

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 53 NUMMER 1 MAART 2020

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

Paul Boelen (*hoofdredacteur*)
Elise Debeer
Robert Didden
Hermien Elgersma
Miriam Lommen
Margreet Oorschot
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)

© 2020

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.



.....

Met genoegen introduceer ik bij u dit eerste nummer van 2020. Elisa Boelens en haar collega's openen met een artikel over de haalbaarheid van een emotieregulatietraining voor jeugdigen met obesitas. Het is een fraaie studie die aanmoedigt om deze training verder te ontwikkelen en te evalueren. Lars de Vroege en zijn collega's deden ook een oriënterende studie naar een betrekkelijk nieuwe aanpak: zij onderzochten in hoeverre *acceptance and commitment therapy* (ACT) waardevol kan worden toegepast in groepsverband, specifiek binnen de *flexible assertive community treatment*, een zorgaanbod voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. Bemoedigende resultaten suggereren dat deze aanpak in deze vorm voor deze groep meer aandacht verdient van onderzoekers en klinici. Wij zien vergelijkbare studies als beschreven in deze twee artikelen, met evaluaties van relatief nieuwe interventies, met belangstelling tegemoet. Het derde artikel van de hand van Wesley Sloot biedt een beschouwing van empathie. Empathie vormt de ruggengraat van elke cognitief-gedragstherapeutische interactie, zo zou je kunnen bepleiten. Het artikel zet ons aan het denken over de vraag of empathie in ons werk altijd de uitwerking heeft die we (impliciet of expliciet) verwachten. Het boek *Cognitieve therapie: Theorie en praktijk*, voor het eerst verschenen aan het einde van de vorige eeuw (!), ligt op menig spreekwoordelijk nachtkastje. En niet ten onrechte: het is helder, leerzaam, concreet en nog veel meer. Recent verscheen een geheel nieuwe, geactualiseerde versie; Paulien Dijk bespreekt deze. Wij introduceren in dit nummer ook een nieuwe rubriek. In 'Voor u gelezen' vatten we een artikel samen waar wij als redactie op een of andere manier veel van hebben opgestoken. Of dat we om een andere reden graag wat aandacht geven. We zijn benieuwd wat u ervan vindt. Stuur gerust leestips in.

Ik sluit af met dank- en welkomstwoorden. Dank aan Sarah Bal, die de redactie verlaat, voor haar jarenlange bijdragen. En van harte welkom aan drie nieuwe redactieleden Hermien Elgersma, Miriam Lommen en Margreet Oorschot. Wij zijn blij dat jullie onze redactie de komende tijd komen versterken.

Paul Boelen
Hoofdredacteur

Haalbaarheid van een emotieregulatietraining bij jonge adolescenten met obesitas

ELISA BOELEN, TAAIKE DEBEUF, BRENDA VOLKAERT, SANDRA
VERBEKEN, LIEN GOOSSENS & CAROLINE BRAET

Samenvatting

Recent onderzoek toont aan dat een gebrek aan adequate emotieregulatie (ER) aan de basis ligt van emotioneel eten. De huidige studie heeft als doel de haalbaarheid te onderzoeken van een twee uur durende ER-training bij adolescenten (N = 50) die opgenomen zijn in een residentieel behandelprogramma voor obesitas (M_leeftijd = 12,26). Deelnemers werden willekeurig toegewezen aan een van drie condities waarin ze één adaptieve ER-strategie (afleiding, cognitieve herbeoordeling of acceptatie) aangeleerd kregen. Doorheen de training scoorden adolescenten hun gevoelens aan de hand van visuele analoge schalen (VAS). De deelnemers kregen twee filmpjes te zien. Het eerste omvatte psycho-educatie en het tweede een *mood*-inductie, met de vraag nadien de geleerde ER-strategie toe te passen. Gedurende de vijf volgende dagen werd de aangeleerde strategie verder getraind aan de hand van een huiswerkopdracht. Zowel adolescenten, trainers als hulpverleners van het residentieel centrum vulden na de training een vragenlijst rond haalbaarheid in.

Uit de resultaten blijkt dat adolescenten in staat zijn om adaptieve ER-strategieën aan te leren. In alle condities werd na het gebruik van de aangeleerde strategie een significante daling van negatief affect en een significante stijging van positief affect gevonden. Verder was het haalbaar deze training te implementeren boven op de reeds lopende behandeling en werd dit positief beoordeeld door zowel de adolescenten als de trainers, maar werden de trainingssessies als te lang bevonden. Adolescenten uit de conditie 'cognitieve herbeoordeling' gaven gemiddeld meer aan te veel persoonlijke informatie te moeten delen dan jongeren in de twee andere condities. Hulpverleners binnen het residentieel centrum gaven eveneens aan de training

een meerwaarde te vinden, maar merkten hierbij op dat de praktische organisatie belastend is. Ten slotte vormt het volhouden van het huiswerk een aanzienlijke barrière voor de interventie. Op basis van deze resultaten werd een twaalf weken durende ER-training ontwikkeld.

Trefwoorden: emotieregulatie, adolescenten, obesitas

INLEIDING

Wereldwijd heeft 10% van de kinderen en adolescenten overgewicht en kampt een kwart van hen met obesitas (Lobstein, 2010). Obesitas kan gedefinieerd worden als 'een overmatige opstapeling van lichaamsvet' (Prentice & Jebb, 2001). Onderzoek toont aan dat deze aandoening een slechte prognose kent en zowel op korte als lange termijn gepaard gaat met enerzijds psychosociale klachten (zoals een lagere algemene zelfwaardering en gedragsproblemen) en anderzijds met lichamelijke klachten (zoals cardiovasculaire aandoeningen) (Ahluwalia et al., 2015; Braet, Mervielde, & Vandereycken, 1997; Reilly et al., 2003; Strauss, 2000).

Uit onderzoek blijkt dat obesitas gepaard gaat met emotioneel eten, dat gedefinieerd wordt als 'eten als respons op een spectrum van negatieve emoties' (Faith, Allison, & Geliebter, 1997). Het verband tussen emotioneel eten en obesitas bij adolescenten werd aangetoond in het onderzoek van Braet en van Strien (1997). Zij vonden dat adolescenten met obesitas meer emotioneel eten dan adolescenten met een gemiddeld gewicht. Verder vonden ze dat emotioneel eten gepaard gaat met een negatiever zelfbeeld en gedragsproblemen, hetgeen ook in ander onderzoek werd aangetoond (Strauss, 2000). Daarenboven tonen recentere studies bij jongeren met obesitas aan dat er sprake is van verhoogde depressieve symptomen (Erermis et al., 2004).

Een mogelijke verklaring voor emotioneel eten kan gevonden worden in psychologische theorieën. Kaplan en Kaplan (1957) toonden aan dat menselijk gedrag in sommige situaties gesteld wordt als middel om spanning en negatief affect te reduceren en reguleren. Dit regulatieproces is het centrale mechanisme dat vooropgesteld wordt in het *affectregulatiemodel* van eetbuien (Heatherton & Baumeister, 1991; Polivy & Herman, 1993). In dit model wordt ongecontroleerd (over)eten gezien als een maladaptieve coping om negatief affect te reduceren. Aanvullend op voorgaand onderzoek wordt binnen dit model ook de instandhouding van dit eetgedrag verklaard, omdat eten een tijdelijke spanningsreductie teweegbrengt, wat als een bekrachtiger werkt voor het ontwikkelen van leerprocessen (Macht, 2008). Bijkomend toont recent onderzoek aan dat deze inadequate respons op negatieve emoties geassocieerd is met een algemeen onvermogen om emoties adequaat te reguleren (Lehr et al., 2015; van Strien, 2018; Vandewalle, Moens, & Braet, 2014).

Emotieregulatie (ER) werd door Gross (1998) gedefinieerd als ‘het proces waarbij individuen beïnvloeden welke emoties ze hebben, wanneer ze deze emoties hebben en hoe ze die emoties ervaren en uiten.’ De ontwikkeling van de vaardigheden om emoties te kunnen reguleren kent verschillende fasen. In de eerste levensjaren is het kind sterk afhankelijk van zijn primaire zorgfiguur om emoties adequaat te reguleren, waarna het uiteindelijk zelf in staat is om ER-strategieën toe te passen (Calkins & Mackler, 2011; Thompson & Goodman, 2010).

Kinderen leren doorheen hun ontwikkeling diverse adaptieve ER-strategieën aan, die alle samenhangen met een daling van negatief affect en een toename van positief affect. Voorbeelden van adaptieve strategieën zijn probleemoplossing, afleiding, cognitieve herbeoordeling en aanvaarden. Het gebruik van adaptieve ER-strategieën hangt tevens samen met meer welzijn en minder psychopathologie (Aldao, Jazaieri, Goldin, & Gross, 2014; Kim & Cicchetti, 2010; Werner & Gross, 2010).

Echter, daarnaast leren sommige kinderen ook maladaptieve ER-strategieën aan, die tijdelijk helpen, maar op de lange termijn leiden tot meer negatief affect en minder positief affect. Voorbeelden van maladaptieve ER-strategieën zijn vermijden, rumineren en suppressie (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010, 2012; Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010). Het gebruik van maladaptieve ER-strategieën voorspelt op de lange termijn het ontwikkelen van psychopathologie (Aldao et al., 2010; Gross, 2002; Werner & Gross, 2010).

Bovendien toont onderzoek aan dat de adolescentie gekenmerkt wordt als een periode met verhoogde emotionaliteit, waarin ER een zogenaamde maladaptieve shift toont. Daarbij gaan adolescenten tussen 12 en 15 jaar meer gebruikmaken van maladaptieve ER-strategieën en maken ze minder gebruik van adaptieve ER-strategieën dan vroeger (Cracco, Goossens, & Braet, 2017; Gullone, Hughes, King, & Tonge, 2010). Samen met deze verschuiving binnen ER-vaardigheden nemen ook symptomen van psychopathologie in de adolescentie toe (Calkins, 2010; Inchley et al., 2016).

Recent onderzoek toont aan dat een verhoogd gebruik van maladaptieve ER beschouwd kan worden als een transdiagnostisch mechanisme onderliggend aan verschillende vormen van psychopathologie (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Aldao et al., 2010). Zo worden maladaptieve ER-strategieën gelinkt aan depressie, verslaving en angststoornissen (Aldao et al., 2010; Graziano, Calkins, & Keane, 2010; Leehr et al., 2015). Maar ook voor eet- en gewichtsstoornissen (bijvoorbeeld obesitas) is het gebruik van maladaptieve ER-strategieën geassocieerd met verstoord eetgedrag waarbij negatief affect gereguleerd wordt door eten. Dit werd in eerder onderzoek aangetoond voor adolescenten met obesitas. Daarbij werd ook de verwachte samenhang met emotioneel eten gevonden, waarbij het gebruik van maladaptieve ER en niet kunnen omgaan met spanningen ervoor zorgen dat die verhoogde spanning niet gereguleerd maar wel gecompenseerd wordt, onder andere door

te eten (Goldschmidt, Lavender, Hipwell, Stepp, & Keenan, 2017; Goossens, Van Malderen, Van Durme, & Braet, 2016; Vandewalle, Moens, Beyers, & Braet, 2016).

Deze onderzoeksbevindingen brengen belangrijke implicaties met zich mee in het kader van de behandeling van psychopathologie en obesitas. Bestaande behandelingen focussen zich momenteel voornamelijk op een combinatie van een gezond voedingspatroon, fysieke activiteit en gedragstherapie. Hoewel resultaten uit follow-upstudies aantonen dat dergelijke behandelingen op de korte termijn leiden tot gewichtsverlies, is er bij een aanzienlijk deel van de behandelgroep nadien sprake van gewichtstoename en hervat (Byrne, 2002; Svetkey et al., 2008). Ook in recent onderzoek werd aangetoond dat adolescenten na het volgen van een residentieel behandelprogramma gewicht verliezen, maar nog steeds even hoog scoren op emotioneel eten als voordien. Dit verhoogt de kans op een terugval aanzienlijk (Vandewalle, Moens, Debeuf, & Braet, 2018). Van huidige behandelingen voor adolescenten met obesitas maakt het aanleren van adaptieve ER-strategieën geen deel uit. Echter, binnen de behandeling van eet- en gewichtstoornissen waarbij eetgedrag verstoord is, deden Clyne en Blampied (2004) veelbelovend onderzoek bij vrouwen die voldoen aan de criteria van een binge-eatingstoornis. Na een elf weken durende emotieregulatietraining van twee uur per week was er bij de vrouwen zowel sprake van een daling in binge eating als van alexithemie, stress en depressieve symptomen.

Bovendien toont onderzoek naar het aanleren van ER-strategieën bij adolescenten binnen een schoolpopulatie aan dat de volgende strategieën succesvol getraind kunnen worden: (1) *cognitieve herbeoordeling*, waarbij een positief perspectief of een herinterpretatie van de situatie ervoor zorgt dat negatief affect daalt en/of positief affect stijgt (McRae et al., 2012; Van Cauwenberge, El Kaddouri, Hoppenbrouwers, & Wiersema, 2017); (2) *afleiding*, waarbij adolescenten doelbewust hun aandacht weg richten van de negatieve emotie om negatief affect te doen dalen en positief affect te doen stijgen (Hilt, & Pollak, 2012; Wante, Van Beveren, Theuwis, & Braet, 2018); en (3) *aanvaarden*, waarbij de adolescent gedachten, gevoelens en lichamelijke gewaarwordingen beleeft en het onbevooroordeeld waarnemen van deze componenten centraal staat, met de bedoeling de intensiteit van de gewaarwordingen te doen dalen (Burckhardt, Manicavasagar, Batterham, & Hadzi-Pavlovic, 2016; Raes, Griffith, Van der Gucht, & Williams, 2014).

Echter, voor zover wij weten, is tot op heden geen onderzoek gedaan naar een ER-training bij (jonge) adolescenten met obesitas boven op de huidige standaard multidisciplinaire protocolbehandeling.

Doel van de huidige studie

Aangezien obesitas gelinkt wordt aan psychologische problemen en ER een cruciaal transdiagnostisch mechanisme is binnen eet- en gewichtsproble-

men, kan onderzoek naar of en hoe ER-strategieën getraind kunnen worden binnen een klinische groep richtinggevend zijn voor toekomstig onderzoek. Bovendien wordt ER gekarakteriseerd door een maladaptieve shift tijdens de adolescentie, wat het relevant maakt om te focussen op adolescenten. Tot nog toe is onduidelijk of het haalbaar is een ER-training te implementeren boven op een reeds lopende behandeling voor obesitas. Om deze reden is het belangrijk de haalbaarheid ervan te onderzoeken voorafgaand aan het ontwikkelen en evalueren van een protocol voor het behandelen van ER. Het doel van huidig onderzoek is dan ook: (1) om na te gaan of het haalbaar is om een adaptieve ER-strategie aan te leren aan adolescenten, (2) om dit te implementeren als training boven op de huidige multidisciplinaire protocol-behandeling, en (3) om te onderzoeken in welke mate adolescenten in staat zijn huiswerkopdrachten te maken die buiten de therapiecontext plaatsvinden en of ze deze kunnen volhouden.

METHODE

.....

Participanten

.....

Jonge adolescenten met obesitas tussen de leeftijd van 9 en 15 jaar ($M_{\text{leeftijd}} = 12,26$, 61% meisjes) werden geselecteerd. Alle deelnemers namen op het moment van de studie deel aan een (huidig multidisciplinair protocollair) behandelprogramma voor obesitas in een residentieel revalidatiecentrum. De adolescenten werd kort na opname gevraagd om deel te nemen aan de huidige studie, waarbij een toestemmingsformulier met betrekking tot *informed consent* ondertekend werd door zowel ouder als jongere. Adolescenten die niet binnen de vooropgestelde leeftijdsrange (9-15 jaar) vielen of de Nederlandse taal niet machtig waren, werden geëxcludeerd uit het onderzoek. Er werden 54 adolescenten geselecteerd, van wie er vier niet deelnamen aan de training wegens ziekte of het vroegtijdig stopzetten van het behandelprogramma. Vóór de start van de kortdurende ER-training vulden de adolescenten een online vragenlijstentool in. Gegevens over hun gewicht en lengte werden verkregen van de behandelende arts in het centrum. Op basis van deze gegevens kon de *adjusted Body Mass Index* (BMI) van de adolescenten berekend worden, waarbij rekening wordt gehouden met zowel leeftijd als geslacht. De gemiddelde adjusted BMI van de adolescenten was 182,64% met een bereik van 140,62-296,63 (met 100% = normaal gewicht, vanaf 120% = overgewicht, vanaf 140% = obesitas en tot 85% = ondergewicht). De studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Universiteit Gent. Deelnemers ontvingen geen vergoeding voor hun deelname.

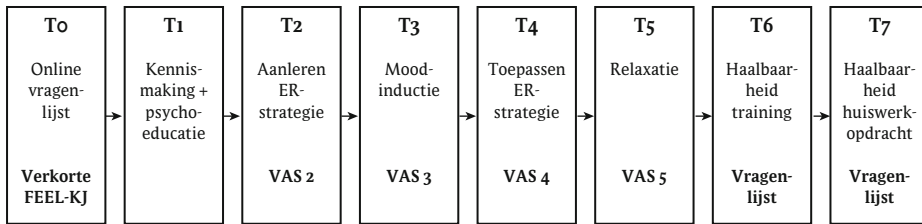
Meetinstrumenten

7

Emotieregulatie: Het gebruik van adaptieve ER-strategieën werd in kaart gebracht met de verkorte versie van de vragenlijst *Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen* (FEEL-KJ; vertaling: Braet, Cracco, Theuwis, Grob, & Smolenski, 2013). De vragenlijst werd ontwikkeld voor adolescenten tussen 8 en 18 jaar. De vragenlijst bestaat uit negentig items, waarbij de bevraagde ER-strategieën werden onderverdeeld in adaptieve, maladaptieve en externe strategieën. De vragenlijst bestaat uit drie onderdelen, waarbij dertig items herhaald worden voor gevoelens van: (1) angst, (2) boosheid, en (3) verdriet. Jongeren geven aan de hand van twee items aan in welke mate ze een bepaalde strategie gebruiken bij het omgaan met gevoelens van angst, boosheid of verdriet. De vragenlijst werd in het onderzoek van Cracco, Van Durme en Braet (2015) bij Vlaamse jongeren als betrouwbaar en valide beschouwd, met een voldoende tot zeer goede interne consistentie voor alle subschalen (Cronbachs alfa tussen 0,64 en 0,94). Verder werd eveneens een goede test-hertestbetrouwbaarheid gerapporteerd, met correlatiecoëfficiënten tussen 0,76 en 0,90. De verkorte versie die afgenomen werd, peilt naar de mate waarop adolescenten met hun gevoelens van boosheid, verdriet of angst kunnen omgaan door cognitief te herbeoordelen, afleiding te zoeken en te accepteren. Deze bevraagde ER-strategieën werden gekozen omdat juist zij zijn getraind in drie verschillende condities. In totaal werden achttien items afgenomen. Hierbij wordt er een Cronbachs alfa gevonden van 0,77 voor de subschaal afleiding zoeken, 0,78 voor de subschaal accepteren en 0,80 voor de subschaal cognitieve herbeoordeling. Voor al deze subschalen betekent dit een acceptabele tot goede betrouwbaarheid.

Haalbaarheid training en huiswerkopdracht: Haalbaarheid werd gemeten aan de hand van gestructureerde vragenlijsten gebaseerd op bestaande richtlijnen en de vertaalde vragenlijst Schaal voor Barrières in Medewerking aan Behandeling (Kazdin, Holland, Crowley, & Breton, 1997; Proctor et al., 2011). De ‘tevredenheid’, ‘haalbaarheid’ en ‘intensiteit’ van de training werden bevraagd aan de hand van een vijfpunts likertschaal van ‘helemaal niet akkoord’ tot ‘helemaal akkoord’. Daarnaast was er ruimte voor ongestructureerde feedback omtrent de training en werden open vragen gesteld, zoals: ‘Welke hindernissen rond de praktische organisatie van de training heeft u ondervonden?’ Er werd gefocust op het perspectief van de adolescenten, de trainers en de hulpverleners die werkzaam waren in het residentiële centrum.

Verandering in affect: Om te meten in welke mate het affect van adolescenten veranderde tijdens de training werd de sterkte van positief en negatief affect gemeten aan de hand van visuele analoge schalen (VAS). Daarbij scoorden adolescenten gevoelens van blijheid, verdriet, angst en boosheid op een schaal van 0 (helemaal niet aanwezig) tot 100 (heel sterk aanwezig) (Aitken, 1969; Bond & Lader, 1974). Dit gebeurde op vier verschillende momenten: T2, T3, T4 en T5 (zie figuur 1).



FIGUUR 1 *Procedure ER-training. Visuele analoge schalen (VAS) werden na elke fase afgenomen om affect te meten.*

Procedure

De training werd voorgesteld als een onderzoek naar de effecten en haalbaarheid van een ER-training voor adolescenten tussen 9 tot 15 jaar (zie ook: Volkaert, Wante, Vervoort, & Braet, 2018; Wante et al., 2018). De adolescenten werden *at random* verdeeld in drie condities, waarbij in elke conditie één adaptieve ER-strategie aangeleerd werd: aanvaarden ($N = 17$), afleiding ($N = 19$) en cognitieve herbeoordeling ($N = 14$). Er werd voor elke adolescent een bundel met werkbladen voorzien, waarin ze tijdens de training oefeningen konden maken en de aan bod gekomen psycho-educatie gebundeld werd.

