

Hoofdstuk 9

Transdiagnostische factoren

Bas van Heycop ten Ham, Bert de Vos en Monique Hulsbergen

Inleiding

Vragen vooraf:

- a) *Wat betekent de term 'transdiagnostisch'?*
- b) *Noem drie transdiagnostische factoren.*

Tot nu toe heeft het meeste onderzoek naar stoornissen en de behandeling daarvan zich gericht op afzonderlijke DSM-stoornissen. Er is veel vooruitgang geboekt in het begrip van ontstaansfactoren en in standhoudende factoren en er zijn effectieve behandelstrategieën ontwikkeld. Toch is de behandeling voor de meeste stoornissen slechts in een krappe meerderheid van de patiënten effectief en recidiveren patiënten vaak. Daarin zit ruimte voor verbetering. Daarnaast hebben veel patiënten een of meerdere comorbide stoornissen, die eveneens behandeld moeten worden. Uit een grootschalig onderzoek van Kessler en anderen bleek dat ongeveer de helft van de patiënten met een psychiatrische stoornis meer dan één stoornis heeft (Kessler et al., 2005). Het is zelden zo dat een patiënt gedurende zijn leven slechts één stoornis heeft (Krueger & Markon, 2006). Kennelijk kunnen meerdere stoornissen zich na elkaar uiten (sequentiële comorbiditeit). Uit een ander onderzoek blijkt dat verschillende stoornissen min of meer dezelfde premorbide verschijnselen hebben in de ontwikkeling van de pathologie (Beesdo et al., 2009; Kessler et al., 2011). Zo hebben angststoornissen en depressie een zogenoemde internaliserende factor als gemeenschappelijk kenmerk. Internaliserend wil zeggen dat de persoon de lijdensdruk op zich neemt en last heeft van bepaalde emoties en stemmingen. In het gedrag zijn deze mensen vaak overgecontro-

leerd, geremd en teruggetrokken. Gedragsstoornissen en verslaving hebben een externaliserende factor als gemeenschappelijk kenmerk: agressief, impulsief en antisociaal gedrag, geringe reflectie op het gedrag (de buitenwereld de schuld geven) en een ondercontrole in het beheersen van impulsen en emoties.

Een transdiagnostisch perspectief is een visie op psychopathologie waarbij ervan wordt uitgegaan dat dezelfde onderliggende mechanismen kunnen leiden tot verschillende stoornissen of deze stoornissen in stand houden. Hiermee kan de gelijktijdige of opvolgende comorbiditeit verklaard worden. Je hebt vast weleens gemerkt dat mensen met uiteenlopende problematiek dezelfde thema's noemen die een rol spelen in de problematiek, zoals een negatief zelfbeeld of in beslag genomen zijn door problemen (piekeren). Die thema's zijn niet gebonden aan één specifieke stoornis.

Gemeenschappelijke factoren zijn ook terug te vinden in de effecten van behandeling, want één type interventie kan uiteenlopende klachten verminderen. Zo hebben SSRI's zowel effect bij depressieve als bij angststoornissen, en heeft het opheffen van vermijdingsgedrag en veiligheidsgedrag effect bij verschillende angststoornissen, depressie en psychotische stoornissen. Het is duidelijk dat achter de diverse stoornissen een aantal gemeenschappelijke factoren schuilgaat. Deze factoren worden transdiagnostische factoren genoemd. Het zijn factoren die je terugvindt bij verschillende stoornissen of in de behandeling daarvan. Transdiagnostische factoren kunnen verwijzen naar:

- gelijke *symptomen* bij verschillende stoornissen, zoals angstgevoelens en slaapproblemen bij depressie, psychotische stoornissen en angststoornissen;
- gelijke *gedragingen* bij verschillende stoornissen, zoals verslavingsgedrag, vermijdingsgedrag, het gebruik van veiligheidssignalen en dwangmatige handelingen;
- gelijke *copingstrategieën* bij verschillende stoornissen, zoals piekeren en experiëntiële vermijding, dat wil zeggen het vermijden van of verzet tegen emotionele ervaringen (Stenzel et al., 2012);
- gelijke *psychologische factoren*, zoals de aanwezigheid van een negatief zelfbeeld, aandacht en geheugen, perfectionisme en motivationele problemen, bij verschillende stoornissen;
- onderliggende overeenkomstige *neurobiologische factoren*, zoals een verminderd functioneren van de prefrontale cortex bij angst-

- stoornissen, depressie en psychotische stoornissen. of een verhoogde activiteit van de amygdalae bij angststoornissen en depressie (Schwartz, Holt & Rosenbaum, 2013);
- gelijke *behandelinterventies* die aanslaan bij verschillende stoornissen, zoals een SSRI bij angststoornissen en depressieve stoornis, exposure bij verschillende angststoornissen en mindfulness bij angststoornissen, verslaving, depressie en psychotische stoornissen;
 - universele *beschermende factoren*, zoals *resilience* ofwel mentale veerkracht.

Het zoeken naar gemeenschappelijke factoren bij stoornissen en behandelingen kan het inzicht in het ontstaan en voortduren van psychische stoornissen verhelderen. Bovendien kan het de effectiviteit van bestaande behandelingen vergroten (McHugh, Murray & Barlow, 2009).

