

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 51 NUMMER 4 DECEMBER 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)

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.



.....

Welkom bij dit laatste nummer van 2018. Wellicht hebt u het laatste najaarscongres nog vers in uw geheugen en geniet u, net als ik, nog na. Hebt u sprekers gezien die u graag eens terugleest in ons tijdschrift? Laat ons dat dan weten, dan gaan wij achter hen aan. Was u zelf spreker? Overweeg dan eens uw bijdrage om te werken naar een mooi artikel voor ons blad.

Welnu, wat brengt dit nummer? *Jaap Spaans* en *Kees Jan van der Boom* openen met een bijdrage over somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Zij gaan vooral in op aandachtspunten voor de verbetering van cognitieve gedragstherapie in de behandeling van deze klachten. De bijdrage van *Arnold van Emmerik*, *Floor Nederveen*, *Arjen Noordhof* en *Jan-Henk Kamphuis* gaat over psychometrische eigenschappen van een vragenlijst voor de meting van zelfactualisatie; een belangrijk concept uit de oude psychologie. De auteurs bepleiten, mijns inziens overtuigend, dat het concept ook thuishoort in de moderne psychologie en dat het voor onderzoek en behandeling waardevol is om het goed te kunnen meten.

In het tweede nummer van dit jaar besteedden wij uitgebreid aandacht aan evidence-based practice. U weet mogelijk nog dat *Arnold van Emmerik* en *Dirk Hermans* zich uitspraken over de vraag of EBP een betere grondslag zou zijn voor verenigingen als de VGCT en VVGT ('Ja,' zei de eerste; 'Nee,' zei de tweede). Wij zijn er blij mee dat *Marcel van den Hout* en *Yvette van der Pas* hun gedachten over dit vraagstuk met ons willen delen. U treft hun bijdragen in dit nummer aan.

In de laatste twee stukken is er aandacht voor *Paul Eelen*, een vooraanstaand Vlaams gedragstherapeut die in 2016 overleed. Hij schreef samen met *Hans Orlemans* en *Dirk Hermans* een van de prachtigste boeken uit de gedragstherapie van de lage landen, *Inleiding tot de gedragstherapie*. *Anton Hafkenscheid* schreef een boekbespreking waarin hij vol lof over de recentste versie van dit boek schrijft (van *Dirk Hermans*, *Filip Raes* en *Hans Orlemans*), maar ook over eerdere versies. Het nummer eindigt met een eerbetoon aan *Paul Eelen*, geschreven door verschillende Vlaamse collega's. Ook voor mensen die *Eelen* niet kenden illustreert dit stuk hoe groot zijn invloed is geweest.

Ik hoop dat u de verschillende stukken met belangstelling leest. We gaan op naar 2019. De redactie heeft dan afscheid genomen van *Tonnie Staring* die zijn redactiewerk verruult voor andere activiteiten. Wij danken *Tonnie* hartelijk voor zijn belangrijke bijdrage aan onze redactie. We zullen hem missen.

Paul Boelen
Hoofdredeacteur

Stand van zaken bij somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten

Verbeteren van de effectiviteit van
cognitieve gedragstherapie

JAAP SPAANS & KEES JAN VAN DER BOOM

Samenvatting

Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) komen in de praktijk van de huisarts of de medisch specialist vaak voor. Een stijgend aantal Nederlandse behandel- en onderzoeksinstituten specialiseerden zich het afgelopen decennium in deze klachten. Cognitieve gedragstherapie (CGT) neemt een vooraanstaande plaats in bij behandeling van SOLK; het is op dit moment de best onderzochte en meest toegepaste behandelmethode. CGT blijkt weliswaar effectief, maar de effectgroottes zijn vaak nog bescheiden. Tegen de achtergrond van recente richtlijnen, zorgstandaarden en handboeken onderscheiden we een aantal aandachtspunten bij de verbetering van CGT. Deze liggen op het gebied van motiveren voor behandeling, de therapeutische relatie, multidisciplinaire samenwerking, gepersonaliseerd behandelen en specifieke doelgroepen. Tevens gaan wij in op beperkingen van CGT.

Trefwoorden: SOLK, lichamelijke klachten, cognitieve gedragstherapie, effectiviteit, verbetering

INLEIDING

De belangstelling voor somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) in Nederland is het afgelopen decennium toegenomen. SOLK kan onder professionals en bij het brede publiek op meer erkenning

rekenen dat het om echte lichamelijke klachten gaat. Negatieve stigma's als aanstellerij, inbeelding en simulatie lijken daarmee afgenomen. Cognitieve gedragstherapie (CGT) is momenteel de best onderzochte effectieve behandelmethode bij SOLK. Zowel tweede generatie als derde generatie gedragstherapie wordt in Nederland toepast, zij het op een nog steeds te beperkte schaal, gezien het grote aantal patiënten. Bovendien zijn de gemeten behandel-effecten vooralsnog bescheiden. Er is dus reden om stil te staan bij de huidige cognitief-gedragstherapeutische theorievorming en behandeling van SOLK, en om aandachtsgebieden te formuleren bij verbetering van de behandel-effecten. Eerst gaan we in op de gangbare terminologie en schetsen we kort de prevalenties. Daarna staan we kritisch stil bij gangbare (leertheoretische) modellen die aan CGT voor SOLK ten grondslag liggen, om vervolgens de behandeling met CGT te beschouwen, inclusief de effectiviteit en het meten ervan. Op grond van recente inzichten uit handboeken, richtlijnen en zorgstandaarden zullen we vervolgens een aantal aandachtsgebieden omschrijven om CGT voor SOLK te verbeteren. Tot slot gaan we in op beperkingen van CGT voor SOLK.

TERMINOLOGIE

.....

Veelvoorkomende lichamelijke klachten die onvoldoende somatisch zijn verklaard, zijn chronische pijnklachten, chronische vermoeidheid, buik-, maag- en darmklachten, en uitvalsverschijnselen. Afhankelijk van de context zijn voor dergelijke klachten verschillende termen in omloop, zoals 'medisch onverklaarde somatische symptomen', 'psychogene klachten', 'psychosomatische aandoeningen', 'functionele symptomen', 'somatoforme stoornissen' en 'vage klachten'.

Richtlijnen en zorgstandaarden hanteren sinds 2010 de benaming 'soma-tisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten' (SOLK; Fisher, Boerema, & Franx, 2010), omschreven als: lichamelijke klachten die langer dan enkele weken duren en waarbij na adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klacht voldoende verklaart. Het kan ook gaan om klachten waar wel een lichamelijke aandoening aan ten grondslag ligt, maar waarbij de klachten ernstiger of langduriger zijn, of het functioneren sterker beperken, dan op grond van de aandoening verwacht mag worden. De *Zorgstandaard somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK)* (2018) beschouwt SOLK als een werkhypothese en niet als een diagnose; dit helpt therapeuten alert te blijven op mogelijke veranderingen die kunnen wijzen op een onderliggend ziektebeeld. Medisch specialisten typeren SOLK doorgaans als een *functioneel somatisch syndroom*, zoals het chronischevermoeidheidssyndroom, fibromyalgie, aspecifieke lage rugpijn, spanningshoofdpijn en het prikkelbaredarmsyndroom.

In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) worden stoornissen geclassificeerd aan de hand van de DSM. In de vorige versie (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 1994) was SOLK ondergebracht in de categorie *somatoforme stoornissen*. De huidige DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) classificeert SOLK onder de categorie *somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen* en onderscheidt daarbinnen de volgende stoornissen:

- ▶ Somatisch-symptoomstoornis
- ▶ Ziekteangststoornis
- ▶ Conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis)
- ▶ Psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden
- ▶ Nagebootste stoornis
- ▶ Ongespecificeerde somatisch-symptoomstoornis of verwante stoornis

De ziekteangststoornis en de nagebootste stoornis onderscheiden zich van de andere stoornissen binnen de categorie, omdat er in hun geval niet per se sprake is van lijden aan duidelijke lichamelijke klachten. Bij deze stoornissen ligt de nadruk op angst, obsessie of nabootsing zonder (of met milde) lichamelijke symptomen. Deze stoornissen laten we daarom verder buiten beschouwing. Hetzelfde geldt voor de morfodysfore stoornis (stoornis in de lichaamsbeleving), die in de DSM-IV nog opgenomen was als een van de somatoforme stoornissen, maar in de DSM-5 is ondergebracht bij de categorie obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen.

De somatisch-symptoomstoornis is de meest voorkomende stoornis. Het belangrijkste kenmerk is de disfunctionele omgang met lichamelijke klachten: disproportionele en persisterende gedachten over de ernst van de symptomen, een voortdurend hoog niveau van angst over gezondheid en symptomen, en het besteden van excessief veel tijd en energie aan symptomen of gezondheid (American Psychiatric Association, 2014). De DSM-5 introduceerde een andere visie op al dan niet verklaarde lichamelijke klachten, die verschilt van wat gebruikelijk was tot en met de DSM-IV. Er is gekozen voor een positief criterium, namelijk een maladaptieve reactie op lichamelijke symptomen, in plaats van het voormalig negatief criterium van de medisch onverklaarde aard van de symptomen. Hiermee is het onderscheid tussen somatisch verklaarde en somatisch onverklaarde klachten vervallen, en wordt de kunstmatige scheiding tussen lichaam en geest meer losgelaten (Tak & van Geelen, 2017). Patiënten met verklaarde lichamelijke aandoeningen, zoals een hartziekte of diabetes, kunnen voldoen aan de criteria voor een somatisch-symptoomstoornis wanneer zij excessieve gedachten, gevoelens en gedragingen ten opzichte van hun aandoening laten zien.

Het gebrek aan overeenstemming in de gehanteerde terminologie weerspiegelt de (welhaast inherente) conceptuele kwesties en verschillen in visie op de problematiek, die ook actueel spelen (zie bijvoorbeeld: Bouman, van

Rood, Mulkens, & Visser, 2013; Wineke & van Dijke, 2015). Aansluitend op recente handboeken, richtlijnen en zorgstandaarden kiezen wij in dit bestek voor het gebruik van de aanduiding 'SOLK'.

PREVALENTIE

.....

Prevalentiecijfers van SOLK zijn in hoge mate afhankelijk van de criteria die studies hanteren. Dit in acht nemend wordt de prevalentie van SOLK onder de algemene bevolking geschat op ongeveer 20%-26% (Creed, Henningsen, & Fink, 2011), in de eerste lijn op ongeveer 40% (Olde Hartman et al., 2013) en in de tweedelijns medische zorg op naar schatting 35%-53% (Creed et al., 2011). SOLK komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (Steinbrecher & Hiller, 2011). Over het algemeen is de prognose redelijk gunstig: tussen de 50%-75% van de patiënten herstelt binnen een jaar na het zoeken van hulp (Steinbrecher & Hiller, 2011). Bij patiënten die niet herstellen, zien ervaren SOLK-therapeuten vaak symptoomonderhoudende factoren, zoals een slechte lichamelijke conditie, negatieve emoties, verstoorte cognities, overmatig zorggebruik, vermijdingsgedrag, te hoge eisen stellen aan zichzelf, moeite met hulpvragen, disfunctionele interacties, psychiatrische en somatische comorbiditeit, hechtingsproblematiek en trauma in de voorgeschiedenis (Janssens et al., 2017).

THEORETISCHE MODELLEN ACHTER CGT VOOR SOLK

.....

Modellen op het gebied van aandacht, geheugen, cognities en gedrag

.....

Een aantal generieke theoretische modellen zijn toepasbaar bij de verklaring van de ontwikkeling en vooral de instandhouding van SOLK, en bij het onderbouwen van hedendaagse CGT-behandelingen van SOLK. Voorbeelden zijn modellen op het gebied van aandacht, geheugen, cognities en gedrag.

Aandachtsmodellen beschrijven de rol van zintuiglijke perceptie en cognitieve processen, zoals selectieve aandacht, interpretatie en informatie-verwerking bij de waarneming van lichaamssignalen; er wordt dan ook wel gesproken van perceptueel-cognitieve modellen (Rief & Broadbent, 2007). Volgens de meeste aandachtsmodellen kan verstoring van aandacht voor lichamelijke sensaties SOLK in stand houden.

Geheugentheorieën richten zich op geheugenverstoring bij SOLK. Zij kijken bijvoorbeeld naar de invloed van langdurige stress op verstoring van het herinneren van lichamelijke en emotionele processen. Het herinneren

van lichamelijke symptomen (zoals de aard, hoeveelheid en intensiteit ervan) lijkt bij patiënten met SOLK anders te verlopen dan bij mensen zonder SOLK (Rief & Broadbent, 2007). Patiënten met SOLK vertonen vaak een voorkeursgeheugenverstoring, herinneren zich bijvoorbeeld gezondheidsgerelateerde informatie selectief beter en herinneren zich vaker somatische oorzaken van hun lichamelijke klachten dan gezonde proefpersonen (Rief & Broadbent, 2007). Geheugenverstoringen kunnen leiden tot disfunctionele attributies over lichaamsprocessen, die vervolgens lichamelijke klachten in stand houden.

Bij cognitieve verklaringsmodellen staat de interpretatie van lichamelijke klachten centraal. Catastroferen en inadequate oorzakelijke ziekteverklaringen voor lichamelijke symptomen worden bij SOLK als cruciaal beschouwd (Rief & Broadbent, 2007). Verwachtingsmodellen bestuderen de invloed van de verwachting van lichamelijke symptomen op de intensiteit ervan. De bovenmatige verwachting van patiënten met SOLK om lichamelijke klachten te ontwikkelen kan leiden tot het versterkt waarnemen van klachten (Rief & Broadbent, 2007). Relatief nieuw is het *predictive-coding*-model, dat beschrijft hoe eerdere fysieke ervaringen de waarneming van lichamelijke klachten beïnvloeden; opgeslagen ervaringen functioneren hierbij als impliciete voorspellingen (van den Bergh, Witthöft, Petersen, & Brown, 2017).

Patiënten met SOLK maken niet alleen meer gebruik van gezondheidszorg dan andere patiënten, maar zijn ook vaker ontevreden over het resultaat (Page & Wessely, 2003). Dit leidt vaak tot meer stress en lichamelijke klachten, wat weer leidt tot toename van hulpzoekend gedrag. Passieve en actieve vermijding zijn veelvoorkomende ziektegedragingen. Passief uit de weg gaan van situaties die lichamelijke klachten zouden kunnen oproepen, kan onder meer leiden tot een slechtere lichamelijke conditie en toename van bewegingsangst. Voorbeelden van actieve vermijding zijn overactiviteit, overmatig hulp of geruststelling vragen, overdreven zoeken naar en toetsen van medische diagnoses, aanklampend gedrag en obsessief monitoren van het lichaam.

Biopsychosociale model

Modellen die uitgaan van aandacht, geheugen, cognities en gedrag bieden een empirisch ondersteunde basis en meerdere aangrijpingspunten voor CGT-interventies. Tegelijkertijd schieten deze modellen tekort. Vaak zijn de CGT-modellen eenzijdig beïnvloed vanuit het onderzoek naar angststoornissen (Visser & Reinders, 2017), met veel aandacht voor angst, spanning, preoccupatie met symptomen (selectieve aandacht), angstige cognities en vermijding. Deze modellen benadrukken ook voornamelijk psychologische pathologische mechanismen en lijken te beperkt om verklaring te bieden voor alle vormen van SOLK. Er zijn immers voldoende aanwijzingen dat een breed scala aan factoren uit alle domeinen (biologisch, psychologisch en so-

ciaal) samenhangen met SOLK (Deary, Chalder, & Sharpe, 2007; Janssens et al., 2017). Uit de Nederlandse literatuur spreekt dan ook overeenstemming om SOLK te beschouwen als een multifactorieel fenomeen, met het biopsychosociale model als uitgangspunt (Zorgstandaard SOLK, 2018).

Het biopsychosociale model, gebaseerd op de theorie van Engel (1977), gaat ervan uit dat bij ziekte en stoornissen in het menselijk functioneren biologische, psychologische en sociale factoren altijd een significante rol spelen. Bij een probleemanalyse volgens het biopsychosociale model is onderscheid te maken tussen predisponerende of voorbeschikkende factoren, luserende of uitlokkende factoren en bestendigende of in stand houdende factoren. Ook biedt het model gelegenheid tot een gepersonaliseerde verklaring (zie ook de paragraaf over gepersonaliseerd behandelen hieronder). Daarbij kunnen per patiënt actuele vicieuze cirkels aan de hand van de drie factoren in kaart worden gebracht. Heeft de patiënt bijvoorbeeld hoofdpijn (biologische factor), dan kan hij reageren met de gedachte: 'Ik kan nu niet functioneren' (psychologische factor), en zijn afspraken afzeggen, met sociale isolatie tot gevolg (sociale factor). Dit kan somberheid en hoofdpijn versterken (psychische en biologische factoren). Het biopsychosociale model biedt een breder perspectief op SOLK dan gangbare CGT-modellen, die veel minder zowel persoonlijke biologische, psychologische als sociale factoren verbinden. Het biopsychosociale model is een bruikbaar algemeen kader voor het per patiënt in kaart brengen van vermoedelijke etiologische factoren, zonder daarmee een generiek pathogenetisch model te bieden. Een brede multifactoriële kijk op de problematiek lijkt vooral van belang bij ernstige en complexe problematiek, zoals langdurige SOLK met psychiatrische comorbiditeit en langdurige invalidering.

Om recht te doen aan de wetenschappelijke aanwijzingen dat sociale factoren een sterke rol spelen bij ontstaan en in stand houden van SOLK (Mobini, 2015) zou daarom meer integratie gezocht kunnen worden van CGT-modellen met het ontwikkelingspsychologisch perspectief van gehechtheid en mentaliseren, het sociale perspectief van de systeemleer en het intrapersonlijke perspectief van persoonlijkheidsproblematiek. Verder kunnen CGT-modellen profiteren van meer integratie met psychofysiologische invalshoeken, zoals stressfysiologie, centrale sensitiviteit en psychoneuroimmunologie (Houtveen & van Doornen, 2017). CGT-modellen zouden ook gebaat zijn bij meer integratie met dissociatiemodellen. Veel patiënten met SOLK, met name bij conversieve klachten, vertonen namelijk dissociatieve symptomatologie (Nijenhuis, 2000).

Positieve gezondheid

Ten slotte valt op dat de leertheoretische verklaringsmodellen voor SOLK overwegend pathologische mechanismen beschrijven, wat de indruk wekt dat gezondheid slechts bestaat uit de afwezigheid van ziekte. Om de posi-

tieve kanten van gezondheid te benadrukken is het concept 'positieve gezondheid' gepostuleerd: het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (Huber et al., 2011). Gezondheid wordt in deze benadering mede bepaald door kwaliteit van dagelijks functioneren, sociaal-maatschappelijk functioneren, welbevinden, zingeving, mentaal functioneren en lichaamsfuncties. Functieanalyses van sterke kanten van patiënten met SOLK (positieve CGT) zijn weliswaar in opkomst, maar worden nog zelden beschreven of toegepast. Voor SOLK-patiënten, die vaak gevangen zitten in hardnekkige vicieuze cirkels van lichamelijke, psychische en sociale problemen, lijkt aandacht voor positieve gezondheid een zinvolle benadering.

COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE

.....

Uitgangspunt van CGT bij SOLK is dat het ervaren van lichamelijke klachten gezien kan worden als een *life event* (Visser & Reinders, 2017). Hoe reageert een patiënt hierop en welke gedachten treden dan op? Kan hij zijn gedrag aanpassen aan de veranderende omstandigheden? Heeft hij de vaardigheden om hiermee om te gaan? In een leertheoretische analyse van SOLK staan daarom disfunctionele cognities en disfunctionele gedragingen centraal (Visser & Reinders, 2017). Disfunctionele cognitieve patronen laten zich vooral zien in misinterpretatie van lichamelijke symptomen, selectieve perceptie van lichaamssensaties en onrealistische verwachtingen over lichamelijke klachten, en leiden al snel tot in stand houdende fysiologische en emotionele veranderingen.

Veelvoorkomend disfunctioneel gedrag bij zowel verklaarde als onvolgende verklaarde lichamelijke klachten is actieve dan wel passieve vermijding. Voorbeelden van passief vermijdingsgedrag zijn: niet meer sporten, sociale gebeurtenissen uit de weg gaan of niet om hulp vragen. Op korte termijn leidt disfunctioneel passief vermijdingsgedrag tot vermindering van angst, bezorgdheid of stress. Op den duur leidt het echter tot meer lichamelijke klachten, niet alleen door een slechtere lichamelijke conditie, maar ook vanwege psychische gevolgen, zoals toename van angst, stress of somberheid. Voorbeelden van actieve vermijding zijn: overactiviteit, overmatig hulp of geruststelling vragen, overdreven zoeken naar en toetsen van diagnoses, veelvuldig aanklappen, obsessief monitoren en actief controleren van het lichaam. Disfunctioneel actief vermijdingsgedrag leidt op korte termijn tot angst- of stressreductie en soms tot afname van lichamelijke klachten, maar kan op de lange termijn leiden tot uitputting, ongerustheid en angst, die lichamelijke klachten in stand houden. Voorbeelden van disfunctionele patronen zijn te zien in de casus van mevrouw de Wit:

Casus: Voorbeeld van disfunctionele patronen

Mevrouw de Wit is een 49-jarige groepswerkster. Ze kampt met ernstige onvoldoende verklaarde vermoeidheid, rugpijn en buikkrampen, na jarenlange overbelasting op haar werk in een zorginstelling. Onderdeel van de overbelasting is dat ze niet voldoende assertief optreedt bij het indelen van de dienstlijst. Ze is inmiddels niet meer in staat te werken.

Wat betreft disfunctionele cognities valt op dat mevrouw de Wit bij het ervaren van lichamelijke klachten denkt: 'Ik moet doorgaan en niets laten merken.' Dit heeft te maken met haar idee dat zij pas iets voorstelt als ze anderen kan helpen. Hierdoor stelt ze zeer hoge eisen aan zichzelf, zowel op het werk als thuis. Ze probeert daarbij zo weinig mogelijk stil te staan bij wat ze fysiek en emotioneel ervaart. Mevrouw de Wit vermijdt actief het ervaren van fysieke sensaties en emoties door het via een strak schema uitvoeren van huishoudelijke taken. Ze staat zichzelf daarbij niet toe rust te nemen, want niets doen betekent voor haar dat ze faalt in het helpen van man en kinderen. Ze zou zich dan erg schuldig en minderwaardig voelen. Zodoende gaat ze steeds over de grenzen van vermoeidheid en wordt ze steeds depressiever. Hierdoor interpreteert ze alles wat ze doet als negatief, zoals dat ze nu geen goede moeder meer is, en is ze nog minder in staat een passende balans tussen rust en activiteit te vinden.

CGT omvat een breed scala aan interventies, zowel op het gebied van gedrag als van cognities. Voorbeelden van interventies gericht op cognities zijn: psycho-educatie, cognitieve herstructurering, G-schema's en gedragsexperimenten. Voorbeelden van interventies om disfunctionele gedragspatronen te bewerken zijn: het doorbreken van vermijding (exposure) en het nalaten van controles en rituelen (exposure en responspreventie), het aanleren van probleemoplossende vaardigheden, het bevorderen van sociale steun, stressmanagement, leefstijlinterventies, en ontspannings- of mindfulnessoefeningen.

