

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 52 **NUMMER 4** DECEMBER 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, case-studies en boekbesprekingen op het gebied van cognitieve gedragstherapie.

Redactie

Sarah Bal
Paul Boelen (*hoofdredacteur*)
Elise Debeer
Robert Didden
Sandra Mulkens
Marleen Rijkeboer
Elske Saleminck
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.



.....

Dit is alweer het vierde nummer van 2019. Op naar 2020. De afsluiting van een decennium, dat voelt toch altijd bijzonder. Maar: eerst nog maar even met een boekje in een hoekje in de laatste dagen van 2019. Deze editie van ons tijdschrift waaiert allerlei kanten op en heeft daarom voor elk wat wils. Kim Melchior en Colin van der Heiden schreven een stuk over metacognitieve therapie (MCT) voor de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS). We kennen die aanpak misschien vooral van de toepassing bij de gegeneraliseerde-angststoornis, maar ook bij OCS heeft MCT veel te bieden. Nienke Peters-Scheffer gaat in het tweede artikel in op het Early Start Denver Model (ESDM), een benadering binnen vroegtijdige intensieve gedragstherapie. Zij bespreekt de toepassing van deze benadering voor peuters en kleuters met een autismespectrumstoornis én een verstandelijke beperking. Een mooi artikel, zowel vanwege de therapeutische benadering die centraal staat als vanwege de methodiek die wordt gebruikt om deze te evalueren. Annelies Spek besteedt in het derde artikel ook aandacht aan de autismespectrumstoornis. In haar artikel ligt het accent op de vele talenten die mensen met deze stoornis kunnen hebben. Waarom het belangrijk is daar oog voor te hebben in de hulp aan deze mensen wordt mooi verwoord. Jaël van Bentum en haar collega's doen onderzoek naar de rol van suïcidale intrusies bij depressie. Zij ontwikkelden een interventie om die intrusies te verminderen. Het artikel schetst de achtergrond en eerste evaluaties van deze aanpak. Arnold van Emmerik heeft alle reacties over de Forumdiscussie over (de) grondslag van onze verenigingen (of zelfs de hele cognitieve gedragstherapie?) nog eens nagelezen. Hij schreef een heldere reflectie, waarmee we deze uitwisseling voor nu afronden. Wordt ongetwijfeld vervolgd. Ten slotte volgt een boekbespreking van Roland Rogiers over *De therapeutische relatie bij cognitieve gedragstherapie* van Kazantzis en collega's. De redactie wenst u leesplezier met dit inhoudelijk gevarieerde en kleurrijke nummer.

Ik sluit af met woorden van dank aan Sandra Mulkens. Zij heeft zo'n tien jaar lang onze redactie met veel inzet, deskundigheid, een constructief rood potlood en enthousiasme verrijkt. De vele activiteiten waarbij zij betrokken is, noopten haar om afscheid te nemen van onze redactie. Wij zullen haar missen en bedanken haar voor alle inzet die dit tijdschrift mooier hebben gemaakt.

Paul Boelen
Hoofdreducteur

Metacognitieve therapie voor de obsessieve-compulsieve stoornis

Theorie, behandeling en implicaties voor
de praktijk

KIM MELCHIOR & COLIN VAN DER HEIDEN

Samenvatting

De obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) is een veelvoorkomende en invaliderende stoornis. Cognitieve gedragstherapie (CGT) in de vorm van exposure met responspreventie (ERP) is de psychologische behandeling van eerste voorkeur. Ondanks de aangetoonde werkzaamheid van ERP is verbetering van de effectiviteit gewenst, gezien het relatief bescheiden percentage patiënten dat na een ERP-behandeling daadwerkelijk hersteld is van zijn klachten (rond de 60%). Verbetering van het behandel-effect van CGT voor OCS kan mogelijk bereikt worden door de therapeutische interventies te baseren op een stoornisspecifiek theoretisch model. Een recent ontwikkeld theoretisch model voor OCS is het metacognitieve model. Het stelt dat niet de dwangklachten zelf het belangrijkste probleem zijn, maar de opvattingen die de patiënt heeft over zijn dwanggedachten en -handelingen, de 'metacognities' genoemd (Wells, 1997, 2009). De op dit model gebaseerde metacognitieve therapie (MCT) richt zich dan ook niet op de dwangklachten zelf, maar op de opvattingen die de patiënt heeft over zijn dwangklachten. In dit artikel wordt het metacognitieve model besproken en wordt de daarop gebaseerde MCT geïllustreerd aan de hand van een gevalsbeschrijving. Tot nu toe hebben kleinere onderzoeken uitgewezen dat MCT mogelijk een effectieve behandelmethode voor OCS kan zijn.

Trefwoorden: obsessieve-compulsieve stoornis, metacognitieve therapie, gevalsbeschrijving

INLEIDING

275

De obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) wordt gekenmerkt door steeds terugkerende dwanggedachten en/of handelingen. Dwanggedachten (obsessies) worden in de DSM-5 gedefinieerd als ‘recidiverende gedachten, impulsen of voorstellingen die als intrusief en ongewenst worden ervaren’. Dwanghandelingen (compulsies) worden gedefinieerd als ‘repetitieve handelingen of psychische activiteiten waartoe de betrokkene zich gedwongen voelt in reactie op een obsessie’ (American Psychiatric Association, 2014). OCS is een invaliderende en relatief veelvoorkomende stoornis: naar schatting krijgt zo’n 1% tot 2% van de mensen er ooit in zijn leven mee te maken. Zonder adequate behandeling gaat het vaak om een chronische aandoening (Ruscio, Stein, Chiu, & Kessler, 2010).

Tot aan de jaren 1960 stond OCS bekend als een moeilijk behandelbare stoornis. Inmiddels kennen we binnen het cognitief-gedragstherapeutische referentiekader twee vormen van bewezen effectieve behandelingen voor OCS (Skapinakis et al., 2016): exposure met responspreventie (ERP) en cognitieve therapie (CT). In een ERP-behandeling wordt de patiënt met OCS blootgesteld aan angstopwekkende stimuli, met daarbij de instructie zichzelf te weerhouden van het uitvoeren van dwangmatige handelingen (Meyer, 1966). Recent onderzoek suggereert dat het werkingsmechanisme achter deze behandeling die van ‘inhibitie leren’ is: door het uitvoeren van exposure-met-responspreventieopdrachten leert de patiënt nieuwe associaties, namelijk dat hij of zij zulke situaties kan doorstaan en dat de ‘ramp’ die gevreesd wordt niet uitkomt (Craske et al., 2008). CT stelt dat de dwanggedachten en de disfunctionele cognities die hieraan ten grondslag liggen binnen de therapie onderzocht en gecorrigeerd moeten worden. In het oorspronkelijke cognitieve model van Salkovskis (1996) gaat het hierbij om disfunctionele gedachten in het thema ‘overmatige verantwoordelijkheid’. Inmiddels stellen cognitieve modellen dat ook andere disfunctionele overtuigingen OCS in stand houden en dus aangepakt moeten worden binnen een CT, zoals overschatten van gevaar, overmatig belang toekennen aan intrusieve ervaringen, perfectionisme en intolerantie voor onzekerheid (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997).

ERP is de behandeling van eerste keuze in de *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen* (van Balkom et al., 2013). Hoewel uit meta-analyses blijkt dat er geen verschil in effectiviteit bestaat tussen ERP en CT, zijn de effecten van CT op langere termijn nog onvoldoende onderzocht. Daarom wordt ERP aangemerkt als de psychologische behandeling van eerste keuze voor OCS (Olatunji, Cisler, & Deacon, 2010; Öst, Havnen, Hansen, & Kvale, 2015; Skapinakis et al., 2016). Ondanks deze status is ERP voor OCS echter ook een duidelijk voorbeeld van de discrepantie tussen een statistisch significant gebleken effectieve therapiemethode, en bescheiden klinisch relevante

herstel- en verbeterpercentages. Na het afronden van een ERP-behandeling is ongeveer 60% van de patiënten hersteld van zijn of haar klachten en 25% kan geclassificeerd worden als symptoomvrij (Fisher & Wells, 2005). Hoewel dit geen slechte resultaten zijn, betekent het ook dat 40% minder of geen baat heeft bij deze psychologische behandeling. Daarbij komt nog dat deze cijfers gebaseerd zijn op patiënten die de behandeling afmaken. Aangezien ook een aanzienlijk deel van de patiënten (rond de 30%) een ERP-behandeling weigert of vroegtijdig afhaakt, liggen de werkelijke herstel- en verbeterpercentages mogelijk lager (Clark, 2004). Er is dus behoefte aan behandelingen die leiden tot hogere herstelpercentages en/of minder uitval.

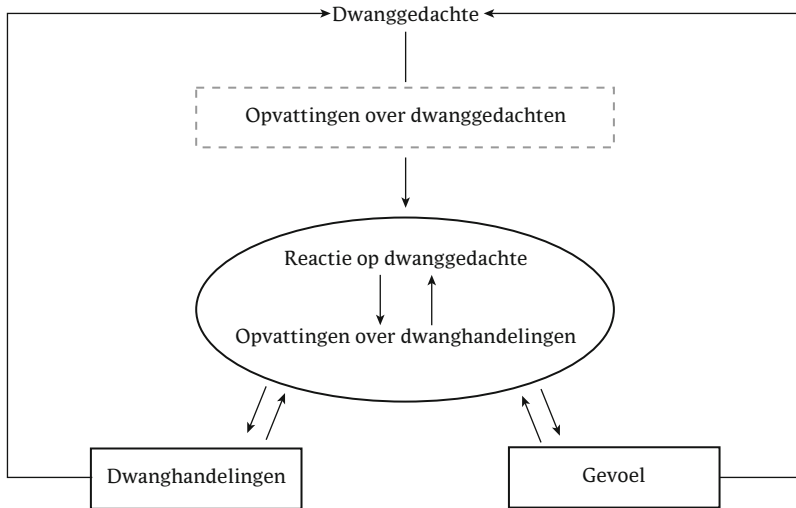
In de afgelopen decennia is er op verschillende manieren gezocht naar mogelijkheden om de behandeling voor OCS te verbeteren. Hierbij wordt aangenomen dat de ontwikkeling van een nieuw en passender stoornisspecifiek model voor OCS zou kunnen helpen om de cognitief-gedragstherapeutische interventies specifiek te richten op de meest centrale ontstaans- en in stand houdende factoren van de stoornis, en daarmee tot verbetering van de therapieresultaten te komen. Een relatief nieuw cognitief model voor OCS is het metacognitieve model, ontwikkeld door Wells (1997, 2000). In dit artikel wordt nader ingegaan op dit model en wordt de daarop gebaseerde metacognitieve therapie (MCT) geïllustreerd aan de hand van een gevalsbeschrijving. Tot slot wordt stilgestaan bij de noodzaak tot nader onderzoek naar de effectiviteit van deze veelbelovende therapiemethode.

METACOGNITIEF MODEL EN THERAPIE

.....

Het metacognitieve model (zie figuur 1) veronderstelt dat niet de dwangklachten zelf het belangrijkste probleem zijn, maar de opvattingen die de patiënt heeft over zijn dwanggedachten en -handelingen. Deze opvattingen worden aangeduid als 'metacognities'.

In het metacognitieve model voor OCS wordt onderscheid gemaakt tussen opvattingen over de dwanggedachten en opvattingen over de dwanghandelingen. Opvattingen over de dwanggedachten worden ook wel *fusion beliefs* genoemd en kunnen onderverdeeld worden in drie domeinen. Ten eerste *thought-action fusion* (TAF; Rachman, 1993), waarmee de overtuiging wordt bedoeld dat de gedachte aan een ongewenste gedraging zal leiden tot het daadwerkelijk uitvoeren ervan. Een voorbeeld hiervan is de opvatting: 'Als ik denk aan voor de trein springen, betekent dit dat ik het daadwerkelijk zal gaan doen.' Ten tweede *thought-event fusion* (TEF; Wells, 1997), waarmee de overtuiging wordt bedoeld dat het denken aan een bepaalde gebeurtenis betekent dat deze gebeurtenis plaatsgevonden moet hebben of in de toekomst zal plaatsvinden. Een voorbeeld van deze metacognitie is: 'Als ik denk aan het oplopen van een ernstige besmetting, betekent dit dat ik deze besmetting ook opgelopen moet hebben.' Tot slot voegde Wells meer recent



FIGUUR 1 Schematische weergave van het metacognitieve model van OCS

een derde vorm van fusion beliefs toe aan zijn model, namelijk *thought-object fusion* (TOF; Wells, 2000). Hiermee wordt de overtuiging bedoeld dat gedachten overgedragen kunnen worden op objecten of andere mensen. Een voorbeeld van een TOF-opvatting is: 'Mijn gedachten kunnen ervoor zorgen dat mijn persoonlijke bezittingen besmet raken met negativiteit.'

Fusion beliefs zorgen ervoor dat het hebben van een dwanggedachte op een negatieve manier geïnterpreteerd wordt. Dwanggedachten zijn dan niet langer vluchtige voorbijgaande gedachten in het hoofd, maar gedachten die als gevaarlijk gezien worden en waar aandacht aan geschonken moet worden. Het gevolg hiervan is dat er een psychologische reactie ontstaat op de dwanggedachte, bijvoorbeeld in de vorm van piekeren of rumineren. Zo kan een patiënt met de dwanggedachte: 'Ik spring voor de trein', als gevolg van zijn TAF-opvatting: 'Als ik denk dat ik voor de trein spring, betekent dit dat ik dit zal gaan doen', zich gaan afvragen of hij mogelijk depressief en suïcidaal is. De angst die ontstaat kan tevens als bewijs geïnterpreteerd worden dat er inderdaad sprake is van gevaarlijke en betekenisvolle gedachten. Ook kan deze angst ervoor zorgen dat de frequentie van intrusieve ervaringen toeneemt en ze eerder worden opgemerkt. Deze keten van negatieve emotionele reacties brengt de patiënt in een modus waarin hij of zij zal proberen te ontsnappen aan het vermeende gevaar.

Volgens de metacognitieve theorie wordt tijdens dit proces een tweede categorie van metacognitieve overtuigingen geactiveerd die een rol spelen bij het in stand houden van OCS: de opvattingen over het nut van het uitvoeren van dwanghandelingen. Een voorbeeld van een dergelijke opvatting is:

‘Ik moet controleren, anders kan ik me niet meer ontspannen’, of: ‘Door mijn dwanghandelingen uit te voeren, kan ik voorkomen dat een dierbare iets overkomt.’ De patiënt gaat nu over op het uitvoeren van dwanghandelingen. Hierbij gebruikt de patiënt interne criteria, ook wel ‘stopsignalen’ genoemd, om te besluiten wanneer hij of zij mag stoppen met het uitvoeren van het ritueel. Een voorbeeld hiervan is: ‘Ik moet doorgaan met tellen totdat ik mij weer veilig voel.’ Door het uitvoeren van dwanghandelingen hoopt de patiënt het vermeende gevaar te neutraliseren. Echter, door de dwanghandelingen onthoudt de patiënt zich van de mogelijkheid te ervaren dat het hebben van een gedachte niet gelijk staat aan het optreden van een gebeurtenis of het uitvoeren van een ongewenste handeling. Op die manier blijven de metacognitieve opvattingen over zowel de dwanggedachten als de dwanghandelingen in stand. Tot slot kan de OCS-patiënt gaan monitoren bij zichzelf of er nieuwe ‘gevaarlijke’ intrusieve gedachten ontstaan; ook op deze manier zal de frequentie van intrusieve ervaringen enkel maar toenemen.

Metacognitieve therapie

Overeenkomstig het metacognitieve model van OCS richt de metacognitieve therapie zich niet op de dwangklachten zelf, maar op de manier waarop mensen denken over hun dwanggedachten en dwanghandelingen. De veronderstelling is dat wanneer de patiënt gaat ervaren dat gedachten op zichzelf niet het vermogen hebben om gebeurtenissen te veroorzaken of (tegen de eigen zin) handelingen in gang kunnen zetten, obsessieve gedachten minder spanning zullen oproepen (want ze zijn betekenisloos), waardoor de noodzaak tot het uitvoeren van neutraliserende handelingen zal afnemen. Om dit doel te bereiken worden er in MCT standaard cognitief-gedragstherapeutische technieken gebruikt, zoals het uitwerken van een gedachteschema of gedragsexperimenten. MCT is daarmee een vorm van CGT, maar dan gericht op metacognities in plaats van cognities. In tegenstelling tot andere CGT-programma's voor OCS worden in MCT de interventies dus niet gericht op de inhoud van de dwanggedachten, noch op daaruit voortvloeiende domeinen als intolerantie voor onzekerheid, perfectionisme of gevoelens van overmatige verantwoordelijkheid (Salkovskis, 1996). Het metacognitieve model stelt dat deze cognitieve domeinen slechts voortvloeien uit de metacognitieve opvattingen en daarmee zogeheten ‘lagere-orde-domeinen’ zijn, die geen expliciete aandacht meer behoeven wanneer de therapie zich richt op het hoogste niveau in de keten, namelijk de metacognities (Gwilliam, Wells, & Cartwright-Hatton, 2004; Myers & Wells, 2005).

Een tweede verschil met andere CGT-programma's zit hem in de manier waarop en met welk doel exposure met responspreventie wordt toegepast binnen de therapie. De ERP-opdrachten bij een MCT worden uitgevoerd met als doel metacognitieve opvattingen over de dwanggedachten en dwanghandelingen te onderzoeken en aan te passen. ERP-opdrachten worden daarbij

vormgegeven als gedragsexperiment, waarbij van tevoren een voorspelling wordt gedaan over het verloop en de afloop van het experiment. Na afloop wordt besproken wat het resultaat van het experiment betekent voor de houdbaarheid en geloofwaardigheid van de metacognitieve opvattingen van de patiënt, en indien mogelijk worden die bijgesteld. Tot slot leert de patiënt in een MCT-behandeling de specifieke vaardigheid om op een meer functionele manier met intrusieve ervaringen om te gaan, namelijk *detached mindfulness* (DM; Wells, 2009). DM is een techniek waarbij de patiënt leert om intrusieve gedachten waar te nemen als 'slechts betekenisloze gedachten in het hoofd', zonder erop te reageren, ze te analyseren of er iets mee te doen. De patiënt leert op deze manier dat hij controle heeft over zijn reacties en dat er manieren zijn om op een andere manier op intrusieve gedachten te reageren.

WETENSCHAPPELIJKE EVIDENTIE

.....

Tot nu toe zijn er vijf onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van metacognitieve therapie bij OCS. In deze onderzoeken is gebruikgemaakt van gestandaardiseerde criteria voor klinisch significante verbetering, toegepast op de scores van de Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1995), een semigestructureerd interview om de ernst van OCS-symptomen in kaart te brengen. Hierbij wordt de classificatie 'hersteld' gebruikt voor patiënten indien na afloop van hun therapie voldaan wordt aan (1) een score van 14 punten of lager op de Y-BOCS, en (2) minimaal 10 punten verschilscore tussen begin- en eindmeting. De classificatie 'symptoomvrij' wordt toegekend bij een score onder de cut-off-waarde van 7 punten op de Y-BOCS (Fisher & Wells, 2008).

Fisher en Wells publiceerden in 2008 een case-series-onderzoek waarbij vier OCS-patiënten individueel behandeld werden met MCT. Alle vier konden na afronding van de therapie op basis van gestandaardiseerde criteria voor klinisch significante verandering geclassificeerd worden als hersteld en twee van de vier (50%) konden geclassificeerd worden als symptoomvrij. Therapieresultaten bleken te zijn gebleven ten tijde van de follow-upmeting na drie maanden.

In een open trial naar de effectiviteit van metacognitieve groepstherapie vonden Rees en Van Koesveld (2008) eveneens veelbelovende resultaten. Bij alle participanten bleek na afloop van de therapie sprake te zijn van verbeteringen op vragenlijsten naar OCS-symptomen en in metacognitieve opvattingen. Zeven van de acht patiënten konden geclassificeerd worden als hersteld. In een vervolgstudie vonden Fitt en Rees (2012) opnieuw veelbelovende resultaten bij drie OCS-patiënten die behandeld werden met MCT door middel van videobellen. Bij alle drie de patiënten bleek er sprake te zijn van klinisch relevante verbetering na afloop van de therapie.

Andouz, Dolatshahi, Moshtagh en Dadkhah (2012) voerden eveneens een case-series-studie uit, met zes OCS-patiënten die geselecteerd werden op de aanwezigheid van intrusies en enkel coverte dwanghandelingen. MCT bleek wederom een effectieve behandelmethode, zowel in termen van statistisch significante als klinisch relevante verbetering.

Tot slot voerde onze eigen onderzoeksgroep een ongecontroleerd pilot-onderzoek uit naar de effectiviteit van MCT onder 25 patiënten met een OCS (van der Heiden, van Rossen, Dekker, Damstra, & Deen, 2016). Er werden significante verbeteringen gevonden op alle uitkomstmaten, waaronder voor OCS-symptomen en depressieve symptomen. Na afloop van de therapie kon 74% van de patiënten die de behandeling afmaakten geclassificeerd worden als hersteld en 47% als symptoomvrij. Ten tijde van de follow-upmeting na drie maanden waren deze percentages toegenomen naar 80% hersteld en 67% symptoomvrij. Het percentage uitval in deze studie was 24% (ter vergelijking: in een ERP-behandeling is dit gemiddeld 30%; Clark, 2004).

Samenvattend: zowel in termen van klinisch significante verbetering als in termen van uitval blijkt in elk van de tot nu toe uitgevoerde onderzoeken de uitkomst voor MCT gunstiger dan voor ERP (Fisher & Wells, 2005). Een belangrijke tekortkoming van bovengenoemde onderzoeken is echter het geringe aantal proefpersonen en het ontbreken van een directe vergelijking met de huidige evidenced-based behandelingen voor OCS. Ook voor het bepalen van het effect van MCT op de langere termijn is nog nader onderzoek nodig. Hoewel er door deze beperkingen nog geen definitieve conclusies getrokken kunnen worden over werkzaamheid van MCT, kan wel gesteld worden dat MCT bij OCS een veelbelovende behandelmethode is, die nader onderzoek verdient. In het navolgende wordt beschreven hoe MCT in de klinische praktijk toegepast kan worden.

GEVALSBESCHRIJVING

.....

Anna (fictieve naam) is een 34-jarige getrouwde vrouw, die door de huisarts in verband met OCS verwezen is naar een tweedelijnsinstelling voor ambulante specialistische geestelijke gezondheidszorg. Anna vertelt op het intakegesprek dat zij al twee keer eerder in behandeling is geweest voor een OCS. De eerste keer was op 18-jarige leeftijd, toen zij net op zichzelf was gaan wonen. Ze had toen last van overmatig schoonmaken en het controleren van deuren en ramen bij vertrek vanuit huis. De tweede keer meldde Anna zich aan met godslasterende intrusies; zij was toen 25 jaar oud. Beide keren werd zij met succes behandeld door middel van ERP. De afgelopen negen jaar is Anna vrijwel klachtenvrij geweest.

Zij vertelt dat de klachten waar zij zich nu voor aanmeldt ongeveer zes maanden geleden plotseling zijn ontstaan na de geboorte van haar eerste kind. Sindsdien ervaart zij intrusieve gewelddadige gedachten, bijvoorbeeld

wanneer ze haar dochtertje optilt of in bad doet. Zij ervaart dan plotseling opkomende, ongewenste gedachten als: 'Ik ga haar verdrinken', 'Ik gooi haar van de trap', of 'Ik schop tegen haar aan.' Anna ziet hierbij levendige beelden waarin zij zichzelf de actie ziet uitvoeren. De gedachten en beelden zijn de hele dag door aanwezig wanneer haar dochter er is en maken dat Anna zich angstig en gespannen voelt. Ze vertelt erg bang te zijn dat de gedachten betekenen dat ze niet van haar dochter houdt en dat ze de acties waar ze aan denkt daadwerkelijk ten uitvoer zal brengen. Ook maken de intrusieve gedachten haar somber en verdrietig, omdat ze gelooft dat het hebben van zulke gedachten betekent dat ze een slechte moeder is.

Omdat Anna vreest de acties in de intrusieve gedachten en beelden daadwerkelijk tot uitvoering te brengen, is ze een aantal activiteiten gaan vermijden of neemt ze voorzorgsmaatregelen. Zo durft ze bij aanmelding niet meer met haar dochter de trap op te lopen of haar dochter in bad te stoppen zonder dat haar man daar ook bij aanwezig is. Ook voert Anna alle activiteiten met haar dochter zo alert mogelijk uit. Hiermee bedoelt ze dat ze alles wat ze doet aandachtig doet en in haar gedachten niet mag afdwalen, omdat zij anders vreest haar intrusieve gedachten daadwerkelijk in actie om te zetten. Tot slot rapporteert Anna verschillende handelingen in reactie op de intrusieve gedachten, met als doel de dwanggedachte zo snel mogelijk kwijt te raken. Zo moet ze op momenten dat een intrusieve gedachte opkomt een vast rijtje opnoemen van vijf redenen waarom zij wel van haar dochter houdt en haar nooit iets aan zal doen. Wanneer dit lukt zonder dat er een intrusieve gedachte opkomt, zakt de angst en mag zij van zichzelf verdergaan met waar zij mee bezig was. Wanneer er wel een intrusieve gedachte opkomt tijdens het opnoemen van het rijtje, moet ze haar rijtje net zo lang blijven herhalen totdat dat haar lukt zonder hierbij een intrusieve gedachte te ervaren. Dit kan veel tijd in beslag nemen, waardoor Anna zich sterk belemmerd voelt in haar dagelijks leven.

Overwegingen ten aanzien van de behandeling

Op basis van het intakegesprek en afname van het Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5-S; American Psychiatric Association, 2018) wordt een OCS vastgesteld. Op het moment van aanmelding loopt er op de afdeling een wetenschappelijk onderzoek waarbij de effectiviteit van MCT in een gerandomiseerd design wordt vergeleken met ERP, de huidige behandeling van eerste keuze. Patiënte besluit deel te nemen aan dit onderzoek om op deze manier kans te maken op een alternatieve benadering dan ERP, waar zij geen blijvend effect van heeft ervaren. Zij wordt gerandomiseerd in de MCT-conditie.

Meetinstrumenten

Om het effect van de behandeling te kunnen evalueren, zal de ernst van de OCS-symptomen in kaart worden gebracht met zowel een zelfrapportage-vragenlijst voor dwangklachten, de Padua Inventory-Revised (Padua-IR; Burns, Keortge, Formea, & Sternberger, 1996), als met een semigestructureerd interview, de Y-BOCS (Goodman et al., 1995). De Padua-IR bestaat uit 60 vragen, die beantwoord dienen te worden op een schaal van 0 tot 4 (range 0-240). De Y-BOCS bestaat uit tien vragen, die gescoord worden op een schaal van 0 tot 4 (range 0-40). Beide vragenlijsten zijn internationaal bekend en hebben uitstekende psychometrische kwaliteiten.

Om de voor OCS relevante metacognities in kaart te brengen, worden er tevens twee vragenlijsten afgenomen die deze constructen beogen te meten. Om de metacognitieve opvattingen over de dwanggedachten in kaart te brengen wordt het Thought Fusion Instrument (TFI; Wells, Gwilliam, & Cartwright-Hatton, 2001) afgenomen en om opvattingen over de noodzaak van het uitvoeren van dwanghandelingen in kaart te brengen wordt de Beliefs About Rituals Inventory (BARI; McNicol & Wells, 2012) afgenomen. Het TFI bestaat uit veertien items, die beantwoord dienen te worden op een schaal van 0 tot 100 (range 0-1400), bijvoorbeeld: 'Als ik aan een onplezierige gebeurtenis denk, dan wordt de kans groter dat het ook echt gebeurt.' De BARI bestaat uit twaalf vragen, die beantwoord dienen te worden op een schaal van 1 tot 4 (range 14-56), bijvoorbeeld: 'Ik moet mijn rituelen uitvoeren, anders zal ik nooit meer rust vinden.' Beide vragenlijsten zijn nog onvoldoende onderzocht op psychometrische kwaliteiten en worden dan ook enkel ter indicatie van mogelijke veranderingen op procesniveau gebruikt.

Voorafgaand aan de start van de behandeling scoort Anna op de Padua-IR 58 punten. In vergelijking met de normgroep 'normalen' is deze totaalscore 'zeer hoog'. In vergelijking met de normgroep 'OCS-patiënten' kan deze score als 'gemiddeld' gezien worden. Op de Y-BOCS scoort Anna bij aanvang 18 punten. Deze score kan geclassificeerd worden als een 'matige tot ernstige OCS'. De beginscore op de TFI is 270 punten. Op de BARI scoort Anna bij aanvang van de therapie 18 punten.

Metacognitieve therapie

MCT is een kortdurende, praktische en doelgerichte behandeling, die gegeven wordt in ongeveer 15 therapiezittingen van 45 minuten. Tijdens de therapie worden vier fasen doorlopen. Deze vier fasen zijn weergegeven in tabel 1 en worden toegelicht aan de hand van de gevalsbeschrijving Anna.

TABEL 1 *Behandelprotocol (onderzoeksversie) van de metacognitieve therapie (van der Heiden et al., 2016; gebaseerd op: Wells, 1997, 2009)*

Fase	Onderwerp	Technieken
1	Opstellen van casusconceptualisatie en identificeren van metacognitieve opvattingen over dwanggedachten en dwanghandelingen	▶ Afname van het Thought Fusion Instrument (TFI) en de Beliefs About Rituals Inventory (BARI) ▶ Identificeren van metacognities door middel van het socratisch interview ▶ Averechts effect van copinggedragingen illustreren aan de hand van experimenten (bijvoorbeeld gedachteonderdrukkingsexperiment) ▶ Introductie van detached mindfulness
2	Modificeren van metacognities over dwanggedachten	▶ Gedachteschema's gericht op het onderzoeken van fusion beliefs ▶ Gedragsexperimenten gericht op het onderzoeken van fusion beliefs (exposure met responscommissie, exposure met responspreventie, uitstelexperiment en/of adaptief checken)
3	Modificeren van metacognities over dwanghandelingen	▶ Gedachteschema's gericht op het onderzoeken van opvattingen over dwanghandelingen ▶ Voor- en nadelenanalyse van het uitvoeren van dwanghandelingen opstellen ▶ Socratisch bevragen van de vermeende voordelen van het uitvoeren van dwanghandelingen ▶ Afwisselen tussen het uitvoeren van veel versus weinig dwanghandelingen, met als doel het onderzoeken van opvattingen over dwanghandelingen ▶ Exposure met responspreventie, met als doel het onderzoeken van opvattingen over dwanghandelingen
4	Terugvalpreventie	▶ Terugvalpreventie ▶ Opstellen van nieuw plan voor omgaan met dwangklachten

Fase 1 — Fase 1 is de bewustwording van de rol van metacognitieve opvattingen en vertrouwd raken met het metacognitieve model. Het doel van de eerste behandel fase is de patiënt ervan bewust maken dat de dwangklachten zelf niet het probleem zijn, maar de betekenis die de patiënt toekent aan die dwangklachten en de manier waarop hij of zij erop reageert. Dit doel wordt bereikt door middel van psycho-educatie over OCS en het metacognitieve model, door het opstellen van een individuele casusconceptualisatie en door

de introductie van detached mindfulness (DM). Naast uitleg over de OCS-klachten en de rol van metacognitieve opvattingen worden klachten genormaliseerd door te vertellen dat dwanggedachten een normaal fenomeen zijn dat ook bij 80-90% van de mensen zonder OCS voorkomt (Rachman & De Silva, 1978). Een recente dwangperiode wordt besproken aan de hand van het volgende casusconceptualisatie-interview (Wells, 2009).

