

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 52 NUMMER 3 SEPTEMBER 2019

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, casestudies en boekbesprekingen op het gebied van cognitieve gedragstherapie.

Redactie

Sarah Bal
Paul Boelen (*hoofdedacteur*)
Elise Debeer
Robert Didden
Sandra Mulkens
Marleen Rijkeboer
Elske Salemink
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)

© 2019

Boom uitgevers Amsterdam /
Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie

Abonnementenadministratie

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam
(020) 520 0120
abonnementen@bua.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. Voor de actuele prijzen en mogelijke abonnementsvormen, zie: www.tijdschriftgedragstherapie.nl.

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.



.....

Fijn dat u er weer bent. Op het moment dat ik dit schrijf ben ik net terug uit Berlijn. Daar was het negende wereldcongres van de cognitieve en gedragstherapieën (meervoud dus). Het was een mooi congres, maar door zijn omvang ook een tikje intimiderend. Met 39 keynotes, 184 symposia, 38 workshops, 33 *skills classes* en meer dan 900 (!) posters was er veel te beleven, te horen en te lezen. Je kunt niet beweren dat de CGT's (meervoud dus), niet bewegen. De bewegingen zijn eerder nauwelijks bij te houden. Dan is het maar goed dat er tijdschriften zijn die u af en toe een behapbaar brokje kennis aanreiken uit het eigen taalgebied.

Ik introduceer graag de vier stukken van dit nummer. Maartje Thijssen en Jenny Broersen openen met een mooie gevalsbeschrijving over de behandeling van een jonge vrouw met diabetes en eetproblemen, wat leidde tot ernstige gezondheidsproblemen; klassieke CGT-interventies hadden onvoldoende resultaten, maar methoden uit de schematherapie bleken een waardevolle aanvulling te bieden. Katharina Meyerbröker, Paul Emmelkamp en Maarten Merkx bestudeerden de literatuur over EMDR; zij komen tot de conclusie dat EMDR weliswaar uitstekende effecten heeft in de behandeling van posttraumatische stress en aanverwante klachten, maar dat bescheidenheid gepast is waar het de effecten van EMDR voor andere klachten betreft. Volgens hen is EMDR voornamelijk voor minder klachtgebieden geïndiceerd dan hier en daar wordt bepleit. Een prikkelende stelling. Het derde artikel is een bewerking van de oratie die Sandra Mulkens uitsprak bij het aanvaarden van een bijzondere leerstoel op het gebied van voedings- en eetstoornissen. Zij behandelt de diagnostiek en behandeling van ARFID, een nu nog relatief onbekende nieuwe diagnostische categorie die in 2013 in de DSM-5 kwam. Het vierde stuk is van Jan van Montfoort. In dat stuk wordt vanuit een frisse filosofische invalshoek gereflecteerd over de grondslag van de VGCT waarover we in de laatste nummers vaker stukken publiceerden. In het decembernummer wordt die discussie voorlopig ook weer afgesloten door Arnold van Emmerik.

Zelf was ik in Berlijn erg onder de indruk voor de bergen werk die CGT'ers overal verzetten. Het meest getroffen was ik door allerlei projecten waarin CGT op indrukwekkende wijze wordt opgeschaald en voor hele grote groepen beschikbaar gemaakt, zoals voor vluchtelingen in opvangkampen. Wauw. De redactie leest graag waar u van onder de indruk was of kritisch op bent. Ik wens u veel leesplezier.

Paul Boelen
Hoofdredacteur

.....

De gevaarlijke combinatie van diabetes mellitus en een eetstoornis

Een behandeling met kortdurende
schematherapie binnen een
ziekenhuissetting

MAARTJE THIJSEN & JENNY BROERSEN

Samenvatting

.....

Schematherapie wint nog steeds aan populariteit. Voor de behandeling van complexe eetpathologie zijn de eerste onderzoeksresultaten voorzichtig positief. Binnen de psychosomatische setting is deze behandelvorm nog ongebruikelijk, terwijl confrontatie met lichamelijke klachten disfunctionele schema's kan activeren, zelfs bij mensen zonder hulpverleningsgeschiedenis.

In deze studie beschrijven we een casus van een 22-jarige vrouw die sinds haar kindertijd bekend is met diabetes mellitus type I (DM I) en eetpathologie, bij wie reguliere CGT- en CGT-E-behandelingen onvoldoende effect lieten zien. Na aanvulling met technieken uit de kortdurende schematherapie volgens een afgebakend protocol werden langdurige positieve resultaten bereikt. Gunstige veranderingen ten aanzien van onderliggende persoonlijkheidskenmerken waren zichtbaar, die leidden tot verbeteringen in de diabeteszorg. Ook tijdens follow-up waren disfunctionele schema's en modi minder prominent aanwezig. Bovenal waren de aanvankelijk torenhoge HbA1C-waarden blijvend gedaald richting een gezonde waarde. Meer onderzoek is nodig naar de werkbaarheid van schematherapie en hieruit afgeleide

behandelvormen wanneer lichamelijke ziekte en psychologische klachten elkaar in stand houden.

Trefwoorden: kortdurende schematherapie, diabetes mellitus type I, boulimia nervosa, eetstoornissen, psychosomatische setting

INLEIDING

.....

Schematherapie (ST) biedt een geïntegreerd behandelmodel dat technieken uit de cognitieve gedragstherapie (CGT) combineert met elementen uit de psychodynamische psychotherapie, gestalttherapie en hechtingstheorie. Het doel van ST is om oude disfunctionele schema's te herkennen om vervolgens inadequate gedragspatronen voortvloeiend uit deze schema's te leren doorbreken. Voor meer achtergrondinformatie over ST wordt verwezen naar de handboeken van Young, Klosko en Weishaar (2005), van Vreeswijk, Broersen en Nadort (2008), en Arntz en Jacob (2012). De laatste twintig jaar wint ST sterk aan populariteit en wordt deze therapievorm toegepast binnen steeds meer probleemgebieden met een chronisch verloop waarbij persoonlijkheid een rol speelt (Arntz, 2016).

ST werd in de vorige eeuw vanuit de CGT door Jeffrey Young ontwikkeld (Young et al., 2005). Het verschil met het model van Beck is dat bij ST de schemarepresentaties en hiermee geassocieerde kernovertuigingen direct worden behandeld in een samenhangend geheel met emoties, gedrag, coping en interpersoonlijke problemen. Zowel het affect als de invloed van ervaringen uit de jeugd op huidige patronen in het dagelijks leven staan meer centraal. De houding van de therapeut is minder directief dan bij reguliere CGT en gericht op *limited reparenting*: warm en zorgzaam, en waar nodig confronterend en grenzen stellend. Er wordt daarnaast expliciet gewerkt met de therapeutische relatie als belangrijk veranderingsmodel, waarin de therapeut erop toeziet dat cliënten binnen de veiligheid van de opgebouwde vertrouwensband de gelegenheid krijgen om nieuwe schemacorrigerende ervaringen op te doen. Voor een verdere beschrijving van de verschillen tussen het model van Beck en de ST van Young wordt verwezen naar het overzichtsartikel van Arntz (2016).

Oorspronkelijk werd ST ontwikkeld voor ernstige persoonlijkheidsstoornissen, waarbij de behandeling doorgaans van lange duur was (2 à 3 jaar). Tegenwoordig bestaan er ook kortdurende schematherapiemodellen die gebruikt kunnen worden wanneer schema's en modi tot milde/matige beperkingen in het functioneren leiden. Door de korte duur dient de therapeut keuzen te maken voor een bepaalde set van interventies en kunnen niet alle schematechnieken aan bod komen. Voor de behandeling van deze casus is gekozen voor het kortdurende SCGT-protocol (kortdurende schemathera-

pie: CGT-technieken) dat in 2006 werd ontwikkeld door van Vreeswijk en Broersen en waarvan in 2017 een tweede, herziene druk is verschenen. In deze herdruk zijn geen grote wijzigingen opgenomen. Dit protocol is in drie naturalistische studies onderzocht en laat positieve uitkomsten zien (Renner et al., 2013; van Vreeswijk, Spinhoven, Eurelings-Bontekoe, & Broersen, 2012; Videler, Rossi, Schoevenaars, Feltz, & Alphen, 2014). Bewustwording van schema's en modi staat in het SCGT-protocol centraal, alsook cognitieve en gedragsmatige technieken, zoals het taartdiagram, meerdimensioneel evalueren en de voor-en-nadelenanalyse. Verder is er veel ruimte voor rollenspellen gericht op het heden, waarbij de rol van schema's en modi in het contact met naastbetrokkenen centraal staat. Tevens zijn de therapeutische relatie en het gevoelsleven een terugkerend thema in elke sessie. Experimentiële technieken, zoals imaginatie met rescripting, meerstoelentechniek en historisch rollenspel, die vaak als de werkzame factoren binnen ST worden verondersteld, zijn weggelaten. Broersen en van Vreeswijk (2017b) hebben deze in een apart protocol opgenomen. Voorlopig onderzoek lijkt erop te wijzen dat er geen verschil in effect is tussen de experiëntiële en CGT-schematherapie-interventies (Videler et al., 2018; Weertman & Arntz, 2007), hoewel de voorgenoemde studies wel beperkingen hebben. De resultaten van gecontroleerd onderzoek hiernaar worden afgewacht.

SCHEMATHERAPIE EN PSYCHOSOMATIEK

.....

Gezondheidsverlies en ingrijpende medische ingrepen kunnen leiden tot verhoogde stress en comorbide psychologische problemen, zoals de ontwikkeling van angst- en stemmingsstoornissen. Het leren omgaan met lichamelijke ziekte vergt aanpassingsvermogen en doet daarbij een groot beroep op iemands coping en persoonlijkheidskenmerken. Onderzoek toont aan dat vroege negatieve levenservaringen verband houden met disfunctioneel gezondheidsgedrag op latere leeftijd, ongeacht de invloed van sekse, etniciteit, inkomen en opleidingsniveau. Dit betreft zowel het onderhouden van een ongezonde leefstijl als een slechte naleving van medische behandelingen (zie onder anderen: Lodhia et al., 2015; van Ockenburg et al., 2015). Gezondheidsproblemen die al op jonge leeftijd ontstaan, kunnen de ontwikkeling van kinderen verstoren en op deze manier activering van disfunctionele schema's in de hand werken (Williams, Sharpe, & Mullan, 2013).

Parsonnet (2015) benadrukt dat ST niet alleen geïndiceerd is bij mensen met persoonlijkheidspathologie, maar juist ook van meerwaarde kan zijn bij mensen bij wie zogenoemde 'slapende' schema's zijn geactiveerd, als gevolg van de stressvolle omstandigheden die het hebben van een ziekte met zich meebrengt. Vaak doen zich als gevolg van de ziekte situaties voor die doen denken aan vroegere ervaringen waarin niet werd voldaan aan de basisbehoeften van het kind. Daarnaast is ziektecoping vaak geassocieerd met

copingstijlen en kindmodi, die destijds functioneel waren maar adequate ziektecoping op latere leeftijd belemmeren (Lacy, 2015).

Ondanks de invloed van deze vroeg ontstane psychologische mechanismen op ziektecoping en gezondheidsgedrag, is de inzet van ST in het werkveld van de psychosomatiek nog ongebruikelijk. Een uitgebreide zoektocht naar publicaties over de bruikbaarheid van schematherapie in de medische setting in Cochrane, PubMed en PsycInfo levert geen resultaten op. Een informatiebulletin uitgegeven door de International Society of Schema Therapy (Gonzalez, 2015) bevestigt dat er nog weinig onderzoek is gedaan naar ST in dit werkveld. In deze editie, die overigens volledig gewijd is aan dit onderwerp, delen klinici hun positieve ervaringen met ST bij patiënten met verschillende somatische aandoeningen.

Hoewel er nog geen wetenschappelijke evidentie is, doen bovengenoemde verklaringsmodellen en klinische ervaring vermoeden dat een kortdurende schematherapie van meerwaarde kan zijn voor deze psychosomatische doelgroep, wanneer reguliere CGT onvoldoende effect laat zien. Bij traditionele medisch-gedragsmatige interventies ontbreekt de integratie van cognitieve, affectieve en lichamelijke aspecten met vroeg ontstane psychologische mechanismen die huidig ziektegedrag beïnvloeden. ST lijkt dan ook beter aan te sluiten bij de visie van patiënten en bovendien minder stigmatiserend te werken dan verklaringsmodellen die enkel op ziekte zijn gebaseerd (Gonzalez, 2015).

201

DIABETES MELLITUS EN EETSTOORNISSEN

.....

Diabetes mellitus type I (DM I) ontstaat vaak al op jonge leeftijd en is een chronische aandoening waarbij het lichaam onvoldoende insuline aanmaakt, wat leidt tot een verstoorde glucosestofwisseling in het bloed. Het belangrijkste doel van de medische behandeling is het normaliseren van de bloedsuikerspiegel (tussen de 4 en 10 mmol/l). Dit vergt een strikt diabetesregime met vaak meerdere keren per dag externe toediening van insuline, frequente bloedsuikercontroles en aanpassing van de voedselinname en het bewegingspatroon. Regelmatig wordt in het bloed van patiënten de zogenoemde HbA_{1c}-waarde gemeten, die het gemiddelde aangeeft van de bloedsuikerwaarde over een periode van een paar weken. Het streven is om een HbA_{1c}-waarde te bereiken lager dan 53 (Snoek & Heine, 2004). Patiënten die sinds de kindertijd bekend zijn met DM I hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van eetproblemen, doordat zij zich al op jonge leeftijd moeten houden aan een strikt diabetesregime, inclusief de angst voor acute en latere complicaties als gevolg van de ziekte (Colton, Olmsted, Dane-man, & Rodin, 2013). Uit een meta-analyse met acht studies uit de periode van 1999 tot 2011, bleek de prevalentie van alle eetstoornissen volgens de DSM-IV hoger te liggen bij jongeren met DM I in vergelijking tot gezonde

leeftijdsgenoten, namelijk 7% versus 2,8% (Young et al., 2013). Bijkomend probleem is dat de voorgeschreven dosering insuline kan worden ingezet als compensatiemiddel om gewichtstoename na een eetbui te voorkomen (Pinhas & Levy, 2012). Onderzoek onder adolescenten met DM I zonder gediagnosticeerde eetstoornis laat zien dat 38% regelmatig gebruikmaakt van ongezonde vormen van gewichtscontrole, in het bijzonder onderdosering van insuline (Neumark-Sztainer et al., 2002). Comorbide eetproblemen met grotere verstoringen van de bloedsuikerspiegel hebben logischerwijs een negatieve invloed op het ziektebeloop van DM I, met een verhoogd risico op latere complicaties (Pinhas & Levy, 2012).

BEHANDELING VAN EETSTOORNISSEN

.....

CGT wordt vooralsnog als voorkeursbehandeling gezien voor onder andere boulimia en de eetbui stoornis bij volwassenen (Linardon, Fairburn, Fitzsimmons-Craft, Wilfey, & Brennan, 2017; Mulkens & Jansen, 2018), hoewel een aanzienlijk deel van de patiënten na deze behandeling klachten blijft houden. Reguliere CGT schiet vaak tekort doordat denkpatronen bij eetstoornissen verder reiken dan alleen disfunctionele opvattingen over lichaamsomvang en gewicht (Pugh, 2015). Ook na behandeling met het transdiagnostische behandelmodel van Fairburn (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003) genaamd CGT-Enhanced (CGT-E), met aanvullende modules over perfectionisme, een lage zelfwaardering, stemmingsintolerantie en interpersoonlijk disfunctioneren, voldoet ongeveer de helft van de patiënten na 60 weken follow-up nog aan de classificatie van de eetstoornis (Fairburn et al., 2009). In deze CGT- en CGT-E-behandelingen wordt beperkt aandacht besteed aan vroeg ontstane schemarepresentaties, terwijl uit onderzoek blijkt dat er sprake is van een hoge mate van maladaptieve schema's, modi en copingmechanismen die aan de eetpathologie ten grondslag liggen (Leung, Waller, & Thomas, 2000; Talbot, Smith, Tomkins, Bockman, & Simpson, 2015; Voderholzer et al., 2014; Waller, Ohanian, Meyer, & Osman, 2000).

Gestoord eetgedrag wordt bijvoorbeeld vaak in de hand gewerkt door sterk ontwikkelde copingmodi die tot doel hebben om ongemak dat voortkomt uit de kind- en oudermodi te verminderen. Simpson (2012) laat zien dat zowel restrictief eten als eetbuien kunnen plaatsvinden in de context van de modi Straffende en Veeleisende Ouder (zelfbestrafing), Onthechte Zelfsusser (vermijden van of vluchten voor emotionele pijn en leegte) en Behoeftige Kind (verzet tegen het gevoel gecontroleerd of buitengesloten te worden). Wanneer onderliggende schemaprocessen niet in de behandeling worden meegenomen, is terugval in eetpathologie denkbaar. De bruikbaarheid van ST bij eetstoornissen is echter nog beperkt onderzocht. Studies die zijn uitgevoerd zijn gebaseerd op kleine aantallen en follow-upgegevens over de langere termijn ontbreken vaak nog. McIntosh en collega's (2016) vergelijken

in een RCT de behandeling van eetstoornissen (uitgezonderd AN) met ST, CGT-E en *appetite-focused* CGT. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de drie groepen. Opgemerkt moet worden dat ook in deze studie sprake was van een beperkte steekproefgrootte. In een ongecontroleerde pilotstudie met acht deelnemers, waarin het SCGT-protocol van Broersen en van Vreeswijk (2017a) in groepsverband wordt gebruikt, laat de helft van de patiënten klinisch significante verandering zien in hun eetpathologie en wordt tijdens follow-up meer dan 60% verbetering gezien in schema-ernst (Simpson, Morrow, van Vreeswijk, & Reid, 2010).

De hoge mate van terugval na CGT en CGT-E vraagt om de ontwikkeling van nieuwe behandelvormen bij deze doelgroep. In de recent verschenen *Zorgstandaard eetstoornissen* (Kennisnetwerk, 2017) en het *Handboek eetstoornissen* (Noordenbos & van Elburg, 2018) worden nieuwe behandelvormen als *Maudsley Anorexia Treatment for Adults* (MANTRA) en *Specialist Supportive Clinical Management* (SSCM) beschreven als mogelijke veelbelovende alternatieven (Jansingh & Kienhuis, 2018). ST wordt hierin niet genoemd en meer onderzoek is nodig naar de effectiviteit van ST bij eetstoornispatiënten.

ONDERBOUWING VAN ST

.....

In dit artikel bespreken we de psychologische behandeling bij 'Claudia', een 22-jarige vrouw met vroeg ontstane DM I en eetproblemen, bij wie reguliere CGT en CGT-E herhaaldelijk onvoldoende effect lieten zien. Op 15-jarige leeftijd heeft Claudia voor het eerst ambulante CGT gehad, en op 16- en 17-jarige leeftijd tweemaal een klinische opname in twee verschillende gespecialiseerde eetstoornisklinieken op basis van CGT-E. Bij deze behandelingen werd de diagnose boulimia nervosa gesteld. Steeds hadden deze behandelingen slechts kortdurend effect en viel Claudia na afronding binnen enkele maanden terug in oude eetproblemen. Zij geeft aan dat de behandelingen te eenzijdig gericht waren op het eten en dat zij aandacht miste voor de overige probleemgebieden die haar aandacht vroegen. Daarnaast werden de behandelingen destijds geïnitieerd door haar omgeving. Bij de huidige aanmelding voelt zij voor het eerst de intrinsieke motivatie om haar eetproblemen aan te pakken, met als primaire focus verbetering van haar gezondheid.

Claudia werd verwezen door haar internist vanwege eetbuien, compensatiegedrag middels het verminderd of uitgesteld toedienen van insuline en verontrustend stijgende HbA1C-waarden.

Aankomend werd op de afdeling Medische Psychologie een individuele behandeling met CGT-E gestart, teneinde controle te herwinnen op het eten en de diabeteszorg te optimaliseren, met als einddoel een verbetering van de HbA1C-waarden. Aangezien Claudia bekend was met deze behandeling,

werden sommige delen ingekort en interventies toegevoegd, gericht op het vergroten van zelfmanagement ten aanzien van de diabetes.

De op maat gemaakte behandeling wierp aanvankelijk vruchten af: Claudia normaliseerde haar eetpatroon, ze controleerde vaker haar bloedsuikervalue, ze spoot regelmatig insuline en pakte sportactiviteiten op. Vanwege de geboekte vooruitgang werd na twaalf gesprekken de frequentie geleidelijk afgebouwd. Een maand later was er echter sprake van plotselinge drop-out. Claudia bleek tijdens tentamendrukke opnieuw in eetbuien te zijn vervallen, met als gevolg een IC-opname vanwege keto-acidose (verzuring van het bloed).

Vanwege het uitblijvende resultaat van CGT-E en de noodzaak tot verdere behandeling vanwege het gezondheidsgevaar, werd ervoor gekozen om van de richtlijn af te wijken en over te gaan op SCGT. Verondersteld wordt dat onderliggende schema's en modi de terugkerende problemen rond de diabeteszorg en het eten in stand houden. Met technieken uit de ST wordt de bewustwording vergroot van deze onderliggende schema's en modi en hun ontstaansgeschiedenis, met als doel om in het heden met minder disfunctioneel gedrag vanuit schema's en modi te handelen. Het belangrijkste verschil met de eerdere CGT- en CGT-E behandelingen is dat de focus breder wordt gelegd dan enkel klachtgerichte eetproblemen. Naast aanpak van de eetbuien worden op geïntegreerde wijze nieuwe manieren aangereikt om het algehele stressniveau, copingvaardigheden en interpersoonlijk functioneren te verbeteren. Hierbij wordt meer expliciet dan bij reguliere CGT gewerkt met de therapeutische relatie.

PROBLEEMINVENTARISATIE EN VERKLARENDE DIAGNOSTIEK

.....

Claudia is sinds haar vierde levensjaar bekend met DM I. Zij heeft een havo-opleiding afgerond en werkt ten tijde van het intakegesprek enkele uren per week als vrijwilliger. Vanwege de gezondheidsklachten heeft zij verschillende vervolgoopleidingen en banen moeten afbreken. Haar ouders zijn gescheiden toen zij 7 jaar was. Momenteel woont ze samen met haar moeder en jongere broer, terwijl een oudere zus uitwonend is. Met vader is er weinig contact. Claudia heeft 4 jaar een relatie en er zijn enkele goede vriendinnen.

Van haar vader ontving Claudia weinig begrip voor haar ziekte. Zij had de indruk hem hiermee tot last te zijn en probeerde hem zo veel mogelijk te ontzien door zich aan te passen en zich terug te trekken. Moeder nam de diabeteszorg aanvankelijk op zich, tot zij zelf steeds meer in haar eigen problemen verstrikt raakte. Op haar twaalfde jaar werd de diabeteszorg abrupt aan Claudia zelf overgelaten, waardoor zij zich in de steek gelaten voelde en zich lange tijd tegen de medische adviezen heeft afgezet. Claudia denkt dat hierin, in combinatie met het van jongs af aan bewust met eten moeten omgaan, de oorsprong ligt van het ontstaan van de eetproblemen. Pas later merkte zij dat

de eetbuien ook korte tijd helpen om spanning te ontladen, terwijl gewichtsverlies een manier voor haar werd om zich competent en minder onzeker te voelen. Het hebben van diabetes gaf Claudia zowel thuis als op school het gevoel dat ze anders was: haar zus en broer reageerden negatief wanneer zij mee moesten in haar eetstructuur, klasgenoten hadden commentaar op het spuiten, zij kon niet altijd mee met sociale activiteiten en er was sprake van veel schoolverzuim (met twee doublures tot gevolg).

Haar vroege jeugdomstandigheden hebben Claudia vermoedelijk kwetsbaar gemaakt voor stress en hebben invloed op haar manier van coping en haar zelfbeeld. Claudia is sterk gericht op het welzijn van anderen. Zij voelt zich doorgaans niet geaccepteerd, ondanks haar behoefte aan erkenning, waardoor zij eigen behoeften ondergeschikt maakt aan die van anderen. Hierdoor heeft ook haar diabeteszorg steeds geen prioriteit, wat herhaaldelijk leidt tot overbelasting en risicovolle gezondheidssituaties. Aangezien somberheidsklachten worden beschouwd als secundair aan voornoemde probleemgebieden en niet voldoen aan een depressieve stoornis volgens de criteria van de DSM, zijn deze niet expliciet opgenomen in de behandeling. De invloed van stress is toegevoegd, omdat uit de literatuur blijkt dat stress direct door hormonale verandering of indirect via leefstijlveranderingen de bloedsuikerspiegel kan ontregelen (Snoek & Hogenelst, 2012).

