behandeling hiermee te beginnen. Binnen een EMDR-behandeling noemen we de EMDR die direct op de traumatische beelden is gericht 'EMDR-rechtstreeks', 'machteloosheid-eerst' of de 'intrusieroute' (de Jongh & ten Broeke, 2013; Hornsveld, ten Broeke, & de Jongh, 2017). In het modusmodel plaatsen we de nare herinneringen bij de kindmodi. Een reden om herbelevingen eerst te behandelen, is dat deze in de regel veel lijdensdruk genereren en meestal sneller 'op te ruimen zijn' dan

herinneringen die onderliggend zijn aan een negatief zelfbeeld (ten Broeke et al., 2012, p. 162). Wanneer gewerkt wordt met het modusmodel, worden juist die herinneringen opgespoord waardoor de patiënt rechtstreeks in een kindmodus terechtkomt. Het kan hier gaan om klachten die bij PTSS passen, maar het kunnen ook intrusieve herinneringen zijn waarbij niet aan de overige PTSS-criteria wordt voldaan.

Behandeling van de oudermodi volgens EMDR-rechtsom of de opvattingenroute

.....

Wanneer in de psychopathologie het negatieve zelfbeeld van de patiënt vooropstaat en wanneer de belangrijkste herbelevingen zijn gedesensitiseerd, kan de behandeling worden gericht op het verminderen van de geloofwaardigheid van de oudermodi. Wanneer de oudermodi aan geloofwaardigheid en kracht inboeten, zullen zij minder invloed uitoefenen op de patiënt.

Formuleer de kernopvatting die past bij de oudermodus – Eerst wordt voor de belangrijkste oudermodus de bijpassende ‘boodschap’ of kernopvatting geformuleerd. Bij de straffende-oudermodus kan dit bijvoorbeeld zijn ‘Ik ben slecht’ of ‘Ik ben een vreselijk mens’ (Arntz & Jacob, 2012, p. 43; van Dijk et al., 2015, p. 497).

Selecteer relevante herinneringen volgens de rechtsomprocedure – Wanneer de belangrijkste kernopvatting is geselecteerd, kunnen relevante herinneringen worden gevonden middels de EMDR-rechtsomprocedure. Hierbij wordt gevraagd welke herinneringen voor de patiënt gevoelsmatig nu nog steeds bewijzen dat de kernopvatting waar is. De verwerking van de herinneringen verloopt volgens het EMDR-standaardprotocol. Wanneer deze herinneringen zijn verwerkt, wordt steeds nagegaan in hoeverre de geformuleerde kernopvatting nog geloofwaardig is voor de patiënt. Belangrijk hier is dat EMDR-rechtsom niet alleen wordt toegepast wanneer er sprake is van een negatief zelfbeeld, maar ook bij disfunctionele kernopvattingen over anderen of over de wereld. In dit artikel gebruiken wij de rechtsomzoekstrategie vooral voor het verminderen van een negatief zelfbeeld, of – om in termen van modi te spreken – voor het opsporen van herinneringen die het ‘gelijk’ van de oudermodus gevoelsmatig nog steeds bewijzen. Voor een uitgebreide beschrijving van de werkwijze EMDR-rechtsom, zie: ten Broeke, de Jongh en Hornsveld (2012).

Welke oudermodus eerst? – Wanneer bij de patiënt meerdere oudermodi een belangrijke rol spelen, moet worden nagegaan welke oudermodus als eerste geselecteerd wordt. Een voor de hand liggende oplossing is om met de patiënt na te gaan welke oudermodus het meest hinderlijk en overheersend is. Een tweede mogelijkheid is om te kiezen voor die oudermodus die het

meest ‘vooraan’ komt in de onderlinge dynamiek tussen de modi. Samen met de patiënt wordt nagegaan hoe in de meeste situaties de oudermodi elkaar opvolgen. In de behandeling wordt dan gestart met de oudermodus die als eerste optreedt en de negatieve spiraal in werking zet.

Een voorbeeld is een patiënt die last heeft van de veeleisende-oudermodus. Wanneer de patiënt als ‘kwetsbaar kind’ aangeeft daar niet aan te kunnen voldoen, activeert dit de schuldinducerende-oudermodus, die tegen de modus van het kwetsbare kind zegt dat andere mensen het veel zwaarder hebben. Dit activeert de straffende-oudermodus, die het kind waardeloos of slecht vindt. Bij de dynamiek in dit voorbeeld kan worden gestart met de veeleisende-oudermodus, omdat deze de negatieve spiraal in werking zet.

Wanneer een keuze op basis van bovengenoemde criteria niet mogelijk is, raden wij aan om de straffende-oudermodus als eerste te behandelen. Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en ernstige traumagerelateerde problematiek is er – in onze ervaring – vrijwel altijd sprake van een sterke straffende-oudermodus. Deze is vaak het meest ondermijnend voor de patiënt.

De hierboven beschreven werkwijze sluit aan bij de aanbevolen behandeling van complexe PTSS zoals beschreven in het *Praktijkboek EMDR* (ten Broeke, de Jongh, & Oppenheim, 2012), waarin eerst de herbelevingen worden behandeld en vervolgens middels EMDR-rechtsom het negatieve zelfbeeld wordt behandeld. Door gebruik te maken van het modusmodel, kan deze behandeling worden geïntegreerd in een schematherapeutische behandeling en worden toegepast bij complexe traumaproblematiek en persoonlijkheidsproblematiek.

Zelfbeeldproblematiek behandelen met EMDR-rechtsom: een nuancering – Recentelijk is onderzoek gedaan naar het behandelen van een negatief zelfbeeld middels de EMDR-rechtsommethode ten opzichte van andere methoden om zelfbeeld te behandelen. In het onderzoek van Staring en collega's (2016) kregen patiënten met een negatief zelfbeeld zes sessies COMET (Korrelboom, 2011) en zes sessies EMDR-rechtsom in willekeurige volgorde. COMET bleek effectiever in het behandelen van het negatieve zelfbeeld dan EMDR-rechtsom. Ten Broeke adviseerde in een interview met *EMDR Magazine* (de Zwart, 2016) om bij EMDR-rechtsom vooral te werken met targets met voldoende hoge lading (op de SUD-schaal: Subjective Units of Disturbance-schaal), en uitsluitend onder de voorwaarde dat het negatieve zelfbeeld ter plekke voelbaar moet zijn wanneer de negatieve herinnering wordt opgeroepen. Ook van der Vegt en Griffioen deden onderzoek naar de behandeling van zelfbeeldproblemen. Zij vergeleken EMDR met de witboekmethode van Manja de Neef (2010) bij patiënten met een negatief zelfbeeld. Na tien sessies bleken beide methoden effectief in het verbeteren van het zelfbeeld (Griffioen, van der Vegt, de Groot, & de Jongh, 2017). Vanuit onze ervaringen in de klinische praktijk gaan we er vooralsnog van uit

dat, wanneer we bij patiënten met complexe traumagerelateerde problematiek een herkenbare samenhang zien tussen de traumatische herinneringen en het huidige negatieve zelfbeeld, het de moeite waard is om deze herinneringen te desensibiliseren en zo ruimte te scheppen voor het ontwikkelen van een positiever zelfbeeld. Samengevat zijn de volgende factoren van belang:

- ▶ Er is een duidelijke samenhang tussen de traumatische herinneringen en het huidige negatieve zelfbeeld van de patiënt.
- ▶ De geselecteerde targets hebben een hoge SUD.
- ▶ Het negatieve zelfbeeld is ter plekke voelbaar wanneer de negatieve herinnering wordt opgeroepen.

Verder empirisch onderzoek zal moeten uitwijzen in hoeverre en wanneer verwerking van onderliggende negatieve ervaringen geïndiceerd is.

DE ROL VAN MODI BIJ TRAUMAVERWERKING

.....

De gezonde-volwassenemodus en limited reparenting tijdens een EMDR-sessie

.....

Wanneer EMDR wordt toegepast voor de gevolgen van een eenmalig trauma, kan het verwerken van de herinneringen hieraan voldoende zijn om de klachten verhelpen (Solomon & Shapiro, 2008). De reeds aanwezige, zogenaamde 'adaptieve kennisnetwerken' zorgen ervoor dat de herinnering van haar lading wordt ontdaan en daarmee adequaat wordt verwerkt.

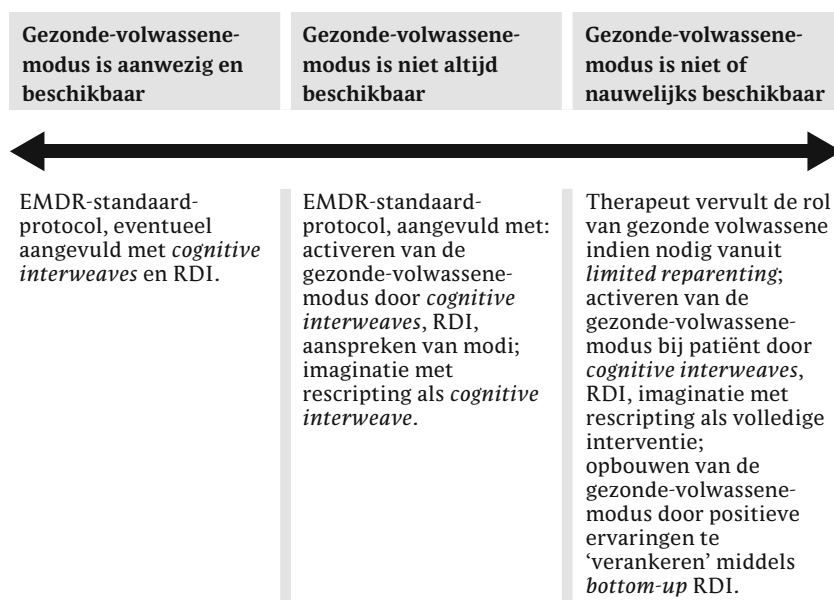
Bij complexere traumagerelateerde problematiek zijn deze adaptieve informatienetwerken, binnen het modusmodel te omschrijven als de gezonde-volwassenemodus, vaak onvoldoende aanwezig. Dit is in het bijzonder het geval bij patiënten met een geschiedenis van zowel mishandeling of misbruik (*abuse*), als verwaarlozing (*neglect*). Abuse-situaties zijn die 'situaties die er niet hadden moeten zijn, maar er wel waren'; neglect-situaties wijzen op 'wat er wel had moeten zijn, maar er niet (voldoende) was' (Driessen & ten Broeke, 2014, p. 235). Bij vroegkinderlijk getraumatiseerde patiënten blijkt er vaak sprake te zijn geweest van zowel verwaarlozing als misbruik of mishandeling.

Wanneer de gezonde-volwassenemodus weinig beschikbaar is voor de patiënt, dient de therapeut bij een EMDR-sessie een actievare houding aan te nemen dan gebruikelijk. De therapeut neemt als het ware de rol van gezonde volwassene tijdelijk over. Zo moedigt de therapeut de patiënt aan om gevoelens die door het trauma worden opgeroepen, toe te laten; stelt hij de patiënt gerust door te zeggen dat negatieve emoties ook weer minder zullen worden; wijst hij de patiënt erop dat de herinnering in het verleden ligt; en probeert hij een adaptieve betekenisverlening te activeren. In deze actieve

rol biedt de therapeut zo nodig ook limited reparenting, door oog te hebben voor de onvervulde behoeften van de patiënt die het verwerkingsproces doen stagneren.

De mate waarin de therapeut moet interveniëren tijdens een EMDR-sessie kan worden voorgesteld als een continuüm (zie figuur 2). De mate en aard van de interventies van de therapeut nemen toe naarmate de patiënt minder de beschikking heeft over de gezonde-volwassenemodus, teneinde het verwerkingsproces te faciliteren.

Er zijn binnen de EMDR-methodiek verschillende technieken beschikbaar om de patiënt te ondersteunen bij het verwerkingsproces, zoals *cognitive interweaves* (CI), *resource development and installation* (RDI) en het verhogen van de werkgeheugenbelasting. Daarnaast kan worden overwogen om (imaginatie met) rescripting (ImRs), een techniek uit de schematherapie, toe te voegen, als cognitive interweave of als volledige interventie (Driessen & ten Broeke, 2014; van Dijk et al., 2015). Wij beschrijven hier een andere interventie die kan worden ingezet wanneer de verwerking stagneert: het werken met modi tijdens een EMDR-sessie.



Noot. RDI = resource development and installation.

FIGUUR 2 Continuüm van interveniëren tijdens een EMDR-sessie

Werken met modi tijdens een EMDR-sessie

196

Wanneer gezonde, adaptieve informatienetwerken ontbreken, of de gezonde-volwassenemodus onvoldoende ontwikkeld is of onvoldoende toegankelijk is bij intense emoties, kan het voorkomen dat het EMDR-proces niet voldoende op gang komt of onderweg stagneert. De patiënt staat als het ware op de rem, bijvoorbeeld omdat hij moeite heeft om emoties toe te laten en 'vlucht' in een copingmodus. Ook kan het voorkomen dat het proces stagneert door het voortbestaan van een disfunctionele betekenisverlening ten aanzien van het trauma, meestal omdat de 'stemmen' vanuit de oudermodus zo dominant aanwezig zijn. We verwachten dat de disfunctionele modi, waar de patiënt zoveel last van heeft in het dagelijks leven, ook – of misschien wel juist – zullen optreden tijdens de verwerkingsfase van EMDR. Uit onderzoek blijkt dat diverse kind-, ouder- én copingmodi worden geactiveerd bij blootstelling aan traumatisch materiaal (Lobbestael, 2008). Dit komt overeen met onze klinische ervaringen. Aangezien het modusmodel ontwikkeld is om meer houvast te krijgen bij wisselende gemoedstoestanden, bespreken we hier hoe het werken met modi behulpzaam kan zijn om een patiënt te ondersteunen tijdens een EMDR-sessie.

We gaan ervan uit dat de verschillende modi van een patiënt geactiveerd worden tijdens de EMDR-sessie. De therapeut kan gebruikmaken van het modusmodel van de patiënt om hypothesen te genereren: welke modus verhindert het verwerkingsproces en welke interventie kan de therapeut hierbij inzetten? De meerstoelentechniek wordt niet volledig uitgevoerd, omdat hiervoor het EMDR-proces zou moeten worden onderbroken, maar elementen eruit kunnen wel worden ingezet als cognitive interweave.

Oudermodi

De oudermodi kunnen een patiënt verhinderen om zich over te geven aan de EMDR-procedure, uit angst het niet goed te doen, niet loyaal te zijn of om zich aan te stellen (van Dijk et al., 2015). Ook kan de patiënt vinden dat hij niet het recht heeft om in therapie te zijn, omdat hij zichzelf verantwoordelijk houdt voor de traumatische ervaring (Spierings, 2015).

Wanneer er sprake is van een sterke straffende-oudermodus, kan het verwerkingsproces stagneren, omdat deze oudermodus het 'kwetsbare kind' afstraft, verwijten maakt en bekritiseert. De patiënt komt dan niet meer aan verwerking toe.

Wanneer de veeleisende-oudermodus actief is, kan de patiënt EMDR als onzinnig bestempelen, vinden dat emoties tonen getuigt van zwakte en dat men geen zelfmedelijden hoort te hebben. Een andere mogelijkheid is dat de patiënt het steeds 'goed' wil doen en moeite heeft om zijn emoties de vrije loop te laten, of vindt dat de emoties na enige tijd 'klaar' moeten zijn.

Wanneer de schuldinducerende-oudermodus actief is, is de patiënt sterk gericht op de gevoelens en behoeften van de ander, en heeft hij moeite om boosheid te voelen en te uiten. Ook kan de patiënt zichzelf er de schuld van geven dat ingrijpende gebeurtenissen hebben plaatsgevonden. De patiënt wordt geremd in de uiting van boosheid en komt niet tot verwerking.

Copingmodi

Young en collega's (2005) beschrijven drie copingstijlen binnen schematherapie: overcompensatie, vermijding en overgave. Hieronder hebben we deze copingstijlen toegepast op het proces van traumaverwerking: het geeft weer hoe een EMDR-sessie kan verlopen bij patiënten met respectievelijk overcompenserende modi, vermijdende modi en een overgavemodus.

Wanneer een patiënt overcompenseert, verzet hij zich door te denken, te voelen en te handelen alsof het tegendeel van het trauma waar was. Bij confrontatie met de traumatische herinnering gaat hij in de tegenaanval. Het is een middel om te ontsnappen aan het gevoel van hulpeloosheid en kwetsbaarheid dat de patiënt had toen hij opgroeide (vrij naar: Young et al., 2005, p. 37). De patiënt probeert de controle te behouden, maar laat daardoor geen emoties toe, waardoor hij niet tot verwerking kan komen.

Wanneer een patiënt vermijding als copingstijl gebruikt, probeert hij zijn leven zo in te richten dat herinneringen aan het trauma nooit geactiveerd worden. Hij probeert te leven zonder bewustzijn, alsof het trauma niet heeft bestaan. Hij vermijdt het om aan deze ervaringen te denken. Wanneer er gevoelens aan de oppervlakte komen, duwt hij die automatisch terug (zie ook Young et al., 2005, p. 36). De patiënt kan gaan dromen of fantaseren, geeft aan dat hij zich niet kan concentreren of dat het targetbeeld hem niets (meer) doet. Vanuit de boze-beschermersmodus kan een patiënt reageren met boosheid en hierdoor bezig lijken met verwerking, terwijl de boosheid eigenlijk een manier is om te ontsnappen aan gevoelens van kwetsbaarheid en machteloosheid.

Wanneer een patiënt zich in een overgavemodus bevindt, geeft hij toe aan de pijn. Hij probeert niet om deze te vermijden of ertegen te vechten. Hij voelt rechtstreeks de emotionele pijn van de traumatische ervaring. Hoewel de willoze-inschikkelijkheidsmodus in het dagelijks leven problematisch kan zijn, omdat deze modus het bemoeilijkt om grenzen aan te geven en daarmee het risico op revictimisatie vergroot, hoeft deze modus tijdens de verwerkingsfase geen problemen op te leveren. Immers, er is volop toegang tot emoties en de patiënt kan tot verwerking komen. Het kan evenwel gebeuren dat de patiënt zich overspoeld voelt door machteloosheid of waardeloosheid, en daar niet zelfstandig uitkomt. Vanuit de casusconceptualisatie volgens het modusmodel zijn er dan twee hypothesen: ofwel er is een oudermodus aanwezig die de verwerking belemmert, ofwel de patiënt heeft onvoldoende beschikking over de gezonde-volwassenemodus. De therapeut kan interventies uitvoeren om

de oudermodus te bestrijden of de gezonde-volwassenemodus te activeren. Ook is het mogelijk dat de patiënt in deze modus zich aanpast aan de therapeut en bijvoorbeeld lagere SUD's aangeeft dan daadwerkelijk het geval is. De therapeut dient hierop bedacht te zijn, en de patiënt aan te moedigen eerlijk te antwoorden en te benadrukken dat alle antwoorden goed zijn.