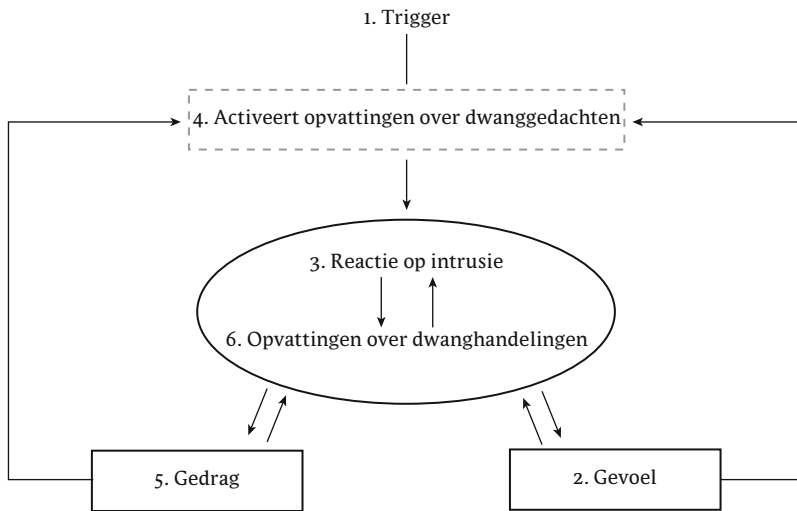
Casusconceptualisatie-interview OCS

Introductie: Ik ga u enkele vragen stellen over de laatste keer dat u zich gespannen voelde over een obsessieve gedachte en u zich genoodzaakt voelde daarop te reageren.

- 1 · Wanneer was dat?
- 2 · Wat was de dwanggedachte (beeld/impuls/twijfel) waarmee het begon/ waardoor u gespannen raakte (= *trigger*)
Als de patiënt dit niet weet, vraag hem of haar dan de gedachte op te roepen, bijvoorbeeld dat het *huis vies is*. *Vraag vervolgens of het hebben van die gedachte ook betekent dat het huis vies is.*
- 3 · Toen u die gedachte had, hoe voelde u zich toen? (= *gevoel*)
 - Waar in uw lichaam voelde u dat?
 - Welke lichamelijke sensaties merkte u op?
- 4 · Het lijkt alsof die gedachte/dat gevoel een negatieve betekenis heeft. Wat betekenen ze voor u (en hoe geloofwaardig is die betekenis)?
 - Wat zou het ergste zijn wat er kan gebeuren als u die intrusie zou blijven hebben?
 - De gedachte lijkt belangrijk te zijn. Wat is er belangrijk aan voor u?
 - Is het hebben van deze gedachte gevaarlijk of schadelijk? Zo ja, op welke manier?
 - Stel dat de gedachte waar is, wat zou er dan gebeuren? Wat is het ergste wat er kan gebeuren?
 - Wat zou er gebeuren als u niets zou doen om deze gedachte te neutraliseren?
 - Wat zegt deze gedachte over u als persoon?
 - Kwamen er nog andere gedachten bij u op toen u zich angstig voelde?
 - Had u het gevoel dat er gevaar dreigde? Zo ja, welk gevaar? (= *piekeren/rumineren in reactie op trigger*)
- 5 · Wat betekenen deze gedachten volgens u?
 - Betekent het hebben van een gedachte voor u dat die gedachte ook waar is?
 - Dacht u dat de gedachte een feit was of slechts een vervelende gedachte?
 - Wat is het ergste dat deze gedachten zouden kunnen betekenen? Hoe sterk geloofde u daarin op dat moment? (= *opvattingen over eigen gedachten*)
- 6 · Deed u iets om dit (= *negatieve opvatting over de dwanggedachte*) te voorkomen?
 - Deed u iets om de twijfel bij uzelf weg te nemen?
 - Probeerde u het angstige gevoel weg te krijgen? Zo ja, hoe deed u dat?
 - Voerde u dwanghandelingen uit (*noem eventueel voorbeelden*)? (= *gedrag*)
- 7 · Wat zijn voor u de voordelen van deze dwanghandelingen (*vraag eventueel door op antwoord*)? En wat is daar het voordeel van?
 - Wat zou er volgens u gebeuren als u niet langer met dergelijke handelingen zou reageren op uw dwanggedachten/twijfels/gevoelens?

- En wat zou er met u gebeuren? Hoe sterk geloofde u daarin op dat moment? (= *opvattingen over dwanghandelingen*)
- Waaraan merkt u dat u de handelingen voldoende hebt uitgevoerd/dat het veilig is om te stoppen met dwanghandelingen?
- Wat is uw doel als u rituelen uitvoert? Hoe weet u wanneer u dat doel bereikt hebt? Hebt u een speciale regel die u voorschrijft hoe vaak of hoe lang u uw dwanghandelingen moet uitvoeren? (= *stopsignaal*)

Aan de hand van het casusconceptualisatie-interview worden alle elementen uit het metacognitieve model doorlopen (zie figuur 2) en kan een idiosyncratische casusconceptualisatie opgesteld worden.

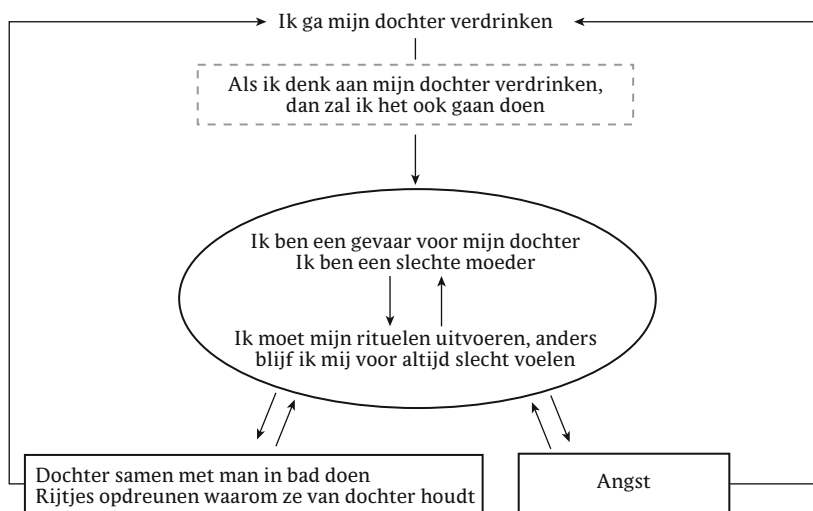


FIGUUR 2 Casusconceptualisatie OCS

Nadat het metacognitieve model is opgesteld, wordt de patiënt vertrouwd gemaakt met het model. Dit gebeurt door het uitvoeren van gedragsexperimenten tijdens de sessie, zoals het witte-beerexperiment, waarbij de patiënt ervaart dat gedachteonderdrukking veelal averechts werkt (Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987), en door het bevragen van de patiënt over zijn metacognitieve opvattingen. Door vragen te stellen als: 'Als je niet langer gelooft dat je dwanggedachten waar zijn, heb je dan nog een probleem?' en: 'Als je dwanghandelingen helpen, hoe komt het dan dat je nog steeds een probleem hebt?' ziet de patiënt in dat niet de klachten zelf, maar de opvattingen daarover het centrale probleem zijn. Tot slot wordt in deze eerste behandelingsfase DM geïntroduceerd, een techniek om de eigen dwanggedachten te leren observeren zonder er waarde aan toe te kennen en zonder erop te

reageren of te proberen ze weg te krijgen. De patiënt leert zijn dwanggedachten te zien als 'zomaar gedachten in het hoofd,' zonder er een betekenis aan toe te kennen (Wells, 1997).

In de behandeling van Anna werd begonnen met het afnemen van het casusconceptualisatie-interview. De hieruit resulterende schematische weergave van het metacognitieve model is weergegeven in figuur 3.



FIGUUR 3 Schematische weergave van het metacognitieve model van Anna

Door het opstellen van dit model leerde Anna inzien dat het hebben van gewelddadige gedachten voor haar betekent dat zij vreest gewelddadig gedrag te gaan vertonen, een TAF-opvatting. Ook leerde zij inzien dat door het uitvoeren van dwanghandelingen in reactie daarop en door vermijdingsgedrag (zoals verzorgende taken voor haar dochter enkel nog samen met haar man uitvoeren) zij nooit kan ervaren dat het slechts gaat om betekenisloze gedachten. Door dit inzicht was zij bereid om te gaan oefenen met alternatief gedrag in reactie op haar dwanggedachten en werd DM geïntroduceerd in de behandelsessie. Aan de hand van een vrije-associatieoefening ervoer Anna wat bedoeld wordt met DM, namelijk het slechts observeren van gedachten zonder er betekenis aan toe te kennen, en hoe dit overeenkomt met de normale manier van verwerken van het merendeel van de gedachten die mensen dagelijks hebben (Wells, 2009). Deze oefening wordt geïllustreerd in onderstaande dialoog.

Fragment uit de introductie van detached mindfulness bij Anna

Therapeut: Sluit je ogen en luister naar de woorden die ik zo ga opnoemen.

Neem je gedachten waar die spontaan opkomen in reactie op mijn woorden. Het maakt niet uit wat er straks bij je opkomt, misschien ook wel helemaal niets. Het gaat erom dat je passief observeert wat er gebeurt, zonder dit te proberen te beïnvloeden.

(De therapeut noemt met tussenpozen de volgende woorden op: appel – verjaardag – zee – boom – fiets – zomer – rozen.)

- Therapeut: Doe je ogen maar weer open. Kun je me vertellen wat er gebeurde in reactie op mijn woorden?
- Anna: Ik zag beelden van de verschillende dingen die je opnoemde, soms ook beelden van herinneringen, bijvoorbeeld bij het woord zomer zag ik een beeld van het vakantiehuisje waar we afgelopen zomer zijn geweest.
- Therapeut: Lukte het je om deze beelden te observeren, zonder te proberen om ze te beïnvloeden?
- Anna: Ja, dat ging prima.
- Therapeut: En wat gebeurde er na verloop van tijd met deze beelden, bijvoorbeeld wanneer ik het volgende woord uitsprak?
- Anna: De beelden verdwenen na verloop van tijd en maakten plaats voor een volgende gedachte of beeld.
- Therapeut: Deed jij zelf nog iets om deze beelden te laten verdwijnen?
- Anna: Nee, dat gebeurde gewoon.
- Therapeut: Deze strategie kun je ook gebruiken bij dwanggedachten. Zou je deze week vijftien minuten per dag kunnen oefenen met het oproepen van dwanggedachten en deze waar te nemen zonder ze te analyseren? Probeer er actief niets mee te doen, niet te analyseren, te onderdrukken of jezelf gerust te stellen.

Anna oefende elke dag vijftien minuten met het toepassen van detached mindfulness. Na twee weken begon ze te merken dat intrusieve gedachten minder vaak en minder langdurig aanwezig waren.

Fase 2 — Fase 2 is het modifieren van metacognities over dwanggedachten. In de tweede fase van MCT worden metacognities over dwanggedachten onderzocht en gewijzigd door middel van verbale cognitieve technieken en door het uitvoeren van gedragsexperimenten. Opvattingen over dwanggedachten worden onderzocht door op socratische wijze de argumenten of bewijzen die de metacognities ondersteunen, dan wel hiermee in tegenspraak zijn, te inventariseren. Hierbij kunnen hulpvragen gebruikt worden zoals hierna weergegeven.

Hulpvragen bij het zoeken van argumenten in strijd met de opvatting over dwanggedachten

- ▶ Welke argumenten zijn in strijd met uw idee dat als u iets denkt, die gedachte ook waar is?
- ▶ Welke argumenten/feiten/bewijzen/ervaringen laten zien dat gedachten op zichzelf niet het vermogen of de kracht hebben om gebeurtenissen te veroorzaken?

- ▶ Welke argumenten/feiten/bewijzen/ervaringen pleiten tegen uw opvatting dat dwanggedachten betekenen dat er iets ergs gebeurd is of nog gaat gebeuren?
- ▶ Zijn er argumenten/feiten/bewijzen/ervaringen die erop duiden dat gedachten op zichzelf misschien geen speciale krachten of betekenis hebben?
- ▶ Hoe vaak heeft u gecontroleerd of uw gedachte juist was? En hoe vaak bleek dit het geval te zijn? Wat betekent dit voor uw opvatting dat uw dwanggedachten juist of belangrijk zijn?
- ▶ Kunt u uitleggen op welke manier een gedachte of gevoel overgedragen kan worden op een object of ding?
- ▶ Hoe kan het dat maar een deel van uw gedachten speciale krachten hebben en niet alle gedachten?
- ▶ Kunt u denken aan het winnen van de lotto of staatsloterij? Betekent dit ook dat u de lotto nu gaat winnen? Zo nee, waarom niet? Wat is het verschil met dwanggedachten (die naar uw idee wel het vermogen hebben een gebeurtenis te veroorzaken)?
- ▶ Heeft u wel eens een gedachte gehad en vervolgens geen dwanghandelingen uitgevoerd? Zo ja, wat gebeurde er toen? Wat zegt dat over deze gedachten?
- ▶ Hoe vaak is uw opvatting uitgekomen dat uw gedachten ervoor kunnen zorgen dat u *iets ergs doet/dat er iets naars zal gebeuren/dat je negatieve gevoelens of gedachten kunt overdragen op dingen*? En hoe vaak is die opvatting niet uitgekomen? Wat betekent dit voor uw opvatting dat uw dwanggedachten juist of belangrijk zijn?
- ▶ Is het hebben van een (dwang)gedachte een goed argument of bewijs dat u iets gedaan heeft? Of zou een herinnering over dat u dat gedaan heeft beter bewijs zijn?
- ▶ Bent u het type om te doen wat u denkt als u een dwanggedachte heeft?
- ▶ Welke ervaringen heeft u gehad die laten zien dat uw opvatting over uw dwanggedachten niet altijd of niet volledig waar is?
- ▶ Als u voor een rechtbank zou verschijnen, wat zou u dan kunnen aanvoeren als bewijs tegen de opvatting over uw dwanggedachten?
- ▶ Denk aan iemand wiens mening u respecteert. Welke argumenten zou hij/zij aandragen die in strijd zijn met uw opvatting over dwanggedachten?
- ▶ Wanneer iemand anders (bijvoorbeeld een goede vriend(in) of een familielid) van mening zou zijn dat het hebben van een gedachte ook betekent dat er iets gebeurt, je iets doet of dat er iets negatiefs overgedragen wordt op een object, wat zou u dan tegen hem/haar zeggen?
- ▶ Wie in uw familie of vriendenkring zijn van mening dat uw opvatting over uw dwanggedachten niet klopt? En om welke redenen?

In de metacognitieve therapie voor OCS worden vervolgens drie specifieke gedragsexperimenten gebruikt om thought fusion beliefs te onderzoeken:

- 1 *Exposure met responspreventie.* Als gedragsexperiment wordt er in deze behandelfase geoefend met exposure met responspreventie om te kunnen toetsen of fusion beliefs al dan niet kloppen. Het achterliggende idee is dat patiënten door het uitvoeren van dwanghandelingen niet in staat zijn om te ontdekken dat dwanggedachten geen feiten zijn, of dat dwanggedachten weliswaar vervelende, maar ongevaarlijke, betekenisloze gedachten zijn.

In een ERP-experiment werd Anna gevraagd haar dochter zelf in bad te doen en in reactie op de intrusieve gedachte: 'Ik verdrink mijn dochter,' het gebruikelijke opdreunen van haar lijstje met vijf redenen waarom ze van haar dochter houdt achterwege te laten. Anna vreest dat de gedachte: 'Ik verdrink mijn dochter,' betekent dat ze dit gewelddadige gedrag zal gaan uitvoeren, tenzij ze haar ritueel uitvoert. Als gevolg van eerdere inventarisatie van argumenten die in tegenspraak zijn met deze overtuiging is de geloofwaardigheid van de overtuiging reeds gezakt naar 40% wanneer zij het experiment aangaat. Anna voert het experiment een week lang dagelijks uit, waarbij zij alle dagen ervaart dat ook zonder het opdreunen van haar lijstje zij niet tot gewelddadig handelen overgaat. Bij nabespreking geeft Anna aan dat de geloofwaardigheid van haar angstige verwachting is gezakt naar 0%.

- 2 *Adaptief checken.* Een tweede gedragsexperiment in deze fase is dat van adaptief checken. Bij dit experiment mag de patiënt een controlehandeling uitvoeren in reactie op een intrusieve ervaring. Voorafgaand aan het experiment moet duidelijk zijn dat het doel van het experiment niet is om geruststelling te verkrijgen, maar om informatie te verzamelen om de houdbaarheid van een metacognitieve opvatting mee te kunnen toetsen, bijvoorbeeld de TEF-opvatting: 'Als ik denk dat mijn huis in brand staat, dan staat het in brand.' Door op het moment dat deze gedachte optreedt terug te lopen naar huis en te zien dat het huis niet in brand staat, kan de patiënt leren dat zijn dwanggedachten geen speciale betekenis hebben, maar slechts onbelangrijke gedachten in het hoofd zijn.
- 3 *Exposure in combinatie met dwanggedachte oproepen.* Een derde gedrags-experiment om metacognities over dwanggedachten te onderzoeken is exposure in combinatie met de dwanggedachte oproepen en in gedachten houden. In deze fase van de therapie vertoonde Anna nog veel vermijdingsgedrag. Ook deed zij er in reactie op haar dwanggedachten alles aan om deze zo snel mogelijk kwijt te raken, door bijvoorbeeld afleiding te zoeken of de gedachte te onderdrukken. Na het opstellen van de casus-conceptualisatie realiseerde zij zich dat ze op deze manier niet kan ervaren dat intrusies slechts ongevaarlijke gedachten zijn. Met Anna werden gedragsexperimenten besproken waarbij ze leerde haar vermijdingsgedrag op te heffen en haar dwanggedachten juist actief in haar hoofd te houden. Zo oefende zij om haar dochter op een speelkleed op de grond te laten spelen en de opkomende intrusie: 'Ik schop tegen haar aan,' niet weg te drukken maar juist actief te blijven herhalen. Doordat zij bij het uitvoeren van dit experiment merkte dat zij niet overging tot het uitvoeren van de gewelddadige actie (schoppen van haar dochter), leerde zij dat het hebben van de gedachte geen relatie heeft met wat ze doet en dus niet gelijkstaat aan het uitvoeren van de ongewenste actie.

Fase 3 — Fase 3 is het modifieren van metacognities over dwanghandelingen. In de derde fase worden de metacognities over de dwanghandelingen onderzocht, eveneens door middel van verbale cognitieve herstructureringstechnieken en door middel van gedragsexperimenten. Er wordt begonnen met het opstellen van een voordelen- en nadelenanalyse van het uitvoeren van dwanghandelingen. Vervolgens wordt er dissonantie opgewekt over de vermeende voordelen door het stellen van socratische vragen, zoals: ‘Hoe kan iets wat helpend is, zoveel nadelige gevolgen hebben?’ Opvattingen over de noodzaak van het uitvoeren van dwanghandelingen worden vervolgens onderzocht door op socratische wijze de argumenten/bewijzen die de dwanggedachten ondersteunen dan wel hiermee in tegenspraak zijn te inventariseren. Een fragment uit de behandeling van Anna in deze therapiefase is weergegeven in de volgende dialoog.

Fragment uit de behandeling van Anna in fase 3

- Therapeut: Kun je me vertellen wat de reden is dat je continu in je hoofd de redenen blijft herhalen waarom je van je dochter houdt?
- Anna: Ik moet dit wel doen, want als ik het niet doe, zal ik mij de hele dag slecht voelen.
- Therapeut: Heeft het ritueel ook nadelen?
- Anna: Jazeker. Ik ben er de hele dag mee bezig. Het kost heel veel tijd en energie. Het lijkt ook nooit goed genoeg: wanneer ik het lijstje heb opgedreund, voel ik me heel even goed, maar na een paar minuten komt de angst terug en moet ik weer helemaal opnieuw beginnen.
- Therapeut: Wat zegt dit over de geloofwaardigheid van je opvatting dat je het ritueel moet uitvoeren, omdat je je anders altijd slecht blijft voelen?
- Anna: Tja, ook met het uitvoeren van dit ritueel voel ik mij de hele dag slecht en angstig. Maar ik vraag me af of dit niet nog veel erger wordt wanneer ik stop met het ritueel.
- Therapeut: Zullen we dat uittesten?

Een specifiek gedragsexperiment dat vervolgens in deze fase gebruikt wordt is het *ritueel-modulatie-experiment*. In dit experiment wordt de patiënt gevraagd om één dag per week *zo veel mogelijk* dwanghandelingen uit te voeren als er een dwanggedachte opkomt, en op een andere dag juist *zo min mogelijk* dwanghandelingen uit te voeren wanneer er zich een dwanggedachte opdringt en in plaats daarvan DM toe te passen. De patiënt wordt gevraagd bij te houden hoe hij zich voelt op elk van beide dagen. Deze informatie wordt vervolgens gebruikt om te kunnen bepalen of de opvattingen over de noodzaak tot het uitvoeren van dwanghandelingen zijn uitgekomen op de dag met zo min mogelijk dwanghandelingen, en op welk van beide dagen de patiënt zich beter voelde en/of beter functioneerde. Door het uitvoeren van dit experiment leerde Anna dat zij zich juist minder angstig voelde op de dag met zo min mogelijk dwanghandelingen, waardoor de geloofwaardigheid

van haar opvatting: 'Ik moet mijn rituelen uitvoeren, want anders voel ik mij de hele dag slecht', daalde tot 10%.

Tot slot kunnen ook in deze derde fase van de behandeling ERP-opdrachten worden ingezet, wederom met het doel metacognitieve opvattingen te onderzoeken. In een ERP-opdracht in deze fase kan de patiënt bijvoorbeeld gevraagd worden om een bepaalde dwanghandeling niet uit te voeren, teneinde na te gaan of de opvatting dat dwanghandelingen nuttig zijn (dan wel die over de gevreesde gevolgen van het niet uitvoeren van dwanghandelingen) juist is.

291

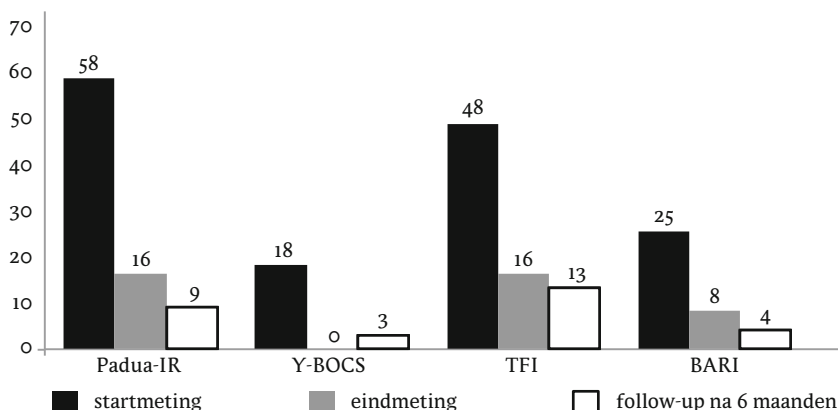
Fase 4 — Fase 4 is de terugvalpreventie. De vierde fase van de therapie wordt gestart met het in kaart brengen van nieuwe manieren om te reageren op dwanggedachten, het zogenaamde 'nieuwe plan', dat in plaats moet komen van het 'oude plan' van reageren op dwanggedachten (bijvoorbeeld het toepassen van detached mindfulness in plaats van het onderdrukken van dwanggedachten). Ook wordt een terugvalpreventieplan gemaakt, waarbij een lijst wordt opgesteld van signalen die een terugval kunnen voorspellen, en vervolgens een lijst met technieken en maatregelen die de patiënt kan toepassen om te voorkomen dat hij terugvalt. Tezamen met de individuele casusconceptualisatie en een overzicht van metacognities, met daarbij de bewijzen die in tegenspraak zijn met deze opvattingen, vormt dit een 'blauwdruk' van de therapie.

In de therapie van Anna zijn twee sessies besteed aan het maken van deze blauwdruk. In het 'nieuwe plan' van reageren op dwanggedachten noemde zij drie zaken die voor haar van groot belang waren geweest in de therapie, namelijk (1) het toepassen van DM in reactie op dwanggedachten, (2) beseffen dat dwanggedachten slechts gedachten zijn en geen feiten, en bij 80-90% van de mensen voorkomen, en (3) het gedragsexperiment waarbij ze leerde dwanggedachten te overdrijven in plaats van ze weg te drukken, wat haar deed inzien dat dwanggedachten slechts betekenisloze gedachten zijn.

Door het opstellen van het terugvalpreventieplan realiseerde Anna zich dat ze meerdere keren een terugval had gehad in OCS-klachten na een grote verandering in haar leven, zoals een verhuizing en de geboorte van haar eerste kind. 'Grote veranderingen' nam Anna dan ook op als mogelijke risicosituaties voor het voorspellen van een terugval. Als maatregel om hier zo goed mogelijk mee om te gaan nam ze zichzelf voor bij grote veranderingen haar blauwdruk van de therapie in het zicht op te hangen in haar woonkamer, teneinde zichzelf in een dergelijke levensfase te blijven herinneren aan de voor haar waardevolle inzichten uit de therapie.

Resultaten van de behandeling

Na afloop van de behandeling voldoet Anna niet langer aan de diagnose OCS op basis van de SCID-S. De resultaten op de vragenlijsten zijn weergegeven in figuur 4.



FIGUUR 4 Scores op de vragenlijsten van Anna voorafgaand, na afloop en zes maanden na afloop van de therapie. Om de resultaten in de grafiek te laten passen, zijn de scores op de TFI gedeeld door factor 10.

Op basis van zowel zelfrapportage als het semigestructureerde interview zien we een substantiële afname in de ernst van OCS-symptomen tussen de startmeting en eindmeting. Wanneer we kijken naar de scores op de Y-BOCS, kan Anna volgens de gestandaardiseerde criteria voor klinisch relevante verbeteringen geclassificeerd worden als 'symptoomvrij' (onder de cut-off-waarde van 7 en minimaal 10 punten verschil tussen de startmeting en eindmeting). Ook op het TFI en de BARI, die beogen de metacognitieve opvattingen over dwangsymptomen in kaart te brengen, zien we een daling plaatsvinden gedurende de therapie. Dit kan mogelijk betekenen dat juist het werken aan en wijzigen van de metacognitieve opvattingen verantwoordelijk is voor het therapie-effect. Therapieresultaten blijken behouden te zijn gebleven ten tijde van de follow-upmeting na zes maanden.

BESLUIT

In dit artikel is het metacognitieve model van OCS besproken en werden de vier fasen van de metacognitieve therapie geïllustreerd aan de hand van een

gevalsbeschrijving. Te lezen is hoe de behandeling van Anna zich richt op het onderzoeken en wijzigen van metacognitieve opvattingen over zowel haar dwanggedachten als haar dwanghandelingen. Hoewel hiertoe ook opdrachten met exposure met responspreventie worden gebruikt, kent de MCT-behandeling van Anna vele elementen die niet terug te vinden zijn in een traditionele ERP-behandeling. Hierbij valt te denken aan specifieke gedragsexperimenten om fusion beliefs te onderzoeken, de introductie van detached mindfulness en het invullen van gedachteschema's over opvattingen over dwanghandelingen. In het geval van Anna bleek metacognitieve therapie een succesvolle behandeling te zijn, zowel direct na afloop van de therapie als zes maanden na afsluiting. Dit komt overeen met de eerste onderzoeksresultaten uit kleine, ongecontroleerde onderzoeken naar de effectiviteit van MCT bij OCS, die uitwijzen dat het gaat om een veelbelovende therapiemethode. Daarom verdient deze therapiemethode het om nader onderzocht te worden in een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT). Een dergelijke RCT wordt momenteel uitgevoerd door onze onderzoeksgroep, waarbij de effectiviteit van MCT direct wordt vergeleken met de huidige therapie van eerste keuze, ERP (Melchior, Franken, Deen, & van der Heiden, 2019). Honderd patiënten met als hoofddiagnose een OCS, vastgesteld met de SCID-I (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2001), een diagnostisch interview gebaseerd op de DSM-IV, worden geïncludeerd uit de reguliere stroom patiënten die voor behandeling worden verwezen naar PsyQ, een ambulante specialistische ggz-instelling. Na inclusie worden patiënten gerandomiseerd in een van beide behandelcondities: ERP of MCT. De primaire uitkomstmaat is de ernst van de OCS-symptomen, gemeten met de Y-BOCS en de Padua-IR. Metingen worden afgenomen voorafgaand aan de behandeling, bij afsluiting van de behandeling en 36 maanden na afloop van de behandeling. Exclusiecriteria zijn zo minimaal mogelijk gehouden om de steekproef zo representatief mogelijk te laten zijn voor de klinische praktijk. Beoogde einddatum van het onderzoek is eind 2019.

Kim Melchior en **Colin van der Heiden** zijn beiden werkzaam bij PsyQ Rotterdam en verbonden aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Correspondentieadres: Kim Melchior, PsyQ, Max Euwelaan 70, 3062 MA Rotterdam, Nederland. E-mail: k.melchior@psyq.nl.

Summary *Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder*

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is characterized by recurrent obsessions and/or compulsions that cause marked distress and interfere with daily functioning. Exposure with response prevention (ERP) is the current treatment of choice for OCD. However, ERP for OCD is a good example of the discrepancy between statistically and clinically significant change. Although several studies and meta-analysis have shown ERP to lead to statistically significant improvements, only about 60% of treatment completers achieve recovery, so

there is room for improvement. It has been suggested that progress might be made by basing therapy on key cognitive processes involved in the development and maintenance of the disorder. A promising disorder specific model is the metacognitive model of Wells, which assumes that beliefs about the meaning and significance of intrusive thoughts and rituals maintain the disorder. The resulting metacognitive therapy (MCT) focuses on modifying patients' beliefs about thoughts and rituals, instead of challenging the actual content of these symptoms. In this article, the metacognitive model is outlined and the metacognitive therapy is illustrated on the basis of a case study. So far a couple of small studies provided support for the efficacy of metacognitive therapy.

Keywords *obsessive-compulsive disorder, metacognitive therapy, case study*

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Amsterdam: Boom.
- American Psychiatric Association (APA). (2018). *SCID-5-S: Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 Syndroomstoornissen. Nederlandse vertaling van Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders*. Amsterdam: Boom.
- Andouz, Z., Dolatshahi, B., Moshtagh, N., & Dadkhah, A. (2012). The efficacy of metacognitive therapy on patients suffering from pure obsessions. *Iranian Journal of Psychiatry*, 7, 11-21.
- Burns, G. L., Keortge, S., Formea, G., & Sternberger, L. (1996). Revision of the Padua Inventory of obsessive-compulsive disorder symptoms: Distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 163-173.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: Guilford Press.
- 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, 5-27.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2001). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR axis-I disorders*. (Research Version, Patient Edition (SCID-I/P). New York: Biometrics Research Department, NY State Psychiatric Institute.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1543-58.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 117-132.
- Fitt, S., & Rees, C. (2012). Metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder by videoconference: A preliminary study. *Behaviour Change*, 29, 213-229.
- Goodman, W. K., Price, L. M., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... Charney, D. S. (1995). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Part I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Does metacognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the metacognitive model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 137-144.
- McNicol, K., & Wells, A. (2012). Metacognitions and obsessive-compulsive symptoms: The contribution of

- thought-fusion beliefs and beliefs about rituals. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 330-340.
- Melchior, K., Franken, I., Deen, M., & van der Heiden, C. (2019). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20, 277.
- Meyer, V. (1966). Modifications of expectations in case of obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 273-280.
- Myers, S. G., & Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 806-817.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Deacon, B. J. (2010). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 557-577.
- Öst, L. G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156-169.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Rachman, S., & De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rees, C. S., & van Koesveld, K. E. (2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 451-458.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 53-63.
- Salkovskis, P. M. (1996). Cognitive-behavioral approaches to the understanding of obsessional problems. In R. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 103-133). New York (NY): Guilford.
- Skapinakis, P., Caldwell, D., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N., & Salkovskis, P. (2016). A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of pharmacological and psychological interventions for the management of obsessive-compulsive disorder in children/adolescents and adults. *Health Technology Assessment*, 20, 1-392.
- van Balkom, A. L. J. M., van Vliet, I. M., Emmelkamp, P. M. G., Bockting, C. L. H., Spijker, J., Hermens, M. L. M., & Meeuwissen, J. A. C. 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*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- van der Heiden, C., van Rossen, K., Dekker, A., Damstra, M., & Deen, M. (2016). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9, 24-29.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thoughts suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A., Gwilliam, P., & Cartwright-Hatton, S. (2001). *The Thought Fusion Instrument*. Manchester: University of Manchester.