Vóór de start van de training (To) vulden de adolescenten online de verkorte versie van de FEEL-KJ in, teneinde zicht te krijgen op hun ER-vaardigheden voor de start van de training. Enkele dagen nadien vond de training plaats, die werd gegeven door twee trainers van Universiteit Gent, in elf afzonderlijke groepen van vier à vijf adolescenten.

Het eerste deel van de training (T1) was identiek voor alle condities. Hierbij kregen de adolescenten na een korte kennismaking gedurende dertig minuten psycho-educatie aan de hand van een filmfragment over de samenhang tussen gevoelens, gedachten en gedrag. Er werd kort ingezet op emotionele en interoceptieve bewustwording, waarbij de adolescenten onbevooroordeeld hun gevoelens probeerden waar te nemen aan de hand van oefeningen, zoals de buikademhaling.

In het tweede deel (T2) van de training werden de verschillende adaptieve ER-strategieën aangeleerd. In de conditie *aanvaarden* leerden adolescenten welke signaalfunctie een bepaalde emotie heeft en waarom een emotie functioneel kan zijn. Aan de hand van 'verdraagzinnen' spraken adolescenten zichzelf toe om hun gevoel te aanvaarden en vol te houden. In de conditie *cognitieve herbeoordeling* leerden adolescenten stap voor stap hun niet-helpende gedachten om te zetten in helpende gedachten. Als eerste gingen adolescenten hun gedachten vangen om ze nadien te beoordelen als helpend of niet-helpend en de niet-helpende gedachten aan de hand van een rollen-

spel om te zetten in helpende gedachten. Ten slotte werd in de conditie *afleiding* aan de adolescenten gevraagd om enkele leuke activiteiten, die voor hen goede afleiding zouden zijn, te verzamelen. Daarbij werd bijvoorbeeld besproken dat tekenen een goede activiteit zou zijn. Om hun affect op T2 te meten, vulden jongeren nadien VAS2 in.

Het derde deel (T3) van de training bestond uit het bekijken van de mood-inducerende film *Father and Daughter* (Dudok de Wit, 2000). In deze korte film, die in voorgaand onderzoek werd beoordeeld als triest (Wante et al., 2018), ziet een jong meisje haar vader wegvaren op zee. De jaren nadien keert het meisje steeds terug naar de plek waar ze haar vader voor de laatste keer zag. Op het einde van het filmpje beseft de ondertussen bejaarde vrouw dat ze haar vader nooit meer zal zien. Om hun affect op T3 te meten, vulden jongeren nadien VAS3 in.

Hierna (T4) kregen deelnemers de opdracht de negatieve gevoelens die het filmpje opwekte, te reguleren aan de hand van de aangeleerde ER-strategie. Afhankelijk van de conditie zochten deelnemers afleiding door te tekenen, herbeoordeelden ze hun gedachten door in de groep te brainstormen over helpende gedachten, of aanvaardden ze hun gevoel door de aangeleerde verdraagzin toe te passen. Om hun affect op T4 te meten, vulden jongeren nadien VAS4 in.

Ter afsluiting (T5) kregen deelnemers uit alle condities een oefening in geleide progressieve relaxatie om de training met een goed gevoel te kunnen verlaten. Om hun affect op T5 te meten, vulden jongeren nadien VAS5 in.

Op het einde van de training (T6) vulden zowel de adolescenten als de trainer een vragenlijst in waarin de haalbaarheid werd gemeten. Nadien kregen de adolescenten uitleg rond de huiswerkopdracht (T7). De huiswerkopdracht bestond uit twee delen. Voor het eerste deel ontvingen alle adolescenten een smartphone waarmee het psycho-educatiefilmfragment rond de samenhang tussen gevoelens, gedachten en gedrag te zien en te horen was, en kon herbeluisterd worden. Na het zien van dit filmpje oefenden de adolescenten de buikademhaling en scoorden ze hun gevoel op een thermometer in hun huiswerkbundel. Het tweede deel van de huiswerkopdracht was een oefening met pen en papier ter herhaling van de aangeleerde ER-strategie. Adolescenten kregen de opdracht gedurende vijf dagen eenmaal per dag de oefening te herhalen en vervolgens aan de hand van een vragenlijst te rapporteren hoe de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van de huiswerkopdracht die dag werd beleefd. Nadat de adolescenten de training hadden voltooid, vulden de twee trainers en vier hulpverleners van het centrum eveneens vragen in over de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van de ER-training.

RESULTATEN

10

Preliminaire analyses

Emotieregulatievaardigheden vóór het volgen van de training werden berekend door de totaalscores op de FEEL-KJ op basis van de Vlaamse populatienormen om te rekenen naar percentielscores (Braet, Cracco, & Theuwis, 2013). Voor de adaptieve ER-strategieën wordt een percentielscore van 40 tot 60 beoordeeld als gemiddelde toepassing van de strategie en percentielscores onder 40 als een gebrekkige toepassing. Preliminaire exploratie van de data toont aan dat de adolescenten op basis van de verkorte versie van de FEEL-KJ beduidend lager scoren op het gebruik van de drie geïncorporeerde adaptieve strategieën (zie tabel 1).

TABEL 1 *Vergelijking steekproef met Vlaamse populatienormen FEEL-KJ (Braet et al., 2013)*

Ge-slacht	Leeftijdscategorie	Percentielscore afleiding	Percentielscore accepteren	Percentielscore herbeoordeling
Meisjes	8-12 jaar	22	18	30
Jongens	8-12 jaar	23	25	48
Meisjes	13-18 jaar	23	33	41
Jongens	13-18 jaar	14	5	29

Verandering in affect na de mood-inductie werd nagegaan aan de hand van een *paired sample t-test*, waarbij VAS2 en VAS3 vergeleken werden. Gemiddeld rapporteerden adolescenten meer verdriet na het zien van de mood-inductie ($M = 59,92$, $SD = 33,14$) dan voorheen ($M = 31,40$, $SD = 31,28$), $t(49) = -28,52$, $p < 0,001$. Verder rapporteerden ze ook minder blijheid na het zien van de mood-inductie ($M = 62,60$, $SD = 34,10$) dan voorheen ($M = 25,60$, $SD = 26,39$), $t(49) = 37,00$, $p < 0,001$.

Verandering in affect na het toepassen van de aangeleerde strategie werd eveneens aan de hand van een *paired sample t-test* nagegaan, waarbij VAS3 en VAS4 vergeleken werden. Gemiddeld rapporteerden adolescenten minder verdriet na het toepassen van de aangeleerde ER-strategie ($M = 59,92$, $SD = 33,14$) dan voorheen ($M = 34,40$, $SD = 30,60$), $t(49) = 25,52$, $p < 0,001$. Gemiddeld rapporteerden adolescenten meer blijheid na het zien van de mood-inductie ($M = 25,60$, $SD = 26,39$) dan voorheen ($M = 52,60$, $SD = 33,67$), $t(49) = -27,00$, $p < 0,001$. Ten slotte toont de uitgevoerde *one-way ANOVA* dat er sprake is van

een 'trend' significant verschil tussen de condities op VAS4, waarbij de jongeren die cognitief herbeoordeelden gemiddeld meer verdriet rapporteerden na het toepassen van de geleerde strategie [$F(2, 47) = 2,51, p = 0,092$].

Haalbaarheid bij deelnemers

Haalbaarheid bij de adolescenten werd bevraagd (zie tabel 2). Daaruit blijkt dat een aanzienlijk deel van de adolescenten de training als te lang beoordeelde. Door middel van een one-way ANOVA werden de drie condities met elkaar vergeleken. Er werd geen significant verschil gevonden op de items van de haalbaarheidsvragenlijst, met uitzondering van item 5, waarbij de jongeren die cognitief herbeoordeelden gemiddeld meer akkoord waren met deze stelling [$F(2, 47) = 4,52, p = 0,016$].

TABEL 2 *Haalbaarheid training gerapporteerd door adolescenten*

Item	1	2	3	4	5
1. Het was makkelijk voor mij om naar de training te komen.	6%	2%	18%	30%	44%
2. De groep was goed van grootte.	2%	12%	28%	26%	32%
3. De training voldeed aan mijn verwachtingen om beter met mijn gevoelens te leren omgaan.	8%	8%	44%	24%	16%
4. Het gevoelensfilmpje was goed te begrijpen.	6%	6%	22%	33%	33%
5. Ik had het gevoel dat ik te veel persoonlijke info moest doorgeven aan de coach tijdens de training.	44%	22%	24%	4%	6%
6. De training duurde te lang.	11%	18%	34%	15%	20%

Noot. 1 = helemaal niet akkoord, 2 = niet akkoord, 3 = neutraal, 4 = helemaal akkoord, 5 = akkoord

Haalbaarheid en naleven van huiswerkmomenten werd na de training bijgehouden aan de hand van een huiswerkboek en een vragenlijst (zie tabel 3). Daarbij startte 54% van de adolescenten met hun huiswerk op de eerste dag, van wie 63% uit de conditie afleiding, 57% uit de conditie cognitieve herbeoordeling en 41% uit de conditie accepteren. Huiswerkmoment 2 werd door 48% ingevuld, huiswerkmoment 3 door 46%, huiswerkmoment 4 door 28% en ten slotte werd huiswerkmoment 5 door 14% van de adolescenten ingevuld. Door middel van een one-way ANOVA werden de drie condities met elkaar vergeleken. Er werd geen significant verschil gevonden op de haalbaarheidsvragenlijst.

TABEL 3 *Haalbaarheid huiswerkopdracht gerapporteerd door adolescenten*

Item	1	2	3	4	5
1. Ik had zin en motivatie om de huiswerkopdracht te maken.	8%	8%	37%	11%	37%
2. De huiswerkopdracht was te moeilijk.	37%	26%	26%	4%	7%
3. Het duurde te lang om de huiswerkopdracht te maken.	37%	29%	26%	4%	4%

Noot. 1 = helemaal niet akkoord, 2 = niet akkoord, 3 = neutraal, 4 = helemaal akkoord, 5 = akkoord

Haalbaarheid bij de trainers werd bevraagd aan de hand van een vragenlijst (zie tabel 4). Verder gaven de trainers in het ongestructureerde deel van de bevraging aan dat de training te lang duurde en adolescenten naar het einde toe de concentratie verloren. Er werd ook opgemerkt dat de adolescenten elkaar vaak plaagden doorheen de training.

TABEL 4 *Haalbaarheid training gerapporteerd door medewerkers*

Item	1	2	3	4	5
1. Ik sprak de jongeren met positieve taal aan over de training.	0%	0%	25%	50%	25%
2. Ik stimuleerde de jongeren om hieraan deel te nemen.	0%	0%	50%	25%	25%
3. De training vroeg veel extra inspanning.	0%	25%	25%	25%	25%
4. Ik vind de emotieregulatietraining een meerwaarde.	0%	25%	0%	50%	25%

Noot. 1 = helemaal niet akkoord, 2 = niet akkoord, 3 = neutraal, 4 = helemaal akkoord, 5 = akkoord

Haalbaarheid bij hulpverleners werd eveneens bevraagd aan de hand van een vragenlijst (zie tabel 5). In het ongestructureerde gedeelte met open vragen gaven de hulpverleners aan dat het moeilijk was om de training in groep in te plannen, aangezien alle adolescenten individueel ook nog andere activiteiten en afspraken gepland hadden, zoals kinesithérapie, psychologische begeleiding, doktersbezoek, school, enzovoorts. Ten slotte gaven trainers aan weinig extra energie te hebben hoeven steken in het begeleiden van de

huiswerkopdracht, aangezien adolescenten die zelfstandig maakten en de opdracht duidelijk was.

TABEL 5 *Haalbaarheid training gerapporteerd door trainers*

Item	1	2	3	4	5
1. De jongeren reageerden positief op de training.	0%	0%	27%	73%	25%
2. De jongeren reageerden positief op de huiswerkopdracht.	0%	0%	55%	45%	0%
3. De jongeren werkten goed mee.	0%	18%	9%	73%	0%

Noot. 1 = helemaal niet akkoord, 2 = niet akkoord, 3 = neutraal, 4 = helemaal akkoord, 5 = akkoord

DISCUSSIE

.....

Adequate emotieregulatie (ER) kan aan de basis liggen van emotioneel eten. Aangezien protocollen hier niet rechtstreeks op inzetten, kan het meerwaarde hebben om een ER-training toe te voegen aan een behandeling. Hier moet evenwel onderzoek aan voorafgaan, en dit voor verschillende doelgroepen. Het gebruik van adaptieve ER-strategieën in de huidige klinische steekproef van adolescenten met obesitas ligt significant lager in vergelijking met het gebruik van adaptieve ER-strategieën binnen de algemene populatie (Braet et al., 2013). Deze resultaten liggen in lijn met de huidige literatuur, waarbij lage scores op ER transdiagnostisch lijken geassocieerd te zijn met psychische problemen. Dit geldt ook voor obesitas waar naast emotioneel eten ook meer psychologische problemen zijn vastgesteld (Braet et al., 1997; Erermis et al., 2004; Leehr et al., 2015; Strauss, 2000; van Strien, 2018; Vandewalle et al., 2014)

Wanneer jongeren in een verdrietige stemming gebracht werden door middel van een mood-inductie, bleken zij in staat om het geïnduceerde negatieve affect te doen dalen en hun positief affect te doen stijgen door het toepassen van de aangeleerde ER-strategie. In de conditie waar jongeren hun affect reguleerden met behulp van cognitieve herbeoordeling rapporteerden de jongeren significant minder verdriet, maar lag dit beduidend hoger dan in de andere twee condities. Dit wordt ook in voorgaand onderzoek teruggevonden (Wante et al., 2018). Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat een meer complexe ER-strategie meer aandacht en meer oefening vergt. Desalniettemin wordt juist deze strategie gezien als een strategie die op lange termijn als meer effectief bevonden wordt, omdat ze meer gefocust is op de

specifieke emotionele informatie (Gross, 2002; McRae et al., 2012; Sheppes et al., 2014; Thiruchselvam, Blechert, Sheppes, Rydstrom, & Gross, 2011).

De resultaten rond haalbaarheid en uitvoerbaarheid tonen aan dat het grootste deel van de adolescenten het niet moeilijk vond om aan de training deel te nemen. Verder werd het filmfragment dat in de training gebruikt werd om de psycho-educatie over te brengen door het grootste deel van de adolescenten beoordeeld als duidelijk en makkelijk te volgen. De training werd in het algemeen goed onthaald door zowel trainers als adolescenten en werd door de hulpverleners van het residentieel behandelcentrum gezien als een meerwaarde. Vervolgens werden enkele belangrijke conclusies getrokken voor toekomstig onderzoek en bleek dat een aanzienlijk deel van de adolescenten de twee uur durende training als te lang beoordeelde. Ook bestaand onderzoek toont aan dat participanten die één uur training per week volgen meer therapiesucces boeken dan participanten die twee uur training om de twee weken krijgen (Baddeley & Longman, 1978; Bierenbaum, Nichols, & Schwartz, 1976). Trainers gaven aan hier moeilijkheden mee te ondervinden en merkten een verlies van aandacht bij de adolescenten op. Alhoewel de jongeren zelf de training als niet belastend beoordeelden, gaven de hulpverleners aan dat de praktische organisatie van de groepstraining belastend was, gezien de individuele planning van de adolescenten, waarin ze reeds andere activiteiten te volgen hebben.

Onderzoek naar het volhouden en voltooien van de huiswerkopdrachten toont aan dat dit slechts voor een klein deel van de adolescenten haalbaar was. Slechts de helft van de adolescenten startte aan de opdracht op de eerste dag en slechts een vijfde van hen voltooide de vijf dagen durende huiswerkopdracht.

Beperkingen

Er zijn enkel data beschikbaar van de adolescenten die startten aan de huiswerkopdracht. Aangezien slechts 53% van hen startte, betekent dit dat er van 47% van de adolescenten geen data rond haalbaarheid beschikbaar zijn. Vanwege deze beperking kunnen geen uitspraken gedaan worden over de motieven waarom adolescenten niet startten aan de huiswerkopdracht. Dit zou kunnen liggen aan een gebrek aan motivatie, maar evenzeer aan het vergeten te maken van de opdracht of het verliezen van de opdrachtenbundel. In toekomstig onderzoek kan het aangewezen zijn om na de periode van de huiswerkopdrachten opnieuw een algemene bevraging te doen. Dit zou zowel schriftelijk als mondeling kunnen.

Suggesties voor verder onderzoek

Het maken van huiswerkopdrachten om de transfer buiten de therapiecontext te waarborgen is een cruciale factor binnen de behandeling. De hoe-

veelheid huiswerk en de kwaliteit ervan is een voorspellende factor van therapiesucces (LeBeau, Davies, Culver, & Craske, 2013; Mausbach, Moore, Roesch, Cardenas, & Patterson, 2010). Echter, uit onderzoek blijkt dat het volhouden en naleven van huiswerkopdrachten een belangrijke barrière blijft in het uitvoeren van een interventie (Helbig & Fehm, 2004). Om deze hindernissen te overkomen en de huiswerkopdracht aantrekkelijker te maken werd in deze studie gebruikgemaakt van een smartphone, maar stond het videomateriaal in de smartphone bij de bestanden, wat een minder toegankelijke en minder aantrekkelijke optie is dan het videomateriaal te benaderen via een app. De laatste jaren werd in onderzoek naar het volhouden van huiswerkopdrachten aangetoond dat het gebruik van een app op een mobieltje het maken en vervolledigen van huiswerkopdrachten sterk kan verbeteren. De app kan gekoppeld worden aan de persoonlijke agenda, er kan gebruikgemaakt worden van reminders, en de patiënt kan zijn persoonlijke vooruitgang en doelen volgen (Månsson, Ruiz, Gervind, Dahlin, & Andersson, 2013; Reger et al., 2013; Tang & Kreindler, 2017). Binnen deze studie met adolescenten was het gebruik van reminders en het volgen van de eigen doelen wellicht een aanmoediging geweest om de stap te zetten naar het maken van de huiswerkopdracht. Dit zou in toekomstig onderzoek verder geëxploreerd kunnen worden.

Uit de literatuur blijkt dat emotioneel eten bij obesitas niet alleen gelinkt wordt aan een gebrek aan adaptieve ER-vaardigheden, maar ook gepaard gaat met: (1) een gebrek aan interoceptieve bewustwording, waarbij adolescenten een zwakke bewustwording hebben van hun hongergevoel, en (2) met een hoge mate van alexythemie, waarbij adolescenten moeite hebben met het beschrijven en verbaliseren van hun gevoelens (Taylor, 1984; van Strien, 2018). Ook recente literatuur rond ER benadrukt het belang van (emotionele) bewustwording als belangrijke basiscomponent in het effectief aanleren van ER-strategieën (Boden & Thompson, 2015; Sendzik, Schäfer, Samson, Naumann, & Tuschen-Caffier, 2017; Van Beveren et al., 2018). Daarbij is belangrijk dat adolescenten kunnen beschrijven welke emoties ze ondervinden, hoe sterk deze gevoelens zijn, waar ze deze voelen in hun lichaam en hoe ze deze emoties op een onbevooroordeelde manier kunnen waarnemen (Volkaert et al., 2018). Deze component kan een belangrijke factor worden in toekomstig onderzoek naar ER bij adolescenten met obesitas.

Recent wordt binnen onderzoek naar ER ook steeds meer aandacht besteed aan emotionele flexibiliteit. Naast het aanleren van een breed repertoire aan adaptieve ER-strategieën is het even belangrijk dat die flexibel ingezet kunnen worden. Dit wil zeggen dat er rekening wordt gehouden met: (1) de situatie waardoor de emotie wordt uitgelokt, (2) de vaardigheid om verschillende strategieën toe te passen, en (3) met het vermogen om zichzelf te evalueren en de strategie indien nodig aan te passen (Aldao, Sheppes, & Gross, 2015; Bonanno & Burton, 2013; Kashdan & Rottenberg, 2010; Westphal, Seivert, & Bonanno, 2010). Binnen deze haalbaarheidsstudie

werd ingezet op het aanleren van één adaptieve ER-strategie. Wanneer in toekomstig onderzoek ingezet wordt op het trainen van ER is het, naast het includeren van emotionele bewustwording, tevens noodzakelijk om in te zetten op emotionele flexibiliteit. Daarbij zouden adolescenten idealiter getraind worden in meerdere ER-strategieën en leren dat die afhankelijk van situatie en uitkomst op verschillende momenten ingezet kunnen worden.

Elisa Boelens, Taaïke Debeuf, Brenda Volkaert, Sandra Verbeken, Lien Goossens en Caroline Braet zijn verbonden aan de Universiteit Gent.

Correspondentieadres: Elisa Boelens, Universiteit Gent, Henri Dunantlaan 2, 9000 Gent, België. E-mail: elisa.boelens@ugent.be.

Summary *The feasibility of an emotion regulation training in early adolescents with obesity*

Recent studies show that a lack of adequate emotion regulation (ER) is observed in emotional eating. The current study aims to investigate the feasibility of a two-hour ER training in early adolescents ($N = 50$) who are enrolled in a residential treatment program for obesity ($M_{age} = 12.26$). Participants were randomly assigned to one out of three conditions in which they were taught one adaptive ER strategy (distraction, cognitive reappraisal or acceptance). Throughout the training, adolescents rated their feelings using visual analogue scales (VAS). The participants were shown two videos. The first one included psychoeducation and the second one a mood induction to induce sadness, after which they were instructed to apply the learned ER strategy. During the next five days this strategy was further trained by a homework assignment. After the training, adolescents, trainers and social workers from the residential treatment center completed a feasibility questionnaire. Results show that adolescents are able to learn adaptive ER strategies. In all conditions a significant decrease of negative affect and a significant increase of positive affect were found after using the learned strategy. Furthermore, it was feasible to implement the training in addition to the already ongoing treatment and it was positively evaluated by both adolescents and trainers. One remark was that the training sessions lasted too long. In addition, adolescents from the condition 'cognitive reappraisal' reported that they had to share too much personal information in comparison to adolescents in the other two conditions. Social workers of the residential center also indicated that they found the training to be of added value but noted that the practical organization was time-consuming. Finally, homework compliance was shown to be a considerable barrier to the intervention. Based on these results, a 12-week ER training was developed.