Naast de algemene, actieve houding van limited reparenting verricht de therapeut specifieke interventies om het verwerkingsproces te bevorderen. De therapeut houdt steeds het modusmodel van deze patiënt voor ogen en onderzoekt welke modus 'verantwoordelijk' is voor de stagnatie. De therapeut kan hierbij gebruikmaken van de reguliere strategieën die zich richten op de verschillende modi: disfunctionele oudermodi worden bevraagd, begrensd en bestreden; kindmodi worden gevalideerd, getroost en een stem gegeven; copingmodi worden empathisch geconfronteerd, gevalideerd, hun voors en tegens worden besproken en ze worden uiteindelijk begrensd; de gezonde-volwassenemodus en het 'blijve kind' worden versterkt (Arntz & Jacob, 2012).

In tabel 2 staan enkele voorbeelden van stagnatie tijdens het EMDR-verwerkingsproces. Bij elk voorbeeld wordt een hypothese gegenereerd over welke modus de betreffende verwerking bemoeilijkt. Steeds worden enkele interventies genoemd die de therapeut zou kunnen toepassen.

TABEL 2 *Hypothesevorming bij stagnatie tijdens de verwerking*

Situatie	Welke modus?	Interventie
Therapeut en patiënt werken aan het scherpstellen van het targetbeeld, en de selectie van de negatieve cognitie (NC) en de positieve cognitie (PC). Patiënte zegt: 'Het slaat eigenlijk nergens op. Ik ben gewoon ondankbaar. Ik heb nu toch alles: een vriend, vrienden, een eigen huis, een hbo-opleiding? Het ligt niet aan die herinnering, het ligt gewoon aan mezelf.'	Straffende-oudermodus	Oudermodus toespreken: 'Dit is die kant van jou die tegen je zegt dat het allemaal je eigen schuld is, dat het gewoon aan jou ligt ... Tegen die kant zeg ik ...'
Targetbeeld: patiënte vertelt haar moeder over het misbruik door vader. Moeder (in het targetbeeld) ligt in bed en huilt. Patiënte: 'Het is zo erg voor mijn moeder. Zij heeft hier ook niet om gevraagd'. En: 'Waarom kan ik me er niet overheen zetten?'	Schuldinducerende-oudermodus	Cognitive interweave; oudermodus toespreken; (imaginatie met) rescripting.*

Targetbeeld: misbruiksituatie; NC en PC zijn vastgesteld; bij vragen naar emotie en SUD zegt patiënte: 'Ik voel niks'. De SUD zou 0 zijn.	Onthechte-beschermersmodus	Copingmodus aanspreken; voor- en nadelen bespreken; werkgeheugen-belasting verhogen; flashforward van copingmodus desensitiseren.
Patiënt met alcoholistische, onvoorspelbare vader en psychisch zieke moeder. Targetbeeld: geweldsincident tijdens het werken als politieagent. EMDR-proces stagneert: patiënt kan targetbeeld niet meer goed terughalen. Hij raakt gefrustreerd en zegt: 'Als ik mijn alertheid loslaat, word ik (of mijn gezin) slachtoffer. Dan word ik weer die naïeveling, die te goed van vertrouwen is.'	Perfectionistische-en wantrouwende-overcontroleerdermodus	Copingmodus aanspreken; voor- en nadelen bespreken; flashforward desensitiseren.

Noot. * Als cognitive interweave of als volledige interventie (zie figuur 2).

Hoewel copingmodi als het ware hun functie verliezen wanneer de trauma's (binnen de kindmodi) en het negatieve zelfbeeld (in de oudermodi) zijn afgenomen, blijken ze niet altijd vanzelf te verdwijnen. In dat geval kan de therapeut cognitieve technieken en gedragsexperimenten inzetten om disfunctionele copingmodi uit te dagen en te helpen verminderen (zie onder andere Bennet-Levy, Butler, & Fennell, 2015; ten Broeke et al., 2008). Parallel aan het verwerkingsproces kan in het dagelijks leven van de patiënt worden getoetst in hoeverre de opvattingen en voorspellingen die de patiënt vanuit de oudermodus doet, waar zijn. Voor een zo krachtig mogelijke en blijvende verandering zijn immers daadwerkelijke corrigerende ervaringen nodig (ten Broeke et al., 2008).

Behandeling van in stand houdende factoren

Soms gedragen patiënten zich vanuit een kindmodus of copingmodus in hun dagelijks leven op een destructieve manier, en vormt dit nieuw bewijsmateriaal dat de geloofwaardigheid van de oudermodi (de kernopvatting) ondersteunt en in stand houdt. Zo kan een patiënt met een boze-kindmodus zodanig heftig reageren op vermeende onrechtvaardigheid dat zij op een extreme manier boos wordt richting haar (goedbedoelende) echtgenoot. Of stelt een patiënt met een perfectionistische-overcontroleerdermodus hoge eisen aan zijn zoon waardoor ruzie ontstaat. Na dergelijke interactionele problemen

kunnen deze patiënten vanuit hun straffende-oudermodus concluderen: ‘Zie je wel, ik ben een slecht mens’, of: ‘Ik ben waardeloos.’ Ook het risico op revictimisatie is van belang hier te noemen: risicosituaties, zoals ongewenste aanrakingen, roepen bij sommige patiënten herinneringen op aan eerdere situaties waarin zij zich machteloos hebben gevoeld (bijvoorbeeld een eerdere verkrachting), waardoor zij een groter risico lopen om zich machteloos te gedragen en opnieuw slachtoffer te worden (de Jongh & Bicanic, 2016). In termen van schematherapie zou het verhoogde risico op revictimisatie binnen de willoze-inschikkelijkemodus geplaatst kunnen worden.

Wanneer gedragsproblemen en problematische coping in het huidige leven van een patiënt zodanig vooropstaan dat zij de oudermodus extra geloofwaardigheid geven, kan het zinvol zijn om na te gaan of de patiënt voorafgaand aan de verwerkingsfase met behulp van gedragstherapeutische technieken enige controle kan krijgen over zijn gedrag. Dit kan het desensitiseren van herinneringen die het bewijsmateriaal vormen voor de oudermodus enigszins vergemakkelijken. Vaak lukt het patiënten niet om volledige controle te krijgen over hun gedrag vanuit kind- en oudermodi als de geloofwaardigheid van de oudermodus nog erg sterk is. Behandeling van complexere problematiek betreft vaak een tweesporenbeleid, waarbij verwerking van herinneringen wordt afgewisseld met (gedrags)interventies in het huidige leven van de patiënt. Deze interventies vormen onderdeel van de bredere schematherapeutische behandeling.

Modi herkennen in het geheugenmateriaal

Bij de EMDR-rechtsominventarisatie kan een patiënt herinneringen noemen die bewijsmateriaal vormen voor een kernopvatting, passend bij een oudermodus, die moeilijk te desensitiseren zijn, omdat er sprake is geweest van (vermeend) disfunctioneel gedrag van de patiënt.

Voorbeeld: Een patiënt noemt als bewijsmateriaal voor de kernopvatting, passend bij de straffende-oudermodus, een herinnering aan een situatie waarin zijn vader zijn jongere broertje strafte door hem fysiek te mishandelen, waarbij de patiënt zelf niet had ingegrepen. Door middel van cognitive interweaves wordt geprobeerd om bij deze patiënt de kennis te activeren dat hij destijds nog een kind was en niet verantwoordelijk voor de situatie. Dit helpt de patiënt echter onvoldoende; het bewijst voor hem nog steeds dat hij een slecht persoon is. De straffende-oudermodus wordt geactiveerd en er komen talloze herinneringen op aan belangrijke situaties waarin de patiënt, ook later in zijn leven, niet heeft ingegrepen. De herinnering blijkt lastig te desensitiseren. Een nadere analyse van de herinnering vanuit het modusmodel blijkt behulpzaam te zijn: zijn gedrag wordt geplaatst binnen de willoze-inschikkelijkemodus. Als kind had hij geleerd om agressie passief te ondergaan; verzet werd hard afgestraft. Zodra zijn broertje werd mishandeld, kwam hij in de ‘modus van willoze inschikkelijke’, net als in de situaties

later in zijn leven. De therapeut geeft deze uitleg en spreekt de straffende-oudermodus toe, waarna de verwerking weer op gang komt.

Het op maat gemaakte modusmodel geeft de therapeut handvatten om de patiënt te ondersteunen in het verwerkingsproces tijdens EMDR-sessies. Dit vraagt om een actieve houding van de therapeut, die zichzelf steeds de vraag stelt: welke modus belemmert het verwerkingsproces? En welke interventie kan ik toepassen om mijn patiënt te ondersteunen? Daarbij houden we steeds voor ogen dat het doel is om het EMDR-proces vlot te trekken en dat er niet méér wordt ingegrepen dan noodzakelijk voor dit doel.

201

Gezonde-volwassenenmodus

Positieve kennis versterken – Voor elke therapie geldt dat het van belang is om niet alleen negatieve kennis en herinneringen te deactiveren, maar ook om positieve kennis te activeren en te versterken, zodat deze tegenwicht kan bieden tegen de negatieve kennis (Brewin, 2006). We gaan er immers van uit dat bestaande kennis in het geheugen blijft bestaan, ook na behandeling gericht op het veranderen van herinneringen. Zowel EMDR als schematherapie is erop gericht de patiënt positieve ervaringen te laten opdoen. In de EMDR-procedure wordt hieraan expliciet aandacht besteed in de vorm van ‘positief afsluiten’ in het standaardprotocol; bij schematherapie wordt elke imaginatie afgesloten met een positieve ervaring. In de literatuur zijn diverse interventies beschreven om de modi van de ‘gezonde volwassene’ en het ‘blijde kind’ te versterken (Arntz & Jacob, 2012; Claassen & Pol, 2015; Young et al., 2005). In dit artikel beperken wij ons tot een uiteenzetting van hoe één specifieke techniek uit de EMDR-methodiek, namelijk de *resource development and installation*-procedure (RDI), kan worden gecombineerd met modiwerk, met als doel om de gezonde-volwassenenmodus te versterken.

Bij een RDI-procedure worden door het terugdenken aan positieve herinneringen functionele eigenschappen en vermogens van de patiënt versterkt (voor een beschrijving, zie ten Broeke et al., 2012). Deze interventie kan een belangrijke bijdrage leveren aan het versterken van de draagkracht van de patiënt. Helaas blijkt in de klinische praktijk dat RDI's juist bij patiënten die ze het meeste nodig hebben vaak het moeilijkst zijn uit te voeren. Bij complexe problematiek zijn positieve ervaringen en positieve kennis immers vaak onvoldoende beschikbaar, onvoldoende toegankelijk of worden zij verstoord door disfunctionele modi. Hieronder beschrijven we een aangepaste RDI-procedure voor dergelijke situaties. Daarna beschrijven we hoe een eenmaal opgebouwd positief zelfbeeld kan worden gebruikt om de patiënt tijdens de traumaverwerking te ondersteunen. Deze strategieën kunnen ook toegepast worden ter preventie van terugval.

Suggesties voor een aangepaste RDI-procedure – Patiënten doen vaak positieve ervaringen op tijdens EMDR-sessies. Regelmatig ervaren zij rust, omdat de intrusiviteit van de beelden is afgenomen, en vaak is er ook sprake van veranderde betekenisgeving, zoals: ‘Ik ben sterk’, of: ‘Ik ben een goed mens.’ Bij complexe problematiek kan de therapeut een actieve rol innemen om positieve ervaringen bij de patiënt te verankeren, zodra deze zich voordoen. We kunnen er immers niet op rekenen dat positieve ervaringen later nog steeds toegankelijk zijn. De therapeut kan hierbij een ‘bottom-up’-variant van de RDI-procedure toepassen: zodra de positieve ervaring zich voordoet, gaat de therapeut na: Op welke eigenschap van jou wijst deze ervaring (bijvoorbeeld kracht, zelfvertrouwen)? Welke gevoelens horen daarbij? Waar in je lichaam ervaar je die gevoelens het sterkst? Welke lichaamshouding past hierbij? De therapeut schrijft mee of maakt direct een geluidsopname, zodat de patiënt de RDI na afloop van de sessie verder kan oefenen. Door de positieve ervaring lichamelijk te verankeren, proberen we de kans te vergroten dat deze op een later tijdstip weer toegankelijk is voor de patiënt. Ook worden deze ervaringen expliciet benoemd als onderdeel van de gezonde-volwassenemodus, om generalisatie te bevorderen.

Deze variant van de RDI-procedure kan worden toegepast tijdens het positief afsluiten, en indien nodig ook aan het einde van een associatieketen, voordat *back to target* wordt gegaan. Tijdens de RDI-procedure kunnen disfunctionele oudermodi de positieve betekenisgeving en de verankering hiervan verhinderen. Vergelijkbaar met het ingrijpen en toespreken van disfunctionele modi tijdens de verwerkingsfase (zoals hiervoor reeds is beschreven), kan de therapeut tijdens de RDI-procedure interveniëren om de disfunctionele modi af te remmen, waardoor de patiënt meer kans heeft om de positieve ervaring te verankeren.

In een behandeling waarbij schematherapie en EMDR worden geïntegreerd, kunnen RDI's worden ingezet om de gezonde-volwassenemodus te versterken. De patiënt leert middels diverse RDI's om hulpbronnen en krachtige eigenschappen te versterken, en op die manier de gezonde-volwassenemodus in te nemen. Wanneer tijdens een EMDR-sessie de disfunctionele oudermodi het verwerkingsproces verstoren, kan de therapeut de patiënt herinneren aan de eerder verankerde hulpbronnen. Wanneer de oudermodi zodanig sterk zijn dat reguliere interventies als cognitive interweaves en RDI's onvoldoende werken, kan ervoor worden gekozen om de gezonde-volwassenemodus op te bouwen door meerdere RDI's te combineren.

Voorbeeld: Een patiënt heeft tijdens een EMDR-sessie zodanig last van de veeleisende-oudermodus dat de verwerking stagneert, ondanks inzet van diverse interventies. De therapeut onderbreekt de sets met oogbewegingen, benoemt de modus en zegt tegen de patiënt: ‘Denk aan die positieve raft-ervaring tijdens je vakantie, hoe sterk je je toen voelde, dat krachtige, stevige gevoel in je middenrif. Heb je dat? En denk aan de vorige EMDR-sessie, toen je geen zwak kind was, nee, juist sterk. Voel maar dat sterke gevoel in je be-

nen, de stevige ondergrond. Heb je dat? Dit is jouw “gezonde volwassene”, weet je nog? En wat zegt die tegen die veeleisende-oudermodus?”

Door meerdere hulpbronnen en positieve ervaringen te activeren, wordt de gezonde-volwassenenmodus versterkt. De patiënt leert om te schakelen tussen disfunctionele modi en de gezonde-volwassenenmodus, en is daarmee beter opgewassen tegen de sterke en hardnekkige negativiteit van de oudermodi.

203

DISCUSSIE EN OVERDENKINGEN

.....

Schematherapie en EMDR zijn behandelingen van eerste keuze bij respectievelijk persoonlijkheidsstoornissen en PTSS. De mate van comorbiditeit tussen deze stoornissen is groot, en de interferentie tussen beide vormen van psychopathologie kan sterk zijn. Hoewel geadviseerd wordt om de behandeling te richten op een van beide stoornissen, is onze ervaring dat traumabehandeling bij mensen met forse persoonlijkheidsproblematiek een uitdaging kan zijn en niet zelden moeizaam verloopt. Eerder is geschreven over de mogelijkheden die de combinatie van schematherapie en EMDR biedt bij een dergelijke behandeling (Driessen & ten Broeke, 2014; van Dijk et al., 2015). In het huidige artikel bouwen wij hierop voort en spitsen wij deze combinatie toe op het modusmodel. Wij denken dat het modusmodel houvast kan bieden bij het ordenen van te bewerken traumatisch materiaal en dat het interventiemogelijkheden geeft bij (stagnatie tijdens) de verwerking. Deze werkwijze achten wij vooral geschikt bij patiënten met complexe, traumagerelateerde problematiek en (overlappende) persoonlijkheidsproblematiek. Wij zijn er hierbij van uitgegaan dat de beschreven werkwijze wordt toegepast binnen een bredere, schematherapeutische behandeling. De beschreven conceptualisatie en interventies zijn gebaseerd op de klinische praktijk, en bedoeld als hulpmiddel voor de therapeut bij deze vaak lastige en weerbarstige problematiek. Deze manier van werken is nog niet empirisch onderzocht. Is EMDR een effectieve aanvulling bij de behandeling van patiënten met ofwel trauma en persoonlijkheidsproblematiek, ofwel een verleden met abuse en neglect, ten opzichte van enkel schematherapie? Vergemakkelijkt het werken met modi de behandeling van de gevolgen van complex trauma? Wanneer is verwerking van onderliggende negatieve ervaringen geïndiceerd, ten opzichte van positieve interventies gericht op negatief zelfbeeld, zoals COMET of de witboekmethode? En wanneer kan een therapeut het beste voor ImRs kiezen als verwerkingsgerichte methode en wanneer voor EMDR? Deze en andere vragen bieden interessante uitdagingen voor verder onderzoek.

Linda Hummel is als gz-psycholoog/psychotherapeut werkzaam bij een vrijevestigde psychotherapiepraktijk te Oss. Zij is VGCT supervisor en senior schema-therapeut.

Annemieke Driessen is als klinisch psycholoog/psychotherapeut werkzaam bij PsyQ, afdeling Psychotrauma, Den Haag. Zij is EMDR Practitioner en supervisor, VGCT supervisor en NtVP traumatherapeut.

Correspondentieadres: Linda Hummel, Psychologenpraktijk Oss, Raadhuislaan 2A, 5341 GM Oss. E-mail: lindahummel@live.nl

Summary *Trauma treatment with the schema mode model and EMDR*

Trauma-related disorders, such as PTSD and personality disorders, overlap considerably. This pleads for a more integrated approach in treatment. Earlier it has been described that EMDR and schema focused therapy can complement and support each other (Driessen & ten Broeke, 2014; van Dijk et al., 2015). In this article we build on this by focussing specifically on the possibilities of the schema mode model in the case conceptualization and execution of EMDR treatment. We show how the schema mode model can be helpful in creating a case conceptualization and selecting relevant targets for trauma treatment. Next, we describe potential stagnations and difficulties during EMDR treatment and how (interventions based on) the schema mode model can be helpful. Finally, from both therapy methods, techniques are described that can enhance the healthy adult mode in order to improve and fasten a positive therapeutic outcome.