Early Start Denver Model bij kinderen met autismespectrumstoornis en een verstandelijke beperking

NIENKE PETERS-SCHEFFER

Samenvatting

Onder zowel clinici als wetenschappers is er consensus over het belang van vroegtijdige interventie bij kinderen met een autismespectrumstoornis (ASS) en een verstandelijke beperking (VB). Een veelbelovende nieuwe interventie is het *Early Start Denver Model* (ESDM), een veelomvattend model dat bedoeld is om de ontwikkeling van kinderen met ASS te versnellen. ESDM is effectief gebleken als het intensief en door een hoogopgeleid en multidisciplinair team veelal een-op-een aangeboden wordt. Er zijn echter weinig studies die ESDM in klinische settings implementeren en er zijn geen studies naar de effectiviteit van ESDM in Nederland. Daarom onderzochten wij met een multiple baseline design met drie participanten, in hoeverre drie begeleiders op een kinderdagcentrum voor kinderen met ASS en een VB na acht uur klassikale scholing en zes coachingssessies in staat waren om ESDM toe te passen binnen de groepssetting van de instelling waarin zij werkzaam waren. Daarnaast onderzochten wij of toepassing van de ESDM-technieken door de begeleiders resulteerde in meer taakgericht gedrag, minder stereotiep gedrag en meer communicatieve uitingen bij de kinderen. Ofschoon de begeleiders in deze studie minder uren scholing en supervisie ontvingen dan in de meeste andere studies, lieten zij een statistisch en klinisch significante vooruitgang zien in de toepassing van de ESDM-technieken tijdens individuele en groepsmomenten met kinderen met ASS en een VB in vergelijking tot hun functioneren in de basislijn. Bij de kinderen was een beperkte vooruitgang zichtbaar wat betreft taakgericht gedrag en communicatieve uitingen.

Trefwoorden: autismespectrumstoornis, verstandelijke beperking, vroegtijdige gedragstherapie, jonge kinderen, ESDM

INLEIDING

297

Een autismespectrumstoornis (ASS) wordt gekenmerkt door ernstige beperkingen in de communicatie en sociale interactie, en stereotiepe en beperkte patronen van gedrag (American Psychiatric Association, 2014). Ongeveer de helft van de personen met ASS heeft ook een verstandelijke beperking (VB) (Charman et al., 2011; Postorino et al., 2016). Door hun complexe problematiek zal de meerderheid van de personen met ASS én een VB als volwassene niet volledig zelfstandig kunnen functioneren (Mordre et al., 2011; Yeargin-Allsopp et al., 2003). Vanwege de ernst van de beperking en de slechte prognose, is vroegtijdige interventie bij deze doelgroep essentieel.

Hoewel er veel behandelingen voor kinderen met ASS ontwikkeld zijn, is er voor vroegtijdige intensieve gedragstherapie (VIGT) het sterkste wetenschappelijke bewijs (Peters-Scheffer, Didden, Korzilius, & Sturmey, 2011). De programma's binnen deze VIGT verschillen enigszins van elkaar, maar delen wel enkele essentiële kenmerken. Alle programma's maken gebruik van leertheoretische principes afkomstig uit de *applied behavior analysis* (ABA; toegepaste gedragstherapie). Gewoonlijk wordt er gebruikgemaakt van *discrete trial teaching* (DTT) om systematische instructie, herhaling en het gestructureerd aanbieden van taken te waarborgen. Naast DTT worden instructieprocedures gebruikt als prompting, stimulusgeneralisatie, fading, modelleren, taakanalyse, errorcorrectie, functionele analyse, bekrachtiging en shaping (Duker, Didden, & Sigafos, 2004). VIGT-programma's maken gebruik van een veelomvattend curriculum dat de normale ontwikkeling volgt, maar worden afgestemd op het kind. Binnen het curriculum is er onder meer aandacht voor aandachtsvaardigheden, imitatie, matchen, communicatie en taal, zelfredzaamheid, spel, sociale vaardigheden, (voor)schoolse vaardigheden en gedragproblemen (Peters-Scheffer & Didden, 2019).

Na VIGT laten kinderen een hogere ontwikkelingsleeftijd en meer vooruitgang zien op zelfredzaamheid en op expressieve en receptieve taal dan kinderen uit de controlegroep die de gebruikelijke zorg zoals geboden op school, een kinderdagcentrum of een (medisch) kinderdagverblijf ontvingen, of andere behandelingen, waaronder minder intensieve VIGT, ouderbegeleiding of een behandelprogramma gebaseerd op Portage of TEACCH. Daarnaast verschijnt er steeds meer onderzoek waaruit blijkt dat VIGT succesvol de kernsymptomen van ASS vermindert en de kans op deelname aan het reguliere onderwijs vergroot (Eikeseth, 2009; Peters-Scheffer et al., 2011). Effecten worden met name gevonden wanneer de interventie intensief wordt geïmplementeerd (twintig tot veertig uur per week), zo vroeg mogelijk start (bij voorkeur voor de leeftijd van 3 jaar) en ten minste twee jaar duurt (Granpeesheh, Dixon, Tarbox, Kaplan, & Wilke, 2009). Ook de intensiteit en de kwaliteit van de supervisie lijken gerelateerd te zijn aan de effectiviteit van VIGT (Eikeseth, Hayward, Gale, Gitlesen, & Eldevik, 2009). Betere uitkomsten worden

gezien bij kinderen met een hoger IQ, meer adaptief gedrag en minder ernstige symptomen van autisme bij de start van de behandeling (Ben-Itzhak & Zachor, 2007; Eldevik et al., 2010; Harris & Handleman, 2000).

Een veelbelovende nieuwe benadering binnen VIGT is het Early Start Denver Model (ESDM; Rogers & Dawson, 2010). Om de cognitieve, communicatieve en sociaal-emotionele ontwikkeling en zelfredzaamheid van peuters met (een verhoogd risico op) ASS te versnellen en de kernsymptomen van ASS te verminderen, worden binnen ESDM enerzijds de interacties tussen kind en volwassenen (dat wil zeggen begeleiders, ouders, therapeuten) verbeterd en anderzijds met behulp van gedragstherapeutische technieken systematisch vaardigheden aangeleerd. Er wordt zowel gebruikgemaakt van gedragstherapeutische technieken zoals prompting, shaping en bekrachtiging, als van een aantal naturalistische en ontwikkelingsgerichte strategieën, waaronder het inzetten van positief affect en het integreren van spel en sensorische en sociale routines binnen de behandelsessies (Waddington, van der Meer, & Sigafos, 2016). Hierbij wordt rekening gehouden met de manier waarop ASS de vroegtijdige ontwikkeling beïnvloedt. Vaardigheden worden aangeleerd binnen motiverende sociale interacties met het idee dat deze positieve ervaringen ertoe leiden dat het kind gericht wordt op de sociale omgeving, waardoor het meer zal profiteren van leermomenten in de sociale omgeving (Rogers & Dawson, 2010).

De effectiviteit van ESDM staat in een aantal papers beschreven (zie voor een review: Waddington et al., 2016), waaronder twee *randomized controlled trials* (RCT). In 2010 beschreven Dawson en collega's de resultaten van een eerste RCT bij 48 peuters met ASS tussen de 18 en 30 maanden oud. De peuters kregen ofwel twintig uur ESDM door gecertificeerde therapeuten in de thuissituatie, waarbij hun ouders twee keer per maand getraind werden in ESDM, ofwel een eclectische behandeling met een vergelijkbare intensiteit die beschikbaar was in de omgeving van het kind. Hoewel de exacte invulling van de behandeling van kind tot kind verschilde, bestond deze in elk geval uit (schriftelijke) psycho-educatie van de ouders, individuele therapieën waaronder logopedie, andere VIGT-programma's en ergotherapie, en groepsbehandeling op een ontwikkelingsgroep, al dan niet gebaseerd op ABA. Na twee jaar behandeling lieten de kinderen in de ESDM-groep meer vooruitgang zien ten aanzien van hun cognitieve en communicatieve ontwikkeling en hun zelfredzaamheid dan de kinderen in de controlegroep. Hoewel er geen eeg-data voorafgaand aan de behandeling zijn verzameld, lieten eeg-metingen na twee jaar behandeling meer genormaliseerde patronen van hersenactiviteit zien in de ESDM-groep dan in de controlegroep (Dawson et al., 2012). Twee jaar na afronding van de behandeling bleven de resultaten behouden en hadden de kinderen in de ESDM-groep in de follow-up minder kernsymptomen van ASS en hadden ze minder behandeling nodig dan de kinderen in de controlegroep (Estes et al., 2015). ESDM is ook binnen groepsprogramma's toegepast. Zo vergeleken Vivanti en collega's (2014) 15 tot 25 uur ESDM in een groep

in combinatie met zes individuele sessies voor de ouders, met een eclectisch groepsprogramma zoals dat gebruikelijk aangeboden wordt aan kinderen met ASS. In beide groepen lieten de kinderen vooruitgang zien; in de ESDM-groep was deze vooruitgang echter significant groter dan in de controlegroep. Hoewel er enkele studies zijn uitgevoerd naar de toepassing van ESDM binnen een groepssetting met een lage begeleider-kindratio (ratio 1:3), zijn de meeste studies uitgevoerd binnen een-op-eensituaties, waarbij er een intensief programma (15 tot 25 uur per week) geboden werd in de thuissituatie en/of een zeer gespecialiseerde setting door een hoogopgeleid en multidisciplinair team, al dan niet in samenwerking met de ouders (Waddington et al., 2016). Professionals en ouders werden conform het ESDM-trainingsbeleid opgeleid, gecertificeerd en gesuperviseerd, waardoor kinderen een behandeling van een zeer hoge kwaliteit kregen.

Ondanks de effectiviteit is het complex om VIGT, waaronder ESDM, te implementeren in klinische settings onder dezelfde omstandigheden als in de studies beschreven staan (Vismara, Young, & Rogers, 2013). Hierdoor hebben veel kinderen geen toegang tot VIGT van hoge kwaliteit. Zo waren, ondanks intensieve scholing en voortdurende coaching, begeleiders binnen een reguliere voorschoolse setting in een studie van Vivanti en collega's (2014) nauwelijks in staat om ESDM van voldoende kwaliteit te bieden. In tegenstelling tot bij Vivanti en collega's (2014), ontbreekt het de meeste organisaties daarnaast ook nog eens aan voldoende middelen en expertise om hun personeel conform de criteria van ESDM op te leiden, en hebben zij geen gekwalificeerde supervisors om hun behandelteam te coachen bij het uitvoeren van ESDM. Ook zijn veel organisaties niet in staat een intensief programma aan te bieden, waardoor kinderen minder uren ESDM ontvangen, veelal binnen een groeps-situatie met meer kinderen en minder begeleiders, waarbij de supervisie infrequent en van mindere kwaliteit is dan aanbevolen. Deze praktische barrières leiden dus tot aangepaste en mogelijk minder effectieve programma's van een lagere kwaliteit (Rogers & Dawson, 2010; Vismara, Young et al., 2013). Naast aanpassingen die er in de klinische praktijk in de behandeling worden gemaakt, starten de kinderen in klinische settings de behandeling vaak later dan de aanbevolen leeftijd (dat is onder de 3 jaar) en hebben veel kinderen een lagere ontwikkelingsleeftijd dan de kinderen in de studies.

Aangezien implementatie van intensieve programma's zoals ESDM in de klinische praktijk gecompliceerd is, dienen de effectiviteit van minder intensieve programma's en de condities waaronder significante vooruitgang wordt gevonden nader te worden onderzocht. Wetenschappelijke studies met betrekking tot dergelijke programma's zijn schaars (zie voor een uitzondering: Peters-Scheffer, Didden, Mulders, & Korzilius, 2013) en er bestaan geen studies naar de effectiviteit van ESDM in Nederland. Daarom onderzochten wij in de studie die in dit artikel besproken wordt in hoeverre begeleiders op een kinderdagcentrum voor kinderen met ASS en een VB na acht uur klassikale scholing en zes coachingssessies in staat zijn om ESDM toe

te passen binnen de groepssetting van de instelling waar zij werkzaam zijn. Daarnaast werd onderzocht of toepassing van de ESDM-technieken door de begeleiders resulteerde in meer taakgericht gedrag, minder stereotiep gedrag en meer communicatieve uitingen bij de kinderen, aangezien deze doelen aansluiten bij ESDM en vooruitgang op deze vaardigheden realistisch leek binnen het tijdsbestek van de huidige studie (dat wil zeggen vijftien tot achttien weken). Verwacht werd dat begeleiders door de kortdurende scholing en coaching beter in staat zouden zijn de ESDM-technieken toe te passen en dat de kinderen na de scholing en coaching meer taakgericht gedrag, minder stereotiep gedrag en een toename van communicatieve uitingen zouden laten zien dan voor de scholing en coaching.

METHODE

.....

Design

.....

In deze studie is gebruikgemaakt van een multiple baseline design met drie participanten. Bij een multiple baseline design start de interventie, in deze studie de scholing en coaching van de begeleiders, bij de drie participanten op verschillende momenten in de tijd, waardoor een verandering bij de drie participanten op het moment van de interventie toe te schrijven is aan de interventie in plaats van aan het toeval. Een interventie dient echter niet geïntroduceerd te worden voordat er een stabiele basislijn is vastgesteld en niet te eindigen voordat stabiliteit verkregen is in de nameting. Bij een multiple baseline design worden gevonden effecten toegeschreven aan de interventie op het moment dat er significante verandering in gedrag van de participanten plaats heeft gevonden tijdens de nameting in vergelijking met de basislijnmeting (Hawkins, Sanson-Fisher, Shakeshaft, D'Este, & Green, 2007).

De studie had drie fasen: de basislijn, de scholing met coaching en de follow-up. De basislijn bestond uit vier, vijf of zeven weken, de scholing uit zes weken en de follow-up uit vijf weken. In de basislijn en de nameting vond er elke week er een meetmoment plaats, waarbij er een interactie van tien minuten van elke dyade tijdens een groepsmoment en tien minuten tijdens een een-op-eenmoment werden gefilmd. In de scholingsfase vonden om praktische redenen de metingen om de twee weken plaats (na twee coachingssessies).

Participanten en setting

.....

Drie kinderen, Bobbie, Lev en Tuur¹, namen samen met hun begeleiders Bracha, Laura en Tanja, deel aan de huidige studie. De jongens van respectie-

1 De namen van zowel de kinderen als de professionals zijn pseudoniemen.

velijk 36, 55 en 42 maanden oud hadden allen ASS en een VB, vastgesteld door een gz-psycholoog en/of kinderpsychiater, onafhankelijk van de studie. Bobbie en Tuur hadden een ontwikkelingsleeftijd van respectievelijk 8 en 19 maanden, terwijl de ontwikkelingsleeftijd van Lev ten tijde van de studie nog niet was vastgesteld. De kinderen hadden geen aanvullende medische problemen, zoals epilepsie. De begeleiders waren allen vrouw, tussen de 25 en 34 jaar oud, en hadden allen een hbo-opleiding in een pedagogische richting afgerond.

De jongens bezochten op werkdagen van 9.00 tot 15.00 uur drie verschillende behandelgroepen op een kinderdagcentrum van Driestroom voor kinderen met ASS en een VB. Op deze groepen wordt door twee tot drie begeleiders groepsbehandeling geboden aan zes tot twaalf kinderen. De fysieke omgeving van de groepen is afgestemd op de behoefte van de kinderen ten aanzien van prikkels en structuur. Zo hebben de kinderen individuele planborden waarop hun dagprogramma met foto's, pictogrammen of voorwerpen is aangegeven, vinden activiteiten op vaste plekken in het lokaal plaats en worden activiteiten duidelijk begonnen en beëindigd door middel van een lied. Gedurende de dag wordt binnen de groepscontext zowel een-op-een als in (sub)groepen gewerkt aan de individuele doelen van het kind op het gebied van communicatie, spel, sociale vaardigheden, motoriek, (voor)schoolse vaardigheden en zelfredzaamheid. Daarnaast ontvingen enkele kinderen buiten de groep individuele therapieën, waaronder logopedie, fysiotherapie, ergotherapie en DTT (zie Peters-Scheffer, Didden, Mulders et al., 2013). De behandeling werd gecoördineerd door een orthopedagoog of gz-psycholoog. Bobbie, Lev en Tuur kregen ten tijde van de studie elk een tot twee keer logopedie per week.

ESDM

De behandeling geboden op het kindercentrum was gebaseerd op ESDM, zoals beschreven in de handleiding van de interventie (Rogers & Dawson, 2010). Naast onderliggende principes, behandeltechnieken en methoden om de betrouwbaarheid van de implementatie te meten, bevat de handleiding een gedetailleerd curriculum met vaardigheden op de verschillende ontwikkelingsdomeinen dat gebruikt kan worden om de ontwikkeling van het kind in kaart te brengen en de behandeldoelen vorm te geven. Om de interventie implementeerbaar te maken binnen de huidige setting zijn er enkele aanpassingen gemaakt ten aanzien van de intensiteit, het behandelteam, de supervisie en de betrokkenheid van de ouders.

Hoewel in de meeste studies kinderen individueel of in een kleine groep van maximaal drie personen 15 tot 20 uur ESDM per week kregen (Waddington et al., 2016), boden in deze studie twee begeleiders ESDM in een groep van zes tot twaalf kinderen. Gezien de hoge werkdruk die de begeleiders ervoeren, lukte het hun niet ESDM gedurende de gehele dag aan te bieden.

Voor elk kind was, al voor de start van de studie, een keer per dag een individuele sessie van tien tot twintig minuten opgenomen in het rooster van de groep. Deze sessies werden tijdens en na deze studie gebruikt om met behulp van de ESDM-technieken en de doelen uit het ESDM-curriculum systematisch aan de ontwikkeling van de kinderen te werken. Daarnaast werden de begeleiders aangemoedigd om de ESDM-technieken zo veel mogelijk tijdens groepsactiviteiten, waaronder de kring, spelmomenten en tijdens het eten toe te passen, en hierbij waar mogelijk de individuele leerdoelen van de kinderen te integreren.

Ook werden er aanpassingen gedaan ten aanzien van het behandelteam. Behandeling werd niet geboden door gecertificeerde ESDM-therapeuten en ouders binnen een multidisciplinair team bestaande uit specialisten op het gebied van vroegtijdige interventie, psychologen, pedagogen, gedrags-therapeuten, en (para)medici, maar door de begeleiders onder supervisie van een gz-psycholoog. De gz-psychologen werden hierbij gecoacht door een gedragstherapeut met veel ervaring op het gebied van diagnostiek en (gedragstherapeutische) behandeling bij kinderen met ASS en/of een VB. Zij was onder meer gecertificeerd in *pivotal response treatment* (dat is een VIGT-behandelprogramma waarop ESDM mede gebaseerd is).

De begeleiders ontvingen minimale ondersteuning en supervisie bij het uitvoeren van het programma in vergelijking met de richtlijnen opgesteld door de ontwikkelaars van ESDM. Het vaststellen van de leerdoelen werd niet gedaan door een multidisciplinair team, maar door de begeleiders zelf, op basis van het ESDM-curriculum opgenomen in de handleiding (Rogers & Dawson, 2010) en in overleg met de gz-psycholoog die hen begeleidde. Ze ontvingen hiervoor richtlijnen tijdens de scholing. Na de scholing en de zes coachingssessies was er beperkte supervisie door de gz-psychologen. Tijdens de maandelijkse kindbesprekingen was er een kwartier gereserveerd voor het bespreken van de doelen van elk kind, waarbij er ook ruimte was voor videofeedback ten aanzien van de toepassing van de technieken.

Hoewel in de meeste studies ouders intensief betrokken worden bij de implementatie van ESDM, waren er binnen de huidige studie geen middelen en een gekwalificeerd behandelteam beschikbaar om dit mogelijk te maken. Hierdoor werden ouders niet geschoold in de ESDM-technieken en werd ESDM niet toegepast in de thuissituatie.

Scholing

De scholing werd ontwikkeld en gegeven door een gedragstherapeut met veel ervaring op het gebied van diagnostiek en (gedragstherapeutische) behandeling van kinderen en jongeren met ASS en/of een VB, waaronder met pivotal response training. Dit deed de gedragstherapeut in overleg met de auteur van dit artikel, die als ontwikkelaar, behandelaar en onderzoeker veel ervaring heeft met een vroegtijdig gedragstherapeutisch programma

voor kinderen met ASS en een VB en het scholen van professionals (zie: Peters-Scheffer, Didden, Mulders et al., 2013). Deze laatste volgde voorafgaand aan deze studie een eendaagse workshop over ESDM bij Sally Rogers, één van de ontwikkelaars van ESDM.

De scholing bestond allereerst uit twee klassikale bijeenkomsten van elk vier uur. Hierbij ontvingen de begeleiders en gz-psychologen die verbonden waren aan de kinderdagcentra van de participanten, verbale en geschreven informatie over ESDM, ASS, VB, de ESDM-technieken en het ESDM-curriculum. In deze scholing werden de dertien technieken van ESDM besproken, werd toepassing daarvan geanalyseerd aan de hand van videobeelden en werd er geoefend in rollenspellen. Daarnaast kregen de begeleiders huiswerkopdrachten om onder meer het kind te observeren en op basis van het ESDM-curriculum leerdoelen voor het kind op te stellen.

Na de klassikale scholing werden de begeleiders samen met de andere begeleiders die werkzaam waren op hun behandelgroep, zesmaal gecoacht in groepsverband. Hiervoor werden door de begeleiders behandelsessies opgenomen en werden de videobeelden door de gz-psycholoog die verbonden was aan hun behandelgroep geanalyseerd, onder supervisie van de gedragstherapeut. Vervolgens gaf de gz-psycholoog de begeleiders met behulp van de videobeelden feedback op de wijze waarop zij de technieken toepasten, kregen zij nadere uitleg over de technieken en konden zij vragen stellen over ESDM. In volgende sessies werd dit geëvalueerd, waarna een nieuwe techniek werd behandeld. Het doel van deze coachingsperiode was het verdiepen van de kennis van de begeleiders op het gebied van ESDM en te leren deze technieken toe te passen bij de kinderen op hun behandelgroep.

Meetinstrumenten

In deze studie werd de kwaliteit van de toepassing van de ESDM-technieken door de begeleiders op de groep gemeten en daarnaast werden het taakgerichte gedrag, het stereotiepe gedrag en de communicatieve uitingen van de drie kinderen vastgesteld.

ESDM-technieken. Het functioneren van de kinderen en hun begeleiders werd met video-opnamen van de dyades tijdens een-op-eensituaties en groepssituaties beoordeeld door de auteur en twee masterstudenten pedagogische wetenschappen, waarbij er gebruikgemaakt werd van het scoringsmodel van ESDM zoals beschreven in Rogers en Dawson (2010). Hierbij werd de kwaliteit van de begeleiders aan de hand van de volgende dertien categorieën beoordeeld: (1) aandachtsregulatie, (2) kwaliteit van de gedragsbehandeling, (3) toepassing van de behandeltechnieken, (4) affect en arousal moduleren, (5) ongewenste gedragingen reguleren, (6) dyadische betrokkenheid, (7) motivatie optimaliseren, (8) positief affect, (9) sensitiviteit en responsiviteit, (10) gevarieerde communicatiekansen, (11) afgestemd taalgebruik, (12) activiteiten structureren en uitbreiden, en (13) overgangen

tussen de activiteiten. Elke categorie werd beoordeeld op een likertschaal, waarbij de scores varieerden van 1 tot 5. Een score van 1 verwijst naar een behandelaar die de technieken niet in de sessie toepast, een score van 2 naar een behandelaar die in de sessie nog veel fouten maakt, waarbij er meer zwakke punten dan sterke punten zijn en een score van 3 verwijst naar een behandelaar die zowel zwakke als sterke punten laat zien. Een score van 4 verwijst naar een behandelaar die geen fouten maakt, maar die sessies ook niet optimaal benut, terwijl een score van 5 verwijst naar een behandelaar die een sessie volledig benut en alle technieken goed toepast. Voor een operationalisering van de technieken en de scoringsmogelijkheden wordt verwezen naar Rogers en Dawson (2010). Bij twijfel over het toekennen van codes is de hoogste score toegekend.

Taakgericht gedrag. Taakgerichtheid is betekenisvolle aandacht van het kind gericht op de activiteit of de taak die het kind op dat moment dient uit te voeren volgens de begeleider (Rowe & Neville, 2018). Taakgericht gedrag van het kind is op continue intervallen in kaart gebracht, waarbij elke tien seconden dichotoom door de auteur of een masterstudent gescoord is op taakgericht gedrag of geen taakgericht gedrag. Hierbij werd de score toegekend passend bij het gedrag dat gedurende zes of meer seconden tijdens elk interval zichtbaar was.

Stereotiep gedrag. Stereotiep gedrag wordt gedefinieerd als gedragingen met een beperkte variatie die vaak worden herhaald en daardoor de ontwikkeling van het kind belemmeren (Whitehouse & Lewis, 2015). Het stereotiepe gedrag is op continu intervalniveau in kaart gebracht, waarbij elke tien seconden dichotoom door de auteur of een masterstudent gescoord is op aanwezigheid of afwezigheid van stereotiep gedrag. Wanneer het kind tijdens het interval gedurende zes seconden of meer stereotiep gedrag liet zien, werd 'aanwezig' gescoord, terwijl 'afwezig' werd gescoord als het kind vier seconden of minder stereotiep gedrag liet zien.

Communicatieve uitingen. Communicatieve uitingen zijn in het huidige onderzoek gedefinieerd als gepaste initiatieven naar of reacties op een interactie van de begeleider, waarbij het kind non-verbaal of verbaal contact maakt en/of een boodschap overbrengt, passend binnen de context en het ontwikkelingsniveau van het kind (Koegel, 2000). De communicatieve uitingen van het kind zijn op een continu intervalniveau geregistreerd, waarbij elke tien seconden door de auteur of een masterstudent dichotoom gescoord is op de aanwezigheid of afwezigheid van communicatieve uitingen.

Procedure

Voor de start van het onderzoek zijn ouders en professionals op vier behandelgroepen van twee kinderdagcentra mondeling en schriftelijk geïnformeerd over de implementatie van ESDM op hun kindercentrum en over het onderzoek. Vervolgens werden met behulp van brieven vier kinderen (drie

jongens en een meisje) geworven, waarna de ouders van deze vier kinderen en hun begeleiders schriftelijk toestemming gaven voor deelname aan de studie. De vier kinderen werden in de studie geïnccludeerd, maar door langdurige ziekte van een groepsleidster is één dyade geëxcludeerd van deelname. Tijdens de basislijn en nameting werden er door twee masterstudenten pedagogische wetenschappen en een onderzoeksassistent wekelijks en in de scholingsfase na twee coachingsbijeenkomsten video-opnamen gemaakt van een groepsmoment en een activiteit van de begeleider en de participant. De groepsmomenten bestonden uit een moment waarin de begeleider met meerdere kinderen, onder wie het kind dat deelnam aan de studie, een activiteit (schilderen, concentratiespel, puzzelen, snoezelen) uitvoerde. Beide momenten werden op hetzelfde dagdeel opgenomen.

De video-opnamen zijn geanalyseerd door twee masterstudenten pedagogische wetenschappen en de auteur van dit artikel. Allereerst werden video-interacties tussen begeleiders en kinderen geanalyseerd totdat er meer dan 90% overeenstemming was tussen de observatoren over de toegekende scores. Voorafgaand aan elke trainingssessie scoorden de observatoren onafhankelijk van elkaar de interacties. Tijdens de training werden de scores vergeleken en fragmenten waarover geen consensus bestond teruggekeken, waarna de antwoordcategorieën hardop gelezen werden en er gediscussieerd werd totdat er consensus bestond over de scores. Deze training duurde ongeveer tien uur. Hierna werden de videobeelden tussen de drie observatoren verdeeld, waarbij 24% van de beelden door een tweede observator beoordeeld werd. Met 97,44% (range: 88,46-100%) overeenstemming op de ESDM-technieken en 94,32% (range: 85-99,44%) overeenstemming op de categorieën die verwijzen naar het functioneren van de kinderen, was de overeenstemming tussen beide observatoren voldoende tot excellent.

Data-analyse

Op basis van het scoremodel dat per meetmoment is ingevuld voor een een-op-eenmoment en een groepsmoment, is een totaalscore berekend in hoeverre begeleiders de ESDM-technieken toepasten. Hierbij werden de scores op de dertien technieken voor zowel het een-op-eenmoment als het groepsmoment opgeteld, waarbij scores konden variëren van 26-130. Daarnaast zijn op basis van het observatie-instrument de percentages taakgericht en stereotiep gedrag en communicatieve uitingen berekend. Hiervoor werd per meetmoment, dus voor zowel het een-op-eenmoment als het groepsmoment, het aantal intervallen waarin respectievelijk taakgericht en stereotiep gedrag en communicatieve uitingen werd gescoord door de observator opgeteld. Dit werd vervolgens gedeeld door het totale aantal intervallen van zowel het een-op-eenmoment als het groepsmoment, waarna deze uitkomst werd vermenigvuldigd met honderd.

Scores zijn weergegeven in grafieken en vervolgens visueel geanalyseerd volgens de criteria van Lane en Gast (2013), waarbij er aandacht is voor de trend, de waarden en de stabiliteit van de data. Allereerst wordt door middel van een trendanalyse de richting van de data, ofwel de verandering over de tijd in zowel de basislijn als de interventiefase bepaald. Als tweede worden de waarden van de data in de basislijn en de interventiefase bekeken, waarbij gekeken wordt of de scores in de basislijn lager dan, gelijk aan of hoger zijn dan de scores in de interventiefase. Ten derde wordt de stabiliteit van de data in zowel de basislijn als de interventiefase vastgesteld door te kijken naar de variatie binnen de datapunten in elke fase. Voor de richtlijnen van een rationale voor de visuele analyse wordt verwezen naar Lane en Gast (2013). Vervolgens zijn *non overlapping pairs* (NAP) berekend over zowel de ESDM-technieken toegepast door de groepsleiders als de percentages taakgericht en stereotiep gedrag en communicatieve uitingen van de kinderen, waarbij de scores uit de basislijn vergeleken zijn met de scores uit de nameting. Een NAP kleiner dan 0,65 wijst op een klein effect, een NAP tussen de 0,66 en 0,92 op een matig effect en een NAP groter dan 0,93 wijst op een groot effect (Parker & Vannest, 2009).

RESULTATEN

.....

Het doel van deze studie was om te onderzoeken in hoeverre begeleiders in staat waren om na een korte training ESDM-technieken toe te passen op een behandelgroep voor kinderen met ASS en een VB en wat het effect hiervan was op het taakgerichte en stereotiepe gedrag en de communicatieve uitingen van drie jongens met ASS en een VB.

