

GGZet

Wetenschappelijk

2014 • Jaargang 18 • nummer 2

Compassietraining in de ggz

Erik van den Brink en Frits Koster

Psychomotor therapy and aggression regulation in eating disorders

Cees Boerhout, Joeske T. van Busschbach, Durk Wiersma and Hans Wijbrand Hoek

Staat vragen vrij?

Good clinical practice en medisch ethische toetsing bij patiëntgebonden onderzoek

Stynke Castelein, Susanne J. de Kort, Andrea van der Moolen, Wim Houtjes, Petrie Roodbol, Berno van Meijel & Rikus Knegering

Persoonlijkeheidsproblematiek en risico-gerelateerd gedrag van forensisch psychiatrische patiënten gezien in de relationele context: Sociale Netwerkanalyse

Ruud van der Horst

Een systemische blik op een delictvrije toekomst?!

Sociale netwerk analyse toegepast in een forensisch psychiatrisch centrum

Swanny Kremer, Gerbrand Stam & Lydia Pomp

Welke bijdrage kan EMDR leveren aan de behandeling van eetstoornissen

Eerste resultaten van een exploratief onderzoek naar de behandel-effecten op lichaamsbeleving

Antoniet Pepers en Marte Swart

Antipsychotica-geïnduceerde hyperprolactinemie en de invloed op het botmetabolisme

Yvette Roke

Colofon

Redactie

Stynke Castelein
Jos de Keijser
Rikus Knegtering (hoofdredacteur)
Swanny Kremer
MARIKE LANCEL

Secretariaat

Anneke Scholtens
Postbus 128
9470 AC Zuidlaren
ggzetwetenschappelijk@lentis.nl

Lay-out: Arjan Koster/Klaas van Slooten
Productie: Canon Business Services | Locatie Lentis, Zuidlaren

Richtlijnen voor het inzenden van kopij staan achterin het tijdschrift.

Oplage: 850 exemplaren

ISSN 1389-1715

Inhoud

Compassietraining in de ggz

Erik van den Brink en Frits Koster

Psychomotor therapy and aggression regulation in eating disorders

Cees Boerhout, Joeske T. van Busschbach, Durk Wiersma and Hans Wijbrand Hoek

Staat vragen vrij?

Good clinical practice en medisch ethische toetsing bij patiëntgebonden onderzoek

Stynke Castelein, Susanne J. de Kort, Andrea van der Moolen, Wim Houtjes, Petrie Roodbol, Berno van Meijel & Rikus Knegtering

Persoonlijkheidsproblematiek en risico-gerelateerd gedrag van forensisch psychiatrische patiënten gezien in de relationele context: Sociale Netwerkanalyse

Ruud van der Horst

Een systemische blik op een delictvrije toekomst?! Sociale netwerk analyse toegepast in een forensisch psychiatrisch centrum

Swanny Kremer, Gerbrand Stam & Lydia Pomp

Welke bijdrage kan EMDR leveren aan de behandeling van eetstoornissen

Eerste resultaten van een exploratief onderzoek naar de behandel-effecten op lichaamsbeleving

Antoniet Pepers en Marte Swart

Antipsychotica-geïnduceerde hyperprolactinemie en de invloed op het botmetabolisme

Yvette Roke

Artikel

Compassietraining in de GGZ

Erik van den Brink en Frits Koster

Dit artikel is een bewerking van het hoofdstuk 'Compassie' van dezelfde auteurs, met vriendelijke toestemming overgenomen en aangepast uit Handboek positieve psychologie: theorie, onderzoek & toepassingen, verschenen in 2013 bij Uitgeverij Boom, Amsterdam, onder redactie van Ernst Bohlmeijer, Linda Bolier, Gerben Westerhof en Jan Walburg.

Onder compassie of mededogen verstaan we het vermogen om ons betrokken te voelen bij pijn en lijden – zowel van onszelf als van anderen. Het gaat gepaard met de wens en de motivatie deze pijn en dit lijden te verlichten. Het heeft een ontvankelijke kant: oog in oog staan met het leed dat er nu eenmaal is, met de moed om ons hart daarvoor te openen en het geduld om dit te verdragen. Daarnaast heeft het een actieve kant: de verantwoordelijkheid nemen om het leed waar mogelijk te verzachten, langs de minst schadelijke en meest heilzame weg. Compassie is geen luxe behoefte maar veel meer een basisvoorwaarde voor ons leven en overleven, daarover zijn geestelijke leiders als de huidige dalai lama en hedendaagse evolutiedeskundigen het eens. Armstrong (2011) betoogt dat compassie de kernwaarde is van alle grote religies en wijsheidstradities. Bij compassie wordt vaak allereerst gedacht aan het begaan zijn met het lijden van de ander. Het is beschreven dat hulpverleners die zich daar te eenzijdig mee bezig houden, 'compassiemoehd' kunnen ontwikkelen (Figley, 2002). Veelal ontbreekt het hen dan aan 'zelfcompassie' – in onze cultuur een nog relatief nieuw begrip. Tegenwoordig wordt benadrukt dat compassie, ook al wordt zij opgewekt door lijden, gepaard gaat met toegenomen welzijn wanneer zij ook zelfcompassie includeert, en dat de term 'compassiemoehd' beter vervangen kan worden door 'empathiemoehd' (Siegel & Germer, 2012). Niet alleen hulpverleners, ook ggz-cliënten en vele anderen lijken moeite te hebben met een compassievolle houding naar zichzelf. In een prestatiegerichte, competitieve maatschappij gunnen we ons al gauw geen tijd voor zelfcompassie en wordt het als zwakte gezien. Het gaat echter bij (zelf)compassie – anders dan bij (zelf)medelijden – om een ruimhartige, belangeloze houding ten opzichte van lijden, vanuit een besef van medemenselijkheid. Zelfcompassie en compassie voor anderen zijn elkaar versterkende kwaliteiten en de ggz lijkt bij uitstek een terrein waar deze beoefend mogen worden, zowel door hulpverleners als door patiënten zelf. Inmiddels wordt dat in toenemende mate ondersteund door empirisch onderzoek (zie verderop). De auteurs beschrijven in dit hoofdstuk een theoretisch kader en een oefenprogramma gericht op het ontwikkelen van (zelf)compassie, aangeduid met 'compassietraining' of *Mindfulness-Based*

Compassionate Living (MBCL) (Van den Brink & Koster, 2012). Zij ontwikkelden dit programma in de ggz voor cliënten die al ervaring hebben met mindfulnessoefening en bij voorkeur een training hebben gevolgd in *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR; Kabat- Zinn, 2005) of *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT; Segal e.a., 2004). Inmiddels wordt de training ook aan hulpverleners in de ggz gegeven. Qua structuur lijkt MBCL op MBSR en MBCT. Het gaat eveneens om acht wekelijkse sessies van 2 ½ uur en van deelnemers wordt gevraagd dat zij een uur per dag thuis oefenen met behulp van cursusmateriaal en audio-cd's. De inhoud van MBCL bestaat uit een wetenschappelijk gefundeerde keuze van oefeningen en psycho-educatieve hulpmiddelen die stapsgewijs worden aangeboden. Een deel daarvan werd al eerder toegepast in individueel psychotherapeutisch werk, zoals beschreven door Gilbert (2009a, 2010) en Germer (2009, 2012).

Een evolutionair perspectief als theoretisch kader

Het vermogen tot compassie is bij ieder mens in aanleg aanwezig en heeft diepe wortels in de evolutiegeschiedenis. Hoe kwetsbaarder en minder talrijk de nakomelingen, hoe belangrijker het is voor de overleving van de soort dat individuen voor elkaar zorgen. Bij zoogdieren evolueerde het brein tot een orgaan dat zeer gevoelig is geworden voor het ontvangen en het geven van de juiste zorg.

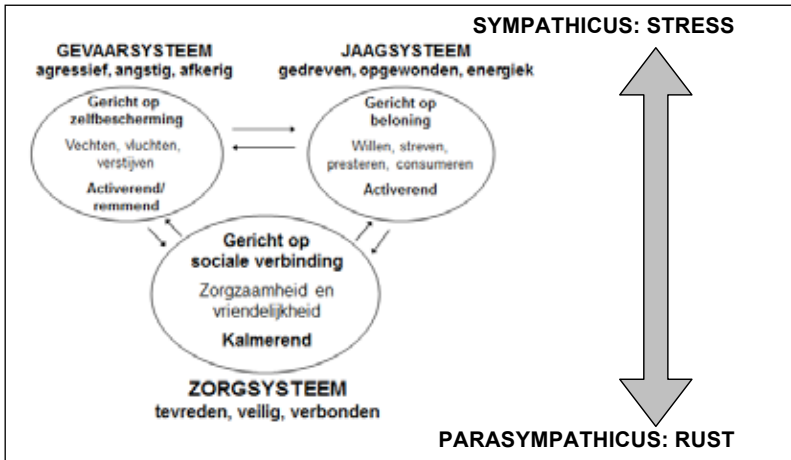
Het gelaagde brein

Het menselijk brein bestaat uit oudere en nieuwere lagen, die corresponderen met fasen in de evolutiegeschiedenis die veel ouder zijn dan het menselijk bestaan (MacLean, 1990; Hanson, 2009; Appelo, 2011). De evolutie heeft verschillende reactiemogelijkheden in ons achtergelaten om ons aan te passen aan onze omgeving: de onbewuste automatische reflexen van het reptielenbrein (de hersenstam) en de emotionele reacties van het oude zoogdierenbrein (het limbisch systeem) – samen kortweg 'oude brein' genoemd – en de bewust gemotiveerde en beredeneerde keuzes van de neocortex of het 'nieuwe brein'. Hoe complexer de samenlevingsvormen worden, hoe hoger de eisen die gesteld worden aan onderlinge communicatie en het vermogen elkaar aan te voelen en te begrijpen. Een groot deel van het menselijke nieuwe brein evolueerde ten behoeve van sociaal gedrag. Reacties verlopen snel via het oude brein (de korte route) en langzaam via het nieuwe brein (de lange route). Hoe meer nieuwe-brein-reflectie, hoe bewuster de reacties verlopen, en hoe meer mogelijkheden om nieuw gedrag aan te leren. Bewuste keuzes kunnen tegen het oude brein ingaan. Toch kunnen ook nieuwe-brein-processen, wanneer ze door oude-brein-instincten aangedreven worden, grotendeels automatisch en onbewust verlopen. Al halverwege de vorige eeuw werd vastgesteld: *neurons that fire together, wire together* (Hebb, 1949). Naarmate bepaalde wisselwerkingen tussen oude en nieuwe brein dieper inslijten, ontstaan vastere patronen of gewoonten, die steeds duidelijker sporen achterlaten in

neurale netwerken. De communicatie tussen oude en nieuwe brein is verre van harmonieus en kan ons veel ongemak bezorgen (Gilbert, 2009a). Er is een hoeveelheid primair lijden in ons bestaan dat nu eenmaal onvermijdelijk is. Helaas wordt veel secundair lijden gegenereerd door onze vaak onbewuste reacties op dit primaire lijden. Het vermogen om bewust deze processen op te merken en daarmee automatische reacties te doorbreken, blijkt verbonden met het jongste deel van het nieuwe brein, dat ook wel de *mindful brain* wordt genoemd en dat potenter wordt naarmate het meer geoefend wordt (Siegel, 2007). Eeuwenoude boeddhistische psychologie en moderne westerse neurowetenschappen lijken elkaar hier te ontmoeten (Hanson, 2009). Oefening in opmerkzaamheid van onze ervaring van moment tot moment opent de weg naar inzicht in heilzame en leedvolle reacties. Daarmee ontstaan meer keuze- en responsmogelijkheden en kunnen we ons bevrijden van onnodig secundair lijden. Gilbert (2009a) benadrukt dat ons brein niet perfect is. Het ontwerp van ons brein is niet onze keuze, en dus niet onze fout. We hebben niet gekozen voor ons lichaam met zijn genetische en evolutionaire erfenis, noch voor het gezin, het land en de cultuur waarin we zijn opgegroeid, noch voor talloze conditioneringen die ons gevormd hebben. Compassie is een bewuste respons op het besef dat we allen in een kwetsbaar bestaan geworpen zijn, dat vroeg of laat getroffen wordt door trauma, verlies, ziekte, ouderdom en uiteindelijk de dood. Daarnaast kan inzicht in onze emotieregulatie de motivatie sterken om compassie daadwerkelijk te beoefenen.

Drie emotieregulatiesystemen

Alle emoties, of ze nu aangenaam of onaangenaam voelen, zijn evolutionair gezien nuttige boodschappers die ons informeren of we ons in de juiste richting bewegen van overleving. Bij *Compassion Focused Therapy* wordt gebruik gemaakt van een model van drie basale emotieregulatiesystemen (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2005, 2009a, 2010). Ze zijn diep geworteld in het oude brein en hebben grote invloed op onze motivatie. Er is intensief verkeer tussen deze oude systemen en nieuwe-brein-processen.



Drie emotieregulatiesystemen (naar Gilbert, 2009)

Reproduced and adapted with kind permission from *The Compassionate Mind* by Paul Gilbert, Robinson: London, 2009. Met toestemming overgenomen uit *Compassievol leven* van Erik van den Brink & Frits Koster, Boom: Amsterdam, 2012.

Het gevaarsysteem is actief bij dreiging en is gericht op zelfbescherming. De emoties zijn onaangenaam (angst, agressie, afkeer) en het gedrag kenmerkt zich door de stressreacties vechten, vluchten of verstijven (*fight, flight and freeze*). Later is bij zoogdieren ook een vierde stressreactie beschreven: *tend and befriend* (Taylor, 2006). Deze is erop gericht dat er bij dreigend gevaar wordt omgezien naar en steun wordt gezocht bij soortgenoten. Het is een onjuiste interpretatie van Darwin's theorie dat het recht van de sterksten een natuurwet zou zijn (De Waal, 2009). *Survival of the fittest* betekent juist dat de 'best aangepasten' de grootste overlevingskans hebben. En dat zijn in het geval van zoogdieren – de menselijke soort wel in het bijzonder – niet zozeer de fysiek sterksten maar degenen die in staat zijn het beste voor elkaar te zorgen. Een tweede emotieregulatiesysteem is het *jaagsysteem*, dat actief wordt wanneer een beloning begeerd wordt. Het kan daarbij gaan om voedsel, seks, materieel bezit of immateriële beloningen als succes, waardering en status. Het gedrag is actief en draait om streven, presteren en consumeren. De emoties zijn overwegend aangenaam met opwinding en vitaliteit bij het jagen en kortstondig genot en plezier wanneer het begeerde verkregen wordt. Het bekrachtigende effect van de beloning werkt veel sterker dan de frustratie van een mislukte jacht en zodra een mogelijke prooi in het vizier komt wordt het jaagsysteem opnieuw geactiveerd. Bij zowel het gevaar- als het jaagsysteem is het stressniveau hoog en domineert de sympathicus, zich uitend in een versnelde ademhaling en hartslag, een verhoogde bloeddruk en meer doorbloeding van de willekeurige spieren. Het lichaam is in staat van paraatheid en de aandacht is gefocust op wat dreigt of wat begeerd wordt. Het *zorg- en kalmeringssysteem* ten slotte krijgt ruimte wanneer het gevaar- en het jaagsysteem tot rust zijn gekomen en ontspanning toegelaten kan worden. Dit systeem is

gericht op geborgenheid en vredig samenzijn, met zichzelf en elkaar. Gilbert introduceert hier het woord 'safeness', ter onderscheiding van de 'safety' waarop het gevaarsysteem zich richt. Net als bij het jaagsysteem zijn de emoties aangenaam, met als verschil dat hier een langer aanhoudende behaaglijke grondstemming heerst die wordt gekenmerkt door gevoelens van warmte, tevredenheid en verbondenheid, waarbij oxytocine en endorfines een rol lijken te spelen. In deze toestand overheerst de parasympathicus: de ademhaling en hartslag vertragen, de bloeddruk zakt en de spieren ontspannen. Het lichaam is in een toestand van kalmte en het voedsel kan worden verteerd (*rest and digest*). Er is tijd voor herstel en groei. Omdat de aandacht niet gefocust hoeft te zijn op wat dreigt of wat mist, kan het aandachtsveld verbreden en is er ruimte voor speelsheid en creativiteit. De drie systemen kunnen elkaar snel afwisselen. Ze zijn alle drie onmisbaar om in wisselende omstandigheden te kunnen overleven. De meeste zoogdiersoorten geven zich zodra het maar even kan over aan het zorg- en kalmeringssysteem. Door niet langer dan nodig in de energievretende gevaar- en jaagsystemen te verkeren, wordt uitputting voorkomen. Bij de moderne mens ligt dat anders: in de hectiek van ons drukke bestaan maken het gevaar en het jaagsysteem vaak onnodig veel overuren. Door een overvloed aan interne en externe prikkels en het rijke voorstellingsvermogen van ons nieuwe brein zijn wij – meer dan welke diersoort ook – in staat overal gevaren en tekorten te zien, ook wanneer aan onze basisbehoeften is voldaan. Bij voortdurende overactiviteit van het gevaar- en/of jaagsysteem en onderactiviteit van het zorgsysteem staan we bloot aan chronische stress en krijgen we vroeg of laat gezondheidsproblemen. Vanuit de wisselwerking van de basale emotiereguleratiesystemen van het oude brein met nieuwe-brein-processen ontstaan complexere patronen en gewoonten. We kunnen met Gilbert (2009a, 2010) ook spreken van sociale mentaliteiten of van modi. Zo verkeren we in een *gevaarmodus* wanneer zelfbescherming het overheersende thema is. Het voortdurend gefocust zijn op mogelijke dreiging beïnvloedt wat onze aandacht trekt, welke voorstellingen we ons maken van onszelf en anderen, hoe we ons verleden en onze toekomst zien, hoe we denken en redeneren, hoe we ons voelen, wat ons motiveert en hoe we ons gedragen. Op dezelfde wijze kan een *jaag- of competitiemodus* ontstaan wanneer de jacht op begerenswaardige zaken, zelfwaardering en rivaliteit ons leven beheersen. De bijbehorende emoties en fysieke verschijnselen worden even gemakkelijk door reële situaties opgeroepen als door ons voorstellingsvermogen. Mindfulness en compassiegerichte oefeningen kunnen bijdragen aan een gezonder evenwicht. Opmerkelijk is dat het gevaar- of het jaagsysteem onnodig gaan overheersen. Compassieoefeningen kunnen een onderontwikkeld zorg- en kalmeringssysteem versterken en een compassionele mentaliteit of *compassiemodus* tot bloei laten komen. Ons brein is bij uitstek een orgaan dat verandert door ervaring en heeft een enorme plasticiteit (Davidson, 2012). Ook al verdwijnen eenmaal aangeleerde gewoonten of patronen niet zomaar, ook niet als ze inmiddels tegen ons werken, we kunnen wel nieuwe, gezondere patronen aanleren, die naarmate ze meer geoefend worden gemakkelijker geactiveerd worden (Brewin, 2006).

Psychologische stressreacties en zelfcompassie

Neff (2003a, 2003b) beschrijft op grond van haar onderzoek hoe de stressreacties *fight*, *flight* en *freeze*, die van grote overlevingswaarde kunnen zijn bij fysieke dreiging, ook hun psychologische equivalenten kennen, die ons juist veel last kunnen bezorgen. Ook wanneer we ons van binnenuit bedreigd voelen door een onaangename gedachte of pijnlijke emotie, vallen we gemakkelijk terug in de 'fabrieksstand' van het gevaarsysteem. We kunnen op deze psychologische dreiging vergelijkbaar reageren als op een fysieke dreiging. *Fight* krijgt dan de vorm van *zelfkritiek*. We vechten tegen het onacceptabele deel van onszelf door het te bekritisieren en te veroordelen. Dit kan uitgroeien tot *zelfhaat*. *Flight* vertaalt zich in *zelfisolatie*. We vluchten voor het deel in onszelf dat we als bedreigend ervaren of vluchten uit het contact met anderen. We vermijden de ervaring van nare gedachten of emotionele pijn en houden het onacceptabele deel verborgen voor onszelf en voor anderen. Dit vluchten kan zich uitbreiden en resulteren in allerlei ongezond uitstel- en vermijdingsgedrag. *Freeze* vertaalt zich ten slotte als *zelfabsorptie* of *over-identificatie*. We zoeken houvast in onze denkbeelden en overtuigingen over onszelf, anderen en de wereld om ons heen, omdat we menen dat dit ons zekerheid geeft in een onzeker bestaan. We verstijven in onze manieren van denken en reageren en raken er steeds meer in gevangen. Deze nieuwe brein-vertalingen van *fight*, *flight* en *freeze*, als reacties op psychologische dreiging kunnen vergelijkbare stressverschijnselen in het lichaam tweeebrengen als de reacties op fysieke dreiging. Het oude brein en het lichaam maken geen onderscheid tussen de aard van de dreiging, of deze nu van buitenaf komt of van binnenuit. Neff (2003b; 2011) beschrijft drie bestanddelen van zelfcompassie die een antidotum vormen tegen deze drie psychologische reacties. De medicijn tegen zelfkritiek is *self-kindness*, een vriendelijke bejegening van onze emotionele pijn en kwetsbaarheid. Zelfisolatie wordt verzacht door een besef van *common humanity*. We zijn niet de enigen met pijn en kwetsbaarheid en lijden is onderdeel van de menselijke conditie. En *mindfulness* kan ons bevrijden van over-identificatie en zelfabsorptie: open aandacht voor onze emotionele pijn en de reacties daarop kan rigide overtuigingen doen ontgooien en onze vereenzelviging daarmee doen oplossen. Het zou eenzijdig zijn, en niet compassievol, wanneer we ons bij compassietraining alleen maar bezig hielden met lijden en de min-kant van de welzijnsthermometer. De beoefening van *mededogen* gaat hand in hand met betrokkenheid bij de plus-kant van de welzijnsthermometer en de bevordering van geluk door beoefening van *medevreugde* en *liefdevolle vriendelijkheid*. De boeddhistische psychologie onderscheidt nog een vierde kwaliteit: *gelijkmoedigheid*. Deze vier kwaliteiten worden 'Onbegrensdheden' genoemd, omdat ze de begrenzing van het ego overstijgen, onbegrensd beoefend kunnen worden en niemand van de beoefening uitsluiten (De Wit, 2008). De waarde van deze kwaliteiten, die elkaar versterken en in evenwicht houden, is ook in een psychotherapeutische context beschreven (Bien, 2008). In het MBCL-programma spreken we van 'De Vier Levensvrienden'. Ons brein lijkt – zeker in de oudste lagen – niet in de eerste plaats ontworpen voor welzijn en geluk. Het is immers voor onze

overleving veel belangrijker dat we gevaar herkennen en vermijden dan dat we ons prettig voelen. Ons geheugen onthoudt gevaarlijke situaties onmiddellijk, zodat we de volgende keer meer kans hebben eraan te ontsnappen. Hanson (2009) gebruikt wel de beeldspraak dat het geheugen klittenband is voor negatieve gebeurtenissen en een teflon laag heeft voor positieve input. Stel bijvoorbeeld dat een leidinggevende ons complimenteert met een hele lijst van verdiensten en ons vriendelijk attent maakt op één puntje dat voor verbetering vatbaar is. We zouden dan toch vooral dat laatste onthouden. En als we dan denken: *Zie je wel, hij vertrouwt me niet en gaat vast over me klagen bij de directie; het zal wel niet lang meer duren voor ik ontslagen word*, dan worden we geplaagd door een ‘innerlijke pestkop’ en voelen we de fysieke en emotionele reacties van het gevaarsysteem. We kunnen ook denken: *Fijn dat hij zo tevreden over me is. Dat ene puntje is best nuttige feedback, daar kan ik op letten. Niemand is natuurlijk perfect en ik mag best een foutje maken, anders viel er ook niets meer te leren*. Dan worden we bijgestaan door een ‘innerlijke helper’ en voelen we de kalmerende werking van het zorgsysteem. Bij cognitieve therapie werd aanvankelijk vooral geleerd de gedachten op inhoudsniveau te veranderen. Een belangrijke ontdekking voor Gilbert (2010) was dat zijn patiënten bij cognitieve therapie wel de juiste helpende gedachten leerden formuleren maar daarmee zich nog niet beter voelden. Daarom kwam de aandacht bij *Compassion Focused Therapy* veel meer te liggen op oefeningen die patiënten leren zichzelf met de juiste kalmerende toon en emotionele warmte te bejegenen. In het MBCL-programma krijgt het bevorderen van welzijn ruimte middels de beoefening van mildheidmeditatie en het bewust ‘fijnproeven’ van aangename ervaringen. Germer (2009) noemt dit *savoring* en Hanson (2009) *taking in the good*. Door veelvuldig en opmerkzaam stil te staan bij wat ons vervult met vreugde en dankbaarheid leren we ons brein ontvankelijker te worden voor het ervaren van welzijn en geluk.

Werken met het voorstellingsvermogen

We kunnen dankzij ons voorstellingsvermogen enorm veel gedaan krijgen maar (onbewust) ook veel onnodig leed creëren, zowel in de buitenwereld als in onze binnenwereld. Het menselijk voorstellingsvermogen is in staat een wereld te scheppen die meedogenloos wreed of grenzeloos compassievol kan zijn. Het vermogen om overal ‘plaatjes’ van te maken, van onszelf, anderen en de wereld om ons heen, is vanuit evolutionair perspectief nuttig. Omdat het voor onze overleving noodzakelijk is om sociaal geaccepteerd te zijn, is het belangrijk dat we een voorstelling kunnen maken van het beeld dat anderen van ons hebben en wat we moeten doen om dat een gunstig beeld te laten zijn. In het tijdperk dat we in stammen leefden, die elkaar naar het leven stonden, was het onderscheid tussen de eigen groep en de vijandige groep heel belangrijk. Siegel (2010) beschrijft hoe ons brein ons in staat stelt een heel fotoalbum aan te leggen met ‘ik’-plaatjes, ‘jij’-plaatjes, ‘wij’-plaatjes en ‘zij’-plaatjes. *Mindlessness* belemmert ons te zien dat het slechts om voorstellingen gaat, waardoor we de plaatjes voor feiten aannemen. In de Acceptance en Commitment Therapie wordt dat *fusie* (over-identificatie) genoemd

(Hayes e.a., 1999). *Mindfulness* leert ons om te zien dat het om plaatjes gaat, producten van onze geest, die tijdelijk houvast kunnen bieden, maar waar we ons ook weer van kunnen onthechten (*defusie* of de-identificatie). Zijn we ervan overtuigd dat vele onacceptabele plaatjes op ons van toepassing zijn, dan ontwikkelen we gemakkelijk een *innerlijke pestkop* (of: kwelgeest, criticus). Ook al voelen we ons daar allerminst prettig bij, evolutionair gezien gaat het om een overlevingsstrategie. We kunnen beter onszelf afkeuren zodat we ons op tijd kunnen aanpassen, voordat we afgekeurd worden door anderen, van wie onze overleving afhankelijk zou kunnen zijn. Velen die moeite hebben met zelfcompassie hebben een sterk ontwikkelde innerlijke pestkop, die gedijt op emoties als schaamte en schuld, de boodschappers die ons informeren dat de acceptatie door anderen gevaar loopt. Deze criticus is verwijtend naar het verleden, afkerig van het heden of wantrouwend naar de toekomst, en gooit telkens olie op het vuur van het gevaarsysteem. Dit kan tot gevolg hebben dat we steeds meer twijfelen aan onszelf, opzien tegen sociale ontmoetingen, angstiger worden om fouten te maken of steeds hogere eisen stellen aan onszelf. We staan dan minder open voor nieuwe ontdekkingen, die juist zo belangrijk zijn voor een gezonde aanpassing aan nieuwe omstandigheden. In vele psychotherapeutische scholen wordt gewerkt met het voorstellingsvermogen en visualisatie-oefeningen (Singer, 2006). Compassiegerichte oefeningen maken veel gebruik van voorstellingen die het gevaarsysteem kalmeren en, in plaats van een innerlijke pestkop, een *innerlijke helper* voeden. We kunnen ons bijvoorbeeld voorstellen dat we op een veilige plek zijn, dat we bijgestaan worden door een compassionele metgezel of dat we zelf compassie belichamen. Bij deze oefeningen kunnen verschillende stroomrichtingen van compassie verkend worden zodat men ontdekt welke richting speciale beoefening nodig heeft: van ander naar zelf, van zelf naar zelf, of van zelf naar ander. Een innerlijke helper accepteert ons zoals we zijn, inclusief onze kwetsbaarheden en imperfecties, is vergevingsgezind naar het verleden, acceptierend naar het heden en bemoedigend naar de toekomst. Wanneer we deze innerlijke houding naar onszelf oefenen is het van belang dat we zowel vertrouwd worden met het gevende aspect als met het ontvangende aspect. Voor mensen met een achtergrond van onveilige hechting kan vooral het ontvangen van vriendelijkheid en compassie in het begin als bedreigend ervaren worden. Belichamen we de compassiemodus dan gaan we niet de strijd aan met minder aangename aspecten van onszelf maar leren we deze met mededogen te aanschouwen zonder ze voeding te geven, of het nu gaat om onaangename gedachten, gevoelens of ongezonde patronen als een innerlijke pestkop.

Empirisch onderzoek

Het verband tussen mindfulness, zelfcompassie en gezondheid

Shapiro en Carlson (2009) bepleiten dat de tijd rijp is om de focus bij het mindfulnessonderzoek te verleggen van de reductie van klachten en sympto-

men naar het cultiveren van heilzame mentale kwaliteiten, zoals wijsheid, compassie en deugdzaamheid. Ten opzichte van de oorspronkelijke betekenis heeft het concept mindfulness zich steeds meer verbreed. De eerste vragenlijsten, die gebruikt werden om mindfulness te onderzoeken, maten vooral het pure aandacht geven. De nieuwere vragenlijsten bestaan uit meerdere componenten, waaronder de accepterende, niet-oordelende houding waarmee men aandacht geeft. Vaak wordt verondersteld dat bij de beoefening van mindfulness de kwaliteit van zelfcompassie 'als vanzelf' mee ontwikkeld wordt. Dat is bijvoorbeeld aangetoond bij professionele hulpverleners en therapeuten in opleiding die een MBSR-cursus volgden (Shapiro e.a., 2005, 2007). Ook werd dat aangetoond bij patiënten met terugkerende depressie die MBCT volgden (Kuyken e.a., 2010). Interessant is dat zelfcompassie een mediator bleek te zijn voor stressreductie bij MBSR en voor verminderde terugkeer van depressie bij MBCT. Zelfcompassie zou dan ook heel goed een centraal mechanisme kunnen zijn in de werkzaamheid van mindfulnessstraining (Baer, 2010). Het instrument dat het meest wordt gebruikt voor het meten van zelfcompassie is de schaal die ontwikkeld is door Neff (2003a, 2003b). Zij is een pionier in het onderzoek naar zelfcompassie onder relatief gezonde bevolkingsgroepen, veelal studenten. De zelfcompassieschaal bestaat uit drie onderling afhankelijke componenten, waarvan *mindfulness* er een is, naast *selfkindness* en *common humanity*. Het is dus niet verwonderlijk dat de beoefening van mindfulness en (zelf)compassie elkaar wederzijds versterken, alleen al omdat de concepten overlappen. Specifieker onderzoek zal moeten aantonen hoe zij zich precies tot elkaar verhouden. Het is waarschijnlijk dat beide een gezondheid bevorderende bijdrage leveren en er is een groeiende hoeveelheid onderzoek dat argumenten aanvoert om de beoefening van zelfcompassie een meer expliciete plaats te geven (voor recente overzichten, zie Barnard & Curry, 2011; Hofmann e.a., 2011; Neff, 2012). Een studie onder ruim vijfhonderd proefpersonen uit de algemene bevolking, die inschreven op een zelfhulpmethode voor angstklachten, liet zien dat zelfcompassie gemeten volgens de schaal van Neff een veel betere voorspeller was voor psychisch welzijn (mate van angst- en depressieve klachten en kwaliteit van leven) dan mindfulness gemeten volgens een specifieke schaal (Van Dam e.a., 2011). Bij relatief gezonde proefpersonen correleerde zelfcompassie positief met psychologische kwaliteiten als geluk, optimisme, wijsheid, nieuwsgierigheid, persoonlijk initiatief, emotionele intelligentie en sociale verbondenheid, en negatief met depressie, angst, piekeren, zelfkritiek, gedachtensuppressie en perfectionisme (Neff e.a., 2007; Heffernan e.a., 2010; Hollis-Walker & Colosimo, 2011). Een compassionele identiteit ging gepaard met meer welzijn en gezondere sociale relaties dan een egocentrische identiteit (Crocker & Canevello, 2008). Zelfcompassie was sterker geassocieerd met welzijn dan zelfwaardering of *self-esteem*; zelfcompassie leek meer beschermend bij tegenslag en ging samen met een zorgzamer houding, terwijl zelfwaardering meer correleerde met narcisme (Neff, 2008; Neff & Vonk, 2009). Zelfcompassie is geassocieerd met een gezondere coping bij stressvolle omstandigheden, zoals academisch falen (Neff e.a., 2005; Neely e.a., 2009), traumatische gebeurte-

nissen (Thompson & Waltz, 2008), gevolgen van kindermishandeling (Vettesse e.a., 2011), scheiding (Sbarra e.a., 2012) en chronische pijn (Costa & Pinto-Gouveia, 2011). Individuen die compassievol zijn naar zichzelf bleken gezonder te functioneren in relaties (Neff & Beretvas, 2012) en rapporteerden meer empathie, altruïsme, begrip en vergevingsgezindheid (Neff & Pommier, 2012). Zelfcompassie ging samen met minder vermijding van pijnlijke emoties en onaangename gedachten en het schrijven van compassionele brieven aan zichzelf bleek te helpen om met negatieve levensgebeurtenissen om te gaan en verminderde depressieve symptomen (Leary e.a., 2007). Zelfcompassie lijkt een natuurlijke remedie te zijn tegen experiëntiële vermijding, een centraal mechanisme bij vele vormen van ongezond psychisch functioneren.