Voor aanvang van de behandeling met SCGT werden vragenlijsten afgenomen om het klachtenbeeld te verhelderen. Voor een volledig overzicht van de ruwe scores en beoordelingen wordt verwezen naar tabel 1. Een algemene klachtenlijst (de *Symptom Checklist*, SCL-90; Arrindell & Ettema, 1986) laat op vrijwel alle subschalen een hoge tot zeer hoge mate van klachten zien. Een vragenlijst naar de algemene omgang met problemen (Utrechtse Coping Lijst, UCL; Schreurs, van de Willige, Brosschot, Tellegen, & Graus, 1993) schetst een difuus patroon, met een zeer hoge mate van passieve copingstrategieën, evenals een hoge mate van steun zoeken bij anderen en afleiding zoekend gedrag. Op een klachtspecifieke stemmingslijst (*Beck Depression Inventory*, BDI-II; van der Does, 1996) wordt een ernstige mate van depressieve symptomen gerapporteerd. Diagnostiek naar de aanwezigheid van persoonlijkheidsproblematiek werd, zoals gebruikelijk in een medische setting, slechts screenend uitgevoerd middels de SCID-II screeningslijst (Weertman, Arntz, & Kerkhofs, 1997). Het SCID-5-P interview en de SCID-5-P vragenlijst waren ten tijde van deze behandeling nog niet beschikbaar (Arntz, Kamphuis, & Derks, 2017). Er zijn geen aanwijzingen voor verder onderzoek naar een persoonlijkheidsstoornis. Wel zijn er verhoogde scores aanwezig op een aantal kenmerken van de borderline-persoonlijkheidsstoornis: een wisselend zelfbeeld, stemmingschommelingen, problemen in afstemming tussen autonomie en nabijheid, en een innerlijk gevoel van leegte. Om te achterhalen of klinisch relevante schema's een rol spelen werd de Nederlandse vertaling (Sterk & Rijkeboer, 1997) van de oorspronkelijke *Young Schema Questionnaire* (Young & Brown,

1994) afgenomen. Voor Claudia waren de drie meest prominente schema's achtereenvolgens Zelfopoffering (ZO), Verlating/Instabiliteit (VE) en Sociaal Isolement/Vervreemding (SI). Ten slotte werd afgenomen de *Schema Mode Inventory* (SMI-1; Lobbestael, van Vreeswijk, Spinhoven, Schouten, & Arntz, 2010; Young et al., 2007) om de meest voorkomende schemamodi te identificeren. De modi van de Gezonde Volwassene (GV) en de Veeleisende Ouder (VO) ontlopen elkaar nauwelijks en komen beide in hoge mate voor (76%, respectievelijk 74%). Claudia heeft naast de capaciteit om verantwoordelijk en goed voor zichzelf te zorgen vaak de neiging om hoge eisen aan zichzelf te stellen. Als derde veelvoorkomende modus komt de Onthechte Zelfsusser (OZ) naar voren: Claudia zoekt afleiding om negatieve emoties te vermijden. Helaas was er geen specifiek meetinstrument beschikbaar in het ziekenhuis om de eetproblematiek in kaart te brengen.

Naast de psychologische vragenlijsten werd als belangrijke somatische uitkomstmaat de HbA1C-waarde gedurende de behandeling eens per 2 maanden gemeten. Deze geeft de gemiddelde bloedsuikerspiegel aan over langere tijd en representeert daarmee het resultaat van de diabeteszorg, waarin eetgedrag en insulinegebruik zijn verwerkt.

Ten slotte gaf Claudia bij aanvang van elke behandelsessie het verandingspercentage weer per schema ten opzichte van de start van de behandeling. Voor de drie prominentste schema's werden functie- en betekenisanalyses opgesteld. Daarin zijn de ontregelde bloedsuikerspiegel door eetbuien en beperkte diabeteszorg verwerkt, evenals hoe schema's door kunnen werken in de therapeutische relatie. Omwille van de overzichtelijkheid van dit artikel worden alleen de uitgewerkte analyses van het prominentste schema ZO weergegeven (zie figuren 1-4). De FA en BA weergegeven in figuur 1 en figuur 2 horen bij elkaar, evenals de FA en BA in figuur 3 en 4.

SCGT-BEHANDELING

.....

Het SCGT-protocol (Broersen & van Vreeswijk, 2017a) dat in deze behandeling als leidraad is genomen, heeft een heldere opbouw en een afgebakend aantal sessies (18 sessies + 2 sessies follow-up), en past binnen de doorgaans korter durende behandelingen op een afdeling Medische Psychologie. In het protocol ligt de nadruk op cognitief-gedragsmatige interventies. Experimentiële technieken kunnen worden toegevoegd wanneer de behandeling erom vraagt. Regelmatig worden medische aspecten van de behandeling als aanvullend onderwerp besproken. De sessies vinden individueel plaats, met een uitgangsfrequentie van eens per 2 weken. In het vervolg van deze paragraaf geven we het verloop van de SCGT-behandeling van Claudia weer.

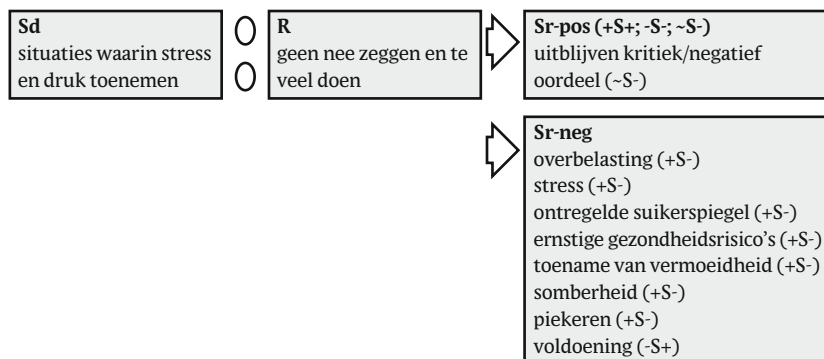
Startfase: exploratie van schema's en modi (sessies 1-4)

207

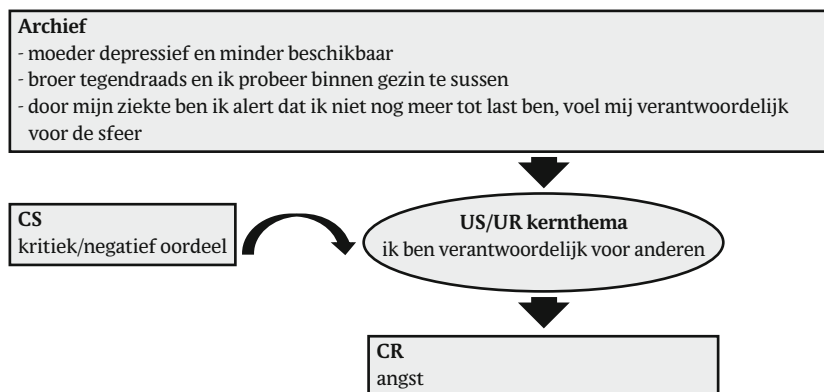
De eerste vier behandelssessies van Claudia stonden in het teken van uitleg over schema's en modi, en hoe die verband houden met situaties die leiden tot een ontregelde bloedsuikerspiegel, waarbij de aandacht tevens gericht was op het affect. De flip-over ernstinschatting werd geïntroduceerd, waarop per schema een lastmeter (de ernst van de last, uitgedrukt op een schaal van 0 tot 10) en het veranderingspercentage (gedragsverandering in het schema in vergelijking met de start van de therapie, uitgedrukt in 0% tot 100%) door Claudia werden ingevuld. Er werd buiten de sessies geregistreerd met schemadagboeken, waaraan de invloed van modi later werd toegevoegd. Opvallend was de snelheid waarmee Claudia zelfstandig verbanden leerde leggen tussen de ontregelde bloedsuikerspiegel met de schema's en modi. Zij leerde onderscheid te maken tussen verschillende gemoedstoestanden in zichzelf en hier woorden aan te geven met behulp van schematerminologie. Het bijhouden van een positief logboek werd eerder dan het protocol voorschrijft al in deze fase ingevoerd om Claudia's zelfbeeld in een vroeger stadium te verstevigen. Ook werd geëxploreerd op welke wijze schema's en modi een rol speelden in de therapeutische relatie en werd een parallel gemaakt met relaties buiten de therapie.

Werkfase deel I: cognitieve technieken (sessies 5-10)

Vanaf de vijfde sessie werd gewerkt met cognitieve technieken, als eerste stap om schema's en modi te veranderen (zie BA in figuur 2). Vanwege terugval in risicovol gezondheidsgedrag – dat opspeelde onder toenemende stress (purgeren, gebrekkig insulinegebruik en het vermijden van medische controles) – werd tweemaal van het SCGT-protocol afgeweken en werden experiëntiële technieken toegevoegd. Met behulp van onder meer de meerstoelentechniek maakte Claudia op gevoelsniveau contact met verschillende kanten in zichzelf die leiden tot risicovol gezondheidsgedrag. De dialoog die ontstond tussen de verschillende modi over het probleemgedrag verhelderde het onderscheid tussen de Veeleisende Ouder (die het insulinegebruik verwaarloost uit angst voor gewichtstoename), de Onthechte Zelfsusser (die verlangt naar snoepbuien om spanningen tijdelijk te verminderen; zie figuur 3 en 4) en de Gezonde Volwassene (die meer functionele manieren bedenkt om met de toegenomen spanningen om te gaan). Claudia leerde binnen de veiligheid van de therapeutische relatie om op een niet-oordelende manier haar gevoelens te exploreren. Er werd geregeld een link gelegd met vroegere gebeurtenissen en via *limited reparenting* werd tegengif gegeven aan de modus van de Veeleisende en Straffende Ouder. Imaginatie met rescripting werd eveneens ingezet, maar Claudia wilde niet verder met deze techniek.



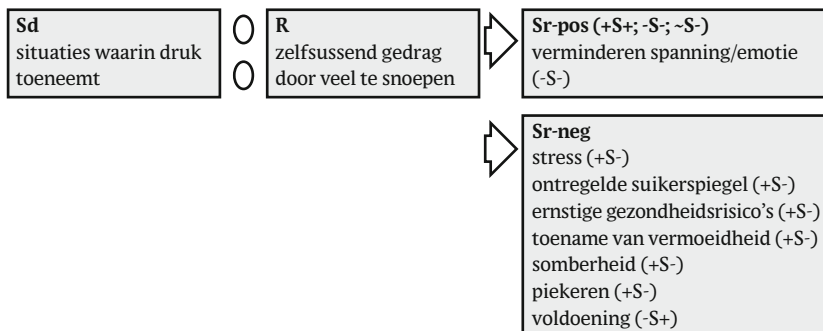
FIGUUR 1 FA geen nee zeggen en ontregelde bloedsuikers (schema Zelfopoffering)



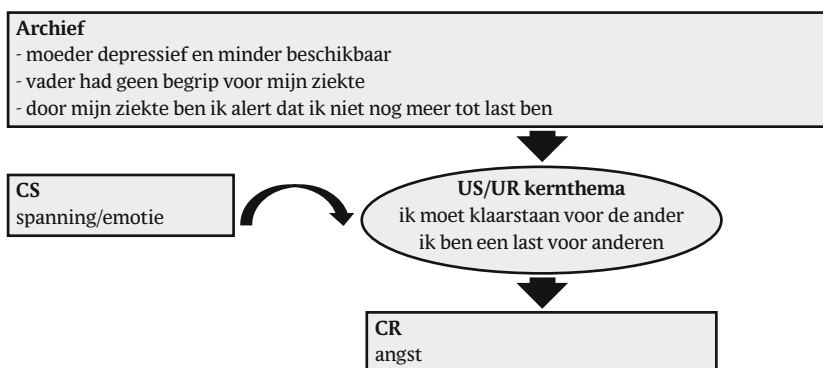
FIGUUR 2 BA geen nee zeggen/negatief oordeel en ontregelde bloedsuikers (schema Zelfopoffering)

Tussenevaluatie (sessie 11)

Tijdens de tussenevaluatie werd de uitkomst van de herhaalde metingen en de voortgang van de behandeling besproken. Positieve veranderingen waren zichtbaar. De HbA1C-waarden waren geleidelijk aan het dalen. Claudia bracht beter differentiatie aan in gedrag en denken, ze ervoer meer zelfvertrouwen en rust, en ze voelde zich minder somber. Zowel Claudia als therapeut waren het erover eens dat de behandeling gecontinueerd moest worden.



FIGUUR 3 FA Zelfsussend gedrag (modus Onthechte Zelfsusser)/ontregelde bloedsuikers

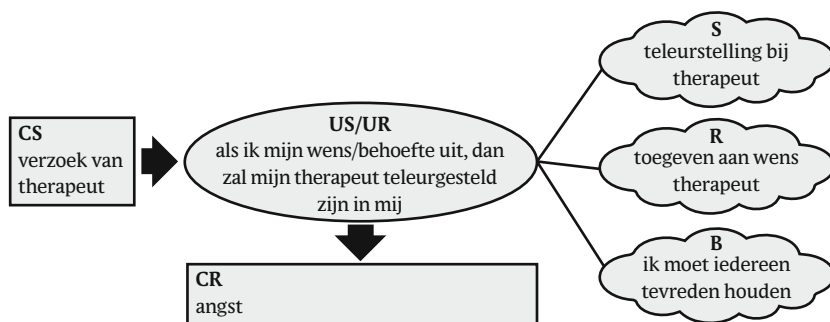


FIGUUR 4 BA Zelfsussend gedrag (Onthechte Zelfsusser)/ontregelde bloedsuiker en schema Zelfopoffering

Werkfase deel II: gedragsverandering in contact met naastbetrokkenen (sessies 12-15)

In de tweede helft van de werkfase werd verdere gedragsverandering te weeggebracht door in de sessies te oefenen met rollenspellen waarin de schema's en modi van invloed zijn op het contact met naastbetrokkenen. Buiten de sessies werd gewerkt met gerichte opdrachten die gedrag stimuleren tegen de schema's in en die tot doel hebben de modus van de Gezonde Volwassene te versterken.

In deze fase stond een groot deel van de behandeling in het teken van toegenomen gezondheidsverlies door een virusinfectie die Claudia had opgelopen. Hierdoor werden fysieke grenzen nog sneller bereikt en gedrag tegen



FIGUUR 5 BA van toegeven in de therapeutische relatie (schema Zelfopoffering)

de schema's in extra bemoeilijkt. Limited reparenting werd gebruikt, waarbij via empathische confrontatie regelmatig werd onderhandeld over Claudia's behoeften, alsmede over factoren die de voortgang van de therapie beïnvloedden. Wanneer Claudia zich bijvoorbeeld verzette tegen een rollenspel, werd ingegaan op haar omgang met de toegenomen klachten, en op het bepalen en communiceren over het wel of niet komen naar de afspraken. Zo had Claudia aanvankelijk de neiging om naar afspraken te komen hoewel haar fysieke situatie dit niet toeliet, uit vrees de therapeut teleur te stellen (zie BA in figuur 5). Tegen het schema Verlating en Zelfopoffering in leerde Claudia dat het uitspreken van onaangename gevoelens niet leidt tot een breuk in de werkrelatie en dat zij zich mag richten op eigen behoeften in plaats van op overmatige gerichtheid op anderen. Hiermee werd tegemoetgekomen aan emotionele kernbehoeften van veiligheid en vrije expressie van emoties.

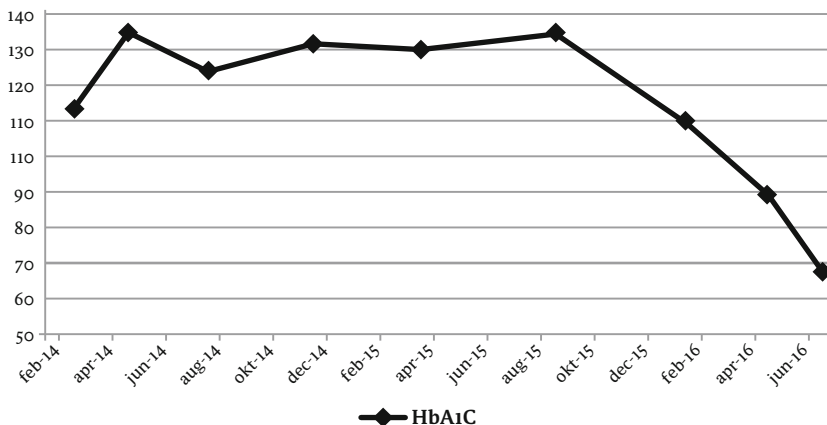
Hoewel de beperkingen in haar gezondheidssituatie Claudia regelmatig moedeloos maakten en veel aanpassingsvermogen vergden, lukte het haar steeds beter om haar fysieke grenzen in acht te nemen (zie FA in figuur 1). Ze vond steeds beter een juiste balans in het aangeven van grenzen (tegen het schema Zelfopoffering in), terwijl ze sociale situaties minder vaak uit de weg ging. Ze gebruikte hierbij haar gezondheid niet langer als smoes (tegen het schema Sociaal Isolement in). In het contact met haar vriend en familie was ze opener over haar gevoelens en stelde zij beter grenzen (tegen het schema Verlating in). Zij verhuisde bijvoorbeeld naar een eigen woning, waardoor er meer rust ontstond en ze haar moeder beter wist te begrenzen. Hoewel ze zich door de gezondheidsklachten moest houden aan strengere dieetregels, wakkerde dit niet langer eetbuien aan. Haar gezondheid was nu het belangrijkste.

Afrondende fase (sessies 16-18)

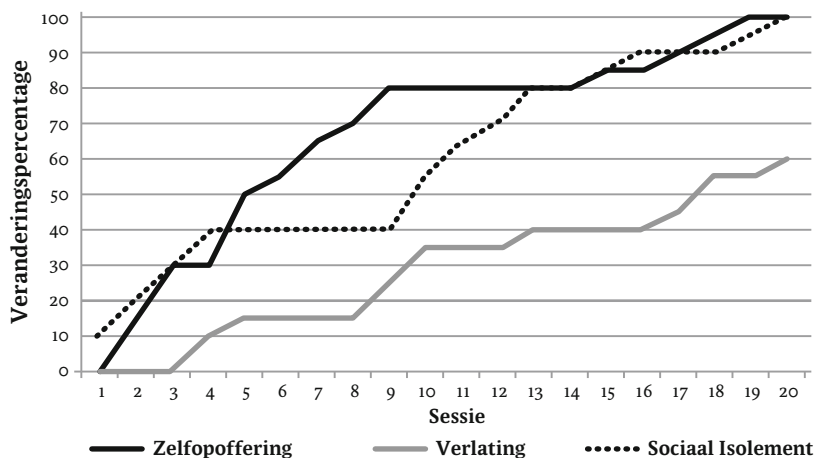
Aangezien het beëindigen van de behandeling schema's en modi kan activeren, werd in deze fase expliciet aandacht besteed aan het naderende einde en de manier waarop schema's en modi hierin een rol kunnen spelen. Er werd een link gelegd met vroegere gebeurtenissen en hoe die zich verhouden tot Claudia's gevoelens over het beëindigen van de huidige therapie. Door het invoeren van een 'strippenkaart' – waarmee Claudia na afronding naar eigen inzicht nog drie keer van een 'boostersessie' gebruik kon maken – werd het afscheid voor haar draaglijker gemaakt. Een signaleringsplan werd opgesteld om terugval in oud schema- en modigedrag te voorkomen. Ook werd Claudia's partner een sessie uitgenodigd om mee te denken over zijn rol in het afremmen van de schema's rond haar gezondheidsgedrag.

Follow-up (sessies 19 en 20)

Net als sessie 11 stonden de laatste twee sessies volledig in het teken van de evaluatie van de therapie. Vragenlijsten werden opnieuw afgenomen en besproken. Rekening houdend met het primaire doel om Claudia's diabetesregulering te verbeteren, was de HbA_{1c}-waarde in deze casus de belangrijkste uitkomstmaat en werd verbetering van de eetproblematiek als secundair beschouwd. Zoals de grafiek in figuur 6 mooi illustreert, was de HbA_{1c}-waarde vóór start van de behandeling uitzonderlijk hoog en bereikte die waarde in het begin van de behandeling een maximum. In februari 2016 was een eerste goede daling te zien, die zich tot het einde van de behandeling voortzette.



FIGUUR 6 HbA_{1c}-waarden gedurende de behandeling van Claudia (NB: de behandeling met schematherapie van Claudia begon in maart 2015)



FIGUUR 7 Veranderingspercentages per schema op basis van de flip-over

Ook werden meetinstrumenten een derde keer afgenomen (voor een volledig overzicht van de ruwe scores wordt verwezen naar tabel 1). In de grafiek in figuur 7 zijn de veranderingspercentages uiteengezet aan de hand van de flip-over. Van het schema Zelfopoffering had Claudia het meeste last, maar daarop liet ze wel het snelste verandering zien. Zowel op dit schema als op het schema Sociaal Isolement liet ze op meetmoment 3 een maximale verandering zien. Ten aanzien van het schema Verlatting gaf ze een veranderingspercentage van 60% weer. Opgemerkt moet worden dat, zeker gezien de uitloop van de behandeling, deze meting aan betrouwbaarheid verliest naarmate de tijd sinds de start van de behandeling verder is verstreken.

Op de schemavragenlijst waren de gemiddelde scores op de twee meest prominente schema's Zelfopoffering en Verlatting aanzienlijk afgenomen. Sociaal Isolement was vergeleken met de start van de therapie onveranderd gebleven (zie tabel 1).

De SMI-1 (tabel 1) laat zien dat de meeste kindmodi aan het einde van de therapie zijn afgenomen, zowel wat betreft het Kwetsbare Kind (KK), Woevende Kind (WK), Razende Kind (RK) als het Impulsieve Kind (IK). Alleen de modus van het Ongedisciplineerde Kind (OK) was enigszins toegenomen. Hieruit blijkt dat Claudia minder overspoeld raakte door heftige emoties. Vergeleken met de start van de therapie waren alle copingmodi op meetmoment 3 afgenomen (Willoze Inschikkelijke (WI), Onthechte Beschermers (OB) en Onthechte Zelfsusser (OZ)), wat aangeeft dat Claudia minder gebruikmaakte van disfunctionele copingstrategieën. De modus van de Straffende Ouder (SO) was helaas wat toegenomen. Daartegenover staat dat de Veeleisende Ouder (VO) was verminderd, maar deze kwam nog steeds in hoge mate voor. De twee functionele modi van de Gezonde Volwassene (GV)

en het Blijve Kind (BK) waren afgenomen. Deze waren echter bij start van de schematherapie in vergelijking met de patiëntenpopulatie al ruim aanwezig (Lobbestael et al., 2010). Bij de eindmeting waren de scores op deze modi weliswaar lager dan de beginmeting, maar deze waren op de eindmeting nog steeds hoog. In de dagelijkse praktijk kan een hoge score op de GV en BK bij aanvang van therapie bij sommige patiënten gezien worden als afweer. Een verlaging van deze scores op de eindmeting hoeft niet per se achteruitgang te betekenen, maar kan er ook op wijzen dat Claudia een realistischer kijk heeft gekregen op haar gezondheid en het kwetsbaar mogen zijn. Claudia lichtte zelf toe dat haar toegenomen gezondheidsproblemen een verklaring vormden voor de afname in met name het BK. Ze gaf aan tevreden te zijn met het bereikte resultaat en de veranderingen die ze had aangebracht, waarbij ze de indruk had dat de therapie haar wat dit betreft blijvend heeft veranderd. Verschil met voorgaande behandelingen was dat ze voor het eerst haar HbA_{1c}-waarden tot een gezond, stabiel niveau wist te brengen, wat een extra motivator was om gedragsverandering vol te houden en tevens een goede boost gaf aan haar zelfvertrouwen.

Op de SCL-90 was bij de eindmeting op een aantal klachtgebieden een toename zichtbaar, na een aanvankelijke daling tijdens de tussenevaluatie. Claudia dacht dat de verslechtering van haar gezondheidssituatie hierop van grote invloed is geweest. De score op de BDI was aan het einde van de behandeling afgenomen naar een matig-ernstig niveau van depressieve klachten. Resultaten op de UCL lieten zien dat de algehele coping was verbeterd: Claudia pakte problemen actiever aan, zocht meer sociale steun, uitte haar emoties meer en stelde zichzelf vaker in gedachten gerust. Afleiding zoekend gedrag was afgenomen. Ten slotte was op de SCID-II screeningslijst het aantal kenmerken in de stoornisgebieden die aanvankelijk verhoogd waren in alle drie de stoornisgebieden afgenomen.