Keywords *emotion regulation, adolescents, obesity*

Literatuur

- Ahluwalia, N., Dalmasso, P., Rasmussen, M., Lipsky, L., Currie, C., Haug, E., . . . Tabak, I. (2015). Trends in overweight prevalence among 11-, 13- and 15-year-olds in 25 countries in Europe, Canada and USA from 2002 to 2010. *The European Journal of Public Health*, 25, 28-32.
- Aitken, R. C. (1969). A growing edge of measurement of feelings [Abridged]. Measurement of feelings using visual analogue scales. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 62, 989-993.
- Aldao, A., Jazaieri, H., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2014). Adaptive and maladaptive emotion regulation strategies: Interactive effects during CBT for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 382-389.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 276.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Aldao, A., Sheppes, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 263-278.
- Baddeley, A. D., & Longman, D. (1978). The influence of length and frequency of training session on the rate of learning to type. *Ergonomics*, 21, 627-635.
- Bierenbaum, H., Nichols, M. P., & Schwartz, A. J. (1976). Effects of varying session length and frequency in brief emotive psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 790.
- Boden, M. T., & Thompson, R. J. (2015). Facets of emotional awareness and associations with emotion regulation and depression. *Emotion*, 15, 399.
- Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8, 591-612.
- Bond, A., & Lader, M. (1974). The use of analogue scales in rating subjective feelings. *British Journal of Medical Psychology*, 47, 211-218.
- Braet, C., Cracco, E., & Theuwis, L. (2013). *Handleiding bij de FEEL-KJ*. Amsterdam: Hogrefe Uitgeverij.
- Braet, C., Cracco, E., Theuwis, L., Grob, A., & Smolenski, C. (2013). *FEEL-KJ: Vragenlijst over emotieregulatie bij kinderen en jongeren*. Amsterdam: Hogrefe Uitgeverij.
- Braet, C., Mervielde, I., & Vandereycken, W. (1997). Psychological aspects of childhood obesity: A controlled study in a clinical and nonclinical sample. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 59-71.
- Braet, C., & van Strien, T. (1997). Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and non-obese children. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 863-873.
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P. J., & Hadzi-Pavlovic, D. (2016). A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive psychology. *Journal of School Psychology*, 57, 41-52.
- Byrne, S. M. (2002). Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1029-1036.
- Calkins, S. D. (2010). Psychobiological models of adolescent risk: Implications for prevention and intervention. *Devel-*

- opmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 52, 213-215.
- Calkins, S. D., & Mackler, J. S. (2011). Temperament, emotion regulation, and social development. In M. K. Underwood & L. H. Rosen (Eds.), *Social development: Relationships in infancy, childhood, and adolescence* (pp. 44-70). New York: Guilford Press.
- Clyne, C., & Blampied, N. M. (2004). Training in emotion regulation as a treatment for binge eating: A preliminary study. *Behaviour Change*, 21, 269-281.
- Cracco, E., Goossens, L., & Braet, C. (2017). Emotion regulation across childhood and adolescence: Evidence for a maladaptive shift in adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 909-921.
- Cracco, E., Van Durme, K., & Braet, C. (2015). Validation of the FEEL-KJ: an instrument to measure emotion regulation strategies in children and adolescents. *PloS one*, 10, e0137080.
- Dudok de Wit, M. (2000). *Father and daughter* [Dvd]. Amsterdam: CinéTé Filmproductie.
- Erermis, S., Cetin, N., Tamar, M., Bokusoglu, N., Akdeniz, F., & Goksen, D. (2004). Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatrics International*, 46, 296-301.
- Faith, M. S., Allison, D. B., & Geliebter, A. (1997). Emotional eating and obesity: Theoretical considerations and practical recommendations. In S. Dalton (Ed.), *Obesity and weight control: The health professional's guide to understanding and treatment* (pp. 439-465). Gaithersburg: Aspen.
- Goldschmidt, A. B., Lavender, J. M., Hipwell, A. E., Stepp, S. D., & Keenan, K. (2017). Emotion regulation and loss of control eating in community-based adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45, 183-191.
- Goossens, L., Van Malderen, E., Van Durme, K., & Braet, C. (2016). Loss of control eating in adolescents: Associations with adaptive and maladaptive emotion regulation strategies. *Eating Behaviors*, 22, 156-163.
- Graziano, P. A., Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2010). Toddler self-regulation skills predict risk for pediatric obesity. *International Journal of Obesity*, 34, 633.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Gullone, E., Hughes, E. K., King, N. J., & Tonge, B. (2010). The normative development of emotion regulation strategy use in children and adolescents: A 2-year follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 567-574.
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86.
- Helbig, S., & Fehm, L. (2004). Problems with homework in CBT: Rare exception or rather frequent? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 291-301.
- Hilt, L. M., & Pollak, S. D. (2012). Getting out of rumination: Comparison of three brief interventions in a sample of youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 1157-1165.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., & Barnekow, V. (2016). Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey. *Health Policy for Children and Adolescents*, 7, 69-105.
- Kaplan, H. I., & Kaplan, H. S. (1957). The psychosomatic concept of obesity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 125, 181-201.

- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30, 865-878.
- Kazdin, A. E., Holland, L., Crowley, M., & Breton, S. (1997). Barriers to Treatment Participation Scale: Evaluation and validation in the context of child outpatient treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 1051-1062.
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 706-716.
- LeBeau, R. T., Davies, C. D., Culver, N. C., & Craske, M. G. (2013). Homework compliance counts in cognitive-behavioral therapy. *Cognitive Behavioural Therapy*, 42, 171-179.
- Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 49, 125-134.
- Lobstein, T. (2010). Prevalence and trends in childhood obesity. In D. Crawford, R. W. Jefferey, K. Ball, & J. Brug (Eds.), *Obesity epidemiology: From aetiology to public health* (pp. 3-16). New York: Oxford University Press.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50, 1-11.
- Månsson, K. N., Ruiz, E. S., Gervind, E., Dahlin, M., & Andersson, G. (2013). Development and initial evaluation of an internet-based support system for face-to-face cognitive behavior therapy: A proof of concept study. *Journal of Medical Internet Research*, 15, 280.
- Mausbach, B. T., Moore, R., Roesch, S., Cardenas, V., & Patterson, T. L. (2010). The relationship between homework compliance and therapy outcomes: An updated meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 429-438.
- McRae, K., Gross, J. J., Weber, J., Robertson, E. R., Sokol-Hessner, P., Ray, R. D., . . . Ochsner, K. N. (2012). The development of emotion regulation: An fMRI study of cognitive reappraisal in children, adolescents and young adults. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7, 11-22.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 173-205). New York: Guilford.
- Prentice, A. M., & Jebb, S. A. (2001). Beyond body mass index. *Obesity Reviews*, 2, 141-147.
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., . . . Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38, 65-76.
- Raes, F., Griffith, J. W., Van der Gucht, K., & Williams, J. M. G. (2014). School-based prevention and reduction of depression in adolescents: A cluster-randomized controlled trial of a mindfulness group program. *Mindfulness*, 5, 477-486.
- Reger, G. M., Hoffman, J., Riggs, D., Rothbaum, B. O., Ruzek, J., Holloway, K. M., & Kuhn, E. (2013). The 'PE coach' smartphone application: An innovative approach to improving implementation, fidelity, and homework adherence during prolonged exposure. *Psychological Services*, 10, 342.
- Reilly, J. J., Methven, E., McDowell, Z. C., Hacking, B., Alexander, D., Stewart, L., & Kelnar, C. J. (2003). Health consequences of obesity. *Archives of Disease in Childhood*, 88, 748-752.
- Sendzik, L., Schäfer, J. Ö., Samson, A. C., Naumann, E., & Tuschen-Caffier, B. (2017). Emotional awareness in depressive and anxiety symptoms in youth: A

- meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence*, 46, 687-700.
- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., Radu, P., Blechert, J., & Gross, J. J. (2014). Emotion regulation choice: A conceptual framework and supporting evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143, 163-181.
- Strauss, R. S. (2000). Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics*, 105, e15-e15.
- Svetkey, L. P., Stevens, V. J., Brantley, P. J., Appel, L. J., Hollis, J. F., Loria, C. M., . . . Smith, P. (2008). Comparison of strategies for sustaining weight loss: The weight loss maintenance randomized controlled trial. *JAMA*, 299, 1139-1148.
- Tang, W., & Kreindler, D. (2017). Supporting homework compliance in cognitive behavioural therapy: Essential features of mobile apps. *JMIR Mental Health*, 4, 20.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 725-732.
- Thiruchselvam, R., Blechert, J., Sheppes, G., Rydstrom, A., & Gross, J. J. (2011). The temporal dynamics of emotion regulation: An EEG study of distraction and reappraisal. *Biological Psychology*, 87, 84-92.
- Thompson, R. A., & Goodman, M. (2010). Development of emotion regulation: More than meets the eye. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 38-58). New York: The Guilford Press.
- Van Beveren, M.-L., Goossens, L., Volckaert, B., Grassmann, C., Wante, L., Vandeweghe, L., . . . Braet, C. (2018). How do I feel right now? Emotional awareness, emotion regulation, and depressive symptoms in youth. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 389-398.
- Van Cauwenberge, V., El Kaddouri, R., Hoppenbrouwers, K., & Wiersema, R. (2017). To make a molehill out of a mountain: An ERP-study on cognitive reappraisal of negative pictures in children with and without ADHD. *Clinical Neurophysiology*, 128, 529-537.
- van Strien, T. (2018). Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current Diabetes Reports*, 18, 1-8.
- Vandewalle, J., Moens, E., Beyers, W., & Braet, C. (2016). Can we link emotional eating with the emotion regulation skills of adolescents? *Psychology & Health*, 31, 857-872.
- Vandewalle, J., Moens, E., & Braet, C. (2014). Comprehending emotional eating in obese youngsters: The role of parental rejection and emotion regulation. *International Journal of Obesity*, 38, 525.
- Vandewalle, J., Moens, E., Debeuf, T., & Braet, C. (2018). Parental rejection as a predictor of emotional eating after inpatient weight loss treatment for youngsters. *Behaviour Change*, 35, 217-227.
- Volckaert, B., Wante, L., Vervoort, L., & Braet, C. (2018). 'Boost Camp', a universal school-based transdiagnostic prevention program targeting adolescent emotion regulation; evaluating the effectiveness by a clustered RCT: A protocol paper. *BMC Public Health*, 18, 904.
- Wante, L., Van Beveren, M.-L., Theuwis, L., & Braet, C. (2018). The effects of emotion regulation strategies on positive and negative affect in early adolescents. *Cognition and Emotion*, 32, 988-1002.
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (pp. 359-385). Hove, England: Psychology Press.
- Westphal, M., Seivert, N. H., & Bonanno, G. A. (2010). Expressive flexibility. *Emotion*, 10, 92.

Acceptance and commitment therapy (ACT) in groepsverband binnen FACT

21

Een kwalitatieve en kwantitatieve pilotstudie

LARS DE VROEGE, PETRA ROPS & BARBARA BREUGELMANS

Samenvatting

Acceptance and commitment therapy (ACT) wordt steeds meer toegepast binnen diverse cliëntenpopulaties. Ook voor cliënten met schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen kan deze behandeling toegevoegde waarde hebben bij de reguliere behandelmethode. ACT beoogt de psychologische flexibiliteit te vergroten en heeft daarom mogelijk toegevoegde waarde binnen de (herstelondersteunende) behandeling bij *flexible assertive community treatment* (FACT). ACT in groepsverband bij FACT is tot op heden echter nog onvoldoende onderzocht. Deze multiële gevalsbeschrijving (N = 4) geeft op kwalitatieve wijze de ervaringen weer van cliënten binnen FACT die ACT in groepsvorm hebben ontvangen. De psychologische flexibiliteit van deze cliënten werd op kwantitatieve wijze in kaart gebracht. De resultaten laten zien dat cliënten ACT in groepsvorm als prettig ervoeren en haar een aanvulling op de reguliere behandeling vonden. De psychologische flexibiliteit van cliënten verbeterde niet significant. De bevindingen suggereren dat ACT een haalbare en mogelijk waardevolle aanvullende behandelmethodiek is in de behandeling van cliënten met schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornissen.

Trefwoorden: acceptance and commitment therapy, FACT, psychose, schizofrenie, psychologische flexibiliteit

INLEIDING

.....

Acceptance and commitment therapy (ACT) is een behandelvorm die deel uitmaakt van de zogenaamde derde generatie cognitieve gedragstherapieën (Hayes, 2004; Korrelboom & ten Broeke, 2014). Anders dan bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie is ACT niet sec gericht op het verminderen van ervaren (psychische) klachten, maar leren cliënten om te gaan met hun klachten en functioneler in het leven te staan. Om dit te bewerkstelligen doorlopen cliënten zes deelprocessen, te weten: (1) Hier en nu, (2) Waarden, (3) Toegewijde actie, (4) Zelf als context, (5) Defusie en (6) Acceptatie. Cliënten die deze processen (beter) beheersen zijn psychologisch flexibeler (A-Tjak, 2015; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012; Jansen & Batink, 2014). Psychologische flexibiliteit helpt cliënten functioneler met klachten om te gaan door zich bewuster te zijn van ervaringen in het moment zonder hiermee het gevecht aan te gaan. Hierdoor blijft er ruimte voor de aspecten van het leven die men echt belangrijk vindt. In die zin is het doel van ACT dan ook om cliënten een waardevoller leven te laten leiden, gericht op persoonlijke waarden van de cliënt zelf (Hayes et al., 2012; Jansen & Batink, 2014), waarbij een afname van klachten als secundair effect wordt beschouwd.

ACT is een therapie die aangeboden kan worden naast de huidige behandelmogelijkheden voor cliënten met schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen. Binnen de methodiek *flexible assertive community treatment* (FACT; van Veldhuizen, Bähler, Polhuis, & van Os, 2008; van Veldhuizen, Polhuis, Bähler, Mulder, & Kroon, 2015) heeft ACT de potentie om bij te dragen aan het herstel van cliënten door hun te leren te focussen op waarden en daaraan acties te koppelen, waarbij de cliënt leert een accepterende houding aan te nemen jegens de ervaren klachten. In die zin sluit ACT goed aan bij herstelondersteunende zorg, omdat ACT een waardegedreven interventie is en zich richt op persoonlijk herstel. Reeds is gebleken dat ACT bij een diversiteit aan psychische problematiek van toegevoegde waarde is (Bluett, Homa, Morrison, Levin, & Twohig, 2014; Ost, 2014; Twohig & Levin, 2017), ook wanneer medicatie niet effectief is of men geen medicatie wenst te gebruiken (Gaudino et al., 2015). Ook bij cliënten met psychotische symptomen bleken ervaringen met ACT positief en was ACT goed bruikbaar (Bacon, Farhall, & Fossey, 2014; Tonarelli, Pasillas, Alvarado, Dwivedi, & Cancellare, 2016; White et al., 2011). Onderzoek in groepsverband naar cliënten met schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen binnen FACT is echter zeer beperkt. Voor zover bekend bij de auteurs is er slechts één onderzoek uitgevoerd naar ACT bij cliënten met schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen in groepsverband. Uit deze kwalitatieve beschrijving bleek dat cliënten positief waren over de effecten van ACT (Vermaat, Stringer, & van der Voort, 2018). Een kwantitatieve maat om de behandeling te evalueren was echter niet meegenomen in die studie.

De behandelfocus van ACT maakt ook dat de diagnostiek op het gebied van mogelijke verbetering van cliënten niet klachtgericht is (bijvoorbeeld gericht op symptomen van depressie), maar meer evaluerend of beschrijvend van aard is (bijvoorbeeld welke waarden men stelt in het leven en hoe men hiernaar handelt) (Jansen & Batink, 2014). Om te kunnen evalueren of men na de behandeling ten opzichte van vóór de behandeling de zes processen van ACT op een andere manier kan toepassen in het dagelijkse leven en zo psychologisch flexibeler in het leven staat, is de Flexibiliteits Index Test (FIT-60) ontwikkeld (Batink, Jansen, & de Mey, 2012), die hieronder nader wordt toegelicht.

Het doel van dit artikel is om de ervaringen van enkele cliënten met een schizofreniespectrum- en/of andere psychotische stoornissen te beschrijven die een ACT-groepsbehandeling hebben afgerond binnen FACT. Naast een kwalitatieve beschrijving van de ervaringen bevat deze multipale gevalsbeschrijving ook een kwantitatieve vergelijking, waarin gekeken is of de cliënten na de ACT-groepsbehandeling psychologisch flexibeler zijn geworden.

METHODE

.....

Deze multipale gevalsbeschrijving van een ACT-groepsbehandeling bij vier cliënten met een schizofreniespectrum- en/of andere psychotische stoornissen is middels een gecombineerd kwalitatief en kwantitatief onderzoeksdesign opgezet. Voorafgaand aan de groepsbehandeling (die hieronder gedetailleerd besproken wordt) werd de FIT-60 afgenomen. Deze meting werd na het einde van de groepsbehandeling herhaald. Cliënten kregen een grafische weergave van hun scores mee, die in de laatste sessie werd besproken. De ervaringen van cliënten werden tijdens deze laatste sessie op semi-structureerde wijze uitgevraagd.

Interventie

.....

De groepsbehandeling bestond uit een interventie van in totaal negen sessies, met een frequentie van één bijeenkomst per week. Er werd voorzien in een werkboek voor de deelnemende cliënten met daarin de opdrachten en metaforen. Het draaiboek en het werkboek zijn van tevoren samengesteld en bestaan voor een groot gedeelte uit, en zijn gebaseerd op, de informatie die op de website www.actinactie.nl is te vinden (met akkoord van dr. Tim Batink) en op de (basis)principes van ACT (A-Tjak, 2015; Hayes, 2004; Hayes & Strosahl, 2004; Hayes et al., 2012). De sessies zagen er als volgt uit.

In sessie 1 en sessie 2 was er aandacht voor kennismaking, het globaal bespreken van ACT en de introductie van de zogenoemde 'hexaflex'. Dit model geeft grafisch weer hoe de zes deelprocessen van ACT met elkaar in verbinding staan en hoe ze elkaar kunnen beïnvloeden. Vervolgens werd in-

gegaan op deze zes deelprocessen van ACT. In sessie 3 lag de focus op het deelproces 'Hier en nu'. In deze sessie werd geoefend met mindfulness door de oefeningen 'Zintuigen', 'Ademhaling' en 'Mini-bodyscan' te introduceren en ermee te oefenen. In sessie 4 werd gekeken naar ieders waarden middels de oefening 'Levenskompas'. In deze oefening werd deelnemers gevraagd hoe belangrijk zij tien levensgebieden vonden en hoeveel tijd zij er daadwerkelijk aan besteedden. Na een plenaire bespreking kon elke deelnemer voor hem of haar belangrijke waarden per domein opnoemen. Aan deze waarden werd in sessie 5 een 'Toegewijde actie' gekoppeld door gebruik te maken van de ACT-SMART-oefening; in het kader van deze oefening werden doelen geformuleerd die Specifiek, Met betekenis, Aanvaardbaar, Realistisch en Tijdgebonden zijn. Ook werd er in deze sessie ingegaan op mogelijke belemmeringen om de gestelde doelen te behalen. Sessie 6 stond in het teken van 'Zelf als context' door de oefening 'Hoe past jouw zelfbeeld?' individueel te maken en plenair te bespreken. Daarnaast werd er plenair geoefend met de oefening 'Zelfcompassie'. Tijdens deze oefening werd stilgestaan bij hoe cliënten ervoor zorgen dat anderen niet zien wat hun last is, wat de cliënten dit heeft gekost en wat het hun zou opleveren als zij het niet meer zouden doen. De deelnemers werden in sessie 7 uitgedaagd om te defuseren van hun gedachten. Hierbinnen werden de oefeningen 'Vol hoofd', 'Voorbijrijvende bladeren op een rivier' en 'Gedachtewolk' gebruikt. In deze oefeningen werd stilgestaan bij (vervelende) gedachten die men op dat moment had om vervolgens te ervaren wat er gebeurt wanneer er afstand genomen wordt van deze gedachten. In sessie 8 was het tijd om 'Acceptatie' te bespreken. Dit werd gedaan door de oefeningen 'Pijn & lijden: bekertje met water', 'Acceptatie in de praktijk' en 'Twee zijden van de munt' gezamenlijk uit te voeren. Bij deze oefeningen werd gekeken naar de 'pijn' (acceptatie) en waarden (commitment), hoe dit als een lijden ervaren kan worden en hoe ermee geoefend kan worden. Zo wordt er in de oefening 'Twee zijden van de munt' gebruikgemaakt van een munt met op de ene zijde de 'pijn' en aan de andere zijde de 'waarden'. Deze munt staat symbool voor het bij je dragen van je 'pijn' maar ook de wil om te investeren in jezelf (commitment). Sessie 9 stond als laatste sessie in het teken van nabespreken van de groepsbehandeling en resterende vragen over onderdelen van ACT.