Keywords *PTSD, complex trauma-related disorders, personality disorders, schema focused therapy, schema mode model, EMDR*

Literatuur

- Arntz, A., & Jacob, G. (2012). *Schematherapie: Een praktische handleiding*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Bennet-Levy, J., Butler, G., & Fennell, M. (2015). *Gedragsexperimenten in cognitieve therapie*. Amsterdam: Pearson.
- Bovin, M. J., Wolf, E. J., & Resick, P. A. (2017). Longitudinal associations between posttraumatic stress disorder severity and personality disorder features among female rape survivors. *Frontiers in Psychiatry*, 8, article 6.
- Brewin, C. R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 6, 765-784.
- Claassen, A., & Pol, S. (2015). *Schema-therapie en de Gezonde Volwassene: Positieve technieken uit de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dadashzadeh, H., Hekmati, I., Gholizadeh, H., & Abdi, R. (2016). Schema modus in cluster B personality disorders. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 22-28.
- de Jongh, A., & Bicanic, I. (2016). Schuldgevoel na verkrachtingen: Bespreking van supervisievrage. *EMDR Magazine*, 10, 55.
- de Jongh, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A., van Minnen, A., Monson, C. W. L. C. M., Foa, E. B., ... Bicanic, I. A. E. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*, 33, 359-369.
- de Jongh, A., & ten Broeke, E. (2013). *Handboek EMDR: Een geprotocolleerde*

- behandelmethode voor de gevolgen van psychotrauma*. Amsterdam: Pearson.
- de Neef, M. (2010). *Negatief zelfbeeld*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- de Zwart, D. (2016). EMDR-Rechtsom versus COMET: Pas op de plaats voor EMDR-Rechtsom. *EMDR Magazine*, 12, 16-18.
- Driessen, A. & ten Broeke, E. (2014). Schematherapie en EMDR gecombineerd bij complexe traumagerelateerde problematiek. *Gedragstherapie*, 3, 232-249.
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Overgård, K. T., & Rosenvinge, J. H. (2013). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research. *Journal of Affective Disorders*, 145, 143-155.
- Griffioen, B. T., van der Vegt, A. A., de Groot, I. W., & de Jongh, A. (2017). The effect of EMDR and CBT on low self-esteem in a general psychiatric population: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 8, article 1910.
- Hornsveld, H., ten Broeke, E., & de Jongh, A. (2017). Verschillen tussen het Nederlandse EMDR-standaard-protocol en het originele protocol van Shapiro. Deel II: de casusconceptualisatie. *EMDR Magazine*, 13, 44-47.
- Korrelboom, C. W. (2011). *COMET voor negatief zelfbeeld: Competitive memory training bij lage zelfwaardering en negatief zelfbeeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lobbestael, J. (2008). Experimentele studies naar schemamodi. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *Handboek schematherapie: Theorie, praktijk en onderzoek* (pp. 251-258). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Meijland, M. (2007). *Seksueel misbruik, sekse en borderline: De rol van seksueel misbruik bij het ontstaan van een borderline-persoonlijkheidsstoornis en het verschil in prevalentie bij mannen en vrouwen* (Academisch proefschrift). Amsterdam: UvA.
- Rijkeboer, M., van Genderen, H., & Arntz, A. (2017). Schematherapie: Theorie, praktijk en onderzoek. In E. H. M. Eurelings-Bontekoe, R. Verheul, & W. M. Snellen (Eds.), *Handboek persoonlijkheidspathologie* (pp. 363-392). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model. Potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4, 315-325.
- Spierings, J. (2015). Baat het niet, dan schaadt het wél. Wanneer is stabilisatie echt noodzakelijk? En wanneer kan EMDR ook goed zonder? *EMDR Magazine*, 9, 7-9.
- Staring, A. B. P., van den Berg, D. P. G., Cath, D. C., Schoorl, M., Engelhard, I. M., & Korrelboom, C. M. (2016). Self-esteem treatment in anxiety: A randomized controlled crossover trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) versus competitive memory training (COMET) in patients with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 82, 11-20.
- ten Broeke, E., de Jongh, A., & Hornsveld, H. (2012). Rechtsom met EMDR. In E. ten Broeke, A. de Jongh, & H. J. Oppenheim (Eds.), *Praktijkboek EMDR. Casusconceptualisatie en specifieke doelgroepen* (Geheel herziene derde druk) (pp. 79-100). Amsterdam: Pearson.
- ten Broeke, E., de Jongh, A., & Oppenheim, H. J. (2012). *Praktijkboek EMDR: Casusconceptualisatie en specifieke doelgroepen* (Geheel herziene derde druk). Amsterdam: Pearson.
- ten Broeke, E., Oppenheim, H. J., & de Jongh, A. (2012). EMDR en de behandeling van complexe PTSS. In E. ten Broeke, A. de Jongh, & H. J. Oppen-

- heim (Eds.), *Praktijkboek EMDR. Casusconceptualisatie en specifieke doelgroepen* (Geheel herziene derde druk) (pp. 151-190). Amsterdam: Pearson.
- ten Broeke, E., van der Heiden, C., Meijer, S., & Hamelink, H. (2008). *Cognitieve therapie: De basisvaardigheden*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- van Dijk, J., Hornsveld, H., & Koolstra, T. (2015). EMDR en schematherapie. In H. J. Oppenheim, H. Hornsveld, E. ten Broeke, & A. de Jongh (Eds.), *Praktijkboek EMDR deel II: Toepassingen voor nieuwe patiëntengroepen en stoornissen* (pp. 493-533). Amsterdam: Pearson.
- van Genderen, H., & Arntz, A. (2012). *Schematherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- van Genderen, H., Jacob, G., & Seebauer, L. (2012). *Patronen doorbreken: Negatieve gevoelens en gewoonten herkennen en veranderen*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- van Genderen, H., Rijkeboer, M., & Arntz, A. (2008). Theoretisch model: Schema's, copingstrategieën en modi. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *Handboek schematherapie: Theorie, praktijk en onderzoek* (pp. 17-32). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). *Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Infestatietaan: hoe ziet die eruit en wat te doen?

Twee gevalsbeschrijvingen

KIM HELMUS, PATRICK KEMPERMAN, AART DE LEEUW, MARCEL VAN
DEN HOUT & TONNIE STARING

Samenvatting

De aandoening die bekendstaat als parasietenwaan, infestatietaan of het Ekbom-syndroom is de beleving van de patiënt dat er beestjes of parasieten op of in zijn huid leven, en soms ook in zijn leefomgeving. De patiënt voelt en ziet de beestjes, maar andere mensen zien ze niet. Vaak krabt de patiënt zijn huid kapot vanwege de jeuk, of in een poging de beestjes uit zijn lichaam te verwijderen. Veel tijd kan opgaan aan dagelijkse rituelen als schoonmaken, verwijderen van veronderstelde beestjes, en bescherming van spullen en het lichaam. Ook zijn patiënten veel bezig met het overtuigen van anderen en komen ze geregeld met 'bewijzen', zoals schilfers en kleine insecten. In dit artikel beschrijven we twee gevallen van infestatietaan, met als doel om de lezer bekend te maken met het klinisch beeld, dat kan lijken op de obsessieve-compulsieve stoornis. Antipsychotica en alertheid op middelengebruik kunnen worden geadviseerd. Verder kan cognitieve gedragstherapie behulpzaam zijn. Met name is het belangrijk om niet in discussie te treden, gezamenlijk doelen op te stellen, geïndividualiseerd te werken, en gefocust te blijven op perifere opvattingen en disfunctionele gedragsstrategieën.

Trefwoorden: parasietenwaan, infestatietaan, Ekbom, waan, waanstoornis, cognitieve gedragstherapie, CGT, Gedachten Uitpluizen

INLEIDING

Met dit artikel willen wij u bekend maken met het beeld van de infestatietaan, zodat u het kunt herkennen en bekend raakt met de behandelmogelijkheden. Dit doen we aan de hand van twee gevalsbeschrijvingen. De klachten van de vrouw uit de eerste gevalsbeschrijving werden aanvankelijk gezien

als een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS). De vrouw uit de tweede gevalsbeschrijving kwam binnen via een dermatoloog (auteur PK) van het Amsterdam UMC. Beide patiënten kregen antipsychotica voorgeschreven. Bij de eerste leek middelenmisbruik bovendien een belangrijke oorzakelijke factor, en onderwerp en focus voor de behandeling. Bij de tweede casusbeschrijving is tevens met cognitieve gedragstherapie (CGT) getracht klachten te behandelen.

CASUS 1: ROSALINE

.....

In mei 2017 verwees de huisarts een 48-jarige alleenstaande vrouw naar de poli voor angst- en dwangstoornissen van Altrecht (Academisch Angstcentrum Altrecht, waar auteurs MvdH en AdL werken). Rosaline zou recent bang zijn geworden voor mijten en andere kleine beestjes. Om het ongedierte te bestrijden zou ze allerlei schoonmaakrituelen hebben ontwikkeld. Bij de intake wordt dit bevestigd. Patiënte vertelt dat ze enkele weken bij haar moeder inwoonde om die te helpen bij een verbouwing. In het matras van haar moeder trof patiënte mijten aan. Ze vond dit zeer onsmakelijk, weerzinwekkend zelfs. Sindsdien neemt ze tal van maatregelen om het ongedierte te doden of te verwijderen. Aanvankelijk gebeurde dit bij moeder thuis, maar nu, na de verbouwing, ook in haar eigen huis. Het kost zo'n twaalf tot vijftien uur per dag: wassen van beddengoed en kleding, stofzuigen, dichtplakken en controleren van vensters, afplakken van kieren, ontsmetten van badkamer en toilet, met chloor de keuken schoonmaken, enzovoort. Tussen de bedrijven door controleert patiënte het huis op de aanwezigheid van kleine beestjes, met een loep en een zaklantaarn. Ze is er niet helemaal uit of er nu echt reden tot zorg is over de diertjes, maar kan de drang tot schoonmaken niet weerstaan. Voorafgaand aan de ontdekking van de mijten in het matras had ze geen angst of afkeer van diertjes gehad, en ook het overmatig poetsen was nieuw.

Deze patiënte vertoonde allerlei kenmerken van een OCS, maar ongewoon was dat de problemen pas op deze late leeftijd zijn begonnen, zonder een voorgeschiedenis van (sub)klinische OCS. Ook verrassend was dat de narigheid zich zo snel ontwikkelde: binnen enkele weken. De psychiatrische voorgeschiedenis vermeldde stemmingsproblemen na een relatiebreuk, vijftien jaar geleden, met een vriend met wie patiënte cocaïne gebruikte en die haar mishandelde. 'Daarna ging de hond dood, en toen stortte mijn wereld pas echt in.' Met antidepressiva en gesprekstherapie knapte ze destijds op. Het cocaïnegebruik zou teruggebracht zijn tot incidenteel in het weekend, bij het uitgaan. Voorlopig werd de diagnose OCS gesteld, en patiënte werd behandeld met cognitieve gedragstherapie middels exposure en responspreventie. Het cocaïnegebruik leek stabiel en zou geen beletsel hoeven te zijn.

Commentaar

209

Duidelijk was dat het bij deze patiënte om een atypisch beeld ging, maar dat niet getwijfeld werd aan de diagnose OCS. Dit werd snel anders.

In een eerste, voorbereidend CGT-gesprek bleek dat de ongediertebestrijdingsdienst haar huis had schoongemaakt en dat ze weer alleen thuis woonde, maar dat de zorgen van patiënte over de diertjes onverminderd waren. Echt gevaarlijk waren ze niet, maar vooral vies, op het walgelijke af. De zorgen en schoonmaakrituelen werden preciezer in kaart gebracht. Dat leverde een lange lijst op, want haar dagelijkse ongediertebestrijding nam nog steeds meer dan twaalf uur in beslag. Hiervan werd ze erg moe. Het hinderde haar dat ze aan andere activiteiten niet meer toekwam. Ook was er ander ongemak. Zo vond Rosaline het vanwege de beestjes nodig om haar strijkbout op de hoogste temperatuur te zetten, ook bij kleding die daar niet tegen kon. Een aanzienlijk deel van haar garderobe was hierdoor onbruikbaar geworden. Het vervolg van de behandeling werd uitgesteld tot na de vakantie van MvdH, vier weken later.

Patiënte verscheen niet op de afspraak. Ook bij de volgende, schriftelijk gemaakte afspraak kwam ze niet opdagen. Telefonisch werd contact gemaakt. De problemen bleken alleen maar erger te zijn geworden. Ze sliep slecht, vatte de slaap pas rond 05:00 uur en kon de vorige afspraken niet nakomen, omdat die in de ochtend vielen en ze niet voor 11.00 uur uit bed kwam. Afbellen was ze vergeten, omdat ze te veel bezig was geweest met piekeren over de beestjes. Er werd een middagafspraak gemaakt, een kleine week later.

Toen bleek patiënte er slecht aan toe te zijn. Ze was inmiddels vijftien kilo afgevallen en woog op de poli nog maar veertig kilo; haar BMI was 14. Ze at dan ook weinig, alleen 's nachts een 'muizenhapje'. Inslapen en doorslapen ging allengs slechter. Ze was verward, en haar associaties waren lastig of niet te volgen. Zinnen werden gestart, maar niet afgemaakt. Motorisch was ze onrustig. Thuis had ze inmiddels zeven soorten diertjes gedetermineerd: boomluizen, tapijtkevers, vogelluizen, stofluizen, mieren, clustervliegjes en schimmelmijt. Met loep en zaklantaarn kon ze de vieze beesten duidelijk zien. Ze beten haar, en rode puntjes op haar arm zouden hiervan het gevolg zijn. MvdH kon deze waarneming niet bevestigen. Aan de aanwezigheid van ongedierte twijfelde patiënte niet. De ongediertebestrijdingsdienst was opnieuw langs geweest en zou de aanwezigheid van de diertjes hebben bevestigd (het is niet duidelijk hoe ze dat hebben vastgesteld en wat ze bedoelden, maar Rosaline voerde dit klaarblijkelijk aan ter ondersteuning van haar klacht). Tot actie was men echter niet overgegaan. Het huis *was* immers al gereinigd en verder schoonhouden was de verantwoordelijkheid van de bewoner. De zekerheid over de diertjes en de noodzaak ze te bestrijden maakten een waanachtige indruk en misten de ambivalentie die typerend is voor OCS, en die bij intake en in het vorige gesprek waren verwoord: 'Misschien is het overdreven, maar je weet maar nooit. Ook al is de kans klein, ik wil niet

het risico lopen,' enzovoort. Het waarnemen van de diertjes en de voor de therapeut niet zichtbare rode plekken op de huid leken waarnemingsstoornissen. Voor een CGT gericht op de angst voor diertjes was geen plaats meer: 'Mijn angst is het probleem niet, het zijn die rotbeesten! De enige oplossing is verhuizen.' Dit leek op een psychotische ontwikkeling.

De huisarts werd gebeld en ging op huisbezoek. Alleen de woonkamer bleek in gebruik. Andere kamers waren afgesloten, deurkieren en sloten afgeplakt, en huisraad ingepakt. Patiënte sliep op de bank, met de benen op tafel, omdat het achterste deel van de bank besmet was. De huisarts was hierover minder verontrust dan wij. MvdH en de geconsulteerde psychiater van de poli (auteur AdL.) meenden dat verwijzing voor gespecialiseerde hulp snel geboden was. Waarnaartoe zou besloten worden na verder overleg met patiënte.

In een volgend gesprek werd de dagbesteding nog eens doorgenomen. Patiënte nam enige slaapmedicatie, maar nooit meer dan 10 mg temazepam. Ook dronk ze meestal alcohol voor het slapengaan, maar nooit meer dan drie glazen: 'Echt, anders word ik misselijk.' Gebruikte ze wellicht andere drugs? Nou ja, 'vier of vijf muizenlijntjes' cocaïne, dagelijks, wel te verstaan. Cocaïne gaf haar de energie die ze miste door haar slaapttekort.

Achtergrond

Rosaline vertoont een typisch beeld van parasietenwaan of infestatiëwaan, een syndroom dat in 1938 beschreven werd door Karl-Axel Ekblom en vroeger werd aangeduid als het 'syndroom van Ekblom': de beleving dat er beestjes of parasieten op of in de huid van de patiënt leven, en vaak ook in zijn leefomgeving (Hinkel, 2010). De patiënt voelt en ziet de beestjes zelf wel, maar andere mensen zien ze niet. Kenmerkend voor het beeld van infestatiëwaan is dat patiënten er in hoge mate, zo niet volledig, van overtuigd zijn dat hun klachten veroorzaakt worden door beestjes. Hier zien we direct een belangrijk onderscheid tussen dit beeld en OCS-patiënten die bang zijn dat ze dreiging of besmetting niet kunnen uitsluiten. Het gaat niet om angst voor insecten, of een obsessie rond een mogelijke bacteriële infectie, maar om een vaste overtuiging dat de beestjes er zijn en dat ze de facto schade aanrichten (Hinkel, 2010). Vaak krabben patiënten hun huid kapot vanwege de jeuk of in een poging om de beestjes uit het lichaam te verwijderen. Ook zijn patiënten vaak bezig om anderen hiervan te overtuigen. Patiënten komen dan aanzetten met een doosje of zakje met 'bewijzen', zoals kleine stukjes stof, haar, huidschilfers, kleine dode insecten of ander materiaal. Ongeveer de helft van de patiënten doet dit (Freudenmann et al., 2012). Soms hebben mensen een hallucinatie waarin ze de beestjes zien. Dit lijkt echter secundair aan de waan, en niet als primair symptoom voorop te staan (zoals dit wel het geval is bij beestjes zien tijdens een delier).

Het syndroom valt binnen het psychosespectrum en kan voorkomen binnen het kader van een psychotische stoornis. Meestal krijgen mensen de

diagnose 'waanstoornis, somatisch type'. Het syndroom kan ook samen met andere psychische aandoeningen voorkomen. Het beeld komt niet vaak voor. In drie jaar tijd komen er zo'n vijf gevallen binnen bij de polikliniek dermatologie, op een regio van één miljoen mensen (Lepping, Baker, & Freudemann, 2010). Maar schattingen van het aantal mensen dat ermee behept is (die veelal niet bij de dermatoloog komen) lopen op tot 83 mensen per miljoen (Lepping et al., 2010). Meer vrouwen dan mannen krijgen het, vaak pas op latere leeftijd. Behalve dat het syndroom niet vaak voorkomt, is er nog een reden dat psychologen er in hun praktijk weinig mee te maken krijgen: patiënten komen zelf over het algemeen het liefst bij specialisten op het gebied van tropische ziekten, bij ongediertebestrijders van de GGD of bij de dermatoloog. Een enkele keer wordt de problematiek als een psychologisch probleem herkend – en bijvoorbeeld als dwangmatig poetsen gezien – en worden patiënten weleens verwezen naar een behandelplek voor OCS, zoals in het voorbeeld hierboven.