Casus: Voorbeeld van een CGT-aanpak van disfunctionele patronen

In de CGT-behandeling van mevrouw de Wit staat de aanpak van haar disfunctionele cognities en actieve vermijding centraal. In twintig sessies leert zij via een G-schema cognities uit te dagen, zoals: 'Ik moet anderen helpen, anders ben ik waardeveloos', en: 'Ik faal in de ogen van anderen als ik hen niet van dienst ben.' Ook voert zij gedragsexperimenten uit. Zo neemt zij thuis een halfuur rust op de bank terwijl man en kinderen thuis zijn. Daarna vraagt zij of het hen is opgevallen dat zij rust nam en wat zij hiervan vinden. Ze krijgt te horen dat zij haar rusten op de bank zien als 'goed voor jezelf zorgen', wat zij waarderen. Zodoende leert ze het idee relativiseren dat ze in hun ogen faalt als ze rust neemt. Verder wordt haar partner bij de behandeling betrokken en worden er afspraken gemaakt over hoe hij en de kinderen meer kunnen bijdragen aan huishoudelijke taken.

Vervolgens doet mevrouw de Wit tijdens de sessies met hulp van de therapeut lichaamsgerichte exposureoefeningen door met aandacht stil te staan bij verschil-

lende lichamelijke sensaties. Ze leert haar actieve vermijdingsgedrag thuis te doorbreken door tweemaal daags een mindfulnessoefening te doen, waarbij ze de aandacht richt op haar lichamelijke sensaties, gedachten en gevoelens. Vervolgens leert zij haar strakke schema van huishoudelijke taken los te laten en meer te handelen op grond van eigen lichaamssignalen en activiteiten die zij voor zichzelf prettig en waardevol vindt. Zo vindt ze meer balans tussen rust en inspanning, en tussen zorgen voor anderen en iets leuks doen voor zichzelf. Tevens neemt zij deel aan een assertiviteitstraining. Hier leert ze nee te zeggen tegen verzoeken van anderen. Na een half jaar zijn de lichamelijke klachten van mevrouw de Wit afgenomen, heeft zij een nieuw levensmotto – ‘zorgen voor mezelf is mijn fundament’ – en werkt zij halftijds op therapeutische basis.

Twee bij SOLK vaak toegepaste gedragstherapeutische benaderingen van fysieke activiteitenopbouw zijn *graded activity* (stapsgewijze opbouw van activiteiten) en *exposure in vivo* (blootstellen aan beweging bij bewegingsangst). Beide benaderingen worden in de praktijk toegepast door zowel CGT-therapeuten als fysiotherapeuten.

CGT helpt de patiënt primair om op een meer functionele manier met zijn klachten om te gaan. Een van de doelen van de therapie is het verbeteren van de kwaliteit van leven. Daarnaast richt CGT zich op klachtenreductie. Enkele voorbeelden van in Nederland breed toegepaste CGT-programma's voor SOLK zijn de programma's van Zonneveld (2011), de behandelprotocollen in Keijsers, van Minnen, Verbraak, Hoogduin en Emmelkamp (2017) en het CGT-protocol van Visser en Reinders (2015). Voor lang niet alle vormen van SOLK bestaan al specifiek toegespitste CGT-programma's (Zorgstandaard SOLK, 2018).

Derde generatie gedragstherapie

Binnen de zogenaamde derde generatie gedragstherapieën, zoals *acceptance and commitment therapy* (ACT) en *mindfulness based stress reduction* (MBSR), richt behandeling van SOLK zich op mindfulness en acceptatie. Niet de afname van lichamelijke klachten staat centraal, maar het aanleren van een niet-veroordelende, aandachtige en accepterende houding, en het leven vanuit persoonlijke waarden. ACT bij SOLK wordt in Nederland breed toegepast en kan ook multidisciplinair worden aangeboden. De vraag is of ACT en MBSR voor SOLK wezenlijk andere werkingsmechanismen hebben dan andere vormen van gedragstherapie. Zijn exposureoefeningen en het uitdagen van cognities wezenlijk anders dan aanvaardingsoefeningen en cognitieve defusieoefeningen (oefeningen in het beschouwen van gedachten als niet meer dan gedachten)? ACT-aanhangers noemen als voordelen dat ACT lichamelijke klachten in een bredere context plaatst, zoals omgaan met waarden; dat ACT beter verenigbaar is met non-verbale therapievormen en met een multidisciplinaire aanpak, beide aanbevolen in de SOLK-zorgstandaard (Zorgstandaard SOLK, 2018); en dat ACT beter wordt geaccep-

teerd door patiënten. Onderzoek heeft echter nog niet aangetoond of deze facetten daadwerkelijk bijdragen aan een effectievere behandeling. ACT of MBSR lijkt dan ook vooral geïndiceerd wanneer een op klachtenreductie gerichte CGT onvoldoende effect heeft, de patiënt is vastgelopen in zijn strijd met de klachten of de kwaliteit van leven ernstig is aangetast.

Beschikbaarheid van CGT

Hoewel er in Nederland het afgelopen decennium meerdere SOLK-centra in het leven zijn geroepen, lijkt het aanbod van CGT-behandelingen voor SOLK nog steeds te beperkt (Visser & Reinders, 2017). Ook de beschikbaarheid van CGT in de eerste lijn (huisarts en basis-ggz) is nog bescheiden, terwijl richtlijnen en zorgstandaarden CGT in de eerste lijn aanbevelen en patiënten met SOLK psychosociale hulp bij voorkeur in de eerste lijn ontvangen (Menon, Rajan, Kuppili, & Sarkar, 2017). Bovendien is de bereikbaarheid van CGT voor patiënten met SOLK problematisch. CGT-therapeuten zijn niet altijd bekend bij verwijzers, zoals huisartsen. Tevens is in menige regio de aansluiting van de eerste lijn op de tweede en derde lijn beperkt, of die van de basis-ggz op de specialistische ggz. In specialistische (ggz-)instellingen ontbreekt het vaak nog aan zorgpaden voor SOLK met toepassing van CGT.

Kortom, *stepped care* en *matched care* voor SOLK-patiënten, zoals aangeraden in de richtlijn en zorgstandaard (Fisher et al, 2010; Zorgstandaard SOLK, 2018), kennen in Nederland nog veel knelpunten. Het organiseren van regionale SOLK-netwerken met een gedeelde digitale infrastructuur zou volgens het Landelijk Netwerk Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (NOLK, het Nederlandse kenniscentrum betreffende SOLK) kunnen helpen de noodzakelijke afstemming van zorg verder te ontwikkelen (Tak, Spaans, & van Rood, 2016). In dit kader zou de bekendheid van CGT voor SOLK kunnen verbeteren met behulp van een regionale of landelijke digitale sociale kaart. Een spoedige landelijke invoering van het onlangs voor huisartsen ontwikkelde onlineprogramma *Grip op klachten* zou een bijdrage kunnen leveren aan het op gang brengen van doelmatige stepped care. Dit digitale SOLK-programma bestaat onder meer uit een gepersonaliseerde online zelfhulpmodule, begeleidde online-CGT en een verwijshulp, die patiënten verwijst naar de juiste face-to-facebehandelingen, zoals CGT in de regio (Rosmalen & van Gils, 2017).

Effectiviteit van CGT en het meten ervan

CGT is op dit moment de best onderzochte en meest toegepaste psychologische behandelmethode voor SOLK. Het is een effectieve behandelmethode, zo blijkt uit verschillende recente meta-analyses (Menon et al., 2017; van Dessel et al., 2014). De effecten op symptoomreductie zijn over het algemeen echter nog klein tot hooguit matig, en de verschillen in effect tussen

de studies zijn groot. Oudere overzichten op het gebied van somatoforme stoornissen lieten eveneens dit beeld zien, zoals de studie van Kroenke (2007). Ook voor bij SOLK vaak toegepaste graded activity en exposure in vivo laten systematische reviews van deze methoden matige effectgroottes zien, die op lange termijn afnemen (Köke, Huijnen, Geilen, & den Hollander, 2017). Op het niveau van meta-analyses van CGT bij specifieke SOLK is het effect aangetoond bij uiteenlopende stoornissen, zoals lage rugpijn, het chronischevermoeidheidssyndroom, werkgerelateerde vermoeidheid (burn-out), prikkelbare darmsyndroom en fibromyalgie.

Bescheiden effectiviteit blijkt tevens uit systematische reviews van ACT en MBSR bij SOLK. Deze methoden zijn weliswaar niet superieur aan CGT (A-Tjak et al., 2015; Veehof, Trompetter, Bohlmeijer, & Schreurs, 2016), maar wel een gelijkwaardig alternatief voor CGT en vragen eveneens om verbetering van effectiviteit.

Voorts is niet aangetoond dat CGT het meest geschikt is voor alle categorieën patiënten met SOLK. Zo vonden Liefink, Diener, van Broeckhuysen-Kloth en Geenen (2018) in hun meta-analyse dat CGT bij ernstige SOLK niet effectiever is dan andere psychologische interventies wat betreft symptoomreductie en afname van psychopathologie. Eerder al kwamen Koelen en collega's (2014) in hun meta-analyse tot vergelijkbare uitkomsten. Zij concludeerden dat ook psychodynamische therapie voor deze groep patiënten effectief kan zijn, en zelfs effectiever is op het gebied van verbeteren van functioneren.

Bovenstaande kanttekeningen roepen volgens ons om gedachtevorming over verbetering van de effecten van CGT bij SOLK. Alvorens hierop in te gaan, zijn een aantal opmerkingen over de manier van meten van effecten op zijn plaats.

De effectiviteit van CGT wordt vaak aangetoond in studies waarin CGT een palet aan technieken betreft, bedoeld voor een heterogene groep. Meer gepersonaliseerd onderzoek naar de werkzaamheid van specifieke technieken bij specifieke groepen patiënten of zelfs bij individuele patiënten (op basis van $n = 1$: wat werkt er bij welke patiënt?) kan de objectiveerbaarheid van de effectiviteit verbeteren. De specificiteit van de onderzochte groep kan men zoeken in specifieke symptomen of in clustering van symptomen. Ook kunnen metingen zich richten op bepaalde patiëntkenmerken, zoals actieve of passieve vermijding, of profielen van kenmerken. Een ander probleem bij effectmetingen is het gebruik van generieke uitkomstmaten. Mogelijk is winst te boeken door uitkomstmaten te personaliseren, zodat ze beter bij de problemen van de individuele patiënt met SOLK passen en aansluiten op individuele doelen die patiënten in overleg met hun behandelaar vaststellen.

Voor het vaststellen van behandel-effecten gebruiken studies vaak retrospectieve vragenlijsten. Patiënten met SOLK vertonen echter sterke geheugenfouten als het gaat om gezondheidsgerelateerde zaken, zoals lichamelijke symptomen (Rief & Broadbent, 2007). Dit probleem kan worden omzeild met

herhaalde vragenlijstmetingen in het ‘hier-en-nu’, objectievere maten zoals een bewegingsmeter, of gedragstaken zoals een conditietest. Een voorbeeld van *live* vragenlijstmeting is *ecological momentary assessment* (EMA; ook wel *experience sampling* genoemd). Patiënten krijgen hierbij meerdere keren per dag op hun smartphone (op vaste of random tijdstippen) een bericht, waarna ze hun symptomen kunnen aangeven, maar ook hoe zij van moment tot moment klachtgerelateerde factoren inschatten, zoals zelfwaardering, mindfulness, assertiviteit en kwaliteit van leven. Ook kan ervoor gekozen worden dat patiënten gebeurtenissen, zoals een pijnaanval of plotselinge verergering van vermoeidheid zelf aangeven en een meting opstarten. De met EMA verzamelde data bieden mogelijkheden voor innoverend effectonderzoek op basis van $n = 1$, waarbij ingezoomd kan worden op verandering van symptomen en op de samenhang met symptoombeïnvloedende factoren ten gevolge van een behandelinterventie.

HOE VALT DE EFFECTIVITEIT VAN CGT TE VERBETEREN?

.....

Uit recente SOLK-handboeken, zorgstandaarden en richtlijnen destilleerden wij aandachtsgebieden waarmee de toepassing van CGT bij SOLK aan effectiviteit kan winnen. We behandelen zowel aanbevelingen bij CGT in het algemeen als bij specifieke subgroepen.

Motiveren voor behandeling

.....

SOLK-patiënten ervaren vaak weerstand tegen een psychologische aanpak, waardoor een potentieel effectieve CGT niet altijd van de grond komt. Hoewel voorbereiden op en motiveren voor behandeling bij patiënten met SOLK vaak als een essentiële therapiefactor wordt beschouwd, is dit nog maar in geringe mate beschreven en onderzocht. Ter motivatie voor cognitieve gedragstherapie is het belangrijk om psycho-educatie te geven over factoren die SOLK doen ontstaan en in stand houden. Een verklaringsmodel moet zo veel mogelijk aansluiten op de persoonlijke situatie van de patiënt. Een gepersonaliseerde verklaring op basis van het biopsychosociale model of het gevolgenmodel (zie de paragraaf over gepersonaliseerd behandelen hieronder) heeft hierbij de voorkeur (Tak, van Rood, & Spaans, 2017). Een gepersonaliseerde verklaring maakt gebruik van informatie die door de patiënt zelf is aangedragen, waardoor de patiënt zich gemakkelijk in het model kan herkennen, wat hem vervolgens motiveert voor behandeling.

Motivational interviewing blijkt effectief bij motiveren tot gezondheidsgedrag (O'Halloran et al., 2014) en kan gecombineerd worden met CGT. Het kan daarom naast een gepersonaliseerde verklaring een belangrijke bijdrage leveren aan het optimaliseren van de motivatie van SOLK-patiënten voor CGT.

Therapeutische relatie

258

De therapeutische relatie wordt in onderzoek naar de effectiviteit van CGT bij SOLK zelden goed beschreven. Patiënten met SOLK hebben echter vaak meerdere teleurstellende therapie-ervaringen en negatieve interpersoonlijke ervaringen in de leergeschiedenis, en hebben moeite met het aanvaarden van psychologische hulp. Als *conditio sine qua non* zal de CGT-therapeut dan ook een veilige therapeutische sfeer moeten creëren, en zorgen voor gelijkwaardigheid, voorspelbaarheid, transparantie, aandachtig zijn, betrokkenheid, respect en compassie. Ook het voor patiënten met SOLK zo belangrijke valideren van klachten, positieve uitleg geven en de tijd nemen zijn essentieel voor een vruchtbare therapeutische relatie. In dit licht bezien kan CGT voor SOLK ook profiteren van een combinatie met leertheoretische methoden die de therapeutische relatie als uitgangspunt nemen, zoals *functional analytic psychotherapy* (FAP; Kohlenberg & Tsai, 1991), of van het incorporeren van de basale therapeutische houding, zoals beschreven bij lichaamsgerichte mentalisatiebevorderende therapie bij SOLK (Spaans, 2017).

Multidisciplinaire samenwerking

Onderzoek naar de effecten van CGT bij SOLK wordt vaak gedaan bij CGT als een opzichzelfstaande therapie. Bij de behandeling van SOLK wordt echter aanbevolen dat meerdere disciplines onderling samenwerken (Zorgstandaard SOLK, 2018). Bij matig ernstige SOLK werkt de huisarts bijvoorbeeld samen met therapeuten uit verschillende disciplines, zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten en eerstelijnspsychologen. Ernstige SOLK kan behandeld worden in de (hoog)specialistische ggz of in een revalidatiecentrum dat multidisciplinaire behandeling toepast (Zorgstandaard SOLK, 2018). Een multidisciplinaire behandeling biedt dan de mogelijkheid om zowel SOLK als de in stand houdende psychische problematiek te behandelen. Een multidisciplinair team in een (hoog)specialistische ggz-instelling kan bijvoorbeeld bestaan uit: artsen (zoals huisartsen en psychiaters), psychologen, psychotherapeuten, (psychosomatisch) fysiotherapeuten, oefentherapeuten, psychomotorisch therapeuten, ergotherapeuten, kunstzinnig therapeuten, verpleegkundigen en maatschappelijk werkenden. Bij een aantal vormen van SOLK, zoals rugpijn, is aangetoond dat gecombineerde behandelingen een groter effect hebben dan enkelvoudige behandeling (Kamper et al., 2014). Er is brede overeenstemming dat een lichaamsgerichte (non-verbale) ervaringsgerichte aanpak met bijvoorbeeld (psychosomatische) fysiotherapie, kunstzinnige therapie of psychomotorische therapie als onderdeel van behandeling van SOLK onmisbaar is. Twee belangrijke thema's in non-verbale therapieën zijn activiteitenopbouw en lichaamsbewustzijn. Voor beide benaderingen is op het niveau van *systematic reviews* wetenschappelijke onderbouwing voor de effectiviteit gevonden (Courtois,

Cools, & Calsius, 2015; Köke et al., 2017). Omdat lichaamsgerichte therapieën worden aangeraden als aanjagers dan wel bestendigers van meer verbale therapieën (Zorgstandaard SOLK, 2018), lijkt het aanbevelenswaardig CGT te combineren met lichaamsgerichte therapie, zoals fysiotherapie.

Gepersonaliseerd behandelen

De meeste CGT-studies gaan over gestandaardiseerde CGT bij een groep patiënten met grote heterogeniteit, zowel wat betreft symptomatologie (waaronder comorbiditeit), als wat betreft biopsychosociale factoren. Er is echter inmiddels brede consensus dat het inzichtelijk maken van de persoonlijke factoren die bijdragen aan ontstaan en in stand houden van lichamelijke klachten een onontbeerlijke stap is in het individuele proces van herstel – en dus sturend dient te zijn bij de keuze van behandeling en specifieke interventies. Een gepersonaliseerde probleemanalyse dient te leiden tot een door behandelaar en patiënt gedeelde visie op de problematiek als basis van de behandeling (Zorgstandaard SOLK, 2018).

In de somatische gezondheidszorg, zoals bij de huisarts, wordt op grond van het biopsychosociale model vaak een gepersonaliseerde verklaring van klachten opgesteld met behulp van de SCEGS-methode. De afkorting ‘SCEGS’ staat voor de klachtdimensies somatisch, cognitief, emotioneel, gedragsmatig en sociaal (van Rood & van der Horst, 2017). De *Zorgstandaard SOLK* (2018) adviseert om bij langdurende SOLK zowel in de somatische zorg als in de ggz het gevolgenmodel te gebruiken om tot een gepersonaliseerde verklaring en behandeling te komen. Uitgangspunt van het gevolgenmodel is dat langdurende SOLK het best begrepen kan worden als de uitkomst van een verstoord herstelproces. Het gevolgenmodel inventariseert de lichamelijke, emotionele, gedragsmatige, cognitieve en sociale in stand houdende gevolgen (van Rood & van der Horst, 2017). Het gevolgenmodel geniet in Nederland brede bekendheid onder SOLK-hulpverleners en veel gedragstherapeuten passen het toe.

Onder hulpverleners en onderzoekers blijkt er ook interesse te zijn voor de toepassing bij SOLK van een veelbelovende nieuwe methode voor probleemanalyse: de netwerktheorie (Hyland, 2017). Per patiënt brengt de therapeut het netwerk van symptomen in kaart, om te komen tot een gepersonaliseerde verklaring waarop behandeling zich baseert. Toepassing van de netwerktheorie bij SOLK staat in Nederland echter nog in de kinderschoenen.

Voor cognitief gedragstherapeuten zou een gepersonaliseerde probleemanalyse betekenen dat zij het gevolgenmodel uitgebreider inzetten, of meer aandacht besteden aan de individuele functieanalyse en betekenisanalyse, in plaats van de behandeling te baseren op een generieke standaardverklaring gevolgd door een aantal standaardinterventies.

Oog voor specifieke subgroepen

260

Bij kinderen, adolescenten, ouderen en migranten kan erkenning van specifieke aandachtspunten het effect van CGT ten goede komen. Er zijn in Nederland enkele op CGT gebaseerde SOLK-behandelprotocollen voor kinderen beschikbaar, zoals *Goed in je vel* van Wösten en van Ree (2015) en *Protocollaire behandeling van somatoforme stoornissen* bij kinderen van Moens en Braet (2014). De meest voorkomende klachten bij kinderen zijn buikpijn, hoofdpijn, misselijkheid en maagklachten, vermoeidheid en spier- en gewrichtspijn (Eminson, 2007; Fiertag et al., 2012; Moens & Braet, 2014). Voor de behandeling van kinderen en adolescenten blijkt het van belang te zijn om ouders en gezin te betrekken bij diagnostiek en behandeling, en om rekening te houden met hun zorgen en ideeën over de klachten (Eminson, 2007). Bij CGT voor ouderen met SOLK benadrukken van Driel-de Jong en Oude Voshaar (2017) het relatieve belang van non-verbale en experiëntiële interventies ten opzichte van cognitieve interventies, alsmede meer aandacht voor existentiële thema's, zoals omgaan met verlies en confrontatie met de eigen eindigheid.

Ook bij de behandeling van migranten met SOLK kan CGT worden toegepast, mits rekening wordt gehouden met de vaak complexe psychosociale problematiek, de beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid. Bij de hulpverlening staan de vertrouwensrelatie, de communicatie en het prioriteit geven aan lichamelijk onderzoek centraal. Verder zijn van belang het uitvragen van aan migratie gerelateerde psychosociale stressfactoren en het komen tot een gezamenlijke integrale aanpak (van den Muijsenbergh & Veeze-van der Velden, 2017).

BEPERKINGEN VAN CGT

De aanbevelingen voor het verbeteren van de effectiviteit ten spijt, is CGT geen panacee. Zo kampt een deel van de SOLK-patiënten met chronische en multiële symptomen, ernstige fysieke en psychosociale beperkingen, comorbiditeit van somatische aandoeningen en psychische stoornissen; en vertoont verder vooralsnog geen of onvoldoende herstel in reactie op evidence-based behandelingen als CGT (van der Boom & Houtveen, 2014). Voor deze patiënten met (zeer) ernstige SOLK lijkt het van belang dat de CGT-therapeut stagnatie in de behandeling tijdig signaleert en afweegt of opschaling in intensiteit, zoals een (dag)klinische multidisciplinaire behandeling, geëigend is. Daarbij kan de therapeut zich ook de vraag stellen of overschakeling naar een andere behandelmethodiek, speciaal bedoeld voor de groep patiënten met (zeer) ernstige SOLK, niet aan de orde is.

De Zorgstandaard SOLK (2018) beveelt aan daarbij lichaamsgerichte mentalisatiebevorderende therapie (L-MBT; Spaans, 2017) te overwegen. Bij L-MBT leren patiënten in interactie met anderen, zoals de therapeut of medepatiënten, lichaamsgericht te mentaliseren. Dit wil zeggen dat zij leren hun lichaamssignalen te (h)erkennen en verdragen, en verbinding te ervaren met innerlijke ervaringen, zoals emoties, gedachten, herinneringen, intenties en verlangens. L-MBT beoogt onder meer het beter hanteren van lichamelijke klachten en het versterken van emotieregulatie in sociale contacten. Deze methode is gebaseerd op *mentalization-based treatment* (MBT) voor patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis en lijkt met name geschikt voor patiënten met ernstige SOLK in combinatie met persoonlijkheidsproblematiek. Er zijn gunstige klinische ervaringen en de eerste onderzoeksgegevens naar de effectiviteit van deze en aanverwante methoden zijn hoopgevend (Houtveen, van Broeckhuysen-Kloth, Lintmeijer, Bühring, & Geenen, 2015).