Gecontroleerd onderzoek bij niet-klinische populaties

Bij niet-klinische populaties is een aantal gecontroleerde studies gedaan naar het effect van de beoefening van liefdevolle vriendelijkheid (traditioneel met ta genoemd, en vergelijkbaar met wat we in dit hoofdstuk 'mildheidmeditatie' noemen). In vergelijking met een neutrale oefening, verhoogde een korte liefdevolle vriendelijkheidsoefening gevoelens van sociale verbondenheid en betrokkenheid bij vreemden (Hutcherson e.a., 2008). Een andere studie onderzocht de beoefening van liefdevolle vriendelijkheidsmeditatie door werknemers van een softwarebedrijf (zeven wekelijkse sessies van een uur en thuisbeoefening met cd's met oefeningen die gericht waren op zichzelf en anderen). Vergeleken met de controlegroep, bleek dat er een positieve invloed was op maten voor positieve emoties, mindfulness, beleving van zin, toekomst en sociale steun, terwijl er een afname werd gezien van depressieve symptomen (Fredrickson e.a., 2008). Bij een andere gecontroleerde studie bleek na een compassiemeditatietrainingsprogramma gedurende zes weken (twee sessies à vijftig minuten per week en thuisbeoefening met cd) een positief effect zichtbaar op immuunfunctie, neuro-endocriene reactie en gedragsrespons bij psychosociale stress, vergelijkbaar met de controlegroep, die een interactief gezondheidsprogramma volgde met evenveel tijdsinvestering (Pace e.a., 2009). Al eerder bleek compassiebeoefening een positieve invloed op een indicator van immuunfunctie (S-IgA) te hebben, terwijl een interventie gericht op regulatie van boosheid daar negatieve invloed op had (Rein e.a., 1995). Ook bleek bij gecontroleerd onderzoek dat een interventie met zelfcompassie hielp bij het vermijden van ongezond voedsel bij vrouwen die zichzelf strenge dieetrestricties opleggen (Adams & Leary, 2007) en bij het verminderen van roken bij proefpersonen die probeerden te stoppen (Kelly e.a., 2010). Het programma *Mindful Self-Compassion* (MSC) van Neff en Germer (2012) vertoont overlap met het MBCL-programma. Verschillen zijn dat voor toelating tot dit programma geen eerdere ervaring met mindfulness gevraagd wordt en dat deelnemers zichzelf kunnen aanmelden, niet noodzakelijk in verband met gezondheidsproblemen. MSC combineert oefeningen in zelfcompassie en mindfulness in acht wekelijkse sessies van 2 of 2,5 uur. Het programma werd met een pilotstudie en een eerste RCT geëvalueerd en de resultaten lie-

ten significante verbeteringen zien op schalen voor mindfulness, compassie voor zichzelf en anderen, sociale verbondenheid, levensvoldoening en geluk en een afname van depressie, angst, stress en vermijding van onaangename gedachten en gevoelens.

Onderzoek bij klinische populaties

Bij patiënten in de ggz is een aantal kleinere, veelal ongecontroleerde studies gedaan, vooral rond *Compassion Focused Therapy* (CFT) en de daarop gebaseerde *Compassionate Mind Training* (CMT) (Gilbert, 2009a, 2010). De beschrijving van de theorie en praktijk van de compassiegerichte benadering bij overmatige zelfkritiek en schaamte (Gilbert & Irons, 2005), depressie (Gilbert 2009b), sociale angst (Henderson, 2011), andere angststoornissen (Welford, 2010; Tirsch, 2012), bipolaire stoornissen (Lowens, 2010) en eetstoornissen (Goss, 2011) heeft de opmaat gegeven tot diverse klinische studies, die ongetwijfeld de komende tijd zullen groeien in aantal. Het toepassen van compassionele voorstellingsoefeningen wordt onderbouwd door werk van Gilbert & Irons (2004), Lee (2005), Rockliff e.a. (2008), Brewin e.a. (2009) en Longe e.a. (2010). CMT toegevoegd aan een therapieprogramma voor patiënten in dagbehandeling met chronische psychische klachten, ging gepaard met vermindering van schaamte, zelfkritiek, angst en depressie (Gilbert & Proctor, 2006). CMT bleek ook te helpen bij mensen met hardnekkige psychotische verschijnselen, zoals het horen van stemmen met negatieve inhoud (Mayhew & Gilbert, 2008). CFT had bij opgenomen patiënten van een sterk beveiligde psychiatrische afdeling positieve invloed op de stemming, gevoel van eigenwaarde en beleving van sociale waardering, terwijl psychische ziekteverschijnselen afnamen (Laithwaite e.a., 2009). In een recente studie had CFT significant positief resultaat bij patiënten met eetstoornissen, bij boulimia meer dan bij anorexia (Gale e.a., 2012). Een eerste RCT van CFT werd uitgevoerd bij schizofreniepatiënten die poliklinisch groepscft kregen. Zij bleken klinisch beter te functioneren dan de controlegroep en een toename van compassie ging gepaard met een afname van depressieve klachten en beleving van sociale uitsluiting (Braehler e.a., 2012). Dit sluit aan bij een eerdere pilotstudie die het effect onderzocht van een programma van zes weken liefdevolle vriendelijkheidsmeditatie voor poliklinische patiënten met schizofrenie, waarbij een significante vermindering werd aangetoond van negatieve symptomen en anhedonie (Johnson e.a., 2009).

Hersenonderzoek

De invloed van meditatie en compassiebeoefening op het brein werd onderzocht door Richard Davidson's team. Hersenonderzoek bij ervaren mediterenden (Tibetaanse monniken) toonde aan dat er bij beoefening van compassie meditatie, in vergelijking met beginners, grote verschillen zijn in breinfunctie op het eeg, met name in gamma-activiteit en neurale synchroniciteit (Lutz e.a., 2004). Op de fMRI-scan bleek beoefening van compassie naar anderen gepaard te gaan met veranderingen in hersengebieden die geassocieerd worden met empathie en emotieregulatie. Ervaren mediterenden waren ge-

makkelijker in staat liefdevolle gevoelens op te roepen en vertoonden een sterkere respons op geluiden van anderen in nood dan beginners (Lutz e.a., 2008). Maar ook bij onervaren proefpersonen bleek een korte interventie al opmerkelijk resultaat te hebben. Het volgen via internet van een begeleide compassiemeditatie (30 minuten per dag gedurende 14 dagen) bleek tot meer activiteit te leiden in het circuit dat geassocieerd wordt met het genereren van positieve emoties, in vergelijking met de controlegroep, die een cognitieve training kreeg van vergelijkbare intensiteit (Davidson, 2012). Meer activiteit in dit circuit bleek in de compassiegroep bovendien te voorspellen dat na afloop van de studie meer geld werd gegeven aan een liefdadig doel. Het wetenschappelijk onderzoek naar (zelf)compassie staat nog in de kinderschoenen, maar de resultaten tot dusver lijken de uitspraak *train your brain* te onderbouwen. Net als onze fysieke conditie en spierkracht door oefening sterker worden, zo kunnen ook onze mentale conditie en het vermogen van ons brein om compassievol te reageren door oefening groeien. En dat kan weer bijdragen aan een gezonder lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren.

Compassietraining in de praktijk

In de eerste week van de MBCL-training maken deelnemers kennis met de drie emotieregulatiesystemen en in een reflectieoefening gaan zij na welke van de drie in hun leven de meeste oefening heeft gehad. Bij velen blijken het gevaar- en/of het jaagsysteem relatief overmatig ontwikkeld te zijn, en het zorgsysteem onderontwikkeld. Dit inzicht kan motiverend zijn om het zorgsysteem te versterken met behulp van compassiegerichte oefeningen en het werken met het voorstellingsvermogen. Evenals bij de mindfulnesscursus onderscheiden we formele oefeningen, waarvoor $\frac{3}{4}$ à 1 uur per dag wordt vrijgemaakt, en informele oefeningen, die men verder in het dagelijks leven kan doen. Een verschil met MBSR/MBCT is dat bij MBCL meer keuzevrijheid in het oefenen geboden wordt. We spreken niet van huiswerk maar van oefensuggesties. Dit komt tegemoet aan de diversiteit in de behoeften aan verdieping bij de deelnemers en de verschillende wegen die er zijn om compassie te ontwikkelen. Zo wordt ook geleerd compassievol die oefeningen te kiezen die aansluiten bij wat men nodig heeft. Terugkeer naar bekende oefeningen uit de mindfulnesscursus, zoals de bodyscan, bewegingsoefeningen of zitmeditatie, is altijd mogelijk, met de aanbeveling extra aandacht te geven aan de compassievolle houding daarbij. Het is gebruikelijk een oefening te beginnen met de uitnodiging zich een *kalmerend ademritme* toe te staan. Terwijl bij mindfulnessstraining aanvankelijk het ademproces eenvoudig wordt opgemerkt zonder het te veranderen, werken we bij compassietraining ook met de ademhaling door deze bewust te verdiepen en te vertragen en tegelijk opmerkzaam te zijn van wat daarbij gebeurt. Naast het observeren van de bewegingen van de geest (*being with the mind*), bekend van de mindfulnesscursus, wordt in de compassietraining ook geoefend met het bewust laten ontstaan

van een bepaalde voorstelling (*working with the mind*). Zo wordt de voorstelling van een veilige plek in de eerste week geoefend, waarbij deelnemers zich voorstellen dat een plek (vanuit herinnering of fantasie, of beide) hen warmte en geborgenheid geeft. Het gaat om een plek waar bij voorkeur geen anderen aanwezig zijn en waar geen enkele dreiging van uitgaat, die hen onvoorwaardelijk verwelkomt, in welke toestand zij ook zijn. In de tweede en derde week komt daarbij de voorstellingsoefening van een *compassionele metgezel*, waarbij een wezen (menselijk of bovenmenselijk, of een dier of natuurwezen) wordt voorgesteld waardoor men zich onvoorwaardelijk geaccepteerd en terzijde gestaan voelt. In de tweede en derde sessie wordt ook kennisgemaakt met de voorstellingsoefeningen *compassievol omgaan met weerstand* (gevaarsysteem) en *compassievol omgaan met verlangen* (jaagsysteem). Het gaat er niet om dat het 'lukt' om de ideale voorstelling te laten ontstaan of dat een bepaald effect bereikt moet worden. Het gaat er om dat de beoefenaar, zoals bij elke mindfulnessoefening, niet-oordelend observeert wat zich van moment tot moment aandient tijdens de oefening. Het opmerken van de fysieke gewaarwordingen, gevoelens, gedachten, reacties en patronen die zich voordoen, is een belangrijk inzichtgevend aspect van de beoefening. Ook hier oefent men in het opmerken waar de aandacht van moment tot moment is en wanneer men is afgeleid kan de aandacht weer worden teruggedleid naar het aandachtsgebied van keuze: in dit geval de voorstelling van een bepaalde toestand of situatie. Alle zintuiglijke velden mogen daarbij gebruikt en verkend worden. Lang niet iedereen ziet een scherp visueel beeld van een veilige plek of compassionele metgezel. Voor sommigen is de voorstelling levendiger in andere zintuiglijke domeinen: in het horen, ruiken of (aan)voelen. En de voorstelling kan gaandeweg ook weer veranderen. Ook hier oefent men met een *beginner's mind*, elk moment weer. De hele training is doorylchten met oefeningen in liefdevolle vriendelijkheid (*metta*) of *mildheidmeditatie*, waarbij men wensen naar zichzelf of anderen laat stromen op het ritme van de adem. Traditioneel worden wel vier basiswensen onderscheiden:

Moge ik mij veilig (geborgen) voelen.

Moge ik (zo) gezond (mogelijk) zijn.

Moge ik gelukkig zijn.

Moge ik in vrede leven.

Het *Moge ik...* (minder formeel: *Ik gun mijzelf...* of *Ik wens mijzelf...*) kan desgewenst samenvallen met de inademing en het tweede deel van de wens met de uitademing. De traditionele volgorde van beoefening wordt week na week uitgebreid: mildheid naar zichzelf, vervolgens naar een weldoener, een dierbare persoon, een neutrale persoon, een persoon met wie men een moeilijke relatie heeft of een innerlijke kwelgeest, en ten slotte naar groepen en alle wezens. De wensvorm past zich dienovereenkomstig aan: *Moge jij (u)...* of *Mogen wij...* Elke fase in de beoefening kan weer een gebied ontsluiten dat vraagt om zelfcompassie. Een dierbare persoon kan bijvoorbeeld bezorgdheid om diens welzijn opwekken, of een persoon met wie de relatie lastig is, kan

gevoelens oproepen van afgunst of wrok. Terugkeer naar zelfcompassie, wanneer het maar nodig is, blijft daarom deel van de beoefening en pas wanneer men er weer ruimte voor voelt kan de beoefening teruggeleid worden naar de ander. Het gaat hierbij niet om het afdwingen dat de wens uitkomt of om het streven naar *good feelings*, maar om *good will*: het cultiveren van een welwillende intentie naar zichzelf en anderen. Informele oefeningen keren wekelijks terug op het menu van de oefensuggesties, zoals de *ademruimte met compassie* (een bewerking van de ademruimte uit de MBCT; zie Van den Brink & Koster, 2012) en de *zelfcompassie mantra* bij een moeilijke situatie. De laatste is een eenvoudige korte oefening, ontleend aan Kristin Neff (2011), die men desgewenst kan doen met een hand op het hart, waarin alle drie de componenten van zelfcompassie een plaats hebben:

Dit is een moment van lijden. (Mindfulness)

Lijden hoort bij het leven (is deel van het mens-zijn). (Common humanity)

Moge ik hier en nu mild zijn voor mijzelf. (Self-kindness)

Elke week is er ook een *dagboeksuggestie*. Voorbeelden zijn het dagelijks stilstaan bij een situatie waarbij er sprake is van compassie geven of ontvangen, of wanneer het gevaar- of jaagsysteem actief is, en te noteren wat zich daarbij voordoet aan fysieke sensaties, gevoelens en gedachten. In de derde sessie worden *innerlijke patronen* (schema's) nader verkend. Er wordt stilgestaan bij de uitingsvormen van de innerlijke pestkop en de functie van de emoties schaamte en schuld. Zoals bij MBCT deelnemers de herkenbaarheid en geloofwaardigheid nagaan van depressie bevorderende gedachten en leren dat gedachten geen feiten zijn (Segal e.a., 2004), zo gaan MBCL-cursisten na in hoeverre zij zich herkennen in een of meer oude onaangepaste schema's uit de schematherapie (Young, 2003; Germer, 2009; Vreeswijk e.a., 2009). Zij leren dat dergelijke patronen inhoudelijk geen feiten zijn maar mentale constructies, die niet bestreden hoeven te worden maar compassievol opgemerkt kunnen worden als overlevingsstrategieën, die ooit misschien nuttig waren, maar nu niet gevolgd hoeven worden. Het geven van een speelse naam aan een oud patroon kan herkenbaarheid en de-identificering bevorderen. In sessie 4 wordt kennisgemaakt met de oefening de *compassiemodus*. Men stelt zich hierbij voor dat men zelf compassie belichaamt, in al haar kwaliteiten: zorg voor welzijn, gevoeligheid voor noden, sympathie, empathie, tolerantie voor ongemak en een niet-oordelende houding. In sessie 5 wordt gewerkt met de *compassionele brief*, waarbij men vanuit de compassiemodus een brief schrijft aan zichzelf (later kan het ook een ander zijn) in een situatie waarin er sprake is van lijden – fysiek, emotioneel of relationeel. Het gaat hier niet alleen om de juiste woorden, maar ook om de juiste betrokkenheid waarmee men de brief aan zichzelf voorleest (in stilte in de groep of hardop thuis), met de juiste toon en warmte in de stem, de bijbehorende oogopslag, gelaatsuitdrukking en lichaamshouding. In deze fase wordt uitgebreider stilgestaan bij het richten van compassie naar personen met wie de relatie als moeilijk ervaren wordt. Ook wordt de oefening *compassioneel ademen* aangereikt, een be-

werking van het traditionele *tonglen*, waarbij men zich voorstelt dat men de pijn van zichzelf of van een ander inademt en innerlijk laat transformeren tot een heilzame kwaliteit die men weer uitademt (voor therapeutisch werk beschreven door Brach, 2004; Gordon, 2008; Germer, 2009). Sommige deelnemers, die zich minder goed kunnen verbinden met de wenszinnen van de mildheidmeditatie, vinden gemakkelijker aansluiting bij deze oefenvorm. Velen ervaren als kracht van deze beoefening dat zij lijnrecht tegen de logica van het ego ingaat en het besef van *common humanity* versterkt. De gedeelde menselijke conditie is ook het thema van sessie 6. In deze sessie wordt een oefening in *vergevingsgezindheid* begeleid (om te beginnen naar zichzelf, later kan dat worden uitgebreid naar een ander). Ook maken deelnemers kennis met *de Vier Levensvrienden* (liefdevolle vriendelijkheid, mededogen, (mede) vreugde en gelijkmoedigheid). Deze zelfoverstijgende kwaliteiten kunnen onbegrensd beoefend worden en elkaar in evenwicht houden, bij formele en bij informele oefening. In een gegeven situatie kan men zich de vraag stellen: *Welke houding is hier de meest helpende? Een vriendelijke, een meedogende, een vreugdevolle of een gelijkmoedige houding?* Bovendien worden in sessie 6 en 7 oefeningen geïntroduceerd die kunnen *bijdragen aan geluk*. Bijvoorbeeld: het stilstaan bij momenten van vreugde en dankbaarheid, het ‘gouden randje’ herkennen van een donkere periode uit het leven of van een huidig dilemma, en het ontdekken van de kernwaarden waar wij ons leven naar willen richten. Tussen sessie 6 en 7 wordt, zoals ook gebruikelijk bij MBSR, een extra stilte-sessie gehouden om de beoefening te verdiepen. Verder wordt in sessie 7 de training steviger verbonden met *het dagelijks leven*. Er wordt gereflecteerd op wat ons beweegt. Worden we op een bepaald moment gemotiveerd vanuit ons jaag-, gevaar- of zorgsysteem? In welke mate gaan dagelijkse bezigheden gepaard met compassie voor onszelf en compassie voor anderen? Hoe kan wijsheid groeien in ons doen en laten en hoe komen wij tot een praktische ethiek? Hoe zou een crisis in de toekomst voorkomen kunnen worden met behulp van een *compassievol signaleringsplan*? In de laatste sessie wordt gedeeld wat de training voor de deelnemers betekend heeft en stilgestaan bij de vraag hoe zij de beoefening van mindfulness en compassie verder kunnen integreren in hun leven.

Aandachtspunten voor compassietrainers

(Contra-)indicaties

Het is niet aan te bevelen deelnemers toe te laten tot compassietraining met acute psychiatrische of somatische problematiek, waarvoor eerst meer specifieke behandelingen aangewend kunnen worden. Cliënten die verslaafd zijn aan bewustzijn verlagende middelen, dienen deze eerst zoveel mogelijk af te bouwen. De compassietraining is een transdiagnostisch aanbod en richt zich niet op specifieke vormen van lijden maar op het ontwikkelen van een gezonde *relatie* met lijden, in welke vorm ook. De training kan aanvullende *care* bieden, ook waar *cure* niet of onvoldoende mogelijk is. Zij is heel ge-

schikt voor hen die, ondanks een positieve respons op eerdere aandachtstraining, verhoogd kwetsbaar blijven voor aanhoudend of terugkerend fysiek, emotioneel of relationeel lijden, burnout, depressie, angst of verslaving, en bij wie hardnekkige patronen bestaan van overmatige zelfkritiek, zelfisolatie, rigiditeit, perfectionisme, afhankelijkheid en/of zelfverwaarlozing. Vaak betreft dit mensen met persoonlijkheidskenmerken uit cluster C (ontwikkend, afhankelijk, dwangmatig) en/of B (borderline, narcistisch, teatraal). Belangrijk is dat zij voldoende gemotiveerd zijn om het proces van zelfonderzoek verder te verdiepen en tijd kunnen vrijmaken voor de oefeningen. Vooral degenen die moeite hebben warmte en betrokkenheid toe te staan bij hun eigen leed en dat van anderen, kunnen veel baat hebben bij compassiegerichtoefeningen.

Mindfulnessstraining vooraf?

Een laagdrempelige training in (zelf)compassie voor cliënten in de eerste lijn, zoals het *Mindful Self Compassion programma* (Neff & Germer, 2012), kan aangeboden worden zonder voortraject van mindfulnessbeoefening. De hier beschreven compassietraining werd in de tweede lijn ggz ontwikkeld en in deze setting is het van belang dat deelnemers eerst een MBSR of MBCT training met enig positief resultaat hebben gevolgd. Wanneer men al een zekere stabiliteit in de beoefening van opmerkzaamheid verworven heeft, kost het bij de beschreven voorstellingsoefeningen minder moeite om helder zicht te houden op de gewaarwordingen en reacties die opkomen. Bij compassiebeoefening is het onvermijdelijk dat men oog in oog komt te staan met pijnlijke bewustzijnsinhoud. Dan is het enorm helpend om te kunnen teruggevallen op reeds verworven mindfulnessvaardigheden. Wanneer het zicht dreigt te vertroebelen kan men altijd weer eenvoudig opmerkzaam zijn van het huidige moment en terugkeren naar het anker van een neutraler aandachtsveld, zoals het volgen van de adembewegingen. Het is aan te raden dat de trainer tevoren kennis maakt met individuele deelnemers om na te gaan of deze vaardigheden voldoende aanwezig zijn.

'Backdraft'

Ondanks deze voorzorg is het niet ongebruikelijk dat tijdens de training heftige reacties op de oefeningen voorkomen. Vooral bij degenen die een achtergrond hebben van tekorten aan liefdevolle zorg van ouders of verzorgers, onveilige hechting en traumatisering zijn er vaak gebieden van oude onverwerkte pijn, die weinig aandacht hebben gehad. Gilbert (2010, 2011) besteedt ruim aandacht aan 'compassievrees'. Bij hen die affectief tekort gekomen zijn kunnen zorgzame aandacht en warme gevoelens het gevaarsysteem activeren. Germer (2012) gebruikt in dit verband wel de term *backdraft*, die afkomstig is uit de brandweerkunde. Wanneer in een brandend gebouw in een afgesloten compartiment zuurstoftekort ontstaat, zal het vuur daar doven, terwijl de brand in aangrenzende open ruimten voortwoedt. Wanneer er dan opeens een raam springt of een deur geopend wordt, kan door de plotselinge toevoer van zuurstof in dat compartiment het vuur weer explosief oplaaien. Zo kan

ook de toevoer van vriendelijkheid en compassie in een gebied dat daarvan lange tijd verstoken is geweest, een golf van pijn of verdriet geven. Het is dan behulpzaam dat de betrokkene weet dat dit een normaal verschijnsel betreft, dat het begin kan zijn van een waardevol helingsproces.

Hechtingsstijl

Het is aannemelijk dat het vermogen om zorg te geven en te ontvangen ongunstig beïnvloed wordt door een geschiedenis van onveilige hechting (Gillath e.a., 2005). Bij de vermijdende hechtingsstijl is jong geleerd het verlangen naar sociale verbinding te wantrouwen of te negeren omdat het steeds maar niet vervuld kon worden. Bij de angstige hechtingsstijl is er wel een krampachtig streven dit verlangen te vervullen, maar overheerst al gauw het gevaarsysteem omdat men eerder ervaren heeft dat sociale verbinding onbetrouwbaar bleek te zijn door verlating, verwaarlozing of traumatisering. Vaak richten personen met een onzekere hechtingsstijl zich liever op de behoeften van anderen dan op de eigen behoeften aan zorg en zullen zij bij zelfcompassie eerder het verschijnsel *backdraft* tegenkomen. Oefeningen dienen hier stapsgewijs te worden geïntroduceerd en deskundig te worden begeleid, zodat het zorgsysteem geleidelijk aan krachtig genoeg wordt om het gevaarsysteem te kalmeren. Het is van belang dat de oefeningen zich ook gaan richten op het ontvangende aspect en het voelen binnenkomen van vriendelijkheid en compassie. Voor hen die nauwelijks betrouwbare anderen hebben gekend in hun leven kan de oefening van de veilige plek aanvankelijk toegankelijker zijn dan die van de compassionele metgezel. Het kan ook haalbaarder zijn om in het begin op het gevende aspect van de mildheidmeditatie te focussen en zich eerst te richten op iemand die gevoelens van compassie oproept, zoals een weldoener, of – als dat ook moeilijk is – een huisdier of klein kind. Wanneer men zich kan voorstellen dat een onschuldig wezen de vriendelijkheid kan ontvangen die men daarnaar uitzendt, kan de volgende stap zijn dat men zich voorstelt zelf de ontvanger te zijn van die vriendelijkheid.

Good will, niet noodzakelijk good feelings

Er zijn deelnemers bij wie gevoelens van welbevinden zich pas later in de training aandienen. Er zijn ook deelnemers die de oefeningen in het begin als heel weldadig ervaren en daarna frustratie tegenkomen, wanneer blijkt dat oude patronen toch weer heel gemakkelijk de kop opsteken. Wanneer een innerlijke pestkop bij momenten van tegenslag op allerlei manieren het gevaarsysteem aanwakkert, valt het niet mee om voort te gaan met het voeden van een innerlijke helper. Ook komt het vaak voor dat men ongemerkt door het jaagsysteem gemotiveerd wordt en krampachtig op zoek is naar de herhaling van een mooie ervaring. Het vraagt dan om geduld om verder te gaan met het cultiveren van *good will*, terwijl *good feelings* uitblijven. Ook dan is het behulpzaam te kunnen terugvallen op de beoefening van niet-oordelend gewaar zijn, in het vertrouwen dat heilzame intenties vroeg of laat tot de groei van heilzame kwaliteiten zullen leiden. Kabat-Zinn (2005) noemt het een radicale daad van liefde, wanneer men in het bewustzijn kan toelaten wat er

maar is, ook al is het onaangenaam. Zo gaan de beoefening van mindfulness en compassie hand in hand en versterken zij elkaar.

De hierboven beschreven aandachtsgebieden vragen om de nodige vaardigheden van MBCL-trainers. Evenals het bij MBSR en MBCT van belang is dat trainers vanuit hun eigen beoefening inhoud geven aan hun trainerschap en dat zij zelf belichamen wat zij onderwijzen, zo geldt dat ook bij het begeleiden van compassiegerichte oefeningen. Op www.compassietraining.nl, www.mbcl.nl en www.centrumintegralepsychiatrie.nl is informatie te vinden over scholing in MBCL voor (g)gz-professionals en mindfulnessstrainers.

Verder lezen

Erik van den Brink & Frits Koster (2012). *Compassievol leven – van mindfulness tot heartfulness*. Amsterdam: Boom.

Dit boek biedt de theoretische achtergrond en de praktische handleiding die de lezer stapsgewijs door de compassietraining (Mindfulness-Based Compassionate Living) voert. Bij het boek hoort een audio-cd met compassie-oefeningen. Meer oefeningen die in de training gebruikt worden zijn te vinden in de volgende audioboeken:

Frits Koster & Jetty Heynekamp (2011). *Mildheid*. Rotterdam: Asoka.

Frits Koster, Erik van den Brink & Jetty Heynekamp (2013). *Vier Levensvrienden*. Rotterdam: Milinda.

Literatuur

Adams, C. & Leary, M.R. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(10), 1120-1144.

Appelo, M. (2011). *Het gelaagde brein – Reflectie en discipline bij het werken aan verandering*. Amsterdam: Boom.

Armstrong, K. (2011). *Compassie*. Amsterdam: De Bezige Bij.

Baer, R.A. (2010). Self-compassion as a mechanism of change in mindfulness- and acceptance-based treatments. In R.A. Bear (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change* (pp. 135-153). Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Barnard, L.K. & Curry, J.F. (2011). Self-Compassion: Conceptualizations, Correlates, & Interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), 289-303.

Bien, T. (2008). The Four Immeasurable Minds: Preparing to Be Present in Psychotherapy. In S.F. Hick & T. Bien (Eds.), *Mindfulness and the Therapeutic Relationship* (pp. 37-54). New York: Guilford Press.

Brach, T. (2004). *Radical Acceptance – Embracing your life with the heart of a Buddha*. New York: Bantam.

- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., e.a. (2012). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, DOI:10.1111/bjc.12009.
- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behavior therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 765-784.
- Brewin, C.R., Wheatley, J., Patel, T., e.a. (2009). Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment for depressed patients with intrusive memories. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 569-576.
- Brink, E. van den & Koster, F. (2012). *Compassievol leven – van mindfulness tot heartfulness*. Amsterdam: Boom.
- Costa, J. & Pinto-Gouveia, J. (2011). Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: Using the chronic pain acceptance questionnaire to identify patients' subgroups. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 292-302
- Crocker, J. & Canevello, A. (2008). Creating and undermining social support in communal relationships: The role of compassionate and self-image goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 555-575.
- Davidson, R.J. (2012). The Neurobiology of Compassion. In C.K. Germer & R.D. Siegel (Eds.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy* (pp. 111-118). New York, NY: Guilford Press.
- Depue, R.A. & Morrone-Strupinsky, J.V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 313-395.
- Figley, C.R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (11, Suppl. 1), 1433-1441.
- Fredrickson, B.L., Cohn, M.A., Coffey, K.A., Pek, J. & Finkel, S. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 1045-1062.
- Gale, C., Gilbert, P., Read, N., Goss, K. (2012). An Evaluation of the Impact of Introducing Compassion Focused Therapy to a Standard Treatment Programme for People with Eating Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, DOI: 10.1002/cpp.1806.
- Germer, C. (2009). *The Mindful Path to Self-Compassion*. New York: Guilford Press.
- Germer, C.K. (2012). Cultivating Compassion in Psychotherapy. In C.K. Germer & R.D. Siegel (Eds.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy* (pp. 93-110). New York, NY: Guilford.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion – Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 9-74). Londen: Routledge.
- Gilbert, P. (2009a). *The Compassionate Mind*. Londen: Constable & Robinson.
- Gilbert, P. (2009b). *Overcoming depression*. Londen: Constable & Robinson.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy*. Londen: Routledge.

- Gilbert, P. & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12, 507-516.
- Gilbert, P. & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion – Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 263-325). Londen: Routledge.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M. & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 239-255.
- Gilbert, P. & Proctor, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: A pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Gillath, O., Shaver, P.R. & Mikulincer, M. (2005). An attachment-theoretical approach to compassion and altruism. In: P. Gilbert (Ed.), *Compassion – Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 121- 147). Londen: Routledge.
- Gordon, J.S. (2008). *Unstuck – Your guide to the seven-stage journey out of depression*. Londen: Penguin Books.
- Goss, K. (2011). *The compassionate mind approach to beating overeating – using compassion focused therapy*. London: Constable & Robinson.
- Hanson, R. (2009), met Mendius, R., *Buddha's Brain – The practical neuroscience of happiness, love & wisdom*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Hayes, S., Strohshal, K. & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy – An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hebb, D.O. (1949) *The Organization of Behavior: A Neuropsychological Theory*. New York: Wiley.
- Heffernan, M., Griffin, M. McNulty, S. & Fitzpatrick, J.J. (2010). Self-compassion and emotional intelligence in nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 366-373.
- Henderson, L. (2011). *Building social confidence – using compassion-focused therapy to overcome shyness and social anxiety*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Hofmann, S.G., Grossman, P. & Hinton, D.E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 31, 1126–1132.
- Hollis-Walker, L. & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50, 222-227.
- Hutcherson, C.A., Seppala, E.M. & Gross, J.J. (2008). Loving-kindness meditation increases social connectedness. *Emotion*, 8, 720-724.
- Johnson, K.J., Penn, D.L., Fredrickson, B.L., e.a. (2009). Loving-kindness meditation to enhance recovery from negative symptoms of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 499-509.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Handboek meditatie ontspannen – Effectief programma voor het bestrijden van pijn en stress*. Haarlem: Altamira-Becht.

- Kabat-Zinn, J. (2006). *Coming To Our Senses – Healing Ourselves and the World Through Mindfulness*. Londen: Piatkus.
- Kelly, A.C., Zuroff, D.C., Foa, C.L. & Gilbert, P. (2010). Who benefits from training in self-compassionate selfregulation? A study of smoking reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(7), 727-755.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E. e.a. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behavior Research and Therapy*, 48, 1105-1112.
- Laithwaite, H., Gumley, A., O'Hanlon, M., e.a. (2009). Recovery After Psychosis (RAP): A compassion focused programme for individuals in high security settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 511-526.
- Leary, M.R., Tate, E.B., Adams, C.E., e.a. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904.
- Lee, D.A. (2005). The perfect nurturer: A model to develop a compassionate mind within the context of cognitive therapy. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion – Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 326-351). Londen: Routledge.
- Longe, O., Maratos, F.A., Gilbert, P., e.a. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, 49, 1849-1856.
- Lowens, I. (2010). Compassion focused therapy for people with bipolar disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3 (2), 172-185.
- Lutz, A., Greischar, L., Rawlings, N., Richard, M. & Davidson, R.J. (2004). Long-term meditators self-induce high amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proceedings of the National Academy of Science*, 101(46), 16369-16373.
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T. & Davidson, R.J. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of meditative expertise. *Public Library of Science*, 3 (3), 1-5.
- MacLean, P.D. (1990). *The Triune Brain in Evolution – Role in Paleocerebral Functions*. New York: Springer.
- Mayhew, S. & Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: A case series report. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 113-138.
- Neely, M.E., Schallert, D.L., Mohammed, S., e.a. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of selfcompassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33, 88-97.
- Neff, K. (2011). *Zelfcompassie – Stop jezelf te veroordelen*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Neff, K.D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Neff, K.D. (2003b). Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.