Vervolg casus 1: Rosaline

Rosaline vertelde aan het einde van de sessie dat ze zo zou kunnen minderen of stoppen met de cocaïne. Geopperd werd dat dit misschien een goed idee was. Daarvan was ze niet overtuigd, maar als de therapeut het een verstandig voornemen vond, wilde ze het best proberen.

Bij het volgende gesprek ging het beter, vond patiënte. Ze sliep wat meer en poetste wat minder. Het cocaïnegebruik was teruggebracht naar één à twee muizenlijntjes. Ze was in twee weken drie kilo aangekomen. MvdH vond haar nog steeds verward, maar wel wat minder. Psychiater AdL sloot aan en meende ook een enigszins psychotische ontwikkeling te ontwaren. Na overleg wilde patiënte wel antipsychotische medicatie proberen: 10 mg olanzapine.

Commentaar

MvdH belde een collega (auteur TS) die zich toelegt op de behandeling en bestudering van psychotische problemen. De collega was geïnteresseerd, verrast en wist waarover het ging. 'Interessant, daar ben ik net mee bezig. Heeft alle kenmerken van een allang geleden beschreven beeld: infestatiewaan, zoek maar op. Behandeling? Antipsychotische medicatie, en stoppen met de coke.'

Patiënte kwam (voor de vijfde keer) naar de poli. Ze was aanzienlijk coherenter, nog eens twee kilo aangekomen en helemaal gestopt met de coke. Ze at nu elke dag bij haar moeder en sliep 's avonds weer thuis. Voor het eerst in maanden had ze de keukendeur geopend en was op het balkon in de zon gaan zitten. Dit beviel haar goed. Ja, dan kunnen er diertjes naar binnen waaien, maar: 'Eigenlijk boeit het me niet zo meer, die mijten. Misschien kan ik ze be-

ter met rust laten, denkt u ook niet?’ Er werd beaamd dat dit een verstandige gedachte leek. Patiënte begon zich eraan te storen dat de wasmand in de kamer stond. Dit vond ze onhandig. Bedacht werd dat een systematisch heroveren van het huis, het opnieuw in gebruik nemen van de verschillende kamers, het opnieuw gebruiken van het gasfornuis, enzovoort, een goede en aangepaste vorm zou kunnen zijn van de exposurebehandeling die eertijds werd overwogen. Afgesproken werd dat de wasmand zou worden weggehaald uit de kamer. Ook zou patiënte weer in het park gaan wandelen met de honden van haar moeder. Het risico dat er diertjes uit de bomen konden vallen, op patiënte en op de honden, zou op de koop toe genomen moeten worden.

Twee weken later kwam patiënte goedgemutst naar de poli. Ze had het helemaal gehad met die diertjes. ‘Als ik ze met rust laat, laten ze mij ook met rust,’ meende ze inmiddels. Het huis was onderworpen aan een korte maar efficiënte schoonmaak. Er was één terugval geweest. Ze had een vermeende mijthaard in de kamer schoongemaakt met veel chloor. Ze sliep nog in de woonkamer (‘Maar dat deed ik hiervoor ook al, in verband met de tv’) en was een dag lang misselijk geweest. Dit kwam niet door de diertjes, maar door het chloor, meende ze. Die grote schoonmaak met chloorproducten was achteraf stom geweest, aldus Rosaline. Ook dit werd voorzichtig beaamd. Het voornemen om het gebruik van cocaïne te blijven vervangen door het gebruik van olanzapine werd toegejuicht, net als het plan om ongediertebestrijding terug te brengen tot gewoon schoonmaken, net als vroeger.

Telefonisch overleg in de weken daarna suggereerde dat de verbetering gehandhaafd bleef. Dit werd bevestigd tijdens een laatste polibezoek. De stemming van patiënte was goed, haar denken, aandacht, spraak en taal waren probleemloos, en ze woog al 52 kilo. Het zat haar dwars dat ze niet had kunnen genieten van de zomer van afgelopen jaar: ‘Zo zonde van die zomer! Wanneer heb ik nu de zon gezien?’ In de periode dat het zo slecht ging was ze boos geworden op haar broer en diens vriendin, omdat die moeder te weinig steunden. Ze had hen op Facebook uitgemaakt voor rotte vis. Hiervan had ze spijt, maar gelukkig was een en ander vorige week bijgelegd. Terugblikkend vertelde ze dat het vaak wel meer was dan die vier of vijf lijntjes coke: ‘Misschien wel negen of tien. Ik sliep zo slecht, maar moest energie hebben voor het poetsen. En dan legde ik een lijntje, eigenlijk zonder erbij na te denken.’ Achteraf vond ze het onhandig om vermoeidheid te bestrijden met cocaïne: ‘Dat kan ik dus maar beter niet meer doen.’ Dit werd volmondig beaamd.

Behandelopties

Zoals gezegd zien patiënten met dit syndroom meestal de beestjes als de oorzaak van hun problemen. Een verwijzing naar een psycholoog mondt om die reden zelden uit in een afspraak (Kemperman & Vulink, 2017). Behandeling bestaat momenteel voornamelijk uit onderzoek en consulten door een dermatoloog. De therapeutische relatie tussen de dermatoloog en de patiënt

is in deze gesprekken in sterke mate van invloed op de behandeling. Op het moment dat de specialist duidelijke twijfels uit over de overtuiging van de patiënt, bestaat het risico dat de patiënt de behandeling voortijdig afbreekt. Een eerste advies is dat de specialist in dit geval uit een welles-nietesdiscussie blijft om de behandeling voort te kunnen zetten. Idealiter wordt gekozen voor behandeling van de huidafwijkingen, in combinatie met antipsychotica als amisulpride, risperidon of olanzapine (Lepping, Huber, & Freudenmann, 2015). Onderzoek naar de optimale behandelduur voor medicatie ontbreekt (Jagt et al., 2014), maar de ervaring leert dat patiënten doorgaans maandenlang behandeld moeten worden en dat de kans op terugkeer van de symptomen blijft (Kemperman & Vulink, 2017). Antipsychotica helpen goed bij meer dan de helft van de patiënten met dit soort klachten, zo suggereerde een studie met vijftig patiënten (Bhatia, Jhanjee, & Srivastava, 2013).

Een tweede belangrijk advies is om, zoals bij Rosaline, navraag te doen naar middelengebruik. Gebruik van middelen kwam in een meerlandenstudie voor bij maar liefst 30% van de 92 patiënten met een infestatiëwaan, en betrof vooral amfetaminen en cannabis (Lepping et al., 2017). Deze drugs zorgen mogelijk voor vreemde lichamelijke sensaties en een verstoorde betekenisgeving, die ten grondslag kunnen liggen aan infestatiëwaan.

In aanvulling kan ten slotte cognitieve gedragstherapie worden ingezet. Er is nog geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effectiviteit van CGT bij infestatiëwaan, maar CGT bij psychose is wel veel onderzocht. CGT is effectief bij waanklachten, maar de effectgrootte is bescheiden (Knowles, McCarthy-Jones, & Rowse, 2011; Mehl, Werner, & Lincoln, 2015; Moorhead & Turkington, 2001). CGT bij psychose kenmerkt zich door de toepassing van reguliere CGT-technieken, altijd vanuit een individuele conceptualisatie, die samen met de patiënt wordt gemaakt zodat het cognitieve model helder wordt voor de patiënt (Korrelboom & ten Broeke, 2014). Een ander kenmerk is dat niet te veel direct gericht wordt op de centrale waanopvatting, maar dat er veeleer vanuit de eigen werkelijkheidsbeleving van de patiënt wordt gekeken naar stukjes twijfel in de ‘periferie’ van de waan, dat het nut van zijn ontwikkelde gedragsstrategieën wordt onderzocht en getoetst, en dat eventueel bepaalde denkstijlen onder de loep worden genomen, zonder direct in te gaan op de waarheid of onwaarheid van de overtuigingen (van der Gaag, Staring, van den Berg, & Baas, 2013).

CASUS 2: SANDRA

.....

Sandra is een 71-jarige vrouw uit Enschede met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis, die zich op advies van haar dermatoloog wil laten behandelen door een psycholoog. Haar voornaamste klachten – stress en somberheid – zijn volgens haar het gevolg van zilvervisjes, die haar het leven zuur maken.

Sandra slaapt minder goed, en is uren per dag bezig om haar huis, kleding en huid schoon te maken en te inspecteren. Ze zet alles op alles om de zilvervisjes te bestrijden. Hierdoor verslechtert het contact met vrienden en familie, en komt ze er niet toe om zich te verdiepen in haar geschiedenisboeken, waar ze voordien graag in las. De psycholoog die gedurende acht sessies de behandeling zal verzorgen (auteur KH) vanuit een intensief ggz-behandelteam (*assertive community treatment*) laat zich tijdens dit behandeltraject adviseren door een collega met expertise in psychosebehandeling (auteur TS). Tijdens de behandeling is er tevens regelmatig contact met de dermatoloog, die hoofdbehandelaar blijft (auteur PK) en betrokken is bij het beloop.

Sandra komt zelfstandig naar de instelling voor de eerste sessie. In de wachtkamer ontmoet KH een vriendelijke en nette dame. Ze heeft net op tijd de metro gehaald om tijdig op de afspraak te kunnen zijn, en heeft erg uitgekeken naar het gesprek. Terwijl ze haar jas uittrekt, geeft Sandra aan geschiedenis te hebben gestudeerd. Ze heeft zich de laatste jaren van haar loopbaan veel verdiept in ayurveda. Dit helpt haar nu ook in deze moeilijke tijd, vooral nu haar vrienden en kinderen zich zo weinig laten zien. Terwijl Sandra naar haar stoel loopt, vertelt ze nog meer studies en cursussen te hebben gevolgd. Onder andere heeft ze zich verdiept in het boeddhisme, heeft ze met een professor uit Amerika een complexe theoretische scriptie geschreven en is ze wetenschapsassistent geweest. KH geeft aan onder de indruk te zijn. Ze stelt voor om de intake te starten en later terug te komen op de werkervaring en scholing van Sandra.

Tijdens de kennismaking wordt direct duidelijk dat Sandra zich ernstig zorgen maakt over de zogeheten 'zilvervisjes' die ze in en om haar huis en lichaam beleeft. Ze vertelt veel en snel, en schakelt regelmatig over naar een nieuw voorbeeld waaruit zou moeten blijken dat zilvervisjes haar woning en spullen aantasten. Het gaat volgens Sandra om honderden beestjes, waarvan ze er gemiddeld één tot vijf per week tegenkomt. De reden dat het er niet nog meer zijn is dat ze haar huis zorgvuldig schoonmaakt en inspecteert. De zilvervisjes zitten soms in haar kleding, in het parket, het servies, de boeken, de muren en de meubels. Uit haar tas haalt Sandra al pratende een schoteltje tevoorschijn met daarop een donker vlekje: 'Kijk, dit is er een. Hij heeft zich genesteld in dit schoteltje. Rotzakjes zijn het!'

Daarnaast zit het huis ook onder een wittig soort 'plak' of schimmel (meeldauw). Naar haar zeggen komt dit van de appelboom uit de tuin. Ze komt het tegen op haar ramen, het aanrechtblad en op de spiegels. Sandra ziet een verband tussen de plak en de zilvervisjes, maar is er nog niet helemaal uit hoe dit zit. De plak en de visjes zijn er sinds een jaar. Ze zijn gekomen in een voor

- 1 Zilvervisjes zijn insecten met een lang en plat lichaam van 12 tot 30 mm lang. De kleur van het insect is glanzend grijs (zilver). Ze komen in veel huishoudens voor. Zilvervisjes bevinden zich vaak tussen muren, in parket, isolatiemateriaal, boeken en op andere beschermde plaatsen. De diertjes zijn niet schadelijk.

haar moeilijke periode vlak na het overlijden van twee goede vriendinnen. De oorzaak van de zilvervisjes is volgens Sandra helder: de buurvrouw heeft Sandra's raam naar de achtertuin in het voorjaar open laten staan. Momenteel is ze een groot deel van de dag (zes uur) bezig met schoonmaken. De GGD (plaagdierenaanpak) is langs geweest, kleding wordt in biologische zakken verpakt en vrijwel alles wordt voortdurend gecheckt. Eerder at Sandra zelfs niet thuis, uit angst dat er een zilvervisje in haar eten zou belanden. Inmiddels durft ze weer aan haar eigen keukentafel te eten.

Naast de stress ten gevolge van de zilvervisjes (die Sandra op een schaal van nul tot tien gemiddeld als acht ervaart), voelt ze zich ook alleen. Eenzaamheid lijkt een centraal thema. Ze mist het wonen in de stad, met haar vrienden, dochters en kleinkinderen om zich heen. Daarnaast mist ze de drukte van het werkende leven. Sandra ervaart het ouder worden als een last. Graag zou ze nog veel ondernemen, maar Sandra vindt dat dit niet meer kan, omdat haar tijd opgaat – en ook *moet* opgaan – aan schoonmaken. Op de vraag: 'Stel dat je dochters meer bij je betrokken zouden zijn en jij veel te doen zou hebben, zou je dan last hebben van de zilvervisjes?' antwoordt ze dat ze er dan mogelijk wat minder mee bezig zou zijn. Na een stilte benadrukt Sandra dat ze het vooral erg vindt dat de zilvervisjes aan haar spullen zitten. Een huis vol zilvervisjes die van haar spullen afblijven zou haar minder deren. Haar grootste wens is dat ze haar huis en spullen terugkrijgt, en dat de zilvervisjes voor eens en altijd wegblijven. Als de zilvervisjes er niet waren, zou Sandra terug naar Enschede verhuizen en gaan lesgeven. Wie weet zou ze weer gaan zingen, wat ze vroeger ook deed. Misschien zou ze bij een club gaan om mensen te ontmoeten, schrijven, koffie drinken in het café, vrienden en familie opzoeken, en meer boeken lezen over geschiedenis: 'Wie weet, zou ik daar af en toe les over kunnen geven of een lezing.'

Sandra geeft aan blij te zijn dat ze haar verhaal kan doen. Het valt haar op dat ze zich normaal gesproken veroordeeld voelt of dat ze te horen krijgt dat het niet waar is wat ze beleeft: 'Mensen om me heen willen er niets meer over horen. Ze geloven het niet en willen me niet helpen. Ik durf er bijna niet meer over te beginnen! Als mijn dochters in april vaker waren langsgekomen om te helpen de boekenkast schoon te maken, dan was het misschien nooit zo vergekomen.' Sandra geeft aan zich verdrietig te voelen en eenzaam te zijn. Ze vindt het heel erg dat mensen haar niet geloven.

Commentaar

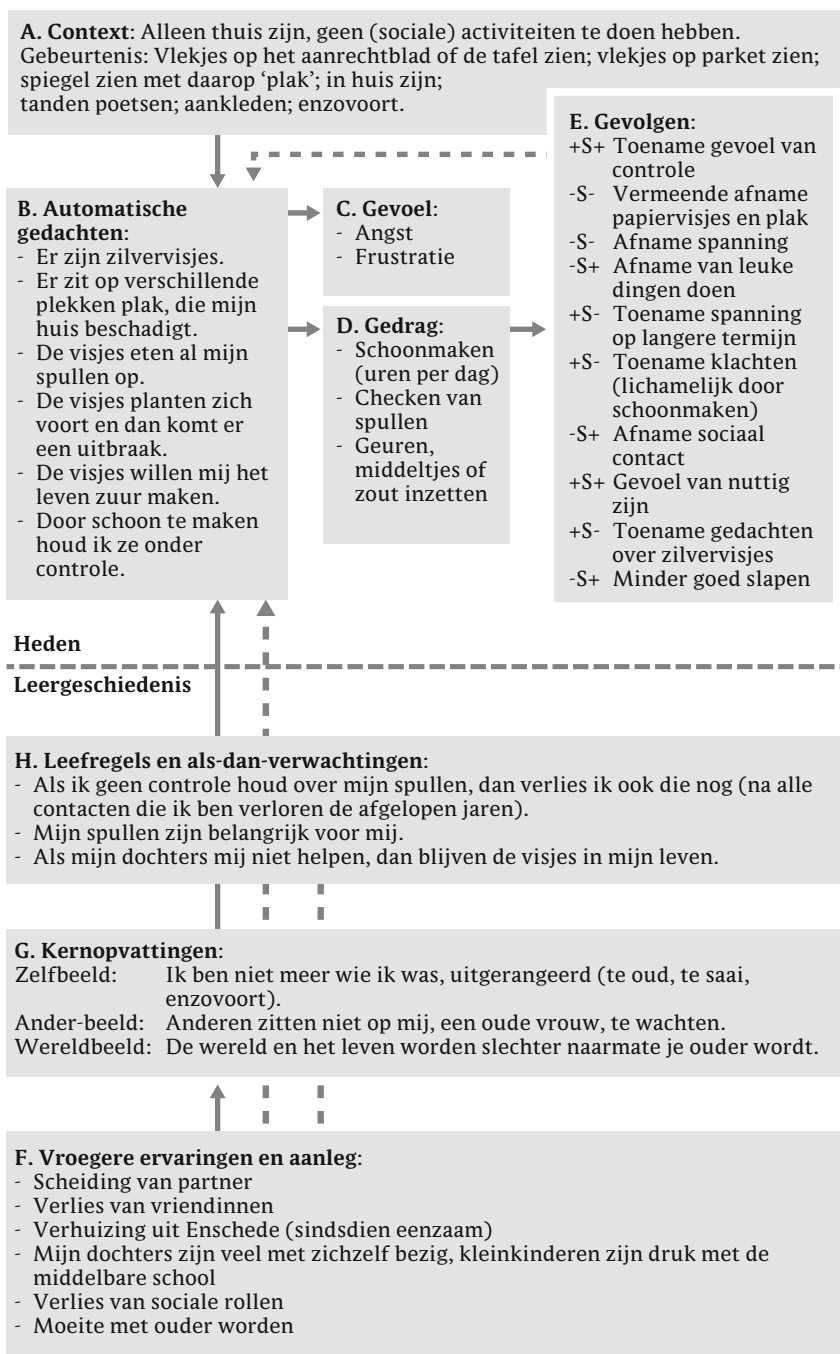
Al pratende wordt snel duidelijk dat vrijwel iedereen in de omgeving van Sandra haar werkelijkheid – de zilvervisjes – ontkent of tegenspreekt, wat de last en lijdensdruk bij haar lijken te vergroten. Net als bij ernstige achterdocht in het geval van een psychose lijkt een open, warme en nieuwsgierige attitude van de hulpverlener zeer gewenst.