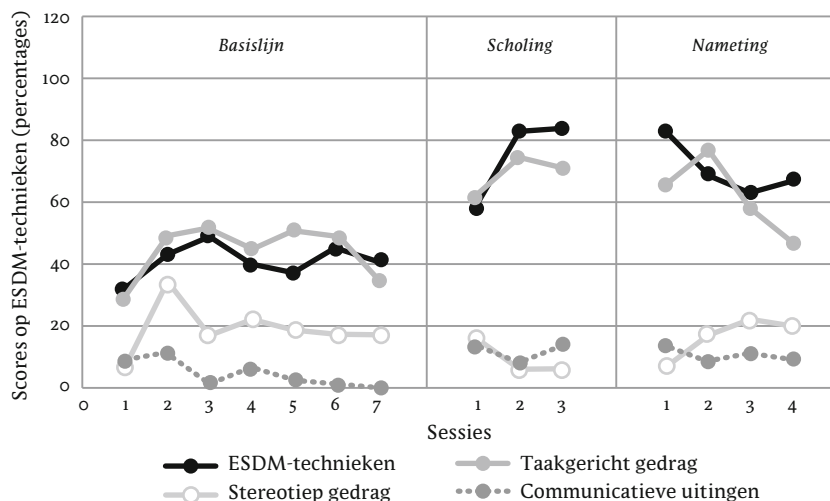
Toepassing ESDM

.....

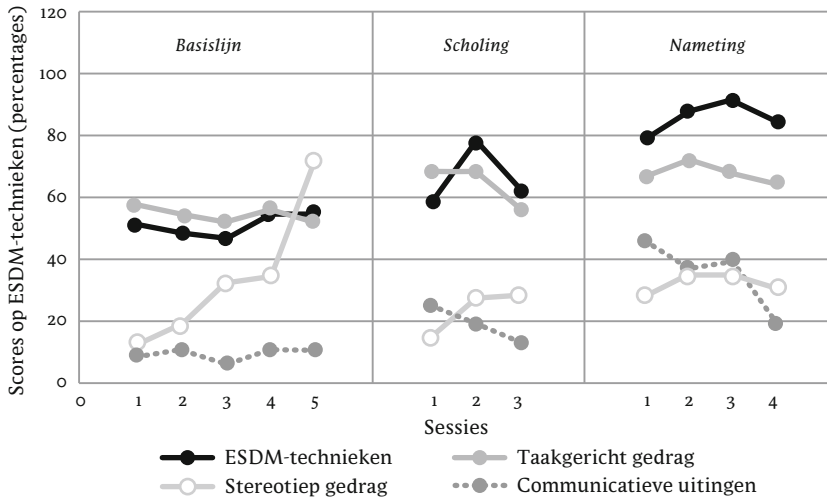
De data zijn weergegeven in figuur 1, 2 en 3 en vervolgens visueel geanalyseerd op basis van de procedure beschreven door Lane en Gast (2013). Data ten aanzien van de kwaliteit van de toepaste ESDM-technieken waren binnen de basislijn en de nameting stabiel. Trendanalyse binnen beide condities duidde op een minimale afname in de kwaliteit van de toepaste ESDM-technieken door Bracha, terwijl de scores van Laura en Tanja in de basislijn licht stegen. In de nameting daalden de scores van Bracha, bleven de scores van Tanja gelijk en stegen de scores van Laura licht. Evaluatie van de veranderingen tussen de condities liet zien dat de drie begeleiders in de nameting hogere scores hadden ten opzichte van de basislijn, waarbij alle begeleiders een stijgende trend in de kwaliteit van de toepaste ESDM-technieken lieten zien tijdens de scholing. De scores van Bracha waren tijdens de basislijn, scholing en nametingen lager dan de scores van Laura en Tanja. Daarnaast was de vooruitgang van Bracha kleiner dan bij Laura en Tanja. De laatste

haalde in de basislijn en tijdens de nametingen hogere scores dan Bracha en Laura. Ondanks de verschillen tussen de begeleiders, duidde de visuele analyse op een positieve, functionele relatie tussen de scholing in de ESDM-technieken en de kwaliteit van de toegepaste technieken door de drie begeleiders. Bij alle begeleiders was er sprake van een groot effect ($NAP = 1,0$).

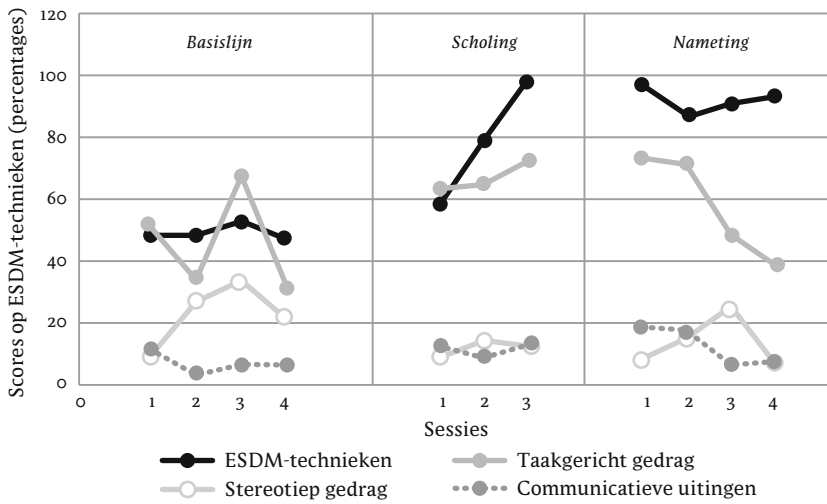
In tabel 1 zijn de gemiddelde scores van de begeleiders per techniek voor zowel de basislijn, de scholing als de nameting weergegeven. In de basislijn duiden gemiddelde scores op de technieken op een benedengemiddelde toepassing van ESDM ($M = 1,00-2,64$) en in de scholing op een benedengemiddelde tot gemiddelde toepassing van ESDM ($M = 1,83-3,50$). In de nameting was er sprake van een benedengemiddelde tot gemiddelde toepassing van ESDM door Bracha en Laura ($M = 1,88-3,63$) en gemiddelde tot bovengemiddelde toepassing door Tanja ($M = 2,88-4,25$). Hoewel de gemiddelde scores van Laura en Tanja op alle technieken een groei over de fasen lieten zien, was dat bij Bracha slechts bij vijf van de dertien technieken het geval. Bij de andere technieken verbeterde de toepassing van de ESDM-technieken van de basislijn naar de scholing, maar namen de scores in de nameting weer af ten opzichte van de scholing. Wel lagen alle scores in de nameting boven de scores in de basislijn. De begeleiders lieten op alle ESDM-technieken een matig tot groot effect zien ($NAP: 0,73-1,00$; zie tabel 1). Met een groot effect op elf en een matig effect op twee van de dertien variabelen liet Tanja het grootste effect zien, terwijl Bracha en Laura op respectievelijk vier en zeven variabelen een groot effect en op negen en zes variabelen een matig effect lieten zien.



FIGUUR 1 ESDM-scores, taakgericht gedrag, stereotiep gedrag en communicatieve uitingen voor Bracha en Bobbie, weergegeven per sessie



FIGUUR 2 ESDM-scores, taakgericht gedrag, stereotiep gedrag en communicatieve uitingen voor Laura en Lev, weergegeven per sessie



FIGUUR 3 ESDM-scores, taakgericht gedrag, stereotiep gedrag en communicatieve uitingen voor Tanja en Tuur, weergegeven per sessie

TABEL 1 Gemiddelde scores per begeleider per techniek (1-5), uitgesplitst naar basislijn, scholing en nameting en de NAP (0-1) weergegeven per begeleider per fase

	Bracha				Laura				Tanja			
	BL	S	NM	NAP	BL	S	NM	NAP	BL	S	NM	NAP
ESDM-technieken												
Reguleren aandacht	1,93	3,00	2,88	0,82	2,40	2,50	3,00	0,73	2,13	3,00	3,00	0,94
ABC-techniek	1,14	2,33	2,38	0,96	1,50	1,83	2,88	0,97	1,50	2,83	3,13	0,97
Toepassen behandelings technieken	1,00	2,67	2,50	1,00	1,60	1,83	3,13	0,93	1,63	2,67	3,75	0,97
Moduleren affect en arousal	1,93	3,50	3,13	0,92	1,90	3,00	3,38	0,89	2,25	3,33	4,00	0,97
Reguleren ongewenst gedrag	1,36	3,50	3,00	0,92	2,20	2,83	3,50	0,76	2,13	3,00	3,50	0,94
Kwaliteit dyadische betrokkenheid	1,64	2,67	2,88	0,88	1,50	2,83	3,25	0,96	1,88	2,83	3,63	0,98
Motivatatie kind	1,71	3,00	2,63	0,73	2,30	2,83	3,50	0,86	2,25	3,17	3,38	0,88
Positief affect	2,64	3,50	3,63	0,86	2,30	2,83	3,50	0,96	2,63	3,50	4,25	0,95
Sensitiviteit en responsiviteit	1,86	3,33	2,88	0,83	2,10	2,83	3,63	0,92	2,13	3,50	4,25	1,00
Gevarieerde communicatiekansen	1,07	2,50	1,88	0,73	1,90	2,33	3,50	0,94	1,50	3,00	3,38	1,00
Afstemming taalgebruik	1,71	2,67	3,00	1,00	1,90	2,33	3,25	0,96	1,38	3,17	3,88	1,00
Structureren en uitbreiden activiteiten	1,07	2,33	2,50	0,98	1,50	2,00	2,88	0,94	1,63	2,33	3,25	1,00
Overgangen	1,36	2,67	2,00	0,78	2,10	2,67	3,00	0,81	1,75	2,83	2,88	0,91

Noot. BL = basislijn; ESDM = Early Start Denver Model; NAP = NAP-waarde (klein effect: $\leq 0,65$; matig effect: $0,66-0,92$; groot effect: $\geq 0,93$); NM = nameting; S = scholing.

Effect op Bobbie, Lev en Tuur

310

Aan de hand van visuele analyse zijn ook het taakgerichte en stereotiepe gedrag en de communicatieve uitingen van Bobbie, Lev en Tuur over de sessies heen geanalyseerd. Vervolgens zijn per variabele en dyade de NAP-waarden berekend. In tabel 2 zijn de NAP-waarden en de gemiddelde scores per variabele voor zowel de basislijn, de scholing als de nameting weergegeven.

Data ten aanzien van het taakgerichte gedrag waren, met uitzondering van de basislijn voor Tuur, zowel binnen de basislijn als binnen de nameting stabiel. Trendanalyse binnen de basislijn duidde op een lichte afname in het taakgerichte gedrag bij Lev, terwijl het taakgerichte gedrag van Tuur binnen de basislijn licht toenam en bij Bobbie gelijk bleef. Tijdens de nameting nam het taakgerichte gedrag bij alle drie kinderen af. Evaluatie van de veranderingen tussen de condities liet zien dat bij alle drie kinderen de meeste datapunten in de nameting hoger lagen dan in de basislijn. Hierbij duiden de NAP-waarden op een matig effect voor Bobbie (NAP: 0,86) en Tuur (NAP: 0,75) en een groot effect voor Lev (NAP: 1,0) ten aanzien van het taakgerichte gedrag.

De data ten aanzien van het stereotiepe gedrag waren, met uitzondering van de eerste twee datapunten bij Bobbie en de nameting bij Tuur, stabiel binnen de basislijn en de nameting. Trendanalyse van de scores binnen de basislijn duidde op een toename van het stereotiepe gedrag bij Lev en Tuur, terwijl de hoeveelheid stereotiep gedrag bij Bobbie over deze fase gelijk bleef. In de nameting nam het stereotiepe gedrag bij de drie kinderen toe. Hoewel bij alle kinderen het stereotiepe gedrag lager lag ten tijde van de scholing en nameting dan tijdens de basislijn, leek de trendanalyse van de nameting te suggereren dat de frequentie van stereotiep gedrag weer steeg naar het niveau van de basislijnen. NAP-waarden ten aanzien van het stereotiepe gedrag laten geen effect zien bij Lev (NAP = 0,40) en Bobbie (NAP = 0,46) en een matig effect bij Tuur (NA = 0,82).

De data ten aanzien van de communicatieve uitingen waren voor alle kinderen binnen zowel de basislijn als de nameting stabiel. Trendanalyse binnen de condities duidde op een lichte daling in het aantal communicatieve uitingen in de basislijn bij Bobbie, terwijl de trendanalyse van de basislijnscores van Lev en Tuur een gelijk aantal communicatieve uitingen over de sessies heen liet zien. Hoewel het aantal communicatieve uitingen in de nameting over het algemeen hoger leek te liggen dan in de basislijn, leek er binnen de nameting bij alle kinderen sprake te zijn van een dalende trend. Lev leek de grootste vooruitgang te laten zien ten aanzien van het aantal communicatieve uitingen. Hoewel Lev tijdens de basislijn vooral communiceerde door te wijzen, voorwerpen of personen aan te raken of woorden van begeleiders te herhalen, was er tijdens de voormeting bij Lev, in tegenstelling tot bij Bobbie en Tuur, zo nu en dan al wel sprake van verbale communi-

TABEL 2. Percentage taakgericht en stereotiep gedrag en communicatieve uitingen (0-100%), uitgesplitst naar basislijn, scholing en nameting en de NAP (0-1) weergegeven per kind per fase.

	Bobbie				Lev				Tuur			
	BL	S	NM	NAP	BL	S	NM	NAP	BL	S	NM	NAP
Taakgericht gedrag	43,87	68,89	61,88	0,86	53,33	63,08	66,67	1,00	45,54	66,94	57,79	0,75
Stereotiep gedrag	18,57	8,87	16,29	0,46	33,01	22,78	31,91	0,40	22,94	35,84	13,75	0,82
Communicatieve uitingen	4,28	11,66	10,41	0,86	8,47	17,78	34,50	1,00	6,92	11,11	12,92	0,75

Noot. BL = basislijn; NAP = NAP-waarde (klein effect: ≤ 0,65; matig effect: 0,66-0,92; groot effect: ≥ 0,93); NM = nameting; S = scholing.

catie. Daarnaast lijkt er bij Lev sprake van een hogere ontwikkelingsleeftijd en meer taakgericht gedrag, waardoor de interventie mogelijk beter bij hem aansloot en hij meer profiteerde van de leermomenten die Laura hem aanbod. NAP-waarden ten aanzien van de communicatieve uitingen verwijzen naar een matig effect bij Bobbie (NAP = 0,86) en Tuur (NAP = 0,75) en een groot effect bij Lev (NAP = 1,00).

Toepaste ESDM-technieken en het functioneren van Bobbie, Lev en Tuur

Het taakgerichte gedrag van Bobbie en Lev leek samen te hangen met de kwaliteit van de toegepaste technieken door Bracha en Laura. Ook bij Tanja en Tuur werd zichtbaar dat in de scholingsfase een betere toepassing van de technieken samenhang met taakgericht gedrag van Tuur. Echter, in de basislijn is deze samenhang, gezien de variabiliteit van de scores, lastig vast te stellen. In de nameting werd juist afname in taakgericht gedrag zichtbaar, terwijl de kwaliteit van de toepaste technieken door Tanja gelijk bleef. Zowel uit de grafieken als de NAP-waarden lijkt naar voren te komen dat de toegepaste ESDM-technieken door de begeleiders weinig invloed hebben op de hoeveelheid en topografie van het stereotiepe gedrag van Lev en Bobbie. Hoewel de NAP-waarde van Tuur duidde op een matig effect, wordt bij hem in de videobeelden en visuele analyse geen duidelijk verband zichtbaar tussen de toepassing van de technieken door Tanja en zijn stereotiepe gedrag. Hoewel de jongens over het algemeen meer communicatieve uitingen deden in de nametingen dan in de basislijn en NAP-waarden duiden op een matig tot groot effect, werd er in de visuele analyse binnen de sessies geen directe relatie tussen de kwaliteit van de toepaste ESDM-technieken en de communicatieve uitingen van de kinderen zichtbaar.

Bobbie lijkt minder vooruitgang te hebben geboekt dan Lev en Tuur. Bobbie was vluchtig in zijn activiteiten, volgde instructies nauwelijks op, maakte weinig oogcontact en liep weg van de begeleider als deze naar hem toe kwam. Op enkele momenten was er sprake van interactie tussen Bracha en Bobbie, maar Bobbie was vaak gericht op zijn eigen handelingen. Ook Bracha liet de minste vooruitgang zien. Het is onduidelijk of het gedrag van Bobbie het lastig maakte voor Bracha om de ESDM-technieken toe te passen of dat Bracha de technieken minder goed toepaste waardoor Bobbie dit gedrag liet zien en minder vooruitgang over de sessies heen boekte dan Lev en Tuur. Tanja paste de ESDM-technieken het beste toe. Toch liet Tuur minder taakgericht gedrag en communicatieve uitingen zien dan Lev. Ook lijkt hij op deze variabelen minder vooruitgang te boeken dan Lev. Wel liet Tuur als enige participant een afname in stereotiep gedrag zien, waardoor hij als enige op alle drie de variabelen een significante vooruitgang laat zien. Mogelijk hangt dit samen met de kwaliteit van de toepaste technieken door Tanja.

DISCUSSIE

.....

313

In deze studie is onderzocht in hoeverre drie begeleiders na acht uur scholing en zes coachingssessies in staat waren om het ESDM-curriculum en de dertien technieken die gebruikt worden om de doelen uit dit curriculum aan te leren, toe te passen bij drie jongens met ASS en een VB. Wanneer om praktische redenen (waaronder beperkte financiële middelen of expertise) niet voldaan kan worden aan de intensiteit en de kwaliteit van de ESDM-training zoals ontwikkeld en aanbevolen door de ontwikkelaars, is een laag intensieve training in ESDM toch zinvol om begeleiders de toepassing van deze technieken aan te leren. Ondanks dat de begeleiders in deze studie minder uren scholing en supervisie ontvingen dan in de meeste andere studies en formeel niet gekwalificeerd waren om ESDM aan te bieden, lieten zij een statistisch en klinisch significante vooruitgang zien in de toepassing van ESDM-technieken vergeleken met hun functioneren in de basislijn. Toch functioneerden de begeleiders in de nameting nog niet op bovengemiddeld niveau (dat wil zeggen een score van 4 of hoger op elke techniek) en lieten de begeleiders tijdens de nameting een daling in toepassing van de technieken zien. Dit duidt erop dat langdurige supervisie of boosterssessies noodzakelijk zijn om de kwaliteit van de interventie op peil te houden. In vervolgonderzoek dient onderzocht te worden hoeveel supervisie noodzakelijk is opdat begeleiders technieken blijven toepassen, waarbij er rekening dient te worden gehouden met de beperkte middelen die binnen de klinische setting beschikbaar zijn (Vismara, Young et al., 2013). Zo zou het mogelijk zijn om behandelcoördinatoren te scholen in de ESDM-technieken, zodat zij tijdens teamvergaderingen de begeleiders middels videofragmenten kortdurend kunnen blijven scholen. Ook worden door de ontwikkelaars van ESDM onder andere online scholingen ontwikkeld om ouders en professionals op afstand te scholen in de ESDM-technieken (zie onder meer: Vismara, McCormick, Young, Nadhan, & Monlux, 2013; Vismara, Young, & Rogers, 2012).

Deze studie laat zien dat de begeleiders over de sessies heen de technieken beter zijn gaan toepassen. Daarnaast lieten de kinderen meer taakgericht gedrag zien. Hoewel het onderzoeksdesign het niet toelaat om conclusies te trekken over de samenhang tussen de vaardigheden van de begeleider en het gedrag van het kind, lijken de data te suggereren dat de scholing van de begeleiders slechts een beperkt effect op het functioneren van de kinderen heeft gehad. Dit is in tegenstelling tot andere studies (onder andere Dawson et al., 2010). De kinderen in de huidige studie ontvingen echter minder uren ESDM per week in een grotere groep. Ook werden de resultaten van de kinderen op slechts een beperkt aantal variabelen gemeten én over een relatief korte periode, waardoor eventuele veranderingen in het gedrag en de vaardigheden mogelijk (nog) onvoldoende meetbaar waren. Door de zwangerschap van een van de begeleiders en doordat twee kinderen kort na

afronding van de studie in het speciaal onderwijs geplaatst werden, was een follow-up enkele maanden na afronding van de scholing en coaching helaas niet mogelijk. Vervolgonderzoek naar het toepassen van de technieken door de begeleiders over een langere periode na het afronden van de scholing is van groot belang, net als onderzoek naar de samenhang tussen de kwaliteit van de ESDM en het functioneren van de kinderen.

Anderzijds kunnen de bescheiden resultaten bij de kinderen veroorzaakt worden door kindkenmerken, zoals de kalenderleeftijd en het IQ bij de start van de behandeling. Onafhankelijk van het behandelprogramma is de prognose voor kinderen met een hoger IQ beter. Hoewel de studies van Eikeseth, Smith, Jahr en Eldevik (2002, 2007) en Peters-Scheffer, Didden, Mulders en collega's (2013) laten zien dat oudere kinderen eveneens profiteren van gedragstherapeutische programma's, wordt een lagere kalenderleeftijd geassocieerd met betere behandeluitkomsten (Granpeesheh et al., 2009). Helaas hebben veel kinderen met ASS niet de mogelijkheid om voor de leeftijd van 4 jaar in te stromen in een gedragstherapeutisch programma, en onderzoek binnen praktijkinstellingen laat zien dat kinderen met een lager IQ en een hogere kalenderleeftijd dan aanbevolen in deze programma's instromen. Daarom is meer onderzoek binnen deze relatief oudere en beperktere populatie noodzakelijk.

In de resultaten worden verschillen tussen de dyades zichtbaar, waarbij Bracha en Bobbie een minder grote vooruitgang over de sessies heen laten zien en een relatief grotere vooruitgang zichtbaar wordt bij Laura en Lev, en Tanja en Tuur. In ESDM is de interactie tussen begeleiders en de kinderen essentieel, waarbij de begeleider sensitief dient te zijn voor de signalen die het kind uitzendt en de interactie hierop moet afstemmen (Rogers & Dawson, 2010). In de interacties stemde Bracha minder goed af op de behoefte van Bobbie, maar tegelijkertijd was het gedrag van Bobbie complexer dan het gedrag van Lev en Tuur. Zo sprak Bobbie nog niet en was hij minder gericht op Bracha. Hierdoor was het mogelijk voor Bracha ook lastiger om haar gedrag op hem af te stemmen en zou zij in interactie met Lev of Tuur mogelijk een kwalitatief betere toepassing van ESDM hebben laten zien. Vervolgonderzoek dient dit uit te wijzen.

Naast kindfactoren, is ook de persoonlijkheid van de begeleider een factor die een rol kan hebben gespeeld in de verschillen tussen de begeleiders (Peters-Scheffer, Didden, Korzilius, & Sturmey, 2013), net als de context waarin de begeleiders opereerden. Zo heeft Bracha, die de minst grote vooruitgang liet zien, vaak groepsactiviteiten uitgevoerd met vijf of meer kinderen. Hierdoor was het voor haar lastig alle kinderen voldoende aandacht te geven en voldoende aan te sluiten bij de behoeften en signalen van de kinderen. De andere twee begeleiders hebben ervoor gekozen groepsactiviteiten uit te voeren met twee tot drie andere kinderen, waardoor zij meer aandacht hadden voor de individuele kinderen.

ASS heeft een behoorlijke impact op het functioneren van een gezin en leidt veelal tot verhoogde stress bij de opvoeders (Dabrowska & Pisula, 2010; Griffith, Hasting, Nash, & Hill, 2010). Onder wetenschappers en clinici is er consensus over het belang van (intensieve) betrokkenheid van ouders bij gedragstherapeutische programma's. Ouders kunnen dan de behandeling buiten de formele behandelsessies voortzetten in de thuissituatie, waardoor zij de intensiteit van de behandeling op informele wijze verhogen (Peters-Scheffer, Didden, Mulders et al., 2013; Sheinkopf & Siegel, 1998). Daarnaast spelen ouders een rol bij het generaliseren en behouden van de nieuwverworven vaardigheden en draagt hun betrokkenheid bij aan hun gevoel van competentie (Johnson & Hastings, 2002; Trudgeon & Carr, 2007). Echter, net als in de meeste studies uitgevoerd bij kinderen met ASS, richt deze studie zich voornamelijk op het trainen van professionals en de uitkomsten hiervan op hun gedrag en dat van de kinderen. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op het coachen van begeleiders én ouders, zodat ESDM in alle situaties ingezet kan worden en kinderen meer leermomenten aangeboden krijgen in het dagelijks leven. Hierbij moet echter rekening worden gehouden met de beperkte middelen die binnen de klinische praktijk beschikbaar zijn (Vismara, Young et al., 2013).

Het is een uitdaging om interventies ontwikkeld in een onderzoekssetting in de dagelijkse praktijk te implementeren (Vismara, Young et al., 2013). Dit onderzoek bood ons de mogelijkheid om data te verzamelen in de klinische praktijk onder de gebruikelijke klinische omstandigheden waarbinnen vroegtijdige interventieprogramma's normaliter geïmplementeerd worden. Zoals gebruikelijk bij toegepast onderzoek heeft de huidige studie enkele methodologische beperkingen, waar in de interpretatie van de resultaten rekening mee moet worden gehouden. Hoewel gebruikelijk bij dit onderzoeksdesign, namen er slechts drie dyades aan de studie deel (Hawkins et al., 2007). Daarnaast was er sprake van een relatief homogene onderzoeksgroep. Hoewel de begeleiders op drie verschillende behandelgroepen werkten, waren deze allemaal verbonden aan dezelfde zorgorganisatie. Daarnaast waren de begeleiders allen vrouw, hadden zij dezelfde opleiding afgerond en hadden ze ongeveer dezelfde leeftijd en werkervaring. Begeleiders in de studie ervoeren een hoge werkdruk; zij gaven aan dat de problematiek van de kinderen met wie zij werken steeds complexer wordt en dat zij minder middelen dan voorheen hebben om vergelijkbare zorg te bieden. Hierdoor was het voor hen complex om voldoende tijd vrij te maken om de technieken aan te leren, huiswerkopdrachten te maken en ESDM structureel in te bedden in de groep. Daarnaast waren begeleiders niet altijd gemotiveerd om deel te nemen aan het onderzoek: ze vergaten afspraken, waren soms moeilijk te bereiken en waren niet altijd goed voorbereid. Toch zijn deze omstandigheden kenmerkend voor de klinische praktijk waarin deze begeleiders opereren en waarin ze behandeling vorm dienen te geven, en is er ondanks deze omstandigheden een toename in de toegepaste ESDM-technieken vastgesteld.

We stellen vast dat het zinvol is om te blijven investeren in vroegtijdige interventieprogramma's zoals ESDM, en deze programma's structureel en langdurig in te bedden in de reguliere zorg voor kinderen met ASS en een VB. Dit ten eerste vanwege het belang van vroegtijdige interventie voor de ontwikkeling van kinderen met ASS en een VB, en ten tweede omdat de opbrengsten van deze programma's veelal de kosten overstijgen (zie Peters-Scheffer, Didden, Korzilius, & Matson, 2012). Zo kunnen meer kinderen profiteren van zorg van hoge kwaliteit.

Dit onderzoek is uitgevoerd bij Driestroom, Elst. Ik ben de kinderen, ouders en medewerkers dankbaar voor hun medewerking, en Silke van Logtestijn, Lian Bouten en Danique van Doorn voor hun hulp bij de dataverzameling en data-analyse.

Nienke Peters-Scheffer is gepromoveerd orthopedagoog. Ze is als universitair docent verbonden aan het Behavioural Science Institute en de opleiding Pedagogische Wetenschappen van de Radboud Universiteit te Nijmegen. Zij is daarnaast werkzaam bij Driestroom, een organisatie die zorg en ondersteuning biedt aan kinderen, jongeren en volwassenen met een verstandelijke beperking en/of autismespectrumstoornis. *Correspondentieadres:* Radboud Universiteit, Spinozagebouw (A 05.21), Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen. E-mail: n.peters@pwo.ru.nl.

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Amsterdam: Boom.
- Ben-Itzhak, E., & Zachor, D. A. (2007). The effects of intellectual functioning and autism severity on outcome of early behavioral intervention for children with autism. *Research in Developmental Disabilities, 28*, 287-303.
- Charman, T., Pickles, A., Simonoff, E., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2011). IQ in children with autism spectrum disorders: Data from the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Psychological Medicine, 41*, 619-627.
- Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mother and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research, 54*, 266-280.
- Dawson, G., Jones, E. J. H., Merkle, K., Venema, K., Lowy, R., Faja, S., & Webb, S. J. (2012). Early behavioral intervention is associated with normalized brain activity in young children with autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51*, 1150-1159.
- Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., & Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The Early Start Denver model. *Pediatrics, 125*, 17-23.
- Duker, P., Didden, R., & Sigafoos, J. (2004). *One-to-one training: Instructional procedures for learners with developmental disabilities*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Eikeseth, S. (2009). Outcome of comprehensive psycho-educational interventions for young children with autism.

- Research in Developmental Disabilities*, 30, 158-178.
- Eikeseth, S., Hayward, D., Gale, C., Gitlesen, J., & Eldevik, S. (2009). Intensity of supervision and outcome for preschool aged children receiving early and intensive behavioral interventions: A preliminary study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 67-73.
- Eikeseth, S., Smith, T., Jahr, E., & Eldevik, S. (2002). Intensive behavioral treatment at school for 4- to 7-year-old children with autism: A 1-year comparison controlled study. *Behavior Modification*, 26, 49-68.
- Eikeseth, S., Smith, T., Jahr, E., & Eldevik, S. (2007). Outcome for children with autism who began intensive behavioral treatment between age four and seven: A comparison controlled study. *Behavior Modification*, 31, 264-278.
- Eldevik, S., Hastings, R. P., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S., & Cross, S. (2010). Using participant data to extend the evidence base for intensive behavioral intervention for children with autism. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 115, 381-405.
- Estes, A., Munson, J., Rogers, S. J., Green-son, J., Winter, J., & Dawson, G. (2015). Long-term outcomes of early intervention in 6-year-old children with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54, 580-587.
- Granpeesheh, D., Dixon, D. R., Tarbox, J., Kaplan, A. M., & Wilke, A. E. (2009). The effects of age and treatment intensity on behavioral intervention outcomes for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 1014-1022.
- Griffith, G. M., Hasting, R. P., Nash, S., & Hill, C. (2010). Using matched groups to explore child behavior problems and maternal well-being in children with Down syndrome and autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 610-619.
- Harris, S. L., & Handleman, J. S. (2000). Age and IQ at intake as predictors of placement for young children with autism: A four- to six-year follow-up study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 137-142.
- Hawkins, N. G., Sanson-Fisher, R. W., Shakeshaft, A., D'Este, C., & Green, L. W. (2007). The multiple baseline design for evaluating population-based research. *American Journal of Preventive Medicine*, 33, 162-168.
- Johnson, E., & Hastings, R. P. (2002). Facilitating factors and barriers to the implementation of intensive home-based behavioural intervention for young children with autism. *Child: Care, Health & Development*, 28, 123-129.
- Koegel, L. K. (2000). Interventions to facilitate communication in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 383-391.
- Lane, J., & Gast, D. (2013). Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24, 445-463.
- Mordre, M., Groholt, B., Knudsen, A. K., Sponheim, E., Mykletun, A., & Myhre, A. M. (2012). Is long-term prognosis for pervasive developmental disorder not otherwise specified different from prognosis for autistic disorder? Findings from a 30-year follow-up study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 6, 920-928.
- Parker, R., & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: Nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, 40, 357-367.
- Peters-Scheffer, N. C., & Didden, R. (2019). Discrete Trial Teaching. In J. de Bruijn & B. Twint (Eds.), *Handboek verstandelijke beperking* (pp. 207-220). Amsterdam: Boom.
- Peters-Scheffer, N. C., Didden, R., Korzilius, H., & Matson, J. (2012). Cost

- comparison of early intensive behavioral intervention and treatment as usual for children with autism spectrum disorder in the Netherlands. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 1763-1772.
- Peters-Scheffer, N., Didden, R., Korzilius, H., & Sturmey, P. (2011). A meta-analytic study on the effectiveness of comprehensive ABA-based early intervention programs for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 60-69.
- Peters-Scheffer, N. C., Didden, R., Korzilius, H., & Sturmey, P. (2013). Characteristics of staff associated with the procedural fidelity of early behavioral intervention delivered to children with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51, 263-272.
- Peters-Scheffer, N. C., Didden, R., Mulders, M., & Korzilius, H. (2013). Effectiveness of low intensity behavioral treatment in children with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, 1012-1025.
- Postorino, V., Fatta, L. M., Sanges, V., Giovagnoli, G., De Peppo, L., Vicari, S., & Mazzone, L. (2016). Intellectual disability in autism spectrum disorder: Investigation of prevalence in an Italian sample of children and adolescents. 48, 193-201.
- Rogers, S. J., & Dawson, G. (2010). *Early Start Denver Model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement*. New York, NY: Guilford.
- Rowe, V. T., & Neville, M. (2018). Task oriented training and evaluation at home. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 38, 46-55.
- Sheinkopf, S. J., & Siegel, B. (1998). Home-based behavioral treatment of young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28, 15-23.
- Trudgeon, C., & Carr, D. (2007). The impact of home-based early behavioural intervention programmes on families of children with autism. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 285-296.
- Vismara, L., McCormick, C., Young, G., Nadhan, A., & Monlux, K. (2013). Preliminary findings of a telehealth approach to parent training in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 2953-2969.
- Vismara, L. A., Young, G. S., & Rogers, S. J. (2012). Telehealth for expanding the reach of early autism training to parents. *Autism Research and Treatment*, 2012, 1-12.
- Vismara, L. A., Young, G. S., & Rogers, S. J. (2013). Community dissemination of the Early Start Denver Model implications for science and practice. *Topics in Early Childhood Special Education*, 32, 223-233.
- Vivanti, G., Paynter, J., Duncan, E., Fothergill, H., Dissanayake, C., Rogers, S. J., & the Victorian ASELCC Team. (2014). Effectiveness and feasibility of the Early Start Denver Model implemented in a group-based community childcare setting. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 3140-3153.
- Waddington, H., Meer, L. van der, & Sigafos, J. (2016). Effectiveness of the Early Start Denver Model: A systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 3, 93-106.
- Whitehouse, C. M., & Lewis, M. H. (2015). Repetitive behavior in neurodevelopmental disorders: Clinical and translational findings. *The Behavior Analyst*, 38, 163-178.
- Yeargin-Allsopp, M., Rice, C., Karapurkar, T., Doernberg, N., Boyle, C., & Murphy, C. (2003). The prevalence of autism in a US metropolitan area. *Journal of the American Medical Association*, 289, 49-55.