Zes weken na sessie 19 vond een laatste follow-upafspraken plaats om te bekijken of Claudia de aangebrachte verandering had bestendigd en welke veranderingen nog wenselijk waren. Claudia merkte dat er gewinning optrad naarmate de frequentie van de therapie verder afnam. Haar vertrouwen was gegroeid dat zij zelf in staat was een goed evenwicht te behouden, door in contacten met belangrijke anderen zichzelf te laten zien en hierin te blijven focussen op haar eigen behoeften en gevoelens. Ook lukte het om zonder therapie een betere afwisseling te bewaren tussen prestatiegerichte taken en ontspanning. Aandachtspunt bleef het bestrijden van gevoelens van eenzaamheid (Sociaal Isolement), doordat leeftijdsgenoten druk waren met werk. Manieren werden besproken om haar sociale netwerk uit te breiden, en wel door oude contacten aan te halen en lid te worden van een sportschool.

Extra follow-up

214

Zeven maanden na afsluiting van de behandeling werden enkele metingen opnieuw uitgevoerd om te bekijken of de resultaten op lange termijn waren beklijfd. Het goede nieuws was dat de daling in de HbA_{1c}-waarde zich had voortgezet en gedaald was naar 61, wat zelfs in de buurt komt van een gezonde waarde (< 53). Hiermee was het belangrijkste behandeldoel, een verbeterde diabetesregulatie, behaald.

Herhaalde afname van de SCL-90 liet in vergelijking met de laatste meting op alle gebieden een verdere daling zien, uitgezonderd de slaapproblemen, die hetzelfde waren gebleven (tabel 1). De BDI-score was vergelijkbaar met de laatste meting. Ook op dit vierde meetmoment voldeed patiënte niet langer aan de criteria voor een van de persoonlijkheidsstoornissen. Helaas was op de Schemavragenlijst de gemiddelde score op het schema Zelfopoffering en het schema Sociaal Isolement vergeleken met de laatste meting in lichte mate toegenomen. Vergeleken met de beginmeting waren beide scores gedaald. De score op het schema Verlating was verder afgenomen. Op de modilijst (SMI-1) viel op dat de twee gezonde modi waren toegenomen. De kindmodi lieten meer contact met gevoelens van boosheid en kwetsbaarheid zien, evenals discipline. Verder was gunstig dat de copingmodi verder waren afgenomen. Helaas was de modus Veeleisende Ouder vergeleken met de laatste meting weer sterk toegenomen.

Claudia lichtte toe dat er in haar persoonlijke situatie veel was veranderd. Haar partner had de relatie onverwachts verbroken, waardoor ze nu alleen woonde. Ondanks het verdriet hierom, vond ze zichzelf ook sterker geworden. Over de therapie zei ze dat ze meer inzicht had gekregen en ook gepaste actie blijvend toepaste wanneer schema's en modi opspeelden. Claudia had de SCGT als waardevoller en effectiever ervaren dan haar eerdere CGT-behandelingen, omdat er breder werd gekeken dan het eetgedrag zelf. Ze begreep nu welke onderliggende mechanismen hierbij een rol speelden en hoe deze zich verhielden tot haar ontstaansgeschiedenis. Verder had ze beter zicht op hoe de dynamiek in zichzelf en in relatie met anderen hierop van invloed was. Ondanks de veranderingen in haar privésituatie lukte het haar de diabeteszorg goed vol te houden en niet terug te vallen in disfunctioneel eetgedrag.

TABEL 1 *Ruwe scores en beoordeling meetinstrumenten*

Meetin- strument	Meetmoment 1		Meetmoment 2		Meetmoment 3		Meetmoment 4	
SCL-90								
Angst	23	Gemid- deld - zeer hoog	13	Laag - ge- middeld	20	Gemid- deld - hoog	18	Beneden gemiddeld - hoog
Agorafobie	7	Laag - be- neden gemiddeld	7	Laag - bene- den gemid- deld	9	Gemid- deld - hoog	8	Beneden gemiddeld - beneden gemiddeld
Depressie	43	Gemiddeld - zeer hoog	35	Beneden gemiddeld - hoog	39	Gemid- deld - zeer hoog	29	Beneden gemiddeld - hoog
Somatisa- tie	22	Beneden gemid- deld - hoog	21	Beneden gemiddeld - hoog	27	Gemid- deld - zeer hoog	19	Beneden gemiddeld - boven ge- middeld
Insuffici- ente	12	Laag - ge- middeld	18	Beneden gemiddeld - hoog	21	Gemid- deld - zeer hoog	14	Beneden gemiddeld - gemiddeld
Sensitivi- teit	46	Boven ge- middeld - zeer hoog	32	Beneden gemiddeld - beneden gemiddeld	48	Boven ge- middeld - zeer hoog	31	Beneden gemiddeld - hoog
Hostiliteit	11	Gemid- deld - zeer hoog	6	Laag - bene- den gemid- deld	12	Gemid- deld - zeer hoog	7	Beneden gemiddeld - gemiddeld
Slapeloos- heid	11	Hoog - zeer hoog	7	Gemiddeld - bovengemid- deld	7	Gemid- deld - gemiddeld	8	Gemiddeld - boven ge- middeld
PSYNEUR	201	Gemid- deld - zeer hoog	154	Beneden gemiddeld - hoog	190	Beneden gemiddeld - zeer hoog	149	Beneden gemiddeld - hoog
BDI-II								
Totaal- score	29	Ernstig	18	Matig ern- stig	18	Matig ernstig	22	Matig ern- stig

Meetin- strument	Meetmoment 1		Meetmoment 2		Meetmoment 3		Meetmoment 4	
UCL								
Actief aanpakken	19	Gemiddeld	-	-	24	Hoog	22	Hoog
Palliatieve reacties	20	Hoog	-	-	16	Gemiddeld	21	Hoog
Vermijding	13	Gemiddeld	-	-	13	Gemiddeld	14	Gemiddeld
Sociale steun zoeken	18	Hoog	-	-	22	Zeer hoog	19	Hoog
Passief reactiepatroon	15	Zeer hoog	-	-	14	Hoog	14	Hoog
Expressie van emoties	6	Gemiddeld	-	-	9	Zeer hoog	5	Gemiddeld
Geruyststellende gedachten	13	Gemiddeld	-	-	16	Zeer hoog	16	Zeer hoog
SCID II screener	Cut-off							
Ontwikkend	4	2	-	-	2		3	
Afhankelijk	5	3	-	-	1		0	
Obsessief	4	3	-	-	6		3	
Passief agressief	4	3	-	-	2		2	
Depressief	5	6	-	-	2		4	
Paranoïde	4	3	-	-	1		3	
Schizotypisch	5	6	-	-	5		3	
Schizoïde	4	0	-	-	0		1	
Theatraal	5	1	-	-	3		2	

Meetin- strument	Meetmoment 1		Meetmoment 2		Meetmoment 3		Meetmoment 4	
Narcistisch	5	2	-	-	2		3	
Borderline	5	8	-	-	6		2	
Antisociaal voor 15 ^e	2	3	-	-	1		2	
SV								
Schema's (gemiddel- de scores)								
Afhanke- lijkheid		1,93		1,60		1,80		1,73
Sociale ongewenst- heid		3,44		3,33		2,89		2,69
Mislukking		3,11		3,22		2,67		2,33
Sociaal Isolement		3,50		3,90		3,50		3,00
Minder- waardig- heid/ Schaamte		2,67		1,80		1,60		1,60
Verlating/ Instabili- teit		3,50		2,83		2,33		1,82
Emotionele verwaarlo- zing		2,22		2,78		2,56		2,22
Wantrou- wen/Mis- bruik		3,06		2,00		2,24		2,14
Gebrek aan zelfbeheer- sing		1,60		1,67		1,73		1,67
Zich rech- ten toe- eigenen		1,64		2,18		1,73		1,92

Meetin- strument	Meetmoment 1	Meetmoment 2	Meetmoment 3	Meetmoment 4
Meedogenloze normen	3,31	3,75	3,50	3,41
Emotionele geremdheid	1,33	1,56	1,11	1,11
Zelfopoffering	4,82	3,35	3,29	3,33
Onderwerping	2,80	2,70	2,80	2,80
Verstremgeling/ Kluwen	1,64	1,36	1,82	1,42
Kwetsbaarheid ziekte/ Gevaar	1,50	1,50	1,64	1,68
Totaal	2,63	2,47	2,33	2,31
SMI-1				
Kwetsbare Kind	42%	50%	38%	45%
Woedende Kind	18%	34%	12%	22%
Razende Kind	2%	6%	0%	6%
Impulsieve Kind	16%	20%	7%	7%
Ongedisciplineerde Kind	20%	33%	27%	22%
Blijde Kind	54%	48%	44%	56%
Willoze Inschikkelijke	40%	43%	31%	26%
Onthechte Zelfbeschermers	22%	18%	16%	12%

Meetin- strument	Meetmoment 1	Meetmoment 2	Meetmoment 3	Meetmoment 4
Onthechte Zelfsusser	65%	40%	50%	40%
Zelfver-heerlijker	14%	38%	14%	10%
Pest- en aanval	7%	4%	2%	2%
Straffende Ouder	10%	18%	16%	12%
Veeleisen-de Ouder	74%	80%	68%	74%
Gezonde Volwas-sene	76%	80%	66%	76%

DISCUSSIE

.....

Reguliere CGT is bij met name complexere eetpathologie vaak ontoereikend, waardoor een deel van de patiënten keer op keer terugval laat zien (Fairburn & Harrison, 2003; Pugh, 2015). Binnen de medische psychologie blijken mensen die al op jonge leeftijd DM I hebben gekregen extra kwetsbaar voor het ontwikkelen van eetstoornissen (Colton et al., 2013; Young et al., 2013). Ook maakt het op jonge leeftijd kampen met een chronische ziekte hen extra gevoelig voor het ontwikkelen van disfunctionele schema's (Leung et al., 2000; Talbot et al., 2015; Voderholzer et al., 2014; Waller et al., 2000). Onderzoek naar het effect van ST bij eetstoornissen is nog schaars, maar lijkt voorzichtig positief (Arntz, 2016; McIntosh et al., 2016; Simpson, et al., 2010). Het effect van ST in het psychosomatische werkveld is op enkele gevalsbeschrijvingen na, nog onbekend (Gonzalez, 2015; Lacy, 2015; Parsonnet, 2015). De casus Claudia uit dit artikel illustreert hoe een (kortdurende) schematherapie mogelijk van meerwaarde kan zijn wanneer reguliere CGT onvoldoende effect laat zien, omdat onderliggende schema's adequaat ziektegedrag ondermijnen. Niet alleen de gedragsmatige en contextuele 'bovenlagen' worden aangepakt, maar ook cognitieve, affectieve en lichamelijke aspecten worden in dit werkmodel als een samenhangend geheel meegenomen. Gekozen werd om het SCGT-protocol van Broersen en van Vreeswijk (2017a) als leidraad te nemen, omdat dit een heldere opbouw en afgebakende structuur biedt. Het past goed bij het werkveld van

de medische psychologie, waar behandelingen veelal kortdurend zijn. In de eerste helft van deze SCGT was een deel van de interventies nog gericht op het stabiliseren van de diabeteszorg en de eetproblemen. In de tweede helft kwam er meer ruimte voor het verminderen van de aanpassingsgerichtheid van de patiënte (schema Zelfopoffering), zowel binnen de therapeutische relatie als in het contact met naastbetrokkenen. Vanwege de veelheid aan (somatische) problemen moest het protocol regelmatig worden aangepast, teruggrijpend naar de opgestelde gedragsanalyses. Er werd een behandeling op maat gegeven waarbij de nadruk lag op cognitief-gedragsmatige technieken die enkele keren werden vervangen door experiëntiële technieken. Tevens was er expliciet aandacht voor de therapeutische relatie, het affect en emotionele kernbehoeften. Het streven was steeds om een goed evenwicht te vinden tussen het aansluiten bij de behoeften van Claudia zonder de behandeldoelen uit het oog te verliezen. Dit lijkt te zijn gelukt, kijkende naar de bereikte resultaten.

Ondanks deze goede resultaten zijn enkele kritische aandachtspunten eveneens op zijn plaats. Het feit dat het een $n = 1$ -studie betreft, maakt dat de resultaten niet generaliseerbaar zijn. Meer gevalsbeschrijvingen en structureel onderzoek is nodig om deze positieve uitkomsten kritisch te toetsen en eventueel te bestendigen.

Een manco van deze studie betreft het ontbreken van specifieke diagnostische instrumenten naar eetproblematiek, omdat die binnen onze medische setting niet beschikbaar waren. Gedacht kan worden aan een semigestructureerd interview voor specifieke eetstoornisgerelateerde psychopathologie, zoals de EDE (*Eating Disorder Examination*) of eventueel de hierop gebaseerde vragenlijst EDE-Q (Fairburn & Beglin, 1994; Fairburn & Cooper, 1993). Nu kunnen we naast de rapportage van Claudia zelf alleen vanuit andere uitkomstmaten (zoals verbeterde HbA_{1c}-waarden en afname Onthechte Zelfsusser) afleiden dat het eetgedrag zeer waarschijnlijk is verbeterd. Met de stijgende HbA_{1c}-waarde naar een bijna gezond niveau is het praktisch onmogelijk dat eetbuien zoals die oorspronkelijk aanwezig waren, continueren.

Ten slotte maken de relatief lange perioden van afwezigheid tussendoor, waarin persoonlijke omstandigheden zijn veranderd, het moeilijker om inzicht te krijgen in welke rol de therapie heeft gespeeld en of die van doorslaggevende aard is geweest bij de bereikte veranderingen. We gaan hierbij uit van de rapportage van Claudia zelf, die de bereikte resultaten voornamelijk toedichtte aan de effecten van de behandeling, maar realiseren ons tegelijkertijd de verstorende invloed van deze factoren en het mogelijke sociaal wenselijke gedrag van Claudia.

We hopen met dit artikel andere therapeuten werkzaam in de psychosomatiek te motiveren om technieken uit de (kortdurende) schematherapie te gebruiken wanneer CGT alleen onvoldoende effect laat zien en verklarende diagnostiek doet vermoeden dat onderliggende schema's en modi het probleemgedrag in stand houden.

Maartje Thijssen is werkzaam als klinisch psycholoog/psychotherapeut bij het BovenIJ ziekenhuis in Amsterdam. Ten tijde van de beschreven behandeling was zij gz-psycholoog in opleiding tot specialist bij Tergooi Ziekenhuis. Zij is tevens geregistreerd als cognitief gedragstherapeut VGCT.

Jenny Broersen is klinisch psycholoog/psychotherapeut. Ze is werkzaam als locatiehouder bij G-kracht Psychomedisch Centrum Amsterdam en bij GGZ Delfland te Delft. Zij is hoofddocent behandeling voor de opleiding tot Gezondheidszorgpsycholoog Volwassenen & Ouderen bij RINO Groep, regio Rotterdam. Zij is erkend supervisor en leertherapeut bij de VGCT, (leer)supervisor NVP en erkend supervisor schematherapie, zowel bij de Nederlandse Vereniging voor Schematherapie als bij de International Society of Schema Therapy (ISST).

Correspondentieadres: Maartje Thijssen, BovenIJ ziekenhuis, Postbus 37610, 1030 BD Amsterdam. E-mail: m.thijssen@bovenij.nl.

Summary *The dangerous combination of diabetes mellitus and eating pathology*

In the past years, schema therapy has become increasingly popular. The first results in the treatment of complex eating pathology with schema therapy are promising. Within the psychosomatic field this kind of therapy is still unusual, although coping with somatic complaints may activate dysfunctional schema's, even in people without a history of mental illness.

In this study we describe the case of a 22-year-old woman who has been suffering from diabetes mellitus type I since her childhood, in combination with eating pathology, and for whom regular CBT and CBT-E treatment appeared not effective. The addition of schema-therapeutic interventions based on a delineated SCGT-protocol produced long lasting positive results. Changes in personality characteristics were observed, which led to improved diabetic care. At follow-up, dysfunctional schemas were also less prominent. Moreover, initial high Hb1AC values were continuously reduced to nearly healthy levels. More research is necessary to clarify the use of schema therapy or derived treatments when somatic disease and psychological complaints reciprocally maintain.

Keywords *schema therapy, time-limited schema therapy, diabetes mellitus type I, bulimia nervosa, eating disorders, psychosomatic setting*

Literatuur

- | | |
|--|--|
| <p>Arntz, A. (2016). Schematherapie en de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. <i>Tijdschrift voor Gedragstherapie</i>, 49, 194-207.</p> <p>Arntz, A., & Jacob, G. (2012). <i>Schema-therapie: Een praktische inleiding</i>. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.</p> <p>Arntz, A., Kamphuis, J. H., & Derks, J. L. (2017). <i>SCID-5-P: Gestructureerd klinisch interview en vragenlijst voor</i></p> | <p><i>DSM-5 persoonlijkheidsstoornissen. Nederlandse vertaling</i>. Amsterdam: Boom.</p> <p>Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (1986). <i>SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator</i>. Lisse: Swets & Zeitlinger.</p> <p>Broersen, J., & van Vreeswijk, M. F. (2017a). <i>Werkboek kortdurende schematherapie: Cognitief gedragstherapeutische technieken</i>. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.</p> |
|--|--|

- Broersen, J., & van Vreeswijk, M. F. (2017b). *Werkboek kortdurende schematherapie: Experimentiële technieken*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Colton, P. A., Olmsted, M. P., Daneman, D., & Rodin, G. M. (2013). Depression, disturbed eating behavior and metabolic control in teenage girls with type I diabetes. *Pediatric Diabetes*, 14, 372-376.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th Edition). In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., ... Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A 'transdiagnostic' theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- Gonzalez, C. A. (2015). Schema therapy in medical settings. *Schema Therapy Bulletin*, 2, 6-9. International Society of Schema Therapy.
- Jansingh, A., & Kienhuis, M. (2018). MANTRA en SSCM. In G. Noordenbos & A. van Elburg (Eds.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 209-219). Utrecht: de Tijdstroom.
- Kennisnetwerk. (2017). *Zorgstandaard eetstoornissen*. Retrieved from www.ggzstandaarden.nl
- Lacy, E. (2015). I am trapped in a body I can't trust: Working with patients who have chronic illness. *Schema Therapy Bulletin*, 2, 12-15.
- Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. (2000). Outcome of group cognitive-behaviour therapy for bulimia nervosa: The role of core beliefs. *Behavior Research and Therapy*, 38, 145-156.
- Linardon, J., Fairburn, G., Fitzsimmons-Craft, E., Wilfey, D. E., & Brennan, L. (2017). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 58, 125-140.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M. F., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the Short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 437-458.
- Lodhia, N. A., Rosas, U. S., Moore, M., Glaseroff, A., Azagury, D., Rivas, H., & Morton, J. M. (2015). Do adverse childhood experiences affect surgical weightloss outcomes? *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 19, 993-998.
- McIntosh, W., Jordan, J., Carter, J. D., Frampton, C. M., McKenzie, J. M., Latner, J. D., & Joyce, P. R. (2016). Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy, appetite focused cognitive-behavioral therapy and schema therapy. *Psychiatry Research*, 30, 412-420.
- Mulkens, S., & Jansen, A. (2018). Cognitieve gedragstherapie. In G. Noordenbos & A. van Elburg (Eds.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 201-208). Utrecht: de Tijdstroom.
- Neumark-Sztainer, D., Patterson, J., Melin, A., Ackard, D., Utter, J., Story, M., & Sockalosky, J. (2002). Weight control practices and disordered eating behaviors among adolescent females and males with type 1 diabetes: Asso-

- ciations with socio-demographics, weight concerns, familial factors and metabolic outcomes. *Diabetes Care*, 25, 1289-1296.
- Noordenbos, G., & van Elburg, A. (Eds.). (2018). *Handboek eetstoornissen*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Parsonnet, L. (2015). Schema therapy with oncology patients and families. In G. Christ, C. Messner, & L. Behar (Eds.), *Handbook of oncology social work: Psychosocial care for people with cancer*. New York: Oxford University.
- Pinhas, O., & Levy, Y. (2012). Eating disorders in adolescents with type 2 and type 1 diabetes. *Current Diabetes Reports*, 13, 64-69.
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 39, 30-41.
- Renner, F., van Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality features: Associations with changes in symptomatic distress, schema, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 487-492.
- Schreurs, P. J. G., van de Willige, G., Broschot, J. F., Tellegen, B., & Graus, G. M. H. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Simpson, S. G. (2012). Schema therapy of eating disorders: A case study illustration of the mode approach. In M. F. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nardort (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice* (pp. 145-172). West Sussex: Wiley Blackwell.
- Simpson, S. G., Morrow, E., van Vreeswijk, M. F., & Reid, C. (2010). Group schema therapy for eating disorders. *Frontiers in Psychology*, 26, 182-189.
- Snoek, F., & Heine, R. J. (2004). Diabetes mellitus. In G. Pool, F. Heuvel, A. V. Ranchor, & R. Sanderman (Eds.), *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen* (pp. 489-498). Assen: Van Gorcum.
- Snoek, F., & Hogenelst, M. H. E. (2012). Diabetes mellitus. In A. A. Kaptein, J. Dekker, E. M. A. Smets, & A. J. J. M. Vingerhoets. *Psychologie en geneeskunde: Behavioral medicine* (pp. 111-124). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Sterk, F., & Rijkeboer, M. M. (1997). *Schema-vragenlijst*. Utrecht: Ambulatorium Universiteit Utrecht.
- Talbot, D., Smith, E., Tomkins, A., Bockman, R., & Simpson, S. (2015). Schema modes in eating disorders compared to a community sample. *Journal of Eating Disorders*, 3, 30-41.
- van der Does, A. J. W. (1996). *Beck Depression Inventory: Nederlandse bewerking en vertaling*. Enschede: Ipskamp.
- van Ockenburg, S. L., Bos, E. H., de Jonge, P., van der Harst, P., Gans, R. O. B., & Rosmalen, J. G. M. (2015). Stressful life events and leukocyte telomere attrition in adulthood: A prospective population-based cohort study. *Psychological Medicine*, 45, 1-10.
- van Vreeswijk, M. F., & Broersen, J. (2017). *Handleiding kortdurende schematherapie: Voor groepstherapie en individuele therapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- van Vreeswijk, M. F., Broersen, J., & Nardort, M. (2008). *Algemene inleiding. Handboek schematherapie: Theorie, praktijk en onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- van Vreeswijk, M. F., Spinhoven, P. H., Eurelings-Bontekoe, E. H. M., & Broersen, J. (2012). Changes in symptom severity, schemas and modes in heterogeneous psychiatric patient groups following short term schema cognitive behavioural group therapy: A naturalistic pre-post treatment de-

- sign in an outpatient clinic. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 29-38.
- Videler, A. C., Rossi, G., Schoevenaars, M., Feltz, C., & van Alphen, S. P. (2014). Effects of group schema therapy in older outpatients: A proof of concept study. *International Psychogeriatrics*, 3, 1-9.
- Videler, A. C., Sebastiaan, P. J., van Alphen, S. P. J., van Royen, R. J. J., van der Feltz-Cornelis, C. M., Rossi, G., & Arntz, A. (2018). Schema therapy for personality disorders in older adults: A multiple-baseline study. *Aging & Mental Health*, 22, 738-747.
- Voderholzer, U., Schwartz, C., Thiel, N., Kuelz, A. K., Hartmann, A., & Scheidt, C. E. (2014). A comparison of schemas, schema modes and childhood traumas in obsessive-compulsive disorder, chronic pain disorder and eating disorders. *Psychopathology*, 47, 24-31.
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., & Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 235-241.
- Weertman, A., & Arntz, A. (2007). Effectiveness of treatment of childhood memories in cognitive therapy for personality disorders: A controlled study contrasting methods focusing on the present and methods focusing on childhood memories. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2133-2143.
- Weertman, A., Arntz, A., & Kerkhofs, L. M. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM IV axis II personality disorders (SCID-II): Nederlandse bewerking*. Amsterdam: Harcourt.
- Williams, C., Sharpe, L., & Mullan, B. (2013). Developmental challenges of adolescents with type I diabetes: The role of eating attitudes, family support and fear of negative evaluation. *Psychology, Health & Medicine*, 171, 324-334.
- Young, J. E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M., van Vreeswijk, M. F., & Klokman, J. (2007). *Schema Mode Inventory (SMI version 1)*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., & Brown, G. (1994). Young Schema Questionnaire (Second edition). In J. E. Young (Ed.), *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach* (Rev. ed., pp. 63-76). Sarasota: Professional Resource.
- Young, V., Eiser, C., Johnson, B., Brierley, S., Epton, T., & Heller, S. (2013). Eating problems in adolescents with type 1 diabetes: A systematic review with meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 30, 189-198.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). *Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Effectiviteit van EMDR bij andere stoornissen en problemen dan PTSS

Een literatuuroverzicht

KATHARINA MEYERBRÖKER, PAUL EMMELKAMP & MAARTEN MERKX

Samenvatting

Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) is een goed onderzochte behandeling voor de posttraumatische-stressstoornis (PTSS). In de klinische praktijk wordt EMDR ook toegepast bij andere stoornissen, zonder dat duidelijk is wat de wetenschappelijke onderbouwing hiervoor is. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van studies die de effectiviteit van EMDR onderzochten bij andere stoornissen en klachten dan PTSS. Uit dit overzicht komt naar voren dat EMDR tot op heden niet effectief is gebleken bij andere stoornissen dan PTSS, hoewel er wel enige gecontroleerde studies zijn waarbij positieve effecten werden gevonden. Deze bevindingen zijn nog te beperkt om brede implementatie in de dagelijkse behandelpraktijk te rechtvaardigen. Op basis van dit overzicht is onze conclusie dan ook dat EMDR tot op heden alleen geïndiceerd is als behandeling voor PTSS.