In dit hoofdstuk bespreken we de volgende transdiagnostische factoren: verslavingsgedrag, de overeenkomsten van factoren in de verschillende eetstoornissen en in de behandeling daarvan, slaapproblemen, perfectionisme, cognitieve factoren zoals aandacht en geheugen, gedragsfactoren, emotieregulatie, zelfbeeld, motivatie, een transdiagnostisch behandelprotocol voor de behandeling van angststoornissen en depressie, en mentale veerkracht. Het is geen uitputtende beschrijving van transdiagnostische factoren; dit hoofdstuk is vooral bedoeld om je bekend te maken met deze visie op psychopathologie. De interesse in en het onderzoek naar transdiagnostische factoren nemen toe en wij verwachten dat hier in de praktijk ook meer aandacht voor komt. In 2014 zal een boek over transdiagnostische factoren uitgegeven worden waarin deze factoren uitgebreid aan de orde komen (Van Heycop ten Ham, Hulsbergen & Bohlmeijer, 2014).

9.1 Verslavingsgedrag

Roy is een jongeman van 24 jaar. Hij wordt opgenomen op de detoxafdeling van een verslavingskliniek. Thuis ging het niet meer: hij vertoont agressief gedrag naar zijn moeder, heeft een sterk ontregelde diabetes

type 1, hij werkt niet, heeft geen structuur en hij heeft schulden. Er is een afhankelijkheid van cannabis en cocaïne en er is sprake van alcohol-misbruik.

Roy komt uit een gebroken gezin met twee kinderen. De vader van Roy heeft nog een zoon bij een andere vrouw. Zijn ouders zijn gescheiden toen Roy 10 jaar was. Hij is bij zijn moeder blijven wonen. Zijn vader noemt zichzelf een ADHD'er en heeft zijn eigen bedrijf met geld van zijn vader opgebouwd. Hetzelfde verwacht hij van Roy, maar Roy kan hier niet aan voldoen. Dat levert veel conflicten tussen hem en zijn vader op. Roy heeft geen school afgemaakt en kan geen banen behouden. Op de lagere school is bij hem ADHD geconstateerd en hij heeft een aantal keer Ritalin gehad, met goed effect. In de puberteit stopt Roy met het gebruiken van Ritalin. Er wordt dan ook diabetes type 1 geconstateerd. Roy gaat experimenteren met middelen: de cocaïne geeft hem een gevoel van kracht, de cannabis geeft rust in zijn hoofd en de alcohol is lekker.

Bij vader en moeder ervaart hij geen erkenning voor zichzelf en zijn kwaliteiten. Roy is zich gaan onderscheiden door zich te verdiepen in oude volkeren en manieren van communicatie. Hij heeft een grote interesse in de geschiedenis van de stad waarin hij woont, de archeologische lijnen en de energieën die in de eeuwen zijn ontstaan. Soms leidt hij mensen rond in de stad en deelt op deze manier zijn kennis. Hij wijst het volgen van een opleiding af: het past niet bij zijn denkpatroon, is niet van zijn niveau, of 'anderen kunnen hem niets leren'. Hij heeft zijn eigen waarheid en heeft de overtuiging dat hij zich alleen kan ontwikkelen vanuit eigen behoeften.

Vragen vooraf:

- a) Welk gemeenschappelijk neurobiologisch mechanisme ligt ten grondslag aan verslavingsgedrag?*
- b) Noem drie interventies die kunnen worden ingezet om het verslavingsgedrag onder controle te krijgen.*

Verslavingsgedrag kent verschillende gradaties: van beheerst gebruik naar misbruik van middelen naar een sterke afhankelijkheid oftewel een verslaving. Een gewoonte of middelengebruik wordt een verslaving als de persoon mentaal en/of lichamelijk niet meer zonder de gewoonte of het middel kan. Er is een sterke preoccupatie met het verkrijgen van de kick uit de gewoonte of het middel, het gedrag is in

sterke mate gericht op het verkrijgen en innemen van het middel of het toegeven aan de gewoonte ten koste van andere activiteiten. Als de persoon deze verslaving moet loslaten, kunnen er ernstige lichamelijke en/of mentale ontwenningsverschijnselen ontstaan, zoals gejaagdheid, slapeloosheid, somberheid, angst en prikkelbaarheid. Bij sterke middelenafhankelijkheid kunnen afhankelijk van het middel sterke lichamelijke reacties optreden.

Er zijn verschillende typen verslavingen, zoals een gewoonteverslaving of een middelenverslaving. Bij een gewoonteverslaving kan men verslaafd zijn aan onder meer seks (bijvoorbeeld porno kijken op internet en masturberen), gamen, op internet surfen, gokken, chatten, gebruik van mobiele telefoons en werken. Bij middelenverslaving gaat het om een sterke afhankelijkheid van de werking van onder meer alcohol, cannabis, cocaïne, heroïne en andere van opium afgeleide stoffen (opiaten), amfetaminen, hallucinogenen, benzodiazepinen, voedsel en nicotine.