- Neff, K.D. (2008). Self-compassion: Moving beyond the pitfalls of a separate self-concept. In J. Bauer & H.A. Wayment (Eds.), *Transcending self-interest – Psychological explorations of the quiet ego* (pp. 95-106). Washington, D.C.: APA Books.
- Neff, K.D., (2012). The Science of Self-Compassion. In C.K. Germer & R.D. Siegel (Eds.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy* (pp. 79-92). New York, NY: Guilford Press.
- Neff, K.D. & Beretvas, S.N. (2012). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and Identity*, DOI:10.1080/15298868.2011.639548.
- Neff, K.D. & Germer, C.K. (2012). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, DOI: 10.1002/jclp.21923.
- Neff, K.D., Hsieh, Y. & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263-287.
- Neff, K.D. & Pommier, E. (2012). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, DOI:10.1080/15298868.2011.649546.
- Neff, K.D., Rude, S.S. & Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916.
- Neff, K.D. & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77, 23-50.
- Pace, T.W.W., Negi, L.T., Adame, D.D., e.a. (2009). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 87-98.
- Rein, G., Atkinson, M. & McCraty, R. (1995). The physiological and psychological effects of compassion and anger. *Journal of Clinical Neuropsychiatry*, 5, 132-139.
- Rockliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., e.a. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Journal of Clinical Neuropsychiatry*, 5, 132-139.
- Sbarra, D.A., Smith, H.L. & Mehl, M.R. (2012). When leaving your Ex, love yourself: Observational ratings of selfcompassion predict the course of emotional recovery following marital separation. *Psychological Science*, 23(3), 261-269.
- Segal, S.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2004). *Aandachtgerichte cognitieve therapie bij depressie – Een nieuwe methode om terugval te voorkomen*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Siegel, D.J. (2007). *The Mindful Brain – Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*. New York: W.W. Norton.
- Siegel, D.J. (2010). *Mindsight – The New Science of Personal Transformation*. New York: Bantam.
- Siegel, R.D. & Germer, C.K. (2012). Wisdom and Compassion – Two Wings of a Bird. In C.K. Germer & R.D. Siegel (Eds.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy* (pp. 7-34). New York, NY: Guilford.

- Singer, J.L. (2006). *Imagery in Psychotherapy*. Washington, D.C.: APA Books.
- Shapiro, S.L. & Carlson, L.E. (2009). *The Art and Science of Mindfulness – Integrating Mindfulness into Psychology and the Helping Professions*. Washington, D.C.: APA Books.
- Shapiro, S.L., Astin, J.A., Bishop, S.R. & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164-176.
- Shapiro, S.L., Brown, K.W. & Biegel, G.M. (2007). Teaching self-care to care-givers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105-115.
- Taylor, S. (2006). Tend and befriend: Biobehavioral bases of affiliation under stress. *Current Directions in Psychological Science*, 15(6), 273-277.
- Tirch, D. (2012). *The Compassionate Mind Guide to Overcoming Anxiety: Using compassion-focused therapy to calm panic, worry and fear*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Thompson, B. & Waltz, J. (2008). Self-compassion and PTSD symptom severity. *Journal of Traumatic Stress*, 21(6), 556-558.
- Van Dam, N.T., Sheppard, S.C., Forsyth, J.P. & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 123-130.
- Vettese, L.C., Dyer, C.E., Li, W.L. & Wekerle, C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotional regulation difficulties? *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9, 480-491.
- Vreeswijk, M. van, Broersen, J. & Schurink, G. (2009). *Mindfulness en schematherapie – Praktische training bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Waal, F. de (2009). *Een tijd voor empathie*. Amsterdam: Contact.
- Welford, M. (2010). A compassion focused approach to anxiety disorders. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3 (2), 124-140.
- Wit, H.F. de (2008). *Het open veld van de ervaring*. Kampen: Ten Have.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy – A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Article

Psychomotor therapy and aggression regulation in eating disorders

Cees Boerhout ^{a,b*}, Joeske T. van Busschbach ^{b,c}, Durk Wiersma ^b and Hans Wijbrand Hoek ^{b,d,e}

- a Lentis Center for Mental Health, P.O. Box 86, 9700 AB Groningen, The Netherlands;¹
- b University Center for Psychiatry, University Medical Center Groningen, University of Groningen, P.O. Box 30.001, 9700 RB Groningen, The Netherlands;
- c Windesheim University of Applied Sciences, Campus 2-6, 8017 CA Zwolle, The Netherlands;
- d Parnassia Psychiatric Institute, Kiwistraat 43, 2552 DH The Hague, The Netherlands;
- e Department of Epidemiology, Columbia University/Mailman School of Public Health, 622 West 168th Street, New York, 10032 NY, USA

This is an Author's Accepted Manuscript of an article published in Body, Movement and Dance in Psychotherapy, date of publication 20 sept 2013, available online: <http://www.tandfonline.com/10.1080/17432979.2013.833134>

Eating disorder behaviours can be seen as self-destructive behaviours to a great extent related to inhibited anger expression. However, a treatment protocol targeted at anger and aggression in these disorders is lacking. This paper describes a psychomotor therapy (PMT) model as a body-oriented method to help patients with eating disorders to cope with anger and aggression. They learn to see aggression as a positive, relational, body-felt experience, and to control anger expression at the right time with appropriate intensity. Our clinical experience indicates that PMT can accelerate the overall treatment process by triggering hidden feelings and thoughts and by developing expression skills. This article discusses PMT principles of aggression regulation and the methodological procedures of the intervention. Randomised controlled research is needed to validate clinical experiences.

Keywords: aggression; anger; body-oriented therapy; eating disorders; emotion regulation; psychomotor therapy

1. Correspondentie: c.boerhout@lentis.nl

Introduction

Eating disorders are severe mental disorders with high mortality rates (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011; Hoek, 2006; Smink, Van Hoeken, & Hoek, 2012). The lifetime prevalence of eating disorders is estimated at 5% among females (Keski-Rahkonen et al., 2009; Keski-Rahkonen et al., 2007; Treasure, Claudino, & Zucker, 2010; Hoek, 2006). Eating disorders do occur among males, but the prevalence is much lower (Raevuori et al., 2009). Biological, sociocultural and interpersonal factors contribute to illness onset and persistence (Treasure et al., 2010; Hoek et al., 2005).

Recent studies indicate that anger is the most significant underlying emotion contributing to disordered eating (Engel et al., 2007; Fox & Power, 2009; Harrison, Sullivan, Tchanturia, & Treasure, 2010; Ioannou & Fox, 2009; Quinton & Wagner, 2005). Anger and aggressiveness are found to be associated with several eating disorder subtypes, severity of eating disorder symptoms, comorbidity, personality traits, impulsivity, altered biochemical functioning, endocrinological dysfunction and poorer treatment outcome (Krug et al., 2008).

In their review, Truglia et al. (2006) found that anorectic patients tend to suppress feelings of anger or direct it towards themselves. Patients with bulimia often feel anger directed towards others or towards objects. In eating disorders aggressiveness is mostly directed at the self in an attempt to control the body and regulate emotions and as a means to confirm one's own fragile identity (Truglia et al., 2006). Silencing the self and self-sacrifice are related to dissatisfaction with one's body, which notion supports the hypothesis that unexpressed feelings may be redirected to the body (Zaitsoff, Geller, & Srikaneswaran, 2002).

Truglia et al. (2006) consider behaviours such as vomiting and misuse of laxatives or diuretics to be self-injurious behaviours; these can be regarded as aggressive behaviours, albeit self-directed. Patients can use disordered eating to avoid or inhibit painful affect (Harrison, Sullivan, Tchanturia, & Treasure, 2009), but the price is high in terms of harmful behaviour directed at the self. Non-suicidal self-injury is quite common in eating disorders (Claes, Soenens, Vansteenkiste, & Vandereycken, 2011). Even though the self-injury is nominally non-suicidal, patients incur high mortality risks (Hoek, 2006). The role of anger problems in the aetiology of eating disorders is undisputed, but official guidelines do not focus on aggression regulation. There is a lack of research on how to approach anger and aggression in treatment (Fassino, Abate-Daga, Pieró, & Rovera, 2002; Krug et al., 2008; Miotto et al., 2003; Truglia et al., 2006). Although suggestions have been made to apply elements of existing cognitive-behavioural approaches, a specific intervention protocol targeted at aggression is missing. Recently, Italian researchers shed light on anger treatment by investigating the effectiveness of an emotion-focused day hospital treatment which included bimonthly exercises in breaking objects, using a punching ball, and participating in psychodramas

focusing on aggressive relationships. A decrease in the degree of control over anger seems to relate to clinical improvement (Abate-Daga et al., 2012). Body-oriented psychotherapy can be of specific use in aggression regulation because aggression is a body phenomenon. As we demonstrate in this paper, body work can be used to trigger physiological responses, feelings, thoughts, and images associated with anger, which can then be addressed therapeutically.

Recognizing that anger is a key feature of eating disorders, the Groningen (Lentis) Centre for Mental Health in the north of the Netherlands implemented a therapy module to help patients with eating disorders better understand and cope with the multifaceted anger and aggression issues which often underlie eating disorders. It is based on psychomotor therapy (PMT) and has been used in clinical practice for over 10 years to treat aggression regulation in eating disorders.

We first describe the general approach of the PMT aggression regulation module. The subsequent section describes the basic principles of the module in relation to eating disorders. The final section describes body exercises used in clinical practice, including some clinical case vignettes.

Psychomotor Therapy: a body-oriented approach to aggression regulation

PMT is a body and movement-oriented therapy much used in mental health care in the Netherlands and Belgium since ± 1965. It uses body awareness and physical activities to help patients to improve their understanding of their emotions and to learn to redirect or control their expression. PMT in the context of psychotherapy is basically an eclectic therapy integrating psychodynamic, client-centred, as well as cognitive-behavioural approaches, extended by offering patients the opportunity to experience and practice new behaviours directly and nonverbally. In the Netherlands PMT has become well established in various fields of health care as a clinical approach for regulating aggressive impulses, for example, for the treatment of personality disorders (Kuin, 2005). Our PMT aggression regulation module for patients with eating disorders is built on this tradition. The body-felt 'urge to act' inherent in aggression finds an outlet in nonverbal exercises. These exercises enable hidden needs, feelings or skills to be discovered and verbalised. Patients have the opportunity to practice verbal and nonverbal expression at the right time and with appropriate intensity. The module is meant to complement the total eating disorder treatment process.

Cognitive-behavioural therapy (CBT) is the most common approach to anger management and appears to be effective for reducing anger (Beck & Fernandez, 1998). CBT programmes are usually focused on learning to keep one's temper, whereas internalizing eating disordered patients need just the opposite, that is, to let go of anger-related feelings and thoughts. They need techniques that help them express rather than reduce anger. For these

patients, PMT can provide an essential arena to experience different forms of aggressive behaviour in a safe and supportive environment. By using body language and by interacting with others, patients begin to develop a new personal expression repertoire.

PMT principles of aggression regulation

Three interrelated principles underlie an effective aggression regulation strategy in PMT:

1. The positive meaning of anger and aggression;
2. An 'in relation to' approach to anger and the body and
3. Responsible use of the punching bag.

The positive meaning of anger and aggression

In our clinical work we find that patients usually equate aggression and violence. They relate anger to feeling frustrated, discouraged, irritated, furious, inadequate, resentful, jealous and rebellious. Such negative connotations make patients oversuppress anger out of shame, guilt, fear or taboo, which in turn may lead to passive aggressiveness, anger outbursts and self-injurious behaviours. Classifying emotions as bad or wrong and not accepting secondary responses such as shame or fear may increase anger avoidance strategies in anorexia nervosa (Harrison et al., 2009). According to theorists on emotion regulation, the important question is not whether emotions are good or bad, but whether the way that they are expressed is helpful or unhelpful in a particular context (Gross & John, 2002).

An important purpose of aggression regulation in PMT is for patients to reappraise anger and use it positively in goal-directed actions. Negative aggression is related to violence and hostility. Positive aggression is in our view characterised by appropriate timing and intensity, that is, befitting the actual situation. It means stepping forward and confronting internal or external threats, such as painful memories, the fear of losing control, critical inner voices or the disapproval of others.

The silencing of needs and anger are both crucial to the development of eating disordered pathology. Learning to use anger effectively and productively is both healthy and empowering (Farinon, 1998; Striegel-Moore, 1994). Anger-in strategies, which rely on the inhibition of aggression, need to be replaced by anger-out strategies which involve deliberately aggressive behaviours. Relational skills represent a relevant target in treatment, as self-directedness and cooperativeness extensively relate to anger and psychopathology in bulimia nervosa (Amianto et al., 2012). To support the need for anger-out strategies we propose to no longer consider prosocial behaviours and aggressive behaviours as opposites, but to see them both in a combined positive alliance. Prosocial coping and aggressive (not antisocial) coping are found to be effective strategies in stressful situations, and result in better emotional outcomes, more so than rugged individualism

(Monnier, Hobfoll, Dunahoo, Hulsizer, & Johnson, 1998). The challenge is not only to cope with anger in an open way, but to use anger itself as a useful coping strategy. Anger is not just regulated, it regulates. In learning to deal with aggression, patients learn to use prosocial aggressive action as a coping strategy.

An 'in relation to' approach to anger and the body

In our approach, anger is more than an emotion 'inside-the-body' that needs to be mastered. Roffman (2004) is justifiably critical about approaching anger as a thing-to-be-managed as if it were a substance under pressure awaiting discharge. In his phenomenological view, individuals with anger problems should learn to situate the experience of anger ecologically, within the larger context of who they are as persons and who they are in relation to others. This 'in relation to approach' resembles the relational approach of body expression in PMT, that is, in awareness of the significance of present interactions and past experiences 'remembered' by the body. For eating disordered patients the body seems to be an object of destruction. Whereas internalizing patients are known to 'silence the self' (Farinon, 1998), they are in fact also 'silencing the body' by reducing themselves to a rational executive system in control of an irrational, emotional body. In PMT the patient and therapist share responsibility for dealing with disturbing cognitions and feelings that interfere with healthy efforts to regain the 'relational body,' that is, the body as a subject interacting within a meaningful network of relationships.

Responsible use of the punching bag

The first desire of many patients is to make aggression disappear by hitting or shouting. However, in line with the relational approach discussed above, to express anger does not mean 'to get rid of' aggression by using the body as a mechanical instrument. Just physically hitting a bag is not a solution, just as venting anger on another person does not solve a problem. Contrary to popular opinion, research shows that hitting a bag with a baseball bat offers no cathartic release but can even cause an increase in aggressive behaviour (Bushman, Baumeister, & Stack, 1999). Nevertheless it is too easy to rule out the use of the bat and the punching bag. These kinds of tools are of therapeutic value precisely because they offer the possibility of triggering aggression, which then needs to be relationally addressed in treatment, preferably in PMT. Just as anger is not intrinsically bad, hitting the punching bag is not bad in and of itself. A biomechanical approach needs to be replaced by a relational approach of body-felt anger expression, including the responsible use of a punching bag.

Intervention: the PMT aggression regulation module

This section first describes the starting points of the PMT aggression regulation module, then the concepts and setup of four techniques of the module. Several examples from clinical practice are presented.

The PMT aggression regulation module consists of six weekly 1 -h sessions with two patients and one therapist. The sessions are held in a large room with a variety of props, including a punching bag, ropes, large blocks, etc (Figure 1).



Figure 1. Boxing bag.

Working with two patients increases the possibilities for interaction while at the same time enabling sufficient individual attention. The participants are supportive witnesses of each other and enable peer-to-peer recognition. The experience of body-oriented techniques may create lasting impressions and therefore need proper guidance for positive outcome. The exercises are timed according to the patient's receptivity and stress tolerance. The therapist acknowledges the patient's fears of losing control, losing contact or feeling empty or frustrated. A flexible approach within a solid therapeutic alliance allows the therapist to closely track the patient.

Educating patients about the basic principles of aggression regulation is part of the intervention. Generally, in the beginning neither patients nor most therapists regard eating disorders as an aggression problem. But the relationship between aggression and the eating disorder is easy to demonstrate in terms of self-directed violent thoughts and behaviours. We discuss four approaches to treating aggression regulation with the use of body-oriented techniques:

1. The balance between anger-out and anger-in
2. The aggression thermometer
3. The controlled approach exercise
4. The aggression street

The balance between anger-out and anger-in

The first visible mechanism to regulate anger-in and anger-out is provided by the layout of the therapy room. The therapy room is a kind of laboratory to experiment with new behaviours.

To explore control over anger-in and anger-out, the room can be divided into two parts by a rope which separates the functions practised in each half of the room (Kuin, 2005).

The function of one side of the room is to increase tension by stimulating body expression. A wide range of PMT activities can be used to trigger body signals and awareness of hidden feelings and forbidden thoughts related to anger experiences. Exercising the body and voice helps to develop recognition and expression skills. Basic movements such as hitting, pushing, throwing and pulling can be performed with the use of props such as gloves, sticks, baseball bats, balls, ropes, pillows and drums. These objects can have a symbolic meaning in relationship to therapeutic objectives. A heavy ball can represent the 'fat' stomach or a chocolate desert to be thrown away in the corner. Sometimes playing can make light work of difficult positions. Balls with a 'yes' or 'no' instruction invite the participant to take a position and confirm it with a forceful 'yes' or 'no' while striking the ball. In role-play patients build up experience in handling situations in real life. Self-confidence exercises are a way of building strength. A relational challenge is hitting a punching body shield held by a partner and trusting the other to give and take punches while staying upright. Various sports or dance forms can also have an indirect function in aggression regulation if a direct appeal to aggression is too overwhelming. The rules of the game and the interaction with others offer a safe structure for controlled expression.

The function of the other side of the room is to de-escalate. Patients learn to decide for themselves when to step out of the anger-triggering situation and cross the rope to calm down in this other part of the room. This is important because if tension remains high it can lead to an 'anger self-enhancing loop effect' on the intrapersonal as well as the interpersonal level, immediately or after a longer period (Trnka & Stuchlíková, 2011). Sharing experiences, breathing exercises, relaxation and distraction techniques help to limit these self-strengthening effects. Physical activities such as stretching or a little walk may also help the patient to loosen up.

Next to the therapy room there is a safe room, offering traumatised patients the possibility of escape. Here instead of running away the patient can withdraw to prevent being overwhelmed by emotions. The therapist encourages the patient in advance to see withdrawal as an act of strength rather than failure.

The rope between the two sides of the therapy room represents a locus of control in deciding to step in or out of a triggering situation. It challenges the 'action tendency,' the (un)readiness to 'move towards' a relational goal (Frijda, Kuipers, & Ter Schure, 1989). Preparing or imagining stepping into anger-related action is exciting and by itself triggers sensitivity to stimuli

originating inside of the body. The first act of aggression is to stand up and step forward, reflecting the literal meaning in Latin, *a-gredere*. By crossing the rope, patients confront their ambivalence about self-expression. Learning-by-doing offers a chance to experience a sense of mastery in overcoming fear, guilt and shame.

In the following case report two patients work together.

T. is a 22-year-old purging anorectic patient who feels extremely insecure and shows a great fear of intimacy. She is unable to express herself in words, which inability blocks the overall therapy process. In PMT it takes a while before she permits herself to take a first step over the rope. The other participant of the module dares her to enter the action side of the room. Both patients start with 'ice-breaking' body exercises, such as bouncing and kicking a ball. They test each other's boundaries by shouting and pushing a little to get the ball. Then T. is triggered by the punching bag hanging on the ceiling. She blushes as she grabs a baseball bat and starts to hit it with increasing force. Her eyes spit fire as she feels a surge of anger. She tries to cry out but it is hard for her to use her voice with good breath control. Then she gradually decreases the application of force and steps back over the rope into the de-escalation side of the room. Still shaky she recounts how her father used to hit her unexpectedly. Images of bullying in the past also flash by. The body remembers. She feels strong but guilty at the same time. She needs supportive affirmations such as "here and now I have the power to act" and "I have the right to say STOP," which we practice in role-play. The hardest part is to communicate with angry eyes and to hold back the propensity to 'save' the relationship by smiling, explaining, apologizing. The critical voice of the eating disorder undermines her belief in her fundamental right to exist at all. It is a new experience to set limits without having to fear the loss of others. Her family needs time to make the change with her. She has to find the right balance between letting loose and holding back. She needs to find out that direct expression of anger feels more satisfying than making herself throw up to reduce tension.

J. is a 26-year-old restrictive anorectic patient who sympathizes with the experience of T. but does not recognize aggression in her own behaviour. She is preoccupied with controlling body shape and weight. For her the punching bag is a target to control by deliberate engagement. She carefully increases the application of force while counting the blows. She fears the feeling of her heartbeat, which triggers her hypochondria. Relabeling body signals as belonging to the physical performance helps her to calm down. It is challenging to link body sensations to feelings of fear, disgust and self-hatred for being a 'fat monster.' The therapist does not allow her to project herself too completely onto the punching bag. She needs to redirect her anger towards (parts of) her eating disorder rather than towards herself. Little by little the baseball bat no longer serves as an instrument of control but as a crowbar to release herself from her taboos without the fear of losing herself. Once she steps back over the rope T. is there for her, to compliment her and to alleviate her fear of emptiness by embracing her.

The aggression thermometer

From an early age onwards, aggression is a body-felt phenomenon, most clearly demonstrated by the tantrums of the 'terrible twos' (two year-old children). Angry toddlers uncontrollably and wildly flail their arms and legs and scream at high decibels. In the PMT aggression regulation module the instruction is to gradually increase and decrease the power one uses to throw or kick a ball, hit a bag or shout 'HAH' in order to gain control over body awareness and expression. The therapist pays attention to nonverbal cues to the body language of anger expression, such as the look in the eyes, heart rate, temperature, breathing patterns and body posture.

At first patients usually experience problems with body awareness. The individual may feel only muscular exertion or vague visceral body signals instead of experiencing anger. Patients with anorexia nervosa in particular show less emotional awareness, whereas people with bulimia suffer more from poor emotion regulation, whereby the feeling of disgust may suppress the more ego-dystonic feeling of anger (Harrison et al., 2009). Clinical experiences with PMT indicate that varying levels of force production in throwing a ball or striking a bag help to identify and describe feelings of anger. Verbalising the movement experience is thus a challenge. In body-oriented therapies patients need to find their own words for their embodied experience (Panhofer & Payne, 2011).

The well-known idea of an aggression thermometer enables patients to differentiate between levels of intensity varying from light annoyance to fury. All-or-nothing strategies, which are often used by bulimic patients with borderline characteristics, are challenged by a step-by-step dosing strategy using the aggression thermometer metaphor. The following case is an example of a strong body experience in reaction to a step-dosing exercise.

S. is a 30-year-old bulimic patient with borderline characteristics who has difficulty controlling her anger and is very impulsive. She is eager to perform on the punching bag for she has gained weight against her will. The therapist asks her to start at approximately 25% of her maximum force. Of course she finds it very boring. The therapist wants her to reappraise this level to learn the relational benefits of being able to control herself. The next level is 50%. At 75% she feels a strong urge to increase force production to 100%. Instead, the therapist instructs her to go back to 50%, then 25%. She reacts with fury and frustration. The therapist strives to keep contact with her without giving in to her demands. It is hard for her to step out of the situation and regulate her breath. One technique the therapist suggests to distract herself from her fury is to hold a picture of her child in her pocket. Later on she remembers this confrontation as a turning point in learning to keep her adrenalin rushes under control.

Patients use a log to write down anger experiences at various intensity levels in the week between the therapy sessions. They are asked to be aware of personal triggers for aggression, the intensity of the feeling, and their anger

coping strategy. Patients try out alternative and more effective strategies in their interactions with others. Passive aggressive coping is replaced by proactive strategies. The purpose is to create a personal coping repertoire consistent with each level of the aggression thermometer.

The controlled approach exercise

From a cognitive point of view, anger is connected to a perception of a violation of one's personal space (Truglia et al., 2006). The controlled approach exercise by Pessó (1988) is an experiential method that increases awareness of how the body registers strong emotional reactions to the approach of the other towards oneself. In learning-by-doing patients try to respond to body signals in a proactive way.

In the aggression regulation module this exercise is intended not only to help the patient to learn to recognize body signals but also to challenge the patient's body defence. First the patient determines how close the partner is allowed to approach by using hand gestures. At that point the partner announces she will step further and cross the personal border of the other. It then becomes clear whether someone is going to fight, flee or freeze. Not infrequently the patient is alarmed but her body language does not correspond to her facial expression. Anxiety stems from a lack of basic security that may lead to a state of hypo- or hyper-arousal. At this critical moment learning to use prosocial aggression is of vital importance. Patients usually need assistance to communicate firmly their desire for their opponent to back off. Often patients keep smiling while in fact their tension is high. The eyes often reflect how determined the patient is to send the message. Particularly for patients with a history of trauma this can be a painful but rewarding exercise for dealing with old frustrations and feeling new power. From the functionalist perspective, one of the functions of anger is to energise a person for defence. The readiness for action may also prevent aggressive counterreaction by another person (Trnka & Stuchlíková, 2011).

The aggression street

The aggression street is a symbolic exercise we designed for dealing with mental blocks or to re-enact painful situations. Objects representing these blocks or situations are laid out in the therapy room. The patient must cross the room. Reaching the other side is the goal. The following scene represents a typical case:

1. The first object encountered is a yellow volleyball that stands for being the victim of bullying. Exposure to relational aggression is a significant positive predictor of eating disorder symptoms for females (Fridman, 2006). Standing before the obstacle the patient seems overwhelmed by internalised shame or self-reproach. The instruction is to anchor her power by forcefully saying 'no' while hitting the ball. Her goal is to limit the

- impact of bullying instead of reinforcing the impact by making her own body unattractive and insensitive to painful feelings. A helpful thought is: *'They do not deserve still to have that power over me!'*
2. The second object in this example is a big blue ball which represents the burden of nosy parents. Of course it is not so easy to get rid of that ball. Constructive aggression belongs to the individualisation/separation process, but without having to be afraid of losing the other. The patient screams *'Let go of me.'* She does not mean *'abandon me,'* so the ball is kicked out of the room, but the door remains slightly open.
 3. The third obstacle is a pile of large blocks representing the eating disorder, e.g., the dominant false self by the name of Ms Anorexia. One block is not enough because Ms. Anorexia is a very powerful deceiver. For patients with a history of abuse, the eating disorder may give them the *feeling* of control, but patients often do not realise that the eating disorder takes control away from them (Schneer, 2002). In order to regain true self-control the challenge is to break the taboo and overtly attack the false self or, one could say, the false body of the eating disorder. To knock over the pile of blocks feels like a betrayal. At first the burden is too big, but in a step-by-step process the patient allows herself to overcome her resistance. Both participants of the module support each other so they do not have to feel lonely after attacking Ms Anorexia. The therapist confirms: *'You alone can do it but you cannot do it alone.'*

Other objects can represent other burdens that patients have, such as punishing inner voices, negative body fixations and the need to please by being a 'nice person.' A positive representation can also be chosen, for example, kicking the punching bag to support the first steps of regaining weight with 'tough love.' Patients usually report that reaching the other side of the room is an empowering and liberating experience.

Conclusion

The aim of the PMT aggression regulation module is to learn to coordinate anger expression with appropriate timing and intensity in interactions with others. The starting point is to see aggression as a positive, body-felt and 'in relation to' phenomenon. Practical experience indicates that the module accelerates the overall treatment process by triggering anger-related feelings, thoughts and behaviours. To re-establish anger as a resource for empowerment, a meaningful connection must be made to body awareness, life experiences and current interactions with others. Anger and aggression need to be contained and channelled in a bodily-felt way to be able to overcome shame and develop emotion recognition and expression skills. In the end, patients move from coping with anger, that is, dealing with negative aspects in a non-eating disordered way, towards anger as coping, that is, using the positive meaning of anger as a resource for prosocial aggression,

which is in itself an effective coping strategy in stressful situations. Current research into anger coping has shifted from simple descriptions of mechanisms within the individual towards dynamic explanations within the interpersonal context (Trnka & Stuchlíková, 2011). This development is consistent with the relational approach to aggression regulation presented in this paper.

To further support theory and practice and to study the effect of aggression regulation in the treatment of eating disorders, randomised controlled research is needed.

Notes on contributors

Cees Boerhout studied Human Movement Sciences and is working as a psychomotor therapist at the Lentis Center for Mental Health in Groningen. After 20 years of experience within the field of body-oriented psychotherapy, he has started a research project to meet the demands of evidence-based practise. As a Ph.D. candidate, he studies the effect of psychomotor therapy on aggression regulation in eating disorders, in cooperation with the University Medical Center Groningen in The Netherlands.

Jooske T. van Busschbach was trained as a child psychologist but has spent the last 25 years as researcher in mental health. She was responsible for (controlled) studies on psychosocial and rehabilitative interventions for people with severe mental illness. At present, she combines a position as a senior researcher at the University Medical Center Groningen with a chair in Movement Health and Wellbeing at Windesheim University of Applied Sciences Zwolle.

Durk Wiersma is a (since 2011 em.) professor of clinical epidemiology of psychiatric disorders at the University Medical Center Groningen. As director of the Rob Giel Research center (see www.RGOc.nl), he has also been involved in several large studies on the epidemiology of severe mental illness and has supervised clinical trials. Currently he is, among other things, supervising the trial on the effectiveness of psychomotor therapy done by Cees Boerhout, and supervising a study on the psychometric qualities of instruments to measure body experience/body image (DKB-35, BCS, SAQ).

Hans W. Hoek is Professor of Psychiatry at University Medical Center Groningen (The Netherlands) and has an adjunct position as Professor of Epidemiology at Columbia University, New York. He is director of the psychiatric residency programme and chair of the Parnassia Academy, part of Parnassia Psychiatric Institute, The Hague (The Netherlands). He is member of the DSM-5 Eating Disorders Work Group and of the DSM-5 Impairment and Disability Study Group. He is an editorial board member for four

international journals in the field of eating disorders and editor-in-chief of a Dutch website for psychiatrists.

References

- Abbate-Daga, G., Marzola, E., Gramaglia, C., Brustolin, A., Campisi, S., De-Bacco, C., ... Fassino, S. (2012). Emotions in Eating Disorders: Changes of Anger Control After an Emotion-focused Day Hospital Treatment. *European Eating Disorders Review*, 20, 496-501.
- Amianto, F., Siccardi, S., Abbate-Daga, G., Marech, L., Barosio, M., & Fassino, S. (2012). Does anger mediate between personality and eating symptoms in bulimia nervosa? *Psychiatry Research*, 200, 502-512.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68, 724-731.
- Beck, R., & Fernandez, E. (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 63-74.
- Bushman, B. J., Baumeister, R. F., & Stack, A. D. (1999). Catharsis, aggression, and persuasive influence: Self-fulfilling or self-defeating prophecies? *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 367-376.
- Claes, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M., & Vandereycken, W. (2011). The scars of the inner critic: Perfectionism and nonsuicidal self-injury in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, Sep 13. [Epub ahead of print]. doi:10.1002/erv.1158
- Engel, S. G., Boseck, J. J., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E., Smyth, J., Steiger, H. (2007). The relationship of momentary anger and impulsivity to bulimic behavior. *Behaviour, Research and Therapy*, 45, 437-447.
- Farinon, L. (1998). *The relationship of anger, self-silencing and feminist consciousness to disordered eating symptomatology in women* (Thesis). Ontario Institute for Studies in Education of the University of Toronto, Canada.
- Fassino, S., Abate-Daga, G., Pieró, A., & Rovera, G. G. (2002). Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 200-206.
- Fox, J. R. E. & Power, M. J. (2009). Eating disorders and multi-level models of emotions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 240-267.
- Fridman, S. (2006). *Aggression and victimization: Risk for development of depression and eating disorders*. ETD Collection for Pace University, Paper AA13240525. <http://digitalcommons.pace.edu/dissertations/AA13240525>
- Frijda, N. H., Kuipers, P., & Ter Schure, E. (1989). Relations among emotion, appraisal, and emotional action readiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 212-228.

- Gross, J. J., & John, O. P. (2002). Wise emotion regulation. In L. Feldman Barrett & P. Salovey (Eds.), *The wisdom of feelings: Psychological processes in emotional intelligence* (pp. 297-318). New York: Guilford Press.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2009). Emotion Recognition and Regulation in Anorexia Nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 348-356.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: Attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine*, 11, 1887-1897.
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 389-394.
- Hoek, H. W., Van Harten, P. N., Hermans, K. M. E., Katzman, M. A., Matroos, G. E., & Susser, E. S. (2005). The incidence of anorexia nervosa on Curaçao. *American Journal of Psychiatry*, 162, 748-752.
- Ioannou, K., & Fox, J. R. E. (2009). Perception of threat from emotions and its role in poor emotional expression within eating pathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 336-347.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Linna, M. S., Raevuori, A., Sihvola, E., Bulik, C. M., Rissanen, A., & Kaprio, J. (2009). Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychological Medicine*, 39, 823-831.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A., Bulik, C. M., Kaprio, J., & Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1259-1265.
- Krug, I., Bulik, C. M., Vall-Liovera, O. N., Granero, R., Agüera, Z., Villarejo, C., ... Fernández-Aranda, F. (2008). Anger expression in eating disorders: Clinical, psychopathological and personality correlates. *Psychiatry Research*, 161, 195-205.
- Kuin, F. M. B. (2005). Op tijd stoppen. [Stop in time]. In J. de Lange & R. J. Bosscher (Eds.), *Psychomotorische therapie in de praktijk. [Psychomotor therapy in practice]* (pp. 43-63). Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Miotto, P., De Coppi, M., Frezza, M., Petretto, D. R., Masala, C., & Preti, A. (2003). Eating disorders and aggressiveness among adolescents. *Psichiatria Scandinavica*, 108, 183-189.
- Monnier, J., Hobfoll, S. E., Dunahoo, C. L., Hulsizer, M. R., & Johnson, R. (1998). There's more than rugged individualism in coping. Part 2: Construct validity and further model testing. *Anxiety, Stress and Coping*, 11, 247-272.
- Panhofer, H., & Payne, H. (2011) Languaging the embodied experience. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 6, 215-232.
- Pesso, A. (1988). *Movement in Psychotherapy*. Atlanta, GA: Telles Institute.
- Quinton, S. & Wagner, H. L. (2005). Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and eating attitudes. *Personality and Individual Differences*, 38, 1163-1173.

- Raevuori, A., Hoek, H. W., Susser, E., Kaprio, J., Rissanen, A., & Keski-Rahkonen, A. (2009). Epidemiology of anorexia nervosa in men: A nationwide study of Finnish twins. *PLoS ONE*, 4(2), e4402.
- Roffman, A. E. (2004). Is anger a thing-to-be-managed? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 161-171.
- Schneer, A. (2002). Eating disorders: A disorder of in and out. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 10, 161-176.
- Smink, F. R., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406-414 DOI: 10.1007/s11920-012-0282-y.
- Striegel-Moore, R. H. (1994). A feminist agenda for psychological research on eating disorders. In P. Fallon, M. Katzman, & S. Wooly (Eds.), *Feminist perspectives on eating disorders* (pp. 438-453). New York: Guilford Press.
- Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. [Review]. *Lancet*, 375, 583-593.
- Trnka, R., & Stuchlíková, I. (2011). Anger coping strategies and anger regulation. In R. Trnka, K. Balcar, & M. Kuska (Eds.), *Re-constructing emotional spaces: From experience to regulation* (pp. 89-103). Prague: College of Psychosocial Studies Press.
- Truglia, E., Mannucci, E., Lassi, S., Rotella, C. M., Faravelli, C., & Ricca, V. (2006). Aggressiveness, anger and eating disorders: A review. *Psychopathology*, 39, 55-68.
- Zaitsoff, S. L., Geller, J., & Srikameswaran, S. (2002). Silencing the self and suppressed anger: relationship to eating disorder symptoms in adolescent females. *European Eating Disorders Review*, 10, 51-60.