Talenten van mensen met een autismespectrumstoornis

319

ANNELIES SPEK

Samenvatting

Autisme wordt vooral geassocieerd met beperkingen, terwijl er ook regelmatig sprake is van talenten. Deze komen voor bij 28,5% tot 62,5% van de mensen met autisme. Hierbij lijkt het vooral te gaan om een zeer goed ontwikkeld geheugen, of om excellente rekenkundige, creatieve, auditieve of verbale vaardigheden. Het is nog niet duidelijk waarom geïsoleerde talenten vaker voorkomen bij mensen met autisme. Sommige theorieën gaan uit van genetische overlap tussen autisme en geïsoleerde talenten, andere zien een oorzakelijke rol in de specifieke manier van informatie verwerken die autisme kenmerkt. Het is belangrijk dat hulpverleners aandacht hebben voor talenten bij mensen met autisme en die in kaart weten te brengen. Hierbij kunnen neuropsychologische tests, vragenlijsten en interviews van waarde zijn.

Trefwoorden: autisme, talenten, positieve eigenschappen, informatieverwerking

INLEIDING

Een autismespectrumstoornis (autisme) wordt doorgaans gezien als een combinatie van beperkingen waar iemand zelf en de omgeving last van heeft. Toch weten we vanuit de literatuur en de dagelijkse praktijk dat bij 28,5% tot 62,5% van de mensen met autisme sprake is van specifieke talenten, die juist heel waardevol kunnen zijn (Howlin, Goode, Hutton, & Rutter, 2009; Meilleur, Jelenic, & Mottron, 2015). Het is belangrijk dat deze meer aandacht krijgen tijdens diagnostisch onderzoek, maar ook gedurende de behandeling en begeleiding. Dit sluit goed aan bij de huidige definitie van gezondheid van de World Health Organization: 'Een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van

ziekte of gebrek.' Hiermee wordt benadrukt dat het goed is om aandacht te hebben voor positieve aspecten van het leven en van de persoon zelf. Juist binnen de psychiatrie, waar de aandacht doorgaans sterk ligt op onvermogens, is dit relevant.

In dit artikel wordt toegelicht om welke positieve eigenschappen het specifiek bij mensen met autisme kan gaan en hoe deze in kaart gebracht kunnen worden. Het doel hiervan is dat diagnostici en behandelaars meer zicht krijgen op de talenten van mensen met autisme en hoe deze tot uiting kunnen komen. Meer oog hebben voor talenten van mensen met autisme kan namelijk bijdragen aan een toename van hun gevoel van eigenwaarde (Cooper, Smith, & Russell, 2017).

Bij de eerste persoon die ooit de diagnose autisme kreeg werden al uitzonderlijke talenten beschreven. Dit was Donald Triplett, geboren in 1933 in een dorpje in Mississippi. Naast dat Donald sociaal zeer teruggetrokken was en moeite had met veranderingen, stond hij vooral bekend om zijn bijzondere talenten. Zo had hij een absoluut gehoor en kon hij grote getallen uit zijn hoofd vermenigvuldigen. Zijn geheugen was dermate goed ontwikkeld dat hij op 2-jarige leeftijd al psalmen kon citeren.

Als Donald Triplett meer dan 60 jaar na de eerste publicatie weer wordt opgezocht door wetenschappers, blijkt het goed met hem te gaan. Hij woont nog steeds in het dorp waar hij is geboren, in het huis waarin hij is grootgebracht. Hij speelt veel golf. De mensen uit het dorp kennen hem en nemen hem zo nodig in bescherming. Typerend is dat, wanneer de wetenschappers arriveren in het dorp en vragen naar Donald Triplett, zij als antwoord krijgen: *'If anything you do hurts Don, we know where to find you.'* Al met al concluderen de onderzoekers dat Donald een hoge kwaliteit van leven heeft, waarbij hij goed kan leven met zijn beperkingen en zijn talenten kan gebruiken. Opvallend is dat deze onderzoekers Donald Triplett zowel op zijn beperkingen als op zijn kwaliteiten bevroegen (Donvan & Zucker, 2010).

In de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) wordt gesproken van een autismespectrumstoornis als er sprake is van problemen in de sociale communicatie, in combinatie met de aanwezigheid van beperkt, repetitief gedrag. Deze diagnose wordt dus gesteld op basis van belemmeringen en onvermogens, terwijl in de eerste casusbeschrijvingen van autisme juist ook talenten en positieve eigenschappen werden benoemd. Daarnaast zien we in de huidige financiering van de geestelijke gezondheidszorg dat er steeds minder tijd besteed mag worden aan diagnostiek (bij gecontracteerde zorg soms slechts 10% van de totale zorggebonden tijd). Het gevolg is dat diagnostisch onderzoek zich vaak beperkt tot onderzoeken of er sprake is van een stoornis, en dat er weinig oog is voor talenten en positieve eigenschappen. Dit is een discutabele ontwikkeling. Zo weten we dat mensen met autisme over het algemeen een lager gevoel van eigenwaarde hebben dan mensen zonder autisme, wat kan leiden tot stemmingsklachten en angstklachten (Cooper et al., 2017). Oog hebben voor de positieve eigenschappen van au-

tisme (een positieve groepsidentiteit) kan juist een positief effect hebben op het gevoel van eigenwaarde (Cooper et al., 2017). Dit maakt het voor de patiënt dan ook belangrijk om zich te realiseren dat de diagnose ook kan samengaan met bepaalde kwaliteiten en talenten. Verder kan het besef een bepaald talent te hebben ook leiden tot een prettige en belonende daginvulling en soms ook tot betaald werk. Zo kunnen verschillende briljante tekenaars met autisme prima leven van hun talent. Het uitoefenen van iets waarin men goed is kan ook bijdragen aan een gevoel van zingeving, omdat men op deze manier ook van waarde is voor de maatschappij. Kortom, het is van belang dat er in de zorg voor mensen met autisme ook oog is voor de talenten en positieve eigenschappen van deze groep. Dit artikel heeft dan ook als doel meer informatie te geven over de specifieke talenten en positieve eigenschappen van mensen met autisme, op basis van wetenschappelijk onderzoek en de klinische praktijk. Daarnaast wordt ingegaan op manieren om deze talenten in kaart te brengen.

HET VÓÓRKOMEN VAN TALENTEN BIJ MENSEN MET AUTISME

.....

In de wetenschappelijk literatuur over autisme is veel geschreven over zogenaamde 'savanttalenten'. Hiervan is sprake als iemand op één specifiek gebied op een zeer hoog niveau functioneert en er een discrepantie is met het algemene niveau van functioneren (Miller, 1998). Dit wordt ook wel beschreven als 'geïsoleerde talenten' of 'cognitieve pieken'. Onderzoek naar de prevalentie van geïsoleerde talenten in de gehele bevolking is beperkt, maar wijst wel op een sterk verband met autisme en niet zozeer met andere psychiatrische of neurobiologische aandoeningen (Heaton & Wallace, 2004). Zo laat een Finse studie zien dat dergelijke talenten voorkomen bij slechts één op de 1400 mensen met een verstandelijke beperking (Salovita, Ruusila, & Ruusila, 2000). Verder wijst onderzoek uit dat er bij ongeveer de helft van de mensen met een dergelijk talent sprake is van autisme (Heaton & Wallace, 2004).

Howlin en collega's (2009) rapporteren dat bij 28,5% van de kinderen en volwassenen met autisme sprake is van een exceptionele vaardigheid. Hierbij hanteerden zij de regel dat een score (bijvoorbeeld op een IQ-test) één standaarddeviatie hoger moest zijn dan die van het populatiegemiddelde en twee standaarddeviaties boven de eigen gemiddelde score op alle subtests bijeengenomen. Zij keken overigens alleen naar het huidige functioneren en niet naar de gehele ontwikkeling. Ook hebben zij bepaalde vaardigheden, zoals op auditief gebied, niet in kaart gebracht. Een recentere studie waarbij deze factoren wel werden meegenomen laat zien dat er bij 62,6% van de volwassenen met autisme (ooit) sprake is (geweest) van een geïsoleerd talent op één of meer gebieden (Meilleur et al., 2015), zoals een uitzonderlijk goed geheugen of talig vermogen. Dit percentage is gebaseerd op hetero-

anamnestische informatie en niet op neuropsychologisch onderzoek. Deze onderzoekers vonden overigens geen verschil tussen mannen en vrouwen met autisme, terwijl in eerder onderzoek vaker geïsoleerde talenten werden gezien bij mannen met autisme (Howlin et al., 2009). Dit kan gerelateerd zijn aan de wat nauwere focus qua talenten die in eerder onderzoek werd gehanteerd, waardoor bepaalde talenten van vrouwen met autisme wellicht onderbelicht bleven, zoals op het gebied van de taalvaardigheid. Dit sluit aan bij de bevinding dat gefixeerde interesses zich bij vrouwen met autisme anders uiten dan bij mannen met autisme (Lai, Lombardo, Auyeung, Charabati, & Baron-Cohen, 2015). Zo blijken deze vrouwen vaker dan mannen met autisme geïnteresseerd te zijn in onderwerpen als dieren en literatuur (lezen). Verder blijken een hogere leeftijd en hogere intelligentie geassocieerd te zijn met een grotere kans op een geïsoleerd talent (Dubischar-Krivic et al., 2009). Bepaalde talenten lijken namelijk pas later zichtbaar te worden.

ENKELE TALENTEN TOEGELICHT

.....

Geheugen, rekenkundige en wiskundige vaardigheden

.....

Een van de meest gerapporteerde talenten bij mensen met autisme heeft betrekking op het geheugen. Ongeveer de helft van de kinderen en volwassenen met autisme lijkt over een zeer goed ontwikkeld geheugen te beschikken (Meilleur et al., 2015). Zij hebben bijvoorbeeld een beter geheugen voor data, plaatsen of routes dan een op intelligentie en leeftijd gematchte controlegroep zonder autisme. Mensen met autisme blijken vooral feiten en analytische informatie goed te kunnen onthouden (Crane & Goddard, 2008). Onderzoek laat dan ook zien dat zij minder dan anderen geneigd zijn om zich dingen op een onjuiste of vervormde manier te herinneren (Beversdorf et al., 2000). Bij vervormde herinneringen denken mensen zich iets te herinneren, terwijl datgene in de werkelijkheid anders is gebeurd. Dit kan vervelende gevolgen hebben, niet alleen bij getuigenissen in een rechtszaak, maar ook in het dagelijks leven, zoals in sociale relaties of op het werk. De bevinding dat mensen met autisme hier minder gevoelig voor zijn, kan wellicht verklaard worden doordat zij meer geneigd zijn om informatie feitelijk op te slaan en die niet te kleuren of vervormen door informatie uit en over de context.

Mensen met autisme hebben overigens wel een wat minder goed ontwikkeld contextueel (episodisch) geheugen, zo laat onderzoek zien (Crane & Goddard, 2008). Dit betekent dat ze wat meer moeite hebben om persoonlijke informatie op te slaan en die te koppelen aan een tijd en plaats.

Autisme is ook geassocieerd met een talent voor rekenkundige en wiskundige vaardigheden (Chiang & Lin, 2007). Howlin en collega's (2009) rapporteren dit zelfs als het meest voorkomende talent bij mensen met autisme. Zij

onderzochten 93 mensen met autisme, van wie bij 24 sprake bleek van een geïsoleerd talent. Bij 14 van hen ging het om een talent in kalenderberekenen. Mensen die hier goed in zijn, kunnen op basis van een datum uit het verleden of in de toekomst inschatten om welke dag van de week het gaat. Andere voorbeelden van rekenkundige talenten zijn het heel snel uit het hoofd uitrekenen van ingewikkelde rekensommen en priemgetallenberekeningen.

Sensorische vaardigheden

Ook de sensorische gevoeligheid die autisme kenmerkt, kan soms leiden tot bepaalde talenten. Zo worden auditieve talenten relatief vaak gerapporteerd bij mensen met autisme. Uit onderzoek komt naar voren dat iets minder dan de helft van mensen met autisme een talent heeft (gehad) voor het inschatten van toonhoogte, ten opzichte van 6% tot 9% van een niet-autistische controlegroep (Meilleur et al., 2015). Een ander onderzoek bij kinderen met autisme met een geïsoleerd talent laat zien dat er bij 53% sprake is van een muzikaal talent (Rimland, 1978). Dit kan zich bijvoorbeeld uiten in het meteen onthouden (en soms ook reproduceren) van gehoorde muziek of in een zeer goed gehoor voor valse noten.

Naast auditieve talenten is er bij mensen met autisme ook relatief vaak sprake van synesthesie. Bij mensen met synesthesie roepen bepaalde zintuiglijke prikkels (bijvoorbeeld geluiden) of concepten (bijvoorbeeld getallen) automatisch een extra ervaring op, zoals een bepaalde kleur. Dit is een proces waar men zelf geen of slechts beperkt invloed op heeft. Een studie bij 164 volwassenen met autisme laat zien dat bij 18,9% van hen sprake is van synesthesie, ten opzichte van 7,22% van de controlegroep van mensen zonder autisme (Baron-Cohen et al., 2013). De meest gerapporteerde synesthesieën bij mensen met autisme blijken grafeem-kleur (een grafisch symbool, zoals een getal, letter of woord, roept ook een kleur op), geluid-kleur (bepaalde geluiden roepen bepaalde kleuren op) en pijn-kleur (pijnprikkels zijn geassocieerd met een bepaalde kleur).

Kunst en creativiteit en taalvaardigheid

Onderzoek laat zien dat 17,5% van de mensen met autisme een specifiek talent heeft op het gebied van tekenen (Meilleur et al., 2015). Verschillende mensen met autisme zijn bekend geworden door hun kunst. Een voorbeeld hiervan is Stephen Wiltshire. Na een enkele helikoptervlucht tekende hij de Tower Bridge van Londen na. Zijn werk kenmerkt zich door een uitzonderlijk oog voor detail. Onderzoek laat overigens zien dat mensen met autisme die excelleren in het maken van kunst zelden tot nooit fouten maken in hun werk. Dit in tegenstelling tot andere kunstenaars, die regelmatig veranderingen of correcties aanbrengen in wat ze creëren. De bevinding dat kunstenaars met

autisme weinig fouten maken wordt onder meer toegeschreven aan een zeer sterk ontwikkelde motoriek (Crane, Pring, Ryder, & Hermelin, 2011).

Wat betreft taalvaardigheid blijkt uit onderzoek dat 22,4% van de mensen met autisme een talent heeft (of heeft gehad) op het gebied van taalvaardigheid, zoals op zeer jonge leeftijd al kunnen lezen (Meilleur et al., 2015). Een ander onderzoek bij 68 kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis laat zien dat bij 6,6% van hen op dat moment ook sprake was van hyperlexie (Burd, Kerbeshian, & Fisher, 1985). Hyperlexie verwijst naar een bijzonder goed ontwikkelde woordherkenning, die zich kan uiten in al op zeer jonge leeftijd spontaan gaan lezen. Anderen kunnen hierdoor heel gemakkelijk een nieuwe taal leren. Overigens gaat het snel leren lezen niet altijd samen met het daadwerkelijk begrijpen van de taal en de context, wat een risico inhoudt op overschatting.

Bij een deel van de mensen met autisme is er niet zozeer sprake van hyperlexie, als wel van een zeer goed gevoel voor taal. Zij worden door Simone (2010) ook wel *word-detail thinkers* genoemd. Deze mensen zijn doorgaans sterk in technisch schrijven en excelleren in het herkennen van taalfouten in geschreven teksten. Zo viel bij de eerste vier casusbeschrijvingen door Asperger (1944) op dat één van hen zeer goed kon spellen. Een dergelijk talent kan veel voordeel geven in de dagelijkse praktijk, bijvoorbeeld op school of in bepaalde beroepen.

WAAROM HEBBEN MENSEN MET AUTISME MEER GEÏSOLEERDE TALENTEN?

.....

Het is nog niet duidelijk waarom savanttalenten vaker voorkomen bij mensen met autisme. Wel zijn er enkele aanwijzingen voor een overlap tussen genen die geassocieerd zijn met autisme en genen die gerelateerd zijn aan talenten. Zo blijkt uit onderzoek bij meer dan 6000 tweelingen dat talent voor muziek, wiskunde, kunst of geheugen gerelateerd is aan de rigide en repetitieve interesses en gedetailleerde informatieverwerking die autisme kenmerken. Een vergelijking tussen eenenigge en twee-eigige tweelingen wijst op een duidelijk genetisch verband tussen autisme en dergelijke talenten (Happé & Vital, 2009). Daarnaast zijn er verschillende andere hypothesen die de talenten van mensen met autisme trachten te verklaren, zoals op het gebied van de *theory of mind*, gedetailleerde informatieverwerking, executieve functies en patroonherkenning of hyperconnectiviteit. Een aantal van die hypothesen wordt hieronder besproken.

Zwakke theory of mind

.....

Mensen met autisme hebben vaak moeite om in te schatten wat andere mensen denken en voelen, een vaardigheid die ook wel 'theory of mind' wordt

genoemd (Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985; Frith, 2003). Een gebrekkige theory of mind is, bijzonder genoeg, ook in verband gebracht met bepaalde talenten. Omdat mensen met autisme zich namelijk minder bewust zijn van wat anderen denken, zijn ze ook minder gevoelig voor wat als sociaal wenselijk of gangbaar wordt gezien. Happé en Vital (2009) vermoeden dat mensen met autisme hierdoor minder geneigd zijn hun gedrag aan te passen aan anderen, en eerder hun eigen unieke en creatieve gedachten en gedragingen ontwikkelen en volgen. Dit zou leiden tot een uniek en heel 'eigen' perspectief, en daardoor ook tot bijzondere kunst en andere vormen van creativiteit.

Een andere mogelijke bijkomstigheid van een zwakke theory of mind is dat minder bezig zijn met sociale activiteiten meer tijd en mentale ruimte geeft voor andere dingen. Dit wordt ook wel de 'theorie van de *cortical rededication*' genoemd (Waterhouse, 1988). Het achterliggende idee is dat mensen met autisme hun mentale ruimte minder gebruiken voor sociale activiteiten en situaties, en dus meer voor andere onderwerpen, zoals hun specifieke interesses, waardoor zij wellicht eerder bepaalde talenten ontwikkelen.

Tot slot kan het zijn dat mensen met autisme door hun zwakke theory of mind niet alleen moeite hebben met reflecteren op *anderemans* mentale staat van zijn, maar zich ook minder bewust zijn van hun *eigen* gevoelens. Hierdoor zou er sprake zijn van een verminderd zelfbewust zijn en mogelijk tevens van een verminderd gevoel voor tijd. Beide elementen zijn ook kenmerkend voor het gevoel in een 'flow' te zitten. Door Csikszentmihályi en Lefevre (1989) is dan ook geopperd dat mensen met autisme mogelijk gemakkelijker in een flow raken, waardoor zij vaker op een intense manier bezig zijn met dingen, en daardoor sneller en beter talenten ontwikkelen.

Gedetailleerde informatieverwerking

Een interessante, maar wat onderbelichte theorie stelt dat de zogenoemde savanttalenten bij iedereen latent aanwezig zijn, maar dat een top-down, holistische manier van informatie verwerken deze talenten doorgaans in de weg staat (Snyder, 2009). Volgens deze theorie komt informatie bij iedereen op een ruwe, onbewerkte manier het brein binnen. De meeste mensen zullen deze informatie meteen gaan ordenen en labelen, waardoor er betekenisvolle concepten ontstaan. Hierbij krijgt belangrijke informatie een centrale plek, terwijl (relatief) onbelangrijke informatie wordt genegeerd. Dit wordt ook wel een top-down informatieverwerking genoemd. Hierdoor kan men gemakkelijker in grote lijnen onthouden welke informatie er is binnengekomen. Savanten nu zouden *niet* geneigd zijn om ruwe, nog onbewerkte informatie te labelen. Een nadeel hiervan is dat ze minder overzicht hebben over de informatie, want ze hebben die niet geordend en gelabeld. Voordeel is wel dat zij gemakkelijker kunnen putten uit de ruwe (detail)informatie die in hun brein aanwezig is. Deze informatie is voor anderen namelijk niet meer toegankelijk.

Een voorbeeld als toelichting: een man (zonder savanttalent) heeft vanuit een hoge toren het uitzicht over een stad bewonderd. Later is hij thuis en wil hij dit uitzicht tekenen. Zijn brein beschikt over alle informatie die nodig is, omdat hij het uitzicht eerder heeft gezien. Deze informatie is echter niet meer toegankelijk, omdat het beeld is verworden tot een betekenisvol geheel, dat alleen nog maar de belangrijkste informatie bevat, zoals de belangrijke gebouwen en de hoofdstraten.

Snyder (2009) ziet het niet inzetten of de gebrekkige werking van top-down informatieverwerkingsprocessen dan ook als verklaring voor de talenten van savanten. Mensen met autisme hebben relatief vaak een gedetailleerde, bottom-up manier van informatie verwerken, ook wel ‘zwakke centrale coherentie’ genoemd (Frith, 2003). Zij slaan informatie doorgaans op als losse details en zijn niet (meteen) geneigd hier een betekenisvol geheel van te maken. Dit zou kunnen verklaren waarom sommige mensen met autisme wel in staat zijn om uit hun hoofd de details van een dergelijk uitzicht te reproduceren en er een schilderij van te maken.

Een detaillistische manier van denken en werken is ook in eerder onderzoek al in verband gebracht met andere talenten van mensen met autisme, zoals op het gebied van wiskunde en muziek (Happé, 1999; Happé & Vital, 2009). Terwijl de meeste mensen bij het luisteren naar muziek vooral letten op de melodie en dus op de grote lijn, blijken mensen met autisme meer geneigd te zijn om de losse tonen te horen. Dit zou wellicht het vaker voorkomen van een absoluut gehoor bij mensen met autisme kunnen verklaren (Heaton, 2009).

Executieve functies

Wat betreft de executieve functies is in wetenschappelijk onderzoek vooral gekeken naar de relatie tussen talenten en beperkte flexibiliteit (O’Conner & Hermelin, 1991). Beperkte flexibiliteit zou er namelijk toe kunnen leiden dat mensen met autisme zich gemakkelijker in één activiteit verliezen (gefixeerde interesse), waardoor ze op dat gebied eerder een talent ontwikkelen. Deze relatie is onderzocht door Howlin en collega’s (2009). Die vonden hier echter geen aanwijzingen voor.

Wel is er enige evidentie gevonden voor een relatie met een (zeer) goed ontwikkeld werkgeheugen, dat ook geschaard wordt onder de executieve functies (Bölte & Pouka, 2004). Een sterk geheugen kan ervoor zorgen dat iemand gemakkelijk feitelijke informatie zoals getallen en data kan onthouden.

Patroonherkenning en hyperconnectiviteit

Sommige onderzoekers menen dat het vermogen om patronen te herkennen onderliggend is aan de talenten van mensen met autisme (Baron-Cohen,

Ashwin, Ashwin, Tavassoli, & Chakrabarti, 2009; Mottron, Dawson, & Soulières, 2009). Baron-Cohen en collega's (2009) beschrijven bijvoorbeeld dat mensen met autisme een goed oog hebben voor details en hierin gemakkelijk zich herhalende patronen ontdekken, ook wel 'systematiseren' (*systemizing*) genoemd. Het kennen van de onderliggende regels en formules maakt informatie of een bepaald systeem analyseerbaar en dus ook voorspelbaar. Een voorbeeld hiervan is het herkennen van (onderliggende patronen van) priemgetallen. Ook mensen die bij een willekeurige datum de dag kunnen noemen (kalenderberekenaars) lijken hierbij gebruik te maken van onderliggende regels en patronen (Happé & Frith, 2009). Daarnaast kan het ontdekken van patronen in muziek of in toonhoogte essentieel zijn bij een muzikaal talent.

De hyperconnectiviteitshypothese lijkt vooral relevant bij synesthesie. Deze hypothese gaat ervan uit dat mensen met synesthesie meer neurale connecties hebben tussen verschillende hersengebieden (Rouw & Scholte, 2007). Normaal gesproken worden overvloedige connecties 'gesnoeid' tijdens de kindertijd, maar bij kinderen met autisme zou dit minder het geval zijn. Door het grote aantal lokale connecties in het brein zou activiteit op één gebied automatisch leiden tot activiteit op een ander gebied, wat mogelijk een verklaring biedt voor het vaker voorkomen van synesthesie bij mensen met autisme.

WAAROM EN WANNEER DE TALENTEN IN KAART BRENGEN?

.....

Onderzoek laat zien dat mensen met autisme relatief veel negatieve ervaringen meemaken in hun leven, waaronder slachtoffer zijn van pestgedrag (Maïno, Normand, Salvas, Moullec, & Aimé, 2016). Dergelijke ervaringen kunnen ertoe leiden dat ze een negatief zelfbeeld ontwikkelen. Ook de diagnose autisme kan iemands zelfbeeld negatief beïnvloeden (Cooper et al., 2017). Daarom is het juist zo belangrijk om de positieve kanten van autisme al tijdens het diagnostisch onderzoek, of in elk geval aan het begin van de behandeling, in kaart te brengen en te bespreken. Het kan bijvoorbeeld een vast onderdeel zijn van psycho-educatie (uitleg over autisme), die doorgaans meteen na het diagnostisch onderzoek wordt aangeboden. Daarnaast zou het in kaart brengen van talenten en positieve eigenschappen een vast onderdeel kunnen zijn van het behandelen van (kenmerken van) sociale angst of vermijdende-persoonlijkheidstrekken. Ook wanneer de behandeling wordt gericht op het verwerken van negatieve sociale ervaringen (zoals pestervaringen) zou gestart kunnen worden met het in kaart brengen van talenten. Dit om aandacht te geven aan positieve eigenschappen, teneinde zo het zelfbeeld positief te bekrachtigen. Verder kunnen talenten en positieve eigenschappen van waarde zijn wanneer het gaat om zingevingsvragen. Zo wordt vermoed dat mensen met autisme weinig zingeving halen uit sociale

contacten en vriendschappen (Webster & Garvis, 2016). Bezig zijn met hun talenten en hierdoor iets kunnen betekenen voor de samenleving is vaak een beter passende bron van zingeving.

Wanneer een behandeling wordt gestart met het onderzoeken van talenten en positieve eigenschappen, kan tijdens het verdere traject op verschillende momenten (bijvoorbeeld bij het uitdagen van bepaalde negatieve overtuigingen) worden teruggekomen op deze eigenschappen.

IN KAART BRENGEN VAN TALENTEN

.....

Het is niet zo eenvoudig om goed zicht te krijgen op de talenten van mensen met autisme. Mede hierdoor blijven deze vaak lang onontdekt of komen ze slechts bij toeval naar voren. Hulpverleners die wel oog willen hebben voor talenten weten vaak niet goed welke instrumenten ze hiervoor kunnen gebruiken. Hieronder volgen drie adviezen voor passende instrumenten:

- 1 Een neuropsychologisch onderzoek kan meer inzicht geven in talenten, bijvoorbeeld middels afname van een intelligentietest als de *Wechsler Intelligence Scale for Children – Fifth Edition* (WISC-V; Wechsler, 2014) of de *Wechsler Adult Intelligence Scale IV* (WAIS-IV; Wechsler, 2008). Bij afname van een intelligentietest kan worden gekeken of de persoon significant hoog scoort op één of meerdere subtests. Een verhoogde score op de subtest Cijferreeksen kan bijvoorbeeld iets zeggen over een sterk ontwikkeld werkgeheugen. Overigens kan het ook interessant zijn om sommige taken van een intelligentietest zonder tijdlimiet af te nemen, vooral omdat sommige mensen met autisme door hun gedetailleerde manier van werken langzamer zijn dan anderen, maar uiteindelijk wel tot een beter resultaat komen. Verder kunnen ook andere neuropsychologische taken, bijvoorbeeld op het gebied van het geheugen (zoals de 15-woordentest), worden gebruikt om talenten in kaart te brengen.
- 2 Ook vragenlijsten kunnen toegepast worden om talenten te onderzoeken. De *Behavioral Rating Inventory of Executive Functioning – Adult Version* (BRIEF-A; Roth, Isquith, & Gioia, 2005) is een vragenlijst die executieve functies meet. Bij gebruik van deze vragenlijst wordt normaal gesproken vooral ingegaan op de problemen die men rapporteert. Scores die erop duiden dat iets juist goed gaat, krijgen over het algemeen weinig aandacht. Deze kunnen echter wel relevant zijn voor het in kaart brengen van talenten. Zo zijn sommige mensen met autisme uitzonderlijk sterk in plannen en organiseren, of in ordelijkheid. Het is belangrijk om ook deze factoren te benoemen in het diagnostisch verslag, als sterke eigenschappen.
- 3 Sommige vragenlijsten zijn specifiek ontwikkeld om sterke kanten van mensen met autisme te meten. Een voorbeeld hiervan is de *Vragenlijst*

naar eigenschappen en kwaliteiten (van Impelen, Snouckaert, & Spek, 2018). Aan de hand van deze vragenlijst kunnen veelvoorkomende talenten en sterke eigenschappen van mensen met autisme in kaart worden gebracht. Voorbeelden hiervan zijn doorzettingsvermogen, muziek/kunst, creativiteit en loyaliteit. Een andere vragenlijst die gebruikt kan worden is de *Systemizing Quotient* (SQ; Baron-Cohen, Richler, Bisarya, Guranathan, & Wheelwright, 2003). Deze vragenlijst meet of iemand sterk is in het zien van onderliggende patronen en systemen in informatie.