De lifetimeprevalentie van verschillende verslavingen ligt tussen de 1 en 30 procent, afhankelijk van het type verslaving. Heroïne- en cocaïneverslaving komen het minst voor, dan in stijgende percentages cannabisverslaving, gokverslaving, internet- en seksverslaving, alcoholverslaving, eetverslaving en nicotineverslaving. Het meest verslavend is heroïne: ongeveer de helft van de gebruikers raakt eraan verslaafd (UNODC, 2011). Voor nicotine ligt het percentage op 32 procent, alcohol 15 procent en cannabis 9 procent (Chen, O'Brien & Anthony, 2005). Toenemend zijn de verslavingen aan het mobieltje, internet, gamen en het bezoeken van pornosites (Anderson, 2001; Carnes, Murray & Charpentier, 2005; Pedrero Pérez, Rodríguez Monje & Ruiz Sánchez De León, 2012).

De comorbiditeit met andere verslavingen is groot. Ongeveer de helft gebruikt ook een of meer andere middelen, en mensen met een gewoonteverslaving zoals internetgebruik en gokken hebben vaak ook een alcohol- en/of een nicotineverslaving (Sussman, Lisha & Griffiths, 2011).

Transdiagnostische factoren lijken bij uiteenlopend verslavingsgedrag een rol te spelen, ondanks de verschillen in stimuli en psychische comorbiditeit. Zo zijn er dezelfde neurobiologische factoren, risicofactoren, gedragsvariabelen, emotionele variabelen en cognitieve varia-

belen, is er comorbiditeit met andere verslavingen, en treden dezelfde desastreuze gevolgen op in het sociaal-maatschappelijk functioneren.

Bij verslavingen zijn drie kenmerken te onderscheiden. Ten eerste is er neurobiologisch gezien bij verschillende verslavingen een verminderde functie van het dopaminebeloningssysteem. Bij dit systeem is onder andere de nucleus accumbens betrokken. We bespraken de rol van de nucleus accumbens al eerder, namelijk in hoofdstuk 5 over de sociale angststoornis. Het dopaminebeloningssysteem bepaalt welke stimuli we prettig vinden en motiveert ons om deze stimuli op te zoeken. Bij een verminderde functie van dit systeem ontstaat er een gevoeligheid voor snelle beloningen of ‘kicks’. Het kenmerk van verslavende stimuli als drugs, alcohol, seks, gamen en gokken is dat deze stimuli een directe kick geven. De kick wordt veroorzaakt door een tijdelijke opleving van het dopaminebeloningssysteem, waarna deze weer terugkeert naar een lage basisstand. Deze lage basisstand geeft een dysvoor gevoel en motiveert om dit gevoel ongedaan te maken met het opnieuw opzoeken van de verslavende stimuli. Het tweede kenmerk van verslaving is de koppeling van verslavende stimuli aan bepaalde cues: de coffeeshop, de gokhal, borreltijd, de beschikbaarheid van alcohol, de toegang tot internet, enzovoort. Deze cues krijgen via klassieke conditionering dezelfde gevoelswaarde als het moment vlak voor de exposure aan de verslavende stimuli. Op dat cruciale moment wordt er mentaal en fysiek sterk geanticipeerd op de beloning, leidend tot craving: het zoeken en de zucht naar de verslavende stimuli.

Het derde kenmerk van verslaving is dat de cognitieve controle vanuit de prefrontale cortex tekortschiet, waardoor er te weinig gevoelsmatige reflectie is op de langetermijnconsequenties en te weinig gevoelsmatige waarde wordt toegekend aan langetermijnbeloningen (Gardner, 2011).

Risicofactoren

Risicofactoren voor een ontregeld dopaminesysteem zijn een genetische aanleg (Le Foll et al., 2009; da Silva Lobo et al., 2007), bepaalde persoonlijkheidstrekken, gedragsstoornissen en ADHD, emotionele verwaarlozing in de jeugd, onvoldoende geleerd hebben om uitstel van behoeften te verdragen en te werken aan een langetermijnbeloning,

traumatisering en stress (Dawes et al., 2000; Gardner, 2011; Iacono, Malone & McGue, 2008).

Verslavende stimuli werken in op de expressie van het erfelijk materiaal en kunnen langdurige, soms levenslange veranderingen geven in de eiwitsynthese die de zucht naar het middel genereren (Biliński et al., 2012). Deze expressie van erfelijk materiaal door omgevingsinvloeden wordt epigenetische regulatie genoemd. De epigenetische regulatie verklaart onder andere waarom bij eeniige tweelingen de een wel en de ander niet verslaafd raakt, ondanks dezelfde erfelijke achtergrond.

Neuroticisme is een risicofactor voor alcohol-, internet- en gokverslaving (Bagby et al., 2007; Müller et al., 2013). Introversie is een risicofactor voor een verslaving aan gewoontegedrag, evenals een lage consciëntieusheid (Müller et al., 2013). Impulsiviteit is een risicofactor voor alcohol- en drugsmisbruik en koopverslaving (Black et al., 2012; Fox, Bergquist, Peihua & Rajita, 2010).