Artikel

Staat vragen vrij?

Good clinical practice en medisch ethische toetsing bij patiëntgebonden onderzoek

Synke Castelein, Susanne J. de Kort*, Andrea van der Moolen, Wim Houtjes, Petrie Roodbol, Berno van Meijel & Rikus Knegtering*

Samenvatting

In het kader van een (vervolg)opleiding wordt binnen de geestelijke gezondheidszorg in toenemende mate klinisch wetenschappelijk onderzoek gedaan. Er blijkt onbekendheid te zijn met het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek conform de richtlijn van 'good clinical practice' die geldt als internationale kwaliteitsstandaard voor klinisch onderzoek.

Dit artikel geeft praktische handvatten voor het uitvoeren van onderzoek met patiënten. Belangrijke afwegingen vóór de start van een onderzoek, de nodige onderzoeksbegrippen en richtlijnen voor medisch ethische toetsing worden beschreven. Praktische tips worden gegeven om goed voorbereid te starten aan wetenschappelijk onderzoek met patiënten, tevens wordt een kader gegeven ter stimulering van het medisch ethische denken. Tot slot worden verbeterpunten gegeven ten aanzien van de organisatorische inbedding van medisch wetenschappelijk onderzoek in het kader van opleidingen.

Trefwoorden: klinisch onderzoek, good clinical practice, medisch ethische toetsing, geestelijke gezondheidszorg

Inleiding

Binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) wordt in toenemende mate medisch-wetenschappelijk onderzoek gedaan bij patiënten. Steeds vaker gaat het om onderzoek in het kader van opleidingen door onder andere verpleegkundig specialisten, klinisch psychologen en artsen in opleiding tot psychiater.

Zorgvuldige overwegingen - conform good clinical practice - rond de benadering van patiënten voor medisch-wetenschappelijk onderzoek in het kader van een opleiding, blijken in de praktijk lang niet altijd gemaakt te worden. Er is onbekendheid met de regelgeving, ethiek, deugdelijkheid en uitvoering van onderzoek, zowel bij de degenen die onderzoek willen uitvoeren als bij instellingen die benaderd worden om patiënten te werven voor onderzoek.

* Synke Castelein en Suzanne de Kort waren beiden tot 2012 werkzaam voor de voormalige Medisch Ethische Toetsingscommissie instellingen Geestelijke Gezondheidszorg (METiGG).

Bij het doen van wetenschappelijk onderzoek in het kader van een HBO of academische opleiding is het doel lang niet altijd dat er daadwerkelijk een kwalitatief hoogstaand onderzoeksproject wordt afgerond. Vaak spelen meer de educatieve doelen, zoals het leren over opzet, methode en verslaglegging. In feite betekent dit dat een onderzoek educatief weliswaar interessant kan zijn, maar als het gaat om vraagstelling, methodiek, groepsgrootte (power), verslaglegging en publicatie dit wetenschappelijk gezien helaas regelmatig van onvoldoende kwaliteit is.

Daarnaast zijn er in principe deugdelijke onderzoeken, maar blijken beginnend onderzoekers (onder andere promovendi) over onvoldoende kennis te beschikken welke afwegingen van belang zijn te maken, voordat patiënten benaderd worden voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek.

In steeds meer opleidingen wordt de theorie over wettelijke en ethische aspecten van onderzoek met mensen onderwezen. Echter, de vaardigheden om in de praktijk tot een goede afweging van al deze aspecten te komen ontbreken. Voor de universiteiten waren deze knelpunten aanleiding om de Basiscursus Regelgeving en Organisatie Klinisch onderzoekers (BROK) in te voeren, en deze is inmiddels een verplicht onderdeel voor onderzoeksmedewerkers.

Het is een positieve ontwikkeling dat in opleidingen aandacht wordt besteed aan wetenschappelijk onderzoek. Professionals leren hierdoor kritischer te kijken naar hun handelen en de bestaande klinische praktijk. Zo ontstaat er inzicht in belangrijke aandachtspunten als morele gevoeligheid en het medisch ethisch denken, iets dat bij beginnend onderzoekers in de (geestelijke) gezondheidszorg sterk verbeterd kan worden. Als de onderzoeksactiviteit bij patiënten vooral bedoeld is voor onderwijsdoeleinden blijven, naar de idee van de auteurs van dit artikel, dezelfde onderzoekstandaarden van kracht die gelden voor ander medisch-wetenschappelijk onderzoek.

Dit artikel is geschreven om praktische handvatten te bieden bij het doen van onderzoek met patiënten. Een tweede doel is het stimuleren van de morele gevoeligheid en het medisch ethisch denken. Vragen die in dit artikel worden beantwoord zijn: Welke afwegingen zijn van belang vóór de start van onderzoek met patiënten? Waarom en wanneer is medisch ethische toetsing nodig? Wat zijn de begrippen in de onderzoekswereld die van belang zijn voor wettelijke en ethische kaders? Welke speciale aandachtspunten zijn er bij onderzoek in de GGz? Wat zijn praktische handvatten vóór aanvang van onderzoek? Om het medisch ethische denken te stimuleren worden praktijkvoorbeelden gegeven. Tot slot wordt een visie gegeven op hoe een goede organisatorische inbedding van wetenschappelijk onderzoek in het kader van een opleiding meerwaarde kan hebben voor alle betrokkenen.

Algemene afwegingen vóór de start van onderzoek

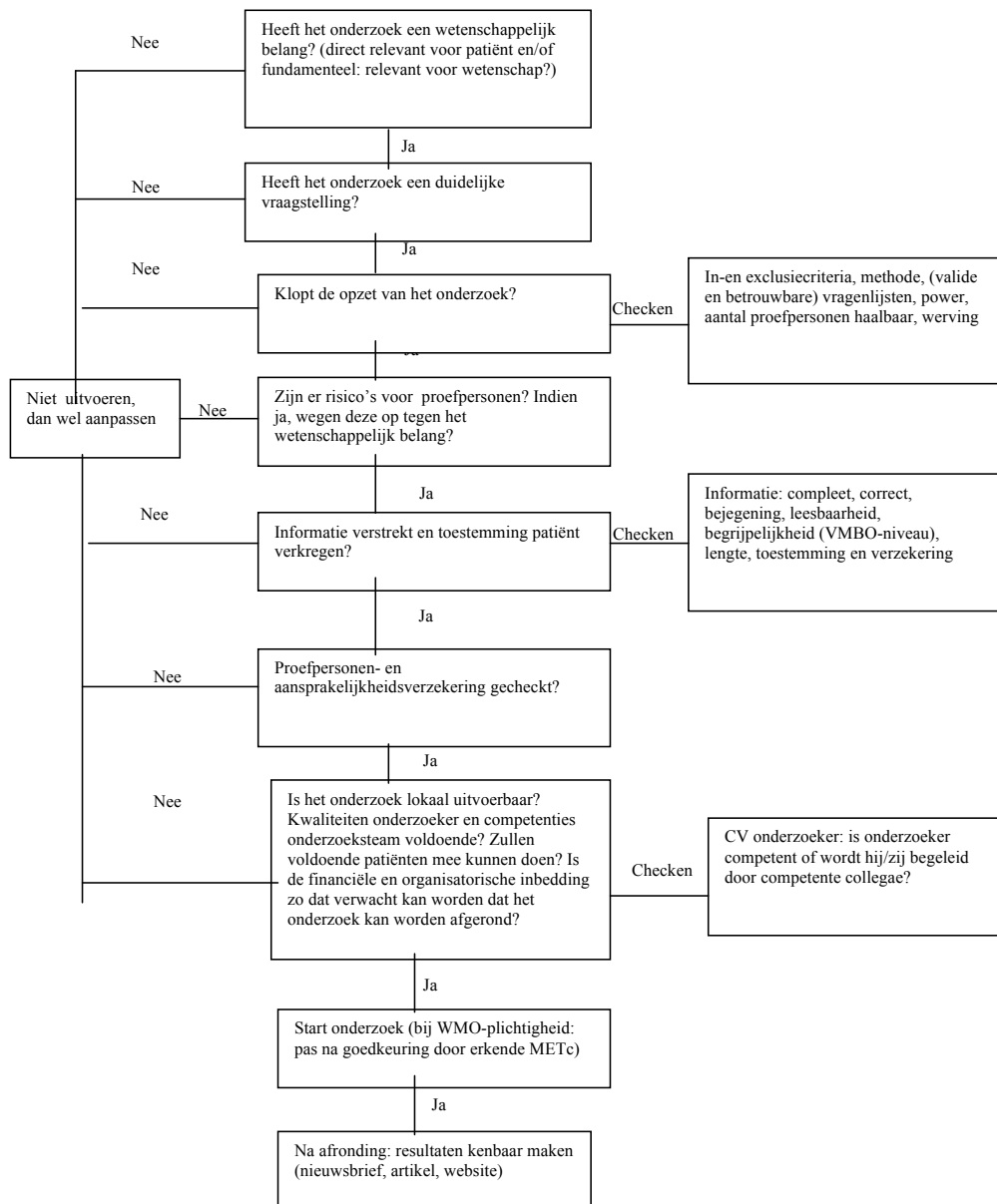
Bij onderzoek met proefpersonen, in het bijzonder bij kwetsbare patiënten, zijn altijd een aantal afwegingen van belang. Als hulpmiddel om deze afwe-

gingen schematisch langs te kunnen lopen is speciaal voor onderzoekers figuur 1 ontworpen door de auteurs. Dit zijn de afwegingen die ook bij medisch ethische toetsing aan bod komen. Op het moment dat alle stappen met 'ja' zijn beantwoord, kan de onderzoeker starten met het onderzoek. Een aanvullende opmerking bij figuur 1 is het belang van de financiële borging van een onderzoeksproject. Dit dient goed geregeld te zijn. Immers, een onderzoek dat niet kan worden afgerond of in een sterk uitgekleden versie wordt uitgevoerd - waardoor de onderzoeksvraag niet goed kan worden beantwoord - zal niemand iets opleveren. Het onderzoek kan dan beter worden uitgesteld tot aan deze voorwaarde is voldaan.

Belangrijke afwegingen vóór de start van onderzoek zijn:

1. Is de vraagstelling relevant? Zo ja, voor wie?
2. Is er een duidelijke en beantwoordbare onderzoeksvraag?
3. Is het onderzoek deugdelijk? (goed ontwerp, goede uitvoerbaarheid, zijn er voldoende deelnemers te verwachten, resultaten worden gerapporteerd).
4. Hoe groot is de belasting voor de deelnemers en staat deze belasting in verhouding tot het veronderstelde belang?
5. Bestaat er een risico voor deelnemers? Indien ja, waaruit bestaat dit risico? Staat dit risico in verhouding tot het belang van het onderzoek of deelnemer?
6. Welke inspanning wordt verricht om in het geval er een risico voor de deelnemers bestaat (geestelijk of lichamelijk), dit risico zo klein mogelijk te houden? Is er een verzekering afgesloten die bij dit risico hoort?
7. Is er adequate mondelinge en schriftelijke informatie voor deelnemers georganiseerd? Staat hierin dat deelname een vrije keus is en dat de genomen beslissing geen invloed heeft op de behandeling? Staat er duidelijk dat deelnemers te allen tijde kunnen stoppen met deelname?
8. Is het onderzoek uitvoerbaar wat betreft de te verwachten deelname van patiënten, de mogelijkheden van de instelling, de financiering, een organisatorische inbedding, de verzekeringen en de kennis/vaardigheden van het onderzoeksteam?

Figuur 1. Stappenschema ontworpen door auteurs: Algemene afwegingen vóór de start van het onderzoek



Medisch ethische toetsing: waarom en wanneer

Medisch-wetenschappelijk onderzoek kan bijdragen aan het verbeteren van de zorg en behandeling. Uitkomsten van onderzoek vergroten de kennis over ziekte en gezondheid en kunnen de gezondheid en het welzijn van mensen nu en in de toekomst verbeteren. Om deze maatschappelijk waardevolle kennis te ontwikkelen is het nodig dat mensen deelnemen aan medisch onderzoek. Tegelijkertijd is het niet vanzelfsprekend dat mensen deelnemen aan onderzoek.

Vaak levert het onderzoek geen directe voordelen op voor een deelnemer, maar is er wel een belasting (zoals meerdere bezoeken aan een poli, extra interviews of vragenlijsten invullen, (extra) afname van buisjes bloed, etc.). Een experimentele behandeling kan soms zelfs onbedoeld schadelijk blijken te zijn.

Het is van belang dat patiënten beschermd worden tegen onnodig belastend, ondeugdelijk en onnodig riskant onderzoek. Medisch ethische toetsing is hiervoor bedoeld. Als onderzoek goedgekeurd is door een (erkende) onafhankelijke medisch ethische toetsingscommissie kan de potentiële proefpersoon er van op aan dat er goed is gekeken naar de deugdelijkheid (kwaliteit), belasting en veiligheid van het onderzoek. Vervolgens maakt de proefpersoon zelf de keus om deel te nemen door middel van het invullen van de informed consent ('geïnformeerde toestemmingsverklaring').

Onderzoekers krijgen te maken met formele medisch ethische toetsing op het moment dat onderzoek 'WMO-plichtig' is (zie kader voor toelichting van de WMO). Hiervan is sprake als aan de volgende twee voorwaarden wordt voldaan: 1. het betreft medisch-wetenschappelijk onderzoek én 2. de patiënten worden aan handelingen/interventies onderworpen die niet deel uitmaken van de standaardzorg voor een omschreven probleem en/of aan de patiënt wordt een bepaalde gedragswijze opgelegd.

Het is echter niet nodig om ieder onderzoek te laten toetsen door een medisch ethische toetsingscommissie (METc). Bij twijfel is het aan te bevelen om in overleg met de METc te bepalen of het al dan niet WMO-plichtig is. De Jong e.a. (2013) bevelen aan om METc's en onderzoekers veel meer gezamenlijk te laten overleggen en mogelijk zelfs samen besluiten te laten nemen over onderzoek dat WMO-plichtig is. De auteurs van dit artikel ondersteunen deze proactieve houding, aangezien de METc nu door velen als een oordelend instituut wordt gezien, terwijl de samenwerking tussen de commissie en onderzoekers juist het onderzoek kan verbeteren in kwaliteit.

Bij WMO-plichtig onderzoek is toetsing door een erkende METc een voorwaarde. Het rampscenario dat iedereen wil voorkomen, is een situatie, waarbij onderzoek is uitgevoerd zonder toetsing en verzekering en waarvan de patiënt schade heeft ondervonden. Hier is dan sprake van een overtreding die onder het strafrecht valt. Kortom, onderzoekers moeten zich ervan bewust zijn dat zij verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit, ethische afwegingen en mogelijke gevolgen van deelname aan onderzoek.

Belangrijke begrippen uit de onderzoekswereld: wettelijke en ethische kaders

Voor iedereen die wetenschappelijk onderzoek in de gezondheidszorg doet, is een aantal begrippen van belang. De belangrijkste worden in dit kader kort weergegeven. Voor geïnteresseerden, Fischer (2006) heeft in een artikel alle belangrijke documenten samengevat die betrekking hebben op onderzoeksethiek.

De Verklaring van Helsinki (Declaration of Helsinki, 1964) was een van de eerste initiatieven, waarin voorschriften geldend voor medisch-wetenschappelijk onderzoek werden vastgelegd. Door te verklaren dat een onderzoeker zich houdt aan de verklaring van Helsinki, verklaart de onderzoeker zich te houden aan alle internationale richtlijnen bij het doen van onderzoek met mensen. De gezondheid van de patiënt staat hierbij op de eerste plaats (“The health of my patient will be my first consideration”). In oktober 2013 is de zevende gereviseerde versie verschenen (<http://www.wma.net>). Van onderzoekers wordt verwacht dat zij altijd naar de laatste versie van de verklaring van Helsinki verwijzen en handelen. De meeste nationale en internationale regelgeving rondom onderzoek is gebaseerd op de verklaring van Helsinki.

Good clinical practice (GCP) omvat alle voorschriften en regels van patiëntgebonden onderzoek. De verantwoordelijkheden van de verschillende partijen inclusief het monitoren van studies en het melden van ongewenste voorvallen, zijn hierin vastgelegd (WHO 2002).

*De Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO)** is de Nederlandse wetgeving gebaseerd op de Verklaring van Helsinki en de GCP richtlijnen (www.ccmo-online.nl).

De Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) waarborgt de bescherming van proefpersonen betrokken bij medisch-wetenschappelijk onderzoek. Veruit de meeste onderzoekers hebben te maken met de *Medisch Ethische Toetsingscommissie (METc)*, omdat hun onderzoeksdomein verhoudingsgewijs groter is dan dat van de CCMO (zie website CCMO voor de volledigheid).

Informed consent

Voor ieder onderzoek gelden strikte regels, zodat de deelnemers voor aanvang van het onderzoek - zowel mondeling als schriftelijk - geïnformeerd worden omtrent de aard van het onderzoek (zie voorbeeldbrieven op CCMO website), de mogelijke voordelen en risico's en de privacyaspecten, maar ook dat participatie geschiedt op vrijwillige basis. Zowel onderzoeker als patiënt ondertekenen een instemmingverklaring, waarin ieder zijn verantwoordelijkheden onderkent. Een wettelijke regeling voor de informatieplicht bij niet WMO-plichtig onderzoek is in de maak.

Proefpersonenverzekering

Een instelling is verplicht om bij wetenschappelijke onderzoeken die voor patiënten niet risicovrij zijn een 'proefpersonenverzekering' af te sluiten.

* In deze context niet te verwarren met de Wet Maatschappelijke Ondersteuning

Speciale aandachtspunten voor onderzoek in de GGz

In het algemeen zijn de meeste patiënten in de GGz, mits zorgvuldig geïnformeerd, goed in staat om de doelen en procedures van wetenschappelijk onderzoek te begrijpen en een geïnformeerde beslissing te nemen over deelname. Soms zijn patiënten binnen de context waarin ze behandeld worden (gedwongen opname of gedwongen behandeling) extra kwetsbaar en minder vrij om een afweging te maken over eventuele deelname. Ook kan het zo zijn dat een psychiatrisch toestandsbeeld (psychose, manie, delier) gepaard gaat met verminderde wilsbekwaamheid, waardoor iemand niet in staat is om participatie te overwegen dan wel een geïnformeerde toestemming (informed consent) te geven voor onderzoeksdeelname. Uitstel tot een later moment lijkt dan verstandiger.

Er zijn echter onderzoeksvragen denkbaar, waarbij iemand die onvoldoende wilsbekwaam is toch mee kan doen aan wetenschappelijk onderzoek. Het principe ‘nee-tenzij’ (nu ook wel ‘ja, mits ...’) geldt hierbij. Dit wil zeggen dat wetenschappelijk onderzoek met deze mensen in principe verboden is, tenzij het de proefpersoon zelf ten goede kan komen (therapeutisch) of dat het onderzoek niet anders dan met die groep personen kan worden uitgevoerd (groepsgebonden).

Neem bijvoorbeeld een therapeutisch onderzoek voor mensen met dementie. Hierbij is altijd een toetsing van het onderzoek door een METc nodig en zullen speciale procedures ontworpen dienen te worden om de belangen van de patiënten steeds optimaal te vertegenwoordigen. Verdere bespreking van dit soort situaties valt buiten de doelstelling van dit artikel.

Tot slot, voor de lezer die meer wil weten over het begrip wilsbekwaam is het artikel van Ruissen e.a. (2011) aan te raden. Zij concluderen dat een goede definitie en operationalisatie van wilsbekwaamheid voor de psychiatrische praktijk tot op heden nog ontbreekt.

Praktische handvatten vóór aanvang van een onderzoek

Voor potentiële onderzoekers zijn er vele mogelijkheden om goed voorbereid aan de slag te gaan. Dit varieert van het volgen van cursussen (onderzoeksmethodologie, statistiek etc.), e-learning modules tot het zelf systematisch beoordelen van het voorgenomen onderzoek op ethische en deugdelijkheidsaspecten aan de hand van de GCP-richtlijn. Hieronder volgt een beschrijving van vijf handvatten om goed voorbereid te starten met een wetenschappelijk onderzoek.

1. Bestuderen Richtsnoer Good Clinical Practice

Iedereen die klinisch onderzoek doet, hoort te handelen volgens de methoden van Good Clinical Practice (Smith 1999; Israel & Hay 2006; Helmchen & Sartorius 2010; Van Os e.a. 2012). In de Nederlandse vertaling hiervan (richtsnoer GCP, Pieterse (2010), zie www.profess.nl) worden de taken en

plichten van de onderzoeker, de rechten van de patiënt en de informatie over medisch ethische toetsingscommissies, geldend voor geneesmiddelenonderzoek, beschreven. Hoewel de focus ligt op geneesmiddelenonderzoek in dit richtsnoer, is deze voor alle soorten onderzoek richtinggevend.

2. Invullen stroomschema CCMO

Om snel een indruk te krijgen of onderzoek WMO-plichtig is, is de eerste stap het invullen van het stappenschema op de website van CCMO (www.ccmo.nl).

In sommige gevallen kan de onderzoeker twijfelen wat ingevuld moet worden. In dit geval is het advies om contact op te nemen met een erkende METc. De METc kan de onderzoeker hierin adviseren. Dit is een belangrijke stap, omdat sommige onderzoekers bij twijfel het onderzoeksvoorstel niet indienen. Ook voor de METc's geldt in sommige gevallen dat een onderzoek moeilijk te beoordelen is op WMO-plicht. In deze gevallen wordt voor de veilige weg gekozen en wordt het onderzoek getoetst. Kortom, er bestaat een grijs schemergebied als het gaat om medisch ethische toetsing, zowel voor onderzoekers als voor de METc's. Maar hier geldt dus de gouden regel: in geval van twijfel toetsen!

Tot slot is het voor de onderzoeker goed om zich te realiseren dat de resultaten van een onderzoek later moeilijk te publiceren zijn als het onderzoek niet door een METc is beoordeeld, terwijl dit volgens de procedure wel had moeten. Tijdschriften vereisen steeds vaker de goedkeuring door een METc nauwkeurig te melden (soms zelfs met protocolnummer).

3. Lezen Rapport Toetsingskader niet WMO-onderzoek

Ook bij niet WMO-plichtig onderzoek is Good Clinical Practice een voorwaarde. Zo zijn de normen en regels over het informeren van de proefpersoon, het verkrijgen van toestemming, het vertrouwelijk verwerken van informatie gelijk aan de regels van WMO-plichtig onderzoek.

Er was in de praktijk behoefte aan een toetsingskader voor dit type onderzoek. In 2012 is het rapport 'Toetsingskader niet WMO-plichtig onderzoek' verschenen met pilot resultaten (Pieterse 2012). Een belangrijke aanbeveling is dat er een besluit moet worden genomen waar de verantwoordelijkheid voor het 'niet WMO Toetsingskader (nWMO)' kan worden neergelegd. Een mogelijkheid is het inrichten van een kenniscentrum waar het nWMO Toetsingskader centraal wordt beheerd en nWMO toetsers worden geaccrediteerd en opgeleid: het kwaliteitsinstituut voor nWMO toetsing.

Vergelijkbaar met de site van de CCMO (www.ccmo-online.nl) zou hier dan informatie te vinden zijn over: de aan te leveren documenten, de uitslagen over de toetsing en een overzicht van ingediende studies. Op dit moment is dit proces nog volop in ontwikkeling en bestaat er nog geen centrale plaats voor het indienen van nWMO-onderzoek.

4. Invullen e-learning voor klinisch onderzoekers

De CCMO heeft een gratis e-learning module ontwikkeld voor beginnende

en ervaren klinische onderzoekers (zie: www.onderzoekswijs.nl). Beginnende onderzoekers kunnen kennis vergaren over regels en procedures die gelden bij klinisch onderzoek. Daarnaast kunnen ervaren onderzoekers testen of hun kennis nog up-to-date is. De CCMO benadrukt dat het opzetten en uitvoeren van klinisch onderzoek een vak apart is en dat de door hen ontwikkelde e-learning de onderzoekers de mogelijkheid biedt om, op eenvoudige en laagdrempelige wijze, vertrouwd te raken met deze regels en procedures.

5. Deelnemen aan BROK-cursus

In alle Nederlandse universitaire medische centra wordt de BROK-cursus (Basiscursus Regelgeving en Organisatie Klinisch onderzoekers) aangeboden en verplicht gesteld voor alle onderzoeksmedewerkers (www.nfu.nl/onderzoek/basiscursus). De onderzoekers die dit certificaat hebben gehaald worden genoemd in het openbare NFU-register (Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra). Voor onderzoekers binnen de GGz-instellingen en onderwijsinstellingen is deze cursus, hoewel tot op heden nog niet verplicht, zeker wenselijk. Onderzoekers in de psychiatrie die niet in een academische setting werken, zouden eventueel in dit register kunnen kijken of een (in)directe collega gecertificeerd is, die mogelijkerwijs kan meedenken bij het opzetten van een onderzoek.

Praktijkvoorbeelden ter stimulering van medisch ethisch denken

Hierna volgen enige voorbeelden van valkuilen uit de praktijk bij het doen van onderzoek. Alle beschreven valkuilen hebben een negatief effect op de waarde van de onderzoeksresultaten dan wel nadelige gevolgen voor de patiënt en/of de onderzoeker. Het beschrijven van de praktijkvoorbeelden heeft als doel de 'morele gevoeligheid' en het 'medisch ethisch denken' te stimuleren.

“Ik stel slechts tien vragen, dus METc toestemming is niet nodig.”

Een klein aantal vragen is geen vrijbrief om het onderzoek direct te kunnen uitvoeren. Aan wie worden de vragen gesteld? Om wat voor soort vragen gaat het? Zijn de vragen indringend en kunnen ze daarmee ingrijpen op de psychische gesteldheid van een proefpersoon (denk hierbij aan psychotraumata)? Bij twijfel over het belastende karakter van de vragen, is het verstandig om een METc de WMO-plichtigheid te laten beoordelen alvorens het onderzoeksprotocol te laten toetsen. Bij niet WMO-plichtigheid kan de onderzoeker gelijk starten.

Opgemerkt moet worden dat als een behandelaar tien vragen stelt in het kader van zorgevaluatie, dit niet onder de WMO valt en toestemming van een METc niet nodig is.

“Als de patiënt met ontslag is en zich beter voelt, wil ik graag weten of wij goede begeleiding hebben geboden tijdens de periode waarin suïcidegedachten speelden. Ik ga dit voor mijn opleiding doen met een uitgebreid kwalitatief interview bij slechts 5 mensen.”

Dit kwalitatieve onderzoek zal teruggrijpen naar een periode waarin iemand zich slecht heeft gevoeld. Het gaat om het systematisch uitvragen van ervaringen bij meerdere patiënten en de interventie lijkt niet tot de reguliere zorg gerekend te kunnen worden. De onderzoeker in opleiding zal zich moeten realiseren dat het interviewen van vijf patiënten een klein aantal is om harde wetenschappelijke conclusies te kunnen trekken. Is het dan nog wel wetenschappelijk relevant als het alleen maar om een pilot met vijf mensen gaat? Het lijkt hier weliswaar om zorgevaluatie te gaan, maar wel met een publicatiedoel vanuit de opleiding. Is dit onderzoek WMO-plichtig of niet? Of gaat het hier om een schemergebied? Bij twijfel kan de onderzoeker altijd het beste overleggen met een METc. De onderzoeker zal in sommige gevallen worden geadviseerd eventuele nazorg te regelen indien deelname aan het onderzoek een emotionele impact kan hebben.

“Is de goedkeuring van de METc van mijn eigen instelling voldoende?”

Veel instellingen hebben een eigen, niet landelijk erkende, METc. Het wordt dan een Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) genoemd of heeft een soortgelijke benaming. Een onderzoek dient altijd ingediend te worden bij 1 van de - anno 2013 - 25 erkende medisch ethische toetsingscommissies (zie website CCMO voor erkende METc's). Uiteraard kan een niet-landelijk erkende METc van een instelling meedenken en de onderzoeker op weg helpen bij het klinisch onderzoek. De Medisch Ethische Toetsingscommissie instellingen Geestelijke Gezondheidszorg (METiGG) was voorheen gespecialiseerd in GGz-onderzoek, deze bestaat echter sinds 2012 niet meer. Het staat de onderzoeker overigens vrij om een erkende METc naar keuze uit te zoeken.

“Ik moet onderzoek doen in het kader van mijn opleiding. De opleiding vindt dat ik geen toestemming hoef aan te vragen, maar de onderzoeksafdeling van mijn instelling wel (of vice versa). Naar wie moet ik nu luisteren?”

De hamvraag is of het gaat om WMO-plichtig onderzoek of niet. Het stroomschema van de CCMO kan daarbij helpen en anders is het raadzaam bij twijfel deze vraag voor te leggen aan een erkende METc. Samengevat, de mening van opleiders, managers en andere betrokkenen is niet legitiem om de formele procedures te ontwijken.

“Ik heb mijn onderzoek ingediend en krijg daarbij ook feedback over de opzet van mijn studie, daar is een METc toch niet voor bedoeld?”

De METc zal vooral letten op de medisch ethische aspecten van de studie. Echter, het doen van niet gedegen onderzoek is ook 'niet ethisch'. Het wetenschappelijk onderzoek levert dan voor de samenleving en/of de patiënt niet dat op wat wenselijk zou zijn. Om deze reden zal een METc, daar waar nodig, ook op methodologische, farmacologische en juridische aspecten feedback leveren. Als er op deze gebieden onjuiste afwegingen worden gemaakt bij de opzet, gaat het om ondeugdelijk onderzoek. Als onderzoek van onvoldoende kwaliteit is, wordt ook publicatie een probleem. Het hoofddoel is voor alle partijen het versterken van de kwaliteit van het onderzoek.

Visie op organisatorische inbedding van onderzoek door professionals in opleiding

Op het moment dat opleidingscurricula het doen van wetenschappelijk onderzoek als een opleidingseis stellen, is het belangrijk om de zorginstellingen waar het onderzoek gaat plaatsvinden (lees: diens afdeling onderzoek of nog breder: een platform van onderzoeksafdelingen van meerdere instellingen) te benaderen en samen te kijken hoe dit het beste vorm kan krijgen. Een belangrijk punt hierbij is dat het onderzoek dient te passen in het beleid en de mogelijkheden van desbetreffende zorginstelling (uitvoerbaarheid).

Het nog onvoldoende beheersen van onderzoeksmethodieken, kan ondergaan worden door professionals in opleiding te laten aansluiten bij bestaande onderzoekslijnen van opleidingen en instellingen. Op deze manier worden zij gecoacht door (senior) onderzoekers die de onderzoeksvaardigheden goed beheersen. Voor een instelling heeft dit als voordeel dat professionals in opleiding, deelvragen van bestaand onderzoek kunnen uitvoeren en dat het uitgevoerde onderzoek relevant is voor de praktijk. Kortom, het onderzoek zal daardoor beter ingebed zijn in de actuele stand van zaken op een bepaald wetenschapsgebied. Daarnaast levert het werken binnen een bestaande onderzoekslogistiek veel efficiëntiewinst op. Op de langere termijn krijgt een instelling daardoor ook steeds meer kennis over een bepaald thema. Dit in contrast met het doen van niet ingebed, vaak 'eigen hobbyonderzoek' dan wel 'shotgun' onderzoek (onderzoek dat nergens op afgestemd is) van professionals in opleiding, waar de patiëntenzorg, de samenleving en de instelling verhoudingsgewijs minder profijt van heeft. Afstemming met de onderzoeksafdeling van de eigen instelling naar de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van het onderzoek is raadzaam.

Wij, als auteurs, adviseren de professionals in opleiding om geen WMO-plichtig onderzoek te doen. Een uitzondering hierbij is dat het onderzoek wordt uitgevoerd binnen een lopend onderzoek waarvoor al METc goedkeuring is verkregen en waarvoor geen aanvullende toestemming nodig is, dan wel dat dit met een snel af te handelen amendement kan worden opgelost. De METc-procedure kost namelijk minstens enkele weken tot maanden tijd en daardoor ontstaan er vaak problemen in de voortgang van de opleiding. Het terugrapporteren van onderzoeksresultaten aan de patiënt, dan wel afde-

ling, zou volgens de auteurs meer dan nu het geval is gezien moeten worden als een plicht voor elke onderzoeker. Er wordt namelijk een inspanning gevraagd van de vaak kwetsbare patiënt, diens familie en het eigen afdelings-team. Vaak verdwijnen afstudeeronderzoeken ergens in de instelling en is de onderzoeker in opleiding na het behaalde diploma nauwelijks nog betrokken bij een zorgvuldige afronding van het onderzoekstraject. Echter bij GCP hoort dat resultaten worden gerapporteerd. De CCMO ziet dit eveneens als een verplicht onderdeel van het doen van onderzoek; overigens is dit - anno 2013 - niet wettelijk vastgelegd. Het is een positieve ontwikkeling dat opleidingen tegenwoordig een publiceerbaar artikel eisen. Dit sluit goed aan op de visie van good clinical practice.

Conclusie

Volgens de auteurs 'staat vragen vrij', sterker nog: wordt vragen aangemoedigd, zodra er voldaan is aan alle aspecten van deugdelijkheid rond een onderzoek. Dit houdt onder meer in dat er een concreet stappenschema is opgesteld door de auteurs, waaraan de onderzoeker zijn/haar onderzoek kan toetsen. Pas als deze stappen zorgvuldig zijn doorlopen, kan gestart worden met wetenschappelijk onderzoek.