Tijdens de intake worden twee meetinstrumenten afgenomen. Op de BDI-II, een zelfinvullijst voor somberheid (Beck, Steer, & Brown, 1996), scoort Sandra 18 (milde depressieve symptomen). Op de DACOBS, een zelfinvullijst over typische denkvalkuilen die veel bij psychose voorkomen (Bastiaens et al., 2013), scoort Sandra 165 (zeer hoog in vergelijking met een normale populatie). Ze herkent bij zichzelf vooral een neiging om snel, op basis van relatief weinig informatie, conclusies te trekken, en weinig te heroverwegen op basis van nieuwe of mogelijke aanvullende informatie. Dit wordt *jumping to conclusions* genoemd (Dudley, Taylor, Wickham, & Hutton, 2015). Ook herkent ze zich in het inflexibel zijn in overtuigingen (zeer hoog), aandacht voor gevaar (hoog) en externe attributie (hoog). Ze herkent zich minder goed in sociale-cognitieproblemen (benedengemiddeld) en in subjectieve beleving van cognitieve problemen (benedengemiddeld).

Nadat er psycho-educatie en uitleg over de rationale van CGT (Gedachten Uitpluizen) gegeven zijn, krijgt Sandra een registratieopdracht mee om haar overtuigingen, gedrag en gevoelens in kaart te brengen. Daarnaast mag ze alles op internet opzoeken wat er beschreven staat over zilvervisjes.

Eerste sessies en casusconceptualisatie

In de twee daaropvolgende sessies wordt gewerkt aan de therapeutische relatie. KH vraagt Sandra op een socratische manier ‘honderduit’ over de zilvervisjes. Het gezamenlijk opstellen van de casusconceptualisatie (zie figuur 1), en van de functie- en betekenisanalyses, lijkt de band tussen therapeut en patiënte te versterken, en al iets van twijfel te brengen over de noodzaak van het urenlange schoonmaken in huis. Er lijkt bijvoorbeeld tussen het eerste en het tweede gesprek een kleine verschuiving te ontstaan, van: ‘Het is extreem vervelend en ze moeten bestreden worden’ naar: ‘Het is extreem vervelend, maar ik wil me niet laten kisten en wel mijn andere levensdoelen behalen.’ Doelen worden onder andere: (1) weer dingen gaan ondernemen (zoals elke dag lezen in een boek over geschiedenis, een oud-leerling contacteren voor koffie); (2) haar kleren weer kunnen dragen; en (3) maximaal twee uur per dag schoonmaken. Sandra voert de registratieopdrachten zeer zorgvuldig uit. De formulieren waarop ze de registraties heeft uitgewerkt zijn van kant tot kant beschreven. Over de zilvervisjes heeft Sandra redelijk wat informatie kunnen vinden, bijvoorbeeld dat ze meestal in boeken en parket zitten, en hoe ze eruitzien. Ook ontdekt ze dat ze niet gevaarlijk zijn. Ze is er nog niet achter of er meerdere mensen op dezelfde manier last van hebben als zij.



FIGUUR 1 Casusconceptualisatie Sandra

Interventiefase

218

In de daaropvolgende gesprekken wordt gekozen voor cognitieve interventies gericht op de perifere overtuigingen. Met perifere overtuigingen wordt in de CGT voor wanen bedoeld dat niet het centrale waanidee wordt onderzocht ('De zilvervisjes zijn er echt!'), maar de conditionele ideeën daaromheen. Bij Sandra betreft dit het idee dat haar spullen erg belangrijk zijn, het idee dat haar methoden om haar spullen te beschermen effectief zijn en haar idee dat het de intentie of beweegreden van de insecten is om haar het leven zuur te maken. Dit wordt gedaan middels cognitieve uitdaagtechnieken, exposure, responspreventie en gedragsexperimenten. Sandra wordt ook gevraagd de zilvervisjes te blijven tellen en ze het liefst in een potje te bewaren. Na een duidelijke ervaring vanaf de eerste paar sessies ('Zowaar voel ik me beter en zijn er minder zilvervisjes dan begin deze maand'), breekt Sandra haar enkel en moet ze met krukken lopen. Ze kan moeilijk met de tram naar de stad komen voor de sessies. Sandra zegt dat de beestjes weer volledig terug zijn. Ze voelt zich moedeloos worden. Na een gesprek bij de dermatoloog krijgt ze in de week die volgt haloperidol 1 mg voorgeschreven.

Er wordt door de psycholoog gekozen voor huisbezoeken, vanwege de verminderde mobiliteit van Sandra. Zulke bezoeken bieden bovendien de mogelijkheid om gedragsexperimenten te doen in de context waarin het probleem zich voordoet. Sandra lijkt blij verrast wanneer KH voor het eerst bij haar huis arriveert. Toevallig ziet de psycholoog vlak na binnenkomst in de garage bij Sandra een klein insect op de grond. Sandra grijpt in: het beestje wordt met een van haar loopkrukken gevangen en op een geeltje gedemonstreerd. 'Zie je wel! Dit zijn ze, dit bedoel ik nou!'

De situatie met het insect wordt direct socratisch uitgeplozen. Wat betekent een insect in je garage? Wie hebben er nog meer insecten in hun garage? Hoe gaan zij ermee om? KH herhaalt de rationale van de behandeling. Vervolgens geeft Sandra een rondleiding door het huis met toelichting waar de beestjes en de plak vooral zitten. Na de thee wordt de agenda besproken en worden interventies voor de sessie gezamenlijk gekozen. KH legt uit hoe gedragsexperimenten werken en waarom deze interventies passend zijn. Als huiswerk voor de komende week zal Sandra een make-upspiegeltje in de badkamer achterlaten om te kijken of haar voorspelling – dat ook hier plak opkomt – uitkomt. Verder zal ze een wollen trui dragen waarvan ze verwacht dat deze vol zilvervisjes zit. De sessie daarna geeft Sandra aan dat ze de trui wel heeft aangehad, maar dat er geen visjes in zaten. Ook geeft ze aan dat er geen plak op het spiegeltje zit, hoewel het een week lang heeft gelegen op een plek waar volgens Sandra normaal gesproken veel plak verschijnt. Sandra is er ten volste van overtuigd dat er momenteel veel minder zilvervisjes en plak zijn omdat het buiten kouder is geworden, en dat dit de verklaring is.

In de volgende sessie komt ter sprake dat Sandra ruzie heeft gehad met haar oudste dochter. Conflicten en onuitgesproken zaken in de familiesfeer

zorgen voor veel stress bij Sandra, mogelijk houden ze zelfs (indirect) verband met haar klachten (zie figuur 1). Ze benoemt opnieuw dat het haar erg zwaar valt om het gevoel te hebben mensen om zich heen kwijt te raken. Ze zou lang niet zoveel last hebben van de beestjes als haar dochters haar zouden helpen en er wat meer voor haar zouden zijn. Dan komt ook het overlijden van haar vriendinnen ter sprake, vlak voor de klachten ontstonden: 'Ik houd graag controle over dingen. Nu ik mensen verloren heb, staan mijn spullen voor wie ik ben.' Na dit gesprek worden nieuwe betekenisanalyses gemaakt met de verkregen informatie. Sandra geeft aan nauwelijks gehuild te hebben over het verlies. Als opdracht gaat Sandra de komende week fotoboeken bekijken, en stilstaan bij herinneringen aan haar overleden vrienden en andere gebeurtenissen uit het verleden, om ruimte te geven aan het verdriet. Daarnaast blijft het afbouwen van het schoonmaakgedrag, registratie, en de inzet van gedragsexperimenten de focus in de behandeling. Zo wordt onderzocht of de zilvertisjes zich ook in een boek van KH zullen nestelen wanneer KH dit boek een week achterlaat in het huis. Verder wordt gekeken of de plak ook op de badkamerspiegel komt wanneer Sandra er een week lang niet aan komt. Uit de registratieopdrachten komt naar voren dat als Sandra meer sociale contacten heeft gehad die week, bijvoorbeeld met haar kleinkinderen, zij minder last heeft van de zilvertisjes en de plak. Sandra ziet niet direct een logisch verband tussen deze zaken. Zij geeft ook aan het fijn te vinden als er iemand langskomt en haar aanhoort. Wanneer de laatste drie sessies naderen, wordt er door haar benadrukt dat acht sessies wel erg weinig zijn voor de situatie waarin ze zich bevindt. Dit wordt beaamd door KH.

Afsluiting CGT

De laatste sessie geeft Sandra aan dat ze het fijn vond om stil te staan bij het verdriet en de herinneringen uit haar leven. Er wordt behalve de naming (BDI: minimale depressieve symptomen; DACOBS: van zeer hoog naar hoog; met een kleine afname op alle drie de schalen van de cognitieve biases) geëvalueerd, en er wordt op basis van de evaluatie besloten Sandra te verwijzen voor systeemtherapie (vanwege de conflicten met haar dochters) en vervolgbehandeling CGT bij het AMC. De mate waarin zij last heeft van haar klachten wisselt nog sterk, maar het aantal uren dat zij spendeert aan schoonmaken is veranderd. Dit gebeurt nu nog drie uur per dag, waar het voorheen zes uur was. Sandra heeft oude contacten aangehaald. In tegenstelling tot eerder ervaart ze hoop op beterschap.

Nabespreking en slotconclusies

CGT bij wanen – De laatst besproken behandeling verheldert het belang van niet in discussie gaan, om zo een goede therapeutische relatie te kunnen opbouwen. De motivatie voor de vaak spannende en confronterende gedrags-

experimenten en cognitieve interventies werd hierdoor versterkt. Het was volgens Sandra zelf ook belangrijk om vertrouwen te ervaren en haar verhaal kwijt te kunnen, voordat zij zich bereid voelde om naar haar gedrag te kijken en er veranderingen in aan te brengen. Het samen schetsen van de casusconceptualisatie was een goede eerste stap. Deze is uitgevoerd zoals beschreven staat in het handboek *Gedachten uitpluizen* en in *Psychose* (van der Gaag et al., 2013; van der Gaag, Staring, & Valmaggia, 2012). Daarnaast werd duidelijk dat de therapeut altijd goed met de patiënt moet kijken naar de doelen van de therapie. Deze moeten haalbaar zijn en concreet geformuleerd worden. Een huis dat vrij is van beestjes en insecten is vaak de wens van de patiënt, maar een lastig te bereiken doel. Wel kan er, zoals in de beschreven behandeling, overeenstemming komen over bijvoorbeeld het terugbrengen van het schoonmaakgedrag of het uitbreiden van sociale contacten.

Wat betreft de interventies is het gewenst om de focus te verleggen van de centrale overtuiging ('Er zijn beestjes') naar de perifere overtuigingen ('Insecten hebben het op me gemunt', 'Insecten kunnen een aanrechtblad opeten', of 'Spullen staan voor wie ik ben'). Wanneer de overtuiging namelijk *direct* wordt 'aangevallen' (zoals patiënten dit vaak beleven), kan dit afbreuk doen aan de therapeutische relatie, en kan de overtuiging zelfs sterker worden of ingekapseld raken. Zo kwam Sandra na het eerste experiment met de trui al snel met alternatieve verklaringen waarom er juist nu geen zilvervisjes inzaten ('Vanwege de kou'). Haar eerste reactie op het gedragsexperiment houdt de centrale waan in stand (*bias against disconfirmatory evidence*; Ward & Garety, 2017). Het is in het geval van hardnekkige wanen gewenst om dergelijke experimenten vaak te herhalen, om patiënten zo veel mogelijk expliciet te laten leren en om eventueel de centrale waan te laten bestaan. Hier is in de bovenstaande behandeling ook voor gekozen. In dit geval werd vooral het ongewenste gedrag aangepakt. Ook kan het helpen om de 'gezonde kant' te versterken en aangename activiteiten uit te breiden. Dit kan samenvallen met responspreventie van ongewenst gedrag (koffie drinken met de buurvrouw in plaats van schoonmaken).

Bredere focus – De beschrijving van deze korte CGT-behandeling laat zien dat er bij mensen met dit soort klachten mogelijk ook op een ander niveau in stand houdende factoren zijn, die maken dat iemand gefocust raakt of blijft op het bestrijden van beestjes. Opvallend is bijvoorbeeld het ontkennende antwoord van Sandra op de vraag of ze net zoveel met de beestjes bezig zou zijn als haar dochters er meer voor haar zouden zijn. Voor Sandra waren het gevoel van verlies van haar rol en identiteit in de samenleving, het ouder worden, en haar dochters die steeds drukker worden met hun eigen leven, samen met het overlijden van vriendinnen, belangrijke factoren die maakten dat zij zoveel tijd bleef besteden aan het schoonmaken. Het zou kunnen dat de afname van sociaal contact en de onzekerheid hierover tot gevolg hadden dat Sandra als coping haar focus legde op compulsief schoonmaken.

Ook vertelde ze met tranen in haar ogen dat haar kleinzoon zich opeens 'te oud' vond om nog elke week op dinsdag bij oma te komen logeren, als zijn ouders werkten. Sandra's verklaring waarom ze nu zo veel minder contact had was dikwijls: 'Omdat ik bezig moet zijn met de zilvervisjes.' Mogelijk was daarnaast het wegvallen van sociaal contact een faciliterende factor, omdat wanneer mensen alleen zijn, hun opvattingen minder gecorrigeerd en gecheckt worden door de sociale omgeving. In het geval van Sandra is vervolgbehandeling middels CGT geïndiceerd, omdat ondanks het effect van deze acht sessies de lijdensdruk nog aanwezig is en er mogelijk meer doelen kunnen worden gehaald. Daarnaast heeft Sandra duidelijk behoefte aan het verbeteren van haar relatie met haar dochters. Mogelijk (zie de casusconceptualisatie in figuur 1) komt er een verandering in de focus op de zilvervisjes wanneer deze relatie verbetert. En wat zou er gebeuren wanneer Sandra weer meer zelfvertrouwen en gevoel van identiteit ervaart omdat ze af en toe gastles geeft? Of wanneer ze nieuwe mensen zou ontmoeten? Beide patiënten hadden bepaalde sociale verlieservaringen in de voorgeschiedenis. Sociaal isolement kan wellicht zowel een medeoorzaak, een in stand houdende factor, als een gevolg zijn bij dit syndroom. Bij psychose in het algemeen is sociale activiteit een klinisch relevante voorspeller voor beter herstel (Bjornestad et al., 2017).

TOT BESLUIT

.....

Samenvattend kunnen we stellen dat de hierboven beschreven symptomen weinig ter sprake komen in de gesprekskamer van de psycholoog. Het is belangrijk om expliciet te informeren naar deze klachten wanneer er een vermoeden heerst van infestatiëwaan. Die komt met name voor bij iets oudere vrouwen (Freudenmann et al., 2012). Daarnaast is goede diagnostiek gewenst voor het differentiëren tussen OCS en infestatiëwaan. Betrek waar mogelijk collega's en werk multidisciplinair, om ook somatische en verslavingsoorzaken te kunnen uitsluiten of te behandelen. Verder is het interessant om CGT te overwegen, waarbij de protocollen van Gedachten Uitpluizen (www.gedachtenuitpluizen.nl) goed aansluiten, omdat ze handvatten bieden voor omgang met een vastzittende waan. Infestatiëwaan is een relatief onbekend syndroom, waarvan zowel de psychologische als de neurobiologische aspecten nader onderzoek verdienen.

Kim Helmus is gz-psycholoog bij het Amsterdam UMC, afdeling Vroege Psychose, en bij de afdeling VIP Arkin Amsterdam.

Patrick Kemperman is dermatoloog bij het Amsterdam UMC, afdeling Dermatologie, subunit Psychodermatologie, en bij het Waterlandziekenhuis Purmerend, afdeling Dermatologie.

Aart de Leeuw is psychiater bij het Altrecht Academisch Angstcentrum, Altrecht GGZ Utrecht.

Marcel van den Hout is hoogleraar klinische psychologie en experimentele psychopathologie, Universiteit Utrecht, en klinisch psycholoog bij het Academisch Angstcentrum Altrecht, Altrecht GGZ Utrecht.

Tonnie Staring is klinisch psycholoog bij de afdeling ABC Vroege Psychose, Altrecht GGZ Utrecht.

Correspondentieadres: Kim Helmus, Amsterdam UMC, Meibergdreef 5, 1105 AZ Amsterdam. E-mail: klhelmus@amc.uva.nl

Summary *Delusional parasitosis: what does it look like and what to do?*

Delusional parasitosis – also known as ‘Ekbom’s syndrome’ – is the belief and experience of bugs or parasites living on or in the skin, and sometimes in the environment of the patient as well. The patient feels and sees them, but others do not. Often, the skin is scratched and damaged because of itches and attempts to remove the bugs from one’s body. Much time is spent on cleaning and protecting the body and materials throughout the house. Patients can also occupy themselves with convincing others, and they may present ‘proof’: skin flakes, small insects, hairs, et cetera. In this paper we present two case descriptions, with the aim to familiarize the reader with its clinical presentation, which may be similar to obsessive compulsive disorder. Antipsychotics are advised, as well as being attentive towards potential substance abuse, which can be a causal factor. Also, cognitive behavioral therapy for delusions can be helpful. This cognitive behavioral therapy model includes: not arguing about the delusion or beliefs of the patient; negotiating meaningful goals in a collaborative manner; a tailored approach based on a personalized conceptualisation; and a focus on peripheral beliefs, and on challenging the usefulness of dysfunctional behavioural strategies.

Keywords *delusional parasitosis, delusional infestation, Ekbom, delusion, delusion disorder, cognitive behavioural therapy, CBT, Gedachten Uitpluizen*

Literatuur

Bastiaens, T., Claes, L., Smits, D., de Wachter, D., van der Gaag, M., & de Hert, M. (2013). The Cognitive Biases Questionnaire for Psychosis (CBQ-P) and the Davos Assessment Of Cognitive Biases (DACOBs): Validation in a Flemish sample of psychotic patients and healthy controls. *Schizophrenia Research*, 147, 310-314.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.

Bhatia, M. S., Jhanjee, A., & Srivastava, S. (2013). Delusional infestation: A clinical profile. *Asian Journal of Psychiatry*, 6, 124-127.

Bjornestad, J., Hegelstad, W., Joa, I., Davidson, L., Larsen, T. K., Melle, I., ... Bronnick, K. (2017). ‘With a little help from my friends’: Social predictors of clinical recovery in first-episode psychosis. *Psychiatry Research*, 225, 209-214.