Behandeling

De behandeling van een verslaving richt zich op abstinentie, dat wil zeggen zich totaal onthouden van het gebruik van verslavende middelen en zich totaal onthouden van gewoonteverslaving, of op gecontroleerd gebruik van middelen en gecontroleerd gewoontegedrag. Er zijn vier zorgtrajecten te onderscheiden bij middelenmisbruik: ambulante, dagklinische, klinische en care (basiszorg voor chronici). Voor gewoonteverslaving zal doorgaans een ambulante of dagklinische zorgtraject kunnen volstaan. Cognitief gedragstherapeutische elementen in de behandeling zijn (Emmelkamp & Vedel, 2007; Franken, 2003; Van Zessen, 2011):

- inventarisatie van stimuli die craving of verslavingsgedrag opwekken;
- het geven van inzicht in verslavingsgedrag middels registratie;
- psycho-educatie over het principe van cueconditionering. Cues zijn op te vatten als de cs'en die verwijzen naar de anticipatie op het effect van het verslavende middel;
- uitleg over operante conditionering en het opstellen van een kosten-batenanalyse van het verslavingsgedrag, en van alternatief of vervangend gedrag;
- motiverende gespreksvoering, waarin de kosten-batenanalyse uitgangspunt is;

- doelen formuleren met betrekking tot het verslavingsgedrag en het sociaal-maatschappelijk functioneren;
- leefstijltraining: het aanleren van zelfcontroleprocedures zoals stimuluscontrole en response cost (zie hoofdstuk 5 van *Praktijkboek gedragstherapie – deel 1* Van Heycop ten Ham, De Vos en Hulsbergen, 2012), het vermijden van risicovolle stimuli en situaties, alternatief gedrag vertonen in plaats van verslavingsgedrag, en het aanleren van probleemoplossende vaardigheden. Hieronder valt ook het zoeken naar bekrachtigers voor alternatief, gezond gedrag in de leefomgeving van de patiënt. Om trek of craving te kunnen weerstaan kan COMET (Competitive Memory Training) worden ingezet (Korrelboom, 2011);
- zo nodig maatschappelijke begeleiding zoals dat ook bij schizofrene patiënten gebeurt (bijvoorbeeld training on the job);
- het behandelen van comorbide psychiatrische problematiek;
- terugvalpreventie.

In de behandeling van Roy is eerst een klinische detox ingezet en is in samenwerking met de internist en een diabetesverpleegkundige zijn diabetes opnieuw gereguleerd. Roy wordt opnieuw ingesteld op Ritalin, wat een goed effect heeft op zijn concentratie en rusteloosheid. Er is een holistische theorie en een functieanalyse opgesteld. Uit de functieanalyse van gewenst gedrag blijkt dat hij een sterke behoefte heeft aan het ontdekken van zijn grenzeloze creativiteit en dat hier de bekrachtigers uit te halen zijn. Roy is gemotiveerd om zijn leven een positieve wending te geven, maar hij heeft daar wel veel eigen inbreng en vrijheid bij nodig. Een oudere man uit het vrijwilligerscircuit staat hem bij in het ordenen van zijn financiën en het regelen van zijn schulden. Zijn vader en moeder zijn gevraagd om zijn kwaliteiten te respecteren zonder daar een hoge verwachting aan te verbinden. Roy gaat aan de slag met het serieus oppakken van creatieve activiteiten. Hij neemt zich voor om zich aan te melden voor de kunstacademie en maakt in voorbereiding hierop een portfolio.

Middels COMET leert hij om de craving naar alcohol en drugs te weerstaan. Hij roept hierbij een zelfbeeld op met het volgende thema: ‘Ik ben vrij om eigen keuzes te maken.’

Middels stimuluscontrole (het zorgvuldig vermijden van alcohol en drugs en daaraan gerelateerde cues) en het gelijktijdig zoeken van bekrachtigers voor gewenst gedrag (complimenten vanuit de omgeving

voor gemaakt werk) lukt het hem om in een dagklinische setting abstinent te blijven.

Met enkele systeemgesprekken wordt de relatie met zijn ouders verbeterd.

9.2 Eetstoornissen

Joyce is een vrouw van 35 jaar. Op het moment dat zij zich aanmeldt voor behandeling weegt zij 110 kilo bij een lengte van 1.70 m. Zij vertelt over een verstoord eetpatroon sinds haar puberteit. Zij is op haar veertiende samen met haar moeder gaan lijnen. Zij woog toen 72 kilo bij een lengte van 1.65 m. Tot die eerste lijnpoging was eten nooit een probleem voor haar en ook maakte ze zich nooit druk over haar uiterlijk. Zij is toen uit nieuwsgierigheid gaan lijnen, maar merkte al spoedig dat zij er niet meer mee kon stoppen. De hele dag stond in het teken van het eten: er continu aan denken, calorieën tellen, een schuldgevoel als ze naar haar idee te veel had gegeten, en gaandeweg meer ontevredenheid over haar uiterlijk. Haar moeder vond na een aantal maanden dat ze moest stoppen met lijnen, maar Joyce wilde dat niet. Het lijnen gaf haar een goed gevoel over zichzelf. Na een halfjaar was haar gewicht gedaald naar 48 kilo en stopte haar menstruatie. Vanaf dat moment ontstonden er eetbuien, die ze niet in de hand had. Zij compenseerde de eetbuien met hernieuwde lijnpogingen. Ook heeft ze enkele keren gebraakt, maar dat stond haar te veel tegen. Zij heeft op haar twintigste voor het eerst een behandeling gehad voor boulimia nervosa, wat kortstondig resulteerde in een normaal eetpatroon. Na deze behandeling is zij langzamerhand weer teruggevallen in lijnpogingen en eetbuien. Volgens haar heeft dit te maken met een negatief zelfbeeld: zij vindt zichzelf niet aantrekkelijk, dik en niet de moeite waard. In de behandeling op haar twintigste is geen aandacht besteed aan haar zelfbeeld.