Elke sessie bevat meerdere ACT-metaforen, die elk werden uitgelegd en waarbij elke keer gecontroleerd werd of de cliënten zich konden vinden in de metafoor. Bij interesse in het draaiboek en werkboek kan er contact worden opgenomen met de eerste auteur.¹ De gebruikte metaforen en opdrachten zijn na te lezen op www.actinactie.nl en te downloaden via www.actinactie.nl/downloads of worden beschreven in *Time to ACT!* (Jansen & Batink, 2014).

1 Bij interesse in het draaiboek en werkboek kan contact opgenomen worden met dr. L. (Lars) de Vroeghe via l.devroeghe@ggzbregburg.nl.

Kwalitatieve evaluatie

De ACT-groepsbehandeling is kwalitatief geëvalueerd. Tijdens de laatste sessie is er een focusgroep gehouden. In deze focusgroep stonden de ervaringen met betrekking tot de ACT-groepsbehandeling centraal. De focusgroep was semigestructureerd en er was van tevoren een topiclijst opgesteld. Deze topiclijst bestond uit de deelprocessen van ACT. Er werd cliënten gevraagd naar hun ervaringen met betrekking tot het desbetreffende onderdeel. Cliënten waren vrij om hun ervaringen te delen en op elkaar te reageren. Van de focusgroep is een gedetailleerd verslag gemaakt, waarin de citaten van cliënten zijn opgenomen. Deze citaten zijn bediscussieerd door de deelnemende behandelaars en er zijn citaten geselecteerd die het meest representatief waren. Tot slot werd er uitleg gegeven over het voornemen om de ervaringen (anoniem) in artikelvorm te publiceren. Alle cliënten zijn hiermee akkoord gegaan en hebben een verklaring van *informed consent* ondertekend.

Deelnemers

De groepsbehandeling werd uitgevoerd bij een groep van vier cliënten: drie vrouwen en een man. Twee cliënten hadden de diagnose schizofrenie (waarvan één van het paranoïde type), één cliënt had een psychotische stoornis niet anders omschreven en één een (kortdurende) psychotische stoornis met duidelijke stressoren (gelinkt aan een somatisch-symptoomstoornis). De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 44,5 jaar (range 33-52 jaar).

Meetinstrument

De FIT-60 is gebruikt om psychologische flexibiliteit te meten en de zes processen van ACT vóór en na de groepsbehandeling in kaart te brengen. De vragenlijst bestaat uit zestig items, waarbij elke vraag wordt gescoord op een zevenpunts likertschaal (0 = helemaal oneens, 6 = helemaal eens). De FIT-60 heeft zes subschalen (Acceptatie, Defusie, Zelf als context, Hier en nu, Waarden, en Toegewijd handelen), die elk tien items bevatten. Hieruit volgt dat de subschaalscores van 0 tot 60 lopen en de totale score van 0 tot 360. Een hogere score op de FIT-60 betekent een hogere mate van psychologische flexibiliteit. De vragenlijst is intern consistent, stabiel, betrouwbaar en goed gevalideerd (Batink et al., 2012; Batink & Delespaul, 2015). De vragenlijst is vrij verkrijgbaar via www.hoeflexibelbenjij.nl. De uitkomsten van de FIT-60 lenen zich ook goed voor het grafisch weergeven van de zes processen van ACT in een flexibiliteitsprofiel.

Analyses

Met behulp van gepaarde *t*-toetsen is gekeken naar het verschil tussen de scores op de FIT-60 voorafgaand en na de groepsbehandeling. Effectgroottes (ES) werden gerapporteerd in Cohen's *d*. De sterkte van Cohen's *d* werd bepaald op basis van de richtlijnen van Cohen (1988): $d = 0,2$ is een kleine ES, $d = 0,5$ is een medium ES en $d = 0,8$ is een grote ES. De analyses werden gedaan met SPSS 22.0 (IBM Corporation, 2013). Gezien de kleine steekproef werd er ook gekeken of de klinische verandering na behandeling significant bevonden mocht worden door gebruik te maken van de Reliable Change Index (RCI; Jacobson, Follette, & Revenstorf, 1986) die Batink en Delespaul (2015) hebben berekend voor de FIT door gebruik te maken van de betrouwbaarheid en standaardafwijking van de FIT. Vervolgens berekenden wij verschillcores voor de FIT-60 en vergeleken deze met de RCI's. De RCI van de totaalschaal was 34 punten, van Zelf als context was de RCI 14 punten, van Acceptatie, Hier en Nu en Waarden was de RCI 13 punten, en voor Defusie en Toegewijd handelen was de RCI 12 punten (Batink & Delespaul, 2015). Er werd gekeken hoeveel cliënten er na behandeling voldeden aan deze RCI-criteria.

RESULTATEN

Kwalitatieve resultaten

Hieronder wordt per deelproces beschreven wat de cliënten van het desbetreffende deelproces vonden.

Hier en nu — *'Goed om te beseffen dat "Hier en nu" altijd toegepast kan worden en niet alleen in een stille omgeving hoeft plaats te vinden'* (allen). Over het algemeen werd de sessie 'Hier en nu' als positief ervaren. Het inzicht op welke tijdstippen en momenten van de dag stilgestaan kan worden bij het hier-en-nu was ook erg prettig. *'De mindfulnessoefening "Zintuigen" kon ik tijdens het wandelen toepassen'* (cliënt 2). *'En in gezelschap kon ik die oefening ook goed toepassen met bijvoorbeeld "Ademhaling"'* (cliënt 3). *'En ik met "Zintuigen"'* (cliënt 1). Wel werd er door een deelnemer (cliënt 4) aangegeven dat de oefening 'Ademhaling' veel stress opleverde (*'Ik merkte dat ik in paniek raakte en er heel veel vervelende gedachten in me opkwamen'*), en dat het dus fijn was dat er meerdere oefeningen aangeboden en plenair geoefend werden. De meningen liepen uiteen van: *'Ik ben niet van de mindfulness. Het is niet makkelijk, maar het helpt wel. Na de behandeling blijf ik er echter toch geen fan van'* (cliënt 1) tot: *'Een van de makkelijkste processen'* (cliënt 4), en: *'Wat ik het moeilijkst vond? De ademhalingsoefeningen'* (cliënt 3).

Waarden — Alle cliënten waren positief over de sessie gericht op waarden. Alleen vond men de opdracht te moeilijk. *‘De “Levenskompas” is een lastige opdracht’* (allen). Na de sessie werd teruggegeven dat ‘Waarden’ wellicht niet het lastigste is om te bepalen, maar wel iets waar men doorgaans (nog) nooit zo mee bezig was geweest. Alle cliënten gaven na deze sessie aan zich meer bewust te zijn van hun waarden en meer naar hun waarden te leven. De meningen over de opdrachten liepen uiteen. *‘De opdrachten vond ik niet fijn ... omdat er geen interactie was’* (cliënt 4), en: *‘Het was juist wel fijn om even te vertellen zonder wisselwerking’* (cliënt 3). Tot slot gaf men nog aan dat het *‘prettig was om mijn waarden op een rijtje te hebben’* (cliënt 1) en: *‘Ik heb nu goed inzicht in wat ik nu eigenlijk nog wilde doen in plaats van passief te blijven’* (cliënt 3).

Toegewijde actie — Tijdens de oefening ‘Plan B(lemmering)’ ervoeren de cliënten veel steun van elkaar door gezamenlijk te kijken naar welke gedachten, herinneringen, emoties, sensaties en opwellingen eenieder konden belemmeren om het gestelde doel te bereiken. Een ander voorbeeld van dit soort steunende interactie was de suggestie van een deelnemer dat als men het niet-belemmerende geheugensteuntje *‘zou schrijven vanuit de ik-persoon het sterker van invloed zou zijn’* (input van cliënt 4). Dit werd dan ook ervaren als een *‘nuttige oefening’* (cliënt 3 en 4), die *‘maakte dat ik mijn doel ook zou gaan bereiken’* (cliënt 2). Nog een opmerking: *‘Ik heb meer acties ondernomen op mijn waarden en mijn doel bereikt’* (cliënt 1).

Zelf als context — De sessie waarin de drie verschillende vormen of niveaus van zelfbesef werden besproken, ervoeren de deelnemers over het algemeen als gemakkelijk: *‘Veel wist ik al wel, maar het was wel nuttig’* (cliënt 1). Het bespreken van de metafoor ‘Helikopter’ was herkenbaar, maar werd wel als lastig ervaren: een *‘beetje moeilijk’* (cliënt 3) en *‘helikopterview blijft lastig in het dagelijks leven’* (cliënt 4). In de oefening ‘Hoe past jouw zelfbeeld?’ herkende iedereen zich. Ze bracht het plenair bespreken van leven naar andermans opgelegde maatstaven tweeweg. Ook de oefening ‘Zelf-compassie’ werd door de groep als prettig ervaren.

Defusie — In deze sessie werd gefocust op de invloed van je verstand op je leven. Dat het lastig is om gedachten op afstand te krijgen die je leven belemmeren werd herkend: *‘Het is moeilijk om daar afstand van te nemen’* (cliënt 3), en: *‘Ben ik al langere tijd mee bezig. Het blijft wel lastig om gedachten los te laten, omdat ze maar blijven komen’* (cliënt 1). De sessie maakte dat enkelen het inzicht kregen dat de stroom van gedachten constant is en blijft (cliënt 1 en 2). Ook gaf men terug dat *‘gedachten concreter zijn geworden en ik bewuster ben van mijn gedachten. Dat is prettig’* (cliënt 4). De impact van gedachten op het dagelijks leven was eveneens een verworven inzicht naar aanleiding van deze sessie: *‘In je hoofd is het eigenlijk groter dan dat het daadwerkelijk is’* (cli-

ent 1). De metafoor 'Waterval' en de oefening 'Voorbijrijvende blaadjes op de rivier' werden door allen als positief ervaren. De afsluitende woorden van cliënt 1 vatte de sessie mooi samen: *'Gedachten mogen er zijn. Ze leiden niet mijn leven, maar mogen wel mijn koers bepalen.'* Hierin kunnen de woorden 'niet leiden' en 'mogen' als ultieme toepassing van ACT beschouwd worden.

Acceptatie — Tijdens de plenaire bespreking na de oefening 'Pijn & lijden: bekertje met water' was de eerst reactie: *'Hier word je moe van'* (client 1). Bij de bespreking werd nader ingegaan op het inzicht dat deze oefening geeft met betrekking tot de strijd die je tegen je klachten kunt voeren en wat dat je oplevert: *'Ik heb inzicht gekregen dat het lastig te accepteren is zoals het is. Wel heb ik gemerkt dat er mogelijkheid is om te accepteren'* (cliënt 1). Dat werd beaamd door de andere deelnemers: *'Het is inderdaad lastig te accepteren. Het wordt wel wat makkelijker, maar ik ben er nog niet helemaal'* (client 3), en: *'Ben er nog niet, maar heb er wel wat aan gehad'* (cliënt 4). Bij het bespreken van acceptatie in de praktijk kwam naar voren dat *'jezelf afsluiten meer pijn doet dan accepteren'* (cliënt 1). Dat werd beaamd door de rest.

Nabespreking/evaluatie — Tijdens de laatste sessie was er ruimte voor vragen over de gehele ACT-behandeling, werden de scores van de FIT-60 besproken en werd er gereflecteerd op de sessies. Alle cliënten gaven aan dat de ACT-behandeling hun een goed inzicht had gegeven in de eigen valkuilen. Op de vraag of ze medecliënten ACT zouden aanraden, was de reactie positief en werd gedeeld dat *'je zaken bespreekt waar je zelf nooit bij stil zou hebben gestaan'* (cliënt 3), en: *'Je komt jezelf wel tegen, maar dan leer je wel om je weer aan te passen'* (cliënt 4). Als advies vanuit de groep werd gevraagd om een alternatief voor de oefening 'Levenskompas' tijdens de sessie gericht op waarden. Deze oefening werd als lastig ervaren, hoewel ze uiteindelijk wel waarden voor iedereen opleverde. Met betrekking tot de sessie 'Hier en nu' werd er ook geadviseerd om hierbinnen mindfulness duidelijker te introduceren. Met name de langere mindfulnessoefening riep angst op: *'Ik was bang om beelden te gaan zien'* (cliënt 4). Er werd dan ook geadviseerd om kortere oefeningen in 'Hier en nu' toe te passen, bijvoorbeeld de mindfulnessoefening 'Zintuigen'. Tot slot werd het afnemen en bespreken van de FIT-60 geëvalueerd. Iedereen was het erover eens dat de FIT-60 inzichtelijk maakte waar men aan het begin van de behandeling stond en wat men uit de behandeling had gehaald: *'Aan de defusiesessie heb ik het meest gehad. Dat is ook te zien op de vragenlijst'* (cliënt 4). Men gaf aan de grafische weergave van ieders scores in de hexaflex inzichtgevend te vinden: *'Het is fijn om te zien hoe ik vooruit ben gegaan en op welke processen binnen ACT'* (cliënt 1). Ook gaf de FIT-60 goed weer *'aan welke processen ik nog meer aandacht moet besteden'* (cliënt 3).

Kwantitatieve resultaten: de FIT-60-scores

Tabel 1 geeft de scores weer op de FIT-60 vóór (To) en na (T1) de behandeling van de cliënten. Analyses lieten zien dat de gemiddelde scores op Toegewijde actie op To ($M = 37,75$, $SD = 10,78$) en T1 ($M = 43,75$, $SD = 9,85$) significant verschilden ($t(3) = -4,648$, $p = 0,019$, $d = 0,58$). De overige scores verschilden niet significant.

Op basis van de gemiddelde verschillen van Acceptatie ($M = -0,3$; range -8-6), van Defusie ($M = 1,8$; range -20-18), van Hier en nu ($M = 5,3$; range 0-8), van Zelf als context ($M = 2,3$; range -1-5), van Waarden ($M = 1,8$; range -10-11), van Toegewijde actie ($M = 6$; range 3-9) en van de totale score ($M = 16,8$; range -5-30) werd gesteld dat de scores niet (klinisch) betrouwbaar verbeterd waren. Op basis van de RCI's was er één cliënt die een (klinisch) betrouwbare significante verbetering liet zien op Defusie (verschilscore = 18).

TABEL 1 FIT-60-scores vóór en na behandeling van cliënten ($N = 4$)

FIT-60 scores	To M (SD)	T1 M (SD)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Acceptatie	33,50 (7,33)	33,25 (11,82)	0,09	0,938	0,03
Defusie	30,50 (14,91)	32,25 (16,01)	-0,22	0,839	0,11
Hier en nu	38,25 (8,66)	43,50 (9,98)	-2,92	0,061	0,56
Zelf als context	34,50 (8,81)	36,75 (11,76)	-1,41	0,255	0,22
Waarden	42,75 (9,18)	44,50 (7,05)	-0,40	0,714	0,21
Toegewijde actie	37,75 (10,78)	43,75 (9,85)	-4,65	0,019	0,58
Totaalscore	217,25 (49,43)	234,0 (62,85)	-2,04	0,135	0,30

Noot. De FIT-60 werd afgenomen voorafgaand aan de behandeling (To) en na afloop van de behandeling (T1).

DISCUSSIE

In deze multiële gevalsbeschrijving zijn de ervaringen van een ACT-groepsbehandeling bij cliënten met een schizofreniespectrum- en/of andere psychotische stoornissen kwalitatief en kwantitatief geëvalueerd. Kwalitatief gezien wordt de behandeling door alle cliënten als positief ervaren, hetgeen overeenkomt met eerdere onderzoeken (Bacon et al., 2014; Vermaat et al.,

2018; White et al., 2011). ACT in de vorm van een groepsbehandeling binnen FACT wordt door de cliënten aangeraden voor medecliënten. Om de groepsbehandeling verder te verbeteren zijn enkele suggesties gedaan. Wat betreft de kwantitatieve evaluatie is gekeken naar de mate van psychologische flexibiliteit, die in kaart is gebracht met de FIT-60. De scores daarop waren niet (klinisch) betrouwbaar verbeterd, zij het dat elke conclusie gebaseerd op kwantitatieve gegevens met grote voorzichtigheid moet worden getrokken, aangezien er slechts vier mensen deelnamen. Alles bij elkaar suggereren de bevindingen dat ACT-groepsbehandeling bij schizofreniespectrum- en/of andere psychotische stoornissen haalbaar is en door cliënten als positief ervaren wordt. Vooralsnog is het te vroeg om conclusies te trekken over klinische (betrouwbare) verbetering op basis van FIT-scores om de effectiviteit van ACT na behandeling aan te tonen.

Individueel aangeboden ACT-sessies bij cliënten met psychotische symptomen laten positieve resultaten zien (Bacon et al., 2014; Tonarelli et al., 2016; White et al., 2011), waarbij depressie, angst en hallucinaties verminderen (Shawyer et al., 2017; Yildiz, 2020). ACT is ook geschikt om in groepsverband aan te bieden (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996) en bleek effectief bij andere cliëntenpopulaties (Avdagic, Morrissey & Boschen, 2014; Kocovski, Fleming, Hawley, Huta, & Antony, 2013; McCracken & Gutiérrez-Martínez, 2011; Wetherell et al., 2011). De huidige resultaten laten zien dat ACT-groepsbehandeling binnen FACT haalbaar is en bevestigen de eerdere bevindingen van Vermaat en collega's (2018). Cliënten vinden dat ACT van toegevoegde waarde is bij het huidige behandelaanbod. Verder onderzoek is echter noodzakelijk om de kwalitatieve en kwantitatieve effecten van ACT in groepsverband bij cliënten met schizofreniespectrum- en/of andere psychotische stoornissen te evalueren.

De deelnemers ervoeren ACT als een zeer welkome toevoeging aan het reguliere behandelaanbod binnen FACT. Met name de sessies over cognitieve defusie, waarden en toegewijde actie werden als positief ervaren. Hierin stond het meest op de voorgrond dat dit aspecten waren die normaliter niet op deze manier besproken werden. Dat werd als prettig ervaren, zo gaven cliënten aan. Het inzetten van de FIT-60 werd als positief beschouwd en heeft de potentie om ACT op een kwantitatieve manier te benaderen. De deelnemers gaven dit ook terug. Na de behandeling maakte de inzet van de vragenlijst inzichtelijk op welk gebied men de meeste vooruitgang had geboekt. Als advies gaf men aan dat de oefening over waarden vervangen kon worden. Omdat hier domeinen in voorkomen waar men minder mee had of die op dit moment juist confronterend waren (bijvoorbeeld het domein 'werk'), kan ook overwogen worden om de oefening aan te passen. Tot slot werd de sessie met mindfulness als nuttig ervaren, maar een van de oefeningen riep wel heftige reacties op bij een cliënt. Het advies was dan ook om kortere mindfulnessoefeningen te doen, bijvoorbeeld de oefening die zich richt op de zintuigen in plaats van op wat er zich binnen de cliënt afspeelt. Door deze

adviezen over te nemen en de groepstherapie aan te passen kan er voor deze doelgroep een gepersonaliseerd protocol opgesteld worden, dat goed aansluit bij de door cliënten ervaren dagelijkse problematiek.

De resultaten van deze studie wijzen erop dat ACT een aanvulling kan zijn op de reguliere behandeling binnen FACT. ACT biedt een behandel mogelijkheid die kan bijdragen aan het herstel van cliënten bij wie gebleken is dat medicatie niet altijd even effectief is of te veel onwenselijke bijwerkingen heeft, of die geen medicatie wensen te gebruiken (Gaudino et al., 2015). De reguliere behandeling bij deze doelgroep bestaat voornamelijk uit CGT en *competitive memory training* (COMET; Korrelboom, de Jong, Huijbrechts, & Daansen, 2009; Korrelboom, Marissen, & van Assendelft, 2011; Korrelboom, van der Gaag, Hendriks, Huijbrechts, & Berretty, 2008; Korrelboom, van der Weele, Gjaltema & Hoogstraten, 2009), waarbij binnen COMET gericht wordt op het verbeteren van het zelfbeeld. Uit studies bleek COMET effectief te zijn in het verbeteren van depressieve klachten bij cliënten met een schizofreniespectrumstoornis (van der Gaag, van Oosterhout, Daalman, Sommer, & Korrelboom, 2012). Echter, daar waar COMET zich sec richt op het vergroten van het zelfbeeld, is ACT gefocust op het leren om aandacht en tijd te besteden aan zaken die er voor de cliënt zelf toe doen en klachten te accepteren, wat vervolgens voldoening geeft. Daarbij lijkt deze vorm van therapie ook nog secundair bij te dragen aan een positiever zelfbeeld.

Vanwege de heel kleine steekproef dienen de resultaten van deze studie met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. In de toekomst zal een evaluatie plaatsvinden waarin meerdere afgeronde ACT-groepsbehandelings-trajecten worden geïncorporeerd. Op deze manier kan de ACT-groepsbehandeling uitgebreider geëvalueerd worden en het effect op psychologische flexibiliteit verder onderzocht worden. Vooralsnog kan uit de huidige studie geconcludeerd worden dat ACT in groepsverband haalbaar is binnen FACT, en vinden cliënten met schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen ACT een aanvulling op het huidige behandelaanbod.

Lars de Vroege was ten tijde van het schrijven van dit artikel werkzaam als psycholoog in opleiding tot gz-psycholoog bij FACT Breda Centrum Zuid van GGz Breburg. Nu is hij als gz-psycholoog werkzaam bij Topklinisch Centrum Lichaam, Geest en Gezondheid van GGz Breburg. Daarnaast is hij als senior onderzoeker vanuit de Academische werkplaats Geestdrift, Tranzo, Tilburg University, betrokken bij diverse wetenschappelijke onderzoeken binnen GGz Breburg.