De basis voor dit artikel was de door de auteurs gesignaleerde onbekendheid met regelgeving, ethische overwegingen en deugdelijkheid van klinisch onderzoek bij een groot deel van de professionals die onderzoek doen in het kader van opleiding. Sinds onderzoek een verplicht onderdeel is geworden in de opleidingen tot klinisch psycholoog, verpleegkundig specialist en artsen in opleiding tot medisch specialist (i.c. psychiater), wordt er steeds meer onderzoek verricht door professionals. De theorie wordt tijdens de opleiding onderwezen, maar het zelf uitvoeren van onderzoek in de praktijk blijkt geen sinecure. Met de intentie (beginnende) onderzoekers en promovendi een handreiking te geven bij het uitvoeren van onderzoek in de geestelijke gezondheidszorg zijn de belangrijkste aandachtspunten en valkuilen op een rij gezet. Tevens worden de belangrijkste begrippen gerelateerd aan wettelijke en ethische kaders toegelicht.

Dit artikel geeft tevens een visie op het organisatorisch inbedden van wetenschappelijk onderzoek door professionals in een vervolgopleiding, waardoor het artikel mogelijk ook interessant is voor hoofden c.q. senior onderzoekers van onderzoeksafdelingen.

GGz-instellingen, universitaire centra, researchafdelingen en opleidingen zijn gebaat bij goed onderling overleg over de organisatie van klinisch onderzoek in het kader van opleidingen in de geestelijke gezondheidszorg. Met een goede organisatie en duidelijke richtlijnen kan er een positieve kruisbestuiving plaatsvinden. Een kans die veel partijen op dit moment nog laten liggen.

Literatuurlijst

- De Jong JP, van Zwieten MC, Willems DL. Research monitoring by US medical institutions to protect human subjects: compliance or quality improvement? *J Med Ethics* 2013; 39: 236-41.
- Fischer BA 4th. A summary of important documents in the field of research ethics. *Schizophr Bull* 2006; 32: 69-80
- Helmchen H & Sartorius N, editors. *Ethics in psychiatry. European contributions*. London: Springer; 2010.
- Israel M & Hay I. *Research ethics for social scientists*. London: Sage Publications Ltd.; 2006.
- Pieterse H. *Richtsnoer voor good clinical practice (CPMP/ICH/135/95)*. Officiële Nederlandse vertaling. Heerhugowaard: ProfessO Medical Consultancy; 2010.
- Pieterse H, Meulemans MA, Kievit PJ, Hoffman TAM, Hoedemaker EHGJ, Kraaijveld NA, e.a. *Rapport Naar een Toetsingskader voor niet-WMO-plichtig onderzoek. De pilot resultaten*. 2012 (zie website: www.nwmostudies.nl)
- Ruissen A, Meynen G, Widdershoven GA. Perspectieven op wilsbekwaamheid in de psychiatrie: cognitieve functies, emoties en waarden. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 405-14.
- Smith T. *Ethics in medical research. A handbook of good practice*. Cambridge: University Press; 1999.
- Stukart MJ, Olsthoorn-Heim ETM, Van de Vathorst S, Van der Heide A, Tromp K, De Klerk, C, e.a. *Tweede evaluatie: Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen*. Den Haag: ZonMw; 2012.
- Van Os J, Kahn R, Denys D, Schoevers, RA, Beekman ATF, Hoogendijk WJG, e.a. ROM: gedragsnorm of dwangmaatregel? Overwegingen bij het themanummer over routine outcome monitoring. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 245-53.
- World Health Organization. *Handbook for good clinical research practice (GCP): Guidance for implementation*. Genova; 2005.

Artikel

Sociale Netwerkanalyse¹

Persoonlijkheidsproblematiek en risico-gerelateerd gedrag van forensisch psychiatrische patiënten gezien in de relationele context.

Ruud van der Horst

Inleiding

Plegers van zware delicten die vanwege een psychische stoornis niet volledig verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor het delictgedrag en waarvoor de kans op terugval aanzienlijk is, kunnen de tbs-maatregel opgelegd krijgen. De psychologische behandeling behorende bij deze maatregel, die veelal wordt uitgevoerd in een forensisch psychiatrisch centrum (fpc), is gericht op het terugbrengen van het risico-gerelateerd gedrag met als primaire doelstelling de maatschappijbeveiliging. Bij de beoordeling van dit risico-gerelateerd gedrag wordt veelal van de te beoordelen patiënt uitgegaan zonder dat hierin de sociale of relationele context wordt meegenomen. Dit is verwonderlijk. Al sinds het werk van sociologen zoals Durkheim (1858-1917) en Simmel (1958-1918) wordt algemeen aangenomen dat individueel gedrag en welzijn sterk wordt beïnvloed door de sociale omgeving. Ook voor het komen tot delinquent gedrag blijkt het belang van sociale contacten. Dit kan worden afgeleid aan de hand van verschillende criminologische theorieën (zie Hirschi, 1969; Sutherland & Cressey, 1955), maar ook uit resultaten van empirisch onderzoek (zie bijvoorbeeld Haynie, 2001, 2002). De grootste groep patiënten in de forensische psychiatrie bestaat uit patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (80%, De Beurs & Barendregt, 2008). De problematiek van personen met deze (groep van) stoornissen is hoofdzakelijk relationeel van aard, wat tevens staat beschreven in de definitie van deze stoornissen: *'a chronic disturbance in one's relation with the self, others and the environment that results in distress or failure to fulfill social roles and obligations'* (American Psychiatric Association, 1994, 2000). Voor het aanpassingsgedrag dat door de institutionele context van individuen in een gesloten setting wordt gevraagd (Clemmer, 1940), evenals voor het omgaan met het leed dat gepaard gaat met opsluiting (Sykes & Messenger, 1960), blijken sociale relaties eveneens van groot belang. Patiënten verblijven doorgaans namelijk op afdelingen met een relatief klein aantal personen en zijn voor het invulling geven aan de dagelijkse gang van zaken op elkaar aangewezen. Ondanks het algemeen onderkende belang van sociale relaties voor (crimineel en gestoord)

¹ Samenvatting van zijn proefschrift 'Network Effects on Treatment Results in a Closed Forensic Psychiatric Setting'

gedrag, is er tot dusver weinig onderzoek verricht naar het verband tussen de sociale context en het risico-gerelateerde gedrag van patiënten. Ook in de behandelpraktijk wordt bij de inschatting van dit gedrag de sociale context niet expliciet meegenomen. Hier liggen kansen om de risicotaxatie en behandelvoortgang beter inzichtelijk te krijgen. In het promotieonderzoek waarvan in dit artikel verslag wordt gedaan is gekeken naar het verband tussen sociale relaties van tbs-gestelden en persoonlijkheidsproblematiek en risico-gerelateerd gedrag. Dit onderzoek legt een eerste basis voor een bruikbare toepassing om risico-gerelateerd gedrag nauwkeuriger te bezien.

Sociale netwerkanalyse

Om op detaillistisch niveau inzicht te krijgen in sociale relaties van tbs-gestelden is in het onderzoek gebruikgemaakt van Sociale Netwerkanalyse (SNA). Dit is een gespecialiseerde manier om sociale relaties en netwerken te bestuderen (zie Wasserman en Faust, 1994; Scott, 2000; Carrington, Scott & Wasserman, 2005). Netwerken zijn patronen van relaties tussen actoren (veelal individuen, in dit onderzoek tbs-gestelden van een afdeling) in een groep. De relaties worden veelal binair beschouwd (dus als aan- of afwezig). Tussen elk paar van actoren in de groep wordt in het netwerk de aan- of afwezigheid van een relationele band in kaart gebracht. Grafische representaties zijn vaak behulpzaam bij het visualiseren van netwerkpatronen. Hierin worden de patronen van sociale interactie in termen van 'punten' (de actoren) en 'lijnen' (de relaties) gepresenteerd. Netwerkrelaties kunnen zeer diverse soorten relaties betreffen. In het onderzoek dat in dit artikel centraal staat is gekeken naar contactfrequentie, negatieve relaties (vijandige en onplezierige relatie), positieve relaties (vriendschap en vriendelijke relatie), instrumentele relaties (onderscheiden in materieel en relationeel instrumenteel gebruik) en de invloed- en hiërarchische relaties. Deze relaties kunnen ongericht of gericht worden beschouwd. Bij gerichte relaties/netwerken wordt verondersteld dat de richting inhoudelijk van belang is, zoals het geval is in het onderzoek dat in dit artikel wordt besproken. Bij complete netwerken wordt gekeken naar alle relaties tussen een van tevoren vastgestelde groep actoren, bij ego-netwerken wordt slechts gekeken naar de relaties die de centrale actor met anderen onderhoudt. In het onderzoek dat hier wordt besproken zijn de participerende patiëntafdelingen als gesloten netwerken beschouwd. Netwerken kunnen beschreven worden in termen van eigenschappen van het netwerk als geheel (bijvoorbeeld de dichtheid van relaties), er kan gekeken worden naar (kenmerken van) subgroepen in een netwerk en er kan gekeken worden naar positionele eigenschappen van een individuele actor in het netwerk. Deze positionele eigenschappen zijn in het onderzoek gebruikt voor het vaststellen van het verband tussen relationele kenmerken en het risico-gerelateerde gedrag van patiënten.

Vaststellen van mogelijkheden voor het meten van sociale relaties bij forensisch psychiatrische patiënten

Om inzicht te krijgen in de mogelijkheden om sociale relaties van patiënten die verblijven in een fpc specifiek in kaart te brengen en te kijken naar de bijdrage van deze methode voor de behandelpraktijk, is in eerste instantie een pilot-onderzoek uitgevoerd. Deze studie diende voornamelijk als achtergrondinformatie voor de vervolgstudies (die later nog zullen worden besproken) en voor het verkrijgen van exploratief inzicht in de samenhang tussen de sociale relaties en enkele individuele en groepeeigenschappen van de patiëntpopulatie. In deze pilot zijn de positieve/negatieve, instrumentele en invloedrelaties van patiënten op een afdeling van seksueel delinquenten (N = 13) en een afdeling met patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) (N = 11) in kaart gebracht middels Sociale Netwerkanalyse. De sociaaltherapeuten werkzaam op deze afdelingen hebben voor deze studie de sociale relaties van patiënten beoordeeld. De reden waarom deze informatie is verzameld onder therapeuten en niet bij de patiënten zelf is dat er niet van uit kon worden gegaan dat de beoordeling door patiënten betrouwbaar zou worden gedaan. Zo kan de beoordeling gekleurd zijn door hun psychiatrische problematiek en door mogelijke belangen om bepaalde relationele banden te erkennen dan wel ontkennen. Een aanvullende reden voor het gebruik van therapeutinformatie was de mogelijkheid om zodoende de relaties van alle patiënten te laten beoordelen door dezelfde groep respondenten, wat de kans op response bias minimaliseert voor vergelijkingen van de waarderingen van de relaties binnen de groep.

De bruikbaarheid van de manier om middels Sociale Netwerkanalyse sociale relaties van patiënten in kaart te brengen, bleek uit de mogelijkheid om bij de patiëntgroepen zowel op groeps- als op individueel niveau relationele verschillen vast te stellen.

Verschillen binnen de patiëntgroepen werden onder andere vastgesteld door variaties in het aantal onderhouden positieve, invloed- en instrumentele relaties door patiënten. In de vergelijking van de twee afdelingen bleek dat de patiënten op de afdeling met de seksueel delinquenten voornamelijk positieve relaties onderhielden, terwijl borderline patiënten meer extremiteit lieten zien in de aard van hun interactie, resulterend in zowel vriendschap als vijandigheid. Extremiteit in relationeel gedrag is congruent met de pathologische eigenschappen van individuen met een borderline persoonlijkheid (American Psychiatric Association, 1994, 2000), zoals aan de ene kant impulsiviteit en zwart-witdenken als aan de andere kant verlatingsangst en gebrek aan zelfvertrouwen, waardoor de uitkomsten in de lijn der verwachting lagen. De overwegend vriendelijke interactie en afwezigheid van vijandigheid bij de groep zedendelinquenten was tekenend voor de conflictvermijdende houding van deze groep patiënten (die voornamelijk bestond uit patiënten met parafilieën zoals pedofilie). Vaak is er bij patiënten met parafilieën sprake van onderliggende angst die verbonden is met ego-zwakke en andere kwetsbare structuren in de psyche (Ross, 2003), die resulteren in dit gedrag.

Op beide afdelingen werden subgroepen van positief interacterende patiënten met homogene eigenschappen onderscheiden, zoals overeenkomstige etnische achtergrond of overeenkomstig institutioneel verleden. De meest opvallende bevinding ten aanzien van de vastgestelde subgroepen betrof de scheiding van de seksueel delinquenten in twee subgroepen, namelijk die met een volwassen slachtoffer of (ook) een niet-seksueel delict, en een groep die seksuele delicten had gepleegd waarbij minderjarige slachtoffers betrokken waren. Deze scheiding bleek eveneens van hiërarchische aard te zijn, waarin de groep van pedofiele daders de laagste posities bezetten en patiënten behorende bij de andere groep de hogere posities. Deze bevinding gaf een verdere onderverdeling aan binnen een groep patiënten die in institutionele omgevingen als totale groep doorgaans de laagste hiërarchische positie bekleedt (Brandt & Thompson, 2003).

Verder bleek er een verschil te zijn tussen de wijze waarop patiënten van de beide afdelingen anderen instrumenteel inzetten. Hoewel de mate van instrumentele inzet min of meer hetzelfde was, bleken borderline patiënten groepsleden voornamelijk instrumenteel in te zetten voor het materiële gewin dat hun dit opleverde, terwijl seksueel delinquenten dit voornamelijk voor relationele doeleinden deden, zoals voor bescherming, status en vermaak.

Naast de inhoudelijk interessante resultaten van de studie ten aanzien van sociale relaties, werd in deze studie de methodologische bevestiging gevonden van de waarde van Sociale Netwerkanalyse voor het vaststellen van relevante verschillen tussen groepen forensische patiënten. In het meewerken van sociotherapeuten aan het onderzoek werd een belangrijke aanvullende waarde voor het therapeutisch proces gevonden. Deze therapeuten gaven aan dat deelname aan het onderzoek een proces van bewustwording had geactiveerd in het beschouwen van de sociale relaties op de afdeling, waardoor zij het gedrag van patiënten meer in de relationele context gingen bezien. De (h)erkenning van de netwerkfiguren van de sociale relaties tussen patiënten op de afdeling door therapeuten zorgde voor een eerste basis van de validatie van de methode. Hiernaast verschaftte deze informatie een gedetailleerder en meer verklarend beeld ten aanzien van relationele omgang tussen patiënten dan wat therapeuten observeren in de dagelijkse praktijk.

Verband tussen sociale omgang en persoonlijkheidsstoornissen

Om te kijken in hoeverre er daadwerkelijk verbanden bestaan tussen de sociale interactie van patiënten en persoonlijkheidsstoornissen is eerst hiernaar onderzoek verricht. In de klinische beschrijving en diagnostische criteria van veel persoonlijkheidsstoornissen nemen inter-persoonlijke eigenschappen een centrale plaats in. De aard van deze eigenschappen varieert tussen de diverse varianten persoonlijkheidsstoornissen. Aan de hand van deze inter-persoonlijke eigenschappen werden voor elke persoonlijkheidsstoornis hypothesen opgesteld over de bijbehorende sociale omgangsvormen. Op vijf patiëntenafdelingen voor persoonlijkheidsstoornissen (N = 59) die waren samengesteld

op basis van homogene delict- of persoonlijkheidskarakteristieken: 1) seksueel delinquenten, 2) narcistische persoonlijkheidsstoornis, 3) middenmisbruikstoornis, 4) pervasieve ontwikkelingsstoornis en 5) borderline persoonlijkheidsstoornis, zijn deze verwachtingen getoetst.

Relationele kenmerken van patiënten op de afdelingen

In de eerste plaats is gekeken naar de relationele eigenschappen van de personen gebaseerd op deze homogene delict- of persoonlijkheidskarakteristieken. Patiënten op de seksueeldelinquentenafdeling bleken voornamelijk positieve en praktisch geen negatieve relaties te onderhouden. De positieve sociale omgang bleek sterk verband te houden met de instrumentele inzet van andere patiënten. Deze uitkomsten bevestigden verwachtingen ten aanzien van de rationele en conflictvermijdende aard van deze populatie, evenals de verwachtingen ten aanzien van oppervlakkige sociale omgang.

Op de afdeling patiënten met een narcistische persoonlijkheidsstoornis werden in tegenstelling tot de verwachting relatief veel positieve en weinig invloedrelaties vastgesteld. Deze bevindingen werden toegeschreven aan de (homogene) samenstelling van deze groep van individuen. De uiting van narcisme wordt veelal gezien als een afweermechanisme met als doel het omgaan met onderliggende gevoelens van minderwaardigheid. In een alledaagse situatie kan dit mechanisme wellicht effectief zijn, maar in een situatie met allemaal individuen met soortgelijke eigenschappen kan dit als provocerend gedrag worden opgevat, en vervolgens afgestraft. Dit kan een reden zijn waarom deze patiënten 'kozen' voor een meer rationele en conflictvermijdende benadering, resulterend in meer positieve en minder invloedrelaties.

Patiënten op de middenmisbruikafdeling onderhielden een gemiddeld aantal positieve en minder dan gemiddeld aantal negatieve relaties. Deze bevinding was indicatief voor het verwachte (goede) sociale vaardigheidsniveau. Hiernaast bleken deze patiënten de relaties met andere patiënten vaker dan gemiddeld in te zetten voor het, voornamelijk materiële, voordeel dat dit opleverde. De instrumentele inzet werd in de meeste gevallen geïnitieerd door patiënten met de meeste invloed, welke niet voortkwam uit angst. Deze bevindingen bleken typerend voor de minder impulsieve en goed doordachte overwegingen van deze patiënten bij hun keus van te beïnvloeden personen. Patiënten met pervasieve ontwikkelingsstoornis bleken beduidend minder sociale contacten te hebben. Voor zover er contact was, was dit veelal van negatieve aard en was er sprake van relatief veel onderlinge invloed. Het kleine aantal hiërarchische relaties op deze afdeling gaf aan dat deze invloed niet bewust werd uitgeoefend, maar meer voortkwam uit storend gedrag van deze patiënten dat het afdelingsklimaat verstoorde. Deze bevindingen waren in overeenstemming met de verwachte lagere contactfrequentie en de afwezigheid van diepgaande relaties voor deze groep patiënten.

Voor patiënten op de borderline afdeling bleek de contactfrequentie hoog en werden er, zoals verwacht, meer (materieel) instrumentele relaties vastgesteld. Omdat de meeste eigenschappen van de borderline persoonlijkheidsstoornis echter gerelateerd zijn aan instabiliteit over de tijd, konden andere relationele

patronen die typerend zijn voor deze groep niet worden vastgesteld in deze studie omdat slechts naar één tijdstipmoment is gekeken.

Het verband tussen sociale relaties en persoonlijkheidsstoornissen

Het tweede deel van deze studie betrof een empirische studie naar het verband tussen sociale relaties van patiënten en de verschillende persoonlijkheidsstoornissen. De volgende diagnoses van persoonlijkheidsstoornissen/-trekken volgens de categorische classificatie van de DSM-IV zijn hierin meegenomen: paranoïde, schizoïde, schizotypisch (cluster A), antisociale, borderline, theatrale, narcistische (cluster B), ontwijkende, afhankelijke en obsessief-compulsieve (cluster C) persoonlijkheidsstoornissen. Verbanden zijn getoetst door middel van 'Exponential Random Graph Modeling' (ERGM), een analysemethode voor het analyseren van netwerkdata.

Voornamelijk voor patiënten met cluster B en C persoonlijkheidsstoornissen zijn verbanden gevonden met de wijze waarin zij met andere patiënten omgingen. Patiënten met antisociale en narcistische persoonlijkheidsstoornissen bleken vijandiger naar andere patiënten te zijn. Individuen met antisociale en afhankelijke persoonlijkheidsstoornis bleken hiernaast andere patiënten meer instrumenteel in te zetten, voornamelijk voor relationele doeleinden.

Patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis beïnvloedden meer andere patiënten, en patiënten met ontwijkende en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornissen bleken minder vatbaar voor invloed van anderen. Het kleine aantal patiënten met bepaalde persoonlijkheidsstoornissen, zoals de schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornissen, beperkte de statistische 'power' om te testen voor eventuele relationele effecten voor deze stoornissen. Ondanks zowel de eerdergenoemde statistische 'power' kwestie en het feit dat DSM-IV-diagnosen te kampen hebben met problemen zoals overmatige comorbiditeit en onvoldoende dekking van de verschillende persoonlijkheidsstoornissen, gaven de in het onderzoek gevonden verbanden toch goed inzicht in de relationele patronen van patiënten met diverse persoonlijkheidsstoornissen. En hiermee in de relationele aard van deze stoornissen.

Metten van het risico-gerelateerd functioneren van forensisch psychiatrische patiënten

Vaststellen van behandelstaat/effect

Omdat de hoofddoelstelling van de tbs-maatregel bestaat uit de beveiliging van de samenleving, is de recidive van patiënten een belangrijke maat geweest in onderzoek naar effecten van de maatregel (bijvoorbeeld Van Emmerik 1981, 1984, 1985, 1989; Leuw, 1995, 1999; Canton, 2004; Wartna, Harbachi & Knaap, 2005; Bregman & Wartna, 2010; Keune & Van Binsbergen, 2010). In dit soort onderzoek is informatie ten aanzien van de soort en ernst van recidive, evenals inzicht in eigenschappen van deze patiën-

ten echter niet direct gerelateerd aan (ontwikkelingen in) het behandelproces. Specifieker inzicht in de effectiviteit van behandeling vraagt om onderzoek naar de mate waarin specifieke therapeutische doelen zijn bereikt, zoals een afname van bepaalde psychiatrische symptomen (zie bijvoorbeeld Greeven & De Ruiter, 2004; Caldwell, McCormick, Umstead & Van Rybroek, 2007). Hiervoor dient echter een 'evidence base' van specifieke interventies en behandelprogramma's te worden opgebouwd door middel van wetenschappelijk onderzoek (de Beurs & Barendregt, 2008). Onderzoek naar behandelinterventies is echter nog niet of nauwelijks voorhanden en de bruikbaarheid hiervan voor inzicht in de effectiviteit van de TBS-maatregel als geheel, is beperkt. De voorspelling van het risico op recidive gedurende het behandelproces leek om deze redenen de beste optie om als uitgangspunt te nemen in het promotieonderzoek. In het kader hiervan is een meetinstrument ontwikkeld gebaseerd op een bestaand risicotaxatie-instrument. De meest gebruikte risicotaxatie-instrumenten bestaan uit risicofactoren waarvan een deel onveranderlijk en een ander deel veranderlijk over de tijd wordt verondersteld. Omdat slechts die factoren in het behandelproces relevant zijn waar gedurende het behandelproces in geïntervenieerd kan worden, zijn alleen de veranderlijk veronderstelde factoren in het onderzoek betrokken.

Meetinstrument en gedragsdomeinen voor het onderzoek

Het meetinstrument dat is ontwikkeld voor het onderzoek is gebaseerd op de klinisch dynamische (dat wil zeggen veranderlijk veronderstelde) factoren van het risicotaxatie-instrument dat is ontwikkeld voor de Nederlandse populatie forensische patiënten, de HKT-30 (Werkgroep risicotaxatie forensische psychiatrie, 2002). Om ervoor te zorgen dat deze factoren zo adequaat mogelijk konden worden vastgesteld, was voor de meeste een schaal ontwikkeld. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het functioneren van patiënten, beoordeeld door zowel de mentor van de patiënt op de afdeling als de behandelcoördinator, bleek aanvaardbaar. De verschillen in het scoren tussen beide groepen professionals werden geïnterpreteerd als elkaar aanvullende observaties van het functioneren van de patiënt in een verschillende context (de sociotherapeuten in de context van de dagelijkse routine op de afdeling en de behandelcoördinator voor slechts een aantal uren buiten de context van de patiëntenafdeling). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor het totaal van de schaalitems bleek bevredigend.

De psychometrische kwaliteiten van de schalen bleken goed. De unidimensionele eigenschappen van de schalen bleken sterk en de betrouwbaarheid van de schalen redelijk tot sterk.

Uit een factoranalyse bleek dat het risico-gerelateerd probleemgedrag kon worden teruggebracht tot 3 factoren, namelijk risico-gerelateerd aan 1) probleembesef, 2) impulscontrole en 3) vaardigheden (zoals ADL, sociaalrelationele en copingvaardigheden). Deze factoren corresponderden met essentiële domeinen (respectievelijk: karakter, temperament en vaardigheden) in de voornaamste behandelbenadering van forensisch psychiatrische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, namelijk de cognitieve gedragstherapie.

Cognitieve gedragstherapie

Volgens de cognitieve gedragsbenadering manifesteren problemen van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen zich in het karakter en het temperament van een individu. Het karakter van een persoon beïnvloedt zijn/haar overtuigingen, kijk op de wereld, de toekomst en de eigen persoon, terwijl het temperament verwijst naar aangeboren, genetische en constitutionele invloeden van persoonlijkheid waarin impulsiviteit en agressie belangrijke elementen zijn. Behandeling van persoonlijkheidsstoornissen vereist aanpassing van karakter en ombuiging van het temperament van de patiënt. Zowel klinische ervaring (Beck, Freeman & Associates, 1990; Davidson, 2008) als onderzoek (Linehan, 1993; Bienenfeld, 2007) stelt dat de aanpassing van het temperament veranderingen in het karakter van een individu mogelijk moet maken. Veel patiënten met persoonlijkheidsstoornissen hebben echter gebrek aan basisvaardigheden (Stanley, Bundy & Beberman, 2001), hetgeen vaak leidt tot stress of zelfs agressief gedrag. Behandeling is daarom in eerste instantie gericht op het aanleren van basale (relationele) vaardigheden en ombuiging van gedereguleerd temperament. Dit heeft als doel te bevorderen dat een patiënt toekomt aan therapeutische verandering gericht op de karakterdynamie van de stoornis.

Sociale interactie gerelateerd aan het probleemgerelateerd functioneren van forensisch psychiatrische patiënten

Vervolgens is het verband tussen sociale interactie van forensisch psychiatrische patiënten en hun risicogedrag onderzocht. Hiervoor is gekeken naar het verband van aan de ene kant de positieve, instrumentele en invloedrelaties en aan de andere kant de risico-gerelateerde gedragsdomeinen probleembesef, impulscontrole en vaardigheden. De onderzoekspopulatie voor deze studie bestond uit patiënten van vijf afdelingen voor patiënten die behandeld werden voor persoonlijkheidsstoornissen (N = 78). De relaties zijn weer in kaart gebracht op basis van Sociale Netwerkanalyse. Alle therapeuten op de afdeling beoordeelden voor elke relatie soort de relaties tussen alle patiëntparen. De informatie omtrent het risico-gerelateerd gedrag van patiënten werd verzameld aan de hand van het hiervoor ontwikkelde meetinstrument. De sociale netwerken van de verschillende soorten relaties werden gerelateerd aan de drie domeinen van risico-gerelateerd gedrag die waren onderscheiden in de factoranalyse, namelijk het probleembesef, impulscontrole en vaardigheden van de patiënten. Dit verband is zowel onderzocht binnen één meting als over de tijd heen (drie metingen met een tijdsinterval van een half jaar ertussen). Het over de tijd naar relaties en gedrag kijken maakte het mogelijk om onderscheid te maken tussen selectie (het vormen en afbreken van relaties op basis van gedragseigenschappen van patiënten) en invloed (aanpassingen in gedrag op grond van gedragseigenschappen van interactiepartners) in de associatie tussen sociale relaties en risico-gerelateerd gedrag. Voor de analyses over de tijd heen zijn 'stochastic actor-oriented models' gebruikt om invloed

van gedrag op relatievorming en selectie van personen voor relationele omgang op basis van gedrag gelijktijdig te kunnen vaststellen.

De resultaten van het onderzoek laten een duidelijk verband zien tussen gedrag en sociale relaties/netwerken van patiënten in een gesloten setting. In het bijzonder de gedragsdomeinen waarin het best therapeutisch valt te intervensiëren, namelijk vaardigheden en impulscontrole, bleken verband te houden met sociale omgang van patiënten. Het cognitieve domein van functioneren, zoals (veranderingen in) probleembesef, vragen naar alle waarschijnlijkheid om meer intensieve en specifiekere gerichte interventies binnen het behandelproces, zoals bijvoorbeeld psychotherapie.

Verreweg de meeste van de vastgestelde effecten betroffen selectie-effecten, waarbij op basis van gedrag wordt gekozen om een relatie aan te gaan. Voor alle drie de gedragsdomeinen probleembesef, impulscontrole en vaardigheden werden effecten vastgesteld, waarvan de meeste en sterkste voor vaardigheden en impulscontrole. Invloedseffecten, waarbij gedragsverandering optrad door de omgang met individuen met bepaald gedrag, werden alleen vastgesteld voor vaardigheden.

Zowel het onderzoek op één tijdstip als het onderzoek over de tijd lieten grote overeenkomst in uitkomsten zien, hetgeen een positieve aanwijzing geeft voor de robuustheid van de conclusies.

Voor de behandelpraktijk kunnen de resultaten als volgt worden vertaald: Van de gedragsdomeinen (probleembesef, impulscontrole en vaardigheden) blijken voornamelijk de vaardigheden en impulscontrole van patiënten van belang in de selectie van individuen voor sociale omgang. Aangezien deze gedragsdomeinen gerelateerd zijn aan het risicogedrag van patiënten zou men, op basis van de resultaten van het onderzoek, kunnen stellen dat het onderhouden van bepaalde soorten relaties er op kan duiden dat het met een patiënt niet goed gaat. Toenemend risicogedrag wordt verwacht in het geval dat patiënten minder vriendelijk en vriendschappelijk met andere patiënten omgaan (risico gerelateerd aan vaardigheden), andere meer instrumenteel inzetten (risico gerelateerd aan impulscontrole), door andere meer instrumenteel worden ingezet (risico gerelateerd aan vaardigheden), meer worden beïnvloed door anderen (risico gerelateerd aan probleembesef en risico gerelateerd aan impulscontrole) en meer invloed door wordt uitgeoefend (risico gerelateerd aan impulscontrole). Wanneer een patiënt positieve relaties onderhoudt met of wordt beïnvloed door patiënten die betere vaardigheden bezitten, dan blijkt dat deze relaties het risicogedrag van de patiënt kunnen beïnvloeden (minder risico-gerelateerde vaardigheden). Wanneer therapeuten die werken op de afdelingen merken dat bepaalde patiënten minder positieve relaties onderhouden met anderen, wellicht vanwege een gebrek aan vaardigheden, kan dit een reden zijn om deze patiënten nauwlettender te volgen. Deze patiënten zouden hiernaast bijvoorbeeld door therapeuten gemotiveerd kunnen worden om contacten te leggen met meer vaardige patiënten (dit kan bijvoorbeeld ook worden gedaan in een vooropgezette en geënceneerde setting). Patiënten die (sociaal) vaardiger zijn, zullen vanwege deze eigenschap

pen wellicht eerder het afwijkende gedrag van de patiënt zien in de context van zijn beperking en dit daardoor eerder tolereren. De patiënt zou door omgang met vaardiger patiënten kunnen leren en hierdoor zijn eigen vaardigheidsniveau verhogen. Dit zou kunnen bijdragen aan mogelijkheden van deze patiënt om toekomstige contacten positiever vorm te geven en meer copingvaardigheden op te bouwen die uiteindelijk kunnen bijdragen aan het terugbrengen van de kans op terugval in delictgedrag.

Therapeuten zouden verder patiënten die meer dan gemiddeld contacten met anderen onderhouden puur voor het materiële en/of het relationele voordeel, nauwlettender moeten volgen. Deze personen houden veelal weinig rekening met de consequenties van dit relationele gedrag voor zowel diegene die instrumenteel wordt ingezet als voor het behandelperspectief van zichzelf. Omdat, zoals uit de resultaten blijkt, voornamelijk vaardiger personen instrumenteel worden ingezet, kunnen therapeuten extra aandacht hebben voor eventuele negatieve invloeden voor deze patiënten waarmee het (tenminste ten aanzien van vaardigheden) relatief goed gaat. De extra vaardigheden stellen deze patiënten echter wellicht in staat om zich beter te verweren tegenover eventuele negatieve invloed door instrumenteel gebruik. Om instrumentele inzet door patiënten terug te brengen zouden therapeuten misschien de consequenties van hun gedrag inzichtelijk kunnen maken.

Wanneer blijkt dat patiënten sterk worden beïnvloed door anderen kan dit ook een indicatie zijn voor therapeuten om deze patiënten nauwlettender te volgen. Beïnvloeding kan een patiënt kwetsbaar maken omdat zijn/haar gedrag sterk afhankelijk is van situationele factoren in plaats van interne controle. Dit maakt een positieve beoordeling van gedrag op een bepaald moment onbetrouwbaar als voorspelling voor de langere termijn (waarin omgevingsfactoren weer kunnen zijn veranderd). Deze ontvankelijkheid voor invloed kan bijvoorbeeld worden veroorzaakt door druk van andere patiënten, maar is hiernaast ook vastgesteld als een effect van verminderde impulscontrole. Deze patiënten geven zich sneller over aan de grillen van andere patiënten. Behandeling van deze patiënten zou zich moeten toelagen op het vergroten van ego-sterkte evenals het vergroten van de mogelijkheden om consequenties van hun gedrag te overzien.

Ook in het geval dat een patiënt veel invloed op andere patiënten uitoefent, kan dit een indicatie zijn dat deze patiënt wellicht nauwlettender in de gaten gehouden moet worden.

Echter, resultaten voornamelijk ten aanzien van invloed vragen om nadere specificatie. Zo kan men zich voorstellen dat niet zozeer de invloed op zichzelf van belang is, maar meer specifiek de aard van deze invloed. Meer vaardige patiënten kunnen bijvoorbeeld andere patiënten beïnvloeden met het oog op het bereiken van een vooropgezette doelstelling. Aan de andere kant kunnen patiënten met impulsief gedrag veel invloed uitoefenen door storend gedrag op de afdeling, wellicht onbewust of onbedoeld. Het lijkt daarom van belang om (beter dan in dit onderzoek is gebeurd) onderscheid te maken tussen vormen van invloed.