Bij de behandeling van (zeer) ernstige SOLK wordt in toenemende mate ook aandacht besteed aan herstel van functioneren en kwaliteit van leven. Dit is in lijn met de eerder beschreven opkomst van het begrip positieve gezondheid (Huber et al., 2011) en de herstelbeweging, zoals gepropageerd in de 'nieuwe ggz' (Delespaul, Milo, Schalke, Boevink, & van Os, 2016). Bij herstel van functioneren kan CGT zich mede richten op de krachten van de patiënt. Positieve cognitieve gedragstherapie kan dan een rol spelen, met haar focus op competenties in plaats van op tekortkomingen (succesanalyses), functieanalyses van uitzonderingen in plaats van problemen, de opwaartse pijltechniek in plaats van de neerwaartse, en gedragsbehoud in plaats van terugvalpreventie (Bannink, 2017). Bij stagnatie van CGT kan de therapeut ten slotte verwijzen naar andere behandelingen die zich richten op specifieke in stand houdende factoren of deze therapieën met CGT combineren. Hierbij gaat de voorkeur vanzelfsprekend uit naar behandelingen met wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit ervan. In het *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (Spaans, Rosmalen, van Rood, van der Horst, & Visser, 2017) staan verschillende methoden beschreven, zoals de eerdergenoemde L-MBT voor patiënten die gebrekkig mentaliseren, EMDR indien SOLK samenhangt met een trauma, en systeemtherapie als de verstoorde communicatie met naasten in stand houdend werkt.

CONCLUSIE

.....

Bescheiden behandelresultaten van CGT bij SOLK vragen om een kritische beschouwing van de behandeling en haar onderliggende theoretische modellen. Recente theorievorming tendeeft meer dan voorheen richting een brede multifactoriële benadering op grond van het biopsychosociale model. Meer

integratie van CGT-modellen met psychofysiologische en sociale factoren lijkt wenselijk. Het effectonderzoek naar CGT kan meer worden gepersonaliseerd, zowel qua patiëntkenmerken als qua uitkomstmaten. CGT kan in de praktijk aan effect winnen met een gepersonaliseerde probleemanalyse en daarbij aansluitende interventies en het aangaan van multidisciplinaire samenwerking, met name het toevoegen van lichaamsgerichte (non-verbaal) therapie. Verder is aanbevolen dat de therapeut voldoende aandacht besteedt aan het motiveren van de patiënt en aan de kwaliteit van de therapeutische relatie. Ten slotte past bescheidenheid, in de vorm van het erkennen van de beperkingen van CGT, vooral in het geval van (zeer) ernstige SOLK. Tijdige doorverwijzing of overschakeling naar een *kracht*gerichte in plaats van een *klacht*gerichte benadering is dan op zijn plaats.

Enkele passages in dit artikel zijn met toestemming van uitgeverij Lannoo-Campus overgenomen uit J.A. Spaans, J. van Rosmalen, Y. van Rood, H.E. van der Horst, & S. Visser (red.). (2017). Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Houten: LannooCampus.

Jaap Spaans is klinisch psycholoog/psychotherapeut bij TOPGGz centrum Altrecht Psychosomatiek Eikenboom te Zeist. Hij is VGCT supervisor.

Kees Jan van der Boom is klinisch psycholoog/psychotherapeut bij TOPGGz centrum Altrecht Psychosomatiek Eikenboom te Zeist.

Correspondentieadres: Jaap Spaans, Altrecht Psychosomatiek Eikenboom, Vrijbaan 2, 3705 WC Zeist. E-mail: j.spaans@altrecht.nl.

Summary *State of affairs regarding medically unexplained physical symptoms:*

Improving the effectiveness of cognitive behavioural therapy

Medically unexplained physical symptoms (MUPS) often occur in the practice of the general practitioner or medical specialist. An increasing number of Dutch treatment and research institutions have specialized in MUPS in the past decade. Cognitive behavioural therapy (CBT) occupies a prominent place in the treatment of MUPS. It is currently the best-researched and most widely used treatment method. Although CBT appears to be effective, the effect sizes are often still modest. We distinguish a number of points of concern for the improvement of CBT against the background of recent guidelines, standards of care, and handbooks. These lie in the field of motivation for treatment, the therapeutic relationship, multidisciplinary collaboration, personalized treatment and specific target groups. We also discuss limitations of CBT.

Keywords *MUPS, physical symptoms, cognitive behavioural therapy, effectiveness, improvement*

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington: American Psychiatric Association.
- 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.
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 30-36.
- Bannink, F. (2017). Oplossingsgerichte gespreksvoering. In J. A. Spaans, Y. van Rood, J. van Rosmalen, H. E. van der Horst, & S. Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 309-320). Houten: LannooCampus.
- Bouman, T. K., van Rood, Y., Mulken, S., & Visser, S. (2013). 'Somatic symptom and related disorders' in de DSM-5. *Directieve Therapie*, 33, 282-294.
- Courtois, I., Cools, F., & Calsius, J. (2015). Effectiveness of body awareness interventions in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 19, 35-56.
- Creed, F., Henningsen, P., & Fink, P. (Eds.). (2011). *Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress: Developing better clinical services*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Deary, V., Chalder, T., & Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: A theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 27, 781-797.
- Delespaul, P., Milo, M., Schalke, F., Boevink, W., & van Os, J. (2016). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- Eminson, D. M. (2007). Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 27, 855-871.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Fiertag, O., Taylor, S., Tareen, A., & Garalda, E. (2012). Somatoform disorders. In J. M. Rey (Ed.), *IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health* (pp. 1-22). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. Geraadpleegd op <http://iacapap.org/wp-content/uploads/I.1-SOMATOFORM-DISORDERS-072012.pdf>
- Fisher, E., Boerema, I., & Franx, G. (2010). *Multidisciplinaire richtlijn somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en somatoforme stoornissen*. Utrecht: Trim-bos-instituut.
- Houtveen, J. H., van Broeckhuysen-Kloth, S. A. M., Lintmeijer, L. L., Bühring, M. E. F., & Geenen, R. (2015). Intensive multidisciplinary treatment of severe somatoform disorder: A prospective evaluation. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 203, 141-148.
- Houtveen, J., & van Doornen, L. (2017). Psychofysiologie. In J. A. Spaans, Y. van Rood, J. van Rosmalen, H. E. van der Horst, & S. Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 65-74). Houten: LannooCampus.

- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Schnabel, P. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, 235-237.
- Hyland, M. E. (2017). A new paradigm to explain functional disorders and the adaptive network theory of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia syndrome. In G. B. Sullivan, J. Cresswell, B. Ellis, M. Morgan, & E. Schraube (Eds.), *Resistance and renewal in theoretical psychology* (pp. 21-31). Concord, ON: Captus University Publications.
- Janssens, K. A. M., Houtveen, J. H., Tak, L. M., Bonvanie, I. J., Scholtalbers, A., van Gils, A., ... Rosmalen, J. G. M. (2017). A concept mapping study on perpetuating factors of functional somatic symptoms from clinicians' perspective. *General Hospital Psychiatry*, 44, 51-60.
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J., Ostelo, R. W., Guzman, J., & van Tulder, M. W. (2014). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD000963.pub3.
- Keijsers, G. P. J., van Minnen, A., Verbraak, M. J. P. M., Hoogduin, C. A. L., & Emmelkamp, P. G. M. (red.). (2017). *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 3*. Amsterdam: Boom.
- Koelen, J. A., Houtveen, J. H., Abbass, A., Luyten, P., Eurelings-Bontekoe, E. H. M., van Broeckhuysen-Kloth, S. A. M., ... Geenen, R. (2014). Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 204, 12-19.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Köke, A., Huijnen, I., Geilen, M., & den Hollander, M. (2017). Graded activity en exposure in vivo. In J. A. Spaans, Y. van Rood, J. van Rosmalen, H. E. van der Horst & S. Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 365-375). Houten: LannooCampus.
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: A review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*, 69, 881-888.
- Lieftink, S. E., Diener, M. J., van Broeckhuysen-Kloth, S., & Geenen, R. (2018). Predictors of response to psychological treatment in somatoform disorder and somatic symptom disorder: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 109, 116.
- Menon, V., Rajan, T. M., Kuppli, P. P., & Sarkar, S. (2017). Cognitive behavior therapy for medically unexplained symptoms: A systematic review and meta-analysis of published controlled trials. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39, 399-406.
- Mobini, S. (2015). Psychology of medically unexplained symptoms: A practical review. *Cogent Psychology*, 2, 1033876.
- Moens, E., & Braet, C. (2014). Protocolaire behandeling van somatoforme stoornissen. In C. Braet, & S. Bögels (red.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten 1* (pp. 131-156). Amsterdam: Boom.
- Nijenhuis, E. R. S. (2000). Somatoform dissociation: Major symptoms of dissociative disorders. *Trauma and Dissociation*, 1, 7-32.
- O'Halloran, P. D., Blackstock, F., Shields, N., Holland, A., Iles, R., Kingsley, M., ... Taylor, N. F. (2014). Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 28, 1159-1171.

- Olde Hartman, T. C., Blankenstein, A. H., Molenaar, A. O., Bentz van den Berg, D., van der Horst, H. E., Arnold, I. A., ... Woutersen-Koch, H. (2013). NHG-Standaard somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). *Huisarts en Wetenschap*, 56, 222-230.
- Page, L. A., & Wessely, S. (2003). Medically unexplained symptoms: Exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96, 223-227.
- Rief, W., & Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptoms: Models and mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 27, 821-841.
- Rosmalen, J., & van Gils, A. (2017). Grip op klachten: Een online hulpmiddel voor diagnostiek, behandeling, monitoring en verwijzing. In J. A. Spaans, Y. van Rood, J. van Rosmalen, H. E. van der Horst, & S. Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 145-154). Houten: LannooCampus.
- Spaans, J. (2017). Lichaamsgerichte mentalisatiebevorderende therapie. In J. A. Spaans, Y. van Rood, J. van Rosmalen, H. E. van der Horst, & S. Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 321-336). Houten: LannooCampus.
- Spaans, J. A., Rosmalen, J., van Rood, Y., van der Horst, H. E., & Visser, S. (red.). (2017). *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten*. Houten: LannooCampus.
- Steinbrecher, N., & Hiller, W. (2011). Course and prediction of somatoform disorder and medically unexplained symptoms in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 33, 318-326.
- Tak, L., Spaans, J., & van Rood, Y. (2016). Aanpak SOLK vraagt om meer samenhang: Behandeling kan veel eenduidiger. *Medisch Contact*, 36, 22-2.
- Tak, L., & van Geelen, S. (2017). Kenmerken en voorkomen. In J. A. Spaans, Y. van Rood, J. van Rosmalen, H. E. van der Horst & S. Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 33-49). Houten: LannooCampus.
- Tak, L., van Rood, Y., & Spaans, J. (2017). Educatie. In J. A. Spaans, Y. van Rood, J. van Rosmalen, H. E. van der Horst, & S. Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 159-172). Houten: LannooCampus.
- van den Bergh, O., Witthöft, M., Petersen, S., & Brown, R. J. (2017). Symptoms and the body: Taking the inferential leap. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 74, 185-203.
- van den Muijsenbergh, M., & Veeze-van der Velden, J. (2017). Diagnostiek en behandeling bij patiënten met een migrantenachtergrond. In J. A. Spaans, Y. van Rood, J. van Rosmalen, H. E. van der Horst, & S. Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 239-249). Houten: LannooCampus.
- van der Boom, K. J., & Houtveen, J. H. (2014). Psychiatrische comorbiditeit bij ernstige somatoforme stoornissen in de derde lijn. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 743-747.
- van Dessel, N., de Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstäuber, M., Leone, S. S., Terluin, B., ... van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD011142.pub2
- van Driel-de Jong, D., & Oude Voshaar, R. (2017). Diagnostiek en behande-

- ling bij ouderen. In J. A. Spaans, Y. van Rood, J. van Rosmalen, H. E. van der Horst, & S. Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 277-292). Houten: LannooCampus.
- van Rood, Y., & van der Horst, H. (2017). Het opstellen van een gepersonaliseerde verklaring. In J. A. Spaans, Y. van Rood, J. van Rosmalen, H. E. van der Horst, & S. Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 117-131). Houten: LannooCampus.
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: A meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45, 5-31.
- Visser, S., & Reinders, M. (2015). *Cognitieve therapie bij somatisatie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Visser, S., & Reinders, M. (2017). Cognitieve gedragstherapie. In J. A. Spaans, Y. van Rood, J. van Rosmalen, H. E. van der Horst, & S. Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 277-292). Houten: LannooCampus.
- Wineke, J., & van Dijke, A. (2015). Soma-toforme stoornissen in de DSM-5. *De Psycholoog*, 50, 32-38.
- Wösten, I., & van Ree, C. (2015). *Goed in je vel: Cursus voor jongeren met onverklaarde lichamelijke klachten*. Amsterdam: Boom.
- Zonneveld, L. N. L. (2011). *Draaiboek van de cursus 'Omgaan met de gevolgen van onverklaarde lichamelijke klachten', deel I en II*. Gouda: Zonneveld.
- Zorgstandaard somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). (2018). Geraadpleegd op www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/somatisch-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk

Psychometrische kenmerken van de Nederlandse Short Index of Self- Actualization (SISA-NL)

ARNOLD VAN EMMERIK, FLOOR NEDERVEEN, ARJEN NOORDHOF
✉ JAN-HENK KAMPHUIS

Samenvatting

In deze studie is een aantal psychometrische eigenschappen van de Nederlandse vertaling van de Short Index of Self-Actualization (SISA-NL) onderzocht. De data zijn afkomstig van 377 overwegend vrouwelijke deelnemers aan een *randomized waiting-list controlled trial* naar de effectiviteit van een mindfulness-app. De 15-item totaalschaal vertoonde een goede test-hertest-betrouwbaarheid en een acceptabele interne consistentie, en hing samen met vragenlijsten voor mindfulness en algemene psychiatrische klachten, zoals a priori werd verwacht. Geconcludeerd wordt dat de totaalschaal voorlopig geschikt lijkt voor gebruik als (bij voorkeur nog secundaire) uitkomstmaat in onderzoek naar interventies die bredere effecten beogen dan verbeteringen van symptomen of stoornissen alleen. Het klinisch gebruik op individueel niveau en het gebruik van subschalen raden wij in afwachting van verder onderzoek vooralsnog af.

Trefwoorden: zelfactualisatie, SISA, validatie, vragenlijst, psychometrie

INLEIDING

Zelfactualisatie is een construct met een lange geschiedenis in diverse wetenschappelijke tradities, waaronder de klinische psychologie. Goldstein beschreef al in 1934 de neiging om zichzelf zo volledig mogelijk te actualiseren, waarbij actualiseren verwijst naar het realiseren van iemands eigen volledige potentieel. Sindsdien is zelfactualisatie op diverse manieren omschreven, maar altijd als een construct dat bestaat uit meerdere aspecten. De

bekendste (maar niet onomstreden, of enige) omschrijving is ongetwijfeld die van Maslow (1943, 1950). Hij situeerde zelfactualisatie bovenin zijn bekende hiërarchie van basisbehoeften, en associeerde haar met eigenschappen als zelfacceptatie, creativiteit, spontaniteit en autonomie. Ook Jahoda (1958) stelde dat zelfgeactualiseerde individuen autonoom zijn en niet afhankelijk van anderen voor het volledig ontwikkelen van hun potentieel. Andere auteurs noemden het vermogen en de neiging om doelen te stellen en te bereiken, het toegewijd zijn aan interesses en het kunnen verrijken van het leven als belangrijke aspecten van zelfactualisatie (Ciarrochi, Forgas, & Mayer, 2001).

Deze veronderstelde veelzijdigheid van zelfactualisatie wordt weerspiegeld in de vragenlijsten die in de loop van de jaren zijn ontwikkeld om het construct en de verschillende aspecten ervan te meten. Jones en Crandall (1986) beschrijven vijf vragenlijsten voor zelfactualisatie uit de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw, te weten de Northridge Developmental Scale (NRDS; Gowan, 1974), de Jones Self-Actualization Scale (JSAS; Jones, 1973), de Tennessee Self-Concept Scale (TSCS; Fitts, 1971), de Personal Orientation Inventory (POI; Shostrom, 1964) en de Personal Orientation Dimension (POD; Shostrom, 1975). Daaraan kunnen worden toegevoegd hun eigen Short Index of Self-Actualization (SISA; Jones & Crandall, 1986) uit de jaren tachtig, de Measure of Actualization of Potential (MAP; LeFrançois, LeClerc, Dubé, Hébert, & Gaulin, 1997) en de Brief Index of Self-Actualization (BISA; Sumerlin & Bundrick, 1996) uit de jaren negentig. Van deze vragenlijsten zijn de POI, POD en de SISA het meest gebruikt (LeFrançois et al., 1997). De variëteit aan omschrijvingen en vragenlijsten maakt duidelijk dat zelfactualisatie waarschijnlijk het beste kan worden opgevat als een complex en heterogeen construct, waarin – net als in het geval van bijvoorbeeld persoonlijkheid – verschillende dimensies, en facetten van dimensies, kunnen worden onderscheiden.

Zelfactualisatie is al geruime tijd buiten beeld van de ‘mainstream’ klinische psychologie. De oorzaak daarvan is niet duidelijk, maar mogelijk heeft de relatieve marginalisatie van de humanistische psychologie en de cliënt-gerichte psychotherapie, waarmee zelfactualisatie van oudsher sterk is geassocieerd, ten gunste van meer symptoom- en stoornisgerichte behandelvormen, daarbij een rol gespeeld. Meer recent is in de klinische psychologie en de psychotherapie echter een ontwikkeling gaande richting een bredere opvatting van behandel-effect, waarin zelfactualisatie wellicht opnieuw een rol kan vervullen. Te denken valt daarbij aan de opkomst van de positieve psychologie, de herstelbeweging en de derde generatie gedragstherapieën, die elk op hun eigen manier effecten trachten te bereiken buiten het klinische domein in engere zin (symptomen en stoornissen). Interventies uit de positieve psychologie richten zich bijvoorbeeld op het vergroten van positieve emoties en plezier, betrokkenheid (*engagement*) en betekenis (*meaning*; Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005). Vanuit de herstelbeweging wordt

herstel gedefinieerd als ‘een intens, persoonlijk en uniek proces van verandering van iemands houding, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen. Het is een manier van leven, van het leiden van een bevredigend, hoopvol en nuttig leven met de beperkingen als gevolg van psychiatrische handicaps. Herstel betekent je ontworstelen aan de rampzalige gevolgen van je psychiatrische toestand, en ontwikkeling van een nieuwe betekenis en nieuw doel in je leven’ (Anthony, 1993, in: Keet, 2013). Ten slotte spelen aspecten van zelfactualisatie, zoals zelfacceptatie, ook een rol in mindfulness-interventies (Beitel et al., 2014; Dryden & Still, 2006) en in *acceptance and commitment therapy* (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), en blijken scores op meetinstrumenten voor mindfulness en zelfactualisatie met elkaar geassocieerd (Beitel et al., 2014).

Het voorgaande maakt aannemelijk dat deze, en wellicht ook andere, interventies en behandelvormen effect hebben op zelfactualisatie. Als dat zo is, dan is het belangrijk om dat te weten om de reikwijdte van de interventies vollediger in kaart te brengen. Tot voor kort was een Nederlandstalig meetinstrument voor zelfactualisatie echter niet beschikbaar. Het lag voor de hand om voor een vertaling een keuze te maken uit de meestgebruikte internationale vragenlijsten. Een belangrijk nadeel van zowel de POI (150 items) als de POD (260 items) is hun lengte, die hun praktische bruikbaarheid aanzienlijk vermindert. De SISA daarentegen is een korte vragenlijst (15 items), wat afname aanzienlijk vergemakkelijkt. De SISA is dan ook nadrukkelijk ontworpen voor gebruik in situaties waarin ‘*one of the longer, more thoroughly validated measures would be impractical, or when the subaspects of self-actualization are not of interest*’ (Jones & Crandall, 1986, pp. 64-65).

Dit artikel beschrijft een eerste onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de Nederlandse versie van de SISA, de SISA-NL (Kamp-huis & van Emmerik; zie appendix). De oorspronkelijke Engelstalige SISA is geconstrueerd uit de langere POI en POD. Eerst werden de 150 tweekeuze-items van de POI (zoals ‘*I like people*’ versus ‘*I like ideas*’) omgewerkt tot enkelvoudige items (‘*I like people*’) met een 4-punts-Likertschaal (1 = mee oneens, 4 = mee eens). Daaruit werden de 10 items geselecteerd die de sterkste item-totaalcorrelatie hadden met de totale POI-score en die de 10 subschalen van de totale POI vertegenwoordigden. Daaraan werden de 4 POI-items toegevoegd met de sterkste item-totaalcorrelatie ongeacht hun oorspronkelijke subschaal, en de 5 POD-items met de hoogste factorlading op de POD-schalen die niet overlaptten met de POI. Van de resulterende 19 items werden 3 items verwijderd die de α verminderden totdat deze niet verder afnam, en 1 item dat onbruikbaar was geworden door een afnamefout in één van de valideringsstudies.

Allereerst onderzoeken wij de interne structuur van de SISA-NL. Het aantal factoren en hun items en interpretaties verschilden in eerdere analyses daarvan, wat gezien de heterogeniteit en multidimensionaliteit van zelfactualisatie in combinatie met het kleine aantal items en de wijze van testcon-

structie (selectie van items uit een multidimensionele vragenlijst) niet verwonderlijk is. Zo vonden Jones en Crandall (1986) een 5-factorstructuur in een principale componentenanalyse van de data van ruim 500 studenten, rapporteerden Flett, Blankstein en Hewitt (1991) in een steekproef van 799 studenten een structuur met vier componenten waarvan er slechts drie goed interpreteerbaar waren, en kwamen Faraci en Cannistraci (2015) in een combinatie van exploratieve en confirmatieve factoranalyse bij 799 adolescenten tot een 4-factorstructuur, waarvan er maar één goed interpreteerbaar bleek.