Trefwoorden: EMDR, angststoornissen, affectieve stoornissen, obsessieve-compulsieve stoornis, somatisch-symptoomstoornis, middelgerelateerde stoornis

INLEIDING

In de afgelopen jaren is *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) steeds populairder geworden als behandelmethodiek in de klinische praktijk. EMDR wordt sinds enige jaren gerekend tot de evidence-based behandelingen voor de posttraumatische-stressstoornis (National Institute for Health and Care Excellence, 2018; van Balkom et al., 2013). Dit wordt

ondersteund door recente meta-analyses van de literatuur (Chen et al., 2014; Chen, Zhang, Hu, & Liang, 2015; Cusack et al., 2016; Ehring et al., 2014; Lee & Cuijpers, 2013; Oren & Solomon, 2012).

Er is veel onderzoek gedaan naar het werkingsmechanisme van EMDR (Engelhard, van Uijen, & van den Hout, 2010; van den Hout et al., 2010), waardoor EMDR inmiddels tot een van de beter onderzochte therapieën behoort. De aanleiding voor ons om de literatuur over EMDR toegepast bij een andere stoornis dan de posttraumatische-stressstoornis (PTSS) eens zorgvuldig te bestuderen is het toenemend gebruik van EMDR in de klinische praktijk bij andere problemen dan PTSS.

Een voorbeeld daarvan is de casus van een 33-jarige alleenstaande vrouw van Nederlandse afkomst, die naar de specialistische ggz is verwezen in verband met haar behandelresistente panieklachten. Tijdens de intakefase werd zowel haar farmaceutische als psychologische behandelgeschiedenis in kaart gebracht, waaruit bleek dat de vrouw langere tijd onder behandeling was geweest bij een psychotherapeut die haar behandeld had met EMDR voor haar panieklachten. Cliënte gaf aan dat het resultaat van deze behandeling weliswaar was dat zij minder last had van de herinneringen aan haar ergste paniekaanval, maar dat haar panieklachten niet waren verbeterd. Bij nader doorvragen bleek dat zij nooit een psychologische behandeling (cognitieve gedragstherapie) volgens de richtlijnen had ontvangen (van Balkom et al., 2013).

Deze casus is een voorbeeld van wat wij (de auteurs) geregeld in de dagelijkse klinische praktijk tegenkomen. EMDR wordt toegepast bij allerlei problemen of classificaties met het argument dat het werkt, terwijl de richtlijnen andere interventies voorschrijven. Deze veelgehoorde opmerking wekte onze nieuwsgierigheid en deed bij ons de vraag rijzen of het op basis van de beschikbare evidentie gerechtvaardigd is om EMDR toe te passen bij andere stoornissen dan PTSS.

Met deze kritische beschouwing willen we nauwkeurig in kaart brengen wat de stand van zaken is van het onderzoek naar het effect van EMDR als behandeling voor andere stoornissen dan PTSS. Er is systematisch gezocht naar recente studies in Web of Science, Scopus en PubMed (van januari 2012 tot februari 2018). Daarnaast zijn een aantal oudere studies in dit overzicht opgenomen. Per studie wordt aangegeven wat de resultaten ervan zijn en welke knelpunten er zijn in de gebruikte methodologie. Casestudies zullen alleen worden genoemd indien er geen gecontroleerde studies aanwezig zijn.

ANGSTSTOORNISSEN

Enkelvoudige fobie

In een serie gecontroleerde studies vergeleken Muris en collega's telkens één sessie EMDR met één sessie imaginaire exposure of in vivo exposure, zowel bij kinderen (Muris, Merckelbach, Holdrinet, & Sijsenaar, 1998; Muris, Merckelbach, van Haaften, & Mayer, 1997) als bij volwassenen (Muris & Merckelbach, 1997) met *angst voor spinnen*. Exposure in vivo bleek in alle gevallen effectiever dan EMDR.

In een *randomized controlled trial* (RCT) (Triscari, Faraci, Catalisano, D'Angelo, & Urso, 2015) werden drie condities voor *vliegangst* bij 65 personen vergeleken: (1) cognitieve gedragstherapie (CGT) + systematische desensitisatie, (2) CGT + EMDR, en (3) CGT + virtual reality exposuretherapie. Bij de nameting en follow-up na een jaar bleken de laatste twee behandelingen *niet* effectiever dan CGT + systematische desensitisatie, maar ook niet minder effectief. In het artikel van Triscari en collega's wordt niet aangegeven waar de EMDR zich op richtte.

In een studie (de Jongh, Holmshaw, Carswell, & van Wijk, 2011) bij mensen met *angst om te reizen* als gevolg van een verkeersongeluk werd trauma-focused cognitieve gedragstherapie (TF-CGT) versus EMDR onderzocht bij 184 patiënten. Patiënten in beide condities verbeterden vergelijkbaar op de *Impact of Event Scale* (IES; Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979), de *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983) en op de *General Health Questionnaire* (Goldberg & Hillier, 1979). Kanttekeningen bij dit onderzoek zijn dat de patiënten niet gerandomiseerd werden en dat slechts de helft van de patiënten formeel aan de criteria voor een enkelvoudige fobie voldeed. De behandeling richtte zich op het trauma.

In een RCT van Doering, Ohlmeier, de Jongh, Hofmann en Bispig (2013) werd EMDR ($n = 16$) vergeleken met een wachtlijstcontrolegroep ($n = 15$) bij 31 patiënten met *tandartsangst* (specifieke fobie volgens de DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000). Alle patiënten werden door één therapeut behandeld. Behandeling werd uitgevoerd volgens het EMDR-protocol voor specifieke fobie en richtte zich op de eerste traumatische herinnering, de ergste traumatische herinnering en op de meest recente traumatische herinnering. EMDR bleek niet effectiever dan de wachtlijstgroep op de subschalen angst en depressie van de HADS (Zigmond & Snaith, 1983), de totaalscore van de *Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1993) en de IES (Horowitz et al., 1979). Verschillen ten gunste van de actieve behandelconditie werden gevonden op de *Dental Anxiety Scale* (Corah, 1969) en de *Dental Fear Survey* (Kleinknecht, Klepac, & Alexander, 1973) en op een gedragstest.

Follow-upresultaten zijn moeilijk te interpreteren omdat maar zes patiënten aan de follow-up na zes maanden deelnamen.

Paniekstoornis met agorafobie

Een paar studies van Goldstein en collega's hebben het effect van EMDR onderzocht bij patiënten met paniekstoornis en agorafobie. In de eerste RCT (Feske & Goldstein, 1997) werden zes zittingen EMDR ($n = 15$) vergeleken met een wachtlijstcontrolegroep ($n = 12$). EMDR bleek effectiever dan de controleconditie. In een replicatie van deze studie (Goldstein, de Beurs, Chambless, & Wilson, 2000) bij 46 patiënten met paniekstoornis en agorafobie werd dit design uitgebreid met een *attention*-placebo-conditie. De behandelingen bestonden uit zes zittingen. EMDR richtte zich op een angstgerelateerde herinnering, bijvoorbeeld de eerste paniekaanval of hartkloppingen. Ook in deze RCT bleek EMDR effectiever dan de wachtlijstcontrolegroep, maar op geen enkele maat effectiever dan de *attention*-placebo-conditie. In een recente RCT in Nederland werd EMDR ($n = 42$) vergeleken met CGT ($n = 42$) voor paniekstoornis (Horst et al., 2017). Op basis van de gevonden resultaten concludeerden de auteurs dat EMDR even effectief was als CGT. Op zowel de paniekgerelateerde maten, zoals de *Agoraphobic Cognitions Questionnaire* (ACQ; Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984) en de *Bodily Sensations Questionnaire* (BSQ; Chambless et al., 1984), als de agorafobische vermijding, gemeten met de *Mobility Inventory* (MI; Chambless, Caputo, Jasin, Gracely, & Williams, 1985) namen de klachten in gelijke mate af. Als secundaire uitkomstmaat werd gekeken naar de kwaliteit van leven bij patiënten, gemeten met de *World Health Organization Quality of Life brief version* (WHOQOL-Bref; de Vries & van Heck, 1995) Hier werd *non-inferiority* geïndiceerd, wat wil zeggen dat er geen verschil tussen de condities gevonden werd. De hypothese uit het Trial Register NTR3134 dat de symptoomreductie groter zou zijn in de EMDR-conditie dan in de CGT-conditie werd echter niet bevestigd. De tweede hypothese, gedocumenteerd in het Trial Register, was dat de EMDR-conditie zou leiden tot een grotere toename in kwaliteit van leven dan in de CGT-conditie. Deze hypothese werd eveneens niet bevestigd. Verder bleken de condities op de voormeting op een aantal relevante variabelen significant te verschillen (duur van de klacht, eerdere behandelingen, en behandeling met antidepressiva), hetgeen de interpretatie van de gevonden resultaten moeilijk maakt. Daarnaast speelt dat voor een *non-inferiority trial* de studie sterk statistisch *underpowered* was, zoals de auteurs ook zelf concluderen.

Zelfwaardering bij angststoornissen

Er zijn twee gerandomiseerde studies gedaan naar het effect van EMDR op zelfwaardering. De eerste studie (Staring et al., 2016) onderzocht of EMDR

effectief was in het verhogen van zelfwaardering bij patiënten met angststoornissen; 50% van de patiënten had PTSS en iedereen had een lage zelfwaardering. In een cross-over design kregen patiënten zes zittingen COMET (Korrelboom, 2011), gericht op het verhogen van positieve zelfrepresentaties, en zes zittingen EMDR, gericht op het verminderen van negatieve zelfevaluaties; de andere groep kreeg eerst EMDR en vervolgens COMET. Primaire uitkomstmaat was de *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Franck, De Raedt, Barbez, & Rosseel, 2008; Rosenberg, 1965). COMET was duidelijk effectiever dan EMDR. Ook op depressieve stemming bleek COMET effectiever dan EMDR. Het effect van de combinatie van zes zittingen EMDR gevolgd door zes zittingen COMET was zelfs slechter dan zes zittingen COMET als eerste behandeling. Resultaten op de angststoornissen sec werden niet gerapporteerd.

In de tweede gerandomiseerde studie (Griffioen, van der Vegt, de Groot, & de Jongh, 2017) werd het effect van een EMDR-behandeling vergeleken met het effect van een CGT-interventie op een verlaagd zelfbeeld. De onderzoeksgroep bestond uit 30 patiënten die in behandeling waren voor een DSM-stoornis én bij wie het verlaagd zelfbeeld primair aangrijpingspunt van de behandeling was. Zowel de EMDR-interventie ($n = 15$) als de groepsgerichte CGT-interventie ($n = 15$) bestond uit tien wekelijkse zittingen. Het effect op zelfbeeld werd gemeten met de *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Franck et al, 2008; Rosenberg, 1965), en wel vóór en na de behandeling, en bij drie maanden follow-up. Uit de resultaten bleek het zelfbeeld van patiënten in beide groepen verbeterd. Echter, in de CGT-conditie bleek de zelfbeeldscore ook daadwerkelijk boven de *cut-off* van 16 te liggen, wat niet gold voor de EMDR-conditie: de EMDR-groep bleef net onder de *cut-off*. Dit betekent dat deze groep cliënten gemiddeld genomen nog steeds een slecht zelfbeeld hebben. Onduidelijk blijft of de behandeling ook tot klachtenreductie gerelateerd aan de DSM-classificatie heeft geleid. Een andere opvallende bevinding is dat de frequentie van het sociaal contact niet toeneemt in de EMDR-conditie en dat cliënten aangeven nauwelijks last te ervaren van het feit dat sociaal contact voor hen moeilijk is. Dit in tegenstelling tot de CGT-conditie, waarbij het deelnemers lukt om meer sociale contacten aan te gaan en hier ook meer van genieten. Daarnaast blijft onduidelijk wat maakt dat meer dan een derde van de deelnemers uit beide condities de behandeling niet afmaakt. De EMDR was in deze studie gericht op negatieve ervaringen die door de deelnemers gekoppeld werden aan hun negatieve zelfbeeld. Het betrof hierbij geen traumatische ervaringen: patiënten met PTSS mochten niet deelnemen aan de studie.

Gegeneraliseerde-angststoornis

Er zijn geen gecontroleerde studies naar de effectiviteit van EMDR bij gegeneraliseerde angst. Wel is er een publicatie waarin data van drie cliënten

worden besproken (Farima, Dowlatabadi, & Behzadi, 2015). In deze *single case studies (baseline single-case experimental design)* werden drie vrouwen met gegeneraliseerde-angststoornis (GAS) behandeld met EMDR (Farima et al., 2015). Op welke beelden EMDR zich richtte, werd niet beschreven. Elke zitting duurde 90 minuten, en de totale duur van de behandeling varieerde van acht tot dertien zittingen. Bij deze drie patiënten leidde de EMDR-behandeling tot (enige) verbetering, onder andere op de *Generalized Anxiety Disorder Questionnaire* (GADQ-IV; Newman, 2000) en de *Pennsylvania State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990; Molina & Borkovec, 1994). Door het ontbreken van een RCT zijn voornog geen conclusies mogelijk over de effectiviteit van EMDR bij GAS.

Tot op heden zijn er geen gecontroleerde studies naar de effecten van EMDR bij sociale-angststoornis gedaan.

OBSESSIEVE-COMPULSIEVE STOORNIS

.....

In een tweetal casestudies – met respectievelijk vier (Marr, 2012) en drie patiënten (Marsden, 2016) met een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) – werden positieve resultaten gevonden. Tot nu toe zijn er twee RCT's gepubliceerd naar de effecten van EMDR bij OCS. Nazari, Momeni, Jariani en Tarrahi (2011) vergeleken EMDR met citalopram bij 90 patiënten met OCS. EMDR bleek effectiever dan citalopram. Hoe EMDR werd uitgevoerd, blijft onduidelijk. In de praktijk lijkt het in dit onderzoek om een eclectische behandeling te gaan: *'EMDR integrates elements of imaginal exposure, cognitive therapy, psychodynamic and somatic therapies'* (p. 271). Ook blijft onduidelijk wat de targets voor EMDR waren. De statistische analyse is niet adequaat; er worden alleen *paired t*-tests over de gemiddelde verandering gerapporteerd.

In een recente RCT (Marsden, Lovell, Blore, Ali, & Delgadillo, 2017) werden EMDR ($n = 29$) en CGT-exposure en -responsepreventie ($n = 26$) met elkaar vergeleken. In totaal werd de behandeling door 62% van de patiënten volledig gevolgd. Ongeveer de helft van de patiënten bereikte klinisch significante effecten op de *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (YBOCS; Goodman et al., 1989). Er bleek geen significant verschil tussen CGT en EMDR, noch bij nameting, noch bij follow-up een half jaar later. EMDR was in eerste instantie gericht op de huidige triggers obsessies en compulsies; deze werden als aparte, recente traumatische ervaringen benaderd. Daarna werden *future templates* (het voorstellen van eigen succesvol handelen in de situatie in de toekomst) 'geïnstalleerd' en werden alle vergelijkbare gebeurtenissen uit het verleden behandeld.

Over het gebruik van de *flashforward procedure* bij OCS is behalve een casestudie (Logie & de Jongh, 2014) en een aantal experimentele studies in het lab (Engelhard et al., 2010, 2011) tot op heden niets bekend.

SOMATISCH-SYMPTOOMSTOORNIS MET VOORNAMELIJK PIJN

231

Een aantal studies heeft het effect van EMDR op chronische pijnklachten onderzocht. In twee recente overzichtsstudies (Tefft & Jordan, 2016; Tesarz et al., 2014) concluderen de auteurs dat er over het algemeen positieve resultaten gepubliceerd werden met betrekking tot EMDR, maar dat het hierbij meestal om casestudies ging. In een recente RCT (Brennstuhl, Bassan, & Tarquinio, 2017) werden drie behandelingen vergeleken bij patiënten met een chronische pijnstoornis. In totaal werden 45 patiënten random verdeeld over drie condities: (1) standaard protocol van EMDR, (2) aangepast pijnprotocol van EMDR en (3) *care as usual* ('eclectic therapy'). EMDR-behandeling bleek effectief op sensorische, cognitieve, emotionele en gedragsmaten, gemeten met de *Pain Catastrophizing Scale* (PCS; Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995). Het standaard EMDR-protocol bleek het effectiefst na vijf zittingen. Het gebruik van de *PTSD Checklist* (PCL-S; Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993) als effectmaat suggereert echter dat de EMDR-interventie zich ook hier richtte op met name traumatische ervaringen.

In een andere recente RCT zijn patiënten ($n = 40$) met chronische lage rugpijn die tevens een psychologisch trauma hadden meegemaakt gerandomiseerd over *treatment as usual* (TAU) + EMDR, of alleen TAU (Gerhardt et al., 2016). De uitkomstmaten waren de pijnintensiteit, de ervaren belemmering en de algemene inschatting van patiënten in hoeverre verandering in klachten door de behandeling kwam. Gevonden *effect sizes* waren groot tijdens de nameting en drie maanden follow-up. Echter, bij de zes maanden follow-upmeting bleek er nog nauwelijks sprake van effect ($d = 0,14$). Uit verdere analyses bleek wel dat ongeveer 50% van de patiënten in de TAU + EMDR-groep zich significant verbeterd voelde en geen van de patiënten uit de TAU-groep.

MIDDELGERELATEERDE EN VERSLAVINGSSTOORNISSEN

Onderzoek naar de effectiviteit van EMDR bij middelgerelateerde en verslavingsstoornissen is zeer beperkt. In de meeste eerdere (case)studies richtte EMDR zich op traumatische herinneringen (PTSS) en niet op de geheugenrepresentaties of *sensory imagery* die verband hielden met *craving* en middelgebruik (Abel & O'Brien, 2010; Marich, 2010; van Rens, de Weert-van Oene, & van Oosteren, 2012; Zweben & Yeary, 2008). In een recent overzichtsartikel (Markus & Hornsvelt, 2017) wordt onderscheid gemaakt tussen traumagerichte behandeling binnen de verslavingszorg en verslavingsgerichte EMDR-behandeling. Zoals de auteurs ook zelf concluderen, ontbreekt er tot op heden kwalitatief goed onderzoek naar de verslavingsgerichte EMDR-

variant, zodat er geen conclusies uit getrokken kunnen worden. De gecontroleerde studies die er zijn, zullen hieronder worden beschreven.

In een gecontroleerde studie (Hase, Schallmayer, & Sack, 2008) werden dertig alcoholafhankelijke patiënten gerandomiseerd over twee condities: (1) TAU + twee EMDR-zittingen, of (2) alleen TAU. De *target memories* hadden betrekking op intense craving of terugvalervaringen. Patiënten in de TAU + EMDR-conditie bleken significant meer afname in craving te ervaren dan de controlegroep (TAU) een maand na behandeling. Dit resultaat bleef behouden bij een follow-up een half jaar later. Gegeven de hoge drop-out bij de follow-up en het relatief geringe aantal proefpersonen is het lastig om uit deze studie conclusies te trekken. De auteurs melden niet of er iets is veranderd in het middelgebruik.

In een kleine, meer recente RCT (Perez-Dandieu & Tapia, 2014) werden twaalf middelafhankelijke patiënten met een comorbide PTSS gerandomiseerd over twee condities: (1) TAU + acht EMDR-zittingen, of (2) alleen TAU. De *target memories* hadden betrekking op meegemaakte trauma's. Patiënten in de TAU + EMDR-conditie bleken significant meer afname te hebben in PTSS (PCL-S; Weathers et al. 1993) en stemmingsklachten op de *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Steer & Brown, 1996) dan in de TAU-conditie, maar TAU + EMDR leidde niet tot een afname in middelgebruik gemeten met de *Addiction Severity Index-Lite* (ASI; McLellan, Luborsky, O'Brien, & Woody, 1980).

AFFECTIEVE STOORNISSEN

.....

Bij unipolaire stoornissen zijn er naast een pilotstudie (Wood, Ricketts, & Parry, 2017) in totaal vier gecontroleerde studies naar de effecten van EMDR gedaan, waarvan twee RCT's. De pilotstudie betreft een herhaald *single case experimental design* voor de behandeling van chronische depressie. Hiervoor kregen patiënten met recidiverende of chronische depressie maximaal twintig zittingen EMDR. Depressie werd gemeten met de *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD; Hamilton, 1960) vóór en na de behandeling, en bij follow-up. Van de tien deelnemers die met de behandeling begonnen, volgden acht de behandeling, en zeven van hen bereikten klinisch significante en statistische betrouwbare verbeteringen op de HRSD. Maar er was een grote variatie in de verkregen metingen. Ook verslechterde een patiënt dusdanig dat de behandeling binnen het onderzoek werd gestopt. Ook wordt niet duidelijk gerapporteerd waarop de EMDR gericht was en in hoeveel zittingen daadwerkelijk de bilaterale stimulatie toegepast werd. De auteurs geven zelf aan dat zij zich aan het standaardprotocol hebben gehouden met acht fasen, maar dat de tijdsduur van de verschillende fasen niet gestandaardiseerd was.

In een niet-gerandomiseerde studie werden patiënten ($n = 42$) met een unipolare depressie behandeld met CGT en EMDR (Hofmann et al., 2014). Patiënten ontvingen naast CGT nog gemiddeld 6,9 zittingen EMDR. In de controlegroep ontvingen patiënten alleen CGT. Waarop de EMDR gericht was, wordt niet duidelijk aangegeven. De groep die zowel CGT als EMDR ontving, kreeg gemiddeld 44,5 zittingen, terwijl patiënten die alleen CGT kregen gemiddeld 47 zittingen ontvingen. Op de *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck et al., 1996) verbeterden beide groepen significant en de auteurs concluderen dat in vergelijking de EMDR-groep significant meer kon profiteren. Aangezien de studie niet gerandomiseerd is, blijft het lastig om hier conclusies uit te trekken.

In een studie (Hase et al., 2015) werden patiënten ($n = 32$) met een unipolaire depressie gematched over twee condities: (1) zestien zittingen EMDR + TAU ($n = 16$), versus (2) TAU ($n = 16$; psychodynamische therapie). Deze studie vond plaats in een klinische setting. De matching vond plaats op basis van diagnose, ernst van de depressie, geslacht, leeftijd en verstreken tijd sinds aanmelding bij de kliniek. EMDR was gericht op verontrustende en angstige herinneringen gerelateerd aan het begin van de depressieve episode. Het is onduidelijk of en hoeveel van deze herinneringen aan de criteria voor PTSS voldeden. Patiënten in de EMDR + TAU-conditie verbeterden bij de nameting significant meer dan in de matched controleconditie op de BDI-II (Beck et al., 1996) en depressie subschaal van de *Symptom Checklist 90 Items revised version* (SCL-90; Derogatis, Lipman, & Covi, 1973) en de *Global Severity Index*. Echter, de gemiddelde opnameduur was voor TAU 39 dagen en voor EMDR + TAU 46 dagen, wat het lastig maakt om de resultaten van deze studie te interpreteren. Het verschil in verbetering kan ook gerelateerd zijn aan de langere opnameduur van de EMDR + TAU-conditie.