In feite is haar eetpatroon sinds haar twintigste onveranderd gebleven: steeds lijnpogingen, volgen van diëten, afgewisseld met eetbuien. De eetbuien zijn nu dagelijks. 's Ochtends begint ze 'goed': een crackertje en een kopje thee. Rond het middaguur eet ze twee crackers met dun beleg en drinkt ze thee. Aan het eind van de middag houdt ze het niet meer vol en gaat ze naar de supermarkt om etenswaren te kopen. Vanaf het einde van de middag eet ze eigenlijk doorlopend: koeken, chips, avond-

eten, vla, pizza, enzovoort. Haar hulpvraag is afvallen en werken aan het negatieve zelfbeeld.

Vragen vooraf:

- a) Noem drie verschillen tussen anorexia nervosa (AN), boulimia nervosa (BN) en binge eating disorder (BED).*
- b) Noem drie overeenkomsten tussen AN, BN en BED.*

De DSM-5 heeft de eetstoornissen geplaatst onder ‘voedings- en eetstoornissen’ en omvat de volgende stoornissen: anorexia nervosa, boulimia nervosa, binge eating disorder, pica (het eten van materie die als niet-voedsel bekendstaat), rumineren (het oprispen en herkauwen van voedsel), restrictieve eetstoornis (weigering om te eten, niet in het kader van anorexia nervosa, normaal lichaamsbeeld) en overige voedings- en eetstoornissen. We bespreken in deze paragraaf anorexia nervosa, boulimia nervosa en binge eating disorder.

Anorexia nervosa (AN) is een eetstoornis waarbij de patiënt zichzelf beperkingen oplegt ten aanzien van de hoeveelheid en het soort eten, leidend tot een gewicht onder het normaal te verwachten gewicht. Het DSM-IV-criterium dat er sprake moest zijn van een gewicht dat lager is dan 85 procent van het normale gewicht, is in de DSM-5 niet overgenomen. Bijkomende symptomen zijn een verstoord lichaamsbeeld, waarbij de patiënt zichzelf als te dik beleeft, het uitblijven van de menstruatie, donsachtige beharing overal op het lichaam, en bewegingsonrust. Deze bewegingsonrust heeft vaak de functie om extra energie te verbruiken, maar kan ook gezien worden als een uiting van hongergevoelens en een behoefte van het lichaam om voedsel te bemachtigen. Hongergevoelens zijn wisselend aanwezig. Extra eten leidt tot veel angst, onrust en verzet. De DSM-5 onderscheidt het eetbuien/purgerende type (met braken) en het restrictieve type.

Boulimia nervosa (BN) is een eetstoornis met op de voorgrond staande eetbuien, waarbij de patiënt een gevoel van controleverlies ervaart over de hoeveelheid en de snelheid waarmee gegeten wordt. Een eetbui wordt altijd gevolgd door compensatiemaatregelen, zoals braken, het gebruik van laxemiddelen, overmatig bewegen en de beperking van maaltijden of hoeveelheden. Deze compensatie volgt aansluitend op een eetbui of is tussen eetbuien door als patroon aanwezig. Soms wordt er al gebraakt na het eten van een koekje (als dat

niet in de planning van de patiënt lag). Er is na een eetbui meestal sprake van schuldgevoelens en zelfverwijt. Het toepassen van de compensatiemaatregelen versterkt kortstondig het zelfbeeld. Het zelfbeeld hangt samen met het gewicht en lichaamsvormen.

Binge eating disorder (BED) lijkt op boulimia nervosa wat betreft het hebben van eetbuien en een gevoel van schaamte en ongemak daarna. Vaak wordt er gegeten totdat de patiënt op een ongemakkelijke manier vol zit, in afwezigheid van een hongergevoel, in een verhoogd tempo met gevoelens van controleverlies. Meestal wordt er uit schaamte alleen gegeten. Tussendoor zijn er geen duidelijke compensatiemaatregelen, hoewel veel BED-patiënten wel degelijk proberen om hun eetpatroon en het gewicht te beheersen met lijnpogingen. Verstoringen in het zelfbeeld of een afhankelijkheid van lichaamsgewicht en -omvang is geen officieel criterium in de DSM-5, maar wordt in de praktijk wel vaak gezien. Het is de vraag of het lichaamsbeeld pathologisch verstoord is, want de patiënt met BED heeft meestal een fors overgewicht en een forse lichaamsomvang.