De wisselende bevindingen in eerdere onderzoeken suggereren dat er geen goed repliceerbare multidimensionele structuur aan de SISA ten grondslag ligt. Dit is in feite ook niet verwonderlijk, aangezien de items zijn geselecteerd uit een veel groter multidimensioneel instrument. De meetpretentie van de SISA zou dan ook in onze optiek niet multidimensioneel moeten zijn en de centrale vraag in het huidige onderzoek is in hoeverre de totaalscore op de SISA desalniettemin een betrouwbare – hoewel enigszins heterogene – indicator is voor zelfactualisatie. Vandaar dat onze analyse van de interne structuur niet wordt uitgevoerd met de verwachting of bedoeling tot een generaliseerbare factorstructuur en subschalen te komen, maar om een beeld te krijgen van de interne structuur van de totaalscore op de SISA-NL in de huidige steekproef. Ook Crutzen en Peters (2017) bevelen aan eerst de interne structuur van een schaal in kaart te brengen alvorens haar betrouwbaarheid en andere kenmerken te bepalen. In het huidige onderzoek zullen ten aanzien van de totaalscore daarom twee alternatieven worden onderzocht. Ten eerste wordt confirmatief getoetst in hoeverre de lijst één unidimensioneel construct (zelfactualisatie) meet middels het confirmatief passen van een 1-factormodel. Ten tweede wordt, wanneer er geen sprake blijkt van unidimensionaliteit, exploratief de heterogeniteit onderzocht met exploratieve bi-factoranalyse met een algemene factor (alle items) en meerdere subfactoren (van slechts enkele items). Hierbij is dan de vraag of er ondanks ontbrekende unidimensionaliteit voldoende samenhang in de items te vinden is om te spreken van een heterogeen construct. De veronderstelling hierbij is dat psychologische constructen heterogeen kunnen zijn, zoals ook geldt voor constructen als neuroticisme en extraversie. Weliswaar kan met toevoeging van veel items deze heterogeniteit door multidimensionaliteit worden vervangen (bijvoorbeeld de facetten van neuroticisme in de NEO-PI-3; Hoekstra & De Fruyt, 2014), maar dat is met het oog op het doel van een korte vragenlijst voor een heterogeen construct niet noodzakelijk.

Vervolgens onderzoeken wij de test-hertestbetrouwbaarheid, interne consistentie en samenhang met andere vragenlijsten van de totale SISA-NL. Zelfactualisatie wordt algemeen opgevat als een proces dat zich over langere periodes voltrekt. Er wordt veranderlijkheid verwacht, die echter niet de volatiliteit heeft van een typische *state* of score op een toestandsmaat. De test-hertestbetrouwbaarheid van de Engelstalige SISA is voor zover wij weten alleen onderzocht door Jones en Crandall (1986). In lijn met deze inhoudelijke

overwegingen en bevindingen omtrent de test-hertestbetrouwbaarheid, verwachten wij een significante correlatie van tenminste $r = .69$ tussen de totaalscores bij twee afnames van de SISA-NL met een tijdsinterval van acht weken (zie de paragraaf *Methode* hieronder).

Met betrekking tot de interne consistentie wordt voor de totaalschaal een Cronbachs α van ten minste .65 verwacht, zoals gevonden door Jones en Crandall (1986) voor de Engelstalige SISA. Cronbachs alfa geeft echter een inflatoir beeld van de betrouwbaarheid in geval van een heterogeen construct. Om die reden wordt ook McDonalds Ω_h berekend, die een indicator is van de betrouwbaarheid waarmee een algemene factor kan worden gemeten met een heterogene set items (Crutzen & Peters, 2017).

De samenhang met andere vragenlijsten ten slotte wordt onderzocht door de correlaties te berekenen tussen de SISA-NL en vragenlijsten voor een aantal meer of minder met zelfactualisatie vergelijkbare constructen. Daarbij wordt een positieve correlatie verwacht tussen de SISA-NL en de Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; mindfulness) en een negatieve correlatie tussen de SISA-NL en de General Health Questionnaire-12 (GHQ-12; psychiatrische klachten; zie de paragraaf *Materialen* hieronder voor een beschrijving van deze vragenlijsten).¹ Ook wordt verwacht dat de SISA-NL sterker samenhangt met vragenlijsten voor constructen die nauwer aan zelfactualisatie verwant zijn. Daarom wordt verwacht dat de SISA-NL sterker correleert met de FFMQ dan met de GHQ-12.

METHODE

.....

Deelnemers

.....

In dit onderzoek is gebruikgemaakt van de gegevens van 377 deelnemers aan een *randomized waiting-list controlled trial* (RCT) naar de effectiviteit van de VGZ Mindfulness Coach, een app gericht op het bevorderen van mindfulness, waarin de SISA-NL werd afgenomen als secundaire uitkomstmaat (voor een volledige beschrijving van deze studie, zie: van Emmerik, Berings, & Lancee, 2017). De genoemde RCT en daarmee ook het voorliggende psychometrische onderzoek werden uitgevoerd met een gezonde steekproef, die voldeed aan een aantal formele, niet op enige vorm van psychische pro-

1 Aanvankelijk werden ook verwachtingen geformuleerd omtrent de samenhang met de subschaal voor psychische kwaliteit van leven van de WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1998). Op advies van een van de reviewers werden deze analyses echter verwijderd vanwege de slechte interne consistentie van deze subschaal in de huidige steekproef ($\alpha = .52$).

blematiek betrekking hebbende inclusiecriteria (18 jaar of ouder, Nederlandstalig, bereid *informed consent* te ondertekenen). Tabel 1 bevat de demografische gegevens en de SISA-NL-scores van de gehele steekproef en van de deelnemers uit de wachtlijstconditie die de voor- en nameting hadden ingevuld. Het betrof een overwegend (96%) vrouwelijke, relatief hoogopgeleide steekproef van middelbare leeftijd (gemiddeld 45 jaar).

TABEL 1 *Demografische gegevens en SISA-NL-scores van de gehele steekproef en van de deelnemers uit de wachtlijstconditie*

	Totaal (N = 377)	Wachtlijstconditie (n = 137)
Geslacht (n (%))		
Man	15 (4,0)	6 (4,4)
Vrouw	362 (96,0)	131 (95,6)
Leeftijd (M (SD))	44,72 (9,83)	45,53 (10,12)
Hoogst voltooide opleiding (n (%))		
vmbo/vbo/mavo/mulo/lts	23 (6,1)	6 (4,4)
havo/vwo	41 (10,9)	13 (9,5)
mbo	78 (20,7)	26 (19,0)
hbo/wo	235 (62,3)	92 (67,2)
SISA-NL (M (SD))		
Voormeting	40,11 (6,29)	40,07 (6,20)
Nameting	-	41,62 (6,78)

Noot. SISA-NL = Short Index of Self-Actualization-Nederland.

Materialen

De Nederlandse vertaling (SISA-NL; Kamphuis & van Emmerik, 2014; zie appendix) van de Short Index of Self-Actualization (SISA; Jones & Crandall, 1986) bestaat uit vijftien stellingen, waarvan respondenten op een 4-punts-Likertschaal aangeven in hoeverre zij het ermee eens zijn (1 = mee oneens, 4 = mee eens). Na omscoring van de items 2, 5, 6, 8, 9, 11, 13 en 14 worden de 15 itemscores opgeteld tot een totaalscore (range 15-60), waarbij hogere totaalscores wijzen op een hogere mate van zelfactualisatie. De Engelstalige SISA toonde een goede test-hertestbetrouwbaarheid ($r = .69, p < .001$) en een matige interne consistentie ($\alpha = .65$; Jones & Crandall, 1986). De vertaling van de SISA is in drie stappen tot stand gekomen. Eerst werd de Engelstalige SISA in het Nederlands vertaald door de van oorsprong Nederlandstalige

eerste auteur (AE). Vervolgens werd deze Nederlandse vertaling terugvertaald in het Engels door de tweetalige (Nederlands en Engels) laatste auteur (JHK). Ten slotte werd de Nederlandse vertaling vastgesteld na het opsporen en bespreken van de discrepanties tussen de beide Engelstalige versies.

De Nederlandse vertaling (Koeter & Ormel, 1991) van de General Health Questionnaire-12 (GHQ-12; Goldberg & Williams, 1988) werd gebruikt om algemene psychiatrische klachten te meten. De GHQ-12 bestaat uit twaalf items over de aanwezigheid van specifieke symptomen in de afgelopen weken, die worden gescoord op een 4-punts-Likertschaal. Hogere totaalscores op de GHQ-12 (range 0-36) wijzen op méér psychiatrische klachten. De GHQ-12 heeft in de huidige steekproef een goede interne consistentie ($\alpha = .89$; van Emmerik et al., 2017). Twee recente meta-analyses vonden dat de GHQ-12 een tweedimensionele structuur had die samenhang met de positieve, dan wel negatieve formulering van de items, en ondersteunden het gebruik van de GHQ-12 als een unidimensionele vragenlijst voor algemene geestelijke (on-) gezondheid (Gnambs & Staufenbiel, 2018).

Mindfulness werd gemeten met de Nederlandse vertaling (de Bruin, Topper, Muskens, Bögels, & Kamphuis, 2012) van de Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer et al., 2008). De FFMQ bestaat uit 39 items die vijf aspecten van mindfulness meten: observeren, beschrijven, bewust handelen, niet-oordelen en non-reactiviteit. De items worden gescoord op een 5-punts-Likertschaal (1 = nooit of bijna nooit waar, 5 = altijd of bijna altijd waar). Hogere totaalscores op de FFMQ (range 39-195) wijzen op een hogere mate van mindfulness. De FFMQ heeft in de huidige steekproef een zeer goede interne consistentie ($\alpha = .91$) (van Emmerik et al., 2017). Daarnaast heeft de FFMQ een goede constructvaliditeit (Veehof, ten Klooster, Taal, Westerhof, & Bohlmeijer, 2011). Confirmatieve factoranalyse en correlatieve onderzoek bevestigden de 5-factorstructuur van de FFMQ, alsook de predictieve en constructvaliditeit van deze veelgebruikte vragenlijst voor mindfulness (de Bruin et al., 2012).

Procedure

De 377 deelnemers vulden bij de voormeting van de genoemde RCT (van Emmerik et al., 2017) de SISA-NL, FFMQ en GHQ-12 in. Deze gegevens werden in voorliggend psychometrisch onderzoek gebruikt voor het onderzoeken van de factorstructuur, interne consistentie en samenhang met andere vragenlijsten van de SISA-NL. Honderdzesentachtig (49,3%) deelnemers werden random aan de wachtlijstconditie van de RCT toegewezen, waarvan er 137 bij de nameting na acht weken de SISA-NL opnieuw invulden. De gegevens van deze 137 deelnemers uit de wachtlijstconditie werden in voorliggend psychometrisch onderzoek gebruikt voor het onderzoeken van de test-hertestbetrouwbaarheid.

Statistische analyses

274

In de analyses werd achtereenvolgens gekeken naar de interne structuur, test-hertestbetrouwbaarheid, interne consistentie en samenhang met andere vragenlijsten van de SISA-NL. Confirmatieve factoranalyse werd uitgevoerd in het statistische programma MPlus versie 6.1 (Muthén & Muthén, 2010). De passing van het 1-factormodel werd geëvalueerd middels de Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), de Comparative Fit Index (CFI) en de Tucker Lewis Index (TLI). Vuistregels voor een adequate passing zijn: RMSEA < .08, CFI > .90 en TLI > .90 (Hu & Bentler, 1999) en voor een excellente passing geldt: RMSEA < .05, CFI > .95 en TLI > .95. Met een confirmatieve factoranalyse (CFA) werd getoetst in hoeverre een 1-factormodel passend was voor de covariantiestructuur van de 15 items van de SISA-NL.

Vervolgens werd onderzocht in hoeverre een exploratief bi-factormodel – geschat middels Schmidt-Leiman-transformatie – zou passen bij de data. Hierbij werden modellen met steeds één algemene factor (G) en twee tot vijf subfactoren geschat. De resultaten werden geëvalueerd middels de RMSEA (criterium < .05). Vervolgens werd bij de verschillende passende modellen McDonalds Ω_h geschat (zie: Revelle & Wilt, 2013). Deze maat is een goede indicator van de nauwkeurigheid waarmee één algemene latente factor kan worden gemeten in geval van een heterogene schaal (Revelle & Zinbarg, 2009). Voor een conservatieve schatting van Ω_h werd de laagste waarde van de passende modellen genomen. Deze analyses werden uitgevoerd in het statistische programma R (versie 3.4.2) middels de psych-package.

De vervolganalyses werden steeds uitgevoerd op de 15-item totaalscores van de SISA-NL. De analyses met betrekking tot de test-hertestbetrouwbaarheid zijn uitgevoerd met SPSS versie 24 (IBM Corp, 2016). De test-hertestbetrouwbaarheid is onderzocht door de Pearsons correlatiecoëfficiënt te berekenen tussen de voor- en nameting van de deelnemers in de wachtlijstconditie. Ten slotte is de samenhang met andere vragenlijsten van de SISA-NL onderzocht door de correlaties te berekenen met de totaalscores op de GHQ-12 en de FFMQ. Hierbij is de software Comparing Correlations (CoCor; Diedenhofen & Musch, 2015) gebruikt om de significantie van verschillen tussen de gevonden correlaties te onderzoeken met behulp van Mengs Z-test voor gecorreleerde correlaties (Meng, Rosenthal, & Rubin, 1992).

RESULTATEN

275

Interne structuur: 1-factor CFA en EFA

Zoals verwacht, bleek een confirmatief 1-factor model geen adequate fit met de data op te leveren (RMSEA = .10, CFI = .82, TLI = .79). In lijn daarmee lieten veel van de items geen hoge factorlading zien (6 items > .50; 30 < 8 items < .50). Item 3 ('Ik geloof dat mensen in wezen goed zijn en vertrouwd kunnen worden') liet zelfs een lage lading zien (.18).

In een serie exploratieve bi-factor analyses werden achtereenvolgens modellen met één algemene factor en twee tot vijf specifieke factoren geschat. De factormodellen met meer dan drie specifieke factoren lieten adequate modelfit zien (RMSEA). Ieder model toonde steeds afwijkende resultaten die ook weer afweken van wat in eerdere studies werd gevonden.² Dit bevestigt de indruk dat uit de SISA geen adequaat en repliceerbaar multidimensioneel model valt te construeren.

Test-hertestbetrouwbaarheid en interne consistentie

De SISA-NL-totaalschaal had een goede achtweekse test-hertestbetrouwbaarheid, blijkend uit een grote en statistisch significante correlatie tussen de totaalscores op de voor- en de nameting in de wachtlijstconditie van de eerdergenoemde RCT ($r = .64$, $p < .001$). De achtweekse test-hertestbetrouwbaarheid van de SISA-NL was daarmee niet groter, maar wel vergelijkbaar met de twaalfdaagse test-hertestbetrouwbaarheid van de Engelstalige versie ($r = .69$; Jones & Crandall, 1986). Zoals verwacht, had de SISA-NL-totaalschaal een acceptabele (George & Mallery, 2003) interne consistentie, blijkend uit een Cronbachs α van .73. De interne consistentie van de SISA-NL was daarmee marginaal beter dan die van de Engelstalige versie ($\alpha = .65$; Jones & Crandall, 1986). Cronbachs alfa geeft, zoals eerder vermeld, echter een inflatoir beeld van de betrouwbaarheid in geval van een heterogeen construct (Crutzen & Peters, 2017). De waarden van Ω_h voor een algemene factor werden berekend voor de (passende) modellen met drie, vier en vijf specifieke factoren en waren duidelijk lager dan α ($\Omega_h = .54-.60$). Een dergelijke waarde toont dat er buiten de algemene factor veel andere invloeden op de totaalscore zijn. Let wel dat voor een veelgebruikt instrument als de NEO-PI-R vergelijkbare waarden gevonden worden (zie: Noordhof, Sellbom, Eigenhuis, & Kamphuis, 2015).

- 2 De resultaten van deze verschillende analyses zijn op te vragen bij de auteurs, maar worden hier niet weergegeven, omdat ze niet veel meer illustreren dan gebrek aan consistentie.

Samenhang met andere vragenlijsten

276

Zoals verwacht, correleerde de SISA-NL sterk positief met de FFMQ ($r = .65$, $p < .001$) en negatief met de GHQ-12 ($r = -.40$, $p < .001$). Eveneens zoals verwacht, bleek de correlatie tussen de SISA-NL en de FFMQ significant groter dan die tussen de SISA-NL en de GHQ-12 ($z = 11.42$, $p < .001$).

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

In deze studie zijn de interne structuur, interne consistentie en test-hertestbetrouwbaarheid van de SISA-NL onderzocht, alsmede de samenhang ervan met andere vragenlijsten. De totaalschaal vertoonde een goede test-hertestbetrouwbaarheid en een acceptabele interne consistentie. Zij hing samen met vragenlijsten voor mindfulness en algemene psychiatrische klachten, zoals a priori werd verwacht. Factoranalyse maakt echter duidelijk dat er sprake is van een tamelijk heterogene set items, waarbinnen vooralsnog geen consistente en goed meetbare subschalen te construeren zijn. Desalniettemin wordt behoorlijk wat covariantie tussen de items verklaard door een algemene factor, resulterend in een redelijke McDonalds Ω_h . Dit suggereert dat er tegelijkertijd voldoende consistentie in de items zit om te spreken van één open, zij het heterogeen, construct. Het verwijderen van items om unidimensionaliteit te verkrijgen kan een oplossing zijn voor een te grote resterende heterogeniteit, maar zou ook kunnen resulteren in een verarmd construct dat de complexe aard van zelfactualisatie niet meer weerspiegelt. Met andere woorden, te veel nadruk op homogeniteit kan onrecht doen aan een complexere werkelijkheid.

In lijn met de bedoeling van de oorspronkelijke Engelstalige SISA lijkt de Nederlandstalige SISA-NL vooralsnog slechts geschikt voor situaties waarin het afnemen van langere vragenlijsten niet wenselijk of mogelijk is, en het meten van aspecten van zelfactualisatie met subschalen niet van groot belang. Zoals besproken in de inleiding, kan daarbij gedacht worden aan het gebruik als (bij voorkeur nog secundaire) uitkomstmaat binnen therapeutische bewegingen die bredere effecten beogen dan verbeteringen van symptomen of stoornissen alleen. De SISA-NL is wat ons betreft niet geschikt voor onderzoek naar de vermoedelijke multidimensionaliteit van het construct zelfactualisatie zelf. Daarvoor zou een van de langere Engelstalige instrumenten (zie inleiding) vertaald en gevalideerd moeten worden. Hoewel de SISA-NL een indruk kan geven van de mate en het beloop van zelfactualisatie in de praktijk, lijkt zij ons vooralsnog evenmin geschikt voor het onderbouwen van diagnostische of klinische beslissingen op individueel niveau. Ook daarvoor is meer onderzoek nodig dat de huidige bevindingen bevestigt en resulteert

in bijvoorbeeld normgroepen waartegen individuele scores kunnen worden afgezet.

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Zo weten we niets over de etnische en culturele achtergrond van de deelnemers, terwijl dat in de context van zelfactualisatie wel relevant is. Hierbij lijkt vooral het verschil tussen individualistische en collectivistische culturen belangrijk te zijn, waarbij zelfactualisatie in individualistische culturen in het algemeen hoger wordt aangeslagen (Bandura, 1995; Faraci & Cannistraci, 2015; Nisbett, Peng, Choi, & Norenzayan, 2001). Ook bestond de steekproef in het huidige onderzoek overwegend uit vrouwen, hetgeen niet ongewoon is in effectonderzoek naar online mindfulnessinterventies (Spijkerman, Pots, & Bohlmeijer, 2016). Hoewel Dominguez en Carton (1997) geen verschil vonden tussen de SISA-scores van mannen en vrouwen, is dit toch een beperking, aangezien de meetinvariantie van de SISA niet is vastgesteld, en mannen en vrouwen wel verschillende scores op andere meetinstrumenten voor zelfactualisatie. Zo scoren vrouwen in het algemeen hoger op de POI dan mannen (Foulds & Warehime, 1971; Schroeder, 1973). Aangezien de meeste items van de SISA afkomstig zijn uit de POI (Sumerlin & Bundrick, 1996), is dus mogelijk ook de SISA-NL gevoelig voor sekseverschillen.

Ondanks deze beperkingen komt de handzame SISA-NL uit deze eerste stap in de psychometrische validatie van dit instrument naar voren als een potentieel interessant onderzoeksinstrument voor gebruik in een beperkt aantal situaties. Er is echter meer onderzoek nodig om de huidige bevindingen te repliceren en uit te breiden in demografisch anders samengestelde populaties. Een andere belangrijke vervolgvraag is in hoeverre de SISA-NL voldoende sensitief is voor veranderingen gedurende behandeling. Onderzoek met andere vragenlijsten voor zelfactualisatie is nodig om het construct zelf nader te onderzoeken en tot onderwerp van de klinische praktijk te kunnen maken.

APPENDIX: SISA-NL

.....

278

Instructie

Geef hieronder aan in hoeverre onderstaande uitspraken op u van toepassing zijn, op een schaal van 1 (mee oneens) tot 4 (mee eens).

1 Mee oneens 2 Enigszins mee oneens 3 Enigszins mee eens 4 Mee eens

- | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|
| 1. | Geen enkele emotie vind ik beschamend. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. | Ik vind dat ik moet doen wat anderen van mij verwachten. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. | Ik geloof dat mensen in wezen goed zijn en vertrouwd kunnen worden. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. | Ik voel me vrij om boos te zijn op degenen waarvan ik houd | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. | Het is altijd vereist dat anderen goedkeuren wat ik doe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. | Ik accepteer mijn eigen zwakheden niet. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. | Ik kan mensen leuk vinden zonder hen goed te hoeven keuren. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. | Ik ben bang voor falen en mislukking. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. | Ik vermijd pogingen om complexe issues te analyseren en vereenvoudigen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. | Het is beter om jezelf te zijn dan om populair te zijn. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. | Ik heb geen missie in het leven waar ik mij bijzonder toegewijd aan voel. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. | Ik kan mijn gevoelens uiten zelfs wanneer dat ongewenste gevolgen zou kunnen hebben. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. | Ik voel me niet verantwoordelijk om iedereen te helpen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. | Ik word gehinderd door de angst niet goed genoeg te zijn. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. | Ik ben geliefd omdat ik liefde geef. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Scoring

.....

Na omscoring van de items 2, 5, 6, 8, 9, 11, 13 en 14 worden de 15 items opgeteld tot de totaalscore.

© Kamphuis & van Emmerik (2014)

Arnold van Emmerik, Floor Nederveen, Arjen Noordhof en Jan-Henk Kamphuis zijn verbonden aan de Programmagroep Klinische Psychologie, Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen, Universiteit van Amsterdam.

Correspondentieadres: A.A.P. van Emmerik, Programmagroep Klinische Psychologie, Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen, Universiteit van Amsterdam, Nieuwe Achtergracht 129-B, 1018 WS Amsterdam. E-mail: a.a.p.vanemmerik@uva.nl.

Summary *Self-actualization anno 2019: Psychometric characteristics of the Dutch translation of the Short Index of Self-Actualization (SISA-NL)*

The present study investigated several psychometric characteristics of the Dutch translation of the Short Index of Self-Actualization (SISA-NL). Data were obtained from 377 predominantly female participants in a randomized waiting-list controlled trial that investigated the effectiveness of a mindfulness-app. The 15-item total scale demonstrated good test-retest reliability and acceptable internal consistency, and correlated with measures of mindfulness and general psychiatric complaints as a priori expected. It is concluded that the total scale of the SISA-NL can be used as a (preferably secondary) outcome measure in studies of interventions that aim to achieve broader effects than improvements of symptoms or disorders. Pending further research, we do not recommend its clinical use in individual cases or the use of subscales.