Petra Rops is als sociaal-psychiatrisch verpleegkundige werkzaam bij FACT Breda Centrum Zuid van GGz Breburg.

Barbara Breugelmans is als gz-psycholoog werkzaam bij FACT Breda Centrum Zuid van GGz Breburg. Zij is tevens manager behandeling van de zorggroep IMPACT.

Correspondentieadres: L. de Vroege, Loopschansstraat 101, 4817 KT Breda. E-mail: l.devroege@ggzbreburg.nl.

Summary *Acceptance and commitment therapy (ACT) as group therapy in FACT: A qualitative and quantitative pilot study*

Acceptance and commitment therapy (ACT) is more frequently being used in several patient groups. Patients with schizophrenia spectrum and other psychotic disorders may also benefit from this treatment. We aimed to increase the psychological flexibility of this patient group by offering an ACT group intervention in a flexible assertive community treatment (FACT) team. Studies focusing on ACT group interventions for patients with schizophrenia spectrum and other psychotic disorders are limited in number. This multiple case study describes the experiences of clients in a FACT team following the ACT group intervention qualitatively. Psychological flexibility was explored quantitatively. The results show that clients were pleased with the ACT group intervention as an addition to the regular treatment program. However, the psychological flexibility of clients did not increase significantly. Nevertheless, based on the experiences of the patients, ACT group intervention can be considered a feasible treatment option for patients with schizophrenia spectrum and other psychotic disorders in FACT.

Keywords *acceptance and commitment therapy, FACT, psychosis, schizophrenia, psychological flexibility*

Literatuur

- A-Tjak, J. (2015). *Acceptance & commitment therapy*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Avdagic, E., Morrissey, S. A., & Boschen, M. J. (2014). A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behaviour therapy for generalised anxiety disorder. *Behaviour Change*, 31, 110-130.
- Bacon, T., Farhall, J., & Fossey, E. (2014). The active therapeutic processes of acceptance and commitment therapy for persistent symptoms of psychosis: Clients' perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 402-420.
- Batink, T., & Delespaul, P. (2015). Meten van psychologische flexibiliteit: De Flexibiliteits Index Test (FIT-60). *Gedragstherapie*, 48, 310-332.
- Batink, T., Jansen, G., & de Mey, H. R. A. (2012). De Flexibiliteits Index Test (FIT-60): Een beknopte beschrijving. *GZ-psychologie*, 4, 18-21.
- Bluett, E. J., Homa, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 612-624.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gaudino, B. A., Busch, A. M., Wenze, S. J., Nowlan, K., Epstein-Lubow, G., & Miller, I. W. (2015). Acceptance-based behaviour therapy for depression with psychosis: Results from a pilot feasibility randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Practice*, 21, 320-333.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and the third wave of behavioural and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Verlag.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance en commitment therapie*. Benelux: Pearson B.V.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996).

- Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152e1168.
- IBM Corporation. (2013). *IBM SPSS statistics for Windows, Version 22.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revenstorf, D. (1986). Toward a standard definition of clinically significant change. *Behavior Therapy*, 17, 308-311.
- Jansen, G., & Batink, T. (2014). *Time to ACT! Het basisboek voor professionals*. Zaltbommel: Uitgeverij Thema.
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Hawley, L. L., Huta, V., & Antony, M. M. (2013). Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 889-898.
- Korrelboom, K., de Jong, M., Huijbrechts, I., & Daansen, P. (2009). Competitive memory training (COMET) for treating low self-esteem in patients with eating disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 974-980.
- Korrelboom, K., Marissen, M., & van Assendelft, T. (2011). Competitive memory training (COMET) for low self-esteem in patients with personality disorders: A randomized effectiveness study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 1-19.
- Korrelboom, C. W., & ten Broeke, E. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk*. Bussem: Coutinho.
- Korrelboom, K., van der Gaag, M., Hendriks, V. M., Huijbrechts, I., & Berretty, E. W. (2008). Treating obsessions with competitive memory training: A pilot study. *Behavior Therapist*, 31, 29-36.
- Korrelboom, K., van der Wee, K., Gjaltema, M., & Hoogstraten, C. (2009). Competitive memory training for treating low self-esteem: A pilot study in a routine clinical setting. *Behavior Therapist*, 32, 3-8.
- McCracken, L. M., & Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on acceptance and commitment therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 267-274.
- Ost, L. G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105-121.
- Shawyer, F., Farhall, J., Thomas, N., Hayes, S. C., Gallop, R., Copolov, D., & Castle, D. J. (2017). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 210, 140-148.
- Tonarelli, S. B., Pasillas, R., Alvarado, L., Dwivedi, A., & Cancellare, A. (2016). Acceptance and commitment therapy compared to treatment as usual in psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatry*, 19, 366.
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *The Psychiatric Clinics of North America*, 40, 751-770.
- van der Gaag, M., van Oosterhout, B., Daalman, K., Sommer, I. E., & Korrelboom, K. (2012). Initial evaluation of the effects of competitive memory training (COMET) on depression in schizophrenia-spectrum patients with persistent auditory verbal hallucinations: A randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 51, 158-171.
- van Veldhuizen, R., Bähler, M., Polhuis, D., & van Os, J. (red.). (2008). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.

- van Veldhuizen, R., Polhuis, D., Bähler, M., Mulder, N., & Kroon, H. (red.). (2015). *Handboek (Flexible) ACT: Herstelondersteunende zorg en behandeling in de eigen omgeving voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Vermaat, M., Stringer, B., & van der Voort, N. (2018). Ervaringen van patiënten met schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen met acceptance and commitment therapy (ACT). *Participatie en Herstel*, 2, 21-29.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., ... Atkinson, J. H. (2011). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152, 2098-2107.
- White, R., Gumley, A., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S., & Mitchell, G. (2011). A feasibility study of acceptance and commitment therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 901-907.
- Yildiz, E. (2020). The effects of acceptance and commitment therapy in psychosis treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56, 149-167.

Empathie verbindt en verblindt

Bijwerkingen in de therapiekamer?

WESLEY SLOOT

Samenvatting

Empathie is als universele therapiefactor een robuuste voorspeller voor therapiesucces boven op de gekozen interventie. Er zijn echter steeds meer aanwijzingen vanuit de sociale psychologie en sociale neurowetenschappen dat empathie ook bijwerkingen heeft. Klinisch onderzoek naar dit onderwerp is beperkt, maar er is wel veel bekend over therapeutische dwaling, een proces waarin de therapeut ondanks zijn kennis van de behandelmethode afwijkt. Omdat onder andere angst bij de therapeut hieraan ten grondslag ligt, zouden de bijwerkingen van empathie kunnen meespelen. Het doel van dit artikel is om een overzicht te bieden van onderzoeksresultaten uit de sociale psychologie en sociale neurowetenschappen om vervolgens te kijken of de gevonden bijwerkingen mee kunnen spelen in deze therapeutische dwaling. Het is geen pleidooi tegen empathie, maar eerder een poging om in kaart te brengen of empathie, naast positieve effecten, ook bijwerkingen kan hebben voor het toepassen van evidence-based psychologische behandelingen. Hieruit volgen suggesties voor vervolgonderzoek.

Trefwoorden: empathie, common factors, therapeutische dwaling, bijwerkingen, evidence-based psychologische behandeling

INLEIDING

Empathie is een begrip dat ons bezighoudt, met meer dan anderhalf miljoen resultaten op Google Scholar. Deze interesse is gepast, want academici en leken lijken het erover eens dat empathie onze wereld een betere plek maakt. De hashtag #empathy komt miljoenen keren voor op Twitter en in academi-

sche kringen wordt empathie in verband gebracht met historische vooruitgang, zoals de afschaffing van slavernij, het opkomen voor mensenrechten en het verbeteren van internationale betrekkingen (Krznaric, 2014; Pinker, 2011). Het is dan ook niet vreemd dat bekende wetenschappers en politici empathie zien als een oplossing voor onze huidige maatschappelijke uitdagingen (de Waal, 2009; Klaver, 2016; Krznaric, 2014; Obama, 2007).

Hetzelfde enthousiasme voor empathie doet zich ook voor onder psychologen. Hoewel evidence-based psychologische behandelingen zeer effectief zijn (Keijsers, van Minnen, & Hoogduin, 2011), gaat er bij psychologen veel aandacht uit naar de zogenaamde non-specifieke of universele therapiefactoren. Dit zijn factoren die boven op de interventie bijdragen aan de effectiviteit van therapie (Wampold, 2015). Empathie is een dergelijke universele factor en draagt met een middelgrote *effect size* (Cohen's $d = 0,58$) consistent bij aan het effect van therapie. Dit effect doet zich voor ongeacht de gekozen therapievorm (Elliott, Bohart, Watson, & Murphy, 2018). Anderen gaan hierin nog verder en noemen empathie het belangrijkste vehikel voor verandering (Vanaerschot, Nicolai, & Hebbrecht, 2015). Verwonderlijk is dat de therapeutische relatie en empathie een sterkere bijdrage lijken te leveren aan cognitieve gedragstherapie (CGT) dan aan bijvoorbeeld psychodynamische therapie, zoals Keijsers (2014) terecht opmerkt. Dit terwijl empathie centraal staat in de psychodynamische therapie (Vanaerschot et al., 2015) en bij CGT eigenlijk nauwelijks een expliciete rol krijgt (Daansen, 2015; Thwaites & Bennett-Levy, 2007). Wat zegt dit over de aard van empathie en de samenhang met de gekozen therapievorm? Hoe doet een universele therapiefactor als empathie zijn werk?

In het licht van dergelijke vragen breekt Keijsers (2014) dan ook een lans voor meer onderzoek naar deze universele factoren. Aan de hand van sociaal-psychologisch onderzoek doet Keijsers een voorzet en probeert deze te verklaren waarom de therapeutische relatie zo werkzaam is. Dezelfde werkwijze wordt in dit artikel toegepast op empathie. Echter, omdat er al veel geschreven is over de positieve aspecten van empathie (Elliott et al., 2018; Vanaerschot et al., 2015), zal de focus van dit artikel liggen op de andere kant van het verhaal. Deze focus ligt in lijn met een recent tegengeluid onder sociaal-psychologen en neurowetenschappers en is ook niet nieuw binnen de klinische psychologie. Nicolai (1999) beschrijft al hoe door empathie oude patronen bij de therapeut geactiveerd kunnen worden en daardoor onder andere kunnen leiden tot overbetrokkenheid dan wel het bagatelliseren van klachten. Hendriks, de Kleine, van Rees en van Minnen (2011) vermoedden zelfs dat empathie een belemmerend effect kan hebben op de behandeling van posttraumatische-stressstoornis (PTSS) en stelden daarom onder andere voor de therapeut elke sessie te wisselen. Deze kanttekeningen roepen de vraag op of empathie, ondanks de positieve werkingen ervan, ook betrokken kan zijn bij therapeutische valkuilen als vermijding (van Minnen, 2008) en therapeutische dwaling (Waller, 2014).

In dit artikel wordt aan de hand van sociaal-psychologisch en sociaal-neurowetenschappelijk onderzoek een achtergrond gegeven bij empathie en die van voorzichtige kanttekeningen voorzien. De bedoeling is om de lezer te herinneren aan de inherente bijwerkingen van dit krachtige vermogen en na te denken over de betekenis ervan voor psychologische behandelingen. Daarom is ook uitdrukkelijk gekozen voor de term ‘bijwerkingen’. Het gaat tenslotte om de neveneffecten van een potentieel werkzaam element.

DEFINITIES

.....

Om verwarring te voorkomen is het goed om eerst een definitie te geven van empathie. Het aantal boeken en artikelen dat erover geschreven is, komt namelijk overeen met het aantal definities. Er lijkt echter overeenstemming te bestaan over het feit dat empathie in ieder geval: (1) een emotionele reactie op de ander betreft, die (2) deels overlapt met het gevoel van de ander, en (3) leidt tot inzicht in het perspectief van de ander (de Waal, 2008; Lamm & Majdandžić, 2015; Lamm, Batson, & Decety, 2007; Sapolsky, 2017). Deze definitie verschilt van de meer rationele en bewuste procesempathie zoals die in de psychoanalyse wordt ingezet. Empathie is dan bijvoorbeeld een bewust ingezette interventie waarbij therapeut en patiënt samen toewerken naar begrip (Vanaerschot et al., 2015). Elliott en collega's (2018) geven daarop aansluitend richtlijnen voor hoe empathie het beste ingezet kan worden. In dit artikel wordt specifiek gekeken naar empathie als emotionele reactie, bestaande uit een affectieve en een cognitieve component.

HOE WERKT EMPATHIE?

.....

Deze verschillende componenten van de empathische reactie zijn op schrift gemakkelijk te scheiden, maar lopen in het brein door elkaar. Hierbij spelen bottom-up- en top-downprocessen een wederzijds versterkende rol (Lamm & Majdandžić, 2015). Allereerst is er het meevoelen met de ander, een vorm van emotionele besmetting ofwel affectieve empathie, die voornamelijk bottom-up werkt, als een pure reactie op de zintuigen. Een belangrijke ontdekking die dit ondersteunt, is dat het waarnemen van pijn bij een ander in ons eigen brein dezelfde hersengebieden activeert als wanneer we zelf pijn hebben (Singer et al., 2004). Hetzelfde geldt voor het waarnemen van emoties bij een ander versus het beleven van eigen emoties, maar hoe deze complexere waarneming precies werkt, is nog verre van duidelijk (Lamm & Majdandžić, 2015). Voor deze emotionele laag van empathie is ook herkenning van eigen emoties belangrijk. Ter illustratie: alexithymie, het onvermogen eigen emoties te herkennen en beschrijven, is een betere voorspeller van een tekort aan affectieve empathie dan een autismespectrumstoornis (Bird et al., 2010).

De tweede component, cognitieve empathie, gaat over perspectiefname. Hierbij wordt allereerst top-down onderscheid gemaakt tussen het eigen gevoel en het gevoel van de ander (Lamm et al., 2007). Om vervolgens een beeld te vormen van wat er in de ander omgaat, is een goed ontwikkelde *Theory of Mind* belangrijk. Die term verwijst naar het vermogen om de ander eigen emoties, gedachten en motivatie toe te schrijven (Premack & Woodruff, 1978). Om dit vermogen te versterken kan het brein met behulp van de spiegelneuronen proberen te achterhalen wat iemand van plan is, en wel door een projectie te maken van wat wij in die situatie zouden doen (Lamm & Majdandžić, 2015). Zo kan het brein tijdens het kijken naar een spannende voetbalwedstrijd een voorspelling maken van de beslissende trap van de spits nog voordat die gemaakt is. Al voordat de spits heeft gescoord, maken de toeschouwers de trap al af in hun brein en bewegen sommigen zelfs hun benen mee. Let wel, dit is dus geen reflectie van wat de spits doet, eerder een (hoopvolle) voorspelling. De term 'spiegelneuronen' is dan ook verwarrend. Niettemin helpen de cognitieve aspecten van empathie om een representatie te maken van wat de ander denkt en voelt.

De cognitieve component van empathie is onlosmakelijk verbonden met de emotionele kant en een betekenisvol onderscheid is voor de dagelijkse praktijk niet te maken (Sapolsky, 2017). Uitzonderingen zijn psychopathie en autisme, waarbij respectievelijk affectieve en cognitieve empathie beperkt lijken (Baron-Cohen, 2011). De ontwikkeling van een complete empathische reactie kan namelijk worden belemmerd door genetische factoren, maar ook door verstoorde hechting, zoals bij verschillende vormen van persoonlijkheidsproblematiek (Baron-Cohen, 2011). Maar zelfs wanneer er geen sprake is van een psychiatrische stoornis, wordt empathie niet zomaar geactiveerd. Omdat het deels een top-downproces is, wordt onze empathische reactie bepaald door verschillende situationele factoren (Decety, 2010). Een lege maag of een stressvolle dag bijvoorbeeld maakt mensen al snel minder empathisch (Sapolsky, 2017; Vanaerschot et al., 2015).

GEDEELDE SMART IS DUBBELE SMART

.....

Nu we hebben vastgesteld welke definitie gehanteerd wordt, zal nader gekeken worden naar de bijwerkingen van empathie. Op basis van de literatuur zijn een aantal bijwerkingen te onderscheiden. De eerste bijwerking is vermijdingsgedrag. Zoals eerder genoemd, activeert pijn waargenomen bij een ander dezelfde hersengebieden als eigen pijn (Singer et al., 2004) en net als fysieke pijn activeert ook sociaal-emotionele pijn het stresssysteem (MacDonald & Leary, 2005). In concrete termen betekent dit dat het waarnemen van stress van de ander kan leiden tot stress bij onszelf (Decety, 2010). Omdat dit gepaard gaat met een vecht-vluchtreactie (Sapolsky, 2004), kan empathie via deze weg leiden tot vermijding (Batson, O'Quin, Fultz,

Vanderplas, & Isen, 1983; Bloom, 2016; Sapolsky, 2017). Dit gebeurt vooral als we niet de scheiding kunnen maken tussen onze eigen emoties en die van de ander (Lamm et al., 2007), een vaardigheid die bij oplopende stress onder druk kan komen te staan (Sapolsky, 2017). In het experiment van Lamm en collega's (2007) lieten de onderzoekers proefpersonen een video bekijken waarin mensen een pijnlijke medische procedure ondergingen. De proefpersonen die de opdracht kregen zich te verplaatsen in de lijdende persoon, vertoonden een flinke stressreactie, terwijl dit minder was bij de controlegroep, namelijk de proefpersonen die de video objectief moesten beschouwen.

Een goede spanningsregulatie en het juiste perspectief lijken dus behulpzaam om de empathische reactie te verdragen en hulp te kunnen bieden (Decety, 2010; Eisenberg et al., 1994; Singer et al., 2008). Een belangrijke kanttekening hierbij is wel dat de verwachte kosten van de hulp niet te groot moeten zijn, want dan kiezen proefpersonen toch eerder voor zichzelf (Shaw, Batson, & Todd, 1994), vermoedelijk omdat het vooruitzicht zelf te lijden het perspectief weer verschuift naar de eigen emoties (Batson et al., 1983).

De tweede bijwerking is dat de hulp die we bieden vanuit empathie niet per definitie adequaat is (Neuberg, Cialdini, Brown, Luce, & Sagarin, 1997). Een factor die hierin meespeelt, is dat de focus ligt op het hier-en-nu, zoals bij andere vormen van emotioneel redeneren (Sapolsky, 2017). Het gaat dan vooral om het wegnemen van acute stress, wat in sommige gevallen problematisch kan zijn, bijvoorbeeld wanneer acute stress of pijn op de korte termijn nodig is voor voordelen op de langere termijn (Bloom, 2016; Neuberg et al., 1997). Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het vaccineren van kinderen, die acute pijn (van het geprikt worden) moeten verdragen ten gunste van voordelen op lange termijn (immuniteit). Als ouders empathisch meelijden met hun kinderen en daarom afzien van vaccinatie, heeft dit negatieve gevolgen op de lange termijn. Deze bijwerking komt ook terug in politiek beleid. Goedbedoelde interventies als positieve discriminatie kunnen averechtse effecten hebben, en negatieve stereotypen valideren en versterken (Haidt & Jussim, 2016). Krznaric (2014) biedt onbedoeld een krachtige illustratie van deze tweede bijwerking, wanneer hij het verhaal van Patricia Moore beschrijft. Als ontwerper deed zij in 1979 een zogenaamd empathisch experiment. Ze verkleedde zich en bond haar handen in om te ervaren hoe het is om een bejaarde vrouw met artritis te zijn. Hierdoor was ze in staat om keukengerei te ontwikkelen speciaal voor mensen met artritis, een perfect voorbeeld van de kracht van empathie. Tegelijk speelde ze na dit experiment een belangrijke rol om de *Americans with Disabilities Act* ingevoerd te krijgen. Dit is een wet die zich onder andere richt op het verbeteren van de arbeidspositie van mensen met een handicap. De goedbedoelde wet lijkt echter geleid te hebben tot lagere lonen en minder arbeidsparticipatie voor de beoogde doelgroep (Acemoglu & Angrist, 2001; Thompkins, 2015). Als empathie, zoals Krznaric (2014) beargumenteert, inderdaad de drijfveer was achter deze sociale verandering, dan laat dat een zorgelijke kant zien.

Empathie is waarschijnlijk op haar best in een concrete, acute situatie. Maar in een abstracte situatie die overwegingen vraagt op de lange termijn kan empathie, zoals elke emotionele reactie, een belemmering vormen voor adequate hulp.

Tot slot kan empathie het morele kompas aantasten en leiden tot eenken-nigheid. We voelen vooral empathie voor mensen die op ons lijken. Deze mensen vallen zogezegd binnen onze *empathische kring* (naar: Singer, 2011) en krijgen een voorkeursbehandeling. Voor mensen buiten deze kring voe-len we minder empathie naarmate ze in belangrijke voorkeuren of achtergrond van ons verschillen (Pinker, 2011). Hoe sterker de empathische ver-bondenheid met de eigen groep, hoe groter het verschil in empathie. Zo zal een toegewijd fan van een sportteam minder empathie voelen voor fans van de aartsrivaal dan iemand die minder betrokken is bij het eigen team (Hein, Silani, Preuschoff, Batson, & Singer, 2010). Voor de toegewijde fan kan het zien lijden van een aartsrivaal daarentegen zelfs een fijn gevoel oproepen, een soort *Schadenfreude* (Decety, Echols, & Correll, 2010). Hetzelfde kan gebeuren bij mensen die in etniciteit van ons verschillen (Mathur, Harada, Lipke, & Chiao, 2010). Empathie wordt daarom ook in verband gebracht met etnische bias, een vertekening in het denken die zich uit in onterecht ne-gatieve denkbelden over personen met een andere etnische achtergrond (voor een overzicht, zie: Lamm & Majdandžić, 2015). Omdat empathie ons denken op deze manier vertekent, levert dat soms paradoxale uitkomsten op. Zo kunnen mensen die het hoogst scoren op empathie (Iyer, Koleva, Graham, Ditto, & Haidt, 2012; McCue & Gopoian, 2000) tegelijkertijd de meeste moeite hebben om zich in te leven in iemand met een andere politie-ke voorkeur (Graham, Nosek, & Haidt, 2012). Onder de verkeerde omstan-digheden kan deze bias zelfs omslaan naar agressie jegens buitenstaanders (Buffone & Poulin, 2014).