De verschillen tussen de drie eetstoornissen hebben te maken met:

- 1 het gewicht: bij AN een sterk ondergewicht (een BMI* van 18 of lager), bij BN meestal een normaal gewicht (BMI tussen de 20 en 25), bij BED fors overgewicht (BMI van 30 of hoger);
- 2 de mate van impulsiviteit: patiënten met AN hebben in het algemeen de meeste beheersing over hun impulsiviteit en zijn vaak perfectionistisch, patiënten met BN zijn impulsiever en minder perfectionistisch, en patiënten met BED hebben de grootste mate van impulsiviteit en de minste beheersing;
- 3 de lichamelijke consequenties: de mortaliteit bij AN ligt tussen de 5 en 7 procent, bij BN tussen de 2 en 3 procent en bij BED op ongeveer 2 procent (Arcelus, Mitchell, Wales & Nielsen, 2011; Suokas et al., 2013). Bij AN en BN overlijdt ongeveer 20 procent van de patiënten door suïcide, bij BED zijn geen verhoogde suïcidepercentages ten opzichte van de normale bevolking gevonden. AN leidt tot ondervoeding met een vertraagde bloedsomloop (koude handen en voeten), vertraagde darmperistaltiek (obstipatie), het uitblijven van de menstruatie, het dunner worden van het haar, botontkalking, ver-

* BMI staat voor Body Mass Index: gewicht gedeeld door lengte in meters². In het voorbeeld van Joyce: een gewicht van 48 kilo bij een lengte van 1,65 m geeft een BMI van $48/1,65^2 = 17,6$. Haar huidige BMI is $110/1,70^2 = 38$.

traging van het hartritme, vermoeidheid en soms nierstenen (Fisher & Schenkman, 2012). BN leidt door het veelvuldige braken en laxeren tot verstoringen in de elektrolytenbalans (zoals een verlaagd kaliumniveau), met onder meer vermoeidheid en hartproblemen als gevolg. Ook kan het veelvuldig braken tot scheuren in de maagwand, slokdarmwand en keel leiden. De speekselklieren zijn vaak opgezet en er is vaak oedeem in het gezicht, leidend tot een bol gezicht. Er kunnen gebitsproblemen ontstaan door het veelvuldige braken (Mcgilley & Pryor, 1998), het glazuur van de voortanden vertoont barstjes door het zuur dat tegen de voortanden aankomt. Patiënten met BED kunnen ziek worden door eenzijdige voeding. Een eetbui bestaat meestal uit voedsel dat rijk is aan vet, suiker en zout, maar arm aan vitamines en mineralen. Het overgewicht leidt tot een risico op diabetes type 2, hoge bloeddruk, hoge cholesterolwaarden, ziekten van de galblaas, hartfalen en bepaalde typen kanker (Bulik & Reichborn-Kjennerud, 2003).

Er zijn echter ook overeenkomsten tussen de drie eetstoornissen (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003) en hier vinden we aanwijzingen voor transdiagnostische factoren:

- 1 Er is een sterk verstoord eetpatroon, waarbij er eenzijdig en onregelmatig wordt gegeten. In feite wordt er bij alle drie de eetstoornissen te weinig gegeten, maar houden patiënten met BN en BED het niet vol, waardoor ze middels eetbuien veel meer eten dan nodig is.
- 2 Er is een sterke preoccupatie met gewichtsbeheersing en een tendens om te lijnen.
- 3 Emoties, cognities en het zelfbeeld worden bijna uitsluitend beïnvloed door het eten, de lichaamsvorm en het gewicht.
- 4 Er is een intolerantie voor stress, ongemak en stemmingswisselingen (Corstorphine et al., 2007).

De lifetimeprevalentie van AN ligt tussen de 1 en 4 procent, afhankelijk van het gehanteerde gewichtscriterium: 85 procent of minder van het normale gewicht geeft een lifetimeprevalentie van 1 à 2 procent, een geringere afwijking van het normale gewicht geeft een lifetimeprevalentie tussen de 2 en 4 procent. AN komt ongeveer tien keer zo vaak voor bij vrouwen als bij mannen. De lifetimeprevalentie van BN ligt tussen de 2 en 4 procent, waarbij de stoornis drie keer zo

vaak bij vrouwen als bij mannen voorkomt. De lifetimeprevalentie van BED ligt eveneens tussen de 2 en 4 procent. BED komt twee keer zo vaak bij vrouwen als bij mannen voor (Smink, Van Hoeken & Hoek, 2012).

AN, BN en BED ontwikkelen zich op verschillende manieren. AN begint meestal tussen het elfde en veertiende levensjaar, BN rond het zeventiende levensjaar, en BED begint meestal pas in de volwassenheid (Micali, Hagberg, Petersen & Treasure, 2013). De diagnoses zijn niet stabiel over de tijd: ongeveer een derde van de AN-patiënten ontwikkelt in de eerste paar jaar BN, en eveneens een derde van de patiënten met BN ontwikkelt later BED (Uher & Rutter, 2012).

Risicofactoren

Eetgestoord gedrag is voor een groot deel erfelijk bepaald. De genetische bijdrage aan de ontwikkeling van AN, BN en eetgestoord gedrag (preoccupatie met het gewicht, onvrede met lichaamsvormen, eetbuien en compensatiemaatregelen) ligt tussen de 50 en 85 procent (Klump et al., 2009). Uit adoptiestudies van eeneiige tweelingen waarbij de erfelijke aanleg gelijk is maar de directe omgevingsinvloeden verschillend, blijkt dat de bijdrage van specifieke omgevingsinvloeden, zoals gezinsinvloeden, vrij klein is. Alleen bij kinderen die een erfelijke aanleg hebben voor de ontwikkeling van een eetstoornis kunnen eet- en gewichtsissues bij de ouders overgenomen worden door de kinderen, leidend tot een eetstoornis (Mazzeo & Bulik, 2009). Wel ontstaan er secundair aan het eetgestoorde gedrag spanningen in het gezin, die vervolgens een instandhoudende factor kunnen worden. Culturele invloeden, bijvoorbeeld het slankheidsideaal, kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van een eetstoornis, zij het in geringe mate (Keel & Klump, 2003). Iedere vrouw wordt immers blootgesteld aan het slankheidsideaal, terwijl slechts een kleine minderheid een eetstoornis ontwikkelt.