In een recente gerandomiseerde klinische *non-inferiority-trial*-studie werd EMDR vergeleken met CGT bij patiënten met een depressieve episode (Ostacoli et al., 2018). In de studie werden 82 patiënten geïncludeerd, die gerandomiseerd werden over TAU + EMDR ($n = 40$), en TAU + CGT ($n = 42$), waarbij TAU behandeling met antidepressiva inhield. De behandeling bestond uit drie individuele zittingen EMDR of CGT. Resultaten op de BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1993) laten zien dat beide groepen significant vooruitgingen en de resultaten ook bij zes maanden follow-up stabiel bleven. De behandelingen verschilden niet in effectiviteit bij zes maanden follow-up. De focus in de EMDR-conditie was in deze studie gericht op triggers van de depressieve episode die traumagerelateerd waren, maar ook zijn er depressieve en suïcidale *states* als aangrijpingspunt gebruikt.

In een tweede RCT werden patiënten ($n = 60$) die na een hartinfarct depressieve klachten hadden gekregen – gemeten met de BDI (Beck et al., 1996) – gerandomiseerd naar een EMDR-conditie of een wachtlijstcontrolegroep (Behnammoghadam, Alamdari, Behnammoghadam, & Darban, 2015). Patiënten in de EMDR-conditie kregen gedurende één week drie zit-

tingen EMDR (45-90 minuten) aangeboden, binnen vier maanden na het hartinfarct. De onderzoekers vonden op de BDI een significante vooruitgang in symptomen in de EMDR-groep, maar niet in de controleconditie. Ook op de nameting verschilden de BDI-scores tussen de groepen significant. Er zijn weinig statistische gegevens gerapporteerd, waardoor het lastig is om uit de gepresenteerde resultaten een conclusie te trekken. EMDR was in deze studie vooral gericht op beelden van het hartinfarct, die patiënten als traumatisch hebben ervaren tijdens het hartinfarct, en niet op triggers gerelateerd aan de depressie.

Bij bipolaire stoornissen is er slechts een kleine RCT gedaan naar de effecten van EMDR als behandelinterventie (Novo et al., 2014). Hierbij werden DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) bipolair-I-patiënten ($n = 20$) met zowel subsyndromale stemmingssymptomen als een geschiedenis van traumatische gebeurtenis(sen) random toegewezen aan: (1) twaalf tot veertien zittingen EMDR, of (2) TAU gedurende drie maanden. Patiënten in de EMDR-conditie verbeterden meer dan in de TAU-conditie, zowel op traumaklachten – gemeten met de *Clinician Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale* (CAPS; Weathers, Ruscio, & Keane, 1999) en de *Impact of Events Scale* (IES; Horowitz et al., 1979) – als op depressie en hypomane symptomen. Hoewel deze resultaten veelbelovend klinken, bleken de verschillen in de verbeteringen bij 24 weken follow-up tussen de twee groepen niet significant.

PSYCHOTISCHE STOORNISSEN

.....

Er is een aantal studies gepubliceerd over de behandeling van psychotische stoornissen waarbij onder andere ook EMDR werd gebruikt. Er zijn twee pilotstudies gedaan (de Bont, van den Berg et al., 2013; de Bont, van Minnen, & de Jongh, 2013; Kim, Choi, & Kim, 2010) en een grote gerandomiseerde klinische studie (van den Berg et al., 2015; van Minnen et al., 2016), waarbij EMDR gericht was op traumatische ervaringen in het verleden en niet op psychotische symptomen.

Een eerste pilotstudie werd gedaan onder 45 opgenomen patiënten met een psychotische stoornis (Kim et al., 2010). De eerste groep patiënten ontving gedurende een week drie keer 60-90 minuten EMDR ($n = 15$), de tweede groep ontving drie wekelijkse zittingen progressieve spierontspanningstherapie ($n = 15$), en in de derde groep ($n = 15$) bestond de behandeling uit farmaceutische behandeling en individuele ondersteunende psychotherapie met daarnaast groepsactiviteiten (TAU). EMDR was gericht op stressvolle levensgebeurtenissen die als trigger voor de huidige opname werden gezien, traumatische ervaringen in het verleden en behandelingsgerelateerde nare gebeurtenissen (bijvoorbeeld gedwongen opname). Uit de resultaten bleek dat alle groepen minder symptomen ervoeren, gemeten met de *Positive and*

Negative Syndrome Scale (PANSS; Kay, Fiszbein, & Opler, 1987) en de *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS; Hamilton, 1960), maar er werden geen significante verschillen tussen groepen gevonden.

In een tweede kleine pilotstudie (de Bont, van den Berg et al., 2013) werden psychotische patiënten met PTSS gerandomiseerd over twee condities: *prolonged exposure* (PE; $n = 5$) of EMDR ($n = 5$). Behandeling was gericht op PTSS-symptomen en patiënten ontvingen twaalf wekelijkse sessies van 90 minuten. Beide groepen verbeterden significant op de PTSS-symptomen en dit effect werd behouden tot drie maanden na behandeling.

Door dezelfde groep onderzoekers werd een grote RCT gedaan met 155 patiënten met psychotische stoornissen (schizofrenie of schizo-affectieve stoornis) en een comorbide PTSS (van den Berg et al., 2015). Patiënten werden gerandomiseerd en ontvingen ofwel PE ($n = 53$), ofwel EMDR ($n = 55$), ofwel werden eerst geplaatst op een wachtlijstcontroleconditie ($n = 47$). Patiënten ontvingen gedurende acht weken elke week een sessie van 90 minuten. In beide actieve behandelcondities verbeterden patiënten significant in vergelijking met de controleconditie op PTSS-maten gemeten met de *Clinician-Administered PTSD Scale*; (CAPS; Weathers et al., 1999) en de *Posttraumatic Cognition Inventory* (PTCI; Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999). Tussen de actieve behandelcondities werden geen verschillen gevonden. In een verdere analyse van de data van deze studie door de Bont en collega's (2016) werd gekeken naar de intensiteit van paranoïde gedachten (gemeten met de *Green et al. Paranoid Thought Scales* (GPTS); Green et al., 2008). In beide behandelgroepen verbeterden patiënten significant ten opzichte van de wachtlijstconditie. Tevens stegen de classificaties 'in remissie' in vergelijking met de wachtlijstconditie. In een analyse door Van Minnen en collega's (2016) van een subgroep van 108 patiënten werd de effectiviteit van beide actieve traumabehandelingen vergeleken bij patiënten met een psychose met of zonder het dissociatieve subtype van PTSS. Hoewel patiënten met het comorbide dissociatieve subtype van PTSS tijdens de voormeting significant ernstigere symptomen ervoeren, werd op de nameting geen verschil meer gevonden met patiënten zonder het dissociatieve subtype PTSS.

EMDR BIJ GECompliceerde ROUW

.....

In een klinische studie bij 85 patiënten met symptomen van gecompliceerde rouw en PTSS na het gewelddadige verlies van een dierbare werd in een randomized controlled cross-over design de combinatie van EMDR en CGT vergeleken met een wachtlijstcontrolegroep (van Denderen, de Keijser, Stewart, & Boelen, 2018). Hoewel rouw zich in eerste instantie kenmerkt door intens verlangen en zoekgedrag naar de overleden dierbare, en door ongelof over diens overlijden, is er ook een aantal kenmerken dat overeenkomt met PTSS-symptomen, zoals herbelevingen en vermijding (Boelen, van den

Hout, & van den Bout, 2006; Prigerson, Frank et al., 1995). Rouw werd gemeten met de *Inventory of Complicated Grief* (ICG; Prigerson, Maciejewski et al., 1995) en de PTSS-gerelateerde symptomen met de *Impact of Events Scale* (IES; Horowitz et al., 1979). Verwacht werd dat de combinatie van EMDR en CGT tot een grotere afname zou leiden van zowel gecompliceerde rouw als PTSS dan deelname aan de wachtlijstconditie. Ook werd verwacht dat patiënten die eerst EMDR kregen en vervolgens CGT een sterkere daling in symptomen zouden laten zien dan de groep die eerst CGT en dan EMDR kreeg. Uit de resultaten bleek dat patiënten inderdaad een significante symptoomreductie lieten zien en dat dit onafhankelijk was van de volgorde van de ontvangen behandeling (EMDR met later CGT of CGT met later EMDR). Halverwege de behandelingen bleken vier sessies EMDR evenveel effect gesorteerd te hebben op een afname in gecompliceerde rouw en PTSS als vier sessies CGT.

EMDR ALS PREVENTIEVE INTERVENTIE NA HET MEEMAKEN VAN EEN TRAUMATISCHE ERVARING

.....

Een gecontroleerde studie laat zien dat EMDR een zinnige interventie kan zijn als het binnen 48 tot 96 uur wordt ingezet na een traumatische situatie op het werk, zoals bij treinconducteurs, brandweerlieden, politie en bankmedewerkers. In deze RCT (Tarquinio et al., 2016) werden 60 werknemers die zeer recent een traumatische gebeurtenis op het werk hadden meegemaakt gerandomiseerd over drie condities: (1) *debriefing*, (2) EMDR binnen 48 uur, en (3) EMDR binnen 96 uur na het trauma. Beide EMDR-condities waren duidelijk effectiever dan debriefing. Na drie maanden had niemand PTSS in beide EMDR-behandelingscondities, in tegenstelling tot de debriefingconditie. Een kritische kanttekening hierbij is dat eerder uit een meta-analyse is gebleken dat de gekozen debriefing (*critical incident stress debriefing*; CISD) niet effectief is als preventief middel. Zo bleken PTSS-gerelateerde en andere klachten niet te verminderen en soms zelfs erger te worden na CISD, terwijl dit niet werd gevonden bij andere interventies (van Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch, & Emmelkamp, 2002). Het blijft hierdoor onduidelijk in hoeverre deelnemers echt profiteerden van de EMDR of dat deelnemers die CISD ontvingen hierdoor een symptoomverergering ervoeren.

CONCLUSIE

.....

Het bespreken van de verschillende, voor een groot deel gecontroleerde studies naar het effect van EMDR als behandelinterventie bij andere stoornissen dan PTSS geeft een goed overzicht over de huidige stand van zaken. Hoewel er in de afgelopen jaren veel onderzoek is gedaan naar de effecten

en het mechanisme van EMDR, is onze conclusie dat er tot op heden weinig evidentie is dat EMDR als *stand-alone* behandeling effectief is bij andere stoornissen of problemen dan PTSS.

Op het gebied van angststoornissen zijn de resultaten gemengd. Op basis van het onderzoek dat is gedaan bij specifieke fobieën is er geen overtuigend bewijs dat EMDR als een effectieve behandelinterventie gezien kan worden. In de meeste gecontroleerde studies is exposure in vivo effectiever dan EMDR (Muris & Merckelbach, 1997; Muris et al., 1997, 1998).

Ook bij andere angststoornissen zijn de resultaten minder eenduidig dan vaak in de klinische praktijk wordt verondersteld. Zo werd in de studies naar paniekstoornis met agorafobie gevonden dat EMDR het duidelijk beter doet dan een wachtlijstcontroleconditie (Feske & Goldstein, 1997), maar in een latere studie is EMDR niet effectiever dan een placebo-controlegroep (Goldstein et al., 2000). Hoewel de studie van Horst en collega's (2017) gunstige resultaten laat zien voor EMDR, zijn de groepen aan het begin van de behandeling op een aantal relevante maten (zoals gebruik van antidepressiva) niet vergelijkbaar. Verder worden de hypothesen zoals vermeld in het Trial Register ten gunste van de effectiviteit van EMDR niet bevestigd.

Wat betreft sociale angst zijn er geen gecontroleerde studies gedaan naar de effecten van EMDR. Wel is er één studie (Staring et al., 2016) gedaan naar de effecten van EMDR vergeleken met *Competitive Memory Training* (COMET; Korrelboom, 2011) bij cliënten met zowel een angststoornis als een negatief zelfbeeld. In de vergelijking met COMET (Korrelboom, 2011) resulteert EMDR niet in een positieve verandering van het negatieve zelfbeeld van patiënten, terwijl de COMET-behandeling wel resulteert in een positieve verandering. De tweede studie die zich richtte op een negatief zelfbeeld bij verschillende stoornissen waarbij negatief zelfbeeld primair was, liet zien dat de CGT-conditie tot betere resultaten leidde dan EMDR, aangezien deelnemers meer sociale contacten opbouwden en minder stress ervoeren tijdens sociale contacten (Griffioen et al., 2017). De effecten van EMDR waren ook op de belangrijkste uitkomstmaat enigszins beperkt, want cliënten konden niet als hersteld beschouwd worden, omdat ze qua klachten niet boven de cut-offscore kwamen, in tegenstelling tot de CGT-conditie.

Iets hoopgevender zijn de resultaten van een eerste RCT bij OCS (Marsden et al., 2017). De EMDR was gericht op de obsessies en compulsies in het huidige leven, in het verleden en toekomstige rampscenari's. Uit de resultaten bleek dat EMDR en exposure-en-responspreventie tot even goede resultaten leidden.

Ook op het gebied van somatisch-symptoomstoornissen, met name bij chronische (rug)pijn, worden positieve resultaten gevonden voor het gebruik van EMDR in de behandeling (Brennstuhl et al., 2017; Gerhardt et al., 2016). Patiënten profiteerden meer van EMDR dan van TAU en gaven aan beter te kunnen functioneren.

Op het gebied van middelgebruik zijn er slechts twee gecontroleerde studies gedaan, beide naar alcoholverslaving, waarbij in eerste instantie comorbide PTSS is behandeld (Perez-Dandieu & Tapia, 2014) en slechts in één studie de EMDR ook verslavingssymptomen (craving) als target neemt (Hase et al., 2008). PTSS-symptomen werden succesvol behandeld en ook de craving werd minder door de behandeling met EMDR. Echter, het is niet duidelijk of EMDR ook resulteerde in reductie van het alcoholgebruik, toch wel de belangrijkste uitkomstmaat als het gaat om verandering van middelgebruik. Tot op heden zijn er geen verdere onderzoeken gepubliceerd naar het gebruik van EMDR bij middelgebruik.

Op het gebied van de affectieve stoornissen zijn de resultaten gemengd. Bij unipolaire stoornissen zijn meerdere gecontroleerde studies gedaan en zijn de effecten eenduidiger dan bij bipolaire stoornissen. Zo blijkt dat met EMDR + TAU positievere effecten bereikt worden dan alleen met TAU (Hase et al., 2015) en dat EMDR tot betere resultaten leidt dan een wachtlijstconditie (Behnammoghadam et al., 2015). Bij een andere studie werden positieve resultaten gevonden ook in vergelijking met CGT (Ostacoli et al., 2018). Er is slechts één gecontroleerde studie (Novo et al., 2014) waarin de effecten van EMDR bij een bipolaire stoornis onderzocht werden. Hoewel de resultaten bij de nameting veelbelovend lijken, zijn de gevonden effecten niet meer significant bij follow-up.

Bij behandeling van psychotische stoornissen is EMDR met name gericht op de behandeling van comorbide PTSS (de Bont, van den Berg et al., 2013; van den Berg et al., 2015), maar ook als er specifiekere analyses worden gedaan naar psychotische symptomen (de Bont et al., 2016; Kim et al., 2010), zoals paranoia, worden deze symptomen minder door EMDR. Dit is wederom niet specifiek voor EMDR, want deze verminderingen traden ook op in de CGT-conditie.

In een eerste studie naar gecompliceerde rouw werd EMDR toegevoegd aan CGT en ook hier werden veelbelovende resultaten bereikt (van Denderen et al., 2018). EMDR is echter niet als een *stand-alone* behandeling ingezet. Nader onderzoek moet in de toekomst uitwijzen of EMDR een geschikte behandelinterventie voor gecompliceerde rouw kan zijn.

Een interessant onderzoek met EMDR als preventiemaatregel na het meemaken van een traumatische ervaring laat veelbelovende resultaten zien (Tarquinio et al., 2016). Verder onderzoek zal uitwijzen of EMDR ook in vergelijking tot een effectief gebleken interventie goed naar voren komt. Wellicht kan EMDR dan als een preventieve maatregel ingezet worden bij mensen die beroepsmatig veel in aanraking komen met schokkende gebeurtenissen.

Opvallend bij het onderzoek naar EMDR is dat deze interventie zich bij bijna alle stoornissen richt op traumatische ervaringen (Behnammoghadam et al., 2015; de Bont, van den Berg et al., 2013; Novo et al., 2014). Dit lijkt in de meeste gevallen ook tot de gewenste verbetering te leiden. Dat is anders op het moment dat er een meer theoretische achtergrond wordt aangedragen, zoals bij een negatief zelfbeeld, waarbij het ontstaan van ontwrichtende

kernopvattingen gezien wordt als gevolg van het meemaken van een aantal zeer negatieve ervaringen (de Jongh & ten Broeke, 2013) en de EMDR zich vervolgens richt op deze ervaringen. Op het moment dat EMDR een werkzame component is binnen een behandeling, is er sprake van een traumatische ervaring binnen een problematiek of er is sprake van intrusieve beelden, zoals bij OCS (Marsden et al., 2017).

Samenvattend kan worden gesteld dat, 'linksom of rechtsom', de enige stoornis waarbij EMDR als behandelinterventie geïndiceerd lijkt tot op heden PTSS is. Opvallend is dat er veel onderzoek gedaan is naar EMDR, maar dat EMDR dan niet altijd vergeleken werd met de state of the art evidence-based behandeling voor die stoornis. Wel zijn er een aantal veelbelovende RCT's gedaan (bijvoorbeeld bij unipolaire stoornissen, somatisch-symptoomstoornissen en OCS), die de hoop geven dat EMDR op lange termijn een waardevolle bijdrage aan de behandeling van deze stoornissen kan leveren, maar dat zal eerst in goed gecontroleerd onderzoek verder onderzocht moeten worden. Echter, op dit moment kan de populariteit van het toepassen van EMDR in de dagelijkse klinische praktijk bij andere stoornissen dan PTSS niet onderbouwd worden door overtuigende bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast kan geconcludeerd worden dat bij andere stoornissen dan PTSS beter eerst de behandeling van eerste keuze van de behandelrichtlijnen kan worden opgevolgd en niet EMDR.

Katharina Meyerbröker is verbonden aan de Universiteit Utrecht, afdeling Klinische Psychologie en aan het Academisch Angstcentrum Altrecht.

Paul Emmelkamp is klinisch psycholoog en emeritus hoogleraar Klinische Psychologie aan de Universiteit van Amsterdam.

Maarten Merckx is werkzaam voor de HSK Groep.

Correspondentieadres: Katharina Meyerbröker, Universiteit Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen, Klinische Psychologie, Heidelberglaan 1, 3584 CS Utrecht.
E-mail: K.Meyerbroker@uu.nl.

Summary *Effectiveness of EMDR in disorders and problems other than PTSD: A literature review*

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is a well investigated treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD). In clinical practice EMDR is often used as a method to treat different disorders, while scientific basis is unclear. In this article, we reviewed the scientific evidence for EMDR as a treatment method for other disorders and problems than PTSD. From this review it becomes clear that EMDR has not been effective in the treatment of other disorders and problems than PTSD. There are a few studies in which limited effects have been found for the effectiveness of EMDR. The conclusion from this review is that there is no robust scientific evidence for EMDR as a treatment in other disorders and problems than PTSD.

Keywords *EMDR, anxiety disorders, mood disorders, obsessive-compulsive disorder, somatic-symptom disorder, substance-related disorders*

Literatuur

- Abel, N. J., & O'Brien, J. M. (2010). EMDR Treatment of comorbid PTSD and alcohol dependence: A case example. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4, 50-57.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR, 4th ed., text revision)*. Washington, D.C.: Author.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1993). *Beck Depression Inventory-II (BDI-II): Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory – Second edition: Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Behnammoghadam, M., Alamdari, A., Behnammoghadam, A., & Darban, F. (2015). Effect of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) on depression in patients with myocardial infarction (MI). *Global Journal of Health Science*, 7, 258-262.
- Boelen, P. A., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 109-128.
- Brennstuhl, M., Bassan, F., & Tarquinio, C. (2017). Use of an eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in chronic pain management: Case study. *Pratiques psychologiques*, 22, 17-29.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J., & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35-44.
- Chen, Y. R., Hung, K. W., Tsai, J. C., Chu, H., Chung, M. H., Chen, S. R., ... Chou, K. R. (2014). Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with posttraumatic-stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*, 9, e103676.
- Chen, L., Zhang, G., Hu, M., & Liang, X. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203, 443-451.
- Corah, N. L. (1969). Development of a Dental Anxiety Scale. *Journal of Dental Research*, 48, 596-596.
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., ... Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128-141.
- de Bont, P. A. J. M., van den Berg, D. P. G., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van der Gaag, M., & van Minnen, A. M. (2016). Prolonged exposure and EMDR for PTSD v. a PTSD waiting-list condition: Effects on symptoms of psychosis, depression and social functioning in patients with chronic psychotic disorders. *Psychological Medicine*, 46, 2411-2421.
- de Bont, P. A. J. M., van den Berg, D. P. G., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., Mulder, C. L., Becker, E. S., ... van Minnen, A. (2013). A multi-site single blind clinical study to compare the effects of prolonged exposure, eye movement desensitization and reprocessing and waiting list on patients with a current diagnosis of psychosis and co morbid post traumatic stress disorder: Study protocol. *Trials*, 14, 1-19.

- de Bont, P. A. J. M., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2013). Treating PTSD in patients with psychosis: A within-group controlled feasibility study examining the efficacy and safety of evidence-based PE and EMDR protocols. *Behavior Therapy*, 44, 717-730.
- de Jongh, A. D., Holmshaw, M., Carswell, W., & van Wijk, A. (2011). Usefulness of a trauma-focused treatment approach for travel phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 124-137.
- de Jongh, A., & ten Broeke, E. (2013). *Handboek EMDR: Een geprotocolleerde behandelmethode voor de gevolgen van psychotrauma*. Amsterdam: Pearson Benelux.
- de Vries, J., & van Heck, G. L. (1995). *The Dutch version of the WHOQOL-100 (In Dutch: De Nederlandse versie van de WHOQOL-100)*. Tilburg: Tilburg University.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). The SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacological Bulletin*, 9, 13-28.
- Doering, S., Ohlmeier, M. C., de Jongh, A., Hofmann, A., & Bisping, V. (2013). Efficacy of a trauma-focused treatment approach for dental phobia: A randomized clinical trial. *European Journal of Oral Sciences*, 121, 584-593.
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J., & Emmelkamp, P. M. G. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical Psychology Review*, 34, 645-657.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., Dek, E. C. P., Giele, C. L., van der Wiele, J. W., Reijnen, M. J., & van Roij, B. (2011). Reducing vividness and emotional intensity of recurrent 'flashforwards' by taxing working memory: An analogue study. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 599-603.
- Engelhard, I., van Uijen, S., & van den Hout, M. (2010). The impact of taxing working memory on negative and positive memories. *European Journal of Psychotraumatology*. doi: 10.3402/ejpt.v1i0.5623
- Farima, R., Dowlatabadi, S., & Behzadi, S. (2015). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in reducing pathological worry in patients with generalized anxiety disorder: A preliminary study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 33-43.
- Feske, U., & Goldstein, A. J. (1997a). Eye movement desensitization and reprocessing treatment for panic disorder: A controlled outcome and partial dismantling study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1026-1035.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PCTI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.
- Franck, E., De Raedt, R., Barbez, C., & Rosseel, Y. (2008). Psychometric properties of the Dutch Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychologica Belgica*, 48, 25-35.
- Gerhardt, A., Leisner, S., Hartmann, M., Janke, S., Seidler, G. H., Eich, W., & Tesarz, J. (2016). Eye movement desensitization and reprocessing vs. treatment-as-usual for non-specific chronic back pain patients with psychological trauma: A randomized controlled pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 201.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldstein, A. J., de Beurs, E., Chambless, D. L., & Wilson, K. A. (2000). EMDR for panic disorder with agoraphobia: Comparison with waiting list and

- credible attention-placebo control conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 947-956.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleishmann, R. L., Hill, C. L., ... Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Green, C. E. L., Freeman, D., Kuipers, E., Bebbington, P., Fowler, D., Dunn, G., & Garety, P. A. (2008). Measuring ideas of persecution and social reference: The Green et al. Paranoid Thought Scales (GPTS). *Psychological Medicine*, 38, 101-111.
- Griffioen, B. T., van der Vegt, A. A., de Groot, I. W., & de Jongh, A. (2017). The effect of EMDR and CBT on low self-esteem in a general psychiatric population: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 8, 1910.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hase, M., Balmaceda, U. M., Hase, A., Lehnung, M., Tuman, V., Huchzermeyer, C., & Hofmann, A. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of depression: A matched pairs study in an inpatient setting. *Brain and Behavior*, 5, e00342.
- Hase, M., Schallmayer, S., & Sack, M. (2008). EMDR reprocessing of the addiction memory: Pretreatment, posttreatment, and 1-month follow-up. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 170-179.
- Hofmann, A., Hilgers, A., Lehnung, M., Liebermann, P., Ostacoli, L., Schneider, W., & Hase, M. (2014). Eye movement desensitization and reprocessing as an adjunctive treatment of unipolar depression: A controlled study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 103-112.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Horst, F., den Ouden, B., Zijlstra, W., de Jongh, A., Lobbastael, J., & de Vries, J. (2017). Cognitive behavioral therapy vs. eye movement desensitization and reprocessing for treating panic disorder: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 8, 1409.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., & Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kim, D., Choi, J., & Kim, S. (2010). A pilot study of brief eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for treatment of acute phase schizophrenia. *Korean Journal of Biological Psychiatry*, 17, 94-102.
- Kleinknecht, R. A., Klepac, R. K., & Alexander, L. D. (1973). Origins and characteristics of fear of dentistry. *Journal of the American Dental Association*, 86, 842-848.
- Korrelboom, K. (2011). *COMET voor negatief zelfbeeld*. Houten: Bohn Staf-leu van Loghum.
- Lee, C. W., & Cuijpers, P. (2013). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 231-239.
- Logie, R. D. J., & de Jongh, A. (2014). The 'flashforward procedure': Confronting the catastrophe. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 25-32.
- Marich, J. (2010). Eye movement desensitization and reprocessing in addiction continuing care: A phenomenological study of women in recovery. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24, 498-507.
- Markus, W., & Hornsveid, H. (2017). EMDR interventions in addiction. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11, 3-29.