Keywords *self-actualization, SISA, validation, questionnaire, psychometrics*

Literatuur

- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., But-ton, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., ... Williams, J. M. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and non-meditating samples. *Assessment*, 15, 329-342.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge and New York: Cambridge University Press.
- Beitel, M., Bogus, S., Hutz, A., Green, D., Cecero, J. J., & Barry, D. T. (2014). Stillness and motion: An empirical investigation of mindfulness and self-actualization. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13, 187-202.
- Ciarrochi, J., Forgas, J. P., & Mayer, J. D. (2001). *Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry*. Oxford: Routledge.
- Crutzen, R., & Peters, G.-J. Y. (2017). Scale quality: Alpha is an inadequate estimate and factor-analytic evidence is needed first of all. *Health Psychology Review*, 11, 242-247.
- de Bruin, E. I., Topper, M., Muskens, J. G., Bögels, S. M., & Kamphuis, J. H. (2012). Psychometric properties of the Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in a meditating and a non-meditating sample. *Assessment*, 19, 187-197.
- Diedenhofen, B., & Musch, J. (2015). Corcor: A comprehensive solution for the statistical comparison of correlations. *PLoS ONE*, 10, e0121945.
- Dominguez, M. M., & Carton, J. S. (1997). The relationship between self-actualization and parenting style. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12, 1093-1100.
- Dryden, W., & Still, A. (2006). Historical aspects of mindfulness and self-ac-

- ceptance in psychotherapy. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 24, 3-28.
- Faraci, P., & Cannistraci, S. (2015). The Short Index of Self-Actualization: A factor analysis study in an Italian sample. *International Journal of Psychological Research*, 8, 23-33.
- Fitts, W. H. (1971). *The self-concept and self-actualization*. Nashville: Dede Wallace Center.
- Flett, G. L., Blankstein, K. R., & Hewitt, P. L. (1991). Factor structure of the Short Index of Self-Actualization. *Journal of Social Behavior & Personality*, 6, 321-329.
- Foulds, M. L., & Warehime, R. G. (1971). Relationship between repression-sensitization and a measure of self-actualization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 257-259.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Gnambs, T., & Staufienbiel, T. (2018). The structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12): Two meta-analytic factor analyses. *Health Psychology Review*, 12, 179-194.
- Goldberg D., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, UK: NFER-Nelson.
- Goldstein, K. (1934). *Der Aufbau des Organismus: Einführung in die Biologie unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen am kranken Menschen*. Paderborn: Wilhelm Fink Verlag.
- Gowan, J. C. (1974). *Development of the psychedelic individual*. Buffalo, NY: Creative Education Foundation.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hoekstra, H., & de Fruyt, F. (2014). *Handleiding NEO-PI-3 Persoonlijkheidsvragenlijst*. Amsterdam: Hogrefe.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6, 1-55.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Jones, A. (1973). *Locus of control as a factor in measuring Maslow's concept of self-actualization* (Unpublished masters thesis). Greenville, NC: East Carolina University.
- Jones, A., & Crandall, R. (1986). Validation of a Short Index of Self-Actualization. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 12, 63-73.
- Keet, I. P. M. (2013). Herstel. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 921-923.
- Koeter, M. W. J., & Ormel, J. (1991). *General Health Questionnaire, Nederlandse bewerking: Handleiding*. Lisse: Swets, Test Services.
- LeFrançois, R., LeClerc, G., Dubé, M., Hébert, R., & Gaulin, P. (1997). The development and validation of a self-report measure of self-actualization. *Social Behavior and Personality*, 25, 353-366.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Maslow, A. H. (1950). Self-actualizing people: A study of psychological health. *Personality*, 1, 11-34.
- Meng, X., Rosenthal, R., & Rubin, D. B. (1992). Comparing correlated correlation coefficients. *Psychological Bulletin*, 111, 172-175.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2010). *MPlus user's guide version 6.1*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Nisbett, R. E., Peng, K., Choi, I., & Norenzayan, A. (2001). Culture and systems of thought: Holistic vs. analytic cogni-

- tion. *Psychological Review*, 108, 291-310.
- Noordhof, A., Sellbom, M., Eigenhuis, A., & Kamphuis, J. H. (2015). Distinguishing between demoralization and specific personality traits in clinical assessment with the NEO-PI-R. *Psychological Assessment*, 27, 645-656.
- Revelle, W., & Wilt, J. (2013). The general factor of personality: A general critique. *Journal of Research in Personality*, 47, 493-504.
- Revelle, W., & Zinbarg, R. E. (2009). Coefficients alpha, beta, omega, and the glb: Comments on Sijsma. *Psychometrika*, 74, 145-154.
- Schroeder, C. C. (1973). Sex differences and growth toward self-actualization during the freshman year. *Psychological Reports*, 32, 416-418.
- Seligman, M. E. P., Steen, T., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Shostrom, E. L. (1964). An inventory for the measurement of self-actualization. *Educational and Psychological Measurement*, 24, 207-218.
- Shostrom, E. L. (1975). *Personal Orientation Dimensions*. San Diego: Edits/Educational and Industrial Testing Service.
- Spijkerman, M. P. J., Pots, W. T. M., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 45, 102-114.
- Sumerlin, J. R., & Bundrick, C. M. (1996). Brief Index of Self-Actualization: A measure of Maslow's model. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11, 253-271.
- van Emmerik, A. A. P., Berings, F., & Lancee, J. (2017). Efficacy of a mindfulness-based mobile application: A randomized waiting-list controlled trial. *Mindfulness*, 9, 187-198.
- Veehof, M. M., ten Klooster, P. M., Taal, E., Westerhof, G. K., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Psychometric properties of the Dutch Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 30, 1045-1054.
- WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

.....

Evidence-based practice

—————

Kanttekeningen bij de discussie tussen
Arnold van Emmerik en Dirk Hermans
over grondslagen en toekomst van de CGT

—————

MARCEL VAN DEN HOUT

Samenvatting

.....

In 2018 publiceerde dit tijdschrift een discussie tussen Arnold van Emmerik en Dirk Hermans (Hermans, 2018; van Emmerik, 2018). Het ging over grondslagen en toekomst van de gedragstherapie en de VGCT. In dit artikel worden kritische kanttekeningen gemaakt bij de argumenten die van Emmerik en Hermans in stelling brengen.

Trefwoorden: gedragstherapie, VGCT, evidence-based practice, grondslagen

INLEIDING

.....

Het zal u niet zijn ontgaan dat het bestuur van de VGCT zich voornemt om de grondslag van de VGCT aan te passen. De naam van de vereniging zal niet veranderen, maar de basis ervan wel. In de toekomst zal *evidence-based practice* (EBP) fungeren als 'nieuwe, bredere grondslag dan louter cognitieve gedragstherapie' (van Emmerik, 2018, p. 171). Dit citaat komt uit een artikel in het themanummer van *Gedragstherapie* over EBP waarin de voorzitter van de vereniging, Arnold van Emmerik, dit voornemen toelicht. Hij constateert dat het nieuwe beleid aanleiding is tot zorg bij sommige leden: gooien we de CGT daarmee niet overboord? De voorzitter begrijpt die vraag. Hij probeert de zorg weg te nemen. Allereerst benadrukt hij dat het 'niet de bedoeling is

om de theoretische grondslagen van de CGT te veranderen'. Of dit de zorg wegneemt, valt te betwijfelen, omdat enkele regels eerder toch echt staat dat EBP als nieuwe grondslag gaat fungeren: zie het citaat hierboven. Laten we het erop houden dat het bestuur zich niet langer wil identificeren met de traditionele grondslag van de CGT, maar EBP wil verheffen tot verenigend principe. Van Emmerik beantwoordt de vraag: 'Gooien we de CGT niet overboord?' met een wedervraag: 'Wat is dat dan precies, cognitieve gedragstherapie?' (p. 172). Het antwoord komt erop neer dat de VGCT, leertheorie en cognitieve theorie elk al flexibel en fluïde zijn, en dat VGCT-leden interventies als ACT, EMDR en mindfulness toch al omarmen, terwijl daar toch ook niet zoveel traditioneel CGT-achtigs aan te ontdekken valt. Het roer wordt niet omgegooid, maar de koers die al werd ingezet, gelegitimeerd.

In hetzelfde nummer reageert collega Dirk Hermans op de voorzitter. Allereerst ventileert Hermans enige frustratie over het navelstaren van van Emmerik met zijn vraag wat CGT dan precies is. 'Leuk gefilosofeer voor aan de bar,' schrijft Hermans, 'maar komaan zeg, mannekes, wees het eens, en *get on with the job!*' (Hermans, 2018, p. 176). Het toepassen van EBP is belangrijk en nuttig, aldus Hermans, maar EBP is slechts één van de pijlers van de CGT-beweging. Daarmee uit Hermans precies het type zorg waarop van Emmerik zinspeelde: met dit bestuursbesluit wordt het kind met het badwater weggegooid.

Het huidige artikel is bedoeld als kritische bijdrage aan de discussie. Als u verder leest, staat u het volgende te wachten. Allereerst wordt de vraag gesteld wat dit voor vraag is: wat is CGT precies? Ja, het wordt ingewikkeld. Het is een vraag over een vraag, een metavraag, navelstaren in het kwadraat. Het risico dat de ergernis van Hermans culmineert in wanhoop neem ik maar voor lief; onze vriendschap kan wel een stootje hebben. Na deze metatheoretische bespiegeling volgen enkele nuancerende opmerkingen over EBP. Na een samenvattende tussenstop worden opmerkingen geplaatst bij de andere pijlers waarop, naar de mening van Hermans, de CGT dient te rusten. Het geheel wordt afgesloten met samenvattende conclusies.

WAT VOOR SOORT KWESTIE IS DE VRAAG: WAT IS CGT?

.....

Van Emmeriks vraag: 'Wat is CGT?' suggereert dat het om een *descriptieve* kwestie gaat: wat zijn empirisch gesproken de kenmerken van de CGT? Hij stelt vast dat de VGCT bottom-up een zekere ontwikkeling aan het doorlopen is en past de bakens aan de ingezette koers aan. Maar daar wringt iets. Als de VGCT feitelijk een ontwikkeling aan het doorlopen is die het bestuur onjuist zou achten, dan zou het bestuur die ontwikkeling niet sanctioneren, maar tegengaan. Van Emmeriks vraag: 'Wat is de CGT eigenlijk?' vat hij impliciet iets anders op: wat *behoort* de VGCT eigenlijk te zijn?

Ook Hermans lijkt de vraag: 'Wat is CGT eigenlijk?' als een empirische zaak te zien. Hij vergelijkt de kwestie: 'Wat is CGT?' met de vraag: 'Wat is een olifant?' als die vraag beantwoord moet worden door blinden die elk een ander lichaamsdeel voelen: staart, slurf, grote oren, enzovoort. De blinde onderzoekers kunnen het dan begrijpelijk niet eens worden. Maar de olifanten-metafoor is misleidend. De olifant is een *natural kind*. De slurf, staart en oren ervan hebben een vorm, plaats en functie onafhankelijk van of en hoe mensen die lichaamsdelen waarnemen. CGT daarentegen is helemaal geen natural kind, zoals een olifant, maar een door mensen in elkaar gezet fenomeen. De definities zijn arbitrair en zelfbedacht, en de grenzen met andere culturele fenomenen zijn vloeiend. Een analogie. De muziekgeschiedenis onderscheidt renaissance en barok. Dat zijn geen natural kinds, maar kunstmatige clusters. We kunnen Bach typisch barok vinden, maar of Monteverdi of Schütz 'eigenlijk' geen barok, maar renaissance representeren, hangt af van welke stijken-merken iemand doorslaggevend acht. En dat is in hoge mate willekeurig.

Een alternatief is om de vraag iets anders op te vatten, en wel *prescriptief*: wat zouden kenmerken van CGT *behoren* te zijn? Ik denk, zoals gezegd, dat van Emmerik de vraag ook zo bedoelt: niet naar wat de CGT de facto *is*, maar wat de CGT *zou moeten zijn*. Dat doet recht aan de omstandigheid dat de CGT geen door God of de natuur gegeven natural kind is, maar iets wat wij in elkaar hebben geknutseld en waaraan verder geknutseld kan worden.

Zoals gezegd is Hermans niet gecharmeerd van de vraag 'Wat is de CGT?' ('Komaan zeg, mannekes, wees het eens en *get on with the job*'). Maar die afkeer weerhoudt hem er niet van de vraag in extenso te beantwoorden. Met de olifantenmetafoor suggereert hij dat we met een empirisch probleem van doen hebben, maar uit het verdere verloop van zijn argumentatie lijkt hij het toch ook, net als van Emmerik, te zien als een vooral prescriptieve kwestie: 'Hoe *behoort* de CGT eruit te zien?' Laten we er maar van uitgaan dat het gaat om een normatieve zaak: niet om wat de CGT *is* of *was*, maar hoe we *willen* dat zij is. Of blijft. Of wordt. Belangrijke kwesties!

EVIDENCE-BASED PRACTICE

.....

De notie 'EBP' lijkt weinig problematisch. Maar is dat ook zo? Een fundamenteel bezwaar kan zijn dat het concept 'EBP' voortkomt uit een empirisch-we-

- 1 Filosofische fijnproevers kunnen opmerken dat zowel van Emmerik als Hermans een soort 'rationele reconstructie' geven, die zo'n beetje inziet tussen descriptie en prescriptie: er wordt beschreven hoe CGT eruit ziet en hoe zij zich empirisch ontwikkelde, en daaruit wordt een soort 'rationele kern' gedestilleerd die aanleiding is tot prescriptie. Bij van Emmerik is dat EBP en bij Hermans is het EBP plus nog andere aspecten. Maar dit terzijde.

tenschappelijke idee over hoe de wereld in elkaar steekt en hoe we die moeten onderzoeken. Antroposofen en geesteswetenschappelijk georiënteerde collega's uit bijvoorbeeld de psychoanalytische hoek maken bezwaar tegen zo'n empirisch-wetenschappelijke visie. Mensen zouden we niet moeten bestuderen als dingen met eigenschappen, maar bijvoorbeeld als teksten die geïnterpreteerd moeten worden. Waarom zou een empirisch-wetenschappelijke, EBP-gerelateerde benadering op voorhand superieur zijn aan bijvoorbeeld een 'hermeneutisch' perspectief? De bottomline lijkt me, inderdaad, dat je niet met wetenschappelijke argumenten kunt beargumenteren dat wetenschappelijke argumentatie superieur is. De wetenschappelijke benadering in de gedragswetenschappen, waar EBP een van de uitvloeisels van is, was geen keuze die voortvloeide uit dwingend logische argumenten, maar het resultaat van een conceptuele knoop die ooit werd doorgesneden. Van Emmerik en Hermans hebben daar geen moeite mee, en ik ook niet. Als u meent dat de psychologie of de psychotherapie niet gebaat is bij het serieus nemen van empirisch-wetenschappelijk onderzoek, dan scheiden onze wegen. Het ga u goed, de beste wensen en tot ziens.

Een minder fundamentele, maar niet onbelangrijke zaak is dat EBP een dichotomie suggereert: sommige interventies zijn evidence-based en andere niet. Dat klopt natuurlijk niet. Iets vergelijkbaars zien we bij diagnostische classificatie. Net als sommige interventies evident evidence-based zijn, lijden sommige patiënten onmiskenbaar aan een depressie. Net als andere patiënten overduidelijk niet depressief zijn, is er voor de effectiviteit van sommige interventies geen spoor van bewijs. En net als de kracht van bewijs voor EBP zich op een continuüm bevindt, geldt dat ook voor de ernst van depressiviteit. Maar goed, dat wordt ook wel onderkend, bijvoorbeeld door de APA, die een schaal van evidentie ontwikkelde waarop bepaalde interventies gescoord kunnen worden. Van Emmerik en Hermans zijn het hier vast mee eens. Ik memoreer dit hier vooral omdat het graduele karakter van evidentiekracht tot nu toe niet aan de orde kwam in de huidige discussie over EBP.

TUSSENTIJDSE SAMENVATTING

.....

De VGCT wil EBP verheffen tot definiërend kenmerk van de vereniging. Dat leidde tot enige bezorgdheid en riep de vraag op wat CGT dan 'eigenlijk' is. Zowel van Emmerik als Hermans lijkt die vraag op het eerste gezicht op te vatten als een empirische kwestie: wat is CGT feitelijk? Maar enig nadenken suggereert dat ze het eigenlijk zien als een prescriptieve vraag: hoe behoort de CGT te zijn? Dat lijkt me terecht. Dat empirisch-wetenschappelijk onderzoek, met EBP als een van zijn vele uitvloeisels, een superieure weg is tot kennis over bijvoorbeeld de effecten van psychotherapie is uiteindelijk een keuze. Die keuze lijkt me erg verstandig, maar het is geen logisch dwingende

conclusie. En dat EBP geen dichotomie is maar een zaak van meer of minder kwam tot nu toe niet aan de orde in de discussie, maar ik vermoed dat het buiten kijf staat.

We gaan door. Hermans meent dat EBP slechts een van de pijlers is van de CGT. Ja, EBP behoort een noodzakelijk kenmerk te zijn van de interventies die als CGT kwalificeren, maar het is niet voldoende: er zijn meer criteria. We lopen ze kritisch na.

HERMANS OVER DE VIER PIJLERS VAN DE CGT

.....

Hermans' promotor en mentor, niemand minder dan Paul Eelen, ontleende aan Pavlov het adagium dat wie nieuwe ideeën wil opdoen maar beter oude boeken kan raadplegen. Hermans meldt, met enig aplomb, dat deze uitspraak ook voor de huidige discussie geldt. We kunnen maar beter terugvallen op wat de grondleggers van de CGT over de zaak te melden hadden. Maar hoezo moeten we voor nieuwe ideeën te rade gaan bij de boeken van grondleggers? De filosoof en wiskundige Alfred North Whitehead (1861-1947), geen kleine jongen, beargumenteerde het omgekeerde: *'A science that hesitates to forget its founders is lost.'* Ik zie niet in waarom Pavlovs advies hier verstandiger zou zijn dan dat van Whitehead. En dat beweringen geloofwaardiger zijn als ze gedaan werden door 'voorvaderen' komt in de buurt van een autoriteitsargument, en daar schieten we niets mee op. We laten de voorvaderlijkheid voor wat het is. Wat zijn dan de hoekstenen van Hermans? En waarom zouden ze de CGT moeten schragen?

Pijler 1: Gedrag als toegangspoort

.....

Een van de vier hoekstenen van de CGT is, aldus Hermans, dat CGT zich baseert op gedrag. En dat wordt ruim opgevat: 'Ook piekeren, herinneren, verbeelding of een hartslagverhoging bij het zien van een spin is gedrag. Gedrag is alles wat geen reflex is' (Hermans, p. 179). Dat de CGT zich baseert op gedrag is onvermijdelijk, omdat gedrag de enige toegangspoort is tot anderen. Dat lijkt me te kloppen. Wat er binnen u gebeurt, kan ik alleen afleiden uit wat u laat zien of meedeelt. Maar dat zou dan toch ook gelden voor andere therapietradities? Jazeker, zo stelt Hermans, 'dit geldt voor alle therapievormen' (p. 178). Daarmee, zo lijkt me, is dit kenmerk op voorhand ongeschikt om de (gewenste) CGT te karakteriseren. Andere therapievormen mogen misschien denken dat ze zich *niet* op gedrag baseren, maar dat is dan een *Selbstmissverständniss*. Wij weten wel beter! Als alle andere therapievormen zich even onvermijdelijk als de CGT op gedrag baseren, is dit kenmerk niet onderscheidend.

Pijler 2: Alle gedrag is aangeleerd

287

Hermans ziet dit als tweede ‘kenmerk, axioma of grondslag’ (p. 180). Dat gedrag gezien wordt als aangeleerd maakt begrijpelijk dat er een intieme relatie was en is tussen GT en leertheorie. Maar die relatie is volgens Hermans niet exclusief. Ook de antropologie, sociale psychologie en neurowetenschappen onderzoeken hoe gedrag beïnvloed wordt door ervaringen. Inzichten uit deze wetenschappen horen thuis in de CGT. Maar ook hier lijkt me te gelden dat dit ‘axioma’ helemaal niet uniek is voor de CGT-traditie. Ook bijvoorbeeld onze psychodynamische collega’s menen dat gedrag en gedragsproblemen niet uit de lucht komen vallen, maar ontstaan door ervaringen. En systeemtheoretici zullen er net zo over denken. Terwijl over gedrag als onvermijdelijke toegangspoort (zie pijler 1) gezegd kan worden dat andere therapievormen dit weliswaar onvermijdelijk maar *impliciet* als uitgangspunt hebben, lijkt me de stelling dat gedrag, althans het gedrag waarvoor mensen in behandeling komen, is aangeleerd *expliciet* onderschreven te worden door behandelaars van alle pluimage. Voor therapeuten is dit kenmerk wellicht zelfs triviaal. Hoe dan ook, het *onderscheidt* CGT niet van andere tradities.

Pijler 3: Verankering in wetenschappelijk onderzoek

Hermans meent dat de CGT in twee opzichten verankerd moet zijn in wetenschappelijk onderzoek. Therapieën moeten (1) wetenschappelijk verklaarbaar en (2) bewezen effectief zijn. Het criterium van bewezen effectiviteit (2) is nu precies waar het om scharniert bij van Emmerik en het bestuursbeleid. Daarover dus geen discussie. Lastiger ligt het bij het criterium dat de effecten van een therapie verklaarbaar moeten zijn (1). We laten Hermans aan het woord: ‘(...) cruciaal is de combinatie van de twee eerdergenoemde soorten onderzoek: uitsluitend effectonderzoek doen is niet wenselijk. Stel, dat in de behandeling van paniekstoornis het gebruik van oorkaarsen aantoonbaar effectief zou blijken, dan is dat nog geen gedragstherapie. Maar als een psychologisch model op empirische gronden verklaart waarom die oorkaarsen effectief zijn, kunnen we wel degelijk spreken van gedragstherapie’ (p. 180). Ik deel Hermans aversie tegen interventies die weliswaar werken, maar waarvan we het hoe en waarom niet snappen. ‘Wie geneest heeft gelijk’ is een aanvechtbaar adagium. Maar los van die gedeelde aversie, is de eis van wetenschappelijke verklaarbaarheid houdbaar? Lithium is geen *design drug*, maar een simpel chemisch element uit het periodiek systeem. Het blijkt te werken tegen manieën, maar goede verklaringen ontbreken. Is lithium daarom geen farmacotherapie? Ik ken geen psychiater die dat zou willen volhouden. Stel *for the sake of the argument* dat oorkaarsen in een reeks *randomized controlled trials* even krasse positieve effecten laten zien als lithiumzout. Moeten we patiënten die oorkaarsen dan onthouden omdat we er niets van

snappen? Of mag de therapie dan wel gegeven worden, maar niet gelabeld worden als CGT? Volgens Hermans wordt 'al te vaak (...) de werkzaamheid van een methode als een voldoende voorwaarde beschouwd om die methode te incorporeren in ons vakgebied' (p. 180-181). Dit lijkt me een fundamenteel punt in de discussie. Van Emmerik en collega's impliceren dat de eis van 'werkzaamheid' voldoende is om te worden toegelaten, terwijl Hermans meent dat daaraan de eis van 'verklaarbaarheid' moet worden toegevoegd. Ik ben het schoorvoetend eens met van Emmerik. De eis van verklaarbaarheid geldt natuurlijk bij het oplossen van een wetenschappelijk probleem. Als in de wetenschap een oplossing niet verklaarbaar is, zijn we theoretisch niets opgeschoten. Maar CGT gaat over het oplossen of althans verminderen van *praktische* problemen. En als oorkaarsen op weliswaar onverklaarbare wijze beter blijken te werken dan een placebo, dan is dat toch winst? Ik zou patiënten niet kunnen uitleggen waarom ik ze een effectieve behandeling wil onthouden alleen omdat we niet snappen hoe zij werkt.