Dudley, R., Taylor, P., Wickham, S., & Hutton, P. (2015). Psychosis, delusions and the ‘jumping to conclusions’ reasoning bias: A systematic review

- and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 42, 652-656.
- Ekbom, K.-A. (1938). Der prasenile Dermatosenwahn. *Acta Psychiatry Neurology*, 13, 227-259.
- Freudenmann, R. W., Lepping, P., Huber, M., Dieckmann, S., Bauer-Dubau, K., Ignatius, R., ... Bewley, A. P. (2012). Delusional infestation and the specimen sign: A European multicentre study in 148 consecutive cases. *British Journal of Dermatology*, 167, 247-251.
- Hinkel, N. C. (2010). Ekbom syndrome: The challenge of 'invisible bug' infestation. *Annual Review of Entomology*, 55, 77-94.
- Jagt, Y. Q., Sutherland, A. L., Meijer, J. H., Oudijn, M. S., Kemperman, P. M., Vulink, N. C. C., & de Haan, L. (2014). Parasieten- of infestatiwaan: Een therapeutische uitdaging. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 158, A7548.
- Kemperman, P. M. J. H., & Vulink, N. C. C. (2017). Het beestje bij zijn naam noemen? Aanpak en behandeling van infestatiwaan. *Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie*, 27, 55-56.
- Knowles, R., McCarthy-Jones, S., & Rowse, G. (2011). Grandiose delusions: A review and theoretical integration of cognitive and affective perspectives. *Clinical Psychology Review*, 31, 684-696.
- Korrelboom, K., & ten Broeke, E. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Lepping, P., Baker, C., & Freudenmann, R. W. (2010). Delusional infestation in dermatology in the UK: Prevalence, treatment strategies, and feasibility of a randomized controlled trial. *Clinical and Experimental Dermatology*, 35, 841-844.
- Lepping, P., Huber, M., & Freudenmann, R. W. (2015). How to approach delusional infestation. *British Medical Journal*, 350, h1328.
- Lepping, P., Noorthoorn, E. O., Kemperman, P. M. J. H., Harth, W., Reichenberg, J. S., Squire, S. B., ... Bewley, A. (2017). An international study of the prevalence of substance use in patients with delusional infestation. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 77, 778-779.
- Mehl, S., Werner, D., & Lincoln, T. M. (2015). Does cognitive behavior therapy for psychosis (CBTP) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 6, 1450.
- Moorhead, S., & Turkington, D. (2001). The CBT of delusional disorder: The relationship between schema vulnerability and psychotic content. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 419-430.
- van der Gaag, M., Staring, T., & Valmaggia, L. (2012). *Handboek psychose*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- van der Gaag, M., Staring, T., van den Berg, D., & Baas, J. (2013). *Gedachten uitpluizen: Cognitief gedragstherapeutische protocollen bij psychotische klachten* (Derde druk). Oegstgeest: Stichting Cognitie en Psychose.
- Ward, T., & Garety, P. A. (2017). Fast and slow thinking in destressing delusions: A review of the literature and implications for targeted therapy. *Schizophrenia Research*. Epub ahead of print. doi: 10.1016/j.schres.2017.08.045

.....

Waar ligt de werkelijke cognitieve bias?

PIM CUIJPERS & ROBIN KOK

Samenvatting

.....

In een bijdrage aan het *Tijdschrift voor Gedragstherapie* schreef Wiers (2017) dat cognitieve bias modificatie wel degelijk werkt, ondanks dat meta-analyses minimale effecten laten zien. In deze bijdrage weerleggen we de belangrijkste argumenten van Wiers. Zo kan bij het schatten van de effecten niet alleen gekeken worden naar positieve trials, zoals Wiers voorstelt. Ook blijft publicatiebias een belangrijk probleem.

Trefwoorden: cognitieve bias modificatie, meta-analyse, depressie, angst, verslaving

Reinout Wiers schreef in de rubriek Forum van maart 2017 een artikel waarin hij betoogt dat cognitieve biasmodificatie (CBM) wel degelijk werkt (Wiers, 2017). Dit hoewel een serie recente meta-analyses slechts minimale effecten liet zien (Cristea, Kok, & Cuijpers, 2015, 2016; Cristea, Mogoase, David, & Cuijpers, 2015), waarbij het heel goed mogelijk is dat er helemaal geen klinisch relevante effecten van CBM zijn. Ondergetekenden zijn coauteur van deze meta-analyses over CBM en we willen in deze bijdrage enkele argumenten van Wiers weerleggen. De conclusie dat CBM niet of nauwelijks werkt, is nu eenmaal wat onze onafhankelijke literatuurstudie laat zien. Het voert te ver om alle tegenargumenten van Wiers te bespreken, dus gaan we alleen in op de twee meest in het oog springende.

Het eerste punt dat we willen aansnijden is dat Wiers met post-hoc-redeneringen probeert aan te tonen dat CBM wel degelijk werkt. Een van de belangrijkste post-hoc-argumenten is dat CBM alleen werkt als er ook effecten op de bias gevonden worden. De redenering is dat als de bias niet beïnvloed wordt, je ook geen effecten op psychopathologie mag verwachten. Het probleem is echter dat dit niet de manier is waarop we (gedrags)interventies in de biomedische wetenschappen beoordelen. Het zou hetzelfde zijn om in een meta-analyse alleen studies naar cognitieve gedragstherapie mee te nemen als die ook een effect op disfunctionele gedachten laten zien. Dit zou leiden tot een sterke selectiebias. Bovendien zijn dit soort procesvariabelen in het algemeen onduidelijk, omdat ze vaak sterk correleren met de uitkomstmaten, op verschillende wijze gemeten worden en er onvoldoende power is om ze te meten in trials. Daarnaast leidt het tot een cirkelredenering, omdat de causaliteit van de veronderstelde onderliggende mechanismen vaak niet is bewezen.

Een beetje kort door de bocht zou je de redenering van Wiers als volgt kunnen samenvatten: Je moet de studies met positieve effecten samennemen, dan zie je dat CBM wel degelijk werkt. En als je studies met geen of negatieve effecten samenneemt, dan werkt het niet. Dus, is de redenering, als CBM werkt, dan werkt het; als het niet werkt, dan was het geen CBM: de klassieke *no-true-Scotsman*-redenering.

Eigenlijk laat onze serie meta-analyses zien dat CBM een goed voorbeeld is van het zogeheten *decline effect*, dat we veel zien in de wetenschap. De eerste studies vinden een groot effect van een bepaald fenomeen, maar latere studies laten veel kleinere effecten zien, en soms blijft er zelfs helemaal geen effect meer over (Fanelli, Costas, & Ioannidis, 2017). Dit kan onder andere komen door verschillen in design tussen vroege en late studies (bijvoorbeeld grotere aantallen respondenten in latere studies, of hogere methodologische kwaliteit) en door publicatiebias. Wat veel voorkomt, is dat replicatiepogingen van de eerste studies door anderen niet of zeer laat gepubliceerd worden als ze geen effect vinden (Suñé, Suñé, & Montoro, 2013). Dit soort 'mislukkingen' vinden zowel onderzoekers als tijdschriften vaak niet interessant. In onze meta-analyses hebben we duidelijke aanwijzingen gevonden voor dergelijke publicatiebias, wat erop duidt dat de effecten overschat worden, omdat negatieve studies (nog) niet gepubliceerd werden.

Interessant is hier het argument dat Wiers gebruikt om het probleem van publicatiebias te weerleggen. Hij schrijft (we citeren uit het betreffende artikel van Wiers): '(...) in de vermeende publicatiebias herken ik weinig: wij publiceerden niet alleen de genoemde positieve studies, maar ook negatieve studies (...)' Kennelijk ziet hij het feit dat één groep een aantal negatieve studies heeft gepubliceerd als een argument dat publicatiebias wereldwijd geen invloed heeft op de uitkomsten van meta-analyses.

Overigens is deze bewering binnen vijf minuten door iedereen te weerleggen: alleen al het Nederlandse trialregister laat ten minste drie CBM-studies zien met tot op heden ongepubliceerde resultaten, waaronder één met Wiers als seniorauteur.¹ Als je dit allemaal goed op een rijtje zet, is het bijna onontkoombaar om te concluderen dat CBM simpelweg niet werkt, of maar zo weinig dat het geen klinische relevantie heeft.

COGNITIEVE BIAS BIJ CBM-ONDERZOEKERS

.....

Het tweede punt is dat Wiers zelf 'bias' heeft ten gunste van CBM. Zo verwijst hij ter ondersteuning van zijn betoog naar een artikel van John Ioannidis, waar deze zegt dat om meta-analyses vaak 'een aura van onafhankelijke waarheid hangt', terwijl ze in werkelijkheid misleidend kunnen zijn (Ioannidis, 2016). Wiers gebruikt dit als argument om met andere meta-analyses te komen die net iets positievere uitkomsten van CBM laten zien. In het aangehaalde artikel gaat Ioannidis echter juist in op het fenomeen dat onderzoekers meta-analyses veelal gebruiken om hun eigen interventies te promoten (Ioannidis, 2016, p. 493). Wie de schoen past, trekke hem aan.

Ook – en wellicht zelfs juist – meta-analyses kunnen ten prooi vallen aan *researcher allegiance*, omdat tekortkomingen in de primaire studies in deze meta-analyses kunnen worden verdoezeld. Hierdoor kan ten onrechte het beeld van een consistent positief effect ontstaan. De meeste meta-analyses op het terrein van CBM zijn gedaan door CBM-onderzoekers die op zijn minst positief staan tegenover CBM. We zijn in ons veld terecht kritisch wanneer een farmaceut zijn eigen medicijn onderzoekt, maar wat betreft psychologische behandelingen lijkt er een merkwaardige blinde vlek te bestaan voor dit soort situaties, waar belangenverstrengeling overduidelijk op de loer ligt.

Er kan van alles gezegd worden over onze meta-analyses (en voor de duidelijkheid: dat is ook gedaan, vooral door CBM-onderzoekers, en vaak op niet al te zachtzinnige wijze), maar niet dat wij een *allegiance* ten gunste of ten nadele van CBM hebben. Dat is voor alle gepubliceerde commentaren die wij tot nu toe ontvingen wel degelijk het geval, met uitzondering van het commentaar van Marcel van den Hout (2016).

Toen we met onze serie meta-analyses begonnen, stonden we neutraal tegenover CBM-interventies. Echter, we verbaasden ons erover dat er ondanks de hoeveelheid literatuur nooit echt een *fair test* voor deze interventies was uitgevoerd, zoals we gewend zijn in de popperiaanse wetenschapsbeoefening.

De interpretatie van Wiers van het artikel van Ioannidis is eigenlijk heel illustratief. Later in zijn betoog verwijst Wiers opnieuw naar dit artikel en zegt

1 Dit betreft NTR3875, NTR4172 en NTR4275, alle uit 2013.

dat ‘(...) geen van de auteurs van de meta-analyses zelf hands-on ervaring heeft met CBM (...)’, terwijl dit wel door Ioannidis wordt aangeraden. Ioannidis zegt echter in werkelijkheid dat het wel goed is om experts te raadplegen (wat we gedaan hebben), maar hij zegt ook: ‘Ideally, people who have no stake in the results should perform systematic reviews and meta-analyses, excluding not only those with financial conflicts of interest but even those who are content experts in the field’ (Ioannidis, 2016, p. 495). De fair test komt hier weer om de hoek kijken. Dit raakt precies het punt van ons betoog. Wiers is zo verbonden met het veld van CBM, dat je eigenlijk geen onafhankelijk oordeel kunt verwachten. De ironie wil dat zijn eigen *cognitive biases*, zoals *confirmation bias*, ertoe leiden dat hij zelfs een artikel dat precies wijst op de problemen van bevooroordeeldheid selectief gebruikt om zijn betoog te ondersteunen.

De persoonlijke bias van Wiers komt ook terug in zijn commentaren op onze meta-analyse van CBM bij verslaving. Hij blijft volhouden dat CBM ‘consequent klinisch relevante positieve resultaten’ laat zien, hoewel onze meta-analyse consequent laat zien dat er juist geen of uitsluitend zeer kleine effecten zijn, in alle studies samen en in alle denkbare subgroepen (inclusief klinisch versus niet-klinisch). Op de lange termijn wordt inderdaad een klein, significant effect gevonden, maar dat is een klein effect ($d = 0,18$), gebaseerd op een handvol studies waarvan de kwaliteit niet optimaal is. Wij zouden op basis hiervan CBM geen evidence-based interventie willen noemen. Alleen een onderzoeker met een sterke bias en ‘allegiance’ zal met droge ogen durven beweren dat dit voldoende is om te stellen dat CBM evidence-based is. Wellicht is de term *evidence-assumed* (Coyne & Kok, 2014) een betere benaming. Dat enkele studies positieve effecten laten zien, zoals Wiers aanvoert, is toch echt geen argument, als na integratie van alle studies in een onafhankelijk uitgevoerde meta-analyse geen effect overblijft. Met een zoektocht van vijf minuten op PubMed kun je ‘bewijs’ vinden voor de meest krankzinnige beweringen, maar de kracht van meta-analyses is juist dat ze een synthese bieden van bestaande studies, waarbij ook de *kwaliteit* van de studies in ogenschouw wordt genomen.

TEN SLOTTE

.....

Uiteindelijk lijkt Wiers’ betoog eigenlijk niet meer dan een laatste strohalm om het veld te ‘redden’ van wat onafhankelijke meta-analyses overtuigend laten zien: het verdampen van positieve klinisch relevante effecten wanneer CBM-studies langs dezelfde meetlat worden gelegd als bijvoorbeeld studies naar cognitieve gedragstherapie. Sinds het verschijnen van onze serie meta-analyses lijkt het alsof het CBM-veld koortsachtig bezig is met het uitbrengen van een stroom ‘eigen’ meta-analyses, commentaren en reacties (zoals het artikel van Wiers waar wij nu op reageren), die zonder uitzondering positieve effecten ‘bewijzen’ en onze meta-analyses ‘weerleggen’. Twee

vragen dringen zich aan ons op: ten eerste, kan al die energie niet beter besteed worden aan het uitvoeren van methodologisch robuuste, van tevoren geregistreerde *randomized controlled trials*, met voldoende proefpersonen en klinisch relevante uitkomstmaten? Ten tweede, wie proberen CBM-onderzoekers, onder wie Wiers, eigenlijk te overtuigen met deze overduidelijk eenzijdige heranalyses en commentaren? Zichzelf?

Uiteindelijk wijst, helaas voor Wiers, het onderzoek naar CBM er tot nu toe op dat CBM een mooi idee in het laboratorium was dat in de praktijk helaas niet blijkt te werken.

Pim Cuijpers is verbonden aan de Afdeling Klinische, Neuro- en Ontwikkelingspsychologie, Amsterdam Public Health Research Institute, Vrije Universiteit Amsterdam.

Robin Kok is verbonden aan de Afdeling Psychologie, Faculteit der Gezondheidswetenschappen, University of Southern Denmark, en aan het Centre for Innovative Medical Technology, Odense University Hospital, Denemarken.

Correspondentieadres: Pim Cuijpers, hoogleraar klinische psychologie, Afdeling Klinische, Neuro- en Ontwikkelingspsychologie, Amsterdam Public Health Research Institute, Vrije Universiteit Amsterdam, the Netherlands, Van der Boechorststraat 1, 1081 BT Amsterdam. E-mail: p.cuijpers@vu.nl

Summary *Who has the real cognitive bias?*

In an article in *Tijdschrift voor Gedragstherapie* Wiers (2017) wrote that cognitive bias modification works, although meta-analyses only found minimal effects. In this article we reply to the most important arguments of Wiers. When the effects of a treatment are estimated, not only positive trials should be considered, as Wiers proposes. Also publication bias remains an important problem.

Keywords *cognitieve bias modification, meta-analysis, depression, anxiety, addiction*

Literatuur

- Coyne, J. C., & Kok, R. N. (2014). Salvaging psychotherapy research: A manifesto. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 14, 105-124.
- Cristea, I. A., Kok, R. N., & Cuijpers, P. (2015). Efficacy of cognitive bias modification interventions in anxiety and depression: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 206, 7-16.
- Cristea, I. A., Kok, R. N., & Cuijpers, P. (2016). The effectiveness of cognitive bias modification interventions for substance addictions: A meta-analysis. *PLoS One*, 11, e0162226.
- Cristea, I. A., Mogoașe, C., David, D., & Cuijpers, P. (2015). Practitioner review: Cognitive bias modification for mental health problems in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 723-734.
- Fanelli, D., Costas, R., & Ioannidis, J. P. A. (2017). Meta-assessment of bias in science. *Proceedings of the National Academy of Science*, 114, 3714-3719.

- Ioannidis, J. P. A. (2016). The mass production of redundant, misleading, and conflicted systematic reviews and meta-analyses. *Milbank Quarterly*, 94, 485-514.
- Suñé, P., Suñé, J. M., & Montoro, J. B. (2013). Positive outcomes influence the rate and time to publication, but not the impact factor of publications of clinical trial results. *PloS One*, 8, e54583.
- van den Hout, M. (2016). Vijftig! *Gedragstherapie*, 49, 285-295.
- Wiers, R. (2017). Werkt cognitieve bias modificatie nu wel of niet als aanvulling bij CGT? *Gedragstherapie*, 50, 68-76.

.....

Appels, peren en dennenappels in de meta- analyse van cognitive bias modification

Een reactie op de reactie van Cuijpers &
Kok

REINOUT WIERS

Samenvatting

.....

Wanneer de resultaten van onderzoek samengebracht worden, is het cruciaal om onderscheid te maken tussen experimentele studies en klinische trials in klinische populaties, omdat die verschillende fasen van experimenteel gezondheidsonderzoek representeren. Wat betreft de effecten van *cognitive bias modification* (CBM) bij verslaving, laten experimentele studies bij studenten kortstondige effecten zien, indien de bias beïnvloed is, terwijl het als toevoeging aan klinische behandeling een diverse malen gerepliceerde vermindering in terugval oplevert.

Trefwoorden: CBM, cognitieve training, verslaving, alcoholisme

In hun reactie op mijn stuk over cognitive bias modification (CBM) 'Waar ligt de werkelijke cognitieve bias?' (Wiers, 2017), stellen Cuijpers en Kok (2018) dat hun objectieve meta-analyse heeft aangetoond dat CBM niet of nauwelijks klinisch relevante effecten heeft: dat het een mooi idee was in het lab, maar dat het niet blijkt te werken in de praktijk. Ze stellen dat het

CBM-veld hier eenzijdige heranalyses tegenoverstelt, waarvoor mijn stuk illustratief is.