- Marr, J. (2012). EMDR treatment of obsessive-compulsive disorder: Preliminary research. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6, 2-15.
- Marsden, Z. (2016). EMDR treatment of obsessive-compulsive disorder: Three cases. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10, 91-103.
- Marsden, Z., Lovell, K., Blore, D., Ali, S., & Delgadillo, J. (2017). A randomized controlled trial comparing EMDR and CBT for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25, 10-18.
- McLellan, A. T., Luborsky, L. O., O'Brien, C. P., & Woody, G. E. (1980). An improved evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 168, 26-33.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Molina, S., & Borkovec, T. D. (1994). The Penn State Worry Questionnaire: Psychometric properties and associated characteristics. In G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Wiley series in clinical psychology. Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 265-283). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Muris, P., & Merckelbach, H. (1997). Treating spider phobics with eye movement desensitization and reprocessing: A controlled study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 39-50.
- Muris, P., Merckelbach, H., Holdrinet, I., & Sijsenaar, M. (1998). Treating phobic children: Effects of EMDR versus exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 193-198.
- Muris, P., Merckelbach, H., van Haften, H., & Mayer, B. (1997). Eye movement desensitisation and reprocessing versus exposure in vivo: A single-session crossover study of spider-phobic children. *British Journal of Psychiatry*, 171, 82-86.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder*. Retrieved from www.nice.org.uk/guidance/ng116
- Nazari, H., Momeni, N., Jariani, M., & Tarrahi, M. J. (2011). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing with citalopram in treatment of obsessive compulsive disorder. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15, 270-274.
- Newman, M. G. (2000). Recommendations for a cost-offset model of psychotherapy allocation using generalized anxiety disorder as an example. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 549-555.
- Novo, P., Landin-Romero, R., Radua, J., Vicens, V., Fernandez, I., Garcia, F., ... Amann, B. L. (2014). Eye movement desensitization and reprocessing therapy in subsyndromal bipolar patients with a history of traumatic events: A randomized, controlled pilot-study. *Psychiatry Research*, 219, 122-128.
- Oren, E., & Solomon, R. (2012). EMDR therapy: An overview of its development and mechanisms of action. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 62, 197-203.
- Ostacoli, L., Carletto, S., Cavallo, M., Baldomir-Gago, P., Di Lorenzo, G., Fernandez, I., ... Hofmann, A. (2018). Comparison of eye movement desensitization reprocessing and cognitive behavioral therapy as adjunctive treatments for recurrent depression: The European Depression EMDR Network (EDEN) randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 9, 74.
- Perez-Dandieu, B., & Tapia, G. (2014). Treating trauma in addiction with EMDR: A pilot study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46, 303-309.

- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., ... Kupfer, D. J. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152, 22-30.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsum, J. T., Fasiczka, A., ... Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Staring, A. B. P., van den Berg, D. P. G., Cath, D. C., Schoorl, M., Engelhard, I. M., & Korrelboom, C. W. (2016). Self-esteem treatment in anxiety: A randomized controlled crossover trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) versus competitive memory training (COMET) in patients with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 82, 11-20.
- Sullivan, M., Bishop, S., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7, 524-532.
- Tarquinio, C., Rotonda, C., Houllé, W. A., Montel, S., Rydberg, J. A., Minary, L., ... Alla, F. (2016). Early psychological preventive intervention for workplace violence: A randomized controlled explorative and comparative study between EMDR-recent event and critical incident stress debriefing. *Issues in Mental Health Nursing*, 37, 787-799.
- Tefft, A. J., & Jordan, I. O. (2016). Eye movement desensitization reprocessing as treatment for chronic pain syndromes: A literature review. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 22, 192-214.
- Tesarz, J., Leisner, S., Gerhardt, A., Janke, S., Seidler, G. H., Eich, W., & Hartmann, M. (2014). Effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment in chronic pain patients: A systematic review. *Pain Medicine*, 15, 247-263.
- Triscari, M. T., Faraci, P., Catalisano, D., D'Angelo, V., & Urso, V. (2015). Effectiveness of cognitive behavioral therapy integrated with systematic desensitization, cognitive behavioral therapy combined with eye movement desensitization and reprocessing therapy, and cognitive behavioral therapy combined with virtual reality expo. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2591-2598.
- van Balkom, A. L. J. M., van Vliet, I. M., Emmelkamp, P. M. G., Bockting, C. L. H., Spijker, J., Hermens, M. L. M., ... namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie): Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis: Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- van den Berg, D. P. G., de Bont, P. A. J. M., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for post-traumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder. *JAMA Psychiatry*, 72, 259-267.
- van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., Smeets, M. A. M., Hornsvelt, H., Hoozeveld, E., de Heer, E., ... Rijkeboer, M. (2010). Counting during recall: Taxing of working memory and reduced vividness and emotionality of negative memories. *Applied Cognitive Psychology*, 24, 303-311.

- van Denderen, M., de Keijser, J., Stewart, R., & Boelen, P. A. (2018). Treating complicated grief and posttraumatic stress in homicidally bereaved individuals: A randomized controlled trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25, 497-508.
- van Emmerik, A. A. P., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., & Emmelkamp, P. M. G. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *Lancet*, 360, 766-771.
- van Minnen, A., van der Vleugel, B. M., van den Berg, D. P. G., de Bont, P. A. J. M., de Roos, C., van der Gaag, M., & de Jongh, A. (2016). Effectiveness of trauma-focused treatment for patients with psychosis with and without the dissociative subtype of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 209, 347-348.
- van Rens, L. W. J., de Weert-van Oene, G. H., & van Oosteren, A. A. (2012). Clinical treatment of posttraumatic stress disorder in patients with serious dual diagnosis problems. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 383-388.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993, October). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility*. Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.
- Weathers, F. W., Ruscio, A. M., & Keane, T. M. (1999). Psychometric properties of nine scoring rules for the Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale. *Psychological Assessment*, 11, 124-133.
- Wood, E., Ricketts, T., & Parry, G. (2017). EMDR as a treatment for long-term depression: A feasibility study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91, 63-78.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zweben, J., & Yeary, J. (2008). EMDR in the treatment of addiction. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 8, 115-127.

De tanden in ARFID!¹

SANDRA MULKENS

Samenvatting

ARFID is de afkorting van *avoidant/restrictive food intake disorder* (vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis), een 'nieuwe' diagnose, die in 2013 haar intrede deed in het diagnostisch handboek DSM-5. Voordien bestond de ziekte ook al – weliswaar onder vele verschillende benamingen – en meende men dat de aandoening alleen bij kinderen voorkwam. ARFID is nog relatief onbekend wat betreft oorzaken, instandhouding en behandelingsmogelijkheden, maar mag zich verheugen in een stijgende belangstelling. De leeropdracht 'Voedings- en eetstoornissen' heeft als doel ARFID op de kaart te zetten en te zorgen voor (meer) onderzoek naar alle aspecten ervan: het vóórkomen, de subtypen, het ontstaan, de instandhouding en de behandeling.

Trefwoorden: ARFID, vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis, DSM-5, cognitieve gedragstherapie, voedings- en eetstoornissen

INLEIDING

In de jaren tachtig ging ik met mijn ouders en broer elke zondag op bezoek bij oma en opa, vaak die van beide kanten. In beide huizen was er elke zondag vlaai, zoals dat in onze regio de gewoonte is. Bij één oma en opa was dat doorgaans vlaai van de bakker, maar de andere oma bakte zelf. Die oma had tijdens de oorlog veel ontberingen doorgemaakt en verstond de kunst om van heel weinig toch iets te maken. Ze had beslist geen gat in de hand en be-

- 1 Deze bijdrage is een enigszins aangepaste versie van de oratie die Sandra Mulkens uitsprak op 12 april 2019. Zij is sinds 1 april 2018 bijzonder hoogleraar Voedings- en eetstoornissen aan de Universiteit Maastricht. Deze leerstoel werd ingesteld door SeysCentra, behandelcentrum voor kinderen en jeugdigen met eetproblematiek en onzindelijkheid, en is ondergebracht bij de Faculty of Health, Medicine, and Life Sciences van de Universiteit Maastricht.

waarde alles om het later nog eens te gebruiken. Bij haar zuinigheid hoorde ook dat ze de vlaai maakte van fruit en groente uit eigen tuin. Meestal was de vlaai erg lekker, bijvoorbeeld als er appels in waren verwerkt. Maar soms was er rabarbervlaai. Ik vond hem afschuwelijk. De gekookte rabarber had zo'n weeïge, vieze smaak. Maar dat durfde ik niet tegen oma te zeggen. In plaats daarvan deed ik mijn uiterste best om, weliswaar met lange tanden, mijn bordje leeg te eten. Ik perste er daarna vaak nog een 'lekker, oma!' uit, om haar niet voor het hoofd te stoten. Met als gevolg dat ik prompt nog een stuk kreeg. Het mechanisme daarachter leerde ik later kennen, tijdens mijn studie gedragswetenschappen: positieve bekrachtiging doet daaraan voorafgaand gedrag toenemen. Mijn oma was verheugd dat ik haar vlaai schijnbaar zo lekker vond. Hartelijk als ze was, vroeg ze niet eens of ik nog een extra stuk wilde, maar kieperde het gewoon op mijn bord. En dat at ik dan, kieskauwend en grimlachend, maar weer op.

Waarom vertel ik dit? Deels omdat ik op deze plek graag mijn oma en ook mijn peettante wil memoreren. En deels omdat het een aardig bruggetje is naar ARFID, het onderwerp van deze rede. Het is mijn bedoeling dat u aan het einde van deze rede weet wat ARFID is, waarom het een ernstig probleem is en wat de stand van zaken is met betrekking tot de behandeling ervan. Met andere woorden: ik wil u ervan overtuigen dat, waarom en hoe de tanden in ARFID gezet dienen te worden. Ik streef ernaar dat mijn rede begrijpelijk overkomt. Ook wie minder bekend is met onderzoek, diagnostiek en therapie moet straks weten waarover mijn oratie ging. Voor mij is belangrijk dat ARFID in de schijnwerpers komt te staan en voortaan geen grote onbekende meer is. Want ARFID is een nieuwe ster aan het firmament. Het is een nieuwe naam, beter gezegd een afkorting, voor een eetstoornis die overigens niet helemaal nieuw is.

WAT IS ARFID NIET?

.....

Als u aan eetstoornissen denkt, is waarschijnlijk het eerste wat in u opkomt: anorexia nervosa. Onze aandacht wordt, onder andere door de media, heel erg gericht op dit soort extreme ziektebeelden. Anorexia nervosa is inderdaad een ernstige eetstoornis, die veel losmaakt en ook de meest dodelijke is van alle eetstoornissen (Hoek, 2006). Echter, van alle eetstoornissen komt anorexia nervosa het minst vaak voor (Lindvall Dahlgren, Wisting, & Rø, 2017). Boulimia nervosa (de eetstoornis waarbij de betrokkene last heeft van eetbuien maar daarvoor compenseert door te braken of laxeermiddelen te gebruiken) en de eetbuiestoornis (waarbij de betrokkene eetbuien heeft maar daarvoor *niet* compenseert, wat vaak leidt tot overgewicht) komen vaker voor en zijn in feite niet minder ernstig. Omdat personen die aan boulimia nervosa lijden meestal een normaal gewicht hebben (je ziet er niets van), is er veel verborgen leed.

ARFID is iets anders dan anorexia nervosa, maar er zijn wel raakvlakken. Mensen die lijden aan anorexia nervosa hebben ondergewicht en een grote angst om te eten vanwege een hevige angst om aan te komen en daarover geen controle te hebben. Zij proberen dit ‘niet aankomen’ voor elkaar te krijgen door ofwel structureel heel weinig of selectief te eten, ofwel door maatregelen te nemen om zich van de gegeten calorieën te ontdoen, bijvoorbeeld door te purgeren (overgeven of laxeermiddelen gebruiken) (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014). Niet of selectief eten hebben anorexia nervosa en ARFID met elkaar gemeen, en ook bij ARFID kan er sprake zijn van ondergewicht. Echter, bij ARFID is er geen sprake van angst om aan te komen in gewicht en om de controle te verliezen over eten en gewicht. Er is bij ARFID geen probleem met het lichaamsbeeld.

ARFID is ook niet alleen maar ‘moeilijk eten’ of allerlei eten ‘niet lusten’. Wie jonge kinderen heeft, herkent wellicht het voedselgevecht met spinazie, broccoli of champignons. Geschat wordt dat 25-45% van de kinderen tussen 2 en 5 jaar problemen heeft met eten of voedselweigering, maar de meerderheid groeit daar doorgaans overheen (Mayes, Volkmar, Hook, & Cicchetti, 1993; Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2017). Sterker nog, doorgaans zijn er meerdere proefsessies nodig voordat een kind aan nieuw eten is gewend, gemiddeld wel zeven, en het heeft kunnen besluiten of het het lust. De hoeveelheid sessies is afhankelijk van de leeftijd van het kind en het type eten (zie bijvoorbeeld: Birch & Marlin, 1982; Horne et al., 2004).

DE VELE GEZICHTEN VAN ARFID

.....

ARFID staat voor ‘avoidant/restrictive food intake disorder’. In het Nederlands klinkt dit eetprobleem evenwel nog langer, namelijk ‘vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis’ (APA, 2014). Dat valt al helemaal niet goed af te korten. VRVIS ‘bekt gewoon niet zo lekker’ als ARFID. Wat de term beoogt aan te duiden is: iemand vermijdt eten en/of beperkt zich tot het eten van *bepaalde* voeding, en dat veroorzaakt problemen. Aan de hand van onderstaande zes casussen wil ik een duidelijker beeld schetsen van ARFID.

De 3-jarige Marie is te vroeg geboren en heeft altijd een sondeslang gehad. Ze heeft nooit geleerd oraal te eten. Haar ouders hebben van alles geprobeerd om haar zover te krijgen, maar het lukt hen niet. Marie weigert via de mond te eten. Ze houdt gewoon haar kaken op elkaar of begint te kokhalzen. Haar ouders zijn ten einde raad wanneer zij aankloppen bij de kinderarts.

Roy is 7. Hij houdt van voetbal, maar kan niet goed meetrainen. Hij voelt zich vaak te zwak en te duizelig. Dat komt doordat hij te weinig eet. Eigenlijk heeft hij nooit honger. Nooit gehad ook. Hij zou vergeten te eten als zijn ouders hem niet steeds

hielpen herinneren. Als hij iets eet, zit hij bovendien al snel 'vol'. Volgens de arts groeit hij onvoldoende en mist hij ook belangrijke voedingsstoffen.

Sanne is 13 jaar en altijd een moeilijke eter geweest. Door de jaren heen werd het keuzepalet aan voedingsmiddelen die zij wilde eten steeds kleiner. Beigebuin en krokant, dat is zowat het enige wat Sanne verdraagt. Dat betekent in de praktijk: friet, kipnuggets en kroketten. Haar ouders koken apart voor haar en zijn al blij wanneer ze in elk geval *iets* eet. Inmiddels heeft Sanne echter behoorlijk overgewicht ontwikkeld. Op het oog lijkt ze een lekkerbek, maar niets is minder waar.

Johan is 18 jaar en heeft een autismespectrumstoornis. Eten gaat goed zolang het in zijn mond oké aanvoelt. Voedsel met een vreemde smaak, kleur of *bite* gaat er niet in. Hij zal niet snel iets nieuws proberen. Sinds kort studeert hij. Zijn eetgewoonten zorgen voor grote problemen: thuis, op school en met zijn vriendin.

Bo is 25. Ze eet alleen maar rauwe, extreem gezonde dingen en is heel bang voor eten dat niet biologisch geteeld is. Dat eet ze niet omdat zij denkt dat het haar ziek zal maken. Inmiddels mist zij essentiële voedingsstoffen en is zij erg afgefallen. Haar BMI is nog maar 17. Voor Bo zelf is haar eetpatroon evident.

Ria (40 jaar) was altijd een redelijk normale eter. Exotische ingrediënten vermeed ze wel, maar dat was nooit een echt probleem. Op vakantie nam ze haar eigen eten mee. Wel was ze altijd wat bezorgd aangelegd. Als er iets speelde, reageerde zij lichamelijk: ze kon dan geen hap door de keel krijgen. Een tijd geleden verslikte zij zich in een tuinboon. Het leek alsof ze stikte. Omdat ze deze enorm angstige ervaring nooit meer wil meemaken, eet ze sindsdien alleen nog maar vloeibaar voedsel: milkshakes, appelmoes, pap, maaltijdsoup, gepureerd eten. Uit eten gaat ze niet meer. Ze voelt zich ook steeds somberder en eenzamer.

Deze casussen passen allemaal bij ARFID en tonen de vele gezichten van dit eetprobleem. Hoe zit dat nu precies? ARFID is pas in 2013 als diagnose opgenomen in de vijfde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). Dit was 6 jaar nadat de DSM-5-werkgroep Eetstoornissen was gestart met de herziening van de categorieën 'voedingsstoornissen' en 'eetstoornissen' uit de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Aan deze werkgroep namen twaalf deskundigen deel, onder wie één Nederlander, psychiater Hans Wijbrand Hoek. De DSM-5 beschrijft de volgende voedings- en eetstoornissen: anorexia nervosa, boulimia nervosa, eetbuistoornis, pica, ruminatiestoornis, ARFID, andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis, en de ongespecificeerde voedings- of eetstoornis. Zie tabel 1 voor de DSM-5-criteria van ARFID.

TABEL 1 *DSM-5-criteria van ARFID*

250

A	Een eet- of voedingsstoornis (zoals een duidelijk gebrek aan interesse in eten of voedsel, vermijden van voedsel vanwege de sensorische kenmerken ervan, zorgen over de aversieve gevolgen van het eten) die blijkt uit een persisterend niet voorzien in de eigen voedings- en/of energiebehoeften, samenhangend met een (of meer) van de volgende kenmerken: 1 significant gewichtsverlies (of het niet bereiken van de te verwachten gewichtstoename, of achterblijvende groei bij kinderen); 2 significante voedingsdeficiëntie; 3 afhankelijkheid van enterale sondevoeding of orale voedingssupplementen; 4 een duidelijk interfereren met het psychosociale functioneren.
B	De stoornis kan niet beter worden verklaard doordat er te weinig voedingsmiddelen beschikbaar zijn of door een ermee samenhangende cultureel gesanctioneerde gewoonte.
C	De eetstoornis treedt niet uitsluitend op in het beloop van anorexia nervosa of boulimia nervosa en er zijn geen aanwijzingen voor een stoornis in de wijze waarop het lichaamsgewicht of de lichaamsvorm wordt ervaren.
D	De eetstoornis kan niet worden toegeschreven aan een gelijktijdig optredende somatische aandoening en kan niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis. Wanneer de eetstoornis zich voordoet binnen de context van een andere aandoening of stoornis, is de ernst van de eetstoornis groter dan wat normaal bij deze aandoeningen of stoornissen wordt gezien en is afzonderlijke aandacht gerechtvaardigd.

Specificeer indien:

In remissie: De betrokkene heeft voorheen volledig aan de criteria voor de vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis voldaan, maar voldoet inmiddels gedurende een langere periode aan geen van de criteria.

Voordat ARFID in 2013 in de DSM-5 verscheen, bestond het probleem vanzelfsprekend ook al. Het werd alleen anders genoemd. Bovendien dacht men dat het probleem uitsluitend bij kinderen voorkwam. De DSM-IV bijvoorbeeld beschreef 'voedings- en eetstoornissen op zuigelingen- of vroege kinderleeftijd', en hanteerde daarbij de volgende criteria:

- ▶ Voedingsstoornis waarbij betrokkene er nooit in slaagt voldoende te eten met een in significante mate uitblijven van gewichtstoename of een significant gewichtsverlies gedurende ten minste één maand.
- ▶ Het gedrag is niet het gevolg van een bijkomende maag-darmziekte of een somatische aandoening.
- ▶ De stoornis is niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis of door een tekort in beschikbaar voedsel.
- ▶ Het begin ligt vóór het zesde jaar.

VOORDELEN VAN DE DSM-5

.....

251

Ten opzichte van de DSM-IV heeft de DSM-5 een aantal voordelen. Dit illustreer ik aan de hand van mijn eerdere casuïstiek. Volgens de DSM-IV konden alleen Marie en Roy gediagnosticeerd worden met een eetprobleem. De andere casussen – met overgewicht, ouder dan 18, of met een latere start dan 6 jaar, zoals Sanne, Bo, Johan en Ria – waren niet bij een eetprobleem onder te brengen, tenzij bij een ‘eetstoornis niet anders omschreven’, de vergaarbak van eetproblemen die nergens goed bij passen. Ria zou wellicht de diagnose ‘specifieke fobie: angst om te stikken’ hebben gekregen. De criteria in de DSM-IV bleken dus te vaag, maar ook te smal. Er is dan ook weinig onderzoek gedaan naar deze stoornis. De nieuwe, uitgebreidere criteria in de DSM-5 bieden ons meer mogelijkheden, nu de ontstaansleeftijd ook na de kinderleeftijd kan liggen (Ria) en er geen associatie met ondergewicht hoeft te zijn: er kan sprake zijn van normaal gewicht (bijvoorbeeld als gevolg van sondevoeding) en zelfs overgewicht (Sanne).

Dat klinkt heel mooi en dat is het ook. Echter, de DSM wordt gebruikt om *psychische* stoornissen, zoals eetstoornissen, te classificeren. Problematisch bij ARFID is dat er een grote *somatische* component in zit of kan zitten. De lichamelijke problemen vallen het meest op en worden vaak gezien als het ernstigst. Om te constateren of er sprake is van ARFID is het inderdaad van belang dat de eetproblemen niet beter worden verklaard door een gelijktijdig optredende lichamelijke aandoening. En wanneer de eetstoornis zich voordoet binnen de context van een andere aandoening of stoornis, is het van belang te signaleren of de ernst van de eetstoornis groter is dan wat normaal bij deze aandoeningen of stoornissen wordt gezien en of afzonderlijke aandacht gerechtvaardigd is. Voedselweigering kan dus, behalve als ARFID-criterium, ook worden gezien als een symptoom vanuit een medisch perspectief. De kinderarts speelt een belangrijke rol als het gaat om vroege opsporing, opstellen van verwijzingscriteria, diagnostiek, behandeling en follow-up van kinderen die zich presenteren met afwijkend voedingsgedrag. Om onderscheid te kunnen maken tussen diverse soorten eetproblemen en eetstoornissen op diverse kinderleeftijden zijn in het verleden een aantal classificaties ontwikkeld, zoals de kindergeneeskundige indeling van Kindermann en Kneepkens (2010), de Wolfson-criteria (door kinderartsen met specialisatie maag-, darm- en leverziekten; Levy et al., 2009), de DSM-IV-criteria (APA, 2000), de DC:0-3R en DC:0-5 (Zero to Three, 2005, 2016), en de Great Ormond Street Hospital Criteria (Bryant-Waugh, 2000; Lask & Bryant-Waugh, 2000).