Belangrijkste conclusie: van Emmerik en Hermans onderschrijven beiden het belang van de *gebleken effectiviteit* van behandelingen. Voor van Emmerik is dat genoeg, voor Hermans niet: de interventie moet volgens hem daarnaast *verklaarbaar* zijn. Ik denk dat patiënten de positie van van Emmerik ondersteunen en ik geef ze daarin gelijk.

Pijler 4: De empirische cyclus in de klinische CGT-praktijk

Hermans en van Emmerik menen dat gedragstherapeuten in het gedrags-therapeutisch proces een empirische cyclus volgen: wat is er aan de hand, hoe verklaren we dat, wat kunnen we eraan doen, en werkt het? Van Emmerik merkt daarbij op dat die cyclus veelal de vorm heeft van een betekenis- en functieanalyse, maar dat is 'niet altijd zo geweest, en nergens staat dat die interventies daartoe dwingend beperkt zijn, of dat de ontwikkeling van deze ziens- en werkwijze momenteel haar eindpunt heeft bereikt' (p. 173). Nee, maar hier wreekt zich de verwarring tussen prescriptie en descriptie (zie de tweede paragraaf). De vraag is of van Emmerik meent dat het *gewenst* is dat therapeuten zo'n cyclus doorlopen. Daarover zwijgt hij en dat is jammer voor het debat. Hermans daarentegen is hierover niet mis te verstaan. Hij beweert dat het doorlopen van die empirische cyclus behoort te gebeuren, dat het betreurd moet worden wanneer collega's dit soms nalaten en dat het volgen van zo'n cyclus CGT onderscheidt van andere therapievormen. Zijn richtlijn: bij elke nieuwe patiënt functie- en betekenisdiagnostiek, en dan pas behandelen.

Maar zijn de analyses die Hermans bepleit echt nodig en wenselijk? Tijdens de ontwikkeling van hun expertise krijgen professionals in de gaten wat cruciale determinanten zijn van een type probleem en wat werkzame interventies zijn. Naarmate ze dat beter in de vingers krijgen, kan de diagnostiek korter worden, kan de behandeling in een protocol worden vastgelegd en kan

de uitvoering worden uitbesteed aan goedkopere collega's met minder expertise. Zo zijn diagnostiek en behandeling van blaasonsteking goed bekend, is de 'diagnose-behandelcombinatie' overzichtelijk en kan de huisarts die met een gerust hart overlaten aan de doktersassistent. In de jaren zeventig kende de UvA het 'fobieënproject'. Patiënten met enkelvoudige fobieën werden psychodiagnostisch binnenstebuiten gekeerd, ter voorbereiding op een behandeling van tientallen sessies. Inmiddels weten we wel zo'n beetje hoe het zit met fobische 'angst $\leftrightarrow$ vermijding'. Het is als regel overbodig bij een spinnenfobie meer assessment te doen dan het stellen van een DSM-diagnose. Dat is voldoende voor een korte en gerichte exposuretherapie. Naarmate we aard en behandeling van een psychologisch probleem beter kennen, lijkt me de noodzaak tot individuele analyse af te nemen.

Natuurlijk is er soms een gedegen gedragstherapeutische analyse nodig, bijvoorbeeld wanneer de problemen complex zijn of de patiënt niet opknapt. En CGT-collega's moeten in staat zijn verstandige analyses op te stellen en kunnen bepalen wanneer wat wel en niet nodig is. Het punt dat ik wil maken is dat analyses niet altijd, niet per se en niet op voorhand nodig zijn. Naarmate de effectiviteit van behandelingen van andere stoornissen dichterbij komt van de therapie voor enkelvoudige fobieën, zal de behoefte aan diagnostische analyse afnemen. Dat is winst. Het vermogen om probleemanalyse te minimaliseren en de ingreep te protocolleren markeert het terecht te zelfvertrouwen van professies.

SAMENVATTENDE CONCLUSIES

.....

Om allerhande redenen wil het bestuur van de VGCT het samenbindende principe van de vereniging verschuiven: het is de toepassing van EBP dat de leden moet verenigen. Er is zorg over die bestuurlijke manoeuvre. Wordt het kind niet met het badwater weggegooid? De voorzitter van de vereniging Arnold van Emmerik meent van niet en Dirk Hermans meent van wel. Zijn argumenten en die van de voorzitter werden hierboven kritisch doorgenomen. De mening van schrijver dezes werd duidelijk gemaakt in die bespreking. De conclusie is dat het wel meevalt met dat verspelen van ons wetenschappelijk en klinisch erfgoed. Dat 'gedrag' de onvermijdelijke toegangspoort is tot de problemen van onze cliëntèle klopt als een bus, maar dat geldt onverminderd ook voor willekeurig welke andere vorm van psychotherapie. Ook het postulaat dat probleemgedrag is verworven en niet uit de lucht komt vallen, wordt gedeeld met andere vormen van therapie. Hermans meent dat een behandeling alleen het keurmerk 'CGT' mag hebben wanneer de behandelaar een wetenschappelijk acceptabele verklaring heeft voor de werkzaamheid ervan. Denk aan de oorkaarsen. Dit leek mij een moeilijk te verdedigen standpunt voor een praktische professie als de CGT. Hermans

meent verder dat het volgen van een empirische cyclus en in het bijzonder een uitvoerige probleemanalyse CGT onderscheidt van andere therapievormen. Ook daarop valt wel wat af te dingen. Naarmate kennis en ervaring groeien, wordt het beter mogelijk behandelingen te vangen in effectieve protocollen en diagnostische analyse te beperken. Het punt waarover Hermans, van Emmerik en ondergetekende het eens zijn, is de waarde van EBP. Maar uitgerekend dat is waar het bestuurlijk voornemen over ging.

Tot slot. Het bestuursvoornemen lijkt gedurfd. Dat is het ook wel, gegeven de hang naar conservatisme binnen en buiten de VGt. Maar zo héél revolutionair is het voornemen nu ook weer niet. Het bestuur observeerde welke koers de schepen volgen. Die koers beviel het bestuur wel. Het verzetten vervolgens alleen maar de bakens, zodat die de route kunnen markeren die al jaren wordt bevaren.

Marcel van den Hout is gedragstherapeut, klinisch psycholoog en hoogleraar Klinische Psychologie. Hij is verbonden aan de vakgroep klinische psychologie, Universiteit Utrecht, en aan het Academische Angstcentrum Altrecht te Utrecht.

Correspondentieadres: Universiteit Utrecht, vakgroep klinische psychologie, Heidelberglaan 1, 3584 CS Utrecht. E-mail: M.A.vandenHout@uu.nl.

Summary *Evidence-based practice: Notes on the discussion between Arnold van Emmerik and Dirk Hermans regarding the basis and future of CBT*

In 2018 this journal published a discussion between Arnold van Emmerik and Dirk Hermans about the foundations and future of behavior therapy and the Dutch Association of Behavioral and Cognitive Therapy. In the present paper I critically evaluate the arguments raised by van Emmerik and Hermans.

Keywords *behavioural therapy, VGt, evidence-based practice, basis*

Literatuur

Hermans, D. (2018). Komaan zeg, mannekens! Wat is nu (cognitieve) ge-

dragstherapie? Een reactie op van Emmerik. *Gedragstherapie*, 51, 175-183.
van Emmerik, A. (2018). Evidence-based practice en de VG(C)t. *Gedragstherapie*, 51, 171-174.

Grondslag of visie?

YVETTE VAN DER PAS

Samenvatting

In deze forumbijdrage betoogt de auteur dat voor samenwerking met andere therapieverenigingen een wijziging van de grondslag van de VGCT overbodig is. En zij betoogt dat evidence-based practice een ongeschikt uitgangspunt is als grondslag voor een wetenschappelijke vereniging.

Trefwoorden: evidence-based practice, evidence-based informed, samenwerking, wetenschappelijke grondslag

INLEIDING

Onlangs verscheen in *Gedragstherapie, Tijdschrift voor gedragstherapie en cognitieve therapie* een forumbijdrage door Arnold van Emmerik, voorzitter van de VGCT, met als titel *Evidence-based practice en de VG(C)t* (van Emmerik, 2018). In hetzelfde nummer van het tijdschrift werd deze bijdrage voorzien van een reactie door Dirk Hermans, hoogleraar in de klinische psychologie: *Komaan zeg, mannekes! Wat is nu (cognitieve) gedragstherapie? Een reactie op van Emmerik* (Hermans, 2018). De redactie verzocht mij om te reflecteren op deze beide bijdragen. Laat ik vooropstellen dat samenwerking van de VGCT met andere verenigingen mij een uitstekend idee lijkt. De redenering dat daarvoor een grondslagwijziging van de VGCT wenselijk is, klinkt echter geforceerd.

Van Emmerik (2018) start met een samenvatting van het voornemen van het VGCT-bestuur om nauwer te willen samenwerken met andere verenigingen en organisaties die een *evidence-based practice* (EBP) voorstaan. Van Emmerik stelt EBP voor als ‘nieuwe, bredere grondslag dan louter cognitieve gedragstherapie (...) voor zo’n samenwerking en op termijn wellicht voor een nieuwe federatie of fusie.’ (p. 171). Vervolgens gaat hij in op: ‘Wat is dat dan

precies: cognitieve gedragstherapie?’ (p. 172). Hij sluit zijn bijdrage af met de stelling dat EBP een betere grondslag zou zijn voor de VGCT, omdat ‘we niet goed weten wat (leertheorie, cognitieve theorie en cognitieve gedragstherapie) precies zijn’ (p. 174). Het gebrek aan eenduidigheid in de definitie van CGT ziet hij als argument om te kiezen voor een EBP-grondslag. En salonfähig is EBP zeker. Volgens de website van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (www.nvp.nl) wil de NVP ‘een brede verbindende vereniging zijn voor evidence-based psychotherapie zoals uitgevoerd door deze drie BIG-beroepen’, te weten: klinisch psychologen, psychiaters en psychotherapeuten. Ook de Vereniging voor Persoonsgerichte Experiëntiële Psychotherapie (VPEP) stelt op haar website: ‘Persoonsgerichte experiëntiële psychotherapie is evidence-based’ (www.vpep.nl/).

Hermans (2018) gaat in zijn reactie in op de grondslagen van de gedragstherapie en licht onder andere de wetenschappelijke visie op theorievorming toe: ‘Theorieën zijn hulpmiddelen in de wetenschap, en dienen getoetst, gewijzigd en uiteindelijk verworpen te worden’ (p. 179). Een theorie vormt niet de grondslag van een behandelingsvorm (zie ook: Hermans, Raes, & Orlemans, 2007). Hermans betoogt mijns inziens overtuigend dat EBP slechts een deel van het geheel van een therapieopvatting is en een te beperkte focus is om als grondslag te dienen voor een specialistische psychotherapievereniging.

BEGRIJSVERWARRING

.....

Wat is evidence-based practice (EBP)? Spring (2007) schrijft: ‘Evidence-based practice designates a process of clinical decision-making that integrates research evidence, clinical expertise, and patient preferences and characteristics. Evidence-based practice is a transdisciplinary, idiographic approach that promotes lifelong learning. Empirically supported treatments (ESTs) are an important component of EBP, but EBP cannot be reduced to ESTs. Psychologists need additional skills to act as creators, synthesizers, and consumers of research evidence, who act within their scope of clinical expertise and engage patients in shared decision-making’ (pp. 611-631, p. 626). Haar definitie sluit aan bij de definities van Bouman, Raes en de Jong (2018), en Tiemens (2018), in hun bijdragen in *Gedragstherapie*. Het zijn definities die gebaseerd zijn op die uit het oorspronkelijke werk van Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes en Richardson (1996), de bron van de EBP-visie. EBP is een algemeen aanvaard uitgangspunt, al wordt het begrip niet door iedereen op dezelfde manier gedefinieerd (zie: Bouman et al., 2018; Tiemens, 2018).

De discussie over theoretische grondslagen speelt zich af binnen een inhoudelijk kader, maar EBP gaat niet over inhoud. EBP is een (theoretisch waardevrije) visie op het proces van besluitvorming inzake behandeling en omvat meer dan het principe dat een behandeling of interventie moet berus-

ten op wetenschappelijk aangetoonde evidentie. Juist daarom wordt EBP in diverse contexten gebruikt. En juist omdat er geen wetenschappelijke theorie aan ten grondslag ligt en EBP geen model in wetenschappelijke zin betreft, is het als grondslag voor een wetenschappelijke vereniging ongeschikt.

Ten onrechte betreft van Emmerik de grondslag van de VGCT bij zijn wens om de vereniging om te dopen tot een EBP-vereniging. Hij stelt dat een 'plausibel, door wetenschappelijk onderzoek ondersteund verklaringsmodel (...) een essentiële voorwaarde (is)' (p. 174). Maar voor wat? Voor de grondslag van een vereniging? EBP is geen verklaringsmodel, het is een visie. De opvatting dat met CGT zo veel mogelijk gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk aangetoonde effectieve interventies (*empirically supported treatments*, EST's) is geen nieuws. Dit laat onverlet dat meer onderzoek naar de werkzame factoren van CGT nodig is. Hermans betoogt terecht dat het empirisch aantonen van de werkzaamheid van een interventie – oorkaarsen, klankschalen – nog niets zegt over de empirische gronden voor een bepaald psychologisch model. Hermans redeneert vanuit een wetenschapstheoretische opvatting, van Emmerik niet. Begrijpelijk dat Hermans de wenkbrauwen frons bij het betoog van van Emmerik.

Déjà vu! In dit tijdschrift (zie onder anderen van der Pas, 2004) en tijdens supervisorsmiddagen kruisten leden vaker de degenen over de grondslag van de (C)GT, en over de wetenschappelijke status van diverse behandelwijzen en 'nieuwe therapieën en interventies' in relatie tot CGT. Die discussie past bij de VGCT-statuten, waarin we ons ten doel stellen een wetenschappelijke vereniging te zijn ter promotie van CGT in de breedste zin.

De afgelopen vijftien jaar zijn er nogal wat verenigingen bijgekomen: voor schemagerichte therapie, voor de methode van *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR), voor *acceptance and commitment therapy* (ACT) en voor *mindfulness based cognitive therapy* (MBCT). Deze verenigingen hebben ieder hun eigen opleiding én een eigen toelatingsbeleid, dat afwijkt van dat van de VGCT. Zij laten bijvoorbeeld therapeuten toe met een psychodynamische achtergrond, of gewoon iedereen, zonder vooropleidingseisen. Er is inmiddels evidentie voor de effectiviteit van interventies als ACT, MBCT, EMDR en schematherapie. Maar hoe cognitief-gedragstherapeutisch zijn deze stromingen? Schemagerichte therapie behoort volgens Young zeker tot de CGT (Arntz, 2016); ACT baseert zich op skinneriaanse leertheoretische principes en voegt daaraan de *relational frame theory* toe; MBCT voegt meditatie toe aan cognitieve therapie; en zoals Hermans betoogt, kan EMDR als aangetoond effectieve interventie, indien geïndiceerd, deel uitmaken van een gedragstherapeutisch proces.

Een wetenschappelijke vereniging biedt een forum voor de ontwikkeling van theorie en praktijk. Het is inherent aan het wetenschappelijke discours dat we niet goed weten wat 'louter' leertheorie, cognitieve theorie of cognitieve gedragstherapie precies zijn, zoals Van Emmerik stelt. Natuurlijk is het jammer, en onoverzichtelijk voor patiënten, dat 'nieuwe therapieën en inter-

venties' hebben geleid tot zo veel nieuwe verenigingen. Samenwerking op wetenschappelijk gebied zou mogelijk meer overeenkomsten dan verschillen laten zien.

RICHTLIJNEN

.....

Korrelboom (2004; Korrelboom & ten Broeke, 2014) stelt dat 'opvallend aan de in veel richtlijnen aanbevolen evidence-based psychologische behandelingen is dat het meestal gaat om uit de cognitieve gedragstherapie afkomstige interventies'. Ook Layard en Clark (2018) stellen dat. In de Nederlandse richtlijnen voor de behandeling van psychische problematiek (Trimbos-instituut, 2018), de recent verschenen zorgstandaarden (Trimbos-instituut, 2018) en de Engelse richtlijnen (NICE, 2018) wordt vooral CGT geïndiceerd, naast IPT, schematherapie, kortdurende psychodynamische therapie en dialectische gedragstherapie. De richtlijnen en zorgstandaarden gaan uit van het principe dat therapeuten *evidence-based informed* werken: therapeuten dienen op de hoogte te zijn van de uitkomsten van relevant wetenschappelijk onderzoek voor de klinische praktijk en zij dienen die resultaten te implementeren in de praktijk. Het blijft de moeite lonen om een goed cognitief gedragstherapeut te worden en je desgewenst bij te scholen in andere evidence-based richtlijnen. Maar is dit een goede reden om van de VGCT een soort 'beweging' te maken die *alle* EST's vertegenwoordigt, ongeacht hun theoretische grondslag? Dit impliceert het opheffen van de huidige VGCT als vereniging.

Welke behandeling is het beste voor de patiënt? Dat zal de tijd leren. Zie bijvoorbeeld de bijdrage van Huibers (2018) over gepersonaliseerde psychotherapie bij depressie in het vorige nummer van *Gedragstherapie*. Vooralsnog hanteren we bij de keuze voor een effectieve behandeling de richtlijnen en zorgstandaarden, al zijn ook die niet ideaal (Bouman et al., 2018), en komen dan vaak uit bij CGT. Om als cognitief gedragstherapeut te werken vanuit een EBP-visie en er een EBI-attitude op na te houden is op zich al een uitdaging (zie ook in het themanummer van *Gedragstherapie* over EBP: Greeven & van Sambeek, 2018; Koster, Pieters, Hoorelbeke, & de Putter, 2018; Waller & Turner, 2018).

SAMENWERKING OP MICRONIVEAU

.....

Het bestuur zou zijn leden die lid zijn van meerdere verenigingen tegemoet kunnen komen door een ruimer accreditatiebeleid te formuleren voor diverse cursussen, zodat leden voldoen aan de eisen van meer dan één vereniging per gevolgde nascholingscursus. De VGCT zou met haar leden die

tevens lid zijn van die andere verenigingen secties kunnen instellen. Dat zou de kruisbestuiving tussen de verenigingen bevorderen. Misschien kunnen niet-actieve secties worden opgeheven, maar dit terzijde.

ORGANISATIE EN SAMENWERKING OP MACRONIVEAU

.....

Het doel van de VGCT is dat haar leden kwaliteit leveren als het om behandelen gaat en dat patiënten op ons 'merk' kunnen vertrouwen. Niet voor niets is geïnvesteerd in een modernisering van de opleiding en het concretiseren van de eindtermen daarvan. Een samenhangende wetenschappelijke theorie is een duidelijk baken om ons op te richten, zowel bij de opleiding als in de praktijk. Om inzake het uitdragen van de EBP-visie de slagkracht op politiek en maatschappelijk gebied te vergroten is samenwerking met andere verenigingen op een gelijkwaardige basis een zinvol voornemen van het bestuur.

Layard en Clark beschrijven in hun boek *Therapiewinst* (2018) hoe in Groot-Brittannië het IAPT-programma (Improving Acces to Psychological Therapies) tot stand is gekomen. Het programma beoogt een landelijk netwerk op te zetten van behandelteams met goed opgeleide therapeuten die werken volgens de richtlijnen van NICE: evidence-based practice. Een indrukwekkend programma, met als sterkste argument dat effectieve behandeling kostenbesparend is voor de overheid. Het zou fantastisch zijn om in Nederland een overheidsprogramma inzake psychische gezondheid te realiseren dat te vergelijken is met IAPT. Daarvoor is een grote politieke lobby nodig, onder andere omdat Nederland het principe van de 'marktwerking in de zorg' kent en Groot-Brittannië niet. Als van Emmerik er iets aan gelegen is om een dergelijk netwerk van toegankelijke en evidence-based zorg mogelijk te maken, dan is samenwerking met de andere verenigingen en met politici van belang. Het veranderen van de grondslag van de VGCT, een van de grotere leveranciers van goede therapeuten voor die beoogde kwaliteitszorg, heeft niets te maken met samenwerking. Een nieuwe overkoepelende vereniging of federatie zou tot doelstelling kunnen hebben: implementatie en bevorderen van EBP (voor zover 3PNL dat al niet beoogt). Het zou in het kader van de samenwerking van weinig tact ten aanzien van de andere verenigingen getuigen als de VGCT de naam van de beoogde federatie alvast tot de hare maakt. Clark bepleit EBP en de bijbehorende EBI-attitude, niet dat de British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies (BACBP) haar grondslag verandert. Ik sluit me graag bij hem en Hermans aan.

Yvette van der Pas is klinisch psycholoog, supervisor, en secretaris CvB en lid van verdienste van de VGCT.

Correspondentieadres: vanderpas@singel54.nl

Summary *Basis or vision?*

In this forum posting, the author argues that a change of the basis of the VGCT is superfluous for cooperation with other therapy associations. And she argues that evidence-based practice is an unsuitable viewpoint as a base for a scientific association.