De bevindingen dat patiënten met meer probleembesef meer beïnvloed blij-

ken te worden en vaardiger patiënten meer instrumenteel ingezet worden door andere patiënten, zouden kunnen duiden op een toename in relationele kwetsbaarheid bij patiënten waarmee het beter dan gemiddeld gaat ten aanzien van risicogedrag. In de behandelpraktijk zouden deze patiënten beschermd moeten worden tegen potentiële slechte invloeden op het behalen van behandeldoelen en overige stagnatie in de behandelvoortgang.

Resumerend

In het promotieonderzoek is eerste bewijs geleverd voor het bestaan van het verband tussen persoonlijkheidspathologie en interactiepatronen van forensisch psychiatrische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Aangezien bij tbs-gestelden de tbs-maatregel is opgelegd voor delictgedrag dat veroorzaakt wordt door dit soort psychopathologie, was het de verwachting dat dit gedrag samenhangt met de wijze waarop deze personen relationeel gedrag vormgeven. Deze verwachting is door resultaten van het onderzoek bevestigd.

Omdat de in dit onderzoek beschouwde gedragscomponenten (binnen de domeinen probleeminzicht, impuls controle en vaardigheden) samenhangen met het risico op recidive heeft dit onderzoek ook een eerste inzicht verschaft in de mogelijke samenhang tussen interactiepatronen van patiënten en hun kans op terugval in delictgedrag. Met deze kennis en toepassing hebben tbs-klinieken er een nuttig handvat erbij. Het signaleren van probleemgedrag kan veel specifiek en tevens door andere medewerkers dan alleen gedragsdeskundige specialisten worden gedaan. Met deze kennis kan nog beter worden ingeschat of een patiënt nog een gevaar voor de samenleving vormt, omdat zijn gedrag in de relationele context wordt gezien. Bovendien zou het beïnvloeden van dit relationele gedrag als instrument kunnen worden ingezet bij de behandeling van deze patiënten.

Zie voor meer informatie betreffende dit onderzoek:

Horst, R.P. van der (2011). *Network Effects on Treatment Results in a Closed Forensic Psychiatric Setting*. ICS Dissertation Series. Ridderkerk: Ridderprint.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn: DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn*. Text revision. Washington DC.
- Beck, A. T., Freeman, A. & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guildford Press.

- Beurs, E. de & Barendregt M. (2008). *Mogelijkheden voor therapie-effectonderzoek in de tbs-sector: Komen tot een evidence base onder zorgprogramma's*. WODC: Den Haag.
- Bregman, I. M. & Wartna, B. S. J. (2010). Recidive tbs 1974-2006. *Ontwikkelingen in de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden: een tussenverslag*. Den Haag: WODC.
- Canton, W. J. (2004). *Gerapporteerd... en dan? Een onderzoek naar risicotaxatie, behandeling en recidieven bij personen over wie pro justitia is gerapporteerd*. Amsterdam: Faculteit der Geneeskunde (AMC-UvA).
- Carrington P., Scott J. & Wasserman S. (2005). *Models and methods in social network analysis*. New York, Cambridge University Press.
- Caldwell, M. F., McCormick, D. J., Umstead, D. & Van Rybroek, van G. J. (2007). Evidence of treatment progress and therapeutic outcome among adolescence with psychopathic features. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 573-587.
- Clemmer, D. (1940). *The prison community*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Davidson, K. (2008). *Cognitive therapy for personality disorders: A guide for clinicians* (2nd ed.). New York, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Emmerik, J. L. van (1981). *De patiëntenpopulatie van de dr. Henri van der Hoevenkliniek in de periode 1955-1977: achtergronden, afloop van de behandeling en recidive*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Emmerik, J. L. van (1984). *Opvattingen over de maatregel TBR*. Den Haag: Ministerie van Justitie/Staatsuitgeverij.
- Emmerik, J. L. van (1985). *TBR en recidive*. Den Haag: Ministerie van Justitie/Staatsuitgeverij.
- Emmerik, J. L. van (1989). *TBS en recidive, een vervolgstudie naar de recidive van terbeschikkinggestelden van wie de maatregel is beëindigd in de periode 1979-1983*, Arnhem: WODC/Gouda Quint b.v.
- Brandt, S. M. & Thompson, M. (2003). Assessment and Treatment of Incarcerated Sex Offenders. In: Fagan, T. & Ax, R. (eds): *Correctional Mental Health Handbook*. Thousand Oaks, Calif, Sage, 2003
- Greeven P. G. J. & De Ruiter C. (2004). Personality disorders in a Dutch forensic psychiatric sample: changes with treatment. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 14, 280-290.
- Haynie, D. L. (2001). Delinquent peers revisited. Does network structure matter? *American Journal of Sociology*, 106, 1013-1057.
- Haynie, D. L. (2002). Friendship networks and delinquency: the relative nature of peer delinquency. *Journal of Quantitative Criminology*, 18, 99-134.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley: University of California Press.
- Keune, L. H. & Binsbergen, van, M. H. (2010). *Recidive monitoren*. Utrecht: Van der Hoevenstichting.
- Leuw, E. (1995). *Recidive na ontslag uit TBS*. Onderzoek en Beleid, nr. 141. Deventer: WODC/Gouda Quint.

- Leuw, E. (1999). *Recidive na de TBS; patronen, trends en processen en de inschatting van gevaar*. Onderzoek en Beleid, nr. 182. Den Haag: WODC/ Ministerie van Justitie.
- Ross, F. (2003). *Understanding perversion in clinical practice. Structure and strategy in the psyche*. London/New York: Karnac Books.
- Scott, J. (2000). *Social Network Analysis: A handbook* (2nd Ed.). Newbury Park, CA: Sage
- Stanley, B., Bundy, E. M. A. & Beberman, R. B. A. (2001). Skills training as an adjunctive treatment for personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 7, 324-335.
- Sutherland, E. H. & Cressey, D. R. (1974). *Criminology* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Sykes, G. M. & Messenger, S. (1960). The inmate social system. In R. Cloward (ed.), *Theoretical studies in the social organisation of the prison*. New York: Social Sciences Research Council.
- Wartna, B. S. J., Harbachi, S. el & Knaap, L. M., van der (2005). *Buiten behandeling. Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*. Onderzoek en Beleid nr. 230, Meppel: WODC/ Boom Juridische uitgevers.
- Wasserman, S. & Faust, K. (1994). *Social network analysis. Methods and applications*. New York/Cambridge: Cambridge University Press.
- Werkgroep risicotaxatie forensische psychiatrie (2002). *Handleiding HKT-30, versie 2002*. Den Haag: Ministerie van Justitie, DJI.

Artikel

Een systemische blik op een delictvrije toekomst?!

Sociale netwerk analyse toegepast in een forensisch psychiatrisch centrum

‘De moreel handelende persoon is een ‘beladen zelf,’ die altijd is ingesloten in betrekkingen met vlees en bloed aan anderen en die gedeeltelijk door deze betrekkingen wordt gevormd’.

(Keller, 2005, p 47, vertaling S. Kremer, G. Stam en L. Pomp)

Swanny Kremer, Gerbrand Stam & Lydia Pomp

Inleiding

Het aanbieden van een effectieve behandeling, die de kans op herhaling van delicten effectief vermindert, is één van de kerndoelen van een terbeschikkingstellingsmaatregel, kort gezegd een tbs-maatregel (Ministerie van Justitie, 1998). Om te toetsen in hoeverre het recidiverisico is afgenomen zijn forensisch psychiatrische centra verplicht, op klinisch relevante momenten in de behandeling recidiverisico's in te schatten. Dit inschatten vindt plaats met behulp van risicotaxatie-instrumenten (Bartels, Spreen, Schuringa, Teeken, 2008).

De meest gebruikte risicotaxatie-instrumenten zijn gevalideerd voor een gemiddelde tbs-patiënt (Hildebrand, Hesper, Spreen, & Nijman, 2005). In de behandelpraktijk echter, wijkt iedere patiënt in meer of mindere mate af van die gemiddelde tbs-patiënt. Vaak voldoet de patiënt net niet aan de omschrijving van de indicatoren of spelen andere risicofactoren een rol die niet beschreven staan in het instrument. Met risicotaxatie-instrumenten komen behandelaren tot een individuele risicotaxatie: aan de hand van de indicatoren kan worden gecheckt in hoeverre deze risicovol of protectief werken voor de patiënt in kwestie. Maar met alleen het checken van de risico-indicatoren is men er niet: iedere patiënt heeft immers zijn eigen unieke kenmerken en eigenschappen. En iedere patiënt komt uit een uniek systeem en keert weer terug in een systeem. Het ligt dus voor de hand om bij een risicotaxatie naast individuele factoren ook gefocust te zijn op het bijbehorende systeem.

De Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA) is een risicomangementinstrument dat niet alleen het risico taxeert, maar ook handvatten voor risicomangement aanlevert. In tegenstelling tot bestaande risicotaxatie-instrumenten, richt de FSNA de focus op mogelijke protectieve en risicofactoren binnen relaties met anderen (Pomp, Hendriks, Kremer, Spreen, 2007; Pomp

& Bogaerts, 2008). Met behulp van de FSNA analyseert de onderzoeker in samenspraak met de patiënt zijn persoonlijke netwerk met aandacht voor twee soorten relaties, namelijk welke relaties zijn risicovol en welke relaties zijn beschermend voor hem of haar in de toekomst? De rationale van de FSNA is dat delictgedrag niet los kan worden gezien van de sociale omgeving waarin de patiënt functioneert.

Dit artikel is verdeeld in zes paragrafen. We starten met uitleg over de maatregel terbeschikkingstelling en de rol die een risicotaxatie vervult binnen deze maatregel. Vervolgens bespreken we de Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA) en deze lichten we toe aan de hand van een casus. In de daarop volgende paragraaf geven we de systemisch gerichte therapeut handvatten voor de behandeling, en we sluiten af met een conclusie.

Terbeschikkingstelling (tbs) en de rol van risicotaxatie

In Nederland kan iemand door de rechter een terbeschikkingstelling (tbs) opgelegd krijgen indien diegene een delict heeft gepleegd waar vier of meer jaren straf op staat en waarbij hij of zij door een psychiater en een psycholoog als niet volledig, of helemaal niet, toerekeningsvatbaar is bevonden ten tijde van het delict (artikel 37 a, b Wetboek van Strafrecht). Daarnaast is een blijvend risico op herhaling van een delict zonder behandeling een belangrijke overweging voor de beslissing van de rechter. Het doel van tbs is het beschermen van de maatschappij tegen delinquenten met een psychiatrische stoornis, en het bieden van behandeling die de kans op recidive effectief vermindert. Uiteindelijk is het doel van een tbs-behandeling een geleidelijke terugkeer naar de maatschappij. De meeste tbs-patiënten zitten eerst hun straf in de gevangenis uit alvorens hun behandeling in een forensisch psychiatrisch centrum wordt opgestart. De verpleging in de tbs is verplicht, behandeling is echter vrijwillig.

Een tbs-patiënt is afhankelijk van beslissingen van een ander. Niet alleen wordt de patiënt gesepareerd van de maatschappij, de duur van deze separatie staat van tevoren niet vast en ieder jaar of iedere twee jaar wordt bij de rechter getoetst of een verlenging van de maatregel noodzakelijk wordt geacht. Terugkeer van een tbs-patiënt geschiedt alleen als zijn recidiverisico tot een aanvaardbaar niveau is afgenomen. De mate van recidivegevaar van een tbs-patiënt wordt in forensisch psychiatrische centra bepaald met behulp van risicotaxatie-instrumenten. Alle verplichte instrumenten zijn gebaseerd op het gestructureerd klinisch eindoordeel: de taxateurs checken een aantal bekende risico-indicatoren en wegen deze mee in het eindoordeel. Hoewel deze instrumenten wetenschappelijk goed zijn onderzocht, kleven er een aantal beperkingen aan het gebruik van deze risicotaxatie-instrumenten (Handleiding HKT-30, versie 2002).

De eerste beperking is dat verbanden die op groepsniveau gerelateerd zijn aan recidive niet voor een individu hoeven te gelden. Een tweede beperking is, dat een eventuele recidive plaatsvindt na beëindiging van de maatregel. Op

de maatschappelijke processen, zoals onverwachte werkeloosheid, die tussen onvoorwaardelijk ontslag en een eventuele recidive plaatsvinden, hebben behandelaars immers geen zicht, waardoor deze processen een black box vormen. De derde beperking is dat de huidige instrumenten uitgaan van één over het geheel genomen risico-inschatting per persoon. Deze manier van taxeren is te beperkt, omdat de ontwikkeling die de patiënt na onvoorwaardelijk ontslag in de samenleving doormaakt, een dynamisch proces is. Als een patiënt zich in een bepaalde context bevindt, heeft hij of zij een bepaald recidiverisico. Is er verandering van situatie, dan zal er ook een andere inschatting van het recidivegevaar van de patiënt zijn.

De Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA)

De FSNA is een instrument dat eerst de risico's taxeert en de protectieve factoren in kaart brengt en dat vervolgens wordt gebruikt als risicomanagement instrument voor het forensisch maatschappelijk werk. Deze ontwikkeling kwam voort uit het gebrek aan aandacht voor het systeem rondom een patiënt in de bestaande risicotaxatie-instrumenten. Hoewel in de meeste instrumenten het sociale netwerk wel erkend wordt als risico en/of beschermende factor, blijft het bij deze instrumenten beperkt tot een grove inschatting. Vanuit het risicomanagementperspectief is het belangrijk ook te weten uit welke mensen het netwerk precies bestaat, zodat vroegtijdig geïnterveneerd kan worden in en met het netwerk bij probleemsituaties.

De FSNA beoogt de individuele karakteristieken van de individuele sociale situatie in risicotaxaties en risicomanagement mee te nemen. Per individuele casus wordt bekeken welke rol de relaties en sociale situaties ten tijde van het delict, tijdens de behandeling en in de toekomstige netwerk omgeving spelen. De vergelijking tussen het delictnetwerk met het terugkeernetwerk ligt aan de basis van de FSNA-analyse. Het terugkeernetwerk is gedefinieerd als de betekenisvolle personen en hun onderlinge relaties met wie de patiënt ten tijde van de intramurale fase contact onderhoudt en de personen met wie hij of zij in de toekomst buiten de muren van de kliniek naar alle waarschijnlijkheid contact zal houden. De drie fundamentele vragen waar de FSNA zich op richt, gebaseerd op de theorieën van Bem & Funder (1978) zijn: 1) Welke netwerkontwikkelingen in combinatie met de delictcontext, waren specifiek voor deze patiënt? 2) Wat zijn de verwachte netwerkontwikkelingen in het terugkeernetwerk? en 3) Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen deze twee netwerken? Bij het in kaart brengen van de overeenkomsten en verschillen worden de netwerken geanalyseerd op twee soorten relaties, namelijk welke relaties zijn risicovol en welke relaties zijn beschermend?

De FSNA gebruikt een gestructureerde methode om informatie over het netwerk van de individuele patiënt te verzamelen. Daarbij maakt de FSNA-methode gebruik van drie verschillende bronnen: dossieronderzoek, patiënteninterviews en netwerkleden-interviews (Pomp, Hendriks, Kremer, Spreen,

2007). Hieronder wordt per databron een korte toelichting gegeven:

1) Dossierstudie

Met behulp van informatie uit het dossier wordt de voorgeschiedenis van de patiënt beschreven. In het dossier wordt specifiek onderzoek gedaan naar de delictsituatie en de mogelijke invloed die de mensen in de omgeving van de patiënt hadden op het delictgedrag van de patiënt. Ook wordt gelet op hoe de patiënt zich tijdens zijn of haar behandeling opstelt in het contact met de medepatiënten en behandelaars in de kliniek en zijn netwerkleden. Ten slotte wordt er in het dossier algemene informatie verzameld over de kenmerken van de netwerkleden van patiënt, zoals werk, hobby's of risicovolle kenmerken zoals een criminele achtergrond of drugsgebruik.

2) Het patiënten interview

Aan de hand van een gestructureerde FSNA-vragenlijst wordt van de patiënt informatie verkregen over het netwerk ten tijde van het delict en het terugkeernetwerk. Per periode wordt systematisch in kaart gebracht met welke personen in welke context de patiënt contacten onderhield en eventueel nog steeds onderhoudt.

3) Het netwerkleden interview

Aan de patiënt wordt toestemming gevraagd om zijn netwerkleden te benaderen voor een netwerkonderzoek. Een belangrijk aspect hierbij is dat de netwerkonderzoeker bepaalt welke mensen er worden bezocht. Het gaat erom dat juist die mensen geselecteerd worden, die in staat zijn de meest essentiële informatie te verstrekken over de patiënt. Idealiter wordt vanuit ieder domein waarin de patiënt zich begeeft een netwerklid gesproken, bijvoorbeeld een familielid, een vriend, een collega, iemand van de sportclub etc. Het interviewen van zowel mensen die dicht bij de patiënt staan als verderaf is noodzakelijk voor het verkrijgen van een zo compleet en betrouwbaar mogelijk beeld van de patiënt. Aan de netwerkleden worden algemene vragen gesteld over de inhoud van hun relatie met de patiënt. Er wordt bijvoorbeeld gevraagd of zij voorafgaand aan, of na het delict, dus met terugwerkende kracht, delictsignalen detecteerden bij de patiënt.

Daarnaast bevat het FSNA-interview voor sociale netwerkleden een aantal gestructureerde vragen afkomstig uit het bestaande risicotaxatie-instrument de Historisch Klinische Toekomst-Revisie (de HKT-R, een revisie van de HKT-30). In de FSNA gaat het om de klinische (K), en toekomst (T) items (Handleiding HKT-30, versie 2002). De FSNA-methode gebruikt de klinische items van de HKT-R om te voorspellen in hoeverre de patiënt mogelijk in risicovolle situaties terechtkomt tijdens verlofsituaties en na beëindiging van de tbs. Bijvoorbeeld met betrekking tot het item 'attitude ten opzichte van de behandeling' wordt aan de netwerkleden gevraagd in hoeverre de patiënt zich voornamelijk positief of negatief over de behandeling heeft uitgelaten in het afgelopen jaar. Een ander voorbeeld is dat het netwerklid wordt gevraagd in hoeverre hij of zij erop vertrouwt dat de patiënt bepaalde vaardigheden beheerst: Heeft het netwerklid er bijvoorbeeld vertrouwen in dat de patiënt na vrijlating geen alcohol of drugs zal gebruiken?

Zoals eerder beschreven is het betrekken van netwerkleden een noodzakelijk en verplicht onderdeel van de FSNA. Dit heeft zowel een ondersteunende als controlerende functie. Door netwerkleden bijvoorbeeld te vragen in hoeverre zij de patiënt emotioneel, sociaal en financieel willen en kunnen ondersteunen, komt er beter zicht op het sociale vangnet van de patiënt. Door de gestructureerde FSNA-vragenlijst, worden netwerkleden aangemoedigd expliciet te reflecteren over hun rol in het leven van de patiënt en de mate waarin zij de patiënt kunnen ondersteunen in een delictvrije toekomst (Hoeben, Spreen, Van den Berg, & Bogaerts, 2011).

De controlerende functie van het netwerk is van belang voor de behandeling. Netwerkleden kunnen de informatie die gegeven is in het interview met de patiënt verifiëren of specificeren. Het FSNA netwerkleden interview gaat in op de visie van netwerkleden op het risicovolle en/of protectieve gedrag van de patiënt. Hierdoor wordt niet alleen de mening van de deskundigen in de kliniek meegenomen, maar ook de visie van het netwerk. Netwerkleden ontmoeten de patiënt in sociale situaties en omstandigheden waar de kliniek niet bij aanwezig is. Daardoor kunnen ze beter beoordelen of de patiënt de geleerde vaardigheden ook in praktijk weet te brengen buiten de gecontroleerde setting van het forensisch psychiatrisch centrum. Een patiënt kan bijvoorbeeld aan zijn netwerkleden vertellen dat hij het nut van verdere behandeling niet inziet en wordt hier door zijn netwerk in gesteund, terwijl hij in de kliniek juist bekend staat als een coöperatieve patiënt. Hij kan volgens de cognitieve dissonantie theorie (Festinger, 1957; Vroom & Deci, 1992) zeggen dat hij behandeling niet ziet zitten om kritiek binnen zijn netwerk te voorkomen maar hij kan ook zijn kerncognitie hebben vastgehouden en durft die in zijn vertrouwde netwerk wel te uiten.

Wanneer sociale netwerkleden een risico vormen voor herstel van de patiënt, dan wordt dit met behulp van de FSNA blootgelegd en kan individueel risicomangement worden opgesteld. Daarbij is het ook van belang te weten welke netwerkleden juist gezien kunnen worden als protectief. Vooral deze contacten zouden kunnen worden geactiveerd, zodat zij de tbs-patiënt ondersteuning geven bij de behandeling, rehabilitatie of resocialisatie, en daarna.

FSNA casus

In deze paragraaf illustreren we de FSNA methode aan de hand van een case-studie. In de casus noemen we betrokkene Marcel. Om de anonimiteit te waarborgen van de patiënt, zijn enkele feitelijkheden aangepast, die verder geen afbreuk doen aan de analyse. Marcel heeft de maatregel terbeschikkingstelling opgelegd gekregen, omdat hij meerdere vrouwen heeft verkracht. Hij is gediagnosticeerd met een Persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven.

FSNA deel 1: delictnetwerk

In het eerste gedeelte van de FSNA ligt de focus op het delictnetwerk.

Gekeken wordt naar welke netwerkontwikkelingen in combinatie met de delictcontext, specifiek waren voor deze patiënt. Hierbij wordt gekeken naar meerdere perioden.

Periode 1: de periode voor de gepleegde delicten.

- Informatie gebaseerd op de perceptie van Marcel: Marcel was 40 jaar oud en woonde samen met zijn 37-jarige vriendin en haar 15-jarige dochter. Hij werkte als technicus en hield van zijn werk. Met zijn vriendin had hij een stressvolle relatie. Ook ondervond hij spanningen in de relatie met zijn ouders en broers, omdat die zijn vriendin niet mochten en daarom niet accepteerden in de familie. Marcel voelde zich eenzaam en ongelukkig. Ondanks de onbevredigende relatie met zijn vriendin, kon hij wel goed opschieten met haar dochter. Hij praatte met haar over zijn persoonlijke problemen. De relatie werd steeds intenser en na een tijdje ontstond een seksuele relatie tussen Marcel en deze dochter. Hij voelde zich niet langer eenzaam.
- Aanvullende informatie gebaseerd op de perceptie van de netwerkleden: De FSNA interviewer heeft zowel met de moeder van Marcel als met zijn broers gesproken. Zij gaven aan dat zij de partnerkeuze van Marcel toentertijd niet ondersteunden. Zij vonden zijn vriendin asociaal in haar gedrag.
- Aanvullende informatie gebaseerd op de perceptie van het behandelteam: Het seksuele contact tussen Marcel en het meisje was strafbaar, omdat zij minderjarig was. Tijdens de seksuele contacten met het meisje, kleindeerde Marcel haar door zowel psychisch als lichamelijk geweld te gebruiken. Het meisje had een gespannen relatie met haar moeder. Ze had haar moeder niet op de hoogte gesteld van haar seksuele relatie. Dit gaf Marcel de vrijheid om de in zijn ogen bevredigende relatie voort te zetten. Het meisje zag in hem een manier om bij haar moeder vandaan te komen.

Periode 2: de periode net voor de gepleegde delicten.

- Informatie gebaseerd op de perceptie van Marcel: Het meisje kreeg onverwachts voor Marcel verkering met een jongen. In een kort tijdbestek besloot het meisje om bij haar nieuwe vriend in te trekken. Marcel had het gevoel, dat het meisje wel weer naar hem terug wilde, maar daarin werd tegengehouden door haar nieuwe vriend.
- Aanvullende informatie gebaseerd op de perceptie van de netwerkleden: De familie was niet op de hoogte van de relatie tussen Marcel en het meisje. Zij wisten dan ook niet wat voor impact het had dat het meisje uit zijn leven verdween.
- Aanvullende informatie gebaseerd op de perceptie van het behandelteam: Het meisje deed wat ze al langere tijd wilde: ze ging weg bij haar moeder. Toen ze verkering kreeg met de jongen vroeg ze hem om zo snel mogelijk te gaan samenwonen.

Periode 3: de periode waarin de gepleegde delicten plaatsvonden.

- Informatie gebaseerd op de perceptie van Marcel: Marcel ging, omdat hij zich eenzaam voelde, vaak een stukje autorijden. Tijdens de toertochtes kwam hij meerdere malen vrouwen tegen, die hem aan het meisje deden denken. De slachtoffers hadden duidelijke uiterlijke overeenkomsten met het meisje. Enkele malen was zijn drang zo groot om in contact te komen met zo'n vrouw, dat hij de vrouw met geweld meenam. Bij de gesprekken die Marcel na de aldus gepleegde delicten voerde met behandelaars, vertelde hij dat hij met deze vrouwen wilde praten om weer hetzelfde gevoel te krijgen, dat hij voelde in aanwezigheid van het meisje. Nadat hij een gesprek had gevoerd met de slachtoffers, verkrachtte hij ze.
- Aanvullende informatie gebaseerd op de perceptie van de netwerkleden: Toen de familie hoorde dat Marcel was gearresteerd voor de delicten, schrokken zij enorm. Dit hadden zij nooit van hem verwacht.
- Aanvullende informatie gebaseerd op de perceptie van het behandelteam: Marcel was enorm gewelddadig naar zijn slachtoffers toe.

Concluderend kan gesteld worden dat de volgende actoren een plaats hadden in het netwerk van Marcel in de aanloop en ten tijde van het delict: zijn familie, zijn vriendin, de dochter van de vriendin en de slachtoffers. Het valt op dat er geen relatie is tussen de familie van Marcel en zijn vriendin en haar dochter. Door het toetreden van de vriendin in het netwerk, haakte zijn familie deels af. De relatie van Marcel met zowel het meisje als met zijn vriendin stond ten tijde van de periode voor de delicten onder spanning. Marcel had behoefte zijn partner te domineren en dit te uiten in het gebruik van lichamelijke en psychisch geweld tijdens seksueel contact. Belangrijk is hier, dat Marcel de relatie met het meisje als positief zag. Met het wegvallen van het meisje, verdween zijn enige positieve relatie uit zijn netwerk. Hij gebruikte vervolgens zijn slachtoffers om zonder relatieopbouw in zijn acute behoefte te voorzien, door eerst met hen te praten en ze vervolgens onder dwang en met geweld te verkrachten. Hierdoor kon Marcel zich tijdelijk weer goed voelen en was zijn eenzaamheid korte tijd verdwenen.

FSNA deel 2: behandelnetwerk en terugkeernetwerk

Het tweede gedeelte van de FSNA-methode richt zich op het behandelnetwerk en het terugkeernetwerk. In deze fase wordt gekeken naar de te verwachten netwerkontwikkelingen in de huidige situatie en de nabije toekomst en naar de overeenkomsten van en verschillen tussen deze twee netwerken.

- Informatie gebaseerd op de perceptie van Marcel: Marcel is in de kliniek een patiënt die gemotiveerd is en deelneemt aan de therapieën die hem aangeboden worden. Daarnaast werkt hij vijf dagen per week op de afdeling in de kliniek. Hij vindt zelf dat hij geen risico meer vormt voor de samenleving. Hij is in staat om een delictvrij leven vorm te geven. Tijdens het FSNA-interview noemt Marcel meerdere belangrijke contacten. Hij heeft contact met zijn familie en zij komen regelmatig op

bezoek. Het contact dat Marcel nu onderhoudt met zijn familie is in de kliniek sterk verbeterd vergeleken met de periode ten tijde van het delict. Daarnaast heeft Marcel vanuit zijn gezichtspunt een goede relatie met een specifieke behandelaarster, zo vertelt hij in het FSNA-interview. Marcel vindt dit contact erg belangrijk omdat hij goed met haar kan praten. Hij ziet haar ook als een toekomstig contact, mocht hij weer een leven opbouwen buiten de muren van de tbs-kliniek. Later blijkt dat deze behandelaarster uiterlijke overeenkomsten heeft met 'het meisje' en de latere slachtoffers. De behandelaarster zelf was zich op dat moment niet bewust van Marcells ideeën over hun relatie en het parallelle proces.

Als er op een gegeven moment sprake van is dat de behandelaarster uit vrije keuze gaat werken op een andere afdeling neemt hij dat de manager kwalijk. Volgens Marcel wil de behandelaarster zelf helemaal niet overgeplaatst worden. Familieleden geven aan de behandelaarster geen leuke vrouw te vinden. Marcel deelt deze mening niet. In de kliniek beschouwt hij, buiten de behandelaarster, niemand als zijn vriend.

- Aanvullende informatie gebaseerd op de perceptie van de netwerkleden: De familie toont interesse in Marcel en ze zijn belangstellend naar de behandeling. Zij hebben vertrouwen in een delictvrije toekomst. Ze blijven het heel moeilijk vinden dat Marcel ernstige seksuele delicten heeft gepleegd, en begrijpen de oorzaak niet.
- Aanvullende informatie gebaseerd op de perceptie van het behandelteam: Het behandelteam heeft nog grote twijfels: is Marcel in staat om geen delicten meer te plegen? Hij gedraagt zich als een modelpatiënt, maar de delicten zijn zeer ernstig van aard. Zij hopen dat het FSNA-onderzoek meer inzicht geeft in de eventuele delictrisico's van Marcel.

Concluderend zien we veel overeenkomsten tussen de periode van de delicten en het behandelnetwerk. Marcel ondervindt in het heden weer het gemis van een liefdespartner. Hierbij moet wel in ogenschouw worden genomen dat de opsluiting in een tbs-kliniek mogelijkheden tot het vinden van een liefdespartner sterkt beperkt. Belangrijke overeenkomsten zien we echter in de wijze waarop de familie opnieuw een negatieve houding heeft tegenover de vrouw waar Marcel gevoelens voor heeft. Stel dat Marcel een relatie met de behandelaarster krijgt, dan zal dit een mogelijk negatieve uitwerking hebben op het positieve contact, dat hij nu met zijn familie heeft. Daarnaast heeft het gedrag dat Marcel laat zien in de relatie met zijn behandelaarster, gelijkenissen met zijn relaties met vrouwen in het verleden. Kijkende naar de wijze waarop hij het contact vormgeeft met zijn behandelaarster, lijkt Marcel in het heden niet in staat te zijn om een duurzame conflictloze relatie op te bouwen. Op het moment dat hij het gevoel heeft dat de behandelaarster als belangrijk contact wegvalt, zoekt hij net als in de periode ten tijde van het delict de oorzaak van het mogelijk wegvallen van het contact niet bij zichzelf of de ander, maar geeft hij andere mensen, in dit geval de manager, de schuld. Daarnaast is het primaire netwerk van Marcel erg summier. Naast zijn familie en het goede contact, althans vanuit zijn gezichtspunt, met de behandelaarster heeft Marcel geen vrienden.

FSNA deel 3: Het vormgeven van het terugkeernetwerk

Het derde gedeelte van de FSNA-methode richt zich op het in kaart brengen van toekomstige situaties gerelateerd aan eventuele recidiverisico's.

Liefdesrelaties speelden in het leven van Marcel een prominente rol. Het zal dan ook zeer waarschijnlijk zijn, dat hij na onvoorwaardelijk ontslag op zoek gaat naar een vrouw. Met zijn behandelaarster heeft hij voor zichzelf een vervangend contact, mogelijk vergelijkbaar met wat Marcel bij de dochter van zijn ex-vriendin had. Bij het wegvallen van het contact met de behandelaarster, zal dat contact vervangen moeten worden. Dit toekomstige contact zal mogelijk claimend zijn, in de geschiedenis van patiënt liggen immers voor deze aanname voldoende aanwijzingen. Het is dan ook op dit moment onwaarschijnlijk, dat Marcel in staat zal zijn om een duurzame, conflictloze liefdesrelatie op te bouwen. Hij mist daartoe de vaardigheden. Andere restricties zijn het tbs-verleden en de ernst van zijn delicten. Als Marcel over zijn delictgeschiedenis open is naar toekomstige contacten en over meer vaardigheden beschikt, zal hij misschien in staat zijn om een vrouw voor zich te winnen die met deze feiten kan leven. De vraag kan opgeworpen worden in hoeverre een 'goede' vrouw in staat is een relatie aan te gaan met Marcel. In het verleden hebben vrienden nooit een heel belangrijke rol in het leven van Marcel vervuld. Het is te verwachten dat dit ook in de toekomst het geval zal zijn. Om deze reden wordt in de eventuele resocialisatiefase van zijn behandeling Marcel gestimuleerd en begeleid in het uitbreiden van zijn sociale netwerk met vrienden en kennissen die een mogelijke bron van sociale steun kunnen vormen.

Het contact met zijn familie is ten tijde van de detentieperiode en tbs-periode van Marcel verbeterd. Het lijkt waarschijnlijk, dat dit goede contact stand zal houden. Dit contact met de familie zou opnieuw kunnen verslechteren als Marcel een relatie met een vrouw krijgt die wederom niet goedgekeurd wordt door zijn familie. De mogelijkheid moet uiteraard onder ogen worden gezien, dat geen enkele vrouw in de ogen van zijn familie voldoet. Dit kan betekenen, dat het probleemgedrag en de delicten van Marcel door zijn familie altijd aan zondebokken worden geweten en Marcel zelf in hun ogen deels slachtoffer, deels dom en eigenwijs is om met zulke vrouwen iets te beginnen. Als de familie van Marcel de toekomstige vriendin van Marcel zal afwijzen, zal Marcel weer in eenzelfde soort situatie terecht kunnen komen als ten tijde van de relatie met zijn ex-vriendin: een verslechterde relatie met zijn familie en een mogelijk slechte relatie met zijn vriendin. Het gestructureerde leven in de kliniek vormt op dit moment een stabiliserende factor in het leven van Marcel. Waarschijnlijk is dat het terugkeernetwerk deze stabiliserende factor niet kan zijn voor de patiënt. De kans is groot dat Marcel zich opnieuw in eenzelfde soort risicovolle situatie zal gaan bevinden als ten tijde van het delict, mochten er geen verdere interventies plaatsvinden in zijn huidige netwerk.