Risicofactoren en instandhoudende factoren voor alle drie de eetstoornissen zijn een intolerantie voor stress en ongemak, zorgen over eten, gewicht en lichaamsvormen, het stellen van irreële doelen ten aanzien van gewicht, in de kern een laag zelfbeeld of een lage zelfwaardering, stemmingsintolerantie en interpersoonlijke problemen (Hoiles, Egan & Kane, 2012). Beschermende factoren tegen de ontwikkeling

van een eetstoornis zijn onder andere het als gezin gezamenlijk ontbijten, lunchen en dineren (Neumark-Sztainer et al., 2008).

Risicofactoren voor AN zijn perfectionisme, neuroticisme, een angststoornis voorafgaand aan de eetstoornis, eetproblemen in de peuter- en kleutertijd, weinig eten in de lagereschoolleeftijd, een depressie bij de moeder (mogelijk vanwege een erfelijke invloed), traumatisering en een omgeving kiezen waarin dun zijn belangrijk is (bijvoorbeeld bij bepaalde sporten als ballet en turnen) (Lindberg & Hjern, 2003; Mazzeo & Bulik, 2009; Nicholls & Viner, 2009). Een hogere zelfwaardering en een hogere BMI bij de moeder zijn beschermende factoren. Sterke instandhoudende factoren van AN zijn onvrede met het lichaam, een negatief affect (somber, snel in de war gebracht), moeite met het bewaken van de autonomie, en de wens om dun te zijn (Stice & Shaw, 2002).

Risicofactoren voor de ontwikkeling van BN en BED zijn impulsiviteit, een intolerantie voor stress en stemmingswisselingen, en traumatische gebeurtenissen in het jaar voorafgaand aan de BN (Pike et al., 2006; Waxman, 2009; Welch, Doll & Fairburn, 1997).

Behandeling

Fairburn en collega's (2003) hebben een ambulante behandeling ontwikkeld die past op alle drie de eetstoornissen. Deze transdiagnostische behandeling bestaat uit de volgende onderdelen:

- psycho-educatie over eten, bewegen en gewichtsbeheersing;
- psycho-educatie over instandhoudende factoren, zoals dieet houden, maaltijden overslaan, een overevaluatie van het belang van gewicht en lichaamsvorm, en compensatiemaatregelen;
- motiverende gespreksvoering;
- het opstellen van een individuele holistische theorie (case formulation) waarin de bijdrage van tenminste één van de volgende vier bijkomende problemen wordt opgenomen: laag zelfbeeld (ook los van de eetstoornis), perfectionisme ten aanzien van het stellen van onhaalbare doelen ten aanzien van gewicht en lichaamsvorm, stemmingsintolerantie en interpersoonlijke problemen;
- de behandeling zelf, bestaande uit:
 - het normaliseren van het eetpatroon (bijvoorbeeld de dag beginnen met een normaal ontbijt, de tijd nemen voor de drie hoofdmaaltijden, het eten van tussendoortjes beperken);

- het afbouwen van compensatiemaatregelen;
 - het bewerken van irrationele cognities ten aanzien van eten, bewegen en gewicht;
 - het bewerken van één of meerdere bijkomende problemen ten aanzien van het lage zelfbeeld, perfectionisme, stemmingsintolerantie en interpersoonlijke problemen;
- terugvalpreventie.

Dit protocol bestaat in een korte versie van ongeveer twintig sessies en een lange versie van ongeveer veertig sessies. De lange versie is bedoeld voor de behandeling van AN, waarbij meer tijd nodig is om tot gewichtsherstel te komen. De behandeling is effectief gebleken in herstel en in het voorkomen van een recidief (Fairburn et al., 2009). Dit effect is voor een groot deel toe te schrijven aan het feit dat er ook aandacht is voor de transdiagnostische factoren, zoals een lage zelfwaardering, perfectionisme en stemmingsintolerantie.

Joyce wordt volgens het voorgaande protocol behandeld. In het assessment blijkt onder meer dat zij nog nooit normaal heeft ontbeten, ook niet als kind. In het gezin was er 's ochtends geen vaststaand ritueel: iedereen pakte wat hij nodig had en ging naar school of naar het werk. Er wordt uitleg gegeven over het belang van een regelmatig eetpatroon om zodoende de zucht naar eten aan het eind van de dag te verminderen. Haar lichaam reageert nu alsof het weinig eten binnenkrijgt (vanwege de restrictie overdag) en er wordt relatief veel vet opgeslagen door het calorierijke voedsel dat zij tot zich neemt. De suiker- en vetverbranding zijn hierdoor verstoord geraakt. Door regelmatig en gezond te eten neemt de suiker- en vetverbranding toe. Opvallend is hoe weinig Joyce weet over gezonde leefwijzen, terwijl zij zich toch veel heeft verdiept in allerlei diëten (die weinig uitgebalanceerd zijn). Joyce houdt in eerste instantie lang vast aan haar idee dat het haar toch moet lukken met crackers overdag en een beetje groente 's avonds. Middels motivationele gesprekstechnieken wordt het Joyce langzamerhand duidelijk dat al haar inspanningen tot nu toe niet hebben gewerkt. Zij wil bij wijze van experiment gedurende een halfjaar de adviezen van de behandelaar uitproberen en haar eetpatroon normaliseren, waarna ze de balans zal opmaken. Met een diëtiste wordt een normaal eetpatroon vastgesteld. Al spoedig verminderen de eetbuien. De resterende eetbuien kan Joyce

opvangen met alternatief voedsel: hartigheid wisselt zij af met rauwkost, chocola vervangt zij door heel bittere, pure chocola die snel verzadigt.