Vanwege deze eenkennigheid kan een teveel aan empathie leiden tot immorele keuzes. Thomson (1985) illustreerde dit aan de hand van een ge-dachte-experiment: het vermaarde trolleyprobleem. In zijn meest bekende vorm is dit een fictief ethisch dilemma waarbij proefpersonen voor de keuze staan om één persoon op te offeren teneinde er vijf te redden. Over het al-gemeen kiezen mensen ervoor om zo veel mogelijk levens te redden, wat gezien wordt als de meest rationele uitkomst (Greene, Morelli, Lowenberg, Nystrom, & Cohen, 2008). Maar wanneer men proefpersonen vraagt zich empathisch te verplaatsen in die ene persoon, schiet het percentage ratio-nele keuzes naar beneden (Majdandžić et al., 2012). Hierdoor ontstaat de wonderlijke situatie dat in een dergelijk abstract dilemma mensen met ver-minderde empathie (vanwege alexithymie of psychopathie) betere morele keuzes maken (Patil, 2015; Patil & Silani, 2014). Batson, Batson en collega's (1995) lieten tevens zien dat empathie kan leiden tot gedrag dat het collec-tief benadeelt. Wanneer proefpersonen bij het verdelen van loten zich moe-ten inleven in een medespeler, kiezen ze er vaker voor om loten te delen met

deze 'geïdentificeerde medespeler' dan met de groep, zelfs als het aantal te verdelen loten erdoor afneemt. Opmerkelijk is dat proefpersonen deze keuze maken hoewel ze haar als moreel minder goed ervaren. Minder abstract wordt het in een ander beroemd onderzoek. Proefpersonen krijgen hier de mogelijkheid om een fictief meisje met leukemie hoger op de wachtlijst te zetten. Hoe meer empathische inleving, hoe gemakkelijker de rest van de wachtlijst benadeeld wordt (Batson, Klein, Highberger, & Shaw, 1995).

Deze uitkomsten gaan in tegen het morele principe van gelijke behandeling, alsmede tegen het utilitaire principe dat dat men keuzes moet maken waar zo veel mogelijk mensen van profiteren (Lamm & Majdandžić, 2015). Bloom (2016) beargumenteert dat empathie een rol speelde bij het goedpraten van slavernij en dat ze van invloed is op beide kanten van het moreel geladen klimaatdebat (zie ook: Krznaric, 2014). Batson en Ahmad (2007) concludeerden dan ook dat empathie, net als egoïsme, een bedreiging is voor het collectieve goed. De empathische reactie richt zich tenslotte op wat op korte termijn goed is voor een kleine groep, ten koste van mensen die daarbuiten vallen.

VAN SACHTE MEESTERS

.....

'Het is van ouden tijt bevonden, van sachte meesters vuyle wonden.'
– Jacob Cats (1577-1660)

Empathie heeft dus een keerzijde. Gezegd kan worden dat empathie zowel verbindt als verblindt, om een aforisme te gebruiken van Jonathan Haidt, die ditzelfde aforisme gebruikt voor moraliteit (Haidt, 2012). Zijn deze bijwerkingen relevant voor de klinische praktijk? Deze vraag is vooralsnog moeilijk te beantwoorden, omdat er weinig gericht onderzoek naar bestaat. Maar zoals nieuwe hemellichamen ontdekt kunnen worden door te zoeken naar het effect dat ze hebben op hun omgeving, zo kunnen we wellicht ook de invloed van empathie ontwaren door te zoeken naar de te verwachten bijwerkingen. Gesteld dat de bijwerkingen uit sociaal-psychologisch onderzoek te generaliseren zijn naar de klinische praktijk, dan verwachten we dat er vermijdingsgedrag, goedbedoelde maar ontoereikende hulp, en eenkenigheid te zien zullen zijn. Bij onze zoektocht zal de literatuur over therapeutische valkuilen gebruikt worden.

Zo wordt geregeld gesteld dat therapeuten vermijdingsgedrag kunnen vertonen en bijvoorbeeld geen exposure uitvoeren (van Minnen, 2008; Waller, 2014), hoewel ze de kennis van het exposureprotocol wel in huis lijken te hebben (Becker, Zayfert, & Anderson, 2004; Greeven & van Sambeek, 2018). Zou het kunnen dat therapeuten bang worden omdat hun patiënten angstig zijn? Waller en Turner (2018) beschrijven een interactiemodel waarin de angst van de patiënt overgenomen wordt door de therapeut, die vervolgens vermijdingsgedrag gaat vertonen. De patiënt pikt dit op en gaat

erin mee. Het gevolg is echter dat de angst waarmee de patiënt zich heeft aangemeld uiteindelijk in stand blijft, maar dan versterkt door gevoelens van machteloosheid bij zowel patiënt als therapeut. Dit laatste sluit aan bij eerder onderzoek, dat suggereert dat meer empathische therapeuten ook meer last hebben van secundaire traumaklachten (Ludick & Figley, 2016). Dit verwijst naar de angst- en spanningsklachten die hulpverleners kunnen ervaren door het contact met getraumatiseerde patiënten (Canfield, 2005). Deighton, Gurrus en Traue (2007) laten zien dat vermijdingsgedrag hier een belangrijke rol speelt. Het zijn namelijk vooral therapeuten die tegen beter weten in evidence-based technieken als exposure vermijden die last hebben van secundaire traumaklachten. Vermoedelijk is het dus niet een gebrek aan kennis maar angst die hier in eerste instantie tot vermijding leidt. In tweede instantie gaat die gepaard met toenemende klachten bij de therapeut (en bij de patiënt?), conform het model van Waller en Turner (2018). Natuurlijk kunnen bij vermijdingsgedrag van de therapeut meerdere factoren betrokken zijn, zoals onzekerheid over de eigen vaardigheden (Waller, 2014). Maar deze bevindingen suggereren ook een mogelijke rol voor empathie.

Dat de belangrijkste interventie in de behandeling van PTSS (Cusack et al., 2016) vermeden kan worden, betekent overigens niet dat er geen hulp geboden wordt. Het risico is alleen dat deze hulp ontoereikend is. Zo kan het belang onderstreept worden van stabilisatie, soms ten koste van bijvoorbeeld exposure. Argumenten kunnen dan bijvoorbeeld zijn dat exposure te belastend is of het trauma te heftig. Het is echter de vraag of dit niet leidt tot therapeutische dwaling, namelijk het afwijken van de aangewezen behandelmethode (Waller, 2014). In lijn met de literatuur uit de sociale psychologie is het mogelijk dat de focus hier te veel ligt op het oplossen van de acute nood. In zulke gevallen wordt dan wel goedbedoelde hulp geboden, maar mogelijk met stagnatie of toename van de klachten tot gevolg (Bicanic, de Jongh, & ten Broeke, 2015; van Minnen, 2008; voor een tegengeluid, zie: Dorrepaal, Thomaes, Draijer, Veltman, & van Balkom, 2015). Exposure zou weleens de beste vorm van emotieregulatie en stabilisatie kunnen zijn voor patiënten met angstklachten.

Tot slot kan gekeken worden of er iets terug te zien is van de *eenkennigheid* van empathie. Zoals benoemd, wordt empathie in verband gebracht met etnische bias. Het is dan ook niet voor niets dat Kortmann (2016) een aantal problemen beschrijft die zich kunnen voordoen in de behandelrelatie tussen een therapeut en een patiënt met een verschillende etnische achtergrond. Hij schrijft dit toe aan etnocentrisme, wat inhoudt dat iedereen de ander beoordeelt aan de hand van zijn eigen normen en waarden. Empathie hoeft hier niet de enige verklaring voor te zijn, maar zou er gezien de bijwerkingen wel aan kunnen bijdragen. De eenkennigheid hoeft zich ook niet te beperken tot etniciteit. Om dezelfde reden valt bijvoorbeeld ook te voorspellen dat de meervoudige partijdigheid in partnerrelatietherapie (zie onder anderen: Keijsers, 2016) in het gedrang kan komen. Zo kan het voor de therapeut ver-

leidelijk zijn om mee te gaan in het ‘zoek-de-boefpatroon’, zoals beschreven in de systeembehandeling van een aandachtstekortstoornis (ADHD) (Römer, 2004). Denk bijvoorbeeld aan een casus met huiselijk geweld. Wanneer zowel slachtoffer als dader in therapie komen om er samen aan te werken, kan de valkuil zijn dat de empathie en inzet zich vooral richten op het slachtoffer (Taft & Murphy, 2007). Gelukkig zou ook voor deze laatste bijwerking een verschuiving van perspectief kunnen helpen. Zo kan het gebruik van een klinisch instrument, zoals het cultureel interview, helpen om een brug te slaan tussen therapeut en patiënt, ondanks hun verschillende culturele achtergrond (Kortmann, 2016). Door kennis te vergroten is het mogelijk om overeenkomsten te vinden, waardoor mensen die sterk van ons verschillen ook binnen de empathische cirkel kunnen komen (Batson, Lishner, Cook, & Sawyer, 2005; Haidt, 2012). Wanneer bijvoorbeeld een naaste last heeft van het gedrag van een partner met ADHD, kan een systemische interventie erop gericht zijn die naaste te laten inzien dat ook de partner zelf last heeft van de ADHD (Baars & van Meekeren, 2013).

Als empathie inderdaad een rol speelt bij deze valkuilen, is voor de therapeut goede emotieregulatie belangrijk (Beutler, Crago, & Arizmendi, 1986). Zoals exposure goed is voor de patiënt (van Minnen, 2008), zo kan het *toepassen* van exposure goed zijn voor de therapeut. Het voorkomt dus niet alleen secundaire traumaklachten (Deighton et al., 2007). Maar omdat de therapeut bij exposure niet in de schoenen van de patiënt hoeft te staan maar een klinische interventie toepast, helpt dit mogelijk om het perspectief te verschuiven en de empathische reactie te hanteren (Lamm et al., 2007). Dit ligt in lijn met wat Nicolai (1999) al schreef. Empathie leidt volgens haar tot een tijdelijke vorm van identificatie, waarbij het belangrijk is dat de therapeut zich weer los weet te maken van de emoties van de patiënt. Zo bekeken is het passend dat therapeuten een voorkeur lijken te hebben voor interventies als *eye movement desensitization reprocessing* (EMDR) (van Minnen, Hendriks, & Olff, 2010). Bij deze behandelvorm hoeft de therapeut de patiënt niet slechts een traumatische herinnering te laten ophalen zoals bij exposure, maar moet de therapeut actief handelen om de spanning te reduceren (ten Broeke & de Jongh, 2008). Deze actieve rol zou de therapeut nog beter kunnen helpen om het perspectief te verschuiven naar dat van de objectieve clinicus. Op deze manier kan mogelijk de vermijding en toename van machteloosheid, zoals beschreven in het model van Waller en Turner (2018), worden voorkomen.

DISCUSSIE

.....

Waller en Turner (2018) stelden al eerder voor dat therapeuten ook zelf in behandeling moeten. De angsten en denkfouten bij de therapeut kunnen volgens hen de behandeling flink in de weg zitten, zodat therapeuten afdwa-

len en behandelinterventies vermijden. Het is volgens hen dan ook zaak om in leertherapie en supervisie deze denkfouten op te sporen en aan te pakken. Dit sluit aan bij het pleidooi van Reinders (2010) dat leertherapie de therapeut moet helpen om een effectieve behandeling te kunnen bieden. Hoewel Reinders en anderen (Braet & de Raedt, 2010) wel een rol zien voor empathie in leertherapie, zien zij die vooral als een interpersoonlijke attitude die verbeterd kan worden. Dit artikel betoogt echter dat empathie niet alleen invloed heeft op de therapeutische relatie, maar ook op het toepassen van evidence-based interventies. Als dit klopt, zou het in leertherapie ook moeten gaan om het hanteren van de emoties die de therapeut kan ervaren tijdens het toepassen van exposure. Vooral mindfulness lijkt goed te werken, omdat die therapeuten kan leren de emotionele reactie beter te verdragen (Bloom, 2016; Lamm & Majdandžić, 2015; Sapolsky, 2017). Therapeuten lijken dan ook betere therapieresultaten te behalen nadat ze zelf mindfulness hebben aangeleerd (Grepmaier et al., 2007). Dergelijke kosteneffectieve leertherapie zou een mooie aanvulling zijn op bijvoorbeeld de gz-opleiding. Ze is in ieder geval een stap naar het operationaliseren van therapeutische competenties, iets wat belangrijk is om de kwaliteit van leertherapie te verbeteren (Veeninga, 2010).

Echter, het bewijs voor een rol van empathie in therapeutische valkuilen is vooralsnog grotendeels indirect. Dit artikel is slechts een poging om de groeiende hoeveelheid literatuur te integreren met de klinische praktijk. Het is bedoeld als aanmoediging voor meer onderzoek naar de rol van empathie in psychologische behandelingen. Zo weten we nog niet of therapeuten die exposure vermijden ook daadwerkelijk hoger scoren op empathie. Ook weten we niet of therapeuten die laag scoren op empathie daadwerkelijk beter in staat zijn een emotioneel belastende behandeling te bieden, zoals dat bij chirurgen het geval lijkt (Han & Pappas, 2018). Denkend vanuit het interactiemodel van Waller en Turner (2018) is het ook interessant mee te nemen welke invloed een meer of minder empathische patiënt heeft op de keuze van interventies en op het effect van de behandeling.

Wanneer we gericht onderzoek willen doen naar empathie, zijn er echter een aantal problemen. Zo is het moeilijk om empathie goed te operationaliseren en sluitende uitspraken te doen over een dergelijk diffuus concept. Een beperking van de in dit artikel aangehaalde onderzoeken is dat het moeilijk is causale verbanden te leggen. Dit is een standaard beperking van onderzoek met een correlationeel design, zoals vaak gebruikt wordt in hersenonderzoek (Lamm & Majdandžić, 2015), maar ook in sociaal-psychologisch onderzoek, waardoor alternatieve verklaringen moeilijk uit te sluiten zijn (Neuberg et al., 1997). Daarbij geeft het meten van empathie middels vragenlijsten vaak een vertekend beeld vanwege andere factoren die de score kunnen beïnvloeden. Zo meet de vragenlijst Empathy Quotient van autisme-experts Baron-Cohen en Wheelwright (2004) ook sociale onhandigheid en neigt de lijst daardoor meer naar het meten van autisme dan van empathie an sich (Bloom, 2016).

Een andere mogelijke kritiek is dat het hier niet gaat over echte empathie, bijvoorbeeld omdat empathie zoals gemeten in het laboratorium eerder een vorm van *empathisme* betreft. Dit wordt omschreven als een geforceerde vorm van empathie die juist het therapeutische contact en echt begrip in de weg staat (Hebbrecht, 2015). Een hiermee samenhangend tegenargument is dat empathie niet compleet is zonder een gedragscomponent (Baron-Cohen, 2011; Krznaric, 2014). Er is met andere woorden pas sprake van empathie als er behulpzaam of altruïstisch gedrag uit voort is gekomen. Ook in het onderzoek van Elliott en collega's (2018) wordt deze uitgebreide definitie gehanteerd. In dit artikel is echter niet gekozen voor een gedragscomponent, omdat dit meerdere problemen oplevert. Ten eerste nodigt het uit tot een cirkelredenering: helpend gedrag wordt veroorzaakt door empathie, en empathie wordt gedefinieerd door helpend gedrag. Ten tweede is het verband tussen empathie en zorgzaam gedrag niet eenduidig (Bloom, 2016; Neuberg et al, 1997; Sapolsky, 2017). Wie weleens schaakt, weet dat je inleven in je tegenspeler ook voor eigen gewin ingezet kan worden, doordat het je helpt de ander in de val te lokken. Ten derde is allerm minst duidelijk dat iemand die zich zorgzaam of altruïstisch gedraagt ook daadwerkelijk gemotiveerd wordt door empathie in plaats van eigen behoeften (Neuberg et al, 1997; Sapolsky, 2017). Bloom (2016) en Pinker (2011) benoemen aansluitend dat een ouder niet de angst van het kind hoeft te voelen om het gerust te kunnen stellen. Hierbij helpt mogelijk de vergelijking met de emotie boosheid: het is niet gezegd dat boosheid per se moet leiden tot agressief gedrag; evenmin is het zo dat agressief gedrag uitsluitend kan voortkomen uit boosheid.

Tot slot is het niet zo dat gedrag iets zegt over de aanwezigheid van een emotionele reactie of de capaciteit hiertoe. Zo bleek er in een uitgebreide review en meta-analyse geen enkele samenhang te bestaan tussen agressie en het vermogen tot empathie zoals gemeten met de traditionele vragenlijsten (Vachon, Lynam, & Johnson, 2014). Dit terwijl in de literatuur over psychopathie vaak wordt verondersteld dat agressie en immoreel gedrag veroorzaakt worden door een gebrek aan empathie (Baron-Cohen, 2011). Illustratief voor de eerdergenoemde beperking wat betreft vragenlijsten wisten Vachon en Lynam (2015) hun opmerkelijke bevinding te corrigeren door een vragenlijst voor empathie te ontwikkelen die ook affectieve dissonantie meet: het ervaren van een tegengestelde emotionele reactie op andermans emotie, bijvoorbeeld het voelen van opwinding in reactie op het lijden van de ander. Hoewel hun vragenlijst door deze uitgebreide definitie wel agressief gedrag voorspelt (Murphy et al., 2018; Vachon & Lynam, 2015), is hij echter geen goede maat voor het begrip empathie (Murphy et al., 2018).

Hoe empathie gedefinieerd of gemeten wordt, kan dus nogal uitmaken voor de bevindingen en dat levert paradoxale conclusies op. Zo blijkt enerzijds dat kinderartsen en chirurgen hoog kunnen scoren op vragenlijsten die psychopathie zouden meten (Pegrum & Pearce, 2015), wat een gebrek aan empathie veronderstelt. Bij chirurgen lijkt empathie tijdens hun loopbaan

zelfs af te nemen, wat hen mogelijk in staat stelt om hun snijwerk te blijven doen (Han & Pappas, 2018). Dit staat lijnrecht tegenover tal van onderzoeken die vinden dat empathische benadering door artsen de subjectieve uitkomsten (zoals ervaren door de patiënt) verbetert. Dit is bijvoorbeeld het geval bij diabetes (Del Canale et al., 2012), kanker (Lelorain, Bredart, Dolbeault, & Sultan, 2012) en zelfs chirurgische ingrepen (Steinhausen et al., 2014). Hetzelfde geldt voor psychologische behandelingen. Enerzijds zien we hier wellicht het beste voorbeeld van de kracht van empathie (Elliott et al., 2018; Vanaerschot et al., 2015) en leidt een tekort aan empathie mogelijk tot slechtere subjectieve uitkomsten (Moyers & Miller, 2013). Anderzijds, zoals in dit artikel betoogd, zou empathie de behandeling ook kunnen belemmeren als mede daardoor de geïndiceerde interventies niet worden uitgevoerd. Voor vervolgonderzoek leidt dit tot de volgende algemene hypothese: empathie bevordert de therapeutische relatie, maar belemmert het toepassen van een spanningsverhogende interventie. In navolging van Keijsers (2014) kan gezegd worden dat meer onderzoek naar de universele therapiefactoren, de *common factors*, zeker gewenst is. Maar dan ook naar de potentiële bijwerkingen daarvan. Als empathie het geheime wapen is van de therapeut, dan is het niet de bedoeling onszelf ermee in de vinger te snijden.

Met dank aan prof. dr. F. Kortmann en drs. J. van der Starre voor de inhoudelijke discussie, en aan de reviewer voor de waardevolle verbeteringen.

Wesley Slood is gz-psycholoog, werkzaam bij FortaGroep, locatie Zorgboulevard. Correspondentieadres: Maasstadweg 96, 3079 DZ Rotterdam. E-mail: w.slood@fortagroep.nl.

Summary *Empathy binds and blinds: Side effects in the therapy room?*

Empathy is a *common factor*, a therapeutic element shared among various psychotherapies. As such, it is a robust predictor of therapeutic success. However, in the fields of social psychology and social neuroscience there is mounting evidence regarding the adverse effects of empathy to helping behavior. Clinical research on this topic has been limited and has mostly focused on positive effects of therapist empathy. However, there has been research on the phenomenon of therapist drift, in which the therapist refrains from using the necessary interventions. Considering that this may be partially caused by therapists' anxieties, the adverse effects of empathy might play a role. The aim of this article is to provide a review of the side effects of empathy and assess their possible impact on therapeutic practice. While no plea against empathy, the article might serve as a reminder that even a powerful capacity such as empathy can have its downsides for the implementation of evidence-based psychotherapy. Suggestions for further research are provided.