De systemische hulpverlener aan zet

De systeemgerichte hulpverlener vormt een belangrijke schakel in het oppakken van de uitkomsten van de FSNA door het behandelteam en in de vertaalslag naar interventies. Systeemgerichte werkers dienen allereerst samen met de patiënt te bespreken hoe hij zijn sociale contacten ervaart en waardeert. Denk hierbij aan de waarde van deze relaties voor het welzijn van de tbs-patiënt. Op papier kan een sociaal netwerklid wel risicovol zijn, maar wat als de patiënt bijvoorbeeld juist heel goed kan praten met die criminele vriend? Is het dan niet beter om in plaats van een dergelijk contact te verbieden, het contact juist te monitoren door in gesprek te gaan met de patiënt en het desbetreffend netwerklid? Een ander voorbeeld: Een patiënt ontmoet tijdens zijn verlof een vrouw waar hij verliefd op wordt, en zij op hem. De patiënt is open naar haar over zijn achtergrond, en zij is ook open tegen hem dat ze nog getrouwd is. Ze wil echter niet met haar echtgenoot verder, en wel met hem.

Wat is wijs? Dit contact ontmoedigen, het contact begeleiden? Een behandeling zal oude cognities c.q. overtuigingen moeten losweken en nieuwe cognities daarvoor in de plaats moeten zetten. De patiënt zal moeten worden gesteund in nieuwe overtuigingen die hij of zij zich eigen maakt. Als hulpverlener werken met een patiënt betekent dat de hulpverlener en de patiënt samen kijken naar de mogelijkheden die een patiënt heeft om op een meer prosociale manier betekenis te geven aan de dingen die hij of zij doet en aan de waarde die een patiënt geeft aan zijn of haar eigen bestaan. Daarmee is het werken aan een nieuw sociaal netwerk of het opnieuw inhoud geven aan de relatie met een oud netwerk, een fundamentele bijdrage aan de persoonlijkheidsverandering die een kliniek tot stand wil brengen.

In het geval van patiënt 'Marcel' zijn er verschillende openingen voor systemische interventies. De systeemtherapeut kon bij het gezin van herkomst van Marcel uitgaan van een positieve instelling. Het waarden en normensysteem was intact en leek zelfs wat rigide. De familie was bereid gesprekken aan te gaan en stond open voor hulp. Er is in dit geval voor gekozen om met de familieleden met enige regelmaat gesprekken te voeren over de plaats van de patiënt in hun systeem. Marcel had ten tijde van de delicten een slechte relatie met zijn gezin van herkomst, waardoor hij zich eenzaam voelde. Deze eenzaamheid had een negatieve invloed op Marcel, en eenzaamheid wordt in het heden nog steeds als risicovol gezien.

Allereerst werd de gezinscultuur besproken. De familie had een gezinscultuur van niets bespreken en alles oplossen en keurig en netjes houden. Langzaam werd duidelijk hoe iedereen over bepaalde zaken zo z'n eigen gedachten had maar daar vooral niet over sprak om een eventueel conflict te vermijden. Behalve een broer had geen van hen het buitengesloten zijn van Marcel gemerkt. Het aanvankelijk willen aankaarten van de positie van Marcel in het gezin door deze broer, werd hem niet in dank afgenomen, waardoor deze broer zelf uit de gratie van het kerngezin dreigde te geraken.

Daarnaast werd gekeken naar hoe precies iedereen meende zijn zaak op orde te moeten hebben. Zo werd op een gegeven moment duidelijk dat de plek van het margarinekuipje in de koelkast nog onwrikbaar vaststond. Na deze gesprekken was het mogelijk mensen te vergeven en meerdere ruzies in de familie bij te leggen. Het margarinekuipje mocht af en toe ook een andere plek hebben en er kon worden gelachen over dit soort familietrekjes. Hierdoor ontstond ruimte binnen het gezin om te praten.

Deze ruimte had in het verleden ertoe kunnen bijdragen dat Marcel zaken die hem emotioneel in moeilijkheden deden belanden, eerder had kunnen bespreken met een van zijn broers. Hij had zich kunnen laten corrigeren door de familie die wel degelijk het beste met hem voor had, maar waar hij toch altijd de indruk van had dat hij er niets aan kwijt kon. Het had hem bovendien opgeleverd dat hij zelf had kunnen nadenken over de waarden en normen die hij hanteerde en er had een ontwikkeling in kunnen zitten waarbij hij deze zich eigen had kunnen maken. Op het moment van de delicten was hij afgesloten van zijn familie waar het om de meest wezenlijke dingen ging. Hij was afgesloten van zijn vriendin omdat de verhouding was verslechterd. Ten leste was er alleen de dochter van zijn vriendin met wie hij een oorbare relatie aanging, waarop hij niet werd gecorrigeerd. Ook zij liet hem in de steek zoals hij dat ervoer. De eenzaamheid kon niet groter.

Conclusie en discussie

Forensisch Psychiatrisch Centrum Dr. S. van Mesdag heeft in een samenwerkingsverband tussen wetenschappers en maatschappelijk werkers, een instrument ontwikkeld dat aandacht heeft voor de sociale context, voor omgevingsfactoren en hun onderliggende werking. Dit instrument heet de Forensische Sociale Netwerk Analyse, ofwel de FSNA. De FSNA brengt het netwerk ten tijde van het delict en het netwerk in het heden in kaart en probeert aan de hand van de bevindingen van deze twee tijdsperiodes uitspraken te doen over het netwerk in de toekomst. De FSNA is een uitgebreide studie en analyse van een sociaal netwerk. Dat is meteen het minpunt aan de FSNA: het is arbeidsintensief. De tijdsinvestering voor een eerste onderzoek bedraagt ongeveer 60 uur. De meerwaarde is echter groot omdat de FSNA een goede analyse geeft en omdat de uitkomsten aanknopingspunten bieden voor belangrijke behandelinterventies op casusniveau. Het is daarom naast de informatie die het oplevert voor het risicomanagement, even zo zeer belangrijk om met de resultaten van de FSNA aan de slag te gaan zodat deze kunnen dienen ter lering en verdere behandeling. Doen we dat niet, dan blijven tal van behandelaspecten onberoerd.

Samenvatting

Forensisch psychiatrische centra zijn verplicht op klinisch relevante momenten in de behandeling recidiverisico's in te schatten. De Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA) is een risicomanagementinstrument dat het risico taxeert, maar ook handvatten voor risicomanagement aanlevert. De FSNA brengt in kaart welke relaties risicovol en beschermend zijn voor een patiënt in de toekomst. De grondgedachte van de FSNA is dat delictgedrag niet los kan worden gezien van de sociale omgeving waarin de patiënt functioneert. De FSNA geeft een goede analyse en de uitkomsten bieden aanknopingspunten voor (systemische) behandelinterventies. Het is daarom van belang de resultaten van de FSNA te gebruiken voor de verdere behandeling.

Literatuur

- Bartels, A., Spreen, M., Schuringa, E. & Teeken, V. (2008). *N=1: nauwkeurige en sensitieve behandelbeoordeling op individueel niveau. Eerste versie van verhandeling over de N=1-methode voor dataverwerking*. Utrecht/ Groningen/Doorwerth: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).
- Bem, D.J. & Funder, D.C. (1978). Predicting more of the people more of the time: Assessing the personality of situations. *Psychological Review*, 85, 485–501.
- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford University Press.
- Hildebrand, M., Hesper, B.L., Spreen, M. & Nijman, H.L.I. (2005). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Hoeben, E., Spreen, M., Berg, M. van den & Bogaerts, S. (2011). Informeel toezicht tijdens de resocialisatie in een tbs-behandeling: Toepassing van FSNA als sociale interventie in de forensische psychiatrie. *PROCES: Tijdschrift voor strafrechtspleging*, 90 (1), 26–41.
- Keller, J. (2005). Autonomy, Relationality, and Feminist Ethics. In V. Held, & D. Copp. *The Ethics of Care* (47) Oxford: Oxford University Press.
- Ministry of Justice (1998). About TBS. Ontleend aan: <http://English.justitie.nl/themes/tbs/about-tbs>
- Pomp, L. & Bogaerts, S. (2008). Sociale netwerkanalyse in het tbs-systeem. *Justitiële verkenningen*, 34 (5), 60–77.
- Pomp, L., Hendriks, G., Kremer, S. & Spreen, M. (2007). Een blik over de muren. *GGZet Wetenschappelijk*, 1(2), 29–53
- Vroom, V.H. & Deci, E.L. (1992). *Management and Motivation*. London, Penguin Press, 2nd edition.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie (2003), Handleiding HKT-30, versie 2002, Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen, Den Haag. Wetboek van Strafrecht (sinds 1881).

Artikel

Welke bijdrage kan EMDR leveren aan de behandeling van eetstoornissen

Eerste resultaten van een exploratief onderzoek naar de behandel-effecten op lichaamsbeleving

Antoniet Pepers en Marte Swart

Samenvatting

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) wordt steeds vaker gebruikt bij de behandeling van verschillende stoornissen, onder andere bij eetstoornissen. Het uitgangspunt is dat er een relatie is tussen onverwerkte herinneringen met daaruit voortkomende negatieve cognities en het ontstaan en/of het in stand houden van de eetstoornis. Negatieve lichaamsbeleving is een belangrijke factor bij het ontstaan en in standhouden van eetstoornissen. Het doel van deze studie is te onderzoeken of EMDR-behandeling een bijdrage kan leveren aan de verbetering van de lichaamsbeleving van patiënten met een eetstoornis.

In deze studie namen 13 vrouwelijke patiënten met een eetstoornis deel. Zij kregen een EMDR behandeling van gemiddeld 5,4 sessies. Voor en na de behandeling vulden zij twee vragenlijsten over lichaamsbeleving in: de Lichaams-attitude vragenlijst en de Body-cathexis schaal. De voor- en name-ting werden vergeleken in een Wilcoxon signed rank test voor gepaarde metingen en de effectsize (d) werd berekend volgens Cumming.

Op de Lichaams-attitude vragenlijst scoorden deelnemers significant lager na de behandeling met EMDR. Op de Body-cathexis schaal waren geen significante verschillen te zien.

De eerste resultaten van deze pilotstudie wijzen erop dat EMDR-behandeling gericht op belastende ervaringen in de voorgeschiedenis van de eetstoornis een positief effect heeft op de lichaamsbeleving. Echter, een gecontroleerd en uitgebreider opgezet onderzoek is vereist.

Introductie

Een eetstoornis is een ernstige aandoening met hoge mortaliteit, vaak chronisch van aard en moeilijk te behandelen. Eetstoornissen worden gekenmerkt door medische complicaties, psychosociale problemen en comorbide psychopathologie. In de DSM-IV-TR wordt onderscheid gemaakt tussen drie ver-

schillende eetstoornissen: Anorexia Nervosa, Boulimia Nervosa en Eetstoornis NAO (waaronder de eetbuistoornis). Daarnaast bestaan er tussenvormen die qua verschijningsvorm en in de tijd geleidelijk in elkaar over kunnen gaan (Fairburn 2003). De eetstoornissen hebben als gemeenschappelijke factor de overwaardering van controle over eten, gewicht en uiterlijk (Fairburn 2008).

De prevalentie van anorexia nervosa is 0,3% en van boulimia nervosa 1% en komt voornamelijk bij vrouwen voor. De eetbuistoornis, met een prevalentie van naar schatting 1% komt ongeveer even vaak bij mannen als bij vrouwen voor (Vandereycken & Noordenbos, 2008). Van de patiënten met anorexia overlijdt 15% aan de gevolgen van de aandoening: twee derde door ondervoeding en een derde door suïcide (Eindrapport Stichting Eetstoornissen Nederland 1998). Hoewel de incidentie over de laatste jaren gelijk bleef, is er sprake van een toename bij jonge vrouwen tussen de 15 en 19 jaar in westerse landen (Smink e.a. 2012).

Risicofactoren en instandhoudende factoren van de eetstoornis die in de literatuur worden genoemd zijn negatieve lichaamsbeleving, extreem lijngedrag, angst om dik te worden en negatieve stemming (Stice 2002; Wilson, Fairburn & Agras 1997).

De meeste eetstoornispatiënten kampen met een negatief zelfbeeld (Fairburn e.a. 1999). Het hebben van een negatief zelfbeeld is een veel voorkomende en stoornis overstijgende klacht. Uit onderzoek blijkt dat bij mensen met een eetstoornis een negatief zelfbeeld gepaard gaat met ontevredenheid over het eigen lichaam en de neiging om bijvoorbeeld extreem te gaan lijnen (Ferreira e.a. 2013).

Ook negatieve stressvolle ervaringen voorafgaand aan een eetstoornis zijn niet specifiek voor het ontwikkelen van een eetstoornis (Jacobi e.a. 2004 in Beer 2011). Wel specifiek voor patiënten met een eetstoornis lijken de negatieve cognities over het lichaam die uit de nare ervaringen (zoals pesten en emotionele verwaarlozing) voortkomen. Deze negatieve cognities zijn vaak affectief en sensorisch geladen (i.e. hot cognition). Patiënten met een eetstoornis hebben vaak last van deze hot cognitions (Daansen & de Jong 2009).

Daarnaast blijkt zowel uit de klinische praktijk als uit de literatuur dat in de voorgeschiedenis van eetstoornissen regelmatig trauma's voorkomen. In de literatuur worden percentages variërend van 20-40% van de gevallen genoemd (Vandereycken & Noordenbos 2008).

Ondanks de ernst van de eetstoornisproblematiek is nog relatief weinig gecontroleerd onderzoek gedaan naar behandelmogelijkheden. Volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen (2006) is cognitieve gedragstherapie de eerste keuze voor behandeling. De resultaten van deze benadering zijn met name gevonden bij een vorm van individuele cognitieve gedragstherapie (CBT-E) (Fairburn 1999 en 2009). In de cognitieve gedragstherapie wordt veelal gewerkt op het bewuste denkniveau van de patiënt.

Een aantal interventies om een negatief lichaamsbeeld te verbeteren zijn onderzocht maar de meeste interventies hadden niet veel effect, zoals psycho-educatie (Stice & Shaw 2004). Een verklaring voor het geringe effect van psycho-educatie is dat men er van uitgaat dat cognities over het lichaam bewust zijn en daarmee beïnvloedbaar. Het blijkt echter dat cognities over het uiterlijk voornamelijk onbewust en automatisch zijn (Watts e.a. 2008). Bij de behandelmethode Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), oorspronkelijk ontwikkeld voor de behandeling van trauma gerelateerde klachten (Shapiro, 1989 en 1995), ligt de focus op de, vaak onbewuste, hot cognitions met bijbehorende emotionele pijn en is het lichamelijk ervaren onderdeel van de behandeling. Daarom zou de EMDR-methodiek goed kunnen aansluiten op de problematiek van patiënten met een eetstoornis.

EMDR is een geprotocolleerde, evidence based behandelprocedure gericht op het desensitiseren van herinneringen aan beschadigende gebeurtenissen die aanleiding geven tot een psychische klacht of aandoening (de Jongh & ten Broeke 2003). Tijdens de behandeling met EMDR worden herinneringen aan belastende ervaringen opgehaald en wordt tegelijkertijd een afleidende taak aangeboden (links-rechts oogbewegingen, klikjes of handtikjes). We zien dan dat de affectieve lading van een negatief herinneringsbeeld (geheugenrepresentatie) afneemt, waarna realistischere denkbeelden over zichzelf aan geloofwaardigheid winnen.

Een theorie die op dit moment de meeste empirische ondersteuning heeft over de werking van EMDR is de werkgeheugentheorie (van den Hout 2012). Het uitgangspunt is dat het kortetermijn- of werkgeheugen verschillende taken tegelijkertijd kan uitvoeren, echter met een beperkte aandachtscapaciteit. Het gevolg daarvan is dat door het uitvoeren van de ene taak (zoals oogbewegingen) de prestaties op een andere taak (zoals het in gedachten ophalen van herinneringsbeelden) wordt onderbroken. Er vindt desensitisatie van de herinneringsbeelden plaats en hierdoor verliezen deze steeds meer de emotionele component als ze naar het langetermijngeheugen worden weggeschreven (Engelhard, van den Hout, Janssen, van der Beek 2010; Günter & Bodner 2008; Maxfield 2008).

Uit diverse meta-analyses blijkt dat EMDR een effectieve behandeling is voor acute en chronische PTSS, waarbij een eenmalig trauma in gemiddeld drie zittingen zodanig kan worden verwerkt dat patiënten niet meer aan de criteria van een PTSS voldoen (Bisson e.a. 2007; Seidler & Wagner 2006). Inmiddels is er ook wetenschappelijke ondersteuning voor het inzetten van EMDR bij fobische klachten (de Jongh e.a. 2002) en chronische pijn (de Roos e.a. 2010). Daarnaast wordt EMDR sinds enige tijd ingezet bij zelfbeeldproblematiek en disfunctionele kernopvattingen (Beck & Freeman 1990), als de klachten van daaruit het beste begrepen kunnen worden (ten Broeke e.a. 2008).

Er is naar wij weten slechts één gecontroleerde studie verricht naar de effecten van EMDR bij de populatie van mensen met een eetstoornis (Bloomgarden e.a. 2008). Daarnaast is er op EMDR-congressen casusmateriaal gepresenteerd en enkele gevalstudies zijn gepubliceerd (Plassmann 2005; Hornsveld 2005, Hase 2011, Casusboek EMDR, red. Hornsveld & Berendsen 2009). In het onderzoek van Bloomgarden en collega's (2008) werden de effecten van een standaardbehandeling in een residentiële setting vergeleken met de standaardbehandeling aangevuld met EMDR. De aanvullende EMDR-behandeling bij de experimentele groep bestond uit gemiddeld vier sessies EMDR waarbij het verbeteren van het negatieve lichaamsbeeld behandeldoel was. De groep met EMDR-behandeling had, in vergelijking met de standaardbehandeling-groep, minder last van de behandelde negatieve lichaamservaringen. Ook bij follow-up hield deze verbetering stand maar dit effect generaliseerde niet naar algemene lichaamsbelevingsmaten en klinische uitkomsten (zoals depressie).

Duidelijk is dat een negatieve lichaamsbeleving zowel een belangrijke in-standhoudende als moeilijk te beïnvloeden factor is. Doel van deze pilotstudie is te onderzoeken of EMDR-behandeling een bijdrage kan leveren aan de verbetering van de lichaamsbeleving van patiënten met een eetstoornis.

Methode

Deelnemers en procedure

Alle patiënten die geïndiceerd werden voor een behandeling met EMDR bij de afdeling Eetstoornissen en Obesitas van PsyQ Groningen werd gevraagd of ze mee wilden doen aan dit onderzoek in de periode november 2011 tot juli 2013. Zij kregen EMDR als onderdeel van de behandeling aangeboden en hadden nog niet eerder een EMDR-behandeling ondergaan. Dit is een single arm design dus zonder controle- of wachtlijstgroep. Inclusiecriteria waren leeftijd > 16 jaar, gediagnosticeerd met een eetstoornis volgens de DSM IV-TR en een BMI $\geq 17,5$ in verband met de kans op verminderd cognitief functioneren bij een laag BMI. Er was geen empirische reden om te veronderstellen dat er een BMI-bovengrens gehanteerd moest worden. Voorts moest er sprake zijn van een belastende voorgeschiedenis en golden de gebruikelijke exclusiecriteria voor EMDR.

De mensen die behandeling kregen werd informatie over het onderzoek gegeven en gevraagd of ze hieraan mee wilden werken. Alle deelnemers hebben toestemming gegeven voor dit onderzoek. Het onderzoek bestond uit het invullen van twee vragenlijsten op de dag van de eerste sessie bij de EMDR-therapeut en na de laatste sessie van de EMDR-behandeling. Bij de eerste drie deelnemers is maar één vragenlijst afgenomen voor en na behandeling omdat later besloten werd nog een vragenlijst toe te voegen. De EMDR werd aangeboden door een ervaren EMDR-practitioner, tevens behandelaar, onderzoeker en eerste auteur van dit artikel.

In de onderzoeksperiode werden 14 mensen geïndiceerd voor EMDR-behandeling en gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Een patiënt wilde de EMDR-behandeling op dat moment niet aangaan. In totaal zijn er 13 vrouwelijke patiënten geïnccludeerd met een gemiddelde leeftijd van 27,7 jaar (SD 7,1 range 18-40). Alle deelnemers die gestart zijn met de behandeling hebben deze ook afgemaakt en de voor- en nameting van het onderzoek ingevuld. De verdeling van de eetstoornissen was in deze studie: anorexia nervosa (AN) (n=5), boulimia nervosa (BN) (n=3), eetstoornis niet anders omschreven (ES NAO) (n=5). De gemiddelde Body Mass Index (BMI) van alle proefpersonen was 27,3 (SD 11,1 range 17,7 – 57,4).

Meetinstrumenten

Lichaams-attitude-vragenlijst (LAV; Engelse versie Body Attitude Test) gaat over de subjectieve beleving en houding ten opzichte van het eigen lichaam (Probst e.a.1995). Er zijn 20 items die op een schaal van 0-5 worden gescoord. Hoe hoger de score hoe verstoorder de lichaamsbeleving is.

Subschalen die op basis van factoranalyse worden onderscheiden: negatieve waardering lichaamsomvang, gebrek aan vertrouwdheid met lichaam en algemene ontevredenheid met lichamelijk voorkomen. Er wordt van een zeer problematische lichaamsbeleving gesproken bij een score van 70 of hoger (Probst e.a. 1995).

De vragenlijst is betrouwbaar en valide (Probst e.a. 1995) bij vrouwen en wordt veel gebruikt bij onderzoek. Het Trimbos-instituut beveelt gebruik van de LAV aan om de mate van verstoorde lichaamsbeleving te diagnosticeren en om de voortgang van de behandeling te evalueren.

Body Cathexis Scale (BCS; ontwikkeld door Secord & Jourard, Nederlandse versie Baardman & de Jong, 1984): Lichaamstevredenheidschaal, deel A. Er zijn 40 items die op een schaal van 1-5 worden gescoord. Hoe hoger de score, hoe beter de lichaamsbeleving is. De maximale score is 5 en de gemiddelde score bij Nederlandse vrouwen is 3,6. Er zijn aanwijzingen dat de Nederlandse versie betrouwbaar en valide is (Trimbos-instituut; Basten & Dorhout 2006). Van vragen B en C blijkt geen toegevoegde waarde aangetoond en deze laten we daarom bij de analyse achterwege. In de praktijk wordt deze vragenlijst vaak gebruikt als aanvulling op de LAV omdat het inzicht verschaft in de waardering van specifieke lichaamsdelen (Rekkers 2002).

De EMDR-behandeling

Uitgangspunt bij de behandeling was het protocol voor integratie van EMDR in de behandeling van een eetstoornis zoals beschreven door Beer en Hornsveld in het Praktijkboek EMDR (2008); gebruikte versie 2012. Hierbij wordt EMDR, afhankelijk van de casusconceptualisatie, ingezet op met name belastende herinneringen aan negatieve ervaringen, intrusieve toekomstbeelden, het beschadigd zelfbeeld, de negatieve lichaamsbeleving of eetbui-momenten.

Belastende ervaringen waarvan verondersteld wordt dat ze hebben geleid tot de eetstoornis, worden met EMDR rechtstreeks behandeld. Indien de hypothese is dat de klachten worden aangestuurd door herinneringen die bijdragen aan disfunctionele kernopvattingen, wordt dit zelfbeeld als uitgangspunt van behandeling genomen (ten Broeke e.a. 2008).

Als afleidende stimulus werden onregelmatige links-rechts klikjes gebruikt (zoals ter beschikking gesteld door de Vereniging EMDR Nederland) en aangeboden via een koptelefoon waarbij het geluidsniveau in overleg werd bepaald op: "sterk afleidend maar te verdragen". Onregelmatige klikjes, zoals gebruikt in deze studie, waren ten tijde van het onderzoek state of the art terwijl nu wordt gedacht dat het werkgeheugen door oogbewegingen zwaarder belast wordt en beter werken (van den Hout e.a. 2010).

Het aantal sessies van 90 minuten varieerde per deelnemer (gemiddeld 5,4 sessies, range 3-8), afhankelijk van het aantal behandeldoelen (targets) en de verwerkingssnelheid.

Een casus

A. is een 36-jarige werkende, alleenstaande moeder van een tienerdochter. Sinds haar 18e jaar heeft ze last van overgewicht, eetbuien in samenhang met haar stemming en is ze continue met eten en lijnen bezig. Ze wil een gezonder eetpatroon en weer kunnen genieten. Belastende ervaringen: gepest, vechtscheiding ouders, kleinering door haar vader, intimidatie door haar ex-man en een abortus. Allereerst wordt het eetpatroon gereguleerd middels deelname aan de dieetmanagementgroep. Daarna start ze met een EMDR-behandeling. Op basis van de probleemanalyse wordt besloten de negatieve kerncognitie "ik ben niks waard" als uitgangspunt van de EMDR te nemen. Nare ervaringen die als het ware nog steeds bewijzen dat ze niks waard is, worden geïnventariseerd en geclusterd. Deze worden daarna successievelijk behandeld middels het basisprotocol in meerdere sessies.

Eerst vraagt de therapeut A vanuit het hier en nu aan de nare gebeurtenis terug te denken met de daarbij behorende beelden, gedachten, gevoelens en lichamelijke sensaties. We beginnen met: "ik word in elkaar geslagen door klasgenoten".

Vervolgens gaan we naar het meest nare beeld van die herinnering (target): "de vuistslag", waarbij A de pijn opnieuw ervaart. De negatieve cognitie daarbij is: "ik ben machteloos". Als de beleving sterk genoeg is, start de afleidende taak (onregelmatige klikjes). Na elke set van klikjes volgt een korte pauze waarin A zegt wat er in haar opkomt ("woede") of wat ze merkt (verandering in haar gedachten en lijf: "ik wordt rustiger"). Van tijd tot tijd wordt de spanning die het beeld oproept geëvalueerd. Als de spanning voldoende is gedaald, wordt A gestimuleerd de negatieve gedachte over zichzelf te veranderen in een positieve, helpende gedachte ("ik heb gedaan wat ik kon; ik kan het nu aan"). En daarna wordt getoetst hoe geloofwaardig dat in het hier en nu voelt.

De sessie wordt positief afgesloten door A zichzelf een compliment te laten geven over de geklaarde klus ("ik ben sterker dan ik dacht").

Na 7 sessies hebben de belastende herinneringen hun impact verloren. Er zijn nieuwe inzichten ontstaan en de nare ervaringen hebben een andere betekenis in haar levensgeschiedenis gekregen. De gewenste kerncognitie "ik ben de moeite waard" heeft aan geloofwaardigheid gewonnen. Haar stemming is verbeterd en A toont zich zelfverzekerder. Uit de nameting op de LAV blijkt ook een duidelijke verbetering in de lichaamsbeleving (zie figuur 1, pat. nr. 3).

Analyses

Er is met een Wilcoxon signed rank test voor gepaarde metingen onderzocht of de verschillen tussen de voor- en nameting significant van elkaar verschillen. Daarnaast is er een effectsize berekend voor de voor- en nameting op de manier zoals Cumming dat beschrijft ($d = \text{Mean difference} / \text{average SD (pre \& post)}$) (Cumming, 2012).

Resultaten

Alle deelnemers voelden zich moe maar rustig na behandeling en rapporteerden vermindering van nare gevoelens betreffende de behandelde herinneringen. Acht van de 13 deelnemers hadden geen andere behandeling ten tijde van de EMDR-behandeling, vijf deelnemers volgden ook de dieetmanagementgroep.

Bij 11 van de 13 deelnemers is tot een behandeling vanuit zelfbeeld besloten. De demografische gegevens en scores op de vragenlijsten (gemiddelden en standaarddeviaties) zijn weergegeven in tabel 1.

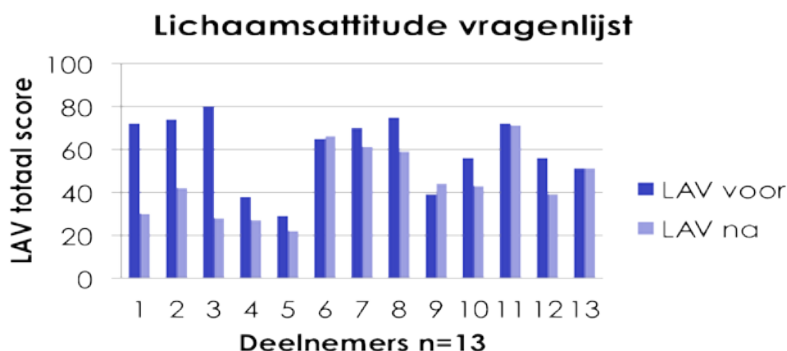
Tabel 1. Scores op de lichaamsattitude vragenlijsten, LAV en BCS van de voor- en nameting

	Gemiddelde (SD) N=13	
	Voor	Na
Lichaamsattitudevragenlijst		
Lichaamsattitude vragenlijst totaalscore	59,8 (16,4)	44,8 (15,9)
Negatieve waardering lichaamsomvang	22,3 (6,3)	16,0 (6,5)
Gebrek aan vertrouwde lichaam	16,2 (8,4)	11,2 (6,1)
Ontevredenheid met lichamelijke voorkomen	14,4 (2,9)	11,2 (4,6)
Body Cathexis Scale		
Body Cathexis Scale subschaal A (n=10)	3,2 (0,4)	3,2 (0,4)

Lichaamsattitude vragenlijst

Op de LAV hadden 12 van de 13 proefpersonen bij aanvang een score die een bovengemiddeld negatieve lichaamsbeleving impliceert (>35). Daarvan hadden zes proefpersonen een score die duidt op meestal ernstige problematiek (>70). Na behandeling met EMDR scoorden de deelnemers significant lager dan voor de behandeling op de totaalscore van de LAV ($Z = -2,71, p = 0,007$). Omdat we bij de eerste drie deelnemers niet beide vragenlijsten afgenomen hadden en we bij de eerste drie deelnemers veel grotere verschillen zagen, wellicht door enthousiasme

van een nieuw onderzoek, hebben we de analyse herhaald zonder de eerste drie deelnemers, ook deze was significant ($Z=-2,13$, $p=0,033$). In figuur één zijn de scores per deelnemer weergegeven.



Figuur 1: Scores per deelnemers op de lichaamsattitude vragenlijst voor en na behandeling met EMDR.

Verschillen tussen de voor- en nameting waren ook significant op de subschalen afzonderlijk [waardering lichaamsomvang ($Z=-2,95$, $p=0,003$), waardering vertrouwdheid lichaam ($Z=-2,00$, $p=0,045$) en confrontatie lichamen voorkomen ($Z=-2,71$, $p=0,007$)].

De effectsize voor en na behandeling op de LAV totaalscore was $d=0,92$. Voor de subschalen was dit waardering lichaamsomvang $d=0,99$; waardering vertrouwdheid lichaam $d=0,67$; en confrontatie lichamen voorkomen $d=0,81$ (zonder eerste drie deelnemers respectievelijk: $d=0,42$; $0,54$; $0,22$; $0,44$).

Body Cathexis Scale

De deelnemers hadden bij aanvang gemiddeld een negatievere lichaamsbeleving (3,2) dan gemiddeld voor vrouwen. Acht deelnemers scoorden lager (negatiever) dan gemiddeld en twee deelnemers scoorden op gemiddeld niveau (3,6) (normen Basten en Dorhout 2006).

Na behandeling met EMDR was geen significant effect te zien op de Body Cathexis schaal subschaal A ($Z=-0,77$, $p=0,44$). De effectsize was $d=0,13$.

Discussie

In deze studie werd onderzocht of EMDR een bijdrage kan leveren aan het verminderen van de negatieve lichaamsbeleving bij patiënten met een eetstoornis. De resultaten geven aan dat een behandeling gericht op negatieve geheugenrepresentaties een positief effect had op de lichaamsbeleving. Dat is veelbelovend omdat uit eerder genoemd onderzoek bleek dat de lichaamsbeleving moeilijk te beïnvloeden is (Stice & Shaw 2004). Temeer daar de effecten bereikt werden binnen een relatief korte behandelduur (gemiddeld 5,4 sessies).

Het positieve resultaat werd met name gezien op de LAV: Er werd een verbetering gevonden in de waardering van lichaamsomvang, een verbeterde vertrouwdheid met het lichaam en een toename in algemene tevredenheid met het lichamelijk voorkomen.

Er was geen significant effect zichtbaar op de BCS. Deelnemers hadden, in vergelijking met de normgroep van vrouwelijke hogeronderwijsstudenten, een lager dan gemiddelde tevredenheid met lichaamsdelen en lichaamsfuncties. Maar dat bleef zo na behandeling. Waarom vinden we dan wel verandering op de LAV en niet op de BCS? Mogelijk doordat de BCS diverse, specifieke en voor eetgestoorde deelnemers vaak wat minder beladen lichaamsdelen en lichaamsfuncties meet dan de LAV, waar een meer globale waardering van het lichaam wordt gemeten. In deze studie had de EMDR-behandeling wel een positieve invloed op de algemene houding ten opzichte van het lichaam terwijl de tevredenheid met specifieke lichaamsdelen niet veranderde.

In onderhavige studie is in 11 van de 13 gevallen het negatief zelfbeeld gekozen als uitgangspunt van de behandeling. In overeenstemming met de literatuur (Vandereyken & Noordenbos 2008) hadden onze deelnemers vaker een meer algeheel nare voorgeschiedenis dan alleen een trauma direct voortgaand aan de ontwikkeling van de eetstoornis. Vroege ervaringen vormden in deze gevallen de basis voor een negatief zelfbeeld en waren een bruikbaar uitgangspunt bij de EMDR-behandeling van de eetstoornis. Er zijn case-studies met gunstig effect van EMDR-behandeling op zelfbeeld gepubliceerd (Sanders & ten Broeke 2011; Hornsveld & Berendsen 2009). Onze studie lijkt de effectiviteit van behandeling van het negatieve zelfbeeld bij eetstoornissen te ondersteunen.

De enige gepubliceerde studie naar het effect van EMDR bij eetstoornissen (Bloomgarden e.a. 2008) had als behandelfocus beangstigende lichaamservaringen. Zij laten zien dat het verwerken van specifieke, traumatische, lichaamsgerelateerde ervaringen helpt de stress daaromtrent te verminderen maar niet een bredere verandering in lichaamsbeleving teweeg brengt. In onze studie echter, was de behandeling niet gericht op belastende herinneringen die gerelateerd zijn aan specifieke lichaamservaringen maar voornamelijk op belastende herinneringen die ten grondslag lagen aan het negatieve zelfbeeld. Zo had bij casus A de angstige herinnering aan een pestervaring in haar kindertijd, bijgedragen aan haar negatieve zelfopvatting: ik ben niks waard. Voor een vervolgstudie is het van belang om te onderzoeken of de verbetering van de lichaamsbeleving vooral tot stand komt via verbetering van het zelfbeeld in plaats van door rechtstreekse beïnvloeding van het lichaamsbeeld.