*Joyce heeft vooral last van perfectionisme ten aanzien van haar gewicht en lichaamsvorm en van een negatief zelfbeeld. Met dilemmacounseling worden de voor- en nadelen van kritisch versus aanvaardend zijn over haar gewicht en lichaamsvorm bekeken. Het negatieve zelfbeeld wordt met het zelfhulpboek *Negatief zelfbeeld behandeld* (De Neef, 2010). Na enkele maanden begint haar gewicht te dalen met ongeveer een kilo in de twee weken. Joyce voelt zich fitter en gaat meer bewegen. Na een halfjaar is zij vastbesloten om op de ingeslagen weg door te gaan.*

9.3 Slaapstoornissen

Vraag vooraf:

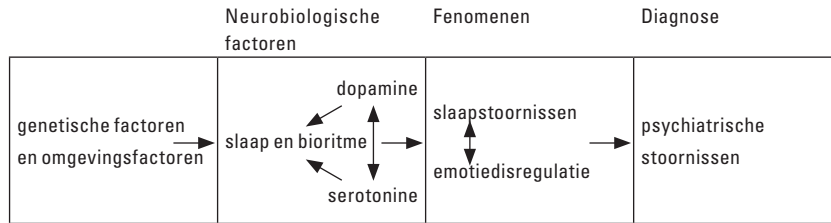
a) Waarom is het belangrijk om slaapstoornissen als comorbide stoornis te behandelen?

Slaapstoornissen komen bij bijna alle psychiatrische stoornissen voor (Benca, Obermeyer, Thisted & Gillin, 1992). Subjectief bestaan deze stoornissen uit moeite met inslapen en doorslapen, vroeg wakker worden en niet meer in slaap kunnen komen, onrustige slaap, nachtmerries, verminderde slaapproefte en het gevoel niet uitgerust te zijn. Objectief bestaan deze slaapproefnissen uit insomnia (te weinig slaappro), hypersomnia (te veel slaappro), veranderingen in slaapprostadia (bijvoorbeeld een toegenomen duur van de remslaappro (rem = rapid eye movement) of droomslaappro en een vermindering van de diepe slaappro), verminderde slaapproefficiëntie (het percentage van de tijd die in bed wordt doorgebracht waarin daadwerkelijk wordt geslaappro) en toegenomen slaapprolatentie (het tijdstip waarop de patiënt in slaappro valt verschuift naar achteren).

Slaapprostoornissen zijn niet alleen overlappende symptomen met verschillende psychiatrische stoornissen, maar zijn ook een oorzakelijke en instandhoudende risicofactor (Harvey, Murray, Chandler & Soehner, 2011). In figuur 9.1 wordt getoond hoe slaapprostoornissen, emotieregulatieproblemen (waarop we in paragraaf 9.6 verder ingaan) en psychiatrische stoornissen neurobiologisch gezien verband met elkaar kunnen houden. De figuur is een vereenvoudigde weergave van

de werkelijkheid. In werkelijkheid zijn er namelijk veel meer factoren betrokken bij de ontregeling van slaap, bioritme en emotieregulatie en bestaan er ook allerlei interacties en feedbackloops.

Figuur 9.1 Verband tussen slaapstoornissen, emotiedisregulatie en psychiatrische stoornissen (naar Harvey et al., 2011)



Een verstoorde slaap, met name insomnia, leidt tot negatieve emoties en verminderde positieve emoties bij positieve gebeurtenissen (Dinges et al., 1997; Franzen, Siegle & Buysse, 2008; Zohar, Tzischinsky, Epstein & Lavie, 2005). Iedereen kent dit verschijnsel wel bij kleine kinderen: na een leuke maar vermoeiende dag worden de kinderen huilerig, opstandig en vinden ze niks meer leuk. Neurobiologisch gezien is slaapttekort geassocieerd met een verminderde activiteit van de prefrontale cortex en een verhoogde activiteit van de amygdalae (Yoo et al., 2007). Juist deze twee processen hebben we ook gezien bij diverse angststoornissen, depressie en schizofrenie. De verminderde activiteit van de prefrontale cortex maakt het reguleren van emoties moeilijker. Het feit dat emotionele stress ook leidt tot slaapstoornissen geeft aan dat er sprake is van een wederkerige beïnvloeding (Dahl & Lewin, 2002; Saper, Cano & Scammell, 2005).

Er is een overlap in genetische factoren die het bioritme regelen en ADHD en stemmingsstoornissen (Lamont, Legault-Coutu, Cermakian & Boivin, 2007). De neurotransmitter serotonine speelt een