Keywords *empathy, common factors, therapist drift, adverse effects, evidence-based psychotherapy*

Literatuur

- Acemoglu, D., & Angrist, J. D. (2001). Consequences of employment protection? The case of the Americans with Disabilities Act. *Journal of Political Economy*, 109, 915-957.
- Baars, J., & van Meekeren, E. (2013). *Een psychische stoornis heb je niet alleen: Praten met families en naastbetrokkenen*. Amsterdam: Boom.
- Baron-Cohen, S. (2011). *The science of evil: On empathy and the origins of cruelty*. New York: Basic Books.
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The Empathy Quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 163-175.
- Batson, C. D., & Ahmad, N. Y. (2007). Empathy-induced altruism: A threat to the collective good. *Advances in Group Processes*, 26, 1-23.
- Batson, C. D., Batson, J. G., Todd, M., Brummett, B. H., Shaw, L. L., & Aldeguer, C. M. R. (1995). Empathy and the collective good: Caring for one of the others in a social dilemma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 619-631.
- Batson, C. D., Klein, T. R., Highberger, L., & Shaw, L. L. (1995). Immorality from empathy-induced altruism: When compassion and justice conflict. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 1042-1054.
- Batson, C. D., Lishner, D., Cook, J., & Sawyer, S. (2005). Similarity and nurturance: Two possible sources of empathy for strangers. *Basic and Applied Social Psychology*, 27, 15-25.
- Batson, C. D., O'Quin, K., Fultz, J., Vanderplas, M., & Isen, A. M. (1983). Influence of self-reported distress and empathy on egoistic versus altruistic motivation to help. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 706-718.
- Becker, C., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). Survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research & Therapy*, 42, 277-292.
- Beutler, L. E., Crago, M., & Arizmendi, T. G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In S. L. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 257-310). New York: Wiley.
- Bicanic, I. A. E., de Jongh, A., & ten Broeke, E. (2015). Stabilisatie in traumabehandeling bij complexe PTSS: Noodzaak of mythe? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 332-339.
- Bird, G., Silani, G., Brindley, R., White, S., Frith, U., & Singer, T. (2010). Empathic brain responses in insula are modulated by levels of alexithymia but not autism. *Brain*, 133, 1515-1525.
- Bloom, P. (2016). *Against empathy: The case for rational compassion*. UK: Penguin Random House.
- Braet, C., & de Raedt, R. (2010). Leertherapie en kwaliteitszorg: Zijn we tot meer bereid? *Gedragstherapie*, 43, 199-201.
- Buffone, A. E., & Poulin, M. J. (2014). Empathy, target distress, and neuro-hormone genes interact to predict aggression for others – even without provocation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 40, 1406-1422.
- Canfield, J. (2005). Secondary traumatization, burnout, and vicarious traumatization: A review of literature as it relates to therapists who treat trauma. *Smith College Studies in Social Work*, 75, 81-101.
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., & Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systemic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128-141.

- Daansen, P. J. (2015). Empathie in de cognitieve gedragstherapie. In G. Vanaerschot, N. J. Nicolai, & M. Hebbrecht (red.), *Empathie: Het geheime wapen van psychiaters en psychotherapeuten* (pp. 137-150). Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- de Waal, F. B. M. (2008). Putting altruism back into altruism: The evolution of empathy. *Annual Review of Psychology*, 59, 279-300.
- de Waal, F. B. M. (2009). *Een tijd voor empathie*. Amsterdam: Uitgeverij contact.
- Decety, J. (2010). The neurodevelopment of empathy in humans. *Developmental Neuroscience*, 32, 257-267.
- Decety, J., Echols, S., & Correll, J. (2010). The blame game: The effects of responsibility and social stigma on empathy for pain. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22, 985-997.
- Deighton, R. M., Gurriss, N., & Traue, H. (2007). Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: Is the therapist's attitude to working through trauma important? *Journal of Traumatic Stress*, 20, 63-75.
- Del Canale, S., Louis, D. Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: An empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine*, 87, 1243-1249.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Draijer, N., Veltman, D. J., & van Balkom, A. J. L. M. (2015). Emotieregulatie hoort in het therapeutisch arsenaal bij complexe PTSS: Consensus en evidence. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 340-342.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Murphy, B., Karbon, M., Maszk, P., Smith, M., ... Suh, K. (1994). The relations of emotionality and regulation to dispositional and situational empathy-related responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 776-797.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55, 399-410.
- Graham, J., Nosek, B. A., & Haidt, J. (2012). The moral stereotypes of liberals and conservatives: Exaggeration of differences across the political spectrum. *PloS ONE*, 7, e50092.
- Greene, J. D., Morelli, S. A., Lowenberg, K., Nystrom, L. E., & Cohen, J. D. (2008). Cognitive load selectively interferes with utilitarian moral judgment. *Cognition*, 107, 1144-1154.
- Greeven, A., & van Sambeek, N. (2018). Hoe evidence-based werken cognitief gedragstherapeuten in de praktijk? Resultaten van een enquête. *Gedragstherapie*, 51, 112-121.
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 332-338.
- Haidt, J. (2012). *The righteous mind: Why good people are divided by politics and religion*. London, UK: Penguin Books.
- Haidt, J., & Jussim, L. (2016, May 6). Hard truths about race on campus. *Wall Street Journal*.
- Han, J. L., & Pappas, T. N. (2018). A review of empathy, its importance, and its teaching in surgical training. *Journal of Surgical Education*, 75, 88-94.
- Hebbrecht, M. (2015). Persoonsempathie, een psychodynamisch perspectief. In G. Vanaerschot, N. J. Nicolai, & M. Hebbrecht (red.), *Empathie: Het geheime wapen van psychiaters en psychotherapeuten* (pp. 62-74). Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- Hein, G., Silani, G., Preuschoff, K., Batson, C. D., & Singer, T. (2010). Neural

- responses to ingroup and outgroup members' suffering predict individual differences in costly helping. *Neuron*, 68, 149-160.
- Hendriks, L., de Kleine, R., van Rees, M., & van Minnen, A. (2011). Een alternatieve kijk op de therapeutische houding bij de behandeling van PTSS. *Directieve Therapie*, 31, 382-397.
- Iyer, R., Koleva, S., Graham, J., Ditto, P., & Haidt, J. (2012). Understanding libertarian morality: The psychological dispositions of self-identified libertarians. *PLoS ONE* 7, e42366.
- Keijsers, G. P. J. (2014). Het grote psychotherapiedebat. Waarom zijn specifieke behandeltechnieken belangrijk voor het resultaat van psychotherapie en waarom de werkelijkheid? *Gedrags therapie*, 47, 148-172.
- Keijsers, G. P. J., van Minnen, A., & Hoogduin, C. A. L. (2011). Toepassing van protocollaire behandelingen bij psychische stoornissen. In G. P. J. Keijsers, A. van Minnen, & C. A. L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische problemen 1* (pp. 13-34). Amsterdam: Boom.
- Keijsers, L. H. A. (2016). *Protocol voor relatietherapie gebaseerd op EFT en CBCT*. Amsterdam: Brave New Books.
- Klaver, J. (2016). *De empathische samenleving*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Kortmann, F. (2016). *Culturele competenties in psychiatrie en psychologie: Theorie en praktijk*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Krznaric, R. (2014). *Empathy: Why it matters, and how to get it*. London: Random House Group.
- Lamm, C., Batson, C. D., & Decety, J. (2007). The neural substrate of human empathy: Effects of perspective-taking and cognitive appraisal. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19, 42-58.
- Lamm, C., & Majdandžić, J. (2015). The role of shared neural activations, mirror neurons, and morality in empathy – A critical comment. *Neuroscience Research*, 90, 15-24.
- Lelorain, S., Bredart, A., Dolbeault, S., & Sultan, S. (2012). A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-Oncology*, 21, 1255-1264.
- Ludick, M., & Figley, C. (2016). Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Traumatology*, 23, 1-12.
- MacDonald, G., & Leary, M. R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, 131, 202-223.
- Majdandžić, J., Bauer, H., Windischberger, C., Moser, E., Engl, E., & Lamm, C. (2012). The human factor: Behavioral and neural correlates of humanized perception in moral decision making. *PLoS ONE* 7, e47698.
- Mathur, V. A., Harada, T., Lipke, T., & Chiao, J. Y. (2010). Neural basis of extraordinary empathy and altruistic motivation. *Neuroimage*, 51, 1468-1475.
- McCue, C. P., & Gopioian, J. D. (2000). Dispositional empathy and the political gender gap. *Women and Politics*, 21, 1-20.
- Moyers, T. B., & Miller, W. R. (2013). Is low therapist empathy toxic? *Psychology of Addictive Behaviors*, 27, 878-884.
- Murphy, B. A., Costello, B. T. H., Watts, A. L., Cheong, Y. F., Berg, J. M., & Lilienfeld, S. O. (2018). Strengths and weaknesses of two empathy measures: A comparison of the measurement precision, construct validity, and incremental validity of two multidimensional indices. *Assessment*. doi: 10.1177/1073191118777636
- Neuberg, S. L., Cialdini, R. B., Brown, S. L., Luce, C., & Sagarin, B. J. (1997). Does empathy lead to anything more than superficial helping? Comment on Bat-

- son et al. (1997). *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 510-516.
- Nicolai, N. J. (1999). Overdracht en tegenoverdracht bij traumabehandeling. In P. G. H. Aarts & W. D. Visser (red.), *Trauma: Diagnostiek en behandeling* (pp. 345-368). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Obama, B. (2007). *The audacity of hope: Thoughts on reclaiming the American Dream*. New York, NY: Three Rivers Press.
- Patil, I. (2015). Trait psychopathy and utilitarian moral judgement: The mediating role of action aversion. *Journal of Cognitive Psychology*, 27, 349-366.
- Patil, I., & Silani, G. (2014). Reduced empathic concern leads to utilitarian moral judgments in trait alexithymia. *Frontiers in Psychology*, 5(501), 1-12.
- Pegrum, J., & Pearce, O. (2015). A stressful job: Are surgeons psychopaths? *Bulletin of the Royal College of Surgeons of England*, 97, 331-334.
- Pinker, S. (2011). *The better angels of our nature: Why violence has declined*. New York: Penguin Books.
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *The Behavioral and Brain Sciences*, 4, 515-526.
- Reinders, M. (2010). Over leertherapie en het nut van macrameeën. *Gedrags therapie*, 43, 191-193.
- Römer, M. (2004). Wie heeft er het meeste last van 'ADHD'? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 40, 49-61.
- Sapolsky, R. M. (2004). *Why zebras don't get ulcers* (3rd ed.). New York: Owl Books.
- Sapolsky, R. M. (2017). *Behave: The biology of humane at our best and worst*. London: Penguin Random House.
- Shaw, L. L., Batson, C. D., & Todd, R. M. (1994). Empathy avoidance: Forestalling feeling for another in order to escape the motivational consequences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 879-887.
- Singer, P. (2011). *Our expanding circle: Ethics, evolution and moral progress*. New Jersey: Princeton University Press.
- Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J., Kaube, H., Dolan, R. J., & Frith, C. D. (2004). Empathy for pain involves the affective but not the sensory components of pain. *Science*, 303, 1157-1161.
- Singer, T., Snoddy, R., Bird, G., Petrovic, P., Silani, G., Heinrichs, M., & Dolan, R. J. (2008). Effects of oxytocin and prosocial behavior on brain responses to direct and vicariously experienced pain. *Emotion*, 8, 781-791.
- Steinhausen, S., Ommen, O., Thüm, S., Lefering, R., Koehler, T., Neugebauer, E., & Pfaff, H. (2014). Physician empathy and subjective evaluation of medical treatment outcome in trauma surgery patients. *Patient Education and Counseling*, 95, 53-60.
- Taft, C. T., & Murphy, C. M. (2007). The working alliance in intervention for partner violence perpetrators: Recent research and theory. *Journal of Family Violence*, 22, 11-18.
- ten Broeke, E., & de Jongh, A. (2008). *Handboek EMDR*. Amsterdam: Pearson Benelux.
- Thompkins, A. V. (2015). Did the ADA evolve into our ramp to full employment? An analysis of 18 years of the Americans with Disabilities Act. *Journal of Contemporary Management*, 4, 13-32.
- Thomson, J. J. (1985). The trolley problem. *Yale Law Journal*, 94, 1395-1415.
- Thwaites, R., & Bennett-Levy, J. (2007). Conceptualizing empathy in cognitive behaviour therapy: Making the implicit explicit. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 591-612.
- Vachon, D. D., & Lynam, D. R. (2015). Fixing the problem with empathy: Development and validation of the

- affective and cognitive measure of empathy. *Assessment*, 23, 135-149.
- Vachon, D. D., Lynam, D. R., & Johnson, J. A. (2014). The (non)relation between empathy and aggression: Surprising results from a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 3, 751-773.
- van Minnen, A. (2008). *Wie durft? Tien misverstanden over exposure bij de behandeling van PTSS-patiënten*. Nijmegen: Thieme MediaCenter.
- van Minnen, A., Hendriks, L., & Olf, M. (2010). When do trauma therapists choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 312-320.
- Vanaerschot, G., Nicolai, N. J., & Hebrecht, M. (2015). *Empathie: Het geheime wapen van psychiaters en psychotherapeuten*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- Veeninga, A. (2010). Over leertherapie en het nut van macrameeën: Een reactie op de forumbijdrage van Reinders. *Gedragstherapie*, 43, 195-198.
- Waller, G. (2014). Empirisch onderbouwde therapie en therapist drift. *Gedragstherapie*, 47, 206-231.
- Waller, G., & Turner, H. (2018). Het terugdringen van therapeutische dwaling: Waarom goedwillende clinici er niet in slagen evidence-based therapie te bieden, en hoe we weer op koers kunnen komen. *Gedragstherapie*, 51, 85-111.
- Wampold, B. E. (2015). How important are common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14, 270-277.

BOEKBESPREKING

.....

Al denkend uit de problemen

.....

Bespreking van

Susan M. Bögels & Patrica van Oppen (2019). *Cognitieve therapie: Theorie en praktijk* (derde, geheel herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 381 pp., € 44,99. ISBN 9789036820202

PAULIEN DIJK

Cogito ergo sum, luidt de bekende uitspraak van de Franse zeventiende-eeuwse filosoof René Descartes. *Ik denk, dus ik ben*. Cognitieve therapie bouwt voort op het feit dat wij mensen denkende wezens zijn. Sinds ik zelf meer bekend ben geraakt met cognitieve gedragstherapie, ben ik me een stuk bewuster geworden van mijn eigen automatische gedachten en hoe bepalend die zijn voor hoe ik me voel. Ik betrap mezelf vaker op gedachten die een angstige kant op neigen (bijvoorbeeld: ‘Zal het me wel lukken om dit artikel op tijd af te krijgen?’), waardoor ik ook beter snap waar die knoop in mijn maag vandaan komt. Dit bewust zijn van mijn angstige gedachten helpt me om ze te relativeren en zorgt ervoor dat ik ‘helpende gedachten’ ga formuleren (‘Het zal je vast lukken. En hoe erg is het eigenlijk als het niet lukt?’)

Denken is een fantastische menselijke vaardigheid, waar geweldige uitvindingen en prachtige romans uit zijn voortgekomen. Anderzijds kun je al denkend ook in de problemen raken. Een cliënt van mij werd bijvoorbeeld geplaagd door de gedachte: ‘Ik verdien het niet om te leven.’ Als kind was hij ernstig ziek geweest. Hij dacht dat hij dit op de een of andere manier verdiend had en dat hij eigenlijk dood had moeten gaan. Deze gedachte maakte hem angstig en verdrietig. Ook al was hij hersteld van zijn ziekte, hij kwam er niet los van. Het uitspreken en naar boven halen van de disfunctionele gedachte zorgde ervoor dat we die gedachte konden bevragen: ‘Klopt deze

gedachte? Is ze waar? Zo nee, hoe zou je er dan over willen denken?’ De cliënt schreef een antwoord op deze gedachte: ‘Iedereen verdient het om te leven, dus ik ook.’ Daar kon hij mee vooruit. Dat is het mooie van cognitieve therapie. Wat ons emotionele problemen kan geven (onze gedachten), kunnen we ook aangrijpen voor verandering.

THEORETISCHE BASIS

.....

De theoretische basis van dit boek ligt dus in de cognitieve therapie. Cognitieve therapie gaat uit van de mentale processen die een rol spelen bij het ontwikkelen van emotionele klachten. Volgens Beck (1976), een van de belangrijkste grondleggers van de cognitieve therapie, zorgt activatie van zogenaamde ‘disfunctionele schema’s’ ervoor dat de informatieverwerking afwijkend verloopt. De schema’s ‘bepalen’ op welke stimuli de *aandacht* wordt gericht en welke informatie wordt genegeerd. Ook spelen de schema’s een rol bij de *interpretatie* van informatie en bij het opslaan van informatie in het *geheugen* (p. 4). Cognitieve therapie wil die disfunctionele schema’s veranderen en maakt daarbij gebruik van verschillende cognitieve technieken, die veelvuldig terugkomen in het boek: de socratische dialoog, de rechtbankmethode, meerdimensionaal evalueren, het taartdiagram, de kansberekening, de kosten-batenanalyse, imaginatie en rescriptie. Het uiteindelijke doel is afname van disfunctioneel gedrag. Gedragstherapeutische methoden komen aan de orde als ze niet los te zien zijn van de cognitieve interventies, bijvoorbeeld in het hoofdstuk over de paniekstoornis, waar exposure in vivo de eerstaangewezen behandeling is voor agorafobie (p. 142). In andere ‘behandelboeken’ worden cognitieve therapie en gedragstherapie geïntegreerd tot cognitieve gedragstherapie (Keijsers, van Minnen, Verbraak, Hoogduin, & Emmelkamp, 2017; Korrelboom & ten Broeke, 2014). In dit boek ligt echter de nadruk op het cognitieve model, waarbij wordt erkend dat de gedragstherapeutische benadering een goede aanvulling op de behandeling kan zijn, of soms zelfs de eerste keus.

OPBOUW VAN HET BOEK

.....

Cognitieve therapie: Theorie en praktijk biedt veel handvatten om aan de slag te gaan met de disfunctionele cognities die een rol spelen bij verschillende soorten emotionele problemen. Het is een overzichtsboek, waarin cognitieve therapie voor de elf meest voorkomende stoornissen binnen de algemene ggz beschreven wordt, door experts op het gebied van deze stoornissen. Aan de orde komen depressieve stoornis, gegeneraliseerde-angststoornis (GAS), paniekstoornis, sociale-angststoornis, dwangstoornis, posttraumatische-stressstoornis (PTSS), eetstoornissen en obesitas, insomniastoonis,

ziekteangststoornis en somatisch-symptoomstoornis, middelgerelateerde en verslavingsstoornissen, en auditief-verbale hallucinaties en wanen. De persoonlijkheidsstoornissen zijn buiten dit boek gelaten. Ook is er, zoals in de eerdere versies wel het geval was, geen apart hoofdstuk meer over cognitieve problemen bij kinderen en jongeren. In deze derde druk (eerdere edities verschenen in 1999 en 2011) zijn aanpassingen aangebracht vanwege veranderde inhoudelijke classificaties van stoornissen (de DSM-5 verscheen in 2013). Verder zijn recente ontwikkelingen in de cognitieve therapie meegenomen, zoals online versies van cognitieve therapie, trainingen in *cognitive bias modification* (CBM) en metacognitieve therapieën. Wetenschappelijke ontwikkelingen en praktische toepassingen van cognitieve therapie zijn verder geactualiseerd in deze derde druk.

De hoofdstukken volgen een vaste opbouw: een inleiding, het cognitieve model bij de betreffende stoornis, de behandeling van de stoornis, de valkuilen waar je in terecht kunt komen en ten slotte een paragraaf waarin de relevantste therapie-effectstudies worden weergegeven. De nadruk ligt op de praktische toepassing van cognitieve therapie (aldus de auteurs in het *Ten geleide*, p. XII). De eerste drie hoofdstukken van het boek zijn algemeen van aard, en behandelen de cognitieve theorie van psychopathologie en de algemene toepassing daarvan. In het tweede hoofdstuk beschrijven de auteurs de basisbeginselen van de praktijk van cognitieve therapie. Daarin gaan ze onder meer in op de socratische dialoog, het bewust worden van automatische gedachten, het uitdagen daarvan en het formuleren van rationele gedachten. Het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 3) gaat dieper in op het uitdagen van cognities op verschillende niveaus (automatische gedachten, basale assumpties, conditionele assumpties) middels verschillende uitdaagtechnieken. Daarna volgen elf stoornisspecifieke hoofdstukken. Het boek eindigt met een hoofdstuk (hoofdstuk 15) over de vaardigheden waarover een cognitief therapeut dient te beschikken en de opleiding tot cognitief therapeut. Dit hoofdstuk biedt ook tips aan supervisors (p. 366).

OVERWEGINGEN BIJ HET BOEK

.....

We beginnen bij de buitenkant. Die komt mij een tikkeltje gedateerd over, met paarse en blauwe vlakken waarachter *De denker* van Rodin opdoemt. Het beeld op zichzelf past wel bij de cognitieve therapie (al kijkt de man wel erg somber), maar het boek verdient qua kleur en lay-out een flitsender jasje. Verder heeft het boek een duidelijke opzet en een overzichtelijke lay-out. Handig zijn de aan de buitenkant zichtbare 'tabjes' die het bladeren naar de hoofdstukken vergemakkelijken.