Het nadeel van alle classificatiemethoden is dat het eetprobleem steeds aan (een fase van) de kinderleeftijd gekoppeld wordt, maar ook dat er zo veel verschillende methoden zijn. Met de komst van DSM-5 beschrijven we het eetprobleem ARFID op één allesomvattende manier, is de leeftijdsres-

trictie losgelaten en kan ARFID dus ook gediagnosticeerd worden op latere leeftijd, bijvoorbeeld als gevolg van een traumatisch voorval. Artsen zijn dan ook blij met de komst van ARFID, zodat we samen door één bril naar een problematiek kunnen kijken die verder gaat dan somatiek en ook verder dan de kinderleeftijd.

Ook SeysCentra, het behandelcentrum dat mijn leerstoel heeft ingesteld, kent het probleem al lang, dat wil zeggen lang voordat het in de DSM-5 als ARFID werd omschreven. Daarvoor duiken we even in de geschiedenis. Vanaf 1970 ontwikkelden orthopedagoog Daniel Seys en psycholoog Pieter Duker in samenwerking met de Radboud Universiteit Nijmegen behandelmethodieken voor probleemgedrag bij mensen met een verstandelijke beperking. In 1980 klopten de ouders van een kind van 3 jaar dat gevoed werd via een buiksonde bij hen aan met de vraag: kunnen jullie misschien ons kind leren eten? De behandeling van Seys en Duker duurde drie maanden. Daarna had het kind geen sonde meer nodig. Seys en Duker hadden op dat moment geen ervaring met het behandelen van deze vorm van voedselweigering. Hun kennis van gedragstherapeutische principes en klinische intuïtie bleek voldoende. Het behandelteam werkte vervolgens verder aan de ontwikkeling en validatie van een uniek twaalfstappenplan voor zware eetproblemen bij kinderen. Dat plan ligt ten grondslag aan de huidige succesvolle behandeling, die we het SLIK-programma noemen (Dumont et al., in druk; Seys, Dumont, van Meerten, Rensen, & Duker, 2014). Door de jaren heen is de eetkliniek van SeysCentra uitgegroeid tot een landelijk expertisecentrum met een *last-resort*-functie.

Tot zover over achtergrond en verleden van ARFID. We kunnen constateren dat ARFID bekendstond onder veel verschillende namen, die aan de hand van allerlei verschillende afstreeplijstjes werden bepaald, maar dat we nu orde moeten scheppen in de chaos. ARFID is een goede naam voor een ernstig eetprobleem dat verder gaat dan een lichamelijk probleem of een kinderprobleem en dat – gelukkig – net als tal van andere psychische problemen, zoals angststoornissen en andere eetstoornissen, behandeld kan worden.

ARFID: VOEDINGSSTOORNIS OF EETSTOORNIS?

.....

Net als Rachel Bryant-Waugh en Jennifer Thomas, twee kopstukken op het gebied van ARFID, ben ik van mening dat het niet moet uitmaken of ARFID een ‘voedingsstoornis’ of een ‘eetstoornis’ wordt genoemd. Het feit dat ARFID in het verleden een voedingsstoornis werd genoemd, die vooral bij kinderen onder de 6 jaar voorkwam – die vaak nog gevoed moesten worden – lijkt ervoor te pleiten om ARFID een voedingsstoornis te noemen. Ook al om het onderscheid te verduidelijken met zogenoemde ‘klassieke eetstoornissen’ als anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis, eetstoornissen waarbij er tevens sprake is van een probleem met het lichaamsbeeld. Echter, het feit

dat ARFID veel meer is dan problemen met gevoed worden dan wel eten, en ook voorkomt bij mensen boven de 6 jaar, plus het feit dat een groot deel van de ARFID-populatie bang is om te eten (maar om een andere reden dan bij de klassieke eetstoornissen het geval is), plus het feit dat ARFID kan overgaan in een andere eetstoornis, zoals AN, pleiten ervoor om ARFID een eetstoornis te noemen. Het kan dus beide en laten we het ook zo doen: ARFID is een voedings- of eetstoornis, net zoals anorexia nervosa, boulimia nervosa, eetbuistoornis, pica, ruminatiestoornis, andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis, en de ongespecificeerde voedings- of eetstoornis.

SUBTYPEN VAN ARFID

.....

Binnen de voedings- of eetstoornis ARFID kunnen volgens de DSM-5 verschillende subtypen worden onderscheiden, namelijk:

- 1 Het type waarbij de patiënt een schijnbaar gebrek aan interesse in voeding en eten heeft. Deze mensen zitten meestal snel vol.
- 2 Het type waarbij de vermijding gebaseerd is op de sensorische eigenschappen van voedsel (hoe het aanvoelt). Deze symptomatologie wordt vaak gezien bij kinderen met een autismespectrumstoornis.
- 3 Het type waarbij de vermijding gebaseerd is op angst voor vervelende gevolgen van eten (angst voor pijn, slikken, stikken, kokhalzen, overgeven). In deze groep vinden we ook kinderen die in hun vroege jeugd als gevolg van complexe medische problematiek negatieve voedingservaringen hebben opgedaan: ze hebben pijn, misselijkheid of benauwdheid ervaren tijdens of na het voeden. Voorts kan het doormaken van een verslik- of bijna stikincident posttraumatische-stressklachten tot gevolg hebben en ertoe leiden dat men uitsluitend nog vloeibare voeding accepteert.

Ofschoon er nog onvoldoende ondersteuning is voor het onderscheiden van deze specifieke subtypen en hun eventueel verschillende oorzaken, zijn daar wel hypothesen over opgesteld. Zo hebben Thomas en collega's (2017) een driedimensionaal model ontworpen om deze drie ARFID-presentaties te begrijpen, waarbij zij speculeren over mogelijke onderliggende neurobiologische afwijkingen, bijvoorbeeld betreffende eetlust en zintuiglijke waarneming. Dit zou volgens de auteurs implicaties hebben voor de behandeling: een patiënt met ARFID van het type 'gebrek aan interesse' zou in hun optiek mogelijk een andere behandeling nodig hebben dan een patiënt die vooral bang is voor de gevolgen van het eten. Deze veronderstellingen zijn aannemelijk, maar nog niet onderzocht. Terugkijkend naar de casussen lijkt zowel Marie als Ria te passen binnen ARFID-subtype 3, de categorie waarbij er angst is voor de gevolgen van eten. Roy heeft geen interesse in eten (sub-

type 1), en Sanne en Johan passen bij het sensorisch gevoelige type, waarbij al dan niet een autismespectrumstoornis een rol zou kunnen spelen (sub-type 2).

Bo lijkt een geval apart te zijn. Ze eet extreem gezond, neemt alleen rauw en biologisch geteeld voedsel tot zich en is bang anders ziek te worden. Wellicht komt nu bij sommigen van u de term ‘orthorexia nervosa’ naar boven. Orthorexia wordt omschreven als een psychische stoornis met een obsessie voor biologisch, puur en gezond eten. Deze leidt tot het beperken van veel verschillende soorten voeding, met als gevolg gewichtsverlies en ondervoeding. Daarbij komt een intense angst voor bewerkt of ongezond eten. Deze term is veel in het nieuws geweest en was onlangs onderwerp van een documentaire. De maakster en een deel van de geïnterviewden waren het erover eens dat de symptomen van deze ‘eetstoornis’ ernstig zijn en dat een nieuwe eetstoornis met bijbehorende behandeling gerechtvaardigd zou zijn. Natuurlijk klinkt dit gedrag niet gezond en de link met een eetstoornis is dan ook snel gelegd. Echter, in de DSM-5 staan legio mogelijkheden om een dergelijke stoornis te diagnosticeren. Daarbij kan er gekeken worden in de hoek van de dwangstoornissen, maar ook bij bepaalde persoonlijkheidsstoornissen en zeker ook bij de bestaande eetstoornissen. Maar sterker nog, in de DSM-5 kan Bo’s problematiek ook worden ondergebracht bij de diagnose ARFID. De belangrijkste kenmerken van deze eetstoornis heb ik u getoond: het vermijden van voedsel vanwege bezorgdheid over de aversieve gevolgen van eten (ongezond worden), die blijkt uit een aanhoudend niet voorzien in de eigen voedings- en energiebehoeften, samenhangend met een (of meer) van de volgende kenmerken:

- ▶ significant gewichtsverlies;
- ▶ significante voedingsdeficiëntie;
- ▶ afhankelijkheid van sondevoeding;
- ▶ een duidelijk interfereren met het psychosociale functioneren.

Als Bo of een vergelijkbare patiënt toch graag wilde afvallen – vanuit angst om dik te worden of vanwege zorgen rondom het lichaamsbeeld – zou haar problematiek eerder bij een vorm van anorexia of boulimia passen, of mogelijk binnen een restcategorie. Maar mensen met zogenaamde ‘orthorexia nervosa’, wier eetpatroon als voornaamste doel heeft om ‘gezond te zijn’ (en dus niet om lichaamsvormen of gewicht te beïnvloeden), kunnen ook met een ARFID-diagnose een goede behandeling krijgen. Kortom, er is voor casussen als die van Bo geen behoefte aan weer een nieuwe eetstoornis.

HOE VAAK KOMT ARFID VOOR?

.....

We weten nog niet precies hoe vaak ARFID voorkomt, aangezien de diagnose met de nieuwe criteria nog zo vers is. Voordat ARFID als diagnose bestond, schatte men dat bij 3-10% van de kinderen de voedingsproblemen ernstig waren, aanhielden en zelfs over de tijd ernstiger werden (Kerwin, 1999). Ernstige voedingsproblemen komen vaker voor bij kinderen met een fysieke beperking, verstandelijke beperking, medische ziekte, prematuriteit en laag geboortegewicht. ARFID komt vaak samen voor met een angststoornis, stemmingsstoornis, autismespectrumstoornis of ADHD, maar kan ook alleen voorkomen (Kerwin, 1999). Uit een recente studie onder 1444 Zwitserse basisschoolkinderen (8-13 jaar) bleek dat 3,2% van hen aan de criteria voor ARFID voldeed (Kurz, van Dyck, Dremmel, Munsch, & Hilbert, 2015). In gespecialiseerde klinieken voor eetstoornissen voor kinderen en adolescenten wordt het voorkomen van ARFID geschat op 5-14% (Eddy et al., 2015; Fisher et al., 2014; Ornstein et al., 2013). Van de Amerikaanse volwassenen die aan een online vragenlijststudie meededen herkenden circa 3% zich in de criteria van ARFID (Zickgraf, Franklin, & Rozin, 2016).

DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

.....

Omdat de diagnose ARFID relatief nieuw is, zijn diagnostische methoden en behandelstudies nog dun gezaaid. Voor klassieke eetstoornissen hebben we als diagnostische gouden standaard de *Eating Disorder Examination* (EDE), een instrument dat door Chris Fairburn uit Oxford werd ontwikkeld (Fairburn, Cooper, & O'Connor, 2008). Dit semigestructureerde interview wordt afgenomen door een psycholoog en beoogt de specifieke eetstoornispsychopathologie te bepalen. Voor het afnemen van de EDE dient men getraind te zijn: het is namelijk van belang dat, wanneer verschillende psychologen dezelfde patiënt zouden interviewen, zij dezelfde scores geven aan de verschillende klachten.

Rachel Bryant-Waugh en collega's (2019) hebben een vergelijkbaar interview ontwikkeld voor onder andere ARFID: de *Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview* (PARDI). Onlangs hebben Renate Neimeijer en ikzelf (2018) dit interview in het Nederlands vertaald om het te kunnen gebruiken in Nederland en Vlaanderen en op termijn normscores te kunnen rapporteren. Het is bijvoorbeeld interessant om te weten hoe vaak ARFID, inclusief de subtypen, in de algemene bevolking voorkomt, of hoe mensen in de algemene bevolking op dit interview scoren, in vergelijking met mensen die ARFID hebben.

In de eind 2017 gepubliceerde *Zorgstandaard eetstoornissen* (www.ggz-standaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen), waaraan ik deelnam als

werkgroep lid, vermeldde wij de volgende tekst: ‘Er is (nog) geen protocollaire behandelvorm voor de behandeling van kinderen, jongeren en volwassenen met ARFID. In gespecialiseerde centra is wel ervaring met een geprotocolleerde handelwijze om kinderen weer te laten eten. Behandeling (na eventuele medische interventies) vindt dan plaats volgens gedragstherapeutische principes, waarbij geleidelijk toenemende exposure (blootstelling) aan het vermeden voedsel wordt toegepast in combinatie met responspreventie (er mag niet vermeden worden te eten).’ Een voorbeeld hiervan in ons eigen behandelcentrum SeysCentra is het al genoemde door Daniel Seys en Pieter Duker ontwikkelde SLIK-programma voor jonge kinderen (Dumont et al., in druk; Seys et al., 2014). Voor andere eetstoornissen geldt cognitieve gedragstherapie (CGT) als een bewezen effectieve therapie (Hay et al., 2014; Murphy, Straebl, Cooper, & Fairburn, 2010; National Institute for Health and Care Excellence, 2017; www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen). Omdat eetstoornissen – en ARFID in het bijzonder – vaak samengaan met angst (Pallister & Waller, 2008; Swinbourne & Touyz, 2007), lijkt het aannemelijk om ARFID te behandelen met technieken die ook ingezet worden bij angststoornissen. Ook voor angststoornissen geldt dat CGT de behandeling van eerste keuze is.

Binnen CGT-programma's zijn exposure (de patiënt blootstellen aan waar hij bang voor is) en gedragsexperimenten goede technieken om angst en catastrofaal denken te reduceren. Michelle Craske en collega's (2008; Craske, Treanor, Conway, Zbozinek, & Vervliet, 2014) suggereren dat exposuretherapie werkt door het disconfirmeren van verwachtingen, en dat niet angstaftname maar ontkrachting van verwachtingen het belangrijkste doel moet zijn in de behandeling. Toegepast op ARFID zou exposure aan de angstige situatie (dat wil zeggen: het eten van het gevreesde voedsel) effectief zijn zodra de nieuwe associatie (bijvoorbeeld ‘Ik zal niet stikken in dit voedsel’) sterker wordt dan de oude associatie (‘Ik zal stikken als ik dit voedsel eet’). Tijdens de exposure is het van belang dat patiënten een mismatch ervaren tussen hun verwachtingen (over wat er zou kunnen gebeuren) en de uitkomst (wat er daadwerkelijk gebeurt). Hiertoe is het van belang om vóór de start van de exposure de specifieke verwachtingen van elke patiënt in kaart te brengen en de geloofwaardigheid ervan te registreren. Wij menen overigens dat exposure deze mismatch niet alleen kan bewerkstelligen bij ARFID van het subtype 3 (situaties die angst opwekken), maar ook kan plaatsvinden bij ARFID van subtype 1 (snel vol zitten, geen interesse in eten) of van subtype 2 (moeite met de sensorische eigenschappen van het voedsel). In de praktijk betekent dit dat de verwachtingen betrekking kunnen hebben op het al dan niet uitbreiden van de *hoeveelheid* voeding (‘Ik kan geen grotere portie aan’, ‘Mijn maag zal dat niet kunnen verdragen’, ‘Ik word dan misselijk of ziek’) of van de *variëteit* in voeding (‘Ik kan een andere textuur niet verdragen’, ‘Ik móét het gewoon uitspugen’).

Voor adolescenten hebben we een CGT-programma ontwikkeld waarin deze nieuwe exposureprincipes centraal staan. Dit is onlangs getoetst in een *case*-serie van elf patiënten. De resultaten zijn veelbelovend en onlangs gepubliceerd (Dumont, Jansen, Kroes, de Haan, & Mulkens, 2019). Met kleine aanpassingen verwachten we dit behandelprogramma ook voor volwassenen te kunnen gebruiken. Voor sensorisch gevoelige patiënten zou aan de standaardexposure een extra training toegevoegd kunnen worden waarbij blootstelling aan nieuwe texturen centraal staat, bijvoorbeeld ook met de handen. Collega's van de Universiteit Maastricht (bijvoorbeeld: Havermans & Jansen, 2007; Nederkoorn, Jansen, & Havermans, 2015; Werthmann et al., 2015) hebben op dit terrein interessante ontdekkingen gedaan die we kunnen gebruiken in de behandeling. Daarnaast is het mogelijk dat mensen met ARFID wel vijftig of meer proefmomenten nodig hebben – in tegenstelling tot de eerdergenoemde zeven proefmomenten voor mensen zonder eetproblemen – voordat ze nieuw eten in hun voedingspatroon durven toe te laten. Inmiddels is men op allerlei plaatsen in de wereld gestart met het toetsen van CGT-behandelingen voor ARFID. Een goed voorbeeld is het zojuist uitgebrachte behandelprotocol van Jennifer Thomas en Kamryn Eddy (2019) uit Boston. Zij toetsen momenteel in een grote studie of hun aanpak voor de diverse subtypen hout snijdt.

Voor ARFID-patiënten bij wie zich een traumatische gebeurtenis heeft voorgedaan, zou *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) – een methode afkomstig uit de traumabehandeling – een veelbelovende aanvulling op CGT kunnen zijn (Beer, 2006; de Roos & de Jongh, 2006). Dit is iets wat we graag willen onderzoeken. Vrijwel alle kinderen (die op jonge leeftijd worden aangemeld) hebben namelijk een verleden met medische onderzoeken, sondevoeding of een ingrijpende gebeurtenis. Ook een deel van de oudere kinderen of volwassenen die met ARFID worden aangemeld hebben een traumatische ervaring meegemaakt, zoals in de casus Ria.

THERAPEUTISCHE DWALING

.....

Zoals gezegd is CGT wereldwijd de eerstekeuzebehandeling voor angst- en eetstoornissen, en daarmee ook voor ARFID. Er zijn goede, bewezen effectieve CGT-protocollen beschikbaar. Uit onderzoek van onder anderen Glenn Waller en collega's (Waller, Stringer, & Meyer, 2012; Waller & Turner, 2016) komt echter naar voren dat die protocollen lang niet altijd gevolgd worden. En ook dat (in CGT getrainde) therapeuten regelmatig bewezen ineffectieve interventies inzetten. Onlangs deden wij een studie naar 'therapeutische dwaling' bij de behandeling van mensen met eetstoornissen (Mulkens, de Vos, de Graaff, & Waller, 2018). Doel was om de studie van Waller te repliceren en uit te breiden met enkele nieuwe variabelen. Voor deze studie werden

gegevens geanalyseerd van 139 Nederlandse therapeuten, die via diverse kanalen waren opgeroepen om deel te nemen. De respondenten waren allen werkzaam in het veld van eetstoornissen en maakten gebruik van CGT in de behandeling. Zij vulden online een enquête in. Hierin werd gevraagd naar het gebruik van specifieke technieken in de behandeling van eetstoornissen, hun overtuigingen (zoals over het belang van de therapeutische relatie en gebruik van motiveringstechnieken), angst en persoonlijkheid. In overeenstemming met eerder onderzoek kwam naar voren dat therapeuten minder effectief bewezen technieken inzetten dan verwacht mocht worden. Alhoewel 83% van de respondenten aangaf gebruik te maken van een CGT-protocol in de behandeling, bleken niet alle effectieve technieken systematisch te worden ingezet. Veel van de kerntechnieken van CGT bij eetstoornissen, zoals exposure, eetdagboeken en cognitieve herstructurering, werden door slechts 40% van de respondenten ingezet. Minder dan 30% bleek patiënten bij elke afspraak te wegen en 73% maakte gebruik van motiverende gespreksvoering voor de start van de behandeling, terwijl dit geen bewezen meerwaarde heeft.

Hoe kan die therapeutische dwaling verklaard worden? Wij vonden een aantal interessante correlaties. Zo bleek dat therapeuten met een sterk geloof in de kracht van de therapeutische relatie minder geneigd waren om een breed scala aan effectieve CGT-technieken in te zetten. Ook het angstniveau van therapeuten zelf bleek een rol te spelen: therapeuten die hoger scoorden op een angstvragenlijst waren minder geneigd om gedragstechnieken met onzekere uitkomsten in te zetten, zoals exposure en gedragsexperimenten. Deze bevindingen hebben belangrijke implicaties voor de opleiding en supervisie van therapeuten. De resultaten suggereren dat het vergroten van de competentie van therapeuten niet alleen een kwestie is van training in vaardigheden en kerntechnieken, maar dat er ook aandacht zal moeten zijn voor factoren die ertoe leiden dat therapeuten deze vaardigheden *niet* inzetten, zoals hun angst en overtuigingen. Het is belangrijk dat therapeuten eraan herinnerd worden dat gedragsverandering bij eetstoornissen niet tot stand komt door een goede therapeutische relatie, maar dat het juist andersom werkt: de relatie met de patiënt verbetert door gedragsverandering in het beginstadium van de behandeling (Graves et al., 2017). Daarom is het getrouw inzetten van gedragstechnieken zo belangrijk.

Helaas neemt cognitieve gedragstherapie in handboeken over eetstoornissen relatief weinig plaats in. Met deze rede hoop ik niet alleen ARFID, maar ook het belang van het goed uitoefenen van CGT onder de aandacht te hebben gebracht.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

.....

De volgende conclusies en aanbevelingen volgen uit mijn betoog:

- 1 Er bestaat een voedings- of eetstoornis met een nieuwe naam: ARFID.
- 2 Laten we deze naam nu ook gaan gebruiken: niet alleen in de psychologie of psychiatrie, maar ook in de geneeskunde.
- 3 Deze voedings- of eetstoornis heeft vele gezichten.
- 4 Gebruik van diagnostische methoden en kennis van alle verschijningsvormen van ARFID zal ertoe leiden dat meer patiënten tijdig worden herkend en dat zij de boot naar een juiste behandeling niet missen.
- 5 Het goede nieuws is: we hebben al de beschikking over effectieve behandelmethoden voor angst- en eetstoornissen die goed toepasbaar zijn op ARFID.
- 6 Wel moeten we ervoor waken dat we als therapeuten niet op drift raken en zorgen dat we de principes uit de CGT blijven gebruiken. Supervisors dienen hierop alert te zijn bij hun supervisanten.

Overigens, met mijn aversie tegen rabarber is het uiteindelijk goed gekomen. Niet alleen bij oma heb ik talloze proefsessies beleefd, ook later heb ik mijzelf regelmatig aan deze groente blootgesteld. Ik vind rabarber nog steeds niet superlekker, maar kan het nu goed verdragen, soms zelfs waarderen. Ik heb dan wel geen ARFID maar de principes van exposure hebben blijkbaar goed gewerkt.

Mensen die aan ARFID lijden, eten vaak met lange tanden. Of hun tanden zijn onderhevig aan erosie, door reflux, kokhalzen of daadwerkelijk overgeven. Hopelijk zijn mijn tanden stevig genoeg, wanneer ik ze zet in hun eetprobleem, en laten ze voorlopig niet meer los!

Ik heb gezegd!

Sandra Mulkens is als hoogleraar werkzaam aan de Universiteit Maastricht, bij de faculteiten Health, Medicine, and Life Sciences en Psychologie en Neurowetenschappen. Daarnaast is zij als klinisch psycholoog-psychotherapeut & supervisor VGCT werkzaam bij SeysCentra, behandelcentrum voor kinderen met eetproblemen en onzindelijkheid. *Correspondentieadres:* Maastricht University, FPN/ Capgroep CPS, Postbus 616, 6200 MD Maastricht. E-mail: s.mulkens@maastrichtuniversity.nl.

Summary *Teeth in ARFID!*

ARFID stands for avoidant/restrictive food intake disorder (vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis in Dutch), a 'new' diagnosis, that was included

in the diagnostic handbook DSM-5 in 2013. Although the disorder existed long before that, it was known by many different names and it was thought to occur in children only. ARFID is a relatively unknown disorder regarding causal and maintenance factors, and treatment options, but is receiving increasingly the attention of researchers and therapists. The chair 'feeding and eating disorders' aims to put ARFID on the map and to generate (more) research into all of its aspects: occurrence and prevalence, subtypes, origin, maintenance and treatment.