In de klinische praktijk komt het vaak voor dat patiënten pas in de loop van de behandeling ook een EMDR-behandeling krijgen. Voorheen werd gedacht dat de patiënt stabiel genoeg moest zijn om van de EMDR-behandeling te kunnen profiteren. De belasting van onverwerkte traumata werkt ech-

ter ook destabiliserend. En in de praktijk blijkt dat EMDR ook bij minder stabiliteit positief kan werken. Om inhoudelijke reden lijkt het logisch om in de beginfase van behandeling EMDR aan te bieden. Als belastende ervaringen en negatieve hot cognitions hun ondermijnende kracht verliezen, wordt het profiteren van corrigerende, positieve ervaringen beter mogelijk. Zo kan het effect van verdere behandeling met bijvoorbeeld exposure gefaciliteerd worden. Of het behandelproces van iemand met een eetstoornis wordt verkort door het tijdig invoegen van EMDR is een boeiende vraag.

Beperkingen en aanbevelingen

De resultaten van deze pilotstudie zijn veelbelovend, echter gebaseerd op een kleine groep zonder controlegroep. We kunnen dus niet uitsluiten dat het effect ook door andere factoren zoals aandacht of tijd bewerkstelligd is.

Daarnaast is het van belang te weten of de eetstoornis vermindert na EMDR. In een vervolgonderzoek is het aan te bevelen om de relatie tussen verbetering op lichaams- en zelfbeeld en de eetstoornis nader te bestuderen.

Interessant is ook de vraag wat de effecten zijn als de EMDR-behandeling gericht wordt op de gevreesde gevolgen van het negatieve lichaamsbeeld (zgn. flashforward strategie). Is er dan na EMDR ook een verbetering van de lichaamsbeleving te zien?

De klinische implicaties van deze studie zijn dat EMDR lijkt te helpen de negatieve lichaamsbeleving van patiënten met een eetstoornis te verminderen, waarmee een belangrijke instandhoudende factor aan kracht inboet, waardoor mogelijk meer ruimte komt voor andere behandelmethodes.

Deze studie is innovatief omdat het, voor zover bekend, het eerste praktijkonderzoek in Nederland is naar de toepassing van EMDR bij de behandeling van eetstoornissen. Hoewel de resultaten veelbelovend zijn, is gecontroleerd onderzoek en/of multiple baseline onderzoek vereist om meer zicht te krijgen op de processen bij en effecten van EMDR bij de behandeling van eetstoornissen.

Literatuur

- Baardman, I. & de Jong, J.G. (1984). Het meten van de lichaamswaardering. *Bewegen & Hulpverlening*, 1 (1), 28-41.
- Basten, M.G.J., Dorhout, M. (2006). *De Body-Cathexis Schaal, betrouwbaarheid, validiteit, dimensionaliteit en normering*. Vrije Universiteit, Stageverslag.
- Beck, A.T., Freeman, A., et al. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Beer, R & Hornsveld H. (2008). EMDR in de behandeling van eetstoornissen. In *Praktijkboek EMDR; Casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen*, 201-243.
- Beer, R. & Tobias, K. (2011). Cognitieve gedragstherapie bij jongeren met een eetstoornis. *Eten zonder angst*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Bloomgarden, A., Calogero R.M. (2008). A Randomized Experimental Test of the Efficacy of EMDR Treatment on Negative Body Image in Eating Disorder Patients. *Eating Disorder: The Journal of Treatment and Prevention*, 16-5, 418-427.
- ten Broeke, E., de Jongh, A. & Oppenheim, J. (red.)(2008). *Praktijkboek EMDR: casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen*. Amsterdam: Hartcourt publishers.
- Cumming, G., (2012). *Understanding the new statistics effect sizes, confidence intervals, and meta-analysis*. New York Londen: Routledge. p.291.
- Daansen, P. & de Jong (2009). Voldoet Fairburns Enhanced cognitive behavioral therapy voor eetstoornissen? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 35, 262-278.
- Engelhard, I.M., van den Hout, M.A., Janssen, W.C., van der Beek, J. (2010). Eye movements reduce vividness and emotionality of “flashforwards”. *Behavior Research and Therapy*, 48, 442-447.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behavior research and therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive Behavior therapy and Eating Disorders*, New York/London: The Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., H.A., O’Connor, M.E., Bohn, K., Hawker, D.M. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60 weeks follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166,311-319.
- Fairburn, C.G., Shafran, R. & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioral theory of anorexia nervosa. *Behavior research and therapy*, 37, 1-13.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., Duarte, C. (2013). Self-Compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating Behaviors* 14 , 207-210.
- Günter, R.W. & Bodner, G.E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working memory account. *Behavior Research and Therapy*, 46, 913-931.
- Hase, M., *EMDR & Addiction* (2011). Lezing op netwerkavond Ver. EMDR Nederland.
- Hornsveld, H. (2005). *Cue-exposure and EMDR, a new protocol*. Lezing op congres EMDR Europe, Brussel.
- Hornsveld, H. & Berendsen, S. (red.) (2009). *Casusboek EMDR*, 25 voorbeelden uit de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- van den Hout, M.A., Engelhard, I.M., Rijkeboer, M.M., Koekebakker, J., Hornsveld, H., e.a. (2010). Eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections, *Behavior Research and Therapy*, 30, 1-7.

- van den Hout, M.A. & Engelhard, I.M. (2012). How does EMDR work? *Journal of Experimental Psychopathology*, vol.3 , 724-738.
- de Jongh, A. & ten Broeke, E. (2003). *Handboek EMDR: een geprotocolleerde behandelingsmethode voor de gevolgen van psychotrauma*. Amsterdam: Hartcourt publishers.
- de Jongh, A., Oord, H.J.M. & ten Broeke, E. (2002). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of specific phobia: Four single case studies on dental phobia. *Journal of Clinical Psychology* , 58, 1489- 1503.
- Maxfield, L. (2008). A Working Memory Explanation for the Effects of Eye Movements in EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 247-261.
- Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (2003)
- Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen (2006)
- Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ.
Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO/Trimbos-instituut.
Beschikbaar op: www.ggzrichtlijnen.nl .
- Plassmann, R.,(2005). *Inpatient Psychotherapy with EMDR for patients with Eating Disorders*, lezing op congres EMDR Europe (EMDRRIA) Brussel.
- Probst, M, Vandereycken, W., Van Coppenolle, H. & Vanderlinden, J. (1995). The body attitude test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorders*, 3, 133-144.
- Rekkers, M. & Schoenmaker, E.(red.) (2002). *Gewichtige lichamen, lichaamsbeleving en eetstoornissen*, Leuven: Acco.
- de Roos, C., Veenstra, A.C. , de Jongh, A., den Hollander, M.E., van der Wee, N.J.A., Zitman, F.G., van Rood, Y.R. (2010). Treatment of chronic limb pain using a trauma- focused psychological approach, *Pain Research & Management* ,Vol 15 no 2 , 65-71.
- Sanders, D. & ten Broeke, E (2011). EMDR bij de behandeling van negatief zelfbeeld, *Psychopraktijk*, jrg. 3, nr,3, 19-22.
- Seidler, G.H. & Wagner, F.E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36, 1515-1522.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 51, 323-329.
- Shapiro, F. (1995 en 2001 2nd ed.). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press.
- Smink, F.R., van Hoeken, D., Hoek, H.W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406-414.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.

- Stice, E. & Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 130, 206-227.
- Vandereycken, W. & Noordenbos, G. (Eds). (2008). *Handboek Eetstoornissen*, 2de herziene druk, Utrecht: de Tijdstroom.
- Watts, K., Cranney, J. & Gleitzman, M., (2008). Automatic evaluation of body related images, *Body Image*, 5, 352-364.
- Wilson, G.T., Fairburn, C.G. & Agras, W.S (1997). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *In Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 67-93). New York: Guilford Press.

Artikel

Antipsychotica-geïnduceerde hyperprolactinemie en de invloed op het botmetabolisme

Yvette Roke

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel weet u:

- hoe vaak antipsychotica-geïnduceerde hyperprolactinemie voorkomt bij jongens.
- hoe vaak antipsychotica-geïnduceerde hyperprolactinemie voorkomt zonder duidelijke prolactine gerelateerde symptomen.
- dat jongens met antipsychotica-geïnduceerde hyperprolactinemie seksuele functiestoornissen rapporteren.
- dat de jongens met antipsychotica-geïnduceerde hyperprolactinemie een lagere testosteron spiegel hebben dan de jongeren zonder hyperprolactinemie.
- dat de volumetrische botdichtheid verlaagd is van de jongens met antipsychotica-geïnduceerde hyperprolactinemie ten opzichte van de jongeren met antipsychotica gebruik zonder hyperprolactinemie.

Inleiding

De belangstelling voor, en de toepassing van farmacologische interventies in de kinder- en jeugdpsychiatrie is de laatste jaren aanzienlijk toegenomen, vooral bij psychotische en externaliserende stoornissen⁽¹⁾.

De veiligheid en de effectiviteit van farmacologische interventies op de kinderleeftijd zijn slechts voor een klein aantal psychiatrische stoornissen onderzocht. Off-label voorschrijven (onder de leeftijdsgrenzen en buiten de indicatiegebieden) is in de kinderpsychiatrie eerder regel dan uitzondering⁽²⁾. Door meer voorschrijven van psychofarmaca, zoals antipsychotica in de kinder- en jeugdpsychiatrie treden vaker ongewenste effecten op. Voorbeelden zijn metabole bijwerkingen zoals obesitas, hyperglycaemie, dyslipidemie, neurologische bijwerkingen als bewegingsstoornissen, en endocriene bijwerkingen zoals hyperprolactinemie.

In een nummer van *Psyfar* (2010) gaven wij een literatuuroverzicht van prolactine gerelateerde bijwerkingen van antipsychotica bij kinderen en jongeren⁽³⁾.

De adolescentie is de belangrijkste periode voor de aanleg van de piekbotmassa (= de optimale hoeveelheid bot die tot het 25e levensjaar wordt verkre-

gen). Verstoringen tijdens de aanleg van de piekbotmassa kunnen later meer kans geven op osteoporose⁽⁴⁾.

Een verandering in de energiehuishouding kan tot vermindering van de botdichtheid leiden, maar ook hyperprolactinemie kan daarbij direct en indirect een negatieve rol op de botstofwisseling spelen.

Hyperprolactinemie heeft een direct remmend effect op de botombouw, door de botafbraak meer te stimuleren dan de botaanmaak. Daarnaast zorgt hyperprolactinemie via hypogonadotroop hypogonadisme indirect voor een remmend effect op de botaanmaak. Hypogonadotroop hypogonadisme zorgt er voor dat de geslachtshormonen verminderen hetgeen een remmende werking heeft op de botstofwisseling.

Er is geen prospectief onderzoek bekend waarin het effect van hyperprolactinemie op de botdichtheid is onderzocht.

De definitie van hyperprolactinemie

Volgens de clinicalpracticeguidelines van the Endocrine Society⁽⁵⁾, is hyperprolactinemie een in het serum gemeten te hoge waarde voor de leeftijd en het geslacht van het hormoon prolactine. Voor mannen is sprake van hyperprolactinemie boven de 18ng/mL en voor vrouwen boven de 30 ng/mL. Bij kinderen en jongeren hangt de normaal waarde samen met de leeftijd. (Commentaar redactie: in veel laboratoria wordt de hoeveelheid prolactine in het bloed uitgedrukt in milli-equivalenten per liter of Units per liter. Raadpleeg de referentiewaardes van het eigen laboratorium.)

Hyperprolactinemie: prevalentie en gerelateerde bijwerkingen

Risperidon is het meest gebruikte antipsychoticum in de kinder- en jeugdpsychiatrie en alleen van dit antipsychoticum zijn langetermijnstudies met voldoende aantallen patiënten gedaan naar het voorkomen van hyperprolactinemie. Volgens een meta-analyse in 2009 was de prolactinespiegel blijvend verhoogd bij 62% van de kinderen en jongeren. 83% betrof jongens met een gemiddelde dosering risperidon van 1,6 mg per dag bij een gemiddelde duur van 35 weken behandeling⁽⁶⁾.

Recentere langere termijn studies laten een prevalentie van 50% hyperprolactinemie zien na gemiddeld 3 jaar risperidon gebruik^(7, 8).

Ongunstige effecten ontstaan pas wanneer de hyperprolactinemie een kritische grens overschrijdt die per individu verschilt. Effecten die kunnen optreden bij een hyperprolactinemie zijn oligomenorroe/amenorroe, gynaecomastie, galactorroe, libidoverlaging, erectie- en ejaculatiestoornissen. Amenorroe treedt op bij een prolactinespiegel rond de 60 ng/mL, voor de andere klachten is geen grens bekend.

Tabel 1. Hyperprolactinemie in U/L en ng/mL naar leeftijd en geslacht (Emlinger et al 2002)

Jongens		Prolactine 97.5th percentiel	
Leeftijd (jaren)	N	ng/mL	U/L
0-8	26	>25	>0.53
10	127	>19	>0.40
11	22	>17	>0.35
12	171	>14	>0.29
13	21	>19	>0.40
14	323	>17	>0.37
15	404	>20	>0.42
16	31	>15	>0.32
17	22	>17	>0.35
Meisjes		Prolactine 97.5th percentiel	
Leeftijd (jaren)	N	ng/mL	U/L
0-8	24	>17	>0.35
10	131	>22	>0.46
11	23	>44	>0.94
12	81	>16	>0.33
13	25	>23	>0.48
14			
15	8	>21	>0.44
16	40	>21	>0.44
17	30	>18	>0.38

U/L= units per liter

Ng/mL=nannogram per milliliter

Hyperprolactinemie en de botdichtheid

De gevolgen van een langdurig verhoogde prolactinespiegel door antipsychotica-behandeling zijn onderzocht bij volwassen patiënten met schizofrenie. Er bleek een significante vermindering van de botdichtheid op te treden met een tweemaal zo hoog risico op heup- en bovenbeenfracturen ten opzichte van een controlegroep die geen prolactine verhogende medicatie gebruikte⁽⁹⁾. Het is alleen lastig om onderscheid te maken tussen het potentiële negatieve effect van hyperprolactinemie op de botstofwisseling en de ziektefactoren (leefstijl met meer roken, minder calcium en vitamine D in het dieet, minder bewegen, negatieve symptomen) die ook een rol spelen.

Voor adolescenten geldt dat de puberteit een belangrijke periode is om de piekbotmassa aan te leggen⁽⁴⁾. In eerder cross-sectioneel onderzoek bij jongens (N=98) in de adolescentie is al eens aangetoond dat door antipsychotica-geïnduceerde hyperprolactinemie een verminderde botdichtheid geeft⁽⁷⁾.

Onderzoek

Recent hebben wij onderzoek uitgevoerd binnen de kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling van GGZ Centraal Friesland, bij jongens met een autisme spectrum stoornis (ASS) tussen de 12-18 jaar (gemiddelde leeftijd 15 jaar). De patiënten gebruikten meer dan twee jaar een prolactine verhogend antipsychoticum. De gemiddelde gebruiksduur was 51 maanden en de gemiddelde dosis 1.6 mg per dag haloperidol equivalenten. Prolactine en gerelateerde bijwerkingen werden systematisch onderzocht. Prolactinespiegel, puberteitshormonen en factoren betreffende de botaanmaak (P1NP, BAF) en -afbraak (CTx) werden in het bloed gemeten. Het puberteitsstadium werd vastgesteld volgens de zelfaanwijsmethode van Tanner en het seksuele functioneren werd gemeten met een vragenlijst "seks onder je 25e" van de Rutgers Nisso groep en de ASFQ (antipsychoticsexualfunctioning questionnaire)⁽¹¹⁾. Daarnaast vond er een DEXA meting plaats om de botdichtheid te bepalen. De patiënten (N=56) werden vergeleken met een controlegroep (N=47) jongens met ASS van dezelfde leeftijd zonder antipsychoticum behandeling.

27 van de 56 (48%) jongens had hyperprolactinemie en 1 van de 47 (2%) jongens uit de controlegroep. De prevalentie van antipsychotica-geïnduceerde hyperprolactinemie bij de jongens uit onze studiegroep is iets hoger dan voor volwassen mannen met prolactine verhogend antipsychoticum (40%) en iets lager dan die voor vrouwen (60%). De jongens met antipsychotica-geïnduceerde hyperprolactinemie hadden ook een significant lagere testosteroon spiegel dan de met antipsychotica behandelde jongens zonder hyperprolactinemie⁽⁸⁾.

De testosteronwaarden bleven wel binnen de normaalwaarden voor de leeftijd en het geslacht.

De vraag is of een verlaagd testosteron hoewel binnen de normaalwaarden leidt tot problemen met bijvoorbeeld de puberteitsontwikkeling en/of de seksuele ontwikkeling. In dit onderzoek had hyperprolactinemie geen remmende invloed op de puberteitsontwikkeling. Nadeel is dat we de puberteit gemeten hebben door middel van de zelfaanwijsmethode van Tanner op maar één moment in de tijd en dat de verschillende puberteitsstadia zo'n grove maat zijn dat de power van ons onderzoek te laag was om hier een betrouwbare uitspraak over te kunnen doen.

14% van de jongens met langdurig antipsychotica gebruik had seksuele functiestoornissen waarvan er 4 (8%) een verminderd of geen orgasme konden krijgen, 5 (10%) hadden problemen met ejaculeren (minder of niet), 1 (2%) jongen kon geen erectie meer krijgen en 2 (4%) jongens hadden verminderde interesse in seks. Deze seksuele functiestoornissen waren significant gerelateerd aan een te hoog prolactine. In de controlegroep had niemand last van seksuele functiestoornissen.

48% van de jongens met hyperprolactinemie had geen prolactine gerelateerde klachten. Van de groep jongens in dit onderzoek had 40% van de antipsychotica gebruikers gynaecomastie ten opzichte van 20% van de controle-

groep. De lifetime prevalentie (proportie van mensen in een populatie die ooit gynaecomastie hebben gehad) van het krijgen van gynaecomastie bij gezonde jongens die geen antipsychotica gebruiken ligt rond de 50%, met een hoogtepunt van voorkomen tijdens de puberteit. Het krijgen of hebben van gynaecomastie was significant gerelateerd aan antipsychotica gebruik maar niet aan de hyperprolactinemie. Geen enkele deelnemer had galactorroe.

Ons onderzoek toont aan dat de jongens met antipsychotica-geïnduceerde hyperprolactinemie (N=27) een verminderde volumetrische botdichtheid (onderzocht met DEXA) hadden ten opzichte van de jongens met antipsychotica gebruik zonder hyperprolactinemie (N=29). 7-11% van die jongeren met hyperprolactinemie had een botdichtheid die sterk verlaagd was (2 standaarddeviaties onder de ondergrens). De jongens met hyperprolactinemie hadden ook minder botaanmaak (P1NP)- en afbraakmarkers (CTx) dan de jongens zonder hyperprolactinemie. Dit zou kunnen wijzen op een remmende invloed van hyperprolactinemie op de botopbouw⁽¹²⁾. Longitudinaal onderzoek is nodig om deze bevindingen verder te onderzoeken.

Gebruik van antipsychotica door jongens geeft vaak hyperprolactinemie en uit ons onderzoek blijkt dat behandeling met antipsychotica zeker geen verwaarloosbare gevolgen zou kunnen hebben voor de botopbouw. In de praktijk moet hier volgens ons rekening mee gehouden worden, in ieder geval tot er prospectief goed uitgevoerd onderzoek is dat het tegendeel bewijst.

Praktische aanwijzingen voor screening van hyperprolactinemie en gerelateerde bijwerkingen

Het is van belang om een uitgangssituatie vast te leggen betreffende de puberteit, seksuele functies en regelmaat van de menstruatie. Een lichamelijk onderzoek voor het starten van de behandeling met antipsychotica is ook aan te raden vanwege het frequente voorkomen van gynaecomastie bij jongeren. Een efficiënte, met tact uit te voeren methode is om met de vlakke hand bij beide tepels te voelen of er een klierschijf ter grootte van een 1 euro munt palpabel en/of pijnlijk is. Anamnestic kan nagevraagd worden of de tepels gezwollen en/of pijnlijk zijn. Voor de start met een antipsychoticum wordt de prolactinespiegel bepaald. Standaard wordt de prolactinespiegel bepaald in de ochtend, twee uur na het ontwaken. Dan zijn de spiegels het laagst. Een eenmalig meting is voldoende voor het vaststellen van een hyperprolactinemie⁽⁵⁾.

Als de patiënt op de juiste dosering is ingesteld wordt de spiegel drie maanden later opnieuw bepaald. Na verhoging van de dosering wordt de prolactinespiegel na ongeveer drie maanden opnieuw gecontroleerd. De drie maanden is gekozen omdat in de eerste zes weken na het starten of verhogen van een antipsychoticum vaak een initiële sterke stijging van de prolactinespiegel optreedt, veelal gevolgd door een daling, blijkbaar doordat tolerantie op-

treedt⁽¹³⁾. Als na drie maanden nog een verhoogde prolactinespiegel bestaat, zal deze veelal persisteren.

Controle van de prolactinespiegel is ook geïndiceerd bij prolactine gerelateerde klachten zoals gynaecomastie, galactorroe, seksuele functiestoornissen en verminderde of verdwenen menstruatie als deze mogelijk samenhangen met het antipsychoticagebruik. Controle van de prolactinespiegel moet niet alleen plaatsvinden bij adolescenten zoals geadviseerd door de werkgroep somatische complicaties bij antipsychoticagebruik⁽¹⁴⁾, maar ook bij kinderen en volwassenen. Er zijn naast antipsychotica andere oorzaken voor een hyperprolactinemie en een klinisch handvat is dat sterk verhoogde prolactinespiegels (boven de 100 ng/mL) vaak een andere oorzaak hebben dan de behandeling met antipsychotica. De aanwezigheid van hyperprolactinemie voor de start van het antipsychoticum is een reden voor verder onderzoek. Zolang de effecten van hyperprolactinemie op de groei en ontwikkeling niet duidelijk zijn en zolang we niet weten welke drempelwaarde gevolgen geeft, is het raadzaam bij iedere verhoging als volgt actie te ondernemen.

Behandeling van hyperprolactinemie

Antipsychotica kunnen bij kinderen met een autisme spectrum stoornis soms een uiterst gunstig effect hebben. In de onderstaande adviezen moet altijd meegewogen worden hoe belangrijk het antipsychoticum is in de behandeling van het kind.

1. Bij hyperprolactinemie geïnduceerd door een antipsychoticum is verlagen van de dosering tot de minimaal werkzame dosering vaak voldoende om de prolactinespiegel te normaliseren.
2. Als verlagen niet goed mogelijk is, kan er geswitcht worden naar een antipsychoticum dat de prolactinespiegel niet verhoogt (quetiapine, clozapine, aripiprazole).
3. Een alternatief is additie van een dopamine-agonist zoals bromocriptine of carbergoline aan het antipsychoticum. Enige terughoudendheid is op zijn plaats omdat deze middelen agitatie, psychomotorie ontremming en ook psychotische verschijnselen kunnen veroorzaken. Daarnaast is het effect van deze medicatie op kinderen en jongeren niet onderzocht. In de literatuur staat additie met aripiprazol ook beschreven om de hyperprolactinemie te verminderen. Omdat het nog niet duidelijk is of de hypoprolactinemie (bij 60% van de kinderen) die door aripiprazol ontstaat klinische consequenties heeft, is hiermee ook enige voorzichtigheid aan te raden.
4. Als dosisvermindering of switchen niet mogelijk is en de hyperprolactinemie persisteert, dan is een jaarlijkse meting van de botsterkte middels een DEXA-scan aangewezen. Daarnaast zijn preventieve maatregelen belangrijk om de botsterkte zo optimaal mogelijk te houden. Preventieve maatregelen zijn onder meer voldoende lichaamsbeweging, zonlicht, voldoende vitamine D en andere voedingsadviezen (calcium en vitamine D supplementie).

Het in dit artikel beschreven onderzoek werd mede mogelijk gemaakt door: Het Fonds Wetenschappelijke Onderzoek Sexualiteit, Stichting de Open Ankh en Stichting tot Steun VCVGZ (= Vereniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders)

Literatuur

1. Buitelaar JK, van Daalen, E. Prescriptie van psychofarmaca door kinderen en jeugdpsychiaters in Nederland aan kinderen en adolescenten met psychiatrische stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1999; 41(1): 3 – 13.
2. Verbeek EJ, Helfrich E, Kalverdijk LJ. Off-label gebruik van geneesmiddelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. *Psyfar* 2010; 4: 12-19.
3. Roke Y, Van Harten PN. Prolactinegerelateerde bijwerkingen van antipsychotica bij kinderen en jongeren. Een literatuuroverzicht. *Psyfar* 2010; 1: 54-59.
4. Davies J, Evans B, Gregory J. Bone mass acquisition in healthy children. *Arch Dis Child* 2005; 90 373-8.
5. Melmed S, Casanueva FF, Hoffman AR, et al. Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J ClinEndocrinolMetab*, 2011; 96:273-88.
6. Roke Y, van Harten PN, Boot AM, et al. Antipsychotic medication in children and adolescents: a descriptive review of the effects on prolactin level and associated side effects. *J Child AdolescPsychopharmacol*. 2009; 19(4): 403-14.
7. Calarge C, Zimmerman B, Xie D, et al. A cross-sectional evaluation of the effect of risperidone and selective serotonin reuptake inhibitors on bone mineral density in boys. *J ClinPsychiatry* 2010; 1: 338-347.
8. Roke Y, van Harten PN, Buitelaar JK, et al. Antipsychotic-induced hyperprolactinemia and testosterone levels in boys. *Horm Res Paediatr* 2012; 77: 235-40.
9. Hugenholtz G. *Antipsychotic in daily clinical practice: patterns, choices and consequences*. Universiteit Utrecht. Utrecht, Utrecht 2005.
10. Howard L, Kirkwood G, Leese M. Risk of hip fracture in patients with a history of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 129-34.
11. Knegtering RH, 2003 *Antipsychotic treatment and sexual functioning: role of prolactin*. Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen, 2003; p47-53.
12. Roke Y, van Harten PN, Buitelaar JK, et al. Bone mineral density in male adolescents with autism spectrum disorders and disruptive behavior disorder with or without antipsychotic treatment. *Eur J Endocrinol*. 2012;167(6):855-63.
13. Findling R, Kusumakar V, Daneman D, et al. Prolactin levels during long-term risperidone treatment in children and adolescents. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 1362–1369.
14. Cahn W, Ramlal D, Bruggeman R, et al. Prevention and treatment of somatic complications arising from the use of antipsychotics. *TijdschrPsychiatrie* 2008; 50(9): 579-91.

15. Emlinger M, Kühnel W, Ranke M. Reference ranges for serum concentrations of Lutotropin (LH), Follitropin (FSH), Estradiol (E2), Prolactin, Progesterone, Sex Hormone Binding Globuline (SHBG), Dehydroepiandrosteronesulfate (DHEAS), Cortisol and Ferritin in neonates, children and young adults. *ClinChem Lab Med* 2002; 40: 1151-1160.

Over de auteurs

Dhr. drs. C. Boerhout is als psychomotore therapeut werkzaam bij Lentis Groningen

Dhr. E. van den Brink is psychiater/psychotherapeut en werkzaam bij het Centrum Integrale Psychiatrie van Lentis te Groningen

Mw. dr. J.T. van Busschbach is werkzaam als senior onderzoeker bij het Universitair Medisch Centrum Groningen

Mw. dr. S. Castelein is medisch socioloog en senior onderzoeker, Lentis Research, Lentis Groningen en Rob Giel Onderzoekcentrum, Universitair Medisch Centrum Groningen

Dhr. prof. dr. H.W. Hoek is hoogleraar psychiatrie aan het Universitair Centrum Psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Groningen

Dhr. dr. R.P. van der Horst is wetenschappelijk adviseur/projectleider Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) te Utrecht en heeft gewerkt als onderzoeker bij FPC Dr. S. van Mesdag te Groningen

Dhr. drs. W. Houtjes is hoofdopleider verpleegkundig specialisten opleiding (GGZ-VS, Utrecht)

Dhr. dr. H. Knegering is psychiater, A-opleider en hoofd van Lentis Research bij Lentis Groningen, is tevens senior onderzoeker NeuroImaging Center en Rob Giel Onderzoekcentrum, Universitair Medisch Centrum Groningen

Mw. dr. S.J. de Kort is specialist ouderengeneeskunde in opleiding verbonden aan het LUMC en plaatsvervangend ethicus in de METc van het AMC te Amsterdam

Dhr. F. Koster is psychiatrisch verpleegkundige en werkt als mindfulnessstrainer bij het Centrum Integrale Psychiatrie van Lentis te Groningen.

Mw. drs. S. Kremer is filosoof en PhD student en werkt als onderzoeker bij FPC Dr. S. van Mesdag te Groningen. E-mail: s.kremer@fpcvanmesdag.nl

Dhr. dr. B. van Meijel is verpleegkundige, sociaal wetenschapper en lector ggz-verpleegkunde, Hogeschool Inholland (Cluster Nursing) en Parnassia Groep

Mw. drs. A.E.G.M. van der Moolen is medisch socioloog en werkzaam voor Bureau TREFRA te Groningen

Mw. drs. A.J.M. Pepers is klinisch psycholoog en gedragstherapeut werkzaam bij Lentis, PsyQ Groningen, zorgprogramma Eetstoornissen en Obesitas.

Email: ajm.pepers@groningen.psyq.nl

Mw. drs. L. Pomp is socioloog en PhD student bij Stenden Hogeschool, FPC Dr. S. van Mesdag & INTERVICT, Universiteit van Tilburg.

Email: lydia.pomp@stenden.com

Mw. dr. Y. Roke, psychiater, Emerhese, Fornheselokatie, Amersfoort GGz Centraal

Mw. prof.dr. P. Roodbol, bijzonder hoogleraar Verplegingswetenschappen, Wenckebach Insituut, Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen

Mw.dr. M. Swart is senior onderzoeker en psycholoog werkzaam bij Lentis, Lentis Research, Eetstoornissen & Obesitas en Persoonlijkheidsproblematiek.

Email: m.swart@lentis.nl

Dhr. drs. Gerbrand Stam is psychotherapeut en systeemtherapeut en werkzaam bij FPC Dr. S. van Mesdag te Groningen.

Email: g.stam@fpcvanmesdag.nl

Dhr. dr. D. Wiersma was tot 2011 hoogleraar klinische epidemiologie van psychiatrische stoornissen bij het Rob Giel Onderzoekcentrum, Universitair Medisch Centrum Groningen

Richtlijnen voor aanleveren kopij GGzet Wetenschappelijk

GGzet Wetenschappelijk is een tijdschrift van, voor en door wetenschappelijk geschoolde medewerkers van Lentis, GGZ Friesland en GGZ Drenthe. Het bevat artikelen over uiteenlopende onderwerpen die binnen de instellingen spelen of tot het aandachtsgebied van de medewerkers behoren. Bijvoorbeeld: Literatuuroverzichten, onderzoeksverslagen, theoretische beschouwingen, presentatie van nieuwe behandelingen, casusbeschrijvingen, samenvattingen van proefschriften en referaten. Publicatie in GGzet Wetenschappelijk kan een voorbereiding zijn op publicatie in een 'extern' tijdschrift. Artikelen die al elders werden gepubliceerd worden slechts bij hoge uitzondering in GGzet Wetenschappelijk geplaatst.

Artikelen mogen zo lang of kort zijn als de inhoud vereist, maar 5000 woorden is de richtlijn.

Beoordeling

Uw bijdrage wordt door minimaal twee redactieleden beoordeeld. Dit geeft meestal reden tot aanpassing. Lever bij de tweede versie a.u.b. een brief waarin u aangeeft hoe en waar u het commentaar heeft verwerkt.

Opmaak

- Document aanleveren in Word.
- Gebruik alleen de standaardinstellingen (die zijn al automatisch ingeprogrammeerd).

Enkele algemene aanwijzingen:

- Probeer jargon te vermijden en schrijf in gewone mensen taal
- Woorden niet handmatig of via het tekstverwerkingsprogramma afbreken;
- Niet inspringen;
- Woorden niet in hoofdletters typen, behalve bij geaccepteerde afkortingen;
- Hou de tekst zo 'schoon' mogelijk en geef eventuele aanwijzingen op een printuitdraai.
Bij literatuurverwijzing afsluiten met een alfabetisch overzicht van geraadpleegde literatuur, analoog aan het Tijdschrift voor Psychiatrie:
- Naam auteur, voorletter(s), jaartal, titel publicatie, uitgever + plaats, of naam tijdschrift met jaargang en paginaverwijzing.
- Indien meerdere auteurs, vanaf 2e auteur de voorletters vóór de achternaam.
- De titel van het boek óf de naam van het tijdschrift cursiveren.

Voorbeelden (let ook op de interpunctie):

Bowlby, J. (1969), Attachment and loss. Basic Books, New York.

of:

Dixon, L.B., A.F. Lehman en J. Levine (1995), Conventional antipsychotic medication for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 21, 567-576.

- Verwerk ook in de kopij de literatuurverwijzing door naam auteur en jaartal te noemen.

Kopij met onvolledige literatuurvermelding kan niet worden geaccepteerd

Anonimiteit / aansprakelijkheid

Voorom herkenbaarheid van patiënten! De gevolgen van klachten van mensen die zich in beschrijvingen herkennen, komen uitsluitend ten laste van de auteur en dus niet van de redactie en directies / raden van bestuur van de GGz instellingen die aan GGzet Wetenschappelijk deelnemen.

Verzenden

- U levert uw artikel per e-mail aan.
- Vermeld de volledige voor- en achternaam/namen van de auteur(s), de voorletters, de functie en de werkplek plus, indien gewenst, een adres, telefoonnummer en/of mailadres.
- Voorzie de kopij van een korte en zeer toegankelijke samenvatting ten behoeve van plaatsing op de website van Lentis.
- Inleveradres:
Secretariaat GGzet Wetenschappelijk, t.a.v. Anneke Krijgsheld.
e-mail: amg.krijgsheld@lentis.nl.