Alvorens inhoudelijk te reageren, is het goed om op te merken dat we het over veel eens zijn: dat het belangrijk is om cliënten met psychische problemen te behandelen met bewezen effectieve behandelingen. We zijn het alleen niet eens over de huidige stand van zaken wat betreft de klinisch relevante effecten van CBM bij de behandeling van angst en verslaving, waarbij ik me hier beperk tot verslaving. Verder hecht ik eraan duidelijk te maken dat ik collega Cuijpers zeer waardeer, zowel wat betreft zijn wetenschappelijke werk (hij is een internationale expert op het gebied van de studie naar de behandel-effecten van diverse therapieën) als persoonlijk, en we werken ook prettig samen in een ander domein: de bevordering van de geestelijke gezondheid van studenten. Maar we zijn het dus oneens over de stand van zaken wat betreft CBM, waarbij de auteurs aangeven dat ik zelf een cognitieve bias zou hebben en mijn gelijk wil halen. Dat is niet waar het hier om gaat. Het gaat erom dat er in de meta-analyse kwalitatief verschillende studies gecombineerd worden, waardoor een verkeerd beeld ontstaat van de evidentie, wat er uiteindelijk in zou kunnen resulteren dat een werkzame toevoeging onthouden wordt aan cliënten die daar baat bij hebben. Het gaat om de cliënten, niet om wie er uiteindelijk gelijk heeft (wat de toekomst zal leren).

Het fundamentele probleem met deze meta-analyse (Cristea, Kok, & Cuijpers, 2016) is dat preklinische studies met studenten gecombineerd worden met klinische studies (*randomized controlled trials*, RCT's) met cliënten. En die verschillen op heel veel dimensies (Wiers, Boffo, & Field, 2018). In de eerste categorie gaat het erom een hypothetisch mechanisme te toetsen: of een cognitieve bias het gedrag beïnvloedt, een typische vraag uit de benadering van de experimentele psychopathologie (EPP). Dat kun je doen door studenten te testen, die je kort traint naar het middel toe, of juist van het middel af, en te observeren of dit een effect heeft op het gedrag direct daarna (drinken ze bijvoorbeeld meer bier in een zogenaamde 'bierproeverij' nadat ze naar het bier toe getraind zijn of wanneer ze juist van het bier weg getraind zijn; Wiers, Rinck, Kordts, Houben, & Strack, 2010). Merk op dat in een dergelijke studie niemand uit is op gedragsverandering: de studenten doen mee voor proefpersoonpunten, voor geld of omdat het leuk is om mee te doen aan een onderzoek waarin bier geproefd wordt, niet omdat ze iets aan hun drankgebruik willen doen. Verder proberen de onderzoekers een causale relatie te testen door de cognitieve bias te manipuleren en het effect te meten, waarbij dus een deel van de studenten naar het bier toe getraind wordt (wat je in een studie met klinisch oogmerk nooit zou doen). Hiertegenover staan de RCT's waarin cliënten die hun verslavingsgedrag willen veranderen (meestal alcoholisten die behandeld worden met CGT) ofwel een training ontvangen waarin ze van het middel weg getraind worden, ofwel een controletraining, ofwel niets. De studieopzet en de deel-

nemers verschillen dus als dag en nacht van de preklinische EPP-studies met studenten: RCT-deelnemers willen veranderen, krijgen CBM boven op hun reguliere CGT-behandeling en doen niet mee voor een beloning. Het gaat dus niet om appels en peren vergelijken, eerder om appels en dennen-appels (de peren komen zo).

Belangrijk om op te merken hierbij is dat dit geen post-hoc-categorisatie is, maar een fundamenteel onderscheid in klinisch onderzoek (Sheeran, Klein, & Rothman, 2017; Wiers et al., 2018): eerst doe je preklinisch EPP-onderzoek naar mechanismen, daarna ga je RCT's doen om te onderzoeken of de preklinische effecten ook klinisch relevante effecten hebben. Maar daarbij moet je die twee dus niet combineren, iets waar CBM-onderzoekers het voor zover ik kan nagaan over eens zijn.¹ Wanneer je op deze wijze de EPP-studies en de RCT's scheidt, volgt een duidelijk beeld: de EPP-studies laten in het algemeen zien dat er een kortdurend effect op gedrag is in die studies waarin de bias succesvol beïnvloed is. Dat is dus niet direct klinisch relevant (de studenten doen niet mee om hun gedrag te veranderen), maar wel indirect: het laat zien dat de (verandering in) cognitieve bias een proces is dat mogelijk klinisch relevante effecten kan geven in klinische groepen, wat dan vervolgens door RCT's in klinische samples getoetst moet worden. Daar zijn er nog niet veel van, maar ze laten wel een duidelijk beeld zien: wanneer cliënten naast hun CGT-behandeling actieve CBM krijgen, zijn hun klinische uitkomsten in het algemeen beter (voor een review, zie: Wiers et al., 2018). De grootste gepubliceerde studie tot nu toe (Eberl et al., 2013), met ruim 500 deelnemers, vond dat cliënten die CBM naast CGT kregen, 8,5% minder kans hadden om een jaar later teruggevallen te zijn. Een recente, nog omvangrijkere studie, met ruim 1400 deelnemers, vond hetzelfde verschil (Rinck, Wiers, Becker, & Lindenmeyer, in press), dus dat percentage kunnen we als schatting nemen voor de toegevoegde waarde van CBM aan de klinische behandeling van alcoholverslaving met CGT.² Dat is een klein effect, maar is het daarom onbelangrijk? Als je het omrekent in NNT (*number needed to treat*: het aantal cliënten dat je deze toevoeging moet geven om een positief effect te vinden), kom je op 12 uit, wat precies de NNT is van de toegevoegde waarde van de beste medicatie voor alcoholverslaving, zoals een meta-analyse liet

- 1 Ik ben benieuwd welke CBM-expert Cuijpers en Kok bedoelen die het wel een goed idee gevonden zou hebben om preklinische EPP-studies met RCT's in klinische groepen te combineren; ik ken ze niet (en heb veel reacties van CBM-experts op dit stuk gehoord).
- 2 Merk op dat kleinere studies, inclusief een onafhankelijke replicatie, grotere effecten vonden, wat ofwel kan liggen aan toeval, ofwel aan het feit dat in die studies de CBM dichter na het ontgiften gegeven werd (Manning et al., 2016; Wiers, Eberl, Rinck, Becker, & Lindenmeyer, 2011).

zien (Jonas et al., 2014).³ In Duitsland, waar de meeste grote RCT's over de toegevoegde waarde van CBM hebben plaatsgevonden, is CBM op basis van deze gerepliceerde resultaten in klinische groepen een aangeraden toevoeging bij de behandeling van alcoholverslaving (Mann et al., 2016). Het zou jammer zijn als CBM Nederlandse cliënten onthouden zou worden, op basis van een meta-analyse waarin appels en dennenappels samengevoegd worden.

Ten slotte de peren. Er zijn inmiddels een klein aantal studies waarin CBM als enige onlinebehandeling gegeven wordt, dus niet als een toevoeging aan CGT. Een ervan is de geregistreerde trial waar Cuijpers en Kok naar verwijzen (bij de andere trials ben ik niet betrokken). De resultaten zijn niet geheim, en ook al gepresenteerd op een congres. In deze studies wordt alleen een hoofdeffect van tijd gevonden, wat erop neerkomt dat iedereen minder gaat drinken, of hij nu de echte training doet of de placebotraining (Wiers et al., 2015, 2018).⁴ Dat is dus anders dan de situatie waarin CBM wordt toegevoegd aan CGT in klinische populaties, waar dus consistent een kleine toevoeging wordt gevonden op een uitkomst op lange termijn (terugval een jaar later). Je kunt erover twisten of het handig is om appels en peren te combineren (de negatieve onlinestudies doen geen afbreuk aan de claim dat CBM een effectieve toevoeging is aan de behandeling van alcoholisme met CGT), maar doe er geen dennenappels bij (preklinische EPP-studies met studenten die niet willen veranderen), want dan wordt de mix troebel en niet te verteren.

Tot slot: we zijn het erover eens dat CBM geen wondermiddel is. Zoals ik heb proberen duidelijk te maken, lijkt het bij verslaving echter wel degelijk een kleine positieve toevoeging te geven boven op de reguliere behandeling met CGT, zoals inmiddels diverse grote studies hebben laten zien (Eberl et al., 2013; Rinck et al., in press; Wiers, Eberl, Rinck, Becker, & Lindenmeyer, 2011). Het lijkt daarom beter om CBM verder te ontwikkelen en beter te integreren met CGT (Kopetz, MacPherson, Mitchell, Houston-Ludlam, & Wiers, 2017; Wiers et al., 2016, 2018), dan om het prematuur af te schrijven op basis

- 3 Merk op dat ook bij medicatiestudies meta-analyses preklinische studies niet combineren met RCT's. Wanneer men met hetzelfde medicijn een aantal preklinische studies zou uitvoeren waaruit blijkt dat het middel geen direct effect heeft op het drankgebruik van studenten die hun drankgebruik niet willen veranderen, zou het dan van de markt gehaald worden? Dat lijkt me niet. Waarom zou dat bij CBM dan wel moeten gelden?
- 4 Merk op dat het verschil kan liggen aan de onlinesetting (minder concentratie, waardoor het mogelijk is dat de bias minder goed beïnvloed wordt), maar dat het ook te maken kan hebben met het therapiedoel van de cliënt: bij de online alcoholtrials is dat vrijwel zonder uitzondering minder drinken, terwijl in de klinische studies abstinentie het doel is. Een onlinestudie waarin alleen deelnemers toegelaten werden die daadwerkelijk stopten met roken vond wel een positief effect van CBM bij zwaardere rokers (Elfeddali, de Vries, Bolman, Pronk, & Wiers, 2016).

van een meta-analyse waarin klinische en preklinische studies gecombineerd worden. Verder onderzoek kan zich richten op de vraag of voor een subgroep van cliënten CBM vooral een nuttige toevoeging is (bijvoorbeeld voor cliënten die hoog scoren op impulsiviteit of cue-reactiviteit; zie Wiers et al., 2018), op de optimale timing van CBM in relatie tot CBT (zie voetnoot 2 hierboven, en Hildebrandt, McCrady, Epstein, Cook, & Jensen, 2010), en op de vraag hoe de trainingen effectiever en betekenisvoller gemaakt kunnen worden voor de cliënt.

De auteur dankt Maarten Merckx en Elske Saleminck voor hun behulpzame opmerkingen.

Reinout W. Wiers is hoogleraar ontwikkelingspsychopathologie bij de afdeling psychologie en faculteitshoogleraar van de faculteit maatschappij en gedragswetenschappen aan de Universiteit van Amsterdam. *Correspondentieadres:* Universiteit van Amsterdam, Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen, Programmagroep Ontwikkelingspsychologie, Postbus 15916, 1001 NK Amsterdam. E-mail: r.wiers@uva.nl

Summary *Apples, oranges and oak apples in the meta-analysis of cognitive bias modification*

When synthesizing the results of research, it is crucial to distinguish between experimental studies and clinical trials in clinical populations because these represent different phases of experimental health research. Regarding effects of cognitive bias modification (CBM) in addiction, experimental studies in students show short-lived effects, in case the bias is successfully manipulated, and in clinical studies it shows a now often replicated add-on effect to treatment with decreased relapse rates.

Keywords *cognitive bias modification, addiction, alcohol use disorder*

Literatuur

- Cristea, I. A., Kok, R. N., & Cuijpers, P. (2016). The efficiency of cognitive bias modification interventions for addictions: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 11, e0162226.
- Cuijpers, P., & Kok, R. (2018). Waar ligt de werkelijke cognitieve bias? *Gedragstherapie*, 51, 224-228.
- Eberl, C., Wiers, R. W., Pawelczack, S., Rinck, M., Becker, E. S., & Lindenmeyer, J. (2013). Approach Bias Modification in alcohol dependence: Do clinical effects replicate and for whom does it work best? *Developmental Cognitive Neuroscience*, 4, 38-51.
- Elfeddali, I., de Vries, H., Bolman, C., Pronk, T., & Wiers, R. W. (2016). A randomized controlled trial of web-based attentional bias modification to help smokers quit. *Health Psychology*, 35, 870-880.
- Hildebrandt, T., McCrady, B., Epstein, E., Cook, S., & Jensen, N. (2010). When should clinicians switch treatments?

- An application of signal detection theory to two treatments for women with alcohol use disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 524-530.
- Jonas, D. E., Amick, H. R., Feltner, C., Bobashev, G., Thomas, K., Wines, R., ... Garbutt, J. C. (2014). Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 311, 1889-1900.
- Kopetz, C., MacPherson, L., Mitchell, A. D., Houston-Ludlam, A., & Wiers, R. W. (2017). A novel training approach to activate alternative behaviors for smoking as part of a quit attempt. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 25, 50-60.
- Mann, K., Hoch, E., Batra, A., Bonnet, U., Günthner, A., Reymann, G., ... Schäfer, M. (2016). [Guideline-oriented treatment of alcohol-related disorders]. *Der Nervenarzt*, 87, 13-25.
- Manning, V., Staiger, P., Hall, K., Garfield, J., Flaks, G., Leung, D., ... Verdejo-Garcia, A. (2016). Cognitive bias modification training during inpatient alcohol detoxification reduces early relapse: A randomized controlled trial. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 40, 2011-9.
- Rinck, M., Wiers, R. W., Becker, E. S., & Lindenmeyer, J. (in press). Relapse prevention in abstinent alcoholics by Cognitive Bias Modification: Clinical effects of combining Approach Bias Modification and Attention Bias Modification. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Sheeran, P., Klein, W. M. P., & Rothman, A. J. (2017). Health behavior change: Moving from observation to intervention. *Annual Review of Psychology*, 68, 573-600.
- Wiers, R. W. (2017). Werkt cognitieve bias modificatie nu wel of niet als aanvulling bij CGT? *Gedragstherapie*, 50, 68-76.
- Wiers, R. W., Becker, D., Holland, R., Moggi, F., Lejuez, C. W., & YIELD, A. (2016). Cognitive motivational processes underlying addiction treatment. In C. E. Kopetz & C. W. Lejuez (Eds.), *Addiction* (pp. 201-236). London: Psychology Press.
- Wiers, R. W., Boffo, M., & Field, M. (2018). What's in a trial? On the importance of distinguishing between experimental lab-studies and randomized controlled trials: The case of cognitive bias modification and alcohol use disorders. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 79, 333-343.
- Wiers, R. W., Eberl, C., Rinck, M., Becker, E. S., & Lindenmeyer, J. (2011). Retraining automatic action tendencies changes alcoholic patients' approach bias for alcohol and improves treatment outcome. *Psychological Science*, 22, 490-497.
- Wiers, R. W., Houben, K., Fadardi, J. S., van Beek, P., Rhemtulla, M., & Cox, W. M. (2015). Alcohol Cognitive Bias Modification training for problem drinkers over the web. *Addictive Behaviors*, 40, 21-26.
- Wiers, R. W., Rinck, M., Kordts, R., Houben, K., & Strack, F. (2010). Retraining automatic action-tendencies to approach alcohol in hazardous drinkers. *Addiction (Abingdon, England)*, 105, 279-287.

BOEKBESPREKING

.....

Sociaal sterkere pubers

.....

Bespreking van

Inge Antrop & Sarah Bal (2017). *STA sterker: Een gedragstherapeutische SocialevaardigheidsTraining voor Adolescenten*. Tiel: Uitgeverij Lannoo. 200 pp., € 24,99. ISBN 9789401440868.

PETER MURIS

De adolescentie is een roerige ontwikkelingsfase. Vooral op sociaal vlak staan jongeren voor een aantal grote uitdagingen. Allereerst wordt de aansluiting met leeftijdsgenoten in toenemende mate belangrijk: zorgen dat je erbij hoort, vriendschappen aangaan en onderhouden, en omgaan met het impulsieve, soms onvoorspelbare gedrag van andere jongeren zijn enkele voorbeelden van sociale taken waar de adolescent mee te maken krijgt. Daarnaast kan het zoeken naar een eigen identiteit (met alles wat daarbij komt kijken, zoals bravouregedrag, het op straat 'hangen' in een groep, atypische kledingkeuze en haardracht, en het uitproberen van middelen) en het verlangen naar meer autonomie (spijbelen, het verwaarlozen van huiswerk, laat thuiskomen na uitgaan) leiden tot conflicten met ouders en leerkrachten. Indien een jongere er niet goed in slaagt om deze sociale taken op een adequate manier uit te voeren, kunnen er ook op emotioneel vlak problemen ontstaan.

STA Sterker is een gedragstherapeutische groepstraining die beoogt jongeren op sociaal vlak beter te laten functioneren. De training is gericht op het wegwerken van tekorten in sociale vaardigheden, maar integreert in haar methodiek ook cognitieve en zelfcontrolerende (emotieregulerende) technieken. De training 'is bedoeld voor psychologen, orthopedagogen, kinderpсихiaters, psychiatrisch verpleegkundigen, leerkrachten... iedereen die jongeren tussen 12 en 18 jaar sociale vaardigheden wil aanleren' (p. 8). De training kan preventief worden ingezet, maar wordt in de klinische praktijk ook bruikbaar geacht bij jongeren met ernstige psychische moeilijkheden. Een uitzondering wordt gemaakt voor adolescenten met een autismespectrumstoornis, wat jammer is, omdat deze problematiek steeds minder gezien

wordt als een separate diagnostische categorie, maar meer als een continuüm van symptomen (American Psychiatric Association, 2014), en juist jongeren met een autismespectrumstoornis problemen ervaren op sociaal gebied (Deckers, Muris, & Roelofs, 2017) die voor een deel met een socialevaardigheidstraining geremedieerd kunnen worden (zie bijvoorbeeld: Gates, Kang, & Lerner, 2017).

Het boek bestaat uit drie delen: deel 1 beschrijft de theorie en achtergrond van het programma, deel 2 bevat het draaiboek voor de trainers en deel 3 bestaat uit de werkbladen die tijdens de elf bijeenkomsten van de training (tien reguliere trainingsbijeenkomsten en één follow-upbijeenkomst) aan de jongeren worden uitgereikt. Ten slotte bevat het boek nog een aantal bijlagen, waarin de lezer zaken aantreft die tijdens de training gebruikt (kunnen) worden, zoals een checklist waarop de jongere zijn persoonlijke leerdoelen kan aangeven, een formulier voor het noteren van de groepsafspraken, een set kaarten met opdrachten en vragen voor het STA Sterker-spel dat tijdens de tiende bijeenkomst wordt gespeeld, het diploma dat na afloop aan de jongeren kan worden uitgereikt, en hand-outs voor de twee ouderbijeenkomsten, die eveneens deel uitmaken van de training.