Tot op heden is er nog geen interview ontwikkeld voor het onderzoeken van talenten bij mensen met autisme. Het is belangrijk dat dit wel gebeurt, aangezien vragenlijsten en neuropsychologische tests niet altijd voldoende betrouwbaar en valide zijn. Zo kunnen de antwoorden op vragenlijsten worden beïnvloed door het letterlijk nemen van de taal en door een gebrekkig zelfinzicht. Bij neuropsychologische tests is er vaak een beperkte ecologische validiteit, wat wil zeggen dat de uitkomsten van de tests niet goed overeenkomen met hoe iemand functioneert in de dagelijkse praktijk. Het gebruik van interviews is waarschijnlijk een betrouwbaardere manier om talenten en positieve eigenschappen in kaart te brengen. Hierbij is het natuurlijk wel van belang dat zowel de cliënt als een belangrijke ander (ouder, broer, zus, partner) wordt geïnterviewd.

Overigens is het belangrijk om te beseffen dat niet alle mensen met autisme over een uitzonderlijk talent beschikken. Ook dan kan een sterkte-zwakteanalyse meer inzicht geven in relatief sterke en zwakke kanten. Het beschrijven en bespreken van dergelijke positieve aspecten is zeker aan te bevelen, om vervolgens samen te onderzoeken hoe de positieve kanten meer tot hun recht kunnen komen, met als doel de kwaliteit van leven te verbeteren.

CONCLUSIE

.....

Al met al zijn er duidelijke aanwijzingen dat autisme niet alleen wordt gekenmerkt door problemen en disfuncties, maar ook door bepaalde uitzonderlijke talenten. De onderliggende oorzaak hiervan is nog onvoldoende bekend, maar lijkt deels gerelateerd te zijn aan genetische factoren en deels aan een bijzondere manier van informatie verwerken. Het is belangrijk om aandacht te hebben voor de talenten van mensen met autisme, onder meer omdat die een bron kunnen zijn van zinvolle activiteiten en het gevoel van eigenwaarde kunnen versterken. Het advies is dan ook dat hulpverleners die werken met mensen met autisme hier oog voor hebben en instrumenten inzetten om hun eventuele talenten in kaart te brengen.

Annelies Spek is gepromoveerd klinisch psycholoog en hoofd van het Autisme Expertisecentrum. *Correspondentieadres:* Goyergracht Zuid 39, 3755 MZ Eemnes. E-mail: a.spek@autismeexpertise.nl.

Summary *Talents of people with an autism spectrum disorder*

Autism is primarily associated with disabilities, while talents are also seen regularly. These talents occur in 28.5% to 62.5% of people with autism. Talents that seem to occur frequently are a very well-developed memory, and excellent arithmetic, creative, auditory or verbal skills. It is not yet clear why isolated talents are more common in people with autism. Some theories assume there is a genetic overlap between autism and isolated talents, others hypothesize a relationship with the specific way of processing information that characterizes autism. It is important that care providers pay attention to talents of people with autism and know how to identify them. Neuropsychological tests, questionnaires and interviews can be of value in this process.

Keywords *autism, talents, positive qualities, information processing*

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Amsterdam: Boom.
- Asperger, H. (1944). Die 'Autistischen Psychopathen' im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76-136.
- Baron-Cohen, S., Ashwin, E., Ashwin, C., Tavassoli, T., & Chakrabarti, B. (2009). Talent in autism: Hyper-systemizing, hyper-attention to detail and sensory hypersensitivity. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 364, 1377-1383.
- Baron-Cohen, S., Johnson, D., Asher, J., Wheelwright, S., Fisher, S. E., Gergesen, P. K., & Allison, C. (2013). Is synaesthesia more common in autism? *Molecular Autism*, 4, 40.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a theory of mind? *Cognition*, 21, 37-46.
- Baron-Cohen, S., Richler, J., Bisarya, D., Guronathan, N., & Wheelwright, S. (2003). The systemizing quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high-functioning autism, and normal sex differences. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 358, 361-374.
- Beversdorf, D. Q., Smith, B. W., Crucian, G. P., Anderson, J. M., Keillor, J. M., Barret, A. M., ... Heilman, K. M. (2000). Increased discrimination of 'false memories' in autism spectrum disorder. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 97, 8734-8737.
- Bölte, S., & Pouka, F. (2004). Comparing the intelligence profiles of savant and nonsavant individuals with autistic disorder. *Intelligence*, 32, 121-131.
- Burd, L., Kerbeshian, J., & Wayne, F. (1985). Inquiry into the incidence of hyperlexia in a statewide population of children with pervasive developmental disorder. *Psychological Reports*, 57, 236-238.
- Chiang, H. M., & Lin, Y. H. (2007). Mathematical ability of students with Asperger syndrome and high-functioning autism. A review of literature. *Autism*, 11, 547-556.

- Cooper, K., Smith, L. G. E., & Russell, A. (2017). Social identity, self-esteem, and mental health in autism. *European Journal of Social Psychology*, 47, 844-854.
- Crane, L., & Goddard, L. (2008). Episodic and semantic autobiographical memory in adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 498-506.
- Crane, L., Pring, L., Ryder, N., & Hermelin, B. (2011). Executive functions in savant artists with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 790-797.
- Csikszentmihályi, M., & Lefevre, J. (1989). Optimal experience in work and leisure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 815-822.
- Donvan, J., & Zucker, C. (2010). Autism's first child. *The Atlantic*, 10, 1-16.
- Dubischar-Krivec, A. M., Neumann, N., Poustka, F., Braun, C., Birbaumer, N., & Bolte, S. (2009). Calendar calculating in savants with autism and healthy calendar calculators. *Psychological Medicine*, 39, 1355-1363.
- Frith, U. (2003). *Autism: Explaining the enigma*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Happé, F. (1999). Autism: Cognitive deficit or cognitive style? *Trends in Cognitive Science*, 3, 216-222.
- Happé, F., & Frith, U. (2009). The beautiful otherness of the autistic mind. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 364, 1346-1350.
- Happé, F., & Vital, P. (2009). What aspects of autism predispose to talent? *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 364, 1369-1375.
- Heaton, P. (2009). Assessing musical skills in autistic children who are not savants. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 364, 1443-1447.
- Heaton, P., & Wallace, G. L. (2004). Annotation: The savant syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 899-922.
- Howlin, P., Goode, S., Hutton, J., & Rutter, M. (2009). Savant skills in autism: Psychometric approaches and parental reports. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 364, 1359-1367.
- Lai, M. C., Lombardo, M. V., Auyeung, B., Chakrabati, B., & Baron-Cohen, S. (2015). Sex/gender differences and autism: Setting the scene for future research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54, 11-24.
- Maïno, C., Normand, C. L., Salvas, M. C., Moullec, G., & Aimé, A. (2016). Prevalence of school bullying among youth with autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Autism Research*, 9, 601-615.
- Meilleur, A. S., Jelenic, P., & Mottron, L. (2015). Prevalence of clinically and empirically defined talents and strengths in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 1354-1367.
- Miller, L. (1998). Defining the savant syndrome. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 46, 1089-1096.
- Mottron, L., Dawson, M., & Soulières, I. (2009). Enhanced perception in savant syndrome: Patterns, structure and creativity. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 364, 1385-1391.
- O'Connor, N., & Hermelin, B. (1991). Talents and preoccupations in idiot-savants. *Psychological Medicine*, 21, 959-964.
- Rimland, B. (1978). Savant capabilities of autistic children and their cognitive implications. In L. K. Obler & D. Fein (Eds.), *The exceptional brain: Neuropsychology of talent and special abilities* (pp. 374-492). New York: Guilford.
- Roth, R. M., Isquith, P. K., & Gioia, G. A. (2005). *BRIEF-A: Behavior Rating Inventory of Executive Function: Adult Version*. Lutz: Psychological Assessment Resources.
- Rouw, R., & Scholte, H. S. (2007). Increased structural connectivity in grapheme-color synesthesia. *Nature Neuroscience*, 10, 792-797.

- Salovita, T., Ruusila, L., & Ruusila, U. (2000). Incidence of savant syndrome in Finland. *Perceptual and Motor Skill*, 91, 120-122.
- Simone, R. (2010). *Asperger's on the job*. Arlington, Texas: Future Horizon.
- Snyder, A. (2009). Explaining and inducing savant skills: Privileged access to lower level, less-processed information. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 364, 1399-1405.
- van Impelen, L., Snouckaert, V., & Spek, A. A. (2018). *Vragenlijst naar eigenschappen en kwaliteiten*. Eemnes: Autisme Expertisecentrum.
- Waterhouse, L. (1988). Speculations on the neuroanatomical substrate of special talents. In L. K. Obler & D. Fein (Eds.), *The exceptional brain: Neuropsychology of talent and special abilities* (pp. 493-512). New York: Guilford.
- Webster, A. A., & Garvis S. (2016). The importance of critical life moments: An explorative study of successful women with autism spectrum disorder. *Autism*, 21, 670-677.
- Wechsler, D. (2008). *Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition*. San Antonio, TX: Pearson.
- Wechsler, D. (2014). *Wechsler Intelligence Scale for Children – Fifth Edition*. San Antonio, TX: Pearson.

Eye Movement Dual Task als behandeling van suïcidale intrusies bij depressieve patiënten

Pilotstudie naar de veiligheid,
verdraagbaarheid en uitvoerbaarheid van
de interventie

JAËL VAN BENTUM, MARIT SIJBRANDIJ, AD KERKHOF, ANNEKE VAN
SCHAIK & MARCUS HUIBERS

Samenvatting

Veel mensen met een depressieve stoornis hebben last van repetitieve, oncontroleerbare en indringende suïcidale beelden en gedachten. Deze zogenaamde 'suïcidale intrusies' kunnen mogelijk een aanknopingspunt zijn voor versterking van suïcidale ideatie en suïcidaal gedrag. Verschillende experimentele studies hebben aangetoond dat oogbewegingen tijdens het ophalen van de onaangename beelden hun levendigheid en negatieve emoties verminderden. Als toevoeging aan de reguliere behandeling kan een *Eye Movement Dual Task* (EMDT)-interventie mogelijk de suïcidale intrusies verminderen en daarmee het risico op suïcide verlagen. Het doel van de huidige pilotstudie onder zes deelnemers is om de bruikbaarheid, veiligheid en uitvoerbaarheid van de interventie te evalueren. De pilotstudie dient als voorbereiding op een groot multicenter gerandomiseerde klinische trial (RCT). Resultaten geven een positieve indruk van de veiligheid, verdraagbaarheid, en uitvoerbaarheid van deze additionele EMDT-interventie. Participanten gaven aan tevreden te zijn over het ontvangen van de interventie en vonden het invullen van de online vragenlijsten haalbaar. Therapeuten gaven aan dat het EMDT-onderzoeksprotocol uitvoerbaar was en gaven enkele suggesties ter verbetering en/of optimalisering. De pilotstudie liet geen aanwijzingen zien voor een toename van de ernst van de suïcidaliteit bij patiënten na de EMDT-interventie als toevoeging aan de lopende behan-

deling, wat erop wijst dat EMDT voldoende veilig lijkt om de effectiviteit ervan in een multicenter RCT te evalueren.

Trefwoorden: suïcide, depressie, intrusies, mentale beelden, EMDT, werkgeheugen, pilotstudie

INLEIDING

.....

Jaarlijks sterven er wereldwijd rond de 800.000 mensen door suïcide. Voor elke suïcide zijn er nog eens meer dan 20 mensen die een suïcidepoging doen (World Health Organization, 2019). In 2017 waren er in Nederland gemiddeld 5,3 zelfdodingen per dag (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2017). Ondanks de toegenomen inspanningen en nationale strategieën voor suïcidepreventie, zijn er nog steeds weinig effectieve interventies beschikbaar om het risico op zelfdoding te verminderen (de Groot, Kerkhof, & de Ponti, 2009).

Een aspect van suïcidaliteit waaraan nog relatief weinig aandacht is besteed zijn de zogenaamde ‘suïcidale intrusies’. Uit onderzoek blijkt dat de meerderheid van suïcidale patiënten met een depressie last heeft van deze repetitieve en oncontroleerbare suïcidale beelden en gedachten (Crane, Shah, Barnhofer, & Holmes, 2012; Hales, Deeprose, Goodwin, & Holmes, 2011; Holmes, Crane, Fennell, & Williams, 2007). Vaak gaan de ‘flashforward’-beelden over de toekomstige eigen zelfdoding (zoals zichzelf voor de trein zien springen) of over de gevolgen ervan (zoals de eigen begrafenis zien). In tegenstelling tot dagdromen, waarin filmachtige sequenties over zelfdoding vrijwillig worden opgeroepen, zijn suïcidale flashforwards onvrijwillige, zich opdringende ‘momentopnamen’ van eventuele handelingen (Hales et al., 2011; Holmes et al., 2007).

Intrusies zijn een transdiagnostisch fenomeen en komen voor bij onder andere posttraumatische-stressstoornis (PTSS; Hackmann & Holmes, 2004; Holmes, Grey, & Young, 2005), agorafobie (Day, Holmes, & Hackmann, 2004), sociale fobie (Hackmann, Clark, & McManus, 2000) en obsessieve-compulsieve stoornis (OCS; Bouvard, Fournet, Denis, Sixdenier, & Clark, 2017). Factoren die de intrusies belastend maken zijn de frequentie, duur, intensiteit en consequenties van de gedachten (Rachman, 1971). Mogelijk bestaat er een overlap tussen suïcidale intrusies en OCS-intrusies. Een OCS-intrusie kan net als een suïcidale intrusie gewelddadig van aard zijn en gaat doorgaans (hoewel niet altijd) over een ander iets aandoen (zoals een beeld over je kind iets aandoen). Dit kan vervolgens geïnterpreteerd worden met een negatief zelfbeeld (‘Ik ben gevaarlijk’, of: ‘Als ik dit denk, dan wil ik – en zal ik – het ook gaan doen’) (Rachman, 2007). Suïcidale intrusies hebben echter meestal betrekking op zichzelf iets aandoen. Voorbeelden zijn: zichzelf van een rots zien springen, waarbij het beeld gelinkt is aan verlossing

van *entrapment* ('ultieme redding', 'beste vooruitzicht', 'mijn eigen keuze') (Holmes et al., 2007), of zichzelf zien hangen aan een boom, waarbij het beeld gelinkt is aan verlossing van *perceived burdensomeness* ('hoop dat dit mijn pijn en die van mijn familie beëindigt') (Hales et al., 2011). Verder onderzoek naar de fenomenologie van deze intrusies zal moeten uitwijzen wat de verschillen tussen de diverse intrusies zijn.

Wat betreft suïcidaliteit wordt verondersteld dat intrusieve suïcidale beelden een obsessieve tunnelvisie op de dood kunnen versterken (Ringel, 1976), en dat naarmate deze beelden als onvrijwilliger en oncontroleerbaarder worden ervaren, de vermijding toeneemt (Baumeister, 1990; Dean & Range, 1999). Experimenteel onderzoek liet echter zien dat het onderdrukken van gedachten een contraproductief effect heeft, en de intensiteit en frequentie van intrusieve beelden juist vergroot (Abramowitz, Tolin, & Street, 2001). Het actief onderdrukken van suïcidale gedachten blijkt inderdaad het voortduren van suïcidale ideatie te vergroten (Pettit et al., 2009).

Cognitief-psychologische studies lieten zien dat het inbeelden van een mogelijke toekomstige actie de kans vergroot op daadwerkelijke uitvoering van dat gedrag (Brown et al., 2005; Holmes et al., 2007). Bij OCS is echter gebleken dat mensen met typische OCS-intrusies juist ten onrechte bang zijn dat ze het gevreesde gedrag gaan uitvoeren, wat gewoonlijk in werkelijkheid niet gebeurt (zogenoeten *thought action fusion* (TAF); zie: Merckelbach, Muris, Rassin, & Spaan, 1998; Rassin, Merckelbach, Muris, & Spaan, 1999). Een recent onderzoek liet zien dat depressieve suïcidale patiënten hogere TAF voor suïcidale gedachten hadden: ze geloven dat het hebben van suïcidale gedachten hen aanzet tot het uitvoeren ervan (Gjelsvik et al., 2018). In hoeverre suïcidale intrusies daadwerkelijk leiden tot suïcidaal gedrag dient nog verder te worden onderzocht. Voorlopig lijkt het verminderen van onaangename suïcidale intrusies een waardevol aanknopingspunt voor psychologische interventie.

DUALE TAKEN EN BEHANDELEN VAN SUÏCIDALE INTRUSIES

.....

Hoewel veel klinici het bestaan van suïcidale intrusies (h)erkennen, komt het weinig voor dat deze beelden aangepakt worden als onderdeel van de behandeling. Intrusies zijn meestal wel een belangrijk doelwit bij andere stoornissen die een sterke associatie met negatieve intrusies hebben, zoals angststoornissen en PTSS (Çili & Stopa, 2015; Di Simplicio et al., 2016). Uit een groot aantal experimentele studies blijkt dat oogbewegingen tijdens het oproepen van onaangename autobiografische herinneringen de levendigheid van en de negatieve emoties bij deze herinneringen verminderen (Andrade, Kavanagh, & Baddeley, 1997; Engelhard et al., 2011; Kemps & Tiggemann, 2007b; van den Hout & Engelhard, 2012). Verder hebben experimentele studies getoond dat andere belastende taken, zoals het tekenen van

een complexe figuur (Gunter & Bodner, 2008), het spelen van Tetris (James, Lau-Zhu, Tickle, Horsch, & Holmes, 2016) en mentale rekensommen (Kemps & Tiggemann, 2007a), de levendigheid of emotionaliteit van het beeld kunnen verminderen. Een mogelijke theorie hierachter is het werkgeheugen-model (van den Hout et al., 2011). Het in het werkgeheugen levendig voorstellen van een nare herinnering neemt werkgeheugencapaciteit in beslag, die beperkt van omvang is. Als er dan tegelijkertijd een werkgeheugenbelastende taak wordt uitgevoerd (zoals oogbewegingen), treedt er competitie op en verliest de nare herinnering aan levendigheid en emotionaliteit.

De meest bekende behandeling waarin een duale taak wordt gebruikt is de *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR)-therapie (Shapiro, 2001). De patiënt haalt in gedachten een beeld op van het allergrootste moment van het trauma, samen met de bijbehorende negatieve cognities en emoties. Gelijktijdig introduceert de therapeut een externe stimulus (zoals het volgen van de vinger van de therapeut, die van links naar rechts beweegt, waardoor horizontale oogbewegingen worden gecreëerd). Meerdere studies hebben aangetoond dat sommige psychopathologische intrusieve beelden (naast retrospectief) ook toekomstgericht kunnen zijn (Holmes & Mathews, 2005; Ottaviani & Beck, 1987; Reynolds & Brewin, 1998; Speckens, Hackmann, Ehlers, & Cuthbert, 2007; Wells & Hackmann, 1993). Engelhard en collega's (2011) vonden dat oogbewegingen ook de levendigheid van toekomstige mentale beelden verminderden. Onze verwachting is dat de levendigheid van toekomstgerichte suïcidale intrusies met gebruik van oogbewegingen vermindert kan worden. Wanneer intrusieve suïcidale beelden minder opdringerig, minder levendig en minder emotioneel beladen worden, zullen zij hun impact verliezen en daardoor minder frequent worden. Wij stellen daarom een Eye Movement Dual Task (EMDT)-interventie voor, als aanvulling op de reguliere behandelmethoden bij suïcidaal gedrag, die als doel heeft de frequentie, levendigheid en emotionaliteit van suïcidale intrusies te verminderen. We verwachten dat wanneer de suïcidale beelden zich minder frequent voordoen, en bovendien minder levendig en minder emotioneel geladen zijn, het verlangen om aan de suïcidale intrusies te ontsnappen door suïcide afneemt.

HUIDIGE STUDIE

.....

Dit onderzoek is een pilotstudie als voorbereiding op een grotere gerandomiseerde klinische trial (RCT) onder 90 deelnemers naar de effectiviteit van de additionele EMDT-interventie gericht op suïcidale beelden bij depressieve patiënten. Tijdens de pilotstudie evalueerden we de veiligheid, bruikbaarheid en uitvoerbaarheid van de EMDT-interventie.

METHODE

337

Deelnemers

De deelnemers aan deze studie ($N = 6$) werden geworven op de afdeling depressie bij een ggz-instelling in Amsterdam. Er deden evenveel vrouwen ($n = 3$) als mannen ($n = 3$) mee aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd ten tijde van de start van de behandeling was 37,3 jaar ($sd = 11,8$), waarbij de jongste patiënt een leeftijd had van 24,9 jaar en de oudste patiënt van 52,2 jaar. De meeste patiënten waren hoogopgeleid ($n = 4$) en getrouwd ($n = 4$). De primaire DSM-5-diagnose was een (ernstige/recidiverende) depressie en één deelnemer had een comorbide PTSS-diagnose. De wervingsperiode voor de pilotstudie liep tussen oktober 2017 en februari 2018.

Voor deelname aan de pilotstudie diende de patiënt: (1) 18 jaar of ouder te zijn, (2) suïcidale ideatie te ervaren (score van ≥ 20 op de *Suicidal Ideation Attributes Scale*: SIDAS; van Spijker, Batterham et al., 2014), (3) depressieve symptomen te ervaren (score van > 20 op de *Beck Depression Inventory*: BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996), (4) momenteel een reguliere depressiebehandeling bij de ggz-instelling te ontvangen, (5) de Nederlandse taal voldoende te beheersen, en (6) suïcidale beelden en gedachten daadwerkelijk als een last te ervaren (gemeten met het Intrusie Interview; Holmes & Mathews, 2005).

Patiënten waren niet geschikt voor deelname indien ze (minimaal) één van de volgende diagnoses hadden: een psychotische stoornis, een depressie met psychotische kenmerken of een bipolaire stoornis. Tevens waren patiënten niet geschikt indien ze een hoog risico op vroegtijdige beëindiging van deelname vertoonden (bijvoorbeeld een risico op non-respons of gedurende de onderzoeksperiode moeilijk bereikbaar zijn).

Eye Movement Dual Task (EMDT)

Het doel van EMDT is de frequentie, levendigheid en onaangenaamheid van suïcidale intrusies te verminderen. EMDT is gebaseerd op de bekende EMDR-therapie (Shapiro, 2001). De duale taak in de interventie bestaat uit het maken van oogbewegingen terwijl tegelijk het suïcidale beeld wordt opgehaald. In tegenstelling tot EMDR wordt er bij EMDT echter geen positieve cognitie aan het beeld gekoppeld. Het installeren van deze positieve gedachtegang heeft bij EMDR als doel de geloofwaardigheid van de positieve cognitie maximaal te laten toenemen. Aangezien EMDT een expliciete focus heeft op het verminderen van de frequentie van intrusies, is het 'installatieproces' niet van toepassing. Tevens komen stappen als het installeren van een *future template* niet aan de orde binnen dit onderzoek. Om deze reden zijn wij van mening dat het niet correct is de toegepaste interventie 'EMDR' te noemen.

Het onderzoeksprotocol bouwt voort op eerder werk op het gebied van duale taken, en is samengesteld met behulp van patiënten, behandelaren en experts op het gebied van EMDR en suïcidaliteit. De input van voormalig suïcidale patiënten werd verkregen via een focusgroep. Het doel was om ervaringen en ideeën van mensen die in het verleden te maken hebben gehad met depressie en suïcidaliteit inzichtelijk te maken. Tevens werd zes landelijke experts advies gevraagd om het EMDT-onderzoeksprotocol verder te optimaliseren. Een EMDT-sessie ziet er als volgt uit:

- 1 De patiënt en de therapeut selecteren een indringend suïcidaal target-beeld, zoals uitgevraagd in een korte versie van het Intrusie Interview (een zogenaamde ‘flashforward’).
- 2 Gedurende 24 seconden voert de patiënt opeenvolgende oogbewegingen uit. Dit beeld is het startpunt, waarna de patiënt opkomende associaties kan volgen. Tussen de series oogbewegingen door worden er *Subjective Units of Distress Scales* (SUD's) afgenomen. Dit meetinstrument kwantificeert de huidige intensiteit van de emotionele reactie van 0 tot 10.
- 3 Deze procedure wordt herhaald totdat de SUD-score naar vrijwel 0 is afgenomen.

EMDT bestaat uit een kennismakingsgesprek, gevolgd door minimaal twee en maximaal zes EMDT-sessies. EMDT is additioneel aan de reguliere behandeling. Het kan zijn dat een patiënt meerdere suïcidale intrusies ervaart. Zodra de meest belastende intrusie 0 op de SUD-schaal scoort, of duidelijk niet meer verder daalt, kunnen eventuele andere beelden aangepakt worden. Indien de patiënt geen intrusieve beelden meer ervaart, kan de behandeling beëindigd worden. Er zijn minimaal twee sessies om te controleren of de spanning is weggebleven. Als na zes sessies de suïcidale intrusies nog steeds niet verminderen qua scores op de SUD's, zijn de EMDT-sessies niet effectief gebleken voor de patiënt en dient de EMDT-interventie afgesloten te worden.

Tijdens de pilotstudie was er nauw contact tussen het onderzoeksteam en de EMDT-therapeuten, waardoor aanmerkingen of opmerkingen onmiddellijk in kaart werden gebracht. Ook werd de belasting voor therapeuten van het onderzoek geëvalueerd door middel van tussentijdse vragen over de uitvoerbaarheid en een evaluatiegesprek.

Reguliere behandelingen

De deelnemers ontvingen de EMDT-interventie naast reguliere depressie-behandelingen. Deze behandelingen bestonden uit: groepstherapie ($n = 1$), individuele therapie ($n = 2$) of een combinatie aan behandelingen: medicatie en individuele therapie ($n = 2$), of medicatie en groepstherapie ($n = 1$).

Procedure

339

Tweewekelijks werd in het teamoverleg van de instelling besproken of er potentiële deelnemers aanwezig waren. Zodra een mogelijke deelnemer geïdentificeerd werd, gaf de huidige behandelaar een flyer en informatiebrochure mee aan de patiënt, en vroeg de behandelaar de patiënt of de uitvoerend onderzoeker hem of haar mocht benaderen. Indien de potentiële deelnemer daarvoor toestemming gaf, nam de onderzoeker contact op om gedetailleerde informatie over het onderzoek te verstrekken en de proefpersoon een informatiebrief (via e-mail) op te sturen. Om de patiënt bedenktijd te geven, werd één week later opnieuw een belafsprak ingepland om te kijken of hij of zij nog steeds wilde deelnemen. Indien de patiënt nog steeds geïnteresseerd was, werd er een afspraak (op locatie) ingepland waarin de toestemmingsverklaring werd ondertekend en vragenlijsten werden afgenomen (SIDAS en BDI-II). Hierop volgde het Intrusie Interview, als de deelnemer geschikt was. Na het Intrusie Interview werd de deelnemer gekoppeld aan één van de drie beschikbare EMDT-therapeuten. Vragenlijsten werden afgenomen via een online datasysteem (Castor EDC). Met iedere deelnemer werd een kennismakingsgesprek gehouden, gevolgd door minimaal twee en maximaal zes EMDT-sessies. Het onderzoeksprotocol is goedgekeurd door de Medisch Ethische Commissie (METC) van het VUmc. In het kader van deze studie is besloten om een Data Safety Monitoring Board (DSMB) te installeren, een groep onafhankelijke experts die de voortgang en veiligheid in het onderzoek bewaken. Hiermee worden de objectiviteit in het analyseren van de data en de veiligheidsaspecten van het onderzoek gemaximaliseerd. De hoofdstudie (RCT) is geregistreerd bij het Nederlands Trial Register (Trial ID: NTR7202).

MEETINSTRUMENTEN

Suïcidale intrusies

Intrusie Interview (Holmes & Mathews, 2005). Het semigestructureerde Intrusie Interview is een vertaalde (en aangepaste) versie van het Engelstalige *Suicidal Cognitions Interview*. In dit interview, bestaande uit 21 vragen, worden klinische mentale beelden van en verbale gedachten over zelfdoding (suïcidale intrusies) uitgevraagd. Onderwerpen zoals inhoud, emotionele ervaring, aantal en levendigheid van deze verbale gedachten en/of mentale beelden worden besproken.

Suicidal Intrusions Attributes Scale (SINAS; van Bentum, Sijbrandij, Huijbers, & Kerkhof, in voorbereiding). De SINAS is een nieuw ontwikkelde

zelfrapportagevragenlijst die tien items bevat met vragen over de frequentie, intensiteit, levendigheid en oncontroleerbaarheid van suïcidale intrusies in de afgelopen week. Elk item wordt gescoord op een schaal van elf punten – bijvoorbeeld voor het item frequentie: 0 = helemaal niet tot en met 10 = constant – en de totaalscore loopt van 0 tot 100.

Suïcidaliteit

Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS; van Spijker, Batterham et al., 2014). De SIDAS is een zelfrapportagevragenlijst die de aanwezigheid en de ernst van suïcidale ideatie vaststelt. De lijst omvat vijf vragen die op een elfpuntsschaal verschillende categorieën met betrekking tot suïcidaliteit beoordeelt, te weten: frequentie, oncontroleerbaarheid, nabijheid van een poging, en niveau van interferentie met dagelijkse activiteiten. Totaalscores variëren tussen 0 en 50. Scores boven 21 worden verondersteld een hoog risico op suïcidaal gedrag aan te geven. Het meetinstrument heeft een hoge interne consistentie (Cronbach's alfa: 0,91-0,86) en het invullen neemt ongeveer een minuut in beslag.

Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI; Beck, Kovacs, & Weissman, 1979). Behalve met de SIDAS werd de ernst van de huidige suïcidale ideatie ook beoordeeld met de BSSI. Deze zelfrapportagevragenlijst bevat negentien items die de overtuigingen en opvattingen van een persoon over suïcide beoordelen, zoals de frequentie van suïcidale ideatie, voorbereidingen treffen, het plannen van een poging, enzovoort. Binnen elk item weerspiegelen de uitspraken stijgende gradaties (van 0 tot 2) over de ernst van suïcidale ideatie, gedachten en plannen. De totaalscore heeft een bereik van 0-38. Het meetinstrument heeft een hoge interne consistentie (Cronbach's alfa: 0,87-0,90; Beck & Steer, 1991) en er is een Nederlandse versie gevalideerd (van Spijker, van Straten, & Kerkhof, 2014).

Depressieve symptomen

Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck et al., 1996). De BDI-II meet de ernst van depressieve symptomen. De zelfrapportagevragenlijst bestaat uit 21 items met uitspraken die de cognitieve, affectieve, somatische en vegetatieve symptomen van depressie in de afgelopen twee weken met vandaag erbij meet. De totaalscore (bereik 0-63) geeft de algehele ernst van depressie aan met meerdere categorieën (scores van 0-13 voor minimale depressie, 14-19 voor lichte depressie, 20-28 voor matige depressie en 29-63 voor ernstige depressie). De Nederlandse versie van de BDI-II toonde goede betrouwbaarheid en validiteit (van der Does, 2002). Het meetinstrument had een hoge interne consistentie in een klinische populatie (Cronbach's alfa: 0,92; Osman, Barrios, Gutierrez, Williams, & Bailey, 2008).

Evaluatie van verwachtingen van de interventie

Verwachtingen van interventie. Bij de voormeting werden aan de deelnemers zes vragen gesteld over hun verwachtingen over de EMDT-interventie. Patiënten konden aangeven in hoeverre ze verwachtten dat de behandeling hen van suïcidale beelden zou afhelpen, meer rust in hun hoofd zou geven, de ernst van suïcidaliteit zou verminderen of dat ze veranderingen in zelfdodingsgedachten zouden ervaren. Tevens vroegen we de patiënten om te voorspellen hoe effectief ze dachten dat de interventie zou zijn in het verminderen van hun suïcidale intrusies.