Keywords: ARFID, avoidant/restrictive food intake disorder, DSM-5, cognitive behavioural therapy, feeding and eating disorders

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fourth edition) (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fifth edition) (DSM-5). Washington, DC: 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.
- Beer, R. (2006). EMDR in de behandeling van adolescenten met een eetstoornis. Onderweg naar: 'Ik ben goed zoals ik ben'. *Kinder- & Jeugdpsychiatrie*, 33, 54-64.
- Birch, L. L., & Marlin, D. W. (1982). I don't like it; I never tried it: Effects of exposure on two-year-old children's food preferences. *Appetite: Journal of Intake Research*, 3, 353-360.
- Bryant-Waugh, R. (2000). Eating disorders in children: An overview. In B. Lask & R. Bryant-Waugh (Eds.), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (pp. 27-40). Hove, UK: Psychology Press.
- Bryant-Waugh, R., Micali, N., Cooke, L., Lawson, E., Eddy, T., Kamryn, J., & Thomas, J. J. (2019). Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10-22. *International Journal of Eating Disorders*, 52, 378-387.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowski, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 5-17.
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10-23.
- de Roos, C., & de Jongh, A. (2006). Slikken of stikken: EMDR bij kinderen met een slikfobie. *Kinder- & Jeugdpsychiatrie*, 33, 83-102.
- Dumont, E., Huskens, B., Seys, D., Rensen, H., Duker, P., & Mulkens, S. (in press). Het SLIK-programma: Behandelprotocol voor de vermijdende/restrictieve voedselintakestoornis (ARFID) bij jonge kinderen. In C. Braet & S. Bögels (Eds.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten 2*. Amsterdam: Boom.
- Dumont, E., Jansen, A., Kroes, D., de Haan, E., & Mulkens, S. (2019). A new cognitive behaviour therapy for adolescents with avoidant/restrictive

- food intake disorder (ARFID) in a day treatment setting: A clinical case series. *International Journal of Eating Disorders*, 52, 447-458.
- Eddy, K. T., Thomas, J. J., Hastings, E., Edkins, K., Lamont, E., Nevins, C. M., ... Becker, A. E. (2015). Prevalence of DSM-5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 464-470.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & O'Connor, M. (2008). Eating Disorder Examination (16.0D). In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fisher, M. M., Rosen, D. S., Onstein, R. M., Mammel, K. A., Kazman, D. K., Rome, E. S., ... Walsh, T. (2014). Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder: A 'new disorder' in DSM-5. *Journal of Adolescent Health*, 55, 49-52.
- Graves, T. A., Tabri, N., Thompson-Brenner, H., Franko, D. L., Eddy, K. T., Bourion-Bedes, S., ... Thomas, J. J. (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 323-340.
- Havermans, R., & Jansen, A. (2007). Increasing children's liking of vegetables through flavour-flavour learning. *Appetite*, 48, 259-262.
- Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugden, L., ... Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. (2014). Clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 977-1008.
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 389-394.
- Horne, P. J., Tapper, K., Lowe, C. F., Hardman, C. A., Jackson, M. C., & Woolner, J. (2004). Increasing children's fruit and vegetable consumption: A peer-modelling and rewards-based intervention. *European Journal of Clinical Nutrition*, 58, 1649-1660.
- Kerwin, M. E. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: Severe feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 193-216.
- Kindermann, A., & Kneepkens, F. (2010). Voedings- en eetproblemen bij jonge kinderen. *Praktische Pediatie*, 4, 174-179.
- Kurz, S., van Dyck, Z., Dremmel, D., Munsch, S., & Hilbert, A. (2015). Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 779-785.
- Lask, B., & Bryant-Waugh, R. (Eds.). (2000). *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (Second edition). Hove, UK: Psychology Press.
- Levy, Y., Levy, A., Zangen, T., Kornfeld, L., Dalal, Y., Samuel, E., ... Levine, A. (2009). Diagnostic clues for identification of nonorganic vs organic causes of food refusal and poor feeding. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 48, 355-362.
- Lindvall Dahlgren, C., Wisting, L., & Rø, Ø. (2017). Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: A systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of Eating Disorders*, 5, 56.
- Mayes, L. C., Volkmar, F. R., Hook, S. M., & Cicchetti, D. (1993). Differentiating pervasive developmental disorder not otherwise specified from autism and language disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23, 79-90.
- Mulkens, S., de Vos, C., de Graaff, A., & Waller, G. (2018). To deliver or not to deliver cognitive behavioral therapy

- for eating disorders: Replication and extension of our understanding of why therapists fail to do what they should do. *Behaviour Research and Therapy*, 106, 57-63.
- Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 611-627.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment* (NICE Guideline NG 69). Retrieved from www.nice.org.uk/guidance/ng69
- Nederkoorn, C., Jansen, A., & Havermans, R. (2015). Feel your food: The influence of tactile sensitivity on picky eating in children. *Appetite*, 84, 7-10.
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (2017). *JGZ-Richtlijn Voeding en Eetgedrag*. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.
- Neimeijer, R., & Mulken, S. (2018). *The Pica, ARFID en Rumination Disorder Interview (PARDI). Nederlandse geautoriseerde vertaling*. Unpublished manuscript.
- Ornstein, R. M., Rosen, D. S., Mammel, K. A., Callahan, S. T., Forman, S., Jay, M. S., ... Walsh, B. T. (2013). Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *Journal of Adolescent Health*, 53, 303-305.
- Pallister, E., & Waller, G. (2008). Anxiety in the eating disorders: Understanding the overlap. *Clinical Psychology Review*, 28, 366-386.
- Seys, D., Dumont, E., van Meerten, M., Rensen, H., & Duker, P. (2014). Het SLIK-programma: Behandelprotocol voor ernstige voedselweigeren bij jonge kinderen. In C. Braet & S. Bögels (Eds.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten 1* (pp. 67-89). Amsterdam: Boom.
- Swinbourne, J. M., & Touyz, S. W. (2007). The comorbidity of eating disorders and anxiety disorders: A review. *European Eating Disorders Review*, 15, 253-274.
- Thomas, J. J., & Eddy, K. T. (2019). *Cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: Children, adolescents, and adults*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thomas, J. J., Lawson, E. A., Micali, N., Madhusmita, M., Deckersbach, T., & Eddy, K. T. (2017). Avoidant/restrictive food intake disorder: A three-dimensional model of neurobiology with implications for etiology and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 19, 54.
- Waller, G., Stringer, H., & Meyer, C. (2012). What cognitive behavioral techniques do therapists report using when delivering cognitive behavioral therapy for the eating disorders? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 171-175.
- Waller, G., & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behavior Research and Therapy*, 77, 129-137.
- Werthmann, J., Jansen, A., Havermans, R., Nederkoorn, C., Kremers, S., & Roefs, A. (2015). Bits and pieces: Food texture influences food acceptance in young children. *Appetite*, 84, 181-187.
- Zero to Three. (2005). *DC:0-3R: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood* (Revised edition). Washington, DC: Author.
- Zero to Three. (2016). *DC:0-5: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Washington, DC: Author.

Zickgraf, H. F., Franklin, M. E., & Rozin, P. (2016). Adult picky eaters with symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder: Comparable distress

and comorbidity but different eating behaviors compared to those with disordered eating symptoms. *Journal of Eating Disorders*, 4, 26.

Deugdelijk en effectief behandelen

JAN VAN MONTFOORT

Samenvatting

In het themanummer van *Gedragstherapie* over evidence-based practice (EBP) (juni 2018) doet van Emmerik het voorstel om EBP tot grondslag voor de VGCT te maken. Daarop geeft Hermans in hetzelfde nummer een reactie. In de onderhavige bijdrage wordt de stelling besproken dat ‘gedrag’ de toegangspoort voor ons werk is en komt de verhouding tussen gedragstherapie en cognitieve therapie aan de orde. De bespreking hiervan mondt uit in de stelling dat het project van de geünificeerde psychotherapie niet gaat slagen. In plaats daarvan worden de epistemische deugden die nodig zijn voor een wetenschappelijke verankering van psychotherapie voorgesteld.

Trefwoorden: evidence-based practice, gedrag, epistemische deugden, geünificeerde psychotherapie, bewezen effectieve interventies

Het voorstel van van Emmerik (2018) om vast te stellen in welke mate onze interventies bewezen effectief zijn en om evidence-based practice tot grondslag van de VGCT te maken, roept onmiddellijk de reactie op dat er toch een inhoudelijke grondslag moet zijn in plaats van louter een beroep op effecten. We kunnen immers gemakkelijk een behandeling bedenken die een psychische klacht ‘effectief’ vermindert, maar die wij toch niet willen accepteren als een juiste behandeling. Zo is het goed mogelijk om iemands verlangen naar een appel weg te nemen door hem een enorme stomp in de maag te geven. Evenzeer is het denkbaar dat klankschalen een positief, observeerbaar en meetbaar effect hebben op klachtenvermindering, maar dat we net als onze voorzitter desondanks allemaal vinden dat ze er ‘bij ons niet in komen’. Zulke afwijzingen doen wij niet op grond van effectiviteit, maar op grond van heel andere overwegingen. Deze overwegingen hebben te maken met

wat wij zien als de inhoudelijke grondslagen van ons werken met cliënten, grondslagen die onze interventies bovendien legitimeren.

Ik zou het zeer toejuichen als de bijdrage van van Emmerik er inderdaad toe leidt dat wij ons opnieuw bezinnen op onze grondslag. De door Hermans (2018) aangevoerde grondslagen voldoen niet, enerzijds omdat ze in de door hem omschreven vorm ons niet van andere perspectieven onderscheiden, maar anderzijds ook omdat de grondslagen van de *gedragstherapie* en die van de *cognitieve therapie* – wanneer we ze samen nemen – inconsistent zijn.

Wanneer wij ‘gedrag’ (de door Hermans aangevoerde eerste grondslag) aanvaarden als fundament voor ons therapeutisch handelen, dan is de pointe hiervan niet, zoals Hermans lijkt te denken, dat gedrag de toegangspoort is voor ons werk, dat we hiermee mooi ‘waarden en emoties’ kunnen vertalen in ‘responsen’, of dat we dan een handige manier hebben om ‘theoretische constructen’ te onderscheiden van ‘gedrag’. De termen ‘gedrag’ en ‘gedragstherapie’ passen in het project van het behaviorisme, een groot project, dat zich ten doel stelde om expliciete definities te geven van *mentale* concepten in *gedragstermen*. Behavioristen hebben een afkeer van mentalistische benaderingen en stellen vast dat het niet lukt om mentale concepten, bijvoorbeeld ‘intentie’, een duidelijke inhoud te geven. In samenhang hiermee wijzen zij introspectie als methodiek af. Wat ons als *gedragstherapeuten* onderscheidt van alle andere opvattingen en therapieën is dat wij, in lijn met dit project, mentale concepten beschrijven en definiëren in *gedragstermen*.

De grondslag van de gedragstherapie heeft van begin af aan op zeer gespannen voet gestaan met de grondslag van de cognitieve therapie. Van Emmerik zegt dat we ons van zaken als EMDR, ACT, klankschalen en, na Hermans, misschien ook van ‘oorkaarsen’ (geen idee wat dat zijn) kunnen afvragen of dat wel gedragstherapie is, maar in feite zitten we met een veel groter vraagstuk wanneer we op zoek gaan naar de inhoudelijke grondslagen voor onze vereniging. Want hoe dan ook zijn de uitgangspunten van cognitieve therapie enerzijds en van gedragstherapie anderzijds zeer verschillend: cognitieve therapie is geen gedragstherapie. Het is in dit verband goed om een ‘oud boek’ te memoreren, namelijk de lezing die Karl Lashley in september 1948 hield op het Hixon Symposium over Cerebral Mechanisms in Behavior getiteld *The Problem of Serial Order in Behavior* (Lashley, 1951). Zijn lezing was een regelrechte aanval op het idee dat mentale processen in behavioristische termen kunnen worden gedefinieerd. Hij gaf een groot aantal observaties die moeilijk te verenigen zijn met de definiëring van mentale processen in *gedragstermen*. Zijn lezing was achteraf beschouwd het startschot voor de cognitieve theorie in de psychologie.

Wanneer een therapeut opmerkt dat het wellicht een goed idee is om de behandeling af te ronden en zijn cliënt vervolgens zegt dat hij zich daardoor ‘afgewezen en verraden voelt’ (gedrag), gaat een introspectief georiënteerde therapeut – en de cognitieve (schema)therapeut is hier de moderne variant van, zeg maar de opvolger van de psychoanalyticus – naarstig op zoek naar de

‘associaties’ tussen wat hij zei (‘stoppen met therapie’) en wat er vervolgens in de cliënt gebeurde bij de ‘subjectieve representatie’ (analytischer kan het bijna niet!) van deze stimulus; de gedragstherapeut daarentegen stelt vast dat deze respons (‘ik voel me afgewezen en verraden’) optreedt in deze situatie (‘wellicht is het een goed idee om de behandeling af te ronden’). Het grote verschil is nu dat voor de gedragstherapeut de respons niet *verwijst* naar mentale toestanden binnenin de cliënt, maar integendeel juist de mentale toestand *is*: ‘zich verraden voelen’ is identiek aan de respons van deze cliënt onder deze omstandigheden, en wordt niet ‘verklaard’ door onder-, achter- of dieperliggende cognities, associaties, automatische schema’s, laden van mappen met representaties of kennisbestanden, of welke andere ‘bijdragen van het organisme’ dan ook.

De oplossing ligt niet het in ‘in elkaar schuiven’ van Functieanalyse en Betekenisanalyse, zoals Korrelboom en Ten Broeke (2016) voorstaan. Het probleem is niet opgelost door hard te roepen dat we nu ontdekt hebben dat stimuli ‘betekenisvol’ zijn. Het voert (veel en veel) te ver om dat hier allemaal te laten zien, maar de grote vraag is hoe een stimulus – en dan bedoel ik ‘stimulus’ zoals deze term een plaats heeft in een stimulus-responstheorie – zodanig kan worden beschreven dat deze stimulus nog ‘betekenisvol’ is. Mijn antwoord is dat dit ten enenmale onmogelijk is, maar aanhangers van stimulus-responstheorieën blijven beweren dat ‘betekenis’ geen rol speelt: lees maar eens na hoe Skinner dat deed. Cognitief-therapeuten hebben deze vluchtweg echter nu juist niet, want voor hen is ‘betekenis’ juist wel een betekenisvol concept.

Het vinden van een grondslag die enerzijds voorziet in een karakteristiek kenmerk dat ons onderscheidt van alle andere therapeutische oriëntaties en die er anderzijds in slaagt om alle vormen van therapie binnen onze vereniging van een alles funderende legitimatie te voorzien, zal moeilijk worden, om niet te zeggen volkomen onmogelijk. Laat staan dat er zoiets kan zijn als een geünificeerde psychotherapie. Want dat is nog een heel grote stap verder. De eis tot unificatie is een hoog ideaal en laat het daar ook maar liggen, op de stapel van schone dromen.

Het voorstel van van Emmerik komt erop neer om niet al te moeilijk te doen over theoretische grondslagen en vooral niet te vragen naar wat cognitieve gedragstherapie ‘eigenlijk’ is, maar nederig te kiezen voor een evidence-based practice. Waar een beroep op evidence wordt gedaan, daar zegt men gewoonlijk dat deze of gene interventie ‘bewezen effectief’ is. Ook in de huidige discussie duikt deze uitspraak op. Velen geloven in de waarheid van de stelling dat een behandeling of een interventie ‘bewezen effectief’ kan zijn. Niettemin is de stelling wanneer zij zo wordt verkondigd onwaar: geen enkele interventie *is* effectief, zelfs ‘bewezen effectieve’ interventies niet. Een interventie kan alleen effectief zijn *onder bepaalde omstandigheden*. Een hamer *is* niet effectief om een spijker in een muur te slaan: er zijn heel veel muren waar dat niet lukt (dan heb je een boor nodig), heel veel

hamers waarmee dat onmogelijk is (maar waarmee je wel een schoen kunt lappen of een tegel op zijn plek tikken) en ten slotte heel veel spijkers die daar simpelweg niet geschikt voor zijn (maar die wel handig zijn om plinten mee vast te zetten).

Ik noem twee zaken die uit analyses van onderzoeksresultaten naar voren komen. De eerste observatie is dat therapeutische interventies, vanuit welke theorie dan ook geconcipieerd, allemaal ongeveer even effectief zijn (een buitengewoon merkwaardig gegeven, als je erover nadenkt). De tweede observatie is dat interventies in het laboratorium ongeveer even effectief zijn als interventies in alledaagse therapieën. En dat terwijl men over alledaagse therapieën beweert dat er zo ontzettend vaak wordt ‘afgeweken’ van alles wat blijkens experimenteel onderzoek goed en deugdelijk is. Het fanatisme dat in het artikel van Waller en Turner (2018) over ‘op drift geraakte therapeuten’ naar voren komt is in het licht van deze gegevens wel erg extreem. God verhoede dat deze therapeutenopleiders ooit aan de macht komen.

Een interventie is slechts effectief (of niet, natuurlijk) wanneer ze in een *concrete* therapie wordt toegepast. Er bestaan geen bewezen effectieve interventies. Therapeuten moeten hun geweten niet sussen met de rationalisatie dat een ‘bewezen effectieve’ interventie helpt, want ‘dat is toch bewezen?’ Wat wel bestaat, is de concrete interactie tussen *déze* therapeut en *déze* cliënt, de feitelijke en concrete behandeling. Alleen van interventies die de therapeut in deze context toepast, moet de effectiviteit worden vastgesteld. Het is daarom aangewezen dat therapeuten in gesprekken met zowel cliënten als collega’s streven naar de *epistemische deugden*. Epistemische deugden zijn de eigenschappen die een goede theorie moet hebben. Zij belichamen de wetenschappelijke rationaliteit die ons in staat stelt de ene theorie te verkiezen boven de andere. Denk bij epistemische deugden aan een streven naar empirische adequaatheid, coherentie, consonantie met achtergrondkennis, begrijpbaarheid, toenemen van inzicht, plausibiliteit, informativiteit, toepasbaarheid, eenvoud, bescheidenheid, openstaan voor kritiek, respect hebben voor alternatieve hypothesen (ook die van de cliënt), spaarzaamheid, en noem maar op. Het is bovendien absoluut noodzakelijk dat een therapeut die getooid is met deze epistemische deugden telkens weer de effectiviteit van de eigen interventies ten opzichte van *déze* cliënt onder *déze* omstandigheden meet, kritisch tegen het licht houdt en transparant met de cliënt bespreekt.

Jan van Montfoort is lid van de VGct, klinisch psycholoog, psychotherapeut, filosoof en regiebehandelaar van het GGZ Centrum Wageningen. *Correspondentieadres:* jvanmontfoort@ggzwageningen.nl.

Summary *Sound and effective treatment*

In the edition of *Gedragstherapie* on evidence-based practice (2018, June) van Emmerik proposes to make evidence-based practice (EBP) the basis of the VG(C)t, which Hermans responds to in the same issue. In the present contribution the argument that 'behaviour' is the gateway to our work and the relationship between behavior therapy and cognitive behavior therapy is discussed. This ends up in the argument that the project of the unified psychotherapy is not going to succeed. Instead, the epistemic virtues that are necessary for the scientific anchoring of psychotherapy are proposed.

Key words: *evidence-based practice, behaviour, epistemic virtues, unified psychotherapy, evidence-based interventions*

Literatuur

- Hermans, D. (2018). Komaan zeg, mannekes! Wat is nu (cognitieve) gedragstherapie? Een reactie op van Emmerik. *Gedragstherapie*, 51, 175-183.
- Korrelboom, K., & ten Broeke, E. (2016). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Lashley, K. S. (1951). The problem of serial order in behavior. In L. A. Jeffress (Ed.), *Cerebral mechanisms in behavior* (pp. 112-146). New York: Wiley.
- 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 clinici er niet in slagen om evidence-based therapie te bieden en hoe we weer op koers kunnen komen. *Gedragstherapie*, 51, 85-111.

Ontvangen

269

De redactie van *Gedragstherapie* ontving de volgende boeken. U bent van harte uitgenodigd een van deze titels te recenseren. Bent u geïnteresseerd, stuurt u dan een berichtje met een korte motivatie en een eveneens korte beschrijving van uw achtergrond naar: redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl.

Faber, H. (2019). *Anne: Kroniek van een zoektocht*. Amsterdam: Lebowski.

Hayer, L.L., & Ciarrochi, J. (2019). *Ruimte om te groeien. Help jongeren omgaan met hun emoties, doelen bereiken en zich verbinden met anderen met ACT en positieve psychologie*. Amsterdam: SWP.

van der Elst, E., Wierstra, J., van Lawick, J., & Visser, M. (2019). *Werkboek Kinderen uit de Knel*. Amsterdam: SWP.

van Ginkel, L., & Adema, S. (2019). *Kind en adolescent praktijkreeks: Cognitieve gedragstherapie bij (lvb-)jongeren met obesitas: Baas over obesitas*. Handboek en werkboek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Rectificatie

In het vorige nummer van *Gedragstherapie* (2019, 52(2)) ontbreken drie coauteurs in het artikel 'Online mindfulness-based cognitieve therapie bij kanker – Resultaten van twee gerandomiseerde gecontroleerde trials'. De juiste auteurs zijn: Melanie Schellekens, Marije Wolvers, Félix Compen, Else Bisseling, Fieke Bruggeman-Everts, Miriam Vollenbroek-Hutten, Anne Speckens & Marije van der Lee. Op de website van *Gedragstherapie* vindt u het artikel in de juiste vorm. Zie https://www.tijdschriftgedragstherapie.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/TG-2019-2-5/Online-mindfulness-based-cognitieve-therapie-bij-kanker.

Nieuw bij Boom psychologie & psychiatrie



Het misverstand psychotherapie

Er verschijnen voortdurend nieuwe psychotherapeutische modellen die betere resultaten beloven, terwijl blijkt dat de effectiviteit van die modellen niet toeneemt. Een mix van doorgeschoten marktideologie, wetenschappelijke blikvernuwing en menselijke tekortkomingen doet therapeuten, cliënten en beleidsmakers hardnekkig vasthouden aan een mythe die de onmacht moet verhullen. In **Het misverstand psychotherapie** schetst Flip Jan van Oenen hoe deze mythe het vermogen van de samenleving om lijden te verdragen ondermijnt. Hij doet dit op basis van wetenschappelijke kennis, ervaringen uit de praktijk en filosofische beschouwing.

Mythes van vooruitgang - de onmacht van de psychotherapie

Op donderdag 28 november vindt er naar aanleiding

van het boek een avondsymposium plaats

o.l.v. Pieter Hilhorst en Arnon Grunberg.

Locatie: de Rode Hoed, Amsterdam

Meer informatie op www.lemion.nl/onmacht

Boom psychologie
& psychiatrie



Boom psychologie & psychiatrie



Vroeger is beter

Bevorderen van psychische gezondheid door preventie en vroegtijdig handelen

Hoewel Nederland over een breed scala aan voorzieningen voor psychische gezondheidszorg beschikt, vindt het handelen vaak (te) laat plaats. Het aantal mensen met een psychische aandoening blijft mede daardoor al jarenlang constant. Er is steeds meer bewijs dat psychische problematiek beperkt kan worden door preventie, het beïnvloeden van sociale determinanten en vroegtijdig handelen.

In **Vroeger is beter** verduidelijkt Jaap van der Stel het belang van preventie en vroegtijdig handelen. En het boek geeft een route aan voor de wijze waarop we – met bestaande middelen – veel betere resultaten kunnen boeken. Dit boek is belangrijk voor iedereen die werkt in de psychische gezondheidszorg en de jeugdzorg.

Bestel nu op www.boompsychologie.nl

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 Forum en 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

Tweënvijftigste jaargang, nummer 3, september 2019

Pagina 197 – 272

197 *Redactioneel*

198 **Maartje Thijssen & Jenny Broersen**

De gevaarlijke combinatie van diabetes mellitus en een eetstoornis —
Een behandeling met kortdurende schematherapie binnen een zieken-
huissetting

225 **Katharina Meyerbröker, Paul Emmelkamp & Maarten Merkx**

Effectiviteit van EMDR bij andere stoornissen en problemen dan PTSS
— Een literatuuroverzicht

246 **Sandra Mulkens**

De tanden in ARFID!

FORUM

264 **Jan van Montfoort**

Deugdelijk en effectief behandelen

269 *Ontvangen*