Dan het belangrijkste: de inhoud. Het boek leest prettig. De casuïstiek die in elk hoofdstuk wordt gebruikt om de stoornis en de behandeling te illustreren maakt het boek levendig en interessant. De therapeut krijgt veel bruik-

bare technieken en tips aangereikt. Een tip die ik zelf bijvoorbeeld goed vond was om de cliënt te vragen de sessie op te nemen met zijn telefoon (p. 27), zodat hij die zelf thuis nog eens kan naluisteren en extra rendement uit de sessie kan halen. Simpel maar effectief. Tabel 3.1 (p. 48) geeft een overzicht van alle stoornissen in het boek, en van de automatische gedachten en basale, conditionele en instrumentele assumpties die daarbij een rol kunnen spelen: een handig hulpmiddel voor therapeuten. Hoofdstuk 2 en 3 kunnen goed worden gebruikt om kennis over allerlei cognitieve technieken op te frissen.

Bij sommige voorbeelden (zoals bij de ingevulde dagboekformulieren) bekwam mij de gedachte dat dit wel de ideale cliënt moet zijn geweest, zo netjes zien we de scores omlaag zakken. Maar daar ontkom je wellicht niet aan in een boek met voorbeeldbehandelingen. In het hoofdstuk over de gegeneraliseerde-angststoornis wordt aan cliënten gevraagd om een experiment te doen: 'Zo erg mogelijk gaan piekeren om na te gaan of piekeren leidt tot de gevreesde catastrofe, zoals een hartaanval of gek worden' (p. 116). Dit lijkt me een geval van de vraag stellen is hem beantwoorden. Het voorstel impliceert dat de gedachtegang van de cliënt niet *kan* kloppen, want welke therapeut zou zijn cliënt werkelijk willen blootstellen aan een hartaanval? Wordt het niet te veel een toneelstukje als we de cliënt vragen dit experiment daadwerkelijk uit te voeren?

Het boek is heel geschikt voor de doelgroep waar het voor bedoeld is: psychotherapeuten, gedragstherapeuten, gz-psychologen, klinisch psychologen, psychiaters (of mensen die in opleiding zijn voor deze beroepen), en studenten psychologie en pedagogiek. De eerste hoofdstukken, die het ontstaan van de cognitieve psychologie (vanuit de ideeën van Ellis en Beck) en de recente ontwikkelingen daarin beschrijven, en het laatste hoofdstuk, dat beschrijft wat nodig is om een goede cognitief therapeut te worden, zetten de stoornisspecifieke hoofdstukken in een duidelijke context. Voor studenten en therapeuten in opleiding is dat nuttig, maar voor diegenen die al bekend zijn met de principes van cognitieve therapie zullen de eerste hoofdstukken aanvoelen als veel herhaling.

Je kunt je als therapeut afvragen welk boek je het beste kunt gebruiken bij het behandelen van cliënten: dit boek over cognitieve therapie of bijvoorbeeld de bekende rode, groene en blauwe 'protocolleboeken' van Keijsers en collega's (2017). Daarom een aantal verschillen op een rij.

Het eerste duidelijke verschil is natuurlijk dat het boek van Bögels en van Oppen zich focust op cognitieve therapie, terwijl in de boeken met protocolaire behandelingen cognitieve therapie en gedragstherapie worden gecombineerd. Evengoed komen sommige hoofdstukken in beide boeken vrij sterk overeen, zoals het hoofdstuk over de behandeling van GAS middels metacognitieve therapie (dat ook door dezelfde auteur is geschreven). Een verschil is dat het boek van Bögels en van Oppen meer algemene richtlijnen geeft voor de behandeling van de stoornis (en aan de therapeut overlaat hoe

die dat per sessie invult), terwijl in de boeken met protocollaire behandelingen een volledige behandeling wordt uitgeschreven per sessie. Bij de behandeling van PTSS is juist een duidelijk verschil zichtbaar: in het boek van Bögels en van Oppen ligt de nadruk op de cognitieve factoren die de verwerking van trauma belemmeren, terwijl in het boek van Keijsers en collega's de behandeling bestaat uit exposure (imaginair en in vivo). Wat verwarring kan oproepen bij de lezer is dat Keijsers en collega's stellen dat exposure-behandeling 'in diverse richtlijnen als de behandeling van de eerste keus wordt aanbevolen' (2017, p. 313), terwijl Bögels en van Oppen bij de therapie-effectstudies schrijven dat 'studies hebben aangetoond dat pure cognitieve therapie (zonder exposure) even effectief is als exposure of de combinatie' (p. 224)! Straks kom ik nog iets uitgebreider terug op het fenomeen therapie-effectstudies, en de haken en ogen die daar mijns inziens aan zitten. Een laatste verschil tussen beide boeken is dat in de boeken over protocollair werken veel meer verschillende stoornissen aan de orde komen. Mijn aanbeveling is om de boeken aanvullend op elkaar te gebruiken.

De paragrafen over de therapie-effectstudies aan het eind van elk hoofdstuk vond ik interessant. Anderzijds vroeg ik me ook af hoeveel lezers deze paragrafen daadwerkelijk lezen en in hoeverre de 'gewone therapeut' de wetenschappelijke noteringen van effecten juist kan interpreteren. Kennen we allemaal (nog) de betekenis van termen als 'RCT', '*care-as-usual*', 'publicatiebias', 'meta-analyse', 'post-hocanalyses', 'exploratieve studie', '*effect sizes*', enzovoort? Het is begrijpelijk dat de auteurs hun theorie en praktische handvatten willen ondersteunen met actueel wetenschappelijk onderzoek, maar dit zou ook kunnen door alleen een literatuurlijst aan elk hoofdstuk toe te voegen en door verwijzingen naar relevante onderzoeken te integreren in de tekst. Nu verschilt het per stoornis hoe technisch en uitgebreid de paragraaf over wetenschappelijke studies is. Bij sommige hoofdstukken is er een korte 'conclusie' toegevoegd: een beknopte samenvatting van de relevante studies. Dat zou wellicht ook volstaan.

Een positieve factor vind ik dat in de paragrafen over therapie-effectstudies geprobeerd wordt om een eerlijk beeld weer te geven. De auteurs geven bijvoorbeeld aan wanneer er nog onvoldoende onderzoek is gedaan naar de effecten van een behandeling op lange termijn, of wanneer het effect van een behandeling op lange termijn niet werd behouden (bijvoorbeeld bij de paniekstoornis, p. 147). In het hoofdstuk over depressieve stoornissen worden ook de studies genoemd waaruit blijkt dat er geen noemenswaardige verschillen zijn tussen diverse vormen van psychotherapie, en dat ook interpersoonlijke psychotherapie (IPT) en kortdurende psychodynamische therapie (KPT) effectief zijn bij depressieve stoornissen. Dit bevestigt dat we ons niet moeten focussen op één bepaalde vorm van behandelen van psychische stoornissen, maar onze blik open moeten houden. Het voorkomt ook verwarring bij therapeuten over wat de heilige graal is met betrekking tot de

behandeling van een bepaalde stoornis, en dat het een niet per se beter is dan het ander (zoals bij de hiervoor genoemde behandeling van PTSS).

Het laatste hoofdstuk (hoofdstuk 15) van het boek geeft context: het boek moet niet worden gezien als een receptenboek waarmee iedereen een taart kan bakken (lees: een cliënt kan helpen). Een therapeut heeft opleiding, oefening, intervisie en supervisie nodig om zijn werk goed te kunnen doen; hij zal een betere therapeut zijn als hij zichzelf als instrument (beter) leert kennen. Ook een therapeut heeft vaak disfunctionele assumpties, die zijn functioneren belemmeren. Je kunt daarmee aan de slag gaan door bijvoorbeeld een cognitief dagboek bij te houden (p. 368).

Een aantal slordigheidsfoutjes kunnen misschien bij een volgende editie worden verholpen. In hoofdstuk 2 worden algemene aspecten van cognitieve therapie uitgelegd, waarna in de bijlage (p. 38) wordt uitgelegd wat cognitieve therapie is. Mogelijk is die bijlage bedoeld om aan cliënten mee te geven, alleen is het dan vreemd dat onder het puntje *Experimenten* het 'weigeren van seks' (p. 43) als voorbeeld wordt genoemd. Dit zal op een cliënt met een heel andere problematiek vreemd overkomen. Het voorbeeld borduurt weliswaar voort op een eerdergenoemde casus in dit hoofdstuk, maar dat is die cliënt natuurlijk niet bekend. Als de bijlage *niet* bedoeld is als informatie om aan cliënten mee te geven, dan lijkt hij overbodig. Verder wordt in de samenvatting aan het begin van hoofdstuk 2 beloofd dat het onderwerp 'feedback geven aan de patiënt' aan de orde komt, maar dat vind ik in het hoofdstuk niet terug. Op p. 196 wordt een cliënt ineens met voor- en achternaam aangeduid, terwijl door het hele boek heen alleen voornamen worden gebruikt. Ten slotte zijn de samenvatting en de inleiding bij hoofdstuk 4 woordelijk hetzelfde.

CONCLUSIE

.....

Dit boek maakt waar wat het belooft. Het is een handzaam boek over cognitieve therapie, een mooi naslagwerk bij het behandelen van veelvoorkomende stoornissen. Theorie en praktijk van de stoornissen worden helder toegelicht, en er worden praktische en uitvoerbare handvatten geboden. Er wordt aandacht besteed aan de factoren die verder meespelen in een succesvolle behandeling: mogelijke valkuilen, de therapeutische houding, en de opleiding en ondersteuning van de therapeut zelf.

In het laatste hoofdstuk laten de auteurs Christine Padesky (onder meer bekend van het boek *Je gevoel de baas*; Greenberger & Padesky, 2016) een paar keer aan het woord. Padesky (1993) waarschuwt voor het te veel bezig zijn met *changing minds*, in plaats van met *guided discovery*. 'Als therapeuten te resultaatgericht zijn, of te overtuigd zijn welke kant ze opgaan, lopen ze het gevaar om informatie over het hoofd te zien die tot een betere conclusie of beter experiment kan leiden. Haar [Padesky's, PD] advies is dat de thera-

peut vragen moet stellen met het doel om de visie van de patiënt te begrijpen, en niet om simpelweg zijn gedachten te veranderen' (p. 359). Hoe het anders mis kan gaan, illustreert de volgende anekdote:

Kees begon te hyperventileren toen hij de dokter zag. 'Ik weet zeker dat ik een leverziekte heb!' 'Dat is belachelijk,' zei de dokter. 'Je kunt dat helemaal niet weten, want er is niets waar je dat aan zou kunnen merken.' 'Precies!' zei Kees. 'Dat zijn exact mijn symptomen.'¹

Ook Stephen Covey (1989) heeft het mooi verwoord in een van zijn zeven principes: eerst begrijpen, dan begrepen worden. Als we onszelf als therapeuten kunnen inhouden om te snel met onze eigen gedachten te komen, ons oordeel opschorten en ruimte kunnen geven aan de cliënt om zijn gedachten met ons te delen, dan kunnen we met behulp van het boek van Bögels en van Oppen aan de slag gaan met die gedachten, en hopelijk al (mee)-denkend een weg uit de problemen vinden.

Paulien Dijk is psycholoog en VCGt'er in opleiding. Ze is werkzaam bij Synthese (basis-ggz) in Geleen. E-mailadres: pauliendijk@gmail.com.

Literatuur

- | | |
|--|--|
| <p>Beck, A. T. (1976). <i>Cognitive therapy and the emotional disorders</i>. New York: International Universities Press.</p> <p>Cathcart, T., & Klein, D. (2007). <i>Plato and a platypus walk into a bar... Understanding philosophy through jokes</i>. New York: Penguin Group.</p> <p>Covey, S. (1989). <i>The 7 habits of highly effective people: Powerful lessons in personal change</i>. New York: Free Press.</p> <p>Greenberger, D., & Padesky, C. (2016). <i>Je gevoel de baas: Leer je negatieve denkpatronen veranderen</i>. Amsterdam: Pearson.</p> | <p>Keijsers, G., van Minnen, A., Verbraak, M., Hoogduin, K., & Emmelkamp, P. (red.). (2017). <i>Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten</i>. Amsterdam: Boom Uitgevers.</p> <p>Korrelboom, C. W., & ten Broeke, E. (2014). <i>Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk</i>. Bussum: Coutinho.</p> <p>Padesky, C. (1993, 24 september). <i>Socratic questioning: Changing minds or guided discovery</i>. Rede voor European Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Londen.</p> |
|--|--|

1 Deze anekdote komt uit het geweldig grappige boek *Plato and a platypus walk into a bar... Understanding philosophy through jokes* (Cathcart & Klein, 2007) en is door mij zo goed mogelijk vertaald uit het Engels.

.....

Leidt de therapeutische relatie tot positieve behandeluitkomsten of is het juist andersom?

Een onderzoek bij eetstoornissen

.....

Graves, T. A., Tabri, N., Thompson-Brenner, H., Franko, D. L., Eddy, K. T., Bourion-Bedes, S., ... Thomas, J. J. (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 323-340.

Onderzoek laat zien dat er een positief verband is tussen therapeutische relatie (*therapeutic alliance*; het samenwerkingsverband tussen patiënt en therapeut) en therapie-uitkomst. Om deze reden hebben onderzoekers geconcludeerd dat de therapeutische relatie een kritische component is van effectieve psychotherapie. Hoewel wat betreft eetstoornissen deze positieve relatie in kwalitatief onderzoek wordt gevonden (patiënten noemen de relatie met hun therapeut als belangrijk voor de therapie), laat kwantitatief onderzoek gemengde resultaten zien. Ook is nog onduidelijk wat precies het verband is tussen de therapeutische relatie en vroege verbetering van symptomen. Men zou zelfs kunnen beargumenteren dat de relatie een bijproduct is van vroege symptoomverandering. Tot slot is het de vraag of de therapeutische relatie niet wordt overgewaardeerd, of het belang ervan niet varieert per type behandeling en of dat belang wellicht ook afhangt van de leeftijd van de patiënten.

In deze meta-analyse werden daarom de volgende vier hoofdvragen onderzocht: (1) Voorspelt vroege verandering in symptomen (dat wil zeggen verbetering ervan) een betere therapeutische relatie aan het begin of in het midden van de behandeling? (2) Voorspelt verbetering gedurende het midden tot het eind van de behandeling een betere therapeutische relatie aan het eind van de behandeling? (3) Voorspelt verbetering gedurende de gehele

behandeling een betere therapeutische relatie aan het eind van de behandeling? (4a) Voorspelt een goede therapeutische relatie in het begin of het midden van de therapie verbetering? (4b) Wat voorspelt meer de uiteindelijke verbetering: een goede therapeutische relatie in het begin of het midden van de therapie, of vroege verbetering?

Op basis van een zevental inclusiecriteria, waaronder de diagnose van een of meer eetstoornissen, en metingen van de therapeutische relatie met verschillende schalen, zoals de Working Alliance Inventory, zochten de onderzoekers in online databases en handmatig naar relevante studies. Er werden 787 onderzoeken gevonden, die vervolgens door onafhankelijke codeurs werden teruggebracht naar een aantal van 27 studies. Om analyses over de tijd mogelijk te maken, hadden de onderzoekers meer data nodig dan in de studies gegeven werden. Zij vroegen de auteurs van de 27 studies daarom om extra data. Een aantal auteurs konden die extra data om verschillende redenen niet geven, waardoor uiteindelijk 20 studies in deze meta-analyse konden worden meegenomen.

Naast therapeutische relatie en uitkomst (verandering in symptomen in het verloop van de therapie) werden in dit onderzoek de volgende modererende factoren meegenomen: type therapie, leeftijd van de patiënten, diagnose van de eetstoornissen van de patiënten, beoordelaars van de therapeutische relatie en drop-outpercentages.

De onderzoekers gebruikten de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt (R) om de effectgrootten van de vier hoofdvragen vast te stellen. Ze voerden met hun gegevens een meervoudige lineaire regressieanalyse in SPSS uit. Ook pasten ze diverse meta-analytische procedures toe om generalisatie van de resultaten mogelijk te maken.

Zoals verwacht, voorspelde grotere vroege *verandering in symptomen* (verbetering) een sterkere therapeutische relatie in het begin of het midden van de therapie (vraag 1). Verbeteringen in symptomen gemeten vanaf het begin of het midden van de behandeling tot het eind waren niet gerelateerd aan een latere betere therapeutische relatie (vraag 2). Grotere positieve veranderingen in symptomen gedurende de bestudeerde periode van elke studie voorspelden een betere therapeutische relatie (vraag 3).

Een betere therapeutische *relatie* aan het begin of in het midden van de behandeling voorspelde positieve veranderingen in symptomen. Dit gold meer voor de therapievormen *family-based treatment*, multiële therapieën en individuele therapieën dan voor cognitieve gedragstherapie (CGT), dat niet zo'n effect liet zien (vraag 4a). Alleen in studies over anorexia nervosa en in studies met jongere patiënten werd gemeten dat de therapeutische relatie belangrijker was voor de therapie-uitkomst dan vroege verandering in symptomen (vraag 4b).

Kortom, deze meta-analyse laat een wederkerige relatie zien tussen therapeutische relatie en therapie-uitkomst. De analyses laten zien dat bij de behandeling van eetstoornissen het relatieve belang van de therapeutische

relatie voor de therapie-uitkomst afhankelijk is van behandelingstype, de leeftijd van de patiënt en de diagnose. Oudere patiënten met een andere eetstoornis dan anorexia nervosa lijken het meest baat te hebben bij aandacht voor vroege verandering in symptomen.

61

Uiteraard heeft deze studie ook haar beperkingen: het aantal studies dat in de analyse betrokken werd, was vrij klein, waardoor de conclusies met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden; meer dan 90% van de deelnemende patiënten was (westerse) vrouw; verder is het mogelijk dat andere patiënt- of therapeutkenmerken die nu niet zijn meegenomen van invloed zijn geweest op de resultaten.

Commentaar van de redactie (Sandra Mulkens): Dit uitstekende artikel legt op genuanceerde wijze uit hoe de richting van de therapeutische relatie en het effect van de therapie werken bij eetstoornissen van volwassenen, kinderen en jeugdigen, en voor diverse soorten therapieën. Hieruit blijkt maar weer eens dat de therapeut vooral de technieken goed moet toepassen en daar meteen mee moet beginnen. Dat heeft nut voor de daaropvolgende verbetering in zowel therapeutische relatie als de uitkomst. Dit geldt vooral voor CGT en BWLT (*behaviour weight loss treatment*). Voor jeugdigen is wellicht aanvankelijk iets meer aandacht voor de relatie noodzakelijk. Aangezien CGT de therapie van eerste keuze is voor eetstoornissen, lijken deze resultaten CGT-scholing voor eetstoornissen te ondersteunen.

Ontvangen

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.

- Boelens, E., Van Malderen, E., Debeuf, T., Volkaert, B., Verbeken, S., Wante, L., & Braet, C. (2020). *Emotieregulatietraining bij kinderen en adolescenten: Werkboek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Braet, C., & Berking, M. (red.). (2019). *Emotieregulatietraining bij kinderen en adolescenten: Therapeutenboek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Harris, R. (2020). *ACT in de praktijk: Een heldere en toegankelijke introductie op Acceptatie- en commitmenttherapie* (Geheel herziene en uitgebreide editie). Amsterdam: Hogrefe.
- Hutschemaekers, G., Nekkers, M., & Tiemens, B. (2019). *Handboek generalistische zorg: Werken aan zelfregie: een bijzonder specialisme*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Korb, A. (2020). *De opwaartse spiraal: Stap voor stap je depressie overwinnen. Werkboek*. Amsterdam: Hogrefe.
- Kuin, M., & Boyer, B. (2020). *Mijn Slaap Plan: Werkboek slaaptraining voor jongeren op basis van CGT en motiverende gespreksvoering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kuin, M., & Boyer, B. (2020). *Slaaptraining voor jongeren op basis van CGT en motiverende gespreksvoering: Mijn Slaap Plan*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smid, W., Canton, W., van Beek, D., & Gijs, L. (2020). *Zicht op zedendelinquenten: Achtergronden, risicotaxatie en behandeling*. Amsterdam: Boom.
- Zero to three. (2020). *DC:0-5: Diagnostische classificatie van psychische en ontwikkelingsstoornissen in de baby- en vroege kindertijd*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

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**

Geheel herziene editie



Hét standaardwerk voor de jeugd-ggz

Deze herziene editie van *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten* bevat meer dan 50 van de best onderzochte behandelingen voor kinderen en adolescenten met uiteenlopende psychische problematiek.

Uitbreiding naar 3 delen

De set is uitgebreid van twee naar drie delen. Alle protocollen in de nieuwe editie zijn grondig herzien en up-to-date gemaakt en er zijn 15 nieuwe protocollen toegevoegd, waaronder:

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

Bestel nu op 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 reproduceren 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 ver-

melden 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

Drieënvijftigste jaargang, nummer 1, maart 2020

Pagina 1 – 64

- 1 *Redactioneel*
-

- 2 **Elisa Boelens, Taaïke Debeuf, Brenda Volkaert, Sandra Verbeken, Lien Goossens & Caroline Braet**

Haalbaarheid van een emotieregulatietraining bij jonge adolescenten met obesitas

- 21 **Lars de Vroege, Petra Rops & Barbara Breugelmans**

Acceptance and commitment therapy (ACT) in groepsverband binnen FACT — Een kwalitatieve en kwantitatieve pilotstudie

- 35 **Wesley Sloot**

Empathie verbindt en verblindt — Bijwerkingen in de therapiekamer?

BOEKBESPREKING

- 52 **Paulien Dijk**

Susan M. Bögels & Patrica van Oppen (2019). *Cognitieve therapie: Theorie en praktijk*

VOOR U GELEZEN

- 59 Graves, T.A. et al. (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 323-340.

- 62 *Ontvangen*