Evaluatiegesprek patiënt en korte (online) vragenlijst. Aan het einde van de behandeling vond er een (telefonisch) evaluatiegesprek plaats, waarin de patiënten opmerkingen en suggesties kwijt konden over hun ervaring met de behandeling. Tevens vulden ze een korte (online) vragenlijst in met negentien items waarmee ze de behandeling evalueerden. Ze werden gevraagd om verschillende aspecten van de behandeling op een tienpuntsschaal te beoordelen (0 = helemaal niet goed, tot en met 10 = uitstekend) en feedback en eventuele suggesties te geven. Ook werd hun gevraagd of hun symptomen met betrekking tot suïcidale intrusies waren verminderd en waarom ze dachten dat die symptomen wel of niet verminderd waren (meerdere keuzen mogelijk).

Analyses

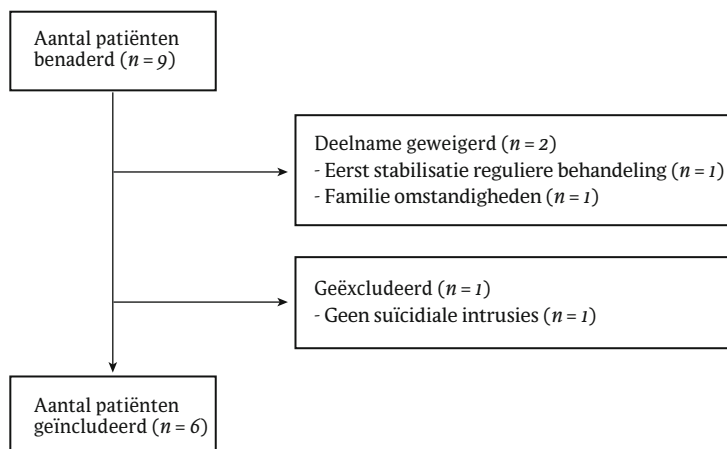
De data over de verhoging van suïcidaliteit (SIDAS- en BSSI-scores), aanwezigheid van suïcidale intrusies (SINAS) en depressieve symptomen (BDI-scores) die waren verzameld bij de voormeting en de nameting werden onafhankelijk geanalyseerd door de statisticus van de DSMB. Gezien de kleine steekproefomvang ($N = 6$) hebben we de *reliable change index* (RCI)-scores berekend (Jacobson & Truax, 1991; Zahra & Hedge, 2010). De RCI-scores geven aan of de verandering in voor- en nametingscores betrouwbaar en klinisch significant zijn. Op de overige kwantitatieve data (waaronder data van vragenlijsten met betrekking tot therapietrouw) is descriptieve statistiek toegepast met behulp van SPSS (versie 24).

RESULTATEN

Respons deelnemers

De respons van de patiënten is als flowchart weergegeven in figuur 1. Negen patiënten zijn na doorverwijzing benaderd voor deelname aan het onderzoek. Twee patiënten hebben geweigerd, van wie één wegens familieom-

standigheden en één die in de ogen van de huidige behandelaar eerst gestabiliseerd moest worden in de reguliere behandeling voordat EMDT mogelijk was. Eén patiënt voldeed niet aan de inclusiecriteria, vanwege het ontbreken van suïcidale intrusies.



FIGUUR 1 *Flowchart van de werving van de deelnemers*

Aanwezigheid suïcidale intrusies

Bij elke participant was er sprake van een afname in de frequentie en intensiteit van suïcidale intrusies voor en na behandeling (zie tabel 1). Gemiddelde scores op de SINAS namen voor vijf patiënten aanzienlijk af, maar voor één patiënt bleef de SINAS-score vrijwel stabiel (van 81 naar 80). RCI-scores voor vier participanten lieten zien dat de vermindering in suïcidale intrusies betrouwbaar en klinisch significant was. Het afkappunt voor de SINAS voor een klinisch relevante verandering was 34,97. In tabel 2 staan beschrijvingen van de meest belastende suïcidale intrusie aan het begin van de behandeling.

Aantal EMDT-sessies en afname van de scores op de SUD's per sessie

Tijdens de pilotstudie wilden we onder meer onderzoeken hoeveel sessies er nodig waren om het gewenste effect te krijgen. Drie participanten hadden voldoende aan het minimum aantal EMDT-sessies, namelijk twee, en twee participanten hadden in totaal zes EMDT-sessies nodig. Eén participant heeft drie EMDT-sessies ontvangen. De data laten zien dat bij alle deelnemers gedurende elke sessie de SUD-scores afnamen (zie figuur 2 voor een grafische weergave daarvan). Per deelnemer verschilde het aantal afnames

TABEL 1 Scores op uitkomstevaluatie en reliable change index

Suïcidaliteit (SIDAS-scores; range 0-50)				
Participant	Voormeting (T1)	Nameting (T2)	Verschilscore	RCI
1	14	9	5	-0,95
2	32	15	17	-3,22*
3	36	13	23	-4,36*
4	41	44	-3	0,56
5	36	28	8	-1,52
6	28	18	10	-1,90
Suïcidaliteit (BSSI-scores; range 0-38)				
Participant	Voormeting (T1)	Nameting (T2)	Verschilscore	RCI
1	7	10	-3	0,81
2	12	9'	3	-0,81
3	29	27	2	-0,54
4	31	33	-2	0,54
5	26	32	-6	1,62
6	19	14	5	-1,35
Suïcidale intrusies (SINAS-scores; range 0-100)				
Participant	Voormeting (T1)	Nameting (T2)	Verschilscore	RCI
1	59	16	43	-4,99**
2	51	34	17	-1,97**
3	63	30	33	-3,83**
4	81	80	1	-0,12
5	74	55	19	-2,20*
6	45	10	35	-4,06**

Depressieve symptomen (BDI-scores; range 0-63)				
Participant	Voormeting (T1)	Nameting (T2)	Verschijscore	RCI
1	32	24	8	-2,92
2	26	12	14	-5,11**
3	38	30	8	-2,92*
4	48	51	-3	1,10
5	37	27	10	-3,65*
6	38	20	18	-6,58**

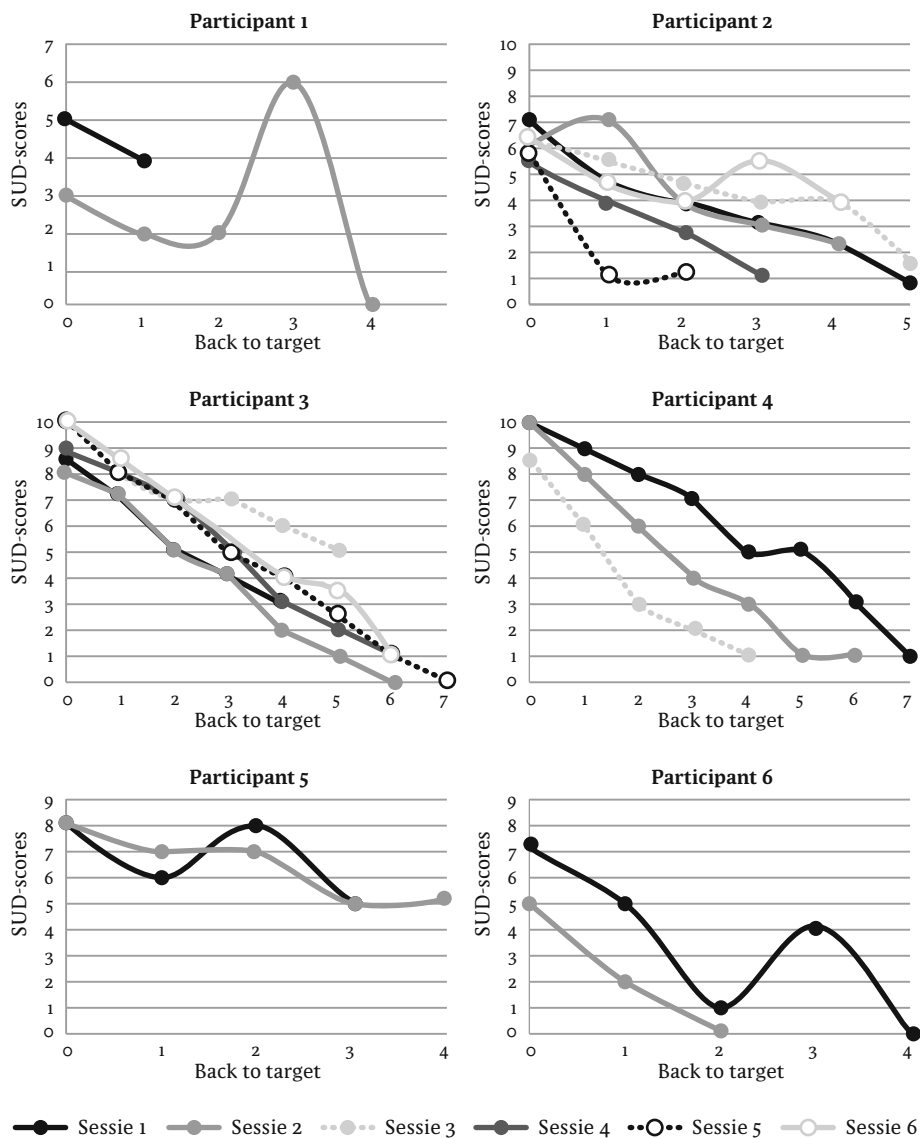
Noot. BDI-II: Beck Depression Inventory II; BSSI: Beck Scale for Suicidal Ideation; RCI: reliable change index; SIDAS: Suicidal Ideation Attributes Scale; SINAS: Suicidal Intrusions Attributes Scale; ' = één antwoord ontbrak voor deze participant. Klinisch significante afkappunten: SIDAS 12,22; BSSI 1,29; SINAS 34,97; BDI-II 21,87.

* = statistisch betrouwbaar met $p < 0,05$ waarde; ** = statistisch betrouwbaar met $p < 0,05$ waarde en klinisch significante verandering.

TABEL 2 Beschrijving van de meest belastende suïcidale intrusie aan het begin van de behandeling

Participant	Inhoud suïcidale intrusie	Hoe kwellend was de intrusie (0 = helemaal niet, 10 = extreem)?	Kon u het beeld stoppen als u dat wilde (0 = helemaal niet, 10 = volledig)?
1	'Ik spring van een flat.'	6	3
2	Zich ophangen in het huis van haar vriend. Ziet zichzelf springen en voor het raam naar beneden vallen met een laken om de nek.	8	5
3	Pillen in studio op een kleedje.	9	5
4	Ziet zichzelf cocktail van pillen innemen en voelt daar een drang bij.	9	2
5	'[Naam participant] is dood,' spookt als een mantra door het hoofd.	5	1
6	Pillen zijn heel toegankelijk. Heeft het gevoel dat ze op je afkomen.	5	7

van een SUD-score, wat betekent dat de serie oogbewegingen per sessie varieerde per therapeut. Een mogelijke reden was het feit dat de instructies – ‘deze procedure wordt herhaald totdat de SUD-score tot vrijwel 0 is afgenomen’ – niet gestandaardiseerd waren.



FIGUUR 2 Grafische weergave van de afname per deelnemer van de scores op de Subjective Units of Distress Scale

Suïcidaliteit

De resultaten lieten zien dat op de SIDAS de gemiddelde score van vijf patiënten afnam en van één participant de gemiddelde score licht toenam (van 41 naar 44). RCI-scores voor twee participanten lieten zien dat deze vermindering in suïcidale ideatie betrouwbaar was. Het afkappunt voor de SIDAS voor een klinisch relevante verandering was 12,22. Voor de BSSI nam de gemiddelde score van twee patiënten af en bij drie patiënten steeg de gemiddelde score licht (van 7 naar 10, 31 naar 33, en 26 naar 32), maar geen van de veranderingen was statistisch betrouwbaar en dus geen weerspiegeling van een echte verslechtering. Van één patiënt ontbrak er een vraag van de naming (zie tabel 1).

Depressieve symptomen

De resultaten lieten zien dat depressieve symptomen over het algemeen verminderden (zie tabel 1). RCI-scores voor vijf participanten lieten zien dat de vermindering in depressieve symptomen betrouwbaar was, terwijl voor twee participanten de vermindering ook klinisch significant was. Het afkappunt voor de BDI-II voor een klinisch relevante verandering was 21,87. Eén participant toonde een betrouwbare vermindering in suïcidale intrusies, maar scoorde niet onder het klinisch significante afkappunt.

Evaluatie van de interventie

Vijf van de deelnemers gaven aan te denken dat de behandeling hun meer rust in het hoofd zou geven. Slechts één deelnemer verwachtte dat de behandeling hem of haar daadwerkelijk van de suïcidale beelden zou afhelpen.

Resultaten laten zien dat de verwachtingen realistisch waren en in overeenstemming met de evaluaties van de uitkomstervaringen van de patiënten. Vier van de zes deelnemers gaven aan een positieve ervaring met de EMDT-interventie te hebben gehad. Deelnemers gaven een aantal aanbevelingen voor de RCT, waaronder het advies dat de uitleg over de emotionaliteit en intensiteit van de behandeling vooraf goed besproken moet worden. Tevens gaven ze aan dat de frequentie van de EMDT-sessies voldoende was en dat er aandacht moet worden gegeven aan de nazorg na de behandeling. Voor een schematische weergave van de evaluatie van de interventie door de deelnemers, zie tabel 3.

TABEL 3 *Voorspellingen en/of overtuigingen van het effect van de behandeling op suïcidale intrusies op basis van rapportcijfers (0-10)*

Voormeting (T1)	Min-max	Mean (sd)
1. Hoe succesvol denkt u op dit moment dat de behandeling zal zijn in het verminderen van uw suïcidale intrusies?	4-7	6,3 (1,2)
2. Hoe overtuigd zou u zijn om deze behandeling aan een vriend(in) met dezelfde klachten als u aan te raden?	5-8	6,5 (1,1)
3. Wat is uw gedachte over de mate van vermindering van suïcidale intrusies die u aan het eind van deze behandeling bereikt zult hebben?	4-9	6,7 (1,6)
4. Wat zegt uw gevoel over de mate van vermindering van suïcidale intrusies die u aan het einde van de behandeling bereikt zult hebben?	4-8	5,8 (1,3)
Nameting (T2)	Min-max	Mean (sd)
1. Hoe succesvol vond u de behandeling in het verminderen van uw suïcidale intrusies?	4-9	6,2 (1,8)
2. Hoe overtuigd zou u zijn om deze behandeling aan een vriend(in) met dezelfde klachten als u aan te raden?	2-9	6,5 (2,5)
3. Wat is uw gedachte over de mate van vermindering die u van uw suïcidale intrusies bereikt hebt?	3-9	6,0 (2,1)
4. Wat zegt uw gevoel over de mate van vermindering die u van uw suïcidale intrusies bereikt hebt?	3-7	5,5 (1,8)

Uitvoerbaarheid voor therapeuten

De drie EMDT-therapeuten vulden de tussentijdse vragen online zodanig in dat er voldoende informatie aan het onderzoeksteam verstrekt werd over de EMDT-sessie. Twee van de drie therapeuten hebben één keer telefonisch aanvullende informatie gegeven over een bepaalde EMDT-sessie, toen ze dat nodig vonden. Uit de evaluatiegesprekken met de therapeuten kwam naar voren dat de therapeuten in het algemeen tevreden waren over de uitvoerbaarheid van het EMDT-onderzoeksprotocol. Therapeuten gaven een aantal aanbevelingen voor de RCT, waaronder de suggestie dat voorlopig uitsluitend mentale beelden – en geen verbale gedachten – behandeld moeten worden met het onderzoeksprotocol. Verder was het positief afsluiten en opstellen van een zelfzorgplan aan het einde van iedere sessie belangrijk.

CONCLUSIE

.....

Onze onderzoeksresultaten geven een positieve indruk van de veiligheid, verdraagbaarheid en uitvoerbaarheid van de additionele EMDT-interventie. Op basis van deze resultaten is er door de METC toestemming verleend voor de grotere multicenter RCT. De pilotstudie bij zes patiënten liet zien dat de ernst van suïcidaliteit niet toenam bij patiënten na de additionele EMDT-behandeling in aanvulling op de lopende behandeling, wat erop wijst dat EMDT voorlopig voldoende veilig lijkt om de effectiviteit ervan in een multicenter RCT te evalueren. Tevens gaven RCI-scores aan dat voor vier participanten de suïcidale intrusies klinisch significant verminderd waren. Deelnemers en therapeuten gaven aan tevreden te zijn over het onderzoek, en over het algemeen ook over de EMDT-interventie. Verschillende aanbevelingen voor het aanpassen van het EMDT-protocol en de opzet van het onderzoek zijn: het verhelderen van het doel van de behandeling, en het aangeven van de mogelijke intensiteit en emotionaliteit die ervaren kan worden tijdens een EMDT-sessie. Deze aanbevelingen en suggesties zijn doorgevoerd om het EMDT-onderzoeksprotocol, de EMDT-trainingen en de opzet van het onderzoek verder te optimaliseren. Additionele veiligheidsmaatregelen zijn opgesteld in een veiligheidsprotocol. Met de resultaten van dit onderzoek is de EMDT-behandeling volledig uitgewerkt om de effectiviteit van de behandeling te evalueren in een multicenter RCT.

Gezien de grote maatschappelijke impact die suïcide heeft, is het van groot belang om meer aandacht te besteden aan de preventie ervan. Suïcidaliteit is echter een complex, interactief proces waarin vele factoren (waaronder psychopathologie, biologische kenmerken, persoonlijke kenmerken, levensgebeurtenissen en omstandigheden) een rol spelen. Kennis over (aspecten van) suïcidaal gedrag is noodzakelijk om preventieve interventies te kunnen verbeteren. Voorafgaand aan een suïcidepoging is een individu vaak al verschillende stadia gepasseerd, waaronder suïcidale ideatie. De aanwezigheid van opdringerige, oncontroleerbare en intrusieve suïcidale beelden kan mogelijk een invloed hebben op de overgang van suïcidale ideatie naar daadwerkelijk suïcidaal gedrag. Onze experimentele benadering om een duale taak toe te passen op de suïcidale intrusies is dan ook een innovatieve manier om suïcidepreventie te benaderen. Tevens hopen we in de grotere RCT meer zicht te krijgen op de fenomenologie van suïcidale intrusies, de mogelijke overlap met OCS-intrusies en de relatie tot daadwerkelijk suïcidaal gedrag.

Een beperking van deze pilotstudie was dat de metingen alleen op de korte termijn zijn afgenomen: voor, tijdens en na de interventie. Hoewel de resultaten op de SIDAS een afname in suïcidaliteit lieten zien, namen de scores op de BSSI voor sommigen lichtelijk toe. Een mogelijke hypothese hiervoor is dat de tweede vragenlijst vraagt naar de ervaringen in de afgelopen

week, terwijl de SIDAS vraagt naar de afgelopen *maand*. Suïcidaliteit is een fluctuerend fenomeen, wat de toename van BSSI-scores mogelijk kan verklaren. Tevens vraagt de BSSI gedetailleerd naar de onderliggende beredenering en redenen waarom een patiënt mogelijk suïcide zou plegen, terwijl de SIDAS voornamelijk de aanwezigheid van suïcidale gevoelens uitvraagt en hoe iemand die gevoelens ervaart. In de gerandomiseerde trial zullen we bij follow-upmetingen (in totaal twaalf maanden) bekijken hoe de interventie invloed kan hebben op suïcidale ideatie over een langere periode en zullen we dus meerdere metingen met elkaar kunnen vergelijken, in plaats van alleen de voor- en nameting.

Concluderend stellen wij dat EMDT als additionele interventie bij suïcidale intrusies voorsnog voldoende veilig lijkt om verder te evalueren in een grotere studie. Voor toepassing in de klinische praktijk is van belang dat de effectiviteit (en de veiligheid) eerst zal worden aangetoond in een RCT voordat EMDT bij depressieve suïcidale patiënten kan worden toegepast.

Jaël van Bentum, Marit Sijbrandij, Ad Kerkhof en Marcus Huibers zijn verbonden aan de Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Clinical, Neuro- and Developmental Psychology en het Amsterdam Public Health Research Institute; laatstgenoemde auteur daarnaast nog aan het Department Psychology van de University of Pennsylvania.

Anneke van Schaik is verbonden aan het Department of Research and Innovation, GGZ inGeest, Specialized Mental Health Care, Amsterdam.

Correspondentieadres: Jaël van Bentum, Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Clinical, Neuro- and Developmental Psychology, Amsterdam Public Health Research Institute, Van der Boerhorststraat 1, 1081 BT Amsterdam. E-mail: j.s.van.bentum@vu.nl.

Summary *Eye Movement Dual Task (EMDT) as treatment of suicidal intrusions of people with a depressive disorder*

Many people with a depressive disorder report repetitive, intrusive, and uncontrollable suicide-related images and thoughts. These so-called intrusions could potentially be a linking pin between suicidal ideation and suicidal behavior. Various experimental studies showed that vividness of both negative and positive intrusive images may be reduced by dual task interventions taxing the working memory such as eye movements. The aim of this pilot study (N=6) was to evaluate the safety, tolerability, and feasibility of an Eye Movement Dual Task (EMDT) add-on treatment. The pilot study is in preparation for a larger randomized clinical trial (RCT). Results show a positive initial impression of the safety, tolerability, and feasibility of the additional EMDT intervention. Participants indicated that they were satisfied with receiving the intervention and felt that completing the online questionnaires was manageable. Therapists indicated that the use of the EMDT research protocol was feasible and provided suggestions for optimization. The pilot study showed no evidence of an increase in suicidal risk in patients after

receiving the EMDT intervention as an addition to their regular care. The effectiveness of the EMDT add-on treatment needs to be evaluated in a multicenter RCT.

Keywords *suicide, depression, intrusions, mental imagery, EMDT, working memory, pilot study*

Literatuur

- Abramowitz, J. S., Tolin, D. F., & Street, G. P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 21, 683-703.
- Andrade, J., Kavanagh, D., & Baddeley, A. (1997). Eye-movements and visual imagery: A working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 209-223.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97, 90-113.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). *Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation*. San Antonio, TX: The Psychology Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory II: Manual*. San Antonio, TX: The Psychology Corporation.
- Bouvard, M., Fournet, N., Denis, A., Sixdenier, A., & Clark, D. (2017). Intrusive thoughts in patients with obsessive compulsive disorder and non-clinical participants: A comparison using the International Intrusive Thought Interview Schedule. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46, 287-299.
- Brown, G. K., ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 294, 563-570.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2017). *Overledenen: zelfdoding (inwoners), diverse kenmerken*. Retrieved from <http://statline.cns.nl/statweb/publication/?Vw=t&dm=slnl&pa=7022gza>
- Çili, S., & Stopa, L. (2015). Intrusive mental imagery in psychological disorders: Is the self the key to understanding maintenance? *Frontiers in Psychiatry*, 6, 103.
- Crane, C., Shah, D., Barnhofer, T., & Holmes, E. A. (2012). Suicidal imagery in a previously depressed community sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 57-69.
- Day, S. J., Holmes, E. A., & Hackmann, A. (2004). Occurrence of imagery and its link with early memories in agoraphobia. *Memory*, 12, 416-427.
- de Groot, M. H., Kerkhof, A. J. F. M., & de Ponti, M. (2009). *Onderzoek naar aspecten van suicide in Nederland 2008-2012: Een quickscan*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Dean, P. J., & Range, L. M. (1999). Testing the escape theory of suicide in an outpatient clinical population. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 561-572.
- Di Simplicio, M., Renner, F., Blackwell, S. E., Mitchell, H., Stratford, H. J., Watson, P., ... Holmes, E. A. (2016). An investigation of mental imagery in bipolar disorder: Exploring 'the mind's eye.' *Bipolar Disorders*, 18, 669-683.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., Dek, E. C. P., Giele, C. L., van der Wiele, J. W., Reijnen, M. J., & van Roon, B.

- (2011). Reducing vividness and emotional intensity of recurrent 'flashforwards' by taxing working memory: An analogue study. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 599-603.
- Gjelsvik, B., Kappelman, N., von Soest, T., Hinze, V., Baer, R., Hawton, K., & Crane, C. (2018). Thought-action fusion in individuals with a history of recurrent depression and suicidal depression: Findings from a community sample. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 782-793.
- Gunter, R. W., & Bodner, G. E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working-memory account. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 913-931.
- Hackmann, A., Clark, D. M., & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 601-610.
- Hackmann, A., & Holmes, E. A. (2004). Reflecting on imagery: A clinical perspective and overview of the special issue of Memory on mental imagery and memory in psychopathology. *Memory*, 12, 389-402.
- Hales, S. A., Deeprose, C., Goodwin, G. M., & Holmes, E. A. (2011). Cognitions in bipolar affective disorder and unipolar depression: Imagining suicide. *Bipolar Disorders*, 13, 651-661.
- Holmes, E. A., Crane, C., Fennell, M. J. V., & Williams, J. M. G. (2007). Imagery about suicide in depression: 'Flashforwards'? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 423-434.
- Holmes, E. A., Grey, N., & Young, K. A. D. (2005). Intrusive images and 'hotspots' of trauma memories in posttraumatic stress disorder: An exploratory investigation of emotions and cognitive themes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 3-17.
- Holmes, E. A., & Mathews, A. (2005). Mental imagery and emotion: A special relationship? *Emotion*, 5, 489-497.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- James, E. L., Lau-Zhu, A., Tickle, H., Horsch, A., & Holmes, E. A. (2016). Playing the computer game Tetris prior to viewing traumatic film material and subsequent intrusive memories: Examining proactive interference. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 53, 25-33.
- Kemps, E., & Tiggemann, M. (2007a). Modality-specific imagery reduces cravings for food: An application of the elaborated intrusion theory of desire to food craving. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 13, 95-104.
- Kemps, E., & Tiggemann, M. (2007b). Reducing the vividness and emotional impact of distressing autobiographical memories: The importance of modality-specific interference. *Memory*, 15, 412-422.
- Merkelbach, H., Muris, P., & Rassin, E., & Spaan, V., (1998). 'Thought action fusion' als oorzaak van intrusies. *Directieve Therapie*, 18, 389-397.
- Osman, A., Barrios, F. X., Gutierrez, P. M., Williams, J. E., & Bailey, J. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in nonclinical adolescent samples. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 83-102.
- Ottaviani, R., & Beck, A. T. (1987). Cognitive aspects of panic disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 15-28.
- Pettit, J. W., Temple, S. R., Norton, P. J., Yaroslavsky, I., Grover, K. E., Morgan, S. T., & Schatte, D. J. (2009). Thought suppression and suicidal ideation: Preliminary evidence in support of a robust association. *Depression and Anxiety*, 26, 758-763.

- Rachman, S. (1971). Obsessional ruminations. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 229-235.
- Rachman, S. (2007). Unwanted intrusive images in obsessive compulsive disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 402-410.
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P., & Spaan, V. (1999). Thought-action fusion as a causal factor in the development of intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 231-237.
- Reynolds, M., & Brewin, C. R. (1998). Intrusive cognitions, coping strategies and emotional responses in depression, post-traumatic stress disorder and a non-clinical population. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 135-147.
- Ringel, E. (1976). The presuicidal syndrome. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 6, 131-149.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Basic principles, protocols, and procedure* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Speckens, A. E. M., Hackmann, A., Ehlers, A., & Cuthbert, B. (2007). Imagery special issue: Intrusive images and memories of earlier adverse events in patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 411-422.
- van Bentum, J. S., Sijbrandij, M., Huibers, M. J. H., & Kerkhof, A. J. F. M. (in preparation). *Suicidal Intrusions Attributes Scale*.
- van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., Beetsma, D., Slofstra, C., Hornsveld, H., Houtveen, J., & Leer, A. (2011). EMDR and mindfulness: Eye movements and attentional breathing tax working memory and reduce vividness and emotionality of aversive ideation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 423-431.
- van den Hout, M., & Engelhard, I. (2012). How does EMDR work? *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 724-738.
- van der Does, A. J. W. (2002). *Handleiding bij de Nederlandse versie van de Beck Depression Inventory: Second edition (BDI-II-NL)*. Amsterdam, NL: Harcourt.
- van Spijker, B. A. J., Batterham, P. J., Calear, A. L., Farrer, L., Christensen, H., Reynolds, J., & Kerkhof, A. J. F. M. (2014). The Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS): Community-based validation study of a new scale for the measurement of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44, 408-419.
- van Spijker, B. A. J., van Straten, A., & Kerkhof, A. J. F. M. (2014). Effectiveness of online self-help for suicidal thoughts: Results of a randomised controlled trial. *PLoS ONE*, 9, e90118.
- Wells, A., & Hackmann, A. (1993). Imagery and core beliefs in health anxiety: Content and origins. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 265-273.
- World Health Organization. (2019). *Mental health: Suicide data*. Retrieved from www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en
- Zahra, D., & Hedge, C. (2010). The reliable change index: Why isn't it more popular in academic psychology? *Psychology Postgraduate Affairs Group Quarterly*, 76, 14-19.

.....

Perfection kills progress

ARNOLD VAN EMMERIK

Samenvatting

.....

Deze bijdrage blikt terug op de discussie naar aanleiding van de forumbijdrage 'Evidence-based practice en de VG(C)t' uit juni 2018 in dit tijdschrift. Er wordt kort ingegaan op enkele punten uit de bijdrage en op een aantal argumenten uit de daaropvolgende discussie. Geconcludeerd wordt dat ondanks de afzonderlijk gezien vaak overtuigende argumenten in deze discussie, de discussie zelf vooral illustreert dat de grondslagen van de cognitieve gedragstherapie en dus van de VGCT inderdaad veranderlijk en niet eenduidig zijn, zoals ook aanvankelijk betoogd werd.

Trefwoorden: evidence-based practice, leertheorie, cognitieve theorie, gedrags-therapie, cognitieve therapie, cognitieve gedragstherapie

Mijn bijdrage aan het juninummer van dit tijdschrift vorig jaar heeft geleid tot een reeks boeiende reacties, waarin zowel positieve als kritische geluiden te horen waren. Daartoe uitgenodigd door de redactie, was het nog niet eenvoudig om op dit geheel terug te blikken. De reacties zijn veelzijdig en soms behoorlijk diepgaand, ze waaieren hier en daar wat uit, en men reageert soms meer op elkaar dan op de oorspronkelijke bijdrage. Dat geeft allemaal niets en het nog eens nalezen ervan was zoals gezegd een boeiende exercitie. Wat ik maar vast wil zeggen: ik zal niet overal op in kunnen gaan.

Ik begin met een poging enige ordening aan te brengen, door een onderscheid te maken tussen evidence-based practice (EBP) als grondslag van enerzijds een intensievere samenwerking tussen verenigingen, zoals het bestuur die onverminderd voorstaat, en anderzijds de verenigingen die met zo'n samenwerking bezig zijn (op dit moment de VGCT, Vereniging EMDR Nederland; VEN, en Vereniging voor Schematherapie; VSt). Over het eerste is mijn bijdrage glashelder: 'Kortom, EBP als nieuwe, bredere grondslag dan louter cognitieve gedragstherapie (...) voor zo'n samenwerking (...)' (van Emmerik, 2018, p. 171). Ik constateer dat de reacties die ingaan op EBP, de

waarde ervan in het algemeen onderschrijven. Het rumoer gaat over bijvoorbeeld de vraag of de evidence louter betrekking moet hebben op de effectiviteit van de practice of ook op haar verklaringsmodel, over het niet verwarren van EBP en *empirically supported treatment* (EST), en over de vraag of zo'n brede grondslag wel zo nieuw en daarmee nodig is. Interessante vragen, maar ik leg later uit waarom ik ze in deze context toch even als 'uitwaaieringen' beschouw.

Op één argument ga ik graag wat nader in. Sommige auteurs stellen dat andere verenigingen zich net zo goed gewoon onder de vleugels van de VGCT zouden kunnen scharen, bijvoorbeeld omdat ook zij (soms zonder het zelf te weten) alleen 'via de toegangspoort van het gedrag' (Hermans, 2018, p. 178) aan de slag kunnen, of omdat de cognitieve gedragstherapie en onze vereniging al zo veelkleurig zijn dat daar alle ruimte voor is. Dat zou verreweg het eenvoudigste zijn, en één van de motieven voor een intensievere samenwerking is inderdaad de voor patiënten en andere belanghebbenden problematische veelheid aan verenigingen in het veld. Maar het is helaas luchtfietserij. Het riep het beeld van me op van een Rob Jetten die de Tweede Kamer oproept alle zetels maar in te leveren bij D66, omdat we immers allemaal democraten zijn. 'Dream on' of 'wake up', afhankelijk van wat uw voorkeur heeft, maar het gaat gewoon niet gebeuren.