Keywords *evidence-based practice, evidence-based informed, cooperation, scientific base*

Literatuur

- Arntz, A. (2016). Schematherapie en de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Gedragstherapie*, 49, 194-207.
- Bouman, T., Raes, F., & de Jong, K. (2018). Evidence-based practice: De verhouding tussen clinicus, patiënt en wetenschap. *Gedragstherapie*, 51, 64-71.
- Greeven, A., & van Sambeek, N. (2018). Hoe evidence-based werken cognitief gedragstherapeuten in de praktijk? Resultaten van een enquête. *Gedrags therapie*, 51, 112-121.
- Hermans, D. (2018). Komaan zeg, mannekens! Wat is nu (cognitieve) gedragstherapie? Een reactie op van Emmerik. *Gedragstherapie*, 51, 175-183.
- Hermans, D., Raes, F., & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Huibers, M. (2018). Gepersonaliseerde psychotherapie voor depressie: De zwarte doos van CGt. *Gedragstherapie*, 51, 145-157.
- Korrelboom, K. (2004). Cognitieve gedragstherapie en 'rare therapieën': Wat moeten we ermee? *Gedragstherapie*, 37, 225-231.
- Korrelboom, K., & ten Broeke, E. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie*. Bussum: Coutinho.
- Koster, E., Pieters, E., Hoorelbeke, K., & de Putter, L. (2018). Evidence-based werken binnen de klinische psychologie: Efficiënt informatie zoeken 2.0. *Gedragstherapie*, 51, 132-144.
- Layard, R., & Clark, D. (2018). *Therapie winst: De waarde van psychologische behandeling* [Thrive. The power of evidence-based psychological therapies] (A. Witteveen, vert.). Amsterdam: Boom. (Origineel werk gepubliceerd in 2014)
- NICE (2018). Standards and indicators. Geraadpleegd 1 november 2018 op: www.nice.org.uk/standards-and-indicators
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 611-631.
- Tiemens, B. (2018). Omgeven door relaties: Evidence-based werken in de geestelijke gezondheidszorg. *Gedrags therapie*, 51, 72-84.
- Trimbos-instituut (2018). Richtlijnen. Geraadpleegd 1 november 2018 op: www.trimbos.nl/themas/richtlijnen-zorgstandaarden-en-implementatie/richtlijnen
- van der Pas, Y. (2004). Hoe breed is de schoot van de cognitieve gedragstherapie? Wat onderwijzen en superviseren wij? *Gedragstherapie*, 37, 205-206.
- van Emmerik, A. (2018). Evidence-based practice en de VG(C)t. *Gedragstherapie*, 51, 171-174.
- Waller, G., & Turner, H. (2018). Het terugdringen van therapeutische dwaling. Waarom goedwillende klinici er niet in slagen om evidence-based therapie te bieden, en hoe we weer op koers kunnen komen. *Gedragstherapie*, 51, 85-111.

.....

Een halve eeuw kennismaken met gedragstherapie

.....

Bespreking van

Dirk Hermans, Filip Raes & Hans Orlemans (2017). *Inleiding tot de gedragstherapie* (zevende, herziene druk). Houten: Bohn, Stafleu van Loghum. 345 pp., € 39,90. ISBN: 9789036819503.

ANTON HAFKENSCHIED

Een decennium na de vorige editie (Hermans, Eelen, & Orlemans, 2007) verscheen eind 2017 de zevende, herziene druk van *Inleiding tot de gedragstherapie*. Het is uitzonderlijk dat een leerboek, weliswaar diverse keren herschreven, zo lang meegaat in ons vak. De eerste druk stamt uit 1971, bijna een halve eeuw geleden, met dr. J.W.G. Orlemans en dr. W. De Moor als auteurs. De tweede herziene druk liet niet lang op zich wachten. Deze druk werd als monografie door Hans Orlemans geschreven, 'omdat De Moor toen in de Verenigde Staten verbleef' (Orlemans, 1976); een argument dat met de hedendaagse moderne communicatiemiddelen inmiddels ondenkbaar is. De twee decennia daarna bleven de volgende drukken van het boek alleen de naam van Orlemans dragen.

Hans Orlemans kan met recht een van de grondleggers van de gedragstherapie in de Lage Landen worden genoemd. Als Nederlands psycholoog promoveerde hij in de jaren zestig van de vorige eeuw in Leuven. Na zijn terugkeer naar Nederland richtte hij in Lent, tegenwoordig een buitenwijk van Nijmegen, Overwaal op, de eerste ggz-instelling met een specifiek gedragstherapeutische signatuur. Tussen 1968 en 1987 werkte hij daar zelf als behandelaar, als chef de clinique en later als directeur. De samenwerking met de Vlamingen bleef bestaan. De herziene edities van 'Orlemans' (zoals het boek bij de senioren in het vak bekendstaat) werden vanaf 1995 coproducties met Paul Eelen en Dirk Hermans, hoogleraren aan de Katholieke Universiteit

Leuven (KUL). Coauteurschap was volgens de prominenten die hun naam aan de latere drukken verbonden onontkoombaar: de grondslagen en toepassingen van de gedragstherapie verbreedden en verdiepten zich dermate rap, dat het veld niet meer door één auteur was te overzien. Het veld heeft zich ook de afgelopen tien jaar sterk uitgebreid, onder meer door de opkomst van de derde en vierde generatie gedragstherapieën. Dat was voor de auteurs van deze zevende druk reden om de versie uit 2007 grondig te herzien.

Paul Eelen overleed in 2016 op 75-jarige leeftijd. Hij kon om gezondheidsredenen niet meer meeschrijven aan deze zevende druk. Voor hem kwam Filip Raes als 'junior' in de plaats. Raes is een directe collega van Hermans: ze zijn beiden als hoogleraar verbonden aan het Centrum voor Leerpsychologie en Experimentele Psychopathologie in Leuven. Orlemans overleed eind 2017 op 90-jarige leeftijd, vlak nadat de zevende druk was voltooid. Anderhalf jaar voor zijn dood gaf hij mij in een door hem geïnitieerde mailwisseling onverbloemd te kennen dat zijn inbreng bij het herschrijven aan deze meest recente update zeer bescheiden zou worden (Orlemans, persoonlijke mededeling, 31 juli 2016). Al met al kan deze zevende versie van 'Orlemans' uiteindelijk dus worden gezien als een product van Vlaamse bodem. Hoogste tijd om de allernieuwste *Inleiding tot de gedragstherapie* aan een kritisch warenonderzoek te onderwerpen. Daarvoor moet ik eerst terug naar mijn bevindingen met de vorige (zesde) druk.

In mijn bespreking van de zesde editie (Hafkenscheid, 2007a) was ik over het geheel genomen enthousiast over het boek. Ik had echter drie kritiekpunten. Het eerste punt van kritiek betrof de presentatie van de klassieke en operante leerprincipes in de twee hoofdstukken over de theoretische en empirische fundamenteën van de (cognitieve) gedragstherapie: de hoofdstukken over klassieke (pavlovianse) conditionering en over operante (skinneriaanse) conditionering. Al meer dan tien jaar verzorg ik een door de VGCT erkende basiscursus (van honderd uur) voor de opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog aan de Centrale RINO-groep, samen met co- en gastdocenten. De meerderheid van elk opleidingsjaar bestaat uit cursisten die 'vooral komen om therapeut te worden'. Juist deze minder wetenschappelijk geïnteresseerde en geschoolde cursisten (in elke cursusgroep bevinden zich ook wel enkele promovendi of gepromoveerden) beklagden zich elk jaar weer over de grote informatiedichtheid en het hoge abstractieniveau van deze twee hoofdstukken over de klassieke en operante leerprincipes, en hun combinatie (het tweefactormodel). Hun klacht was grotendeels terecht en was voor mij aanleiding om te experimenteren met een kennistoets over beide hoofdstukken. Doel was vaststellen of cursisten de leerstof van deze twee moeilijkste hoofdstukken uit het boek echt goed onder de knie konden krijgen. De toets bleek inderdaad helpend voor dat doel (Hafkenscheid, 2008). Als wetenschappers in hart en nieren toonden de auteurs zich in de twee hoofdstukken aangenaam voorzichtig en genuanceerd in hun vertaal-

slag (1) van empirische bevindingen naar de theorie (of de bijstelling van theorie) en (2) van theorievorming naar therapeutische toepassingen. De keerzijde is echter dat cursisten niet goed wisten hoe ze fundamentele kennis, verkregen uit dierexperimenteel onderzoek, konden benutten voor hun eigen klinische praktijk, als de auteurs zelf beide vertaalslagen al met zo veel mitsen en maren omgaven.

Het tweede kritiekpunt betrof de mijns inziens ongelukkige beslissing van de auteurs om de – in het Nederlands taalgebied onder vakgenoten volledig ingeburgerde – Engelstalige termen en afkortingen in de zesde druk ineens te vervangen door de ongebruikelijke Nederlandse equivalenten: *conditional stimulus* (CS) werd in de zesde druk vernederlandst tot ‘voorwaardelijke prikkel’ (VP), *unconditional response* (UCR) tot ‘onvoorwaardelijke respons’ (OR), enzovoort. Die keuze was mooi als ode aan de Nederlandse taal, die als academisch communicatiemiddel door de dominantie van het Engels onder druk staat. Didactisch was die keuze echter niet handig, omdat de meeste leerpsychologische literatuurbronnen Engelstalig zijn, en het boek mede bedoeld was (en is) als een introductie op de meestentijds Engelstalige empirische en theoretische vakliteratuur.

Mijn derde kritiekpunt bestond eruit dat de auteurs in de zesde druk nogal mopperden en verongelijkt deden over de in hun ogen modieuze, wetenschappelijk ongefundeerde vernieuwingsdrang binnen de cognitieve gedragstherapie. Terecht waarschuwden zij voor het gevaar dat de empirisch gefundeerde leerprincipes van het eerste uur bij jongere generaties in de vergetelheid zouden raken. Ook deelde ik hun vaststelling dat veel ogenschijnlijke innovaties uiteindelijk door de mand waren gevallen als oude wijn in nieuwe zakken. Toch was ik van mening dat dergelijk gemopper niet thuishoort in een inleidende tekst. Aan jonge lezers die niet zijn ingevoerd in de historische context en die de ‘betere tijden’ niet zelf hebben meegemaakt is dergelijk gemopper niet besteed. In het gunstigste geval gaat het eenvoudig aan hen voorbij, in het ongunstigste geval ontwikkelen zij een afkeer van een tekst die hun over het geheel genomen juist veel te bieden heeft.

Gelukkig gaan deze kritiekpunten niet meer op voor de zevende, herziene druk. Deze nieuwe editie kan naar mijn idee op alle drie punten zonder meer worden gezien als een verbetering ten opzichte van de zesde. In de eerste plaats wat betreft de hoofdstukken 3 (over klassieke conditionering) en 4 (over operante conditionering), die terecht nog steeds het theoretische kernstuk van het boek vormen. De structuur van deze beide hoofdstukken is grotendeels gehandhaafd en dat geldt eveneens voor de inhoud. Met name hoofdstuk 3 heeft een merkbare vernieuwing ondergaan. In de nieuwe versie is de focus in met name het hoofdstuk over klassieke conditionering meer gericht op recent leerpsychologisch onderzoek met mensen. Hier en daar zijn besprekingen van de bevindingen van – inmiddels minder recent – dierexperimenteel onderzoek geschrapt. Beide hoofdstukken lezen wat

mij betreft aanzienlijk gemakkelijker dan de parallelle hoofdstukken in de vorige editie. Dat komt wellicht ook omdat de auteurs zich in deze druk van een veel toegankelijker, minder formele schrijfstijl bedienen.

Op de tweede plaats is deze druk verbeterd wat betreft de notaties en de terminologie: tot mijn genoegen zijn de auteurs in deze editie teruggekeerd naar de Engelse termen en afkortingen, hetgeen de aansluiting met de veelal Engelstalige empirische en theoretische studies op het gebied van de leerpsychologie herstelt.

Een derde verbetering is dat de tekst van deze nieuwe druk mij imponeert als neutraler en minder verongelijkt over ontwikkelingen die door de auteurs van de vorige editie nog een beetje als modieus en nieuwlichterij werden afgedaan, met name het destijds bijna ongebreidelde enthousiasme over de 'cognitieve revolutie' van wat de tweede generatie gedragstherapie ging heten.

Deze zevende, herziene druk van *Inleiding tot de gedragstherapie* is opgebouwd uit twee delen, die elk een aantal hoofdstukken omvatten. Het eerste deel is theoretisch en fundamenteel wetenschappelijk, het tweede deel toegepast en praktisch. In het eerste deel wordt in hoofdstuk 2 de theoretische en empirische ontwikkeling van de gedragstherapie in historisch perspectief geplaatst, waarbij de bespreking van de voorlopers en van de drie 'generaties' gedragstherapieën deels aan hun *founding fathers* wordt gekoppeld (namelijk aan Pavlov, Watson, Thorndike, Skinner, Wolpe, Eysenck, Beck en Hayes). Hoofdstuk 3 legt de belangrijkste principes van en ontwikkelingen binnen het paradigma van de klassieke (pavlovianse) conditionering uit. Hoofdstuk 4 doet hetzelfde voor de operante (skinneriaanse) conditionering. Hoofdstuk 5 gaat in op nieuwe theoretische ontwikkelingen binnen de gedragstherapie, zoals de *relational frame theory* (RFT) uit de 'derde generatie gedragstherapieën'; verder gaat dit hoofdstuk in op de experimentele cognitieve psychologie (de 'vierde generatie'), die met fundamenteel empirisch onderzoek naar de menselijke kenfuncties (waarneming, aandacht, geheugen, enzovoort) van steeds groter belang wordt voor het begrijpen van psychopathologie, en daarmee ook voor de uitoefening van de gedragstherapie. Hoofdstuk 5 sluit het theoretische en fundamenteel wetenschappelijke eerste deel van het boek af.

Het tweede deel van *Inleiding tot de gedragstherapie* bestaat uit een gedetailleerde en gedegen bespreking van het gedragstherapeutisch proces. Dit deel is een stuk praktischer dan het eerste. Net als in de zesde druk ligt het zwaartepunt op de gedragstherapeutische *diagnostiek*, en veel minder op de gedragstherapeutische *behandeling*. In feite bestaat het complete therapeutische deel van het boek uit niet meer dan één hoofdstuk, namelijk hoofdstuk 10, dat ongeveer veertig bladzijden beslaat, nog geen 15% van de totale omvang. Gedragstherapeutische procedures (exposure met responspreventie, operante technieken, cognitieve technieken, ontspanningstechnieken,

EMDR, 'derde generatie' interventies, gebaseerd op ACT, FAP, MBCT, gedragsactivatie, DGT en schematherapie, en ten slotte 'vierde generatie' interventies, gebaseerd op experimenteel onderzoek naar aandachts-, interpretatie- en geheugenprocessen) worden niet meer dan aangestipt of in een enkele alinea besproken. *Inleiding tot de gedragstherapie* is dan ook bepaald geen kookboek vol (therapeutische) recepten, die 'vanzelf' leiden tot smakelijke gerechten (geslaagde behandelingen), zolang de voorschriften van het recept maar trouw worden opgevolgd.

Tegenover de bescheiden focus op de therapeutische toepassing van gedragstherapeutische behandelmethoden en -technieken staat de uitvoerige aandacht voor gesprekstechnieken om diagnostische informatie te verzamelen en te ordenen (hoofdstuk 7), alsmede voor de twee daaruit voortvloeiende onmisbare diagnostische taken in het gedragstherapeutisch proces: het opstellen van een holistische theorie en de probleemselectie (hoofdstuk 8), en het opstellen van functieanalyses (hoofdstuk 9). Het tweede deel opent met een exposé over de empirische cyclus (hoofdstuk 6) en sluit af met een bespreking van analysemethoden om elke gedragstherapeutische behandeling systematisch te evalueren (hoofdstuk 11).

De kracht en de toegevoegde waarde van *Inleiding tot de gedragstherapie* liggen daarmee niet zozeer aan de therapeutische maar vooral aan de diagnostische kant. De auteurs zijn op hun best als zij elke gedragstherapeutische behandeling neerzetten als een min of meer uniek wetenschappelijk experiment op het niveau van $n = 1$. Daarbij worden de vier fasen van de empirische cyclus uit de 'grote' wetenschap zo goed mogelijk benaderd: (1) het definiëren van een *probleemstelling* (aanmeldingsprobleem), (2) *voorspellen* (opstellen van een behandelplan), (3) *toetsen* (het uitproberen van bepaalde therapeutische methoden/technieken die het behandelplan definiëren) en (4) *evalueren* (vaststellen of de therapeutische methoden/technieken het aanmeldingsprobleem hebben helpen verminderen of verdwijnen). De auteurs zijn uitgesproken representanten en pleitbezorgers van het *scientist-practitioner*-model. De auteurs tonen zich streng en consequent als het gaat om een zorgvuldige, geïndividualiseerde probleemanalyse, (meestal maar niet noodzakelijkerwijs) op basis van een combinatie van klassieke en operante leerprincipes (het tweefactorenmodel van Mowrer). Op diverse plaatsen in het boek waarschuwen zij, refererend aan het gezegde 'bezint eer ge begint', tegen 'blind' en overhaast therapeutisch interveniëren op basis van de louter descriptieve DSM-classificatiesystematiek. Net als adaptief gedrag is psychopathologisch gedrag altijd een 'zinvolle reactie op een betekenisvolle situatie'. De functionele betekenis van elk psychopathologisch gedrag moet leertheoretisch altijd op minimaal twee niveaus zorgvuldig worden geëvalueerd: binnen de leergeschiedenis van de patiënt en binnen de actuele context waarin het gedrag zich voordoet (met een analyse van de antecedenen en de consequenten). Gedrag vatten de auteurs op in de ruimste zin van het woord: niet alleen observeerbaar motorisch gedrag, maar ook de 'binnenwereld' van

de patiënt (gedachten, gevoelens, gewaarwordingen) hoort in de individuele probleemanalyses haar plek te hebben. Met name duidingen binnen de leergeschiedenis van de patiënt hebben altijd een tot op zekere hoogte onherroepelijk hypothetisch karakter en kunnen natuurlijk nooit onomstotelijk empirisch worden geconfirmeerd of gefalsificeerd. De auteurs hangen vooral aan het wetenschappelijke falsificatiecriterium, dat natuurlijk wel te gebruiken valt om de functionele betekenis van zich herhalende psychopathologische gedragspatronen te toetsen door antecedenten (de stimulus-kant) en consequenten (de bekrachtigingskant) therapeutisch systematisch te wijzigen, voor zover de context dergelijke wijzigingen ('manipulaties') ethisch toestaat. Met tal van mooie casuïstische voorbeelden, en met vernuftige holistische theorieën en functionele analyses, demonstreren zij hoe iedere gedragstherapeutische behandeling een creatief experiment vormt. *Inleiding tot de gedragstherapie* is mijns inziens eerder te lezen als een prachtig en voorbeeldig boek over casusconceptualisering vanuit een leertheoretisch kader dan als een boek over gedragstherapeutische behandeling. Wat betreft hun opvattingen over wat al dan niet onder gedragstherapeutische behandeling valt, zijn de auteurs overigens juist opmerkelijk liberaal en tolerant. Wat bijvoorbeeld te denken van het volgende citaat?

'Gedragstherapie is eigenlijk een beetje een lege doos, een model waarbinnen vele diverse methoden, technieken en onderzoeksbevindingen een plaats kunnen vinden, zolang ze op goed onderzoek gebaseerd zijn en je ze zinvol kunt inzetten in de behandeling van patiënten. In die zin kan een gedragstherapeut zelfs met recht gebruikmaken van methoden uit de rogeriaanse of psychodynamische traditie, op voorwaarde dat er aanwijzingen zijn dat het effectieve methoden zijn en dat het gebruik ervan verantwoord is vanuit de geïndividualiseerde probleemanalyse van de patiënt (holistische theorie, functieanalyse, behandelplan). Ook dan blijft het gedragstherapie! Gedragstherapie wordt niet gekenmerkt door een bepaalde set technieken' (p. 114).

Cognitieve gedragstherapie wordt in Nederland steeds meer geassocieerd met (en door een deel van de cognitief-gedragstherapeutische 'voorhoede' gepropageerd als) 'snel', 'stoornisspecifiek', 'techniekgestuurd', 'gestandaardiseerd' (protocollair) en 'bewezen effectief'. Onder druk van buitenaf zien steeds meer jonge collega's zich – binnen de strakke grenzen van zorgprogramma's en behandelprotocollen (die georganiseerd zijn rondom DSM-classificaties) – gedwongen om domweg *uit te voeren* en vooral niet te veel *te denken*. In die zin herken ik mij niet in het optimistische en positieve beeld dat de auteurs schetsen over de stand van zaken binnen de gedragstherapie in de Lage Landen. In dat beeld zouden gedegen geïndividualiseerde probleemanalyses traditioneel de overhand hebben, anders dan in de Anglo-Amerikaanse landen. De Vlaamse auteurs geven er blijk van zeer goed op

de hoogte te zijn van de vakliteratuur die door hun Nederlandse collega's is geschreven. Ik vrees echter dat de auteurs de alledaagse praktijk van de huidige Nederlandse geestelijke gezondheidszorg onvoldoende kennen en er een te rooskleurig beeld van hebben: niet alleen van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg in het algemeen, maar ook van specifieke ontwikkelingen binnen de Nederlandse cognitieve gedragstherapie. De auteurs zetten in hun mooie boek nadrukkelijk vraagtekens bij het kunstmatig afsplitsen van de klassieke kant van geïndividualiseerde probleemanalyses in aparte betekenisanalyses, zoals dat in Nederland gewoonte is geworden. Elk probleemgedrag heeft immers zowel een klassieke als operante component. Een soortgelijke kanttekening plaatsen zij bij het in zwang geraakte verabsoluteerde onderscheid tussen sequentiële en referentiële conditionering: dit onderscheid kan duidelijke therapeutische implicaties hebben, maar is in de praktijk vaak helemaal niet zo strikt te maken. Ook waarschuwen ze er in hun boek herhaaldelijk voor om de conventioneel gegroeide en daarmee tot op zekere hoogte arbitraire notaties en symbolen in een functionele analyse niet heilig te verklaren. In dit verband verzuimen zij overigens jammer genoeg om hun landgenoten Schacht en De Raedt (2009) aan te halen, die in een elegant generiek sjabloon van de functionele analyse de diverse componenten ervan zelfs gewoon in simpele taal uitschrijven, zonder dat er ook maar één symbool aan te pas komt.

Als opleider en supervisor moet ik tot mijn spijt vaststellen dat er in de Nederlandse cognitief-gedragstherapeutische wereld steeds meer een monocultuur dreigt te ontstaan, waarbij de vorm van functionele analyses meer en meer leidend wordt en door zelfverklaarde uitverkorenen (eigenlijk: 'opinieleiders') wordt voorgeschreven, zonder dat daar veel empirische rechtvaardiging voor is. De eenzijdige omarming van de Angelsaksische beweging naar *empirically supported treatment* (EST) (Hafkenscheid, 2007b) – niet te verwarren met de veel bredere *evidence-based practice* (EBP) – dreigt het Nederlandse cognitief-gedragstherapeutische landschap te verdorren, maar vindt een stevig tegengeluid in dit bijzondere boek. Het is uitgegeven in Nederland, maar geschreven in Vlaanderen. Als de auteurs in hun boek een te geïdealiseerd beeld neerzetten van hoe de cognitieve gedragstherapie heden ten dage steeds meer wordt beoefend in Nederland, dan kan dit boek ons Nederlanders in elk geval helpen als ideaalbeeld en leidraad bij het revitaliseren van de Nederlandse cognitieve gedragstherapie. Met dank aan de Vlamingen.

Anton Hafkenscheid is verbonden aan het Arkin/Sinai Centrum, Joodse Geestelijke Gezondheidszorg.

Correspondentieadres: Sinai Centrum, Polikliniek Amersfoort, Berkenweg 7, 3818 LA Amersfoort. E-mail: a.hafkenscheid@sinaicentrum.nl.