De beschrijving van de theorie achter het programma in deel 1 is basaal, maar biedt voldoende achtergrondinformatie voor hulpverleners die deze groepstraining willen gebruiken. Na een bespreking van de sociaal-cognitieve ontwikkeling tijdens de adolescentie, de verschillende factoren van sociaal competent gedrag (sociale waarden en normen, sociaal vaardig gedrag, sociale cognitie en emotieregulatie), problemen op sociaal gebied (grootweg te verdelen in twee categorieën: onderassertief (angstig) gedrag versus overassertief (agressief) gedrag), en het nut en de effectiviteit van socialevaardigheidstraining om deze moeilijkheden aan te pakken, volgt een theoretische onderbouwing van de inhoud van het STA Sterker-programma. De groepstraining is enerzijds gebaseerd op de socialevaardigheidstraining voor volwassenen van van Dam-Baggen en Kraaimaat (2000), die zich expliciet richt op het aanleren van basisvaardigheden die nodig zijn in alledaagse sociale situaties (bijvoorbeeld contact maken, een vraag stellen, dingen weigeren en opkomen voor jezelf), anderzijds hebben de auteurs inspiratie opgedaan bij het Social Skills Group Intervention Program for Adolescents van Harrell, Mercer en DeRosier (2009), dat naast het intraineren van sociale vaardigheden ook oog heeft voor sociale perceptie, zelfregulatie en probleemoplossingsvaardigheden. STA Sterker beoogt dan ook jongeren een breed scala aan sociale vaardigheden aan te leren. Daarbij wordt aandacht besteed aan cognitieve technieken (perspectiefname, cognitieve herstructurering, psycho-educatie, herkennen van eigen motieven), gedragsmatige oefening (instructie, modelleren, rollenspel, bekrachtiging, huiswerkopdrachten) en emotieregulatie (impulsbeheersing, woede- en angstregulatie, relaxatie). Omdat dit de standaard ingrediënten zijn van bijna elke cognitief-gedragstherapeutische socialevaardigheidstraining, valt STA Sterker in feite in de categorie 'niets nieuws

onder de zon'. De auteurs geven dit ook min of meer toe, maar merken daarbij op dat dergelijke programma's weliswaar al bestaan voor jongere kinderen en volwassenen, maar nog ontbreken of ontoereikend zijn voor adolescenten. Een snelle zoektocht op het internet leert dat veel jeugdzorginstellingen en psychologenpraktijken in Nederland socialevaardigheidstrainingen voor jongeren aanbieden en de vraag doemt op welke methodiek al die hulpverleners dan wel gebruiken. De auteurs laten na dit duidelijk te signaleren. Ook gaan ze voorbij aan het feit dat er in ons land wel degelijk al andere programma's voorhanden zijn die zich specifiek richten op het veranderen van onder- en overassertief gedrag bij jongeren, en die daarbij ook aandacht besteden aan het trainen van sociale vaardigheden. Zo levert een inspectie van de databank van het Nederlands Jeugdinstituut (www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies) met als zoekterm 'socialevaardigheidstraining' de volgende relevante resultaten op: Aggression Replacement Training, Kanjertraining, Denken + Doen = Durven, en Sociale Vaardigheden op Maat. Een vergelijking met, en afbakening van, STA Sterker ten opzichte van dergelijke bestaande programma's had hulpverleners die werken met adolescenten met sociale problemen kunnen helpen een keuze te maken tussen STA Sterker en deze alternatieve trainingsmethodieken.

Deel 2 van het boek bevat een beschrijving van het draaiboek voor de trainers. Voor elke bijeenkomst wordt allereerst beschreven wat de belangrijkste doelstellingen en leerpunten voor de jongeren zijn, hoe de agenda eruitziet en welke spullen er nodig zijn. Daarna volgt een gedetailleerde uitwerking van het programma van de bijeenkomst. De beschrijving van de verschillende activiteiten en opdrachten biedt een duidelijke leidraad voor de trainers om de socialevaardigheidstraining met de jongeren uit te voeren. De sociale situaties die tijdens de verschillende bijeenkomsten geoefend worden, sluiten goed aan op de leefwereld van de jongeren. Ook is het leuk dat de activiteiten tijdens de verschillende bijeenkomsten kort worden geïllustreerd met behulp van casuïstiek over jongeren die de training al hebben gevolgd. Verder is de beschrijving van het programma van de ouderbijeenkomsten voldoende helder. Bij de tweede bijeenkomst lijkt het erop dat er vooral veel gepraat wordt; het zou goed zijn ouders zelf meer te laten oefenen met de verschillende sociale vaardigheden, om vervolgens de vertaling naar de leefwereld van het kind helder te maken.

Deel 3 van het boek bestaat uit de werkbladen die tijdens de training worden uitgereikt aan de jongeren. Deze werkbladen kunnen ook vanaf de website van de uitgever gedownload en uitgeprint worden (www.lannoocampus.be). De werkbladen zijn niet echt aantrekkelijk: ze zijn saai van kleur, en bevatten veel tekst en geen enkele illustratie, terwijl de huidige generatie jongeren toch vooral een voorkeur lijkt te hebben voor visuele informatie.

In conclusie: STA Sterker is een cognitief-gedragstherapeutische groeps-training die speciaal ontwikkeld is voor adolescenten en tot doel heeft jongeren in sociaal opzicht beter te laten functioneren. De inhoud van de training

is goed: ze richt zich op een scala aan sociale situaties waar jongeren thuis, op school of bij vrienden mee te maken krijgen. Verder bevat het programma alle onderdelen die men in een potente socialevaardigheidstraining verwacht aan te treffen: door middel van cognitieve technieken wordt het denken van de jongere in de sociale context aangepast, via model-leren, rollenspel en huiswerkopdrachten in dagelijkse situaties wordt hun gedrag veranderd, en door emotiebeheersing en relaxatie worden al te heftige gevoelens gereguleerd. Qua vormgeving had het echter wel wat beter gekund: de werkbladen voor de jongeren zijn ronduit onaantrekkelijk. Een goedkope oplossing hiervoor zou zijn om wat minder tekst te gebruiken en die op te vrolijken met leuke foto's of tekeningen. Een duurdere optie zou zijn om de werkbladen aan te bieden in de vorm van een app, wat uiteraard nog beter aansluit op de leefwereld van de hedendaagse jeugd.

Peter Muris is hoogleraar Klinische Psychologie en Ontwikkelingspsychopathologie aan de Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen van de Universiteit Maastricht, en gz-psycholoog/cognitief-gedragstherapeut bij Lucertis Maastricht. *Correspondentieadres*: Universiteit Maastricht, Capaciteitsgroep Klinische Psychologische Wetenschap, Postbus 616, 6200 MD Maastricht. E-mail: peter.muris@maastrichtuniversity.nl

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.
- Deckers, A., Muris, P., & Roelofs, J. (2017). Being on your own or feeling lonely? Loneliness and other social variables in youths with autism spectrum disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 48, 828-839.
- Gates, J. A., Kang, E., & Lerner, M. D. (2017). Efficacy of group social skills interventions for youth with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 52, 164-181.
- Harrell, A. W., Mercer, S. H., & DeRosier, M. E. (2009). Improving the social-behavioral adjustment of adolescents: The effectiveness of a social skills group intervention. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 378-387.
- van Dam-Baggen, C. M. J., & Kraaimaat, F. W. (2000). *Sociaalvaardigheidstherapie: Een cognitief gedragstherapeutische groepsbehandeling. Praktijkreeks Gedragstherapie, Deel 11*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

BOEKBESPREKING

Ik ben oké

Bespreking van

Nicolette Martel, Manon Mostert-Uijterwijk & Mariken Braber (2015).
Ik ben oké: Een cognitief gedragstherapeutische training voor kinderen met een negatief zelfbeeld. Arnhem: CCD Uitgevers. Handleiding: 64 pp., € 25,00.
 ISBN 9789492096029; Werkboek: 80 pp., € 17,50. ISBN 9789492096036.

 INEZ BUYCK

Het concept 'zelfbeeld' verwijst naar de affectieve of evaluatieve component van het zelfconcept die aangeeft hoe iemand zich voelt over zichzelf (Leary & Baumeister, 2000) en hoe iemand zijn eigen eigenschappen omschrijft (Pope, McHale, & Craighead, 1989). Een negatief zelfbeeld kan erg belemmerend werken op het dagelijkse functioneren en in een behandeltraject van kinderen ook een hindernis vormen bij het creëren van verandering en ontwikkeling (Martel, Mostert-Uijterwijk, & Braber, 2015). Vanuit deze achtergrond werd de zelfbeeldtraining *Ik ben oké* ontwikkeld. De training bestaat uit een handleiding voor de therapeut en een werkboek voor het kind.

In de *therapeutenhandleiding* worden de theoretische onderbouw, de doelstellingen, de randvoorwaarden en de werkwijze van het protocol toegelicht. De training is het resultaat van jarenlange praktijkervaring en feedback van cliënten, en is gestoeld op leertheoretische en cognitieve principes. Het behandel doel is het veranderen van gedachtepatronen die onevenredig negatief zijn en leiden tot negatieve gevoelens, zodat er een verbeterd dagelijks functioneren optreedt. Een kind leert in de training om zichzelf te toetsen aan de realiteit en belemmerende cognities over zijn eigenwaarde te reduceren of hanteerbaar te maken. De training neemt daarbij een ontwikkelingsgericht perspectief aan. Middels tien wekelijkse sessies wordt het kind eerst bewust gemaakt van wat gedachten precies zijn, om daarna helpende gedachten te leren formuleren en tot slot alternatief gedrag te bespreken en in te oefenen. Vanuit cognitieve hoek zijn de ondersteunende technieken die daarbij worden gebruikt de socratische dialoog, zoeken van bewijsmateriaal om gedachten uit te dagen, meerdimensioneel evalueren, gebruikmaken van eerdere po-

sitieve ervaringen en contraconditionering. De gedragsmatige technieken die door de training heen worden ingezet, zijn *modeling* en rollenspel. De training is geschikt voor kinderen tussen 9 en 13 jaar, kan zowel poliklinisch, tijdens een dagbehandeling, als residentieel worden aangeboden, en vindt plaats in een een-op-eencontact met de therapeut. Aangezien er een sterke nadruk ligt op zelfreflectie, is om aan de training te kunnen deelnemen een bepaald cognitief en verbaal vermogen vereist (totaal IQ > 85, verbaal IQ > 90). Er wordt in de handleiding sterke nadruk gelegd op het belang van een goede indicatiestelling en het uitvoeren van metingen om de effecten van de training te kunnen inschatten, maar hier worden weinig richtlijnen voor gegeven. Meer informatie over de concrete invulling van het intakegesprek – om op die manier de indicatiestelling te verfijnen – is wenselijk.

De uitwerking van de sessies geeft een goede basis om aan de slag te gaan. Elke sessie duurt 45 minuten en is opgebouwd volgens een vaste structuur: bespreking van het dagelijkse functioneren (met nadruk op denken/voelen/doen), doornemen van het huiswerk, uitwerken van het thema van de sessie via uitleg en opdrachten, meegeven van de nieuwe thuisopdracht en doornemen van de belangrijkste leerpunten van de sessie. De eerste zeven sessies worden benut om de kinderen bepaalde cognitieve en gedragsmatige technieken aan te leren, terwijl tijdens de laatste sessies de integratie en generalisatie van de aangeleerde technieken wordt beoogd. De rode draad door de sessies heen vormt het gebruik van het 5-G-model (gebeurtenis, gedachte, gevoel, gedrag en gevolg), dat voor het kind wordt vertaald naar de metafoor van de dvd (denken, voelen en doen). Het kind leert middels deze metafoor ‘filmpjes’ afspelen en nieuwe filmpjes maken die resulteren in een verbetering van het dagelijkse functioneren.

Elke sessie heeft een eigen thema en doelstelling, die beide telkens goed aangegeven worden in de handleiding. De eerste sessie is bedoeld als kennismaking en biedt psycho-educatie over het concept ‘negatief zelfbeeld’. Daarnaast wordt ook een start gemaakt met het leren nadenken over zichzelf en wordt materiaal verzameld waar verderop in de training op kan aangesloten worden. De tweede sessie gaat dieper in op gevoelens en het feit dat gevoelens reacties zijn op gebeurtenissen of gedachten. Tijdens de derde sessie wordt gefocust op gedachten en het feit dat iedereen verschillende gedachten kan hebben. In de vierde sessie wordt het 5-G-model geïntroduceerd, met een specifieke focus op het middelste gedeelte daarvan: denken, voelen en doen (dvd). In sessie vijf worden disfunctionele cognities en kernopvattingen onder de loep genomen. Vanaf de zesde sessie worden negatieve gedachten uitgedaagd, helpende gedachten geformuleerd en voorbeelden verzonnen waarin positieve eigenschappen naar voren komen. In sessie zeven raakt het kind verder vertrouwd met het herkennen van storende gedachten en leert het alternatieve helpende gedachten formuleren. De effecten van storende en helpende gedachten op gedragsvlak worden zichtbaar gemaakt via rollenspel.

Sessie acht en negen focussen op het verder internaliseren en integreren van de aangeleerde technieken. In sessie tien wordt de training geëvalueerd en wordt er vooruitgekeken naar mogelijke toekomstige terugvalmomenten en hoe die kunnen worden aangepakt. De training voorziet na een aantal weken ook een terugkomsessie, maar daar worden weinig specificaties van gegeven.

Het *werkboek* voor het kind vormt een goede ondersteuning om wat er wordt aangeleerd te internaliseren en is op dezelfde manier opgebouwd als de sessies. Bij elke sessie zijn er werkblaadjes voor huiswerk, psycho-educatie, opdrachten en bespreking van de leerpunten voorzien. Het materiaal is visueel aantrekkelijk voor kinderen, en er is een mooie afwisseling tussen tekst en illustraties.

Positief is dat de auteurs er de nadruk op leggen dat de training niet is bedoeld als een kant-en-klaar protocol dat voor elk kind op dezelfde manier dient te worden toegepast. Om de training te optimaliseren, is er denkwerk nodig van de therapeut, die op maat van het kind moet werken. Hierbij zijn de ontwikkelingsrealiteit van het kind en het werkmateriaal dat het aanbrengt belangrijke leidende factoren. Daarnaast benadrukken de auteurs het belang van de betrokkenheid van de ouders bij de training. Er wordt aangeraden om in de loop van de training minstens drie oudergesprekken te voeren om de principes van de training toe te lichten, de voortgang te evalueren en de toekomstige aandachtspunten te bespreken. Een toelichting over hoe de therapeut dit precies kan aanpakken, ontbreekt echter in de handleiding.

Al met al biedt deze training een waardevolle bijdrage aan de klinische praktijk. Wel zou de sterke nadruk die op het cognitieve werk wordt gelegd kinderen die een meer speelse aanpak waarderen mogelijk minder kunnen boeien. Een therapeut kan hierop inspelen door op een creatieve manier met het werkmateriaal om te gaan.

Inez Buyck is doctor in de psychologie. Ze is als wetenschappelijk onderzoeker verbonden aan de KUL, werkt als praktijkassistent aan de UGent en voert daarnaast klinisch werk uit als kinder- en jeugdpsycholoog in een psychologiepraktijk in Waregem. *Correspondentieadres:* Inez Buyck, Minderbroedersstraat 8, Postbus 5310, 3000 B-Leuven. E-mail: inez.buyck@kuleuven.be

Literatuur

- Leary, M. R., & Baumeister, R. F. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. *Advances in Experimental Social Psychology*, 32, 1-62.
- Martel, N., Mostert-Uijterwijk, M., & Braber, M. (2015). *Ik ben oké: Een cognitief gedragstherapeutische training*

voor kinderen met een negatief zelfbeeld. Handleiding. Arnhem: CCD Uitgevers.

- Pope, A., McHale, S., & Craighead, W. (1989). *Werken aan het gevoel van eigenwaarde: Training van kinderen en jongeren.* Assen: Van Gorcum.

Boeken, tests en vragenlijsten voor psychologie & psychiatrie professionals

243



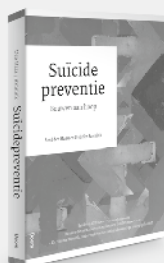
Therapiewinst

De waarde van psychologische behandeling

Therapiewinst is een vurig en overtuigend pleidooi voor een adequate geestelijke gezondheidszorg. De boodschap is duidelijk: de ggz moet niet als kostenpost maar juist als investering worden gezien.

"Ik vind het zo'n logisch en helder verhaal. We gaan er zeker rekening mee houden bij het tot stand komen van het hoofdlijnsakkoord ggz."

- Staatssecretaris Blokhuis.



Suicidepreventie

Bouwen aan hoop

Suïcidaal gedrag vormt wereldwijd een belangrijke doodsoorzaak. Hoe bouw je als behandelaar aan hoop en hoe optimaliseer je het contact met cliënten wanneer zij een einde aan hun leven willen maken?

Benieuwd naar ons aanbod?

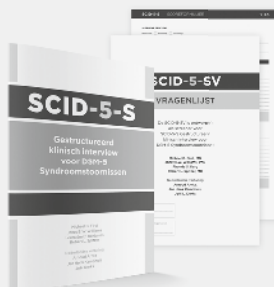
www.boompsychologie.nl/actie

**Boompsychologie
& psychiatrie**

Boeken, tests en vragenlijsten voor psychologie & psychiatrie professionals

De complete SCID-5-S

Voor de beoordeling van alle DSM-5 Syndroomstoornissen



Het SCID-5-S Interview helpt u bij het vaststellen van alle belangrijke DSM-5 Syndroomstoornissen. De SCID-5-S bestaat uit het interview, scoreformulier en vragenlijst.

SCID-5-S Vragenlijst

Bespaar tijd bij het afnemen van de SCID-5-S!



De SCID-5-S Vragenlijst is bedoeld als screeningsinstrument en kan gebruikt worden om tijd te besparen bij het afnemen van de SCID-5-S.

Benieuwd naar alle SCID-5-S producten?

Meer informatie op:

www.boompsychologie.nl/actie

**Boompsychologie
& psychiatrie**

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(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 3, september 2018

Pagina 185–244

185 *Redactioneel*

186 **Linda Hummel & Annemieke Driessen** — Traumabehandeling met het schemamodusmodel en EMDR — Handvatten voor casusconceptualisatie en interventies

207 **Kim Helmus, Patrick Kemperman, Aart de Leeuw, Marcel van den Hout & Tonnie Staring** — Infestatietaan: hoe ziet die eruit en wat te doen? — Twee gevalsbeschrijvingen

FORUM

224 **Pim Cuijpers & Robin Kok** — Waar ligt de werkelijke cognitieve bias?

230 **Reinout Wiers** — Appels, peren en dennenappels in de meta-analyse van cognitive bias modification — Een reactie op de reactie van Cuijpers & Kok

BOEKBESPREKINGEN

236 **Peter Muris**
Sociaal sterkere pubers

240 **Inez Buyck**
Ik ben oké