Het vervolg van mijn bijdrage gaat over de grondslagen van de cognitieve gedragstherapie. Zéér beknopt komt mijn conclusie erop neer dat deze grondslagen, en daarmee die van onze vereniging, onduidelijk en voortdurend in beweging zijn. Er is geen reden om aan te nemen dat ze 'af' zouden zijn. Dirk Hermans reageert door een aantal ferme kenmerken te poneren, waarop Marcel van den Hout uitlegt dat dit weliswaar kenmerken van de gedragstherapie zijn, maar geen *onderscheidende* (gedrag als toegangspoort) of *noodzakelijke* (gedragstherapie als empirische cyclus) kenmerken. Hoe overtuigend ook afzonderlijk bezien, word ik door het geheel aan reacties in die conclusie (onze grondslagen zijn onduidelijk) alleen maar gesterkt. Sommigen zullen het vreemd of zorgelijk vinden dat uit mijn mond te horen, maar de VGCT heeft nu eenmaal een voorzitter die durft te twijfelen, ook hierover.

Eén concreet punt wil ik rechtzetten: uit de zin 'Het eenvoudige antwoord op die vraag (wat dat precies is, cognitieve gedragstherapie, red.) is natuurlijk: een toepassing van de leertheorie (gedragstherapie) en cognitieve theorie (cognitieve therapie), vaak gecombineerd (cognitieve gedragstherapie), op de problemen van onze cliënten' (van Emmerik, 2018, p. 172), concluderen sommige auteurs ten onrechte dat dat *mijn* antwoord zou zijn. De zin vormt echter slechts een opmaat voor het vervolg, waarin ik direct stel dat de hele zaak juist helemaal niet zo eenvoudig is, en dat op de vraag ook andere antwoorden mogelijk zijn (waaronder 'de zienswijze op gedragstherapie als proces of empirische cyclus' (van Emmerik, 2018, p. 173), waarbij ik Dirk Hermans' *Inleiding tot de gedragstherapie* nota bene aanhaal).

Dan even terug naar wat ik in deze context eerder de ‘uitwaaieringen’ in de discussie noemde: als men op grond van EBP een samenwerking wil aangaan met andere verenigingen, moeten we dan niet eerst duidelijk hebben wat EBP precies is? Mijn antwoord daarop is kort en krachtig: neen. Een losjes gebruik van de term is zeker bij het aanvangen van zo’n samenwerking voldoende. Sterker nog, er schuilt een reëel risico in scherpslijperij vooraf, namelijk dat een nuttige samenwerking onnodig veel later of zelfs helemaal niet van de grond komt. VGCT, VEN en VSt lijken voldoende op elkaar om er gewoon mee te beginnen, ook al weten we nog niet precies wat dat ‘voldoende op elkaar lijken’ precies inhoudt. Gedrieën denken we overigens wel degelijk na over wat ons bindt en wie daar in de toekomst wel en niet bij zouden passen, we worstelen er zelfs stevig mee, maar we gaan niet wachten tot we eruit zijn. *Perfection kills progress.*

Tot slot. Uit de bijdrage van Dirk Hermans wordt me niet goed duidelijk of hij nu vindt dat er te veel of juist te weinig over de grondslagen van de (cognitieve) gedragstherapie wordt gediscussieerd. Waar ik zijn vier axioma’s aanvankelijk zeer overtuigend vond, zette Marcel van den Hout (het betreft weliswaar kenmerken van de gedragstherapie, maar geen *onderscheidende* kenmerken) me toch weer op een ander been. Ik voeg aan van den Hout toe dat Hermans’ tweede axioma me voor een axioma wat ambigu voorkomt (alle gedrag is aangeleerd, maar toch is de plaats van de leerpsychologie niet uniek) en ook wat op gespannen voet lijkt te staan met zijn vierde axioma (gedragstherapie is niet meer dan een empirische, probleemoplossende cyclus). Ik zou dus zeggen: Dirk, komaan zeg manneke, hou het nog even vol! Het brengt ons wel degelijk verder.

Arnold van Emmerik is voorzitter van de VGCT. Correspondentieadres: info@vgct.nl.

Summary *Perfection kills progress*

This article reflects on the discussion that followed the publication of ‘Evidence-based practice and the VG(C)’ in June 2018 in this journal. Several arguments in that publication and the ensuing discussion are briefly (re)visited. It is concluded that despite the convincing nature of some of these arguments when viewed in isolation, the discussion itself actually underscores that the foundations of cognitive behavioral therapy and thus of our association, are indeed changeable and not clearly defined, as originally proposed.

Keywords *evidence-based practice, learning theory, cognitive theory, behaviour therapy, cognitive therapy, cognitive-behavioural therapy*

Literatuur

356

- De bijdragen aan de Forumdiscussie over de grondslagen van de VGCT waren de volgende.
- de Haan, E. (2019). Nomen est omen: Reactie op de voorgenomen naamsverandering van de VGCT. *Gedragstherapie*, 52, 91-93.
- Hermans, D. (2018). Komaan zeg, mannekes! Wat is nu (cognitieve) gedragstherapie? Een reactie op van Emmerik. *Gedragstherapie*, 51, 175-183.
- van den Bout, J. (2019). Van VGCT naar EST? Overpeinzingen bij een retorische vraag: Reactie op de discussie over de voorgestelde grondslagverbreding van de VGCT. *Gedragstherapie*, 52, 94-109.
- van den Hout, M. (2018). Evidence-based practice: Kanttekeningen bij de discussie tussen Arnold van Emmerik en Dirk Hermans over grondslagen en toekomst van de CGT. *Gedragstherapie*, 51, 282-290.
- van der Pas, Y. (2018). Grondslag of visie? *Gedragstherapie*, 51, 291-296.
- van Emmerik, A. (2018). Evidence-based practice en de VG(C)t. *Gedragstherapie*, 51, 171-174.
- van Montfoort, J. (2019). Deugdelijk en effectief behandelen. *Gedragstherapie*, 52, 264-268.

BOEKBESPREKING

.....

Too many notes ...

.....

Bespreking van

Nikolaos Kazantzis, Frank M. Datillio & Keith S. Dobson (2019). *De therapeutische relatie bij cognitieve gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 262 pp., € 39,95. ISBN 9036822442

ROLAND ROGIERS

In de beginjaren van de gedragstherapie was de therapeutische relatie amper een issue. Deze relatie werd – vaak impliciet – gedefinieerd als een leerling-leermeestermodel. Later ontstond wel een genuanceerder model over wat er speelt tussen therapeut en cliënt; dit vinden we terug in de cognitieve therapie van Beck (1979) en de schematherapie van Young (1992). Kazantzis, Datillio en Dobson willen met hun boek het onderwerp van de therapeutische relatie verder uitdiepen. Het manuscript baseerden zij op eigen onderzoek, trainingen en discussies met collega's. Ieder van de auteurs werkt als clinicus, docent en onderzoeker. Ieder heeft een trits publicaties en onderscheidingen achter de naam. Judith Beck verzorgde het voorwoord. Collega's, onder wie Martell, kwalificeren het werk als *superb* en *excellent required reading*. Aan referenties dus geen gebrek.

In het eerste hoofdstuk schetsen de auteurs de structuur van het boek, de competentieprofielen die horen bij cognitieve gedragstherapie, de opzet van de zelfreflectieoefeningen en er worden een aantal casussen voorgesteld waar later in het boek mee wordt gewerkt.

Het tweede hoofdstuk omschrijft wat we mogen verstaan onder een therapeutische relatie bij cognitieve gedragstherapie (CGT). Met name is dat: 'Een uitwisseling tussen therapeut en cliënt die zich ontwikkelt met als doel intieme gedachten, overtuigingen en emoties te delen, in een poging om verandering te bevorderen' (p. 16). Op die therapeutische relatie bouwt men dan de therapeutische alliantie en de werkalliantie verder op. Begrijp onder

‘therapeutische alliantie’ het consistent hanteren van de strategieën die verandering bevorderen, zeg maar de trouw aan het model. ‘Werkalliantie’ operationaliseren de auteurs via begrippen als wederzijds respect, elkaar aardig vinden en openlijke overeenstemming over doelen en en methoden binnen de behandeling. De auteurs spreken zich er niet over uit of deze termen ook gezien moeten worden als onderdeel van die relatie, dan wel of het twee aparte identiteiten betreft.

Kazantzis, Datillio en Dobson onderscheiden drie essentiële kenmerken specifiek voor de relatie binnen CGT. Vooreerst: *samenwerken*, waarbij twee partijen een eigen deskundigheid en verantwoordelijkheid inbrengen en er maximaal ingezet wordt op afstemming omtrent doelen en strategieën om die doelen te realiseren. En hierbij hoort ook: CGT zet de cliënt aan het werk. Ten tweede *empirisch onderzoek*; als tweede kernelement definiëren zij het aanleren van de wetenschappelijke probleemoplossende methode. De cliënt leert een manier van denken aan waarmee de eigen ervaringen beoordeeld kunnen worden. De *socratische dialoog* ten slotte vormt het sluitstuk. Impliciet geven de auteurs mee dat het hierbij niet alleen om een gespreksvaardigheid gaat, maar ook om een therapeutische attitude, en derhalve vertoont de socratische dialoog een sterke link met teamwork. Ook hier beoogt men een modeling-effect.

Het derde hoofdstuk (deel I) bespreekt hoe de therapeut vanuit een casusconceptualisatie inspiratie kan vinden om de relatie vorm te geven en de interventies te implementeren. Naast de Beckiaanse triade (kernovertuigingen over het zelf, de anderen en de wereld) betrekken de auteurs in deze exploratie ook de hechtingsstijl en de culturele achtergrond. Het geheel geeft een beeld van waarden, interpersoonlijke vaardigheden en copingstrategieën van de cliënt. Deze verschillende aspecten tonen zich ook tijdens de consultatie en de therapeut dient deze mee te nemen in de casusconceptualisatie. Op die manier kunnen een aantal hypothesen geformuleerd worden omtrent cognitieve schemata en interactiepatronen, in bijzonder het vertonen van weerstand door de cliënt. In navolging van Beck situeren de auteurs ook de zogeheten ‘disfunctionele opvattingen en gedragingen’ als een manier van zinvolle coping in het verleden. Het kunnen zien van deze betekenissen en het respect voor de waarden is een belangrijke factor in het opbouwen van de therapeutische relatie.

De bedoeling is inmiddels duidelijk: elk gedrag dat de cliënt vertoont tegenover de therapeut zal bijdragen tot verdere casusconceptualisatie. Gelukkig hebben de auteurs ook aandacht voor het aandeel van de therapeut in het activeren en onderhouden van bepaalde patronen. Samengevat zou men kunnen stellen dat de effectiviteit van therapie mede bepaald wordt door een complex geheel van factoren, zoals de therapeutische relatie, de gebruikte behandelmethode en patiëntkenmerken. Dat die therapeutische relatie best een gecompliceerd gegeven is kan afgeleid worden uit de werk-

zame factoren die een rol spelen. Denk aan empathie, alliantie, gestructureerde cliëntfeedback, positieve waardering, samenwerking en het bereiken van een consensus over probleem, strategieën en doel. Het lijstje kan nog aangevuld worden: congruentie door de therapeut, het al dan niet kunnen repareren van breuken in de alliantie, managen van tegenoverdracht en het hanteren van de hechtingsstijl. Oog hebben voor de specificiteit van de cliënt is dan ook cruciaal: niet iedere cliënt reageert op basis van zijn schema's positief op bijvoorbeeld elke vorm van empathie. De kwaliteit van de clinicus openbaart zich dan onder meer in het zich flexibel kunnen opstellen, rekening houdend met de casusconceptualisatie en dus de specificiteit van de cliënt. Met de uiteindelijke bedoeling dat de therapeut zorgt voor een relationele ervaring die verschilt van eerdere ervaringen, om op die manier het probleemoplossend repertoire van de cliënt uit te breiden.

In het vierde hoofdstuk bespreken Kazantzis en collega's de samenwerking en het empirisch onderzoek. *Samenwerking* impliceert de actieve betrokkenheid van de cliënt. De therapeut faciliteert die door rationalen te voorzien, overleg te voeren en feedback te geven, waarbij hij gebruikmaakt van een inclusieve taal ('Zullen we ...'). Dit samenwerken gebeurt via shaping en positieve bekrachtiging en rekening houdend met het reactantie-principe (hoe meer de cliënt zich in een bepaalde richting gedirigeerd voelt, hoe groter de kans op oppositie).

Empirisch onderzoek slaat op het aanleren van de wetenschappelijke probleemoplossende sequens (werken met hypothesen, concretiseren en deze toetsen) om op die manier cliënten te leren betekenis te geven aan hun ervaringen (denk aan het 5G-schema). Empirisch onderzoek omvat, naast de observaties die de cliënt verzamelt, ook het opzoeken van wetenschappelijke kennis. Empirie impliceert ook het verankeren van het geleerde in beleving en gedrag. Emoties spelen in dit proces een belangrijke rol, vooral als criterium voor de mate waarin een interventie aanslaat bij de cliënt. Doel van het empirisch onderzoek is niet – zoals soms nog gedacht wordt – de cliënt zijn ongelijk te bewijzen, maar om alternatieven aan te bieden voor het huidige functioneren.

Socratische communicatie is zowel techniek als relatievorm, waarbij door gerichte vragen inzicht en begrip kunnen worden gefaciliteerd. De therapeut legt daarbij een gezonde nieuwsgierigheid aan de dag voor de ervaringen en de betekenisverlening daarvan door de cliënt. De socratische dialoog wordt ook gelinkt aan die empirie. Illustratieve vragen bij psycho-educatie zijn bijvoorbeeld: 'Waaraan zou jij merken dat dit nuttige informatie is? Hoe kun je die informatie toepassen op je probleem?'

Deel II gaat over het toepassen van de principes in de praktijk. Hoofdstuk 6 beschrijft welke interventies therapeuten kunnen introduceren bij de start van de sessie: stemmingscontrole, link met de vorige sessie, huiswerkbe-

spreking en nagaan van de huidige punten van zorg om uiteindelijk dit alles te integreren in het opstellen van de agenda.

Een centraal punt in het betoog van het hele boek is dat de interactie tussen therapeut en cliënt een aanduiding geeft van de cognitieve en relationele schemata waarmee de cliënt werkt en/of worstelt. De auteurs pleiten er dan ook voor om de hiervoor besproken stappen eveneens in deze context te bekijken. Ter illustratie: als huiswerk bijvoorbeeld niet werd gemaakt, dan lijkt het opportuun om hierin samen de schemata te exploreren en dit te integreren in de casusconceptualisatie.

Het zevende hoofdstuk bespreekt de implementatie van de principes bij gedragsgerichte interventies. Een enigszins misleidende titel, want ook hier weer is het cognitieve kader dominant. Dat blijkt onder meer doordat dit hoofdstuk begint met een samenvatting van Becks theorie van psychopathologie, waarbij het operante leerparadigma jammer genoeg onbesproken blijft. In dit hoofdstuk pleiten de auteurs terecht voor het checken van cognitieve schema's, normen en waarden bij het construeren van gedragsopdrachten. De auteurs beschrijven hoe samenwerking, empirisch onderzoek en socratische dialoog kunnen helpen bij gedragsgerichte interventies. Het is verrijkend dat de auteurs een lans breken voor het meenemen van het experiëntiële in zowel het opstellen als het evalueren van gedragsopdrachten.

Het achtste hoofdstuk gaat over de toepassing van de drie sleutelbegrippen op cognitiegerichte interventies. Dit wordt uitgewerkt aan de hand van een casus met een complexe diagnostiek en navenant gedrag in de therapeutische relatie. Via de socratische dialoog worden cognities en cognitieve processen geëxploreerd, met inbegrip van de ervaringen die de overtuigingen ondersteunen of tegenspreken. Ook bij het ontwikkelen van alternatieve perspectieven, bij het synthetiseren en bij overleg over het nut van de nieuwe inzichten en ervaringen, wordt gebruikgemaakt van de socratische bevraging, zoals: 'Zijn er argumenten die je negatieve gedachte niet ondersteunen?' Dit wordt aangevuld met het pleidooi om te kijken naar uitzonderingen: is er sprake van een effectiever probleemoplossend cognitief functioneren in andere contexten en kan dit gebruikt worden?

In hoofdstuk 9 wordt een experiment gedefinieerd als een cognitieve of gedragsmatige oefening die een cliënt doelgericht helpt een overtuiging of aanname te evalueren. Er zal dus altijd sprake zijn van een voorspelling, wat impliceert dat er ruimte moet zijn voor het bijstellen van de hypothese op basis van nieuwe ervaringen. Binnen de gedragsexperimenten worden twee categorieën onderscheiden: actieve, alternatieve gedragingen en verzamelen van informatie door observatie of bevraging bij anderen. Het uiteindelijke doel is te komen tot een verandering op inhoudelijk cognitief of procesmatig vlak. Andermaal wordt het duidelijk: deze auteurs zijn cognitief therapeuten.

Hoofdstuk 10 sluit helemaal aan bij de visie dat het werk van de cliënt tussen de CGT-sessies in minstens even belangrijk is als de bijeenkomsten. Evidentie toont de correlatie aan tussen de mate waarin er binnen therapie

geïnvesteed wordt in huiswerk en de mate van succes van therapie. Ook het huiswerk gebeurt in onderling overleg en is daarom zeer persoonsspecifiek. De therapeut zal de rationale expliciteren, tijd nemen, de cliënt betrekken in de uitwerking, hinderpalen identificeren en de kosten-batenanalyse van verandering bespreken. Daarnaast wordt de lezer ook uitgenodigd om te reflecteren over eigen cognities, attituden, aannamen en waarden wanneer er frustratie opduikt als cliënten huiswerk niet maken.

Andermaal zal de casusconceptualisatie uitsluitel moeten geven of het huiswerk niet de negatieve gedachten van de cliënt zal triggeren. Dit niet expliciteren verhoogt de kans op weerstand. Instructief zijn de voorbeelden van socratische vragen die gekoppeld worden aan het bespreken van het huiswerk of bij het ontwerpen van de interventies ('Denk je dat de interventie zal helpen?'). Net zoals erg concreet dient uitgevlooid te worden: waar, wanneer, waarom, met wie? Verfrissend is het advies om gebruik te maken van visualisaties om obstakels op te sporen. Huiswerk zal ten slotte, indien nodig, ingeoefend worden tijdens de sessie. Het hoofdstuk sluit af met enkele praktijktips onder meer over specifieke vragen omtrent de bereidheid van de cliënt.

Hoofdstuk 11 behandelt het afsluiten van de therapeutische relatie en terugvalpreventie. Gegeven het feit dat veel problemen waar cliënten voor in behandeling komen een flinke kans op recidief inhouden, zien de auteurs therapie als een tijdelijk hulpmiddel, eerder dan als een permanente probleemoplossing. Hervatten van een therapie beschouwen zij dan ook als een normaal fenomeen en niet als mislukking. Voor chronische problematiek adviseren Kazantzis en collega's de therapie nooit af te sluiten.

In de afsluitende fase gaat de therapeut na wat voor de cliënt werkte in de therapie. Dit hoofdstuk behandelt ook moeilijk verlopende behandelingen. Ook hier gebruikt men de empirische probleemoplossende cyclus: identificeren waar het fout loopt, hypothesen daarover maken, een kosten-batenanalyse over het al dan niet handhaven van de weerstanden en het zoeken naar adequate, alternatieve coping. Casusconceptualisatie en zelfreflectie door de therapeut bij storend gedrag beletten niet dat de therapeut vanuit het oogpunt van de eigen veiligheid en integriteit ook grenzen zal moeten stellen.

Deel III behandelt een amalgaam van diverse topics, zoals ethiek binnen de therapeutische relatie, het identificeren van en het omgaan met de eigen reacties van de therapeut, en werken met paren, kinderen en groepen. Essentieel in het betoog over ethiek is uiteraard het stellen van grenzen aan sommige gedragingen van cliënt en therapeut. Transparante communicatie en teamwork tussen cliënt en therapeut zijn een middel om onder sommige delicate kwesties uit te komen. Verder komen onderwerpen als middelengebruik of *disclosure* door de therapeut aan bod, naast een topic als zelfzorg. Centraal criterium is dat de therapeut binnen de relatie voorwaarden schept die hem in staat stellen zich ten volle te focussen op zijn cliënt en dat wat hij

al dan niet doet, de cliënt dient. Ook in deze topics is de casusconceptualisatie een houvast. Bijvoorbeeld: hoe zal de cliënt vanuit zijn betekenisverlening en schemata reageren op de zelfonthulling en is hij daarmee gebaat? Anticiperen op problematiek rond grenzen, transparantie, overleg en casusconceptualisatie blijken zowat de centrale tools om met diverse problemen in de relatie om te gaan.

Hoofdstuk 13 beschrijft het identificeren van en omgaan met de reacties van de therapeut. Daarbij komen zowel de fundamentele generieke als de CGT-vaardigheden nog eens aan bod. Specifiek voor CGT wordt hier het streven naar het zuiver houden van de interventies benadrukt (adherentie) naast de competentie in het doorlopen van de therapeutische procedures. Dit in combinatie met flexibiliteit. Dit hoofdstuk behandelt diverse thema's maar herhaling is troef.

Het veertiende hoofdstuk behandelt het werken met systemen. In wezen krijgen we hierbij een herhaling van de gebruikte tools, zij het dan dat de auteurs de complexiteit herkennen van bijvoorbeeld het installeren van werkalliantie, samenwerking, motivatie en casusconceptualisatie. De therapeut dient in die gevallen te werken op verschillende niveaus: met ieder verschillend lid van het systeem, met het systeem op zich als geheel en met de aanwezige subsystemen. De chaos slaat hier wat toe. Gelukkig voorzien de auteurs in een instructief kader rond het bevorderen van gezamenlijk empirisch onderzoek en het stimuleren tot cohesie.

Het laatste hoofdstuk behandelt de relationele aspecten van de therapie binnen de context van het werken met kinderen en adolescenten. Uiteraard zal de therapeut rekening dienen te houden met diverse aspecten die verbonden zijn aan het ontwikkelingsniveau van de cliënt, zal hij diverse vormen van communicatie gebruiken (visuele elementen en spel) en kunnen de ouders met een gevarieerde intensiteit betrokken worden bij de therapie. Bij jongeren lijken vooral de aard en de kwaliteit van het eerste gesprek bepalend voor al dan niet starten van de therapie. Anderzijds lijkt de therapeutische uitkomst voor kinderen met externaliserende problemen meer te worden beïnvloed door de therapeutische alliantie, wellicht omdat ze meer problemen ervaren met gezag dan kinderen met internaliserende problematiek die minder problemen hebben op dit vlak en sneller bereid zijn om afspraken te maken over doelen en taken. Ook nu wordt er een lans gebroken voor flexibiliteit binnen een zo getrouw mogelijk opvolgen van de therapeutische principes van het behandelprotocol (bijvoorbeeld wel huiswerk meegeven, maar flexibel zijn in aard en omvang). De strategieën die aangereikt worden om de werkalliantie te bevorderen, verschillen in wezen niet zoveel van wat eerder besproken werd, zij het dan dat de positie van de ouders gedefinieerd moet worden en dat zij akkoord moeten gaan met deze positie. Terzijde wordt nog ingegaan op de vrees van therapeuten dat exposure de relatie zal schaden, wat door onderzoek wordt tegengesproken. De therapeut dient wel een aantal richtlijnen in acht te nemen: samen bespreken van de rationale en het modificeren aan de

patiëntkenmerken terwijl toch geen afbreuk wordt gedaan aan de werkzame principes. En in het geval van kinderen: maximale ondersteuning bieden tijdens exposure met het kind. Ten slotte worden er nog een aantal meetinstrumenten genoemd die een indicatie kunnen geven van de mate van alliantie tussen jeugdige en therapeut.

CONCLUSIE

.....

Het boek is zeker geslaagd in het proberen te definiëren op welke manier de relatie binnen CGT zich onderscheidt van andere modellen. Teamwork, het empirisch onderzoek en de socratische dialoog zijn daarbij de drie cruciale kenmerken. Wel dient gezegd te worden dat het puur gedragsmatige hierbij stiefmoederlijk bedeed werd. Wanneer de auteurs voorstellen om na te denken over welke schema's bij de therapeut geactiveerd worden, om van daaruit de storende interactie te bestuderen, is het wellicht al even interessant om deze interactie ook vanuit het operante leerproces te bekijken (Hermans, Raes, & Orlemans, 2019). De auteurs gaan ervan uit dat het veranderen van de schema's van de therapeut zich ook zal vertalen in effectiever gedrag. Ik heb zo mijn twijfels.

Wat het gepropageerde overlegmodel betreft blijft de vraag of dit inderdaad ook in alle situaties 'best practice' is. Wat te doen bij ernstige crises? Of wat te denken van mensen die door hun culturele achtergrond (ouderen, cliënten uit sommige allochtone culturen) wel degelijk advies en leiding verwachten van een hulpverlener en overleg eerder zien als gebrek aan deskundigheid?

Soms ogen de suggesties ook erg simpel. Als een jongere aan een therapeut vraagt om zijn ouders niet in te lichten – toch wel een delicaat item – is de suggestie: beweeg de jongere ertoe dat hij zelf zijn ouders inlicht. Tsja, dat ik daar zelf nog nooit was opgekomen.

De auteurs verdienen erkenning voor het inbrengen van bestaand onderzoek rond het thema van de therapeutische relatie. Jammer is dat men zich soms beperkt tot het vermelden van referenties (p. 121). Het boek is tevens opgevat als een werkboek voor therapeuten en maakt gebruik van reflectieopdrachten, naast praktijktips, en daar zitten best een paar bruikbare bij.

In de film *Amadeus* (Milos Forman, 1984) zit een scène waarin Amadeus de mening vraagt van keizer Jozef II over een compositie. De keizer antwoordt 'Too many notes ...' De lectuur triggerde vaak die herinnering. In wezen is het uitgangspunt simpel: de auteurs introduceren drie essentiële kenmerken van de cognitief-gedragstherapeutische relatie die ze rigoureus toepassen op de verschillende fasen van het therapeutische proces, aangevuld met het centrale begrip casusconceptualisatie. Ik kon echter niet loskomen van het idee dat zij bij het creëren van het manuscript ultieme volledigheid be-

trachtten. Dat maakt het overzicht wat moeilijk, waardoor ik vaak door de bomen het bos niet meer zag.

Kortom: een waardevol boek, maar jammer genoeg in mijn ogen geen hoogvlieger. Wellicht waren mijn verwachtingen te hoog gespannen? Therapeuten die op zoek zijn naar inspiratie voor het omgaan met problematische relaties binnen psychotherapie, zou ik eerder het boek van Keijsers, Vossen en Keijsers (2012) suggereren.

Roland Rogiers is klinisch psycholoog, voorheen verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en ELGZ van UGent en als psychotherapeut werkzaam binnen het Centrum voor Angst- en Stemmingsstoornissen van de Dienst Psychiatrie, UZGent. Gepensioneerd. Actief als supervisor voor de VVGT en als opleider verbonden aan de Permanente Vorming Gedragstherapie (Volwassenen) van UGent en KULeuven. *Correspondentieadres*: Bosstraat 17, 9170 St Gillis Waas, België. E-mail: roland.rogiers@telenet.be.

Referenties

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Hermans, D., Raes, F., & Orlemans, H. (2018). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Keijsers, G. P. J., Vossen, C. J. C., & Keijsers, L. H. A. (2012). *Helpen veranderen: Motiveringsstrategieën in de psychotherapie*. Amsterdam: Boom.
- Young, J. E., & Lindemann, M. D. (1992). An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6, 11-23.

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.

Bartels, J. (2019). *Zelfregulatie bij jongeren met autisme: Beter omgaan met boosheid, onrecht en frustratie*. Amsterdam: Hogrefe.

Koekkoek, B. (2019). *De kwestie verwarde personen: Naar een andere benadering van onbegrepen gedrag*. Leuven/Amsterdam: LannooCampus.

van Oenen, F.J. (2019). *Het misverstand psychotherapie*. Amsterdam: Boom/De Tijdstroom.

Weed Phifer, L., Crowder, A., Elsenraat, T., & Hull, R. (2019). *CGT-instrumenten voor kinderen en jongeren: Meer dan 200 werkbladen en oefeningen bij trauma, ADHD, autisme, angst, depressie en gedragsstoornissen*. Amsterdam: Nieuwezijds.

Nieuw bij Boom Psychologie



Compassie in je leven

Mindfulness verdiepen met heartfulness

Een vriendelijker omgang met jezelf, meer sociale verbondenheid, minder angst om fouten te maken – wie wil dat niet? In de praktijk blijkt het leven lang niet altijd gemakkelijk te zijn. Compassie, of mededogen, stelt je in staat meer levensgeluk te ervaren. *Compassie in je leven* is een gids voor iedereen die zoekt naar wegen om lijden te verlichten, gezonder met zichzelf en met anderen om te gaan en te leven vanuit het hart.

Bestel nu op www.boompsychologie.nl

Boompsychologie
& psychiatrie

Geheel herziene editie



Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten

In januari 2020 verschijnt de herziene editie van *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten*. De nieuwe editie is uitgebreid van 2 naar 3 delen, met meer dan vijftig van de best onderzochte behandelingen voor uiteenlopende psychische problematiek.

15 nieuwe protocollen

Alle protocollen zijn grondig herzien en up-to-date gemaakt. Daarnaast zijn er vijftien nieuwe protocollen toegevoegd, waaronder:

- COMET
- Perfectionisme
- ACT your way
- ARFID
- Zelfverwondend gedrag
- Angst bij jonge kinderen

Reserveer nu op www.boompsychologie.nl

Boompsychologie
& psychiatrie

Nieuw bij Boom Psychologie



Behandelprotocollen in 8 sessies

Behandelprotocol misofonie

Misofonie is een aandoening die nog maar recent is gedefinieerd en waarvoor tot een aantal jaren geleden nog geen behandeling was. *Behandelprotocol misofonie* bevat een stapsgewijze beschrijving van een behandeling met aspecten van CGT en rescripting.

Behandelprotocol positieve CGT

Behandelprotocol positieve CGT integreert de positieve psychologie en oplossingsgerichte therapie binnen een cognitiefgedragstherapeutisch kader. De inmiddels beproefde methode stelt het welbevinden van de cliënt centraal. Het gaat niet om reduceren van wat er mis is, maar juist om bouwen aan wat er goed gaat.

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

Vorm van het manuscript

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

Tweeënvijftigste jaargang, nummer 4, december 2019

Pagina 273 – 368

273 *Redactioneel*

274 **Kim Melchior & Colin van der Heiden**

Metacognitieve therapie voor de obsessieve-compulsieve stoornis —
Theorie, behandeling en implicaties voor de praktijk

296 **Nienke Peters-Scheffer**

Early Start Denver Model bij kinderen met autismespectrumstoornis en
een verstandelijke beperking

319 **Annelies Spek**

Talenten van mensen met een autismespectrumstoornis

333 **Jaël van Bentum, Marit Sijbrandij, Ad Kerkhof, Anneke van Schaik**

& Marcus Huibers

Eye Movement Dual Task als behandeling van suïcidale intrusies bij de-
pressieve patiënten — Pilotstudie naar de veiligheid, verdraagbaarheid
en uitvoerbaarheid van de interventie

FORUM

353 **Arnold van Emmerik**

Perfection kills progress

BOEKBESPREKING

357 **Roland Rogiers**

Too many notes ...

365 *Ontvangen*