Literatuur

304

- Hafkenscheid, A. (2007a). Back to basics. Boekbespreking van Hermans, Eelen & Orlemans (2007): *Inleiding tot de gedragstherapie*. *De Psycholoog*, 42, 221-223.
- Hafkenscheid, A. (2007b). Evidence-Based Practice (EBP) of Practice-Based Evidence (PBE)? *Gedragstherapie*, 40, 125-139.
- Hafkenscheid, A. (2008). 'Orlemans' getoetst. *Gedragstherapie*, 41, 331-347.
- Hermans, D., Eelen, P., & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Orlemans, J. W. G. (1976). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Schacht, R., & De Raedt, R. (2009). Diagnostiek van het gedrag: analyse op micro- en macroniveau. In S. Colijn, H. Snijders, M. Thunnissen, S. Bögels, & W. Trijsburg (red.), *Leerboek psychotherapie* (pp. 301-314). Utrecht: De Tijdstroom.

.....

Paul Eelen: leven en werk nader belicht

DIRK HERMANS, FRANK BAEYENS, TOM BECKERS, GEERT CROMBEZ,
JAN DE HOUWER, AGNES MOORS, FILIP RAES, OMER VAN DEN BERGH &
BRAM VERVLIT

CARRIÈRE

.....

Paul Eelen werd op 23 mei 1941 geboren in Berchem (België). Nadat Paul de middelbare school, het Sint-Stanislas College in Berchem, in 1958 had afgerond, ging hij als oudste zoon van het gezin, zoals destijds gebruikelijk in veel Vlaamse families, onmiddellijk daarna naar het seminarie, in zijn geval dat van Mechelen. Later begon hij aan een studie theologie aan de KU Leuven (toen nog de Katholieke Universiteit Leuven), waarbij hij een deel van zijn studie in Straatsburg (Frankrijk) voltooide. Hoewel Paul in 1961 tot priester was gewijd, trad hij al snel uit. Naast zijn studie theologie begon hij in die tijd ook aan een studie psychologie. In 1965 studeerde hij af aan de faculteit Theologie. In 1969 studeerde hij af aan de nieuw opgerichte Leuvense faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, die in december 1967 uit het Instituut voor Toegepaste Psychologie en Pedagogiek was voortgekomen. De eerste decaan van de kersverse faculteit, Joseph Nuttin, was ook degene die Paul begeleidde bij het schrijven van zijn licentiaatsthesis. Kort na de afronding van zijn studie psychologie begon Paul Eelen aan een doctoraat, opnieuw onder de supervisie van Joseph Nuttin. Van oktober 1969 tot september 1970 werkte Paul als NFWO 'navorsingsstagiair', een functie die niet meer bestaat, waarna hij in oktober 1970 als 'aspirant FWO' (NL: promovendus) aan de slag kon tot september 1974. Hij verdedigde zijn proefschrift met succes op 17 januari 1974, waarna hij zijn carrière bij het NFWO vervolgde, eerst als 'aangesteld navorser' (tot 1978) en daarna als 'bevoegdverklaard navorser' (tot 1984).

Het promotieonderzoek met Joseph Nuttin, in die tijd een van 's werelds toonaangevende psychologen, had Pauls liefde voor de experimentele methodologie aangewakkerd. Zijn grote passie om fundamenteel psychologisch onderzoek en klinische psychologie met elkaar te verbinden en te integreren ontwikkelde zich echter vooral tijdens zijn postdoctorale tijd. In die periode verbleef Paul samen met zijn gezin twee keer voor langere tijd in de Verenigde Staten. Van 1976 tot 1977 deed hij onderzoek in Philadelphia aan de University of Pennsylvania, waar hij samenwerkte met de hoogleraren Martin Seligman en Richard Solomon. De eerste werd geroemd om zijn onderzoek naar, en inzichten over, aangeleerde hulpeloosheid en de relatie daarvan met depressie, terwijl Richard Solomon bekend was geworden door zijn werk over vermijdingsleren en over opponente processen in emotie. Tijdens zijn tweede langere verblijf in de VS werkte Paul opnieuw in Philadelphia, maar nu aan de Temple University, waar hij in 1978 zijn opleiding als therapeut voltooide onder supervisie van Joseph Wolpe, de befaamde pionier van de gedragstherapie. Deze twee onderzoeksperioden waren cruciaal en hebben Pauls streven om experimentele onderzoeksbevindingen over menselijk gedrag (vooral in relatie tot de leerpsychologie) te vertalen naar klinische fenomenen, verder aangewakkerd.

Terug in België werd Paul docent aan zijn alma mater, die hem in 1979 een deeltijdaanstelling en in 1984 een voltijdaanstelling aanbood, waarna hij al in 1987 tot buitengewoon hoogleraar en in 1990 tot gewoon hoogleraar werd benoemd. Al in 1979 werd Omer Van den Bergh Pauls eerste doctoraatsstudent. Deze samenwerking vormde het begin van Pauls eigen onderzoekscentrum, dat hij het 'Centrum voor Leerpsychologie en Gedragstherapie' doopte, waaruit duidelijk zijn interesse blijkt voor zowel fundamenteel experimenteel psychologisch onderzoek als de klinische praktijk.

Binnen het domein van de gedragstherapie, dat als ondergeschoven kindje voor het eerst als gerespecteerde benadering terrein begon te winnen, werd Paul al snel een koploper, zowel in België als in Nederland. Hij werd regelmatig uitgenodigd als hoofdspreker op klinische bijeenkomsten, werd voorzitter van de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie (VVGT), bestuurslid van het Nederlands-Vlaamse tijdschrift *Gedragstherapie*, en schreef later mee aan het toonaangevende boek *Inleiding tot de gedragstherapie* (Orlemans, Eelen, & Hermans, 1995; Hermans, Eelen, & Orlemans, 2007). Als nieuwkomer op het gebied organiseerde hij (samen met Ovide Fontaine) in 1984 in Brussel het Annual Congress of the European Association of Behaviour Therapy (Eelen & Fontaine, 1986). Anders dan destijds gebruikelijk was op dergelijke klinische conferenties, nodigde hij als hoofdsprekers ook wetenschappers uit die bekendstonden om hun fundamenteel onderzoek, zoals Peter Lang, Terrence Wilson en Gordon Bower. Later zou Paul de reeds bestaande opleiding tot cognitieve gedragstherapeut binnen het wetenschappelijke kader van de universiteit brengen, en heeft hij vele praktiserende psychologen opgeleid en gesuperviseerd. Pauls betekenis voor de klinische praktijk was niet zozeer

gebaseerd op grootschalig onderzoek, maar kwam vooral voort uit de unieke combinatie van zijn scherpzinnigheid, aanstekelijke gedrevenheid, grondige literatuurkennis, gedurfde uitspraken en een duidelijk beeld van hoe de klinische praktijk altijd geënt hoort te zijn op fundamentele inzichten. Paul droeg zijn ideeën uit in talloze bijdragen voor (Vlaams/Nederlandse) klinische tijdschriften, die hij – altijd strevend naar zijn idealen – vaak de vorm gaf van een wetenschappelijk verantwoorde ‘preek’. Eelen, Depreeuw en Van den Bergh (1989), en Eelen en Van den Bergh (1992), zijn hier sprekende voorbeelden van. Paul werd dan ook geregeld uitgenodigd om op internationale fora over deze onderwerpen te komen spreken.

Paul genoot van lezingen en onderwijs geven. Gedurende zijn gehele loopbaan had hij een volle onderwijsagenda. Zijn grote passie was de leergang geschiedenis van de psychologie. Het citaat van Pavlov dat op de deur van zijn kamer prijkte, typeerde hem: *‘If you want new ideas, read old books.’* Hoewel hij een charismatische leraar was – met zekere trekken van de prototypische verstrooide professor – was hij toch voorafgaand aan elk college nerveus. Dit gevoel verminderde nauwelijks, ondanks de vele ladingen ‘positieve bekrachtiging’ die hij ontving. Pauls collega en goede vriend Tom Borkovec schreef ooit het volgende over een van Pauls lezingen: *‘The most memorable for me was his keynote speech at the European Association of Behaviour and Cognitive Therapies in Maastricht in September 2002. The title of his talk was “A conditioning perspective on anxiety disorders”. There were insufficient seats in the large room because of the overflowing attendance, and at the end of his talk, he received a standing ovation that lasted longer than I have ever witnessed in my 34 years in my profession.’*

Eind jaren tachtig begon Pauls onderzoeksgroep op sterkte te komen en te floreren. Binnen een universiteit waar de focus steeds meer was komen te liggen op onderzoek bleek Paul een echte leider. Hij wist getalenteerde jonge onderzoekers aan te trekken, die hij werkelijke academische vrijheid bood. Voor het eerst organiseerde hij wat hij jaarlijks zou blijven doen: een retraiteweek met zijn groep om lopend onderzoek en nieuwe ideeën diepgaand te kunnen bespreken. Inspiratie puttend uit zijn inzichten en idealen, verwierf zijn groep al gauw naam en bekendheid op internationaal niveau. Terwijl de rest van Europa zich liet meevoeren op de stroming van de cognitieve psychologie, bleef Paul zijn gedragsonderzoek toch vooral richten op het menselijk leervermogen, een vasthoudendheid die visionair bleek te zijn. Rond de eeuwwisseling ontstond er internationaal hernieuwde belangstelling voor conditionering. Dankzij de expertise die Paul met zijn groep had weten op te bouwen stonden zij plots aan de top. Hij diende aanvragen in voor grootschalig onderzoek en wist deze steeds te verzilverd te krijgen. Er werden tientallen studies uitgevoerd, artikelen gepubliceerd, themanummers samengesteld en geredigeerd, en *special interest meetings* georganiseerd. Gedurende de jaren negentig was Paul actief lid van het NFWO, nu het FWO-Vlaanderen, en in 1992 was hij medeorganisator van het 25ste International

Congress of Psychology in Brussel (Bertelson, Eelen, & d'Ydewalle, 1994), een immense opgave, gezien de duizenden deelnemers uit meer dan zeventig landen. Pauls bijdragen aan het vakgebied werden veelvuldig geprezen en beloond. Zo werd hij benoemd tot erelid van de Belgische en Nederlandse beroepsverenigingen voor cognitieve gedragstherapeuten en werd hem in 1995-1996 de prestigieuze Francqui-leerstoel verleend op uitnodiging van UCLouvain. Ook de titel van een artikel van de hand van Marcel van den Hout en collega's onderstreept de grote betekenis van Pauls bijdragen aan het onderzoeksgebied: *Lang leve Leuven!* (van den Hout, de Jong & Arntz, 1998).

Op 9 juni 2006 vierde Paul Eelen zijn emeritaat in het gezelschap van familie, vrienden en collega's. Op zijn verzoek speelde Joost Zweegers (alias Novastar), een gevierd musicus en familievriend, op het feest het nummer *The best is yet to come*. En inderdaad, Paul had een erfenis nagelaten van tientallen wetenschappelijke artikelen en hoofdstukken, diepgaande inzichten en een onderzoeksteam dat zijn werk kon voortzetten, maar hij richtte vervolgens al zijn warmte en gulheid net zo onvermoeibaar op zijn familie en vrienden. Paul overleed op 21 augustus 2016.

PAULS ERFENIS

.....

De directe invloed die Paul Eelen op academisch gebied uitoefende was aanzienlijk, maar misschien was zijn invloed nog groter op het klinische vlak. Na zijn terugkeer uit Amerika in 1979 wijdde hij zich in Vlaanderen met overgave aan het aan bekendheid winnende gebied van de gedragstherapie, waarbij hij zorgde voor een stevige academische verankering en solide organisatie van de opleiding en beroepspraktijk.

Paul bleef zijn gehele wetenschappelijke loopbaan invloedrijke bijdragen aan het vakgebied leveren. Zo heeft hij als organisator en supervisor van de opleiding generaties gedragstherapeuten afgeleverd, verschillende edities van het gezaghebbende Nederlandstalige handboek *Introductie tot de gedragstherapie* samengesteld (samen met Hans Orlemans en Dirk Hermans), een langlopende reeks gedragstherapeutische hoofdstukken verzorgd en geredigeerd (samen met Hans Orlemans en Willem Haaijman) en zich in de Lage Landen opgeworpen als het academische geweten van de gedragstherapeutische wereld en streng bewaker van de zuiverheid van de discipline.

Zo ageerde Paul fel tegen wat hij een 'categorische vergissing' noemde, wanneer men de behandeling van gedrags- en cognitieve stoornissen op een lijn zette. Per slot van rekening gaat het bij gedrag om het waarneembare, terwijl het bij cognities per definitie om het niet-waarneembare gaat, zo beargumenteerde hij. Cognities kunnen weliswaar ingeroepen worden als explanans om gedrag als explanandum beter te doorgronden, maar cognitie en gedrag moeten niet opgevat worden als tegenstellingen op eenzelfde ni-

veau van analyse, en gedragstherapie en cognitieve therapie zijn dus ook niet fundamenteel verschillend. Met andere woorden, volgens Pauls zienswijze is cognitie ook een vorm van gedrag, met name van verbaal gedrag. Voor hem was verbaal gedrag eenvoudigweg een van de uitingsvormen van gedrag, en het simpele feit dat behandeling zich voornamelijk richt op de verbale uitingen van een patiënt deed voor hem niets af aan het gegeven dat het daarbij dus ook gaat om een vorm van gedragstherapie.

Pauls belangrijke bijdragen aan de ontwikkeling van de gedragstherapeutische benadering in de Lage Landen werden uiteindelijk beloond met het erelidmaatschap van zowel de VVGT als de VGCT, een uitzonderlijke prestatie, waarin alleen Hans Orlemans hem was voorgegaan.

Ook zijn academische invloed was aanzienlijk. Paul Eelen was een scherp denker, die generaties studenten en (jonge) collega-onderzoekers wezenlijk heeft gevormd. Het is uitsluitend aan hem te danken dat de leertheorie op de Vlaamse onderzoeksagenda kwam. Een aantal van zijn publicaties over dit thema, waarin hij ageert tegen het idee dat conditionering niets meer zou zijn dan *the psychology of spit and twitches* ('de psychologie van kwijl en zenuwtrekjes'), dateren van vóór gelijkaardig werk van internationaal geroemde leertheoretici (zie hieronder). Het moet gezegd dat zijn directe invloed op academisch en klinisch niveau grotendeels beperkt was tot onze Lage Landen, wat deels het gevolg was van zijn aarzelingen om in het Engels te publiceren. Zijn twijfels vloeiden niet voort uit onvoldoende beheersing van de Engelse taal, maar veeleer uit een buitengewone en onterechte bescheidenheid ten aanzien van de originaliteit en relevantie van zijn ideeën. Wij hopen dat we met een aan hem gewijde speciale uitgave van *Psychologica Belgica* (Hermans et al., 2018), waarin een aantal van zijn meest originele Nederlandstalige bijdragen in het Engels zijn vertaald, dit gemis ten dele hebben kunnen rechtzetten, zij het in retrospectieve zin.

Dit laat buiten kijf dat zijn indirecte invloed duidelijk het lokale niveau ontsteeg en dat nog steeds doet. Paul heeft met zijn werk de wetenschappelijke en klinische praktijk van de psychologie duurzaam veranderd. Dat is grotendeels te danken aan zijn uitzonderlijke vermogen om een voortdurend groeiende groep getalenteerde promovendi en postdocs aan zich te binden en te vormen, van wie velen uiteindelijk vaste onderzoeksposities kregen bij de KU Leuven of elders, en internationaal naam en faam verwierven. Dankzij deze oud-studenten reikte Pauls invloed ver en besloeg die diverse gebieden, waaronder de psychologie van het leren en het geheugen (bijvoorbeeld dankzij onderzoekers als Frank Baeyens, Jan De Houwer, Tom Beckers en Bram Vervliet), de gezondheidspychologie (Omer Van den Bergh, Geert Crombez), de sociale psychologie en sociale cognitie (Jan De Houwer, Adriaan Spruyt, Hilde Hendrickx), emotiewetenschap (Agnes Moors), experimentele psychopathologie en klinische psychologie (Dirk Hermans, Deb Vansteenwegen, Filip Raes) en andere gebieden en wetenschappers. Op al deze terreinen hebben Paul en zijn

voormalige studenten algemeen erkende wezenlijke, vernieuwende en blijvende bijdragen geleverd, wat een uitzonderlijke prestatie mag heten.

De verklaring daarvoor is wellicht te vinden in het feit dat Paul het belang onderkende van een goede sociale dynamiek voor het wetenschappelijk succes van een onderzoeksgroep; meer dan in individuele vermogens en prestaties geloofde hij in de kracht van samenwerking en van botsende ideeën en inzichten. In zijn lab draaide het om uitwisseling, en samen denken en doen, waarbij hij met zijn wekelijkse teambesprekingen en zijn jaarlijkse retraites ver voor de academische mode uitliep. Tijdens die samenkomsten ging men informeel en niet-hiërarchisch met elkaar om. In die sfeer werden elkaars onderzoeksplannen kritisch besproken. De conceptuele en methodologische onderbouwing ervan werd respectvol, maar ook niet-aflatend en nietsontziend, doorgespit. Daarbij putte Paul uit zijn enorme kennis van de empirische literatuur over associatief leren en conditioneren, maar ook van de (pre)historie van de psychologie, en zorgde zo voor de historische en filosofische ruggengraat. Hoewel Paul er zelf nooit in geslaagd is om internationaal naam te maken, onderkende hij terdege het belang voor zijn studenten van internationale bekendheid en netwerken. Hij stimuleerde hen om onderzoek te gaan doen bij toonaangevende buitenlandse onderzoeksinstituten, zowel in de VS als elders in de wereld, en te streven naar publicaties in toptijdschriften in hun vakgebied. Verder spande hij zich in om de internationale onderzoekswereld naar zijn lab te krijgen door internationale *expert meetings* te organiseren of zijn studenten dit te laten doen. Hiermee wist hij de absolute wereldtop op het thema een aantal dagen in een afgelegen huis in de Ardennen bijeen te brengen. Bescheiden als altijd, legde hij daar als kok zijn gasten in de watten. Deze bijeenkomsten boden zijn studenten niet alleen de unieke mogelijkheid met de beste wetenschappers uit de gehele wereld van gedachten te wisselen over het gekozen thema, maar vergrootte ook hun eigen zichtbaarheid naar buiten toe. Dat leidde vaak tot duurzame internationale contacten, en tot themanummers en boeken die (mede) door hen werden samengesteld. Terwijl zijn studenten zich konden verheugen in een toenemend succes, kon Paul zich verheugen in het besef dat hij met zijn generositeit als academicus en mens cruciaal had bijgedragen aan dat succes.

Dit artikel is een Nederlandstalige bewerking van Hermans et al. (2018). De vertaling is van de hand van Hanneke Meulenbroek.

Dirk Hermans, Frank Baeyens, Tom Beckers, Agnes Moors, Filip Raes, Omer Van den Bergh en Bram Vervliet zijn verbonden aan de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, KU Leuven, België.

Geert Crombez en Jan De Houwer zijn verbonden aan de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Gent, België.

Correspondentieadres: Dirk Hermans, Centrum voor Leerpsychologie en Experimentele Psychopathologie, KU Leuven, Tiensestraat 102, 3000 Leuven, België. E-mail: dirk.hermans@kuleuven.be.

Literatuur

- Bertelson, P., Eelen, P., & d'Ydewalle, G. (Eds.). (1994). *International perspectives on psychological science, II: The state of the art*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Eelen, P., Depreeuw, E., & Van den Bergh, O. (1989). De therapeut als geconditioneerde stimulus. In H. Vertommen, G. Cluckers, & G. Lietaer (Eds.), *De relatie in therapie* (pp. 147-165). Leuven: Universitaire Pers Leuven.
- Eelen, P., & Fontaine, O. (1986). *Behavior therapy: Beyond the conditioning framework*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Eelen, P., & Van den Bergh, O. (1992). De gebroken achillespees van de gedragstherapie: Enkele bedenkingen bij de functieanalyse. *Psychotherapeutisch Paspoot*, 2, 25-34.
- Hermans, D., Baeyens, F., Beckers, T., Crombez, G., De Houwer, J., Moors, A., ... Vervliet, B. (2018). Paul Eelen: Reflections on life and work. *Psychologica Belgica*, 58, 212-221.
- Hermans, D., Eelen, P., & Orlemans, J. W. G. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Orlemans, J. W. G., Eelen, P., & Hermans, D. (1995). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- van den Hout, M. A., de Jong, P., & Arntz, A. (1998). Lang leve Leuven! *Gedragstherapie*, 31, 87-100.

Nieuw bij Boom psychologie & psychiatrie

Handboek traumatische rouw



Het *Handboek traumatische rouw* bespreekt verschillende doodsoorzaken die het normale rouwproces kunnen verstoren, identificeert doelgroepen met een verhoogd risico op traumatische rouw en ook de neurobiologische aspecten komen aan bod.

Negatief zelfbeeld behandelen Tips & tools voor therapeuten



In 2010 schreef Manja de Neef het (zelfhulp)boek *Negatief zelfbeeld*, waarmee cliënten zelfstandig hun probleem kunnen aanpakken. Inmiddels zijn er bijna 30.000 exemplaren van verkocht. Om cliënten beter te kunnen begeleiden schreef De Neef nu speciaal voor therapeuten *Negatief zelfbeeld behandelen*.

Benieuwd naar alle nieuwe titels? Meer informatie op:
www.boompsychologie.nl/actie

Boompsychologie
& psychiatrie

Nieuw bij Boom psychologie & psychiatrie

Verslagen door het tuchtrecht 9 persoonlijke verhalen



In zijn nieuwe boek, *Verslagen door het tuchtrecht*, houdt Appelo het tuchtrecht kritisch tegen het licht en geeft hij advies aan iedereen die dit kan overkomen, aan de hand van 9 persoonlijke verhalen van zorgverleners.

Beter worden in je vak Systematische zelfreflectie voor professionals in de ggz



Beter worden in je vak bevat instrumenten gebaseerd op de drie pijlers die de basis zijn van elke behandeling: (1) emotionele band en relatiedefinitie, (2) behandeldoelen en (3) behandeltaken. Het boek legt daarmee de focus op een weloverwogen en bewuste uitoefening van het vak.

Benieuwd naar alle nieuwe titels? 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 reproducteren 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 4, december 2018

Pagina 245 – 316

245 *Redactioneel*

246 **Jaap Spaans & Kees Jan van der Boom**

Stand van zaken bij somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten – Verbeteren van de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie

267 **Arnold van Emmerik, Floor Nederveen, Arjen Noordhof & Jan-Henk Kamphuis**

Zelfactualisatie anno 2019 – Psychometrische kenmerken van de Nederlandse Short Index of Self-Actualization (SISA-NL)

FORUM

282 **Marcel van den Hout**

Evidence-based practice – Kanttekeningen bij de discussie tussen Arnold van Emmerik en Dirk Hermans over grondslagen en toekomst van de CGT

291 **Yvette van der Pas**

Grondslag of visie?

BOEKBESPREKING

297 **Anton Hafkenscheid**

Een halve eeuw kennismaken met gedragstherapie

IN MEMORIAM

305 **Dirk Hermans, Frank Baeyens, Tom Beckers, Geert Crombez, Jan De Houwer, Agnes Moors, Filip Raes, Omer Van den Bergh & Bram Vervliet**

Paul Eelen: leven en werk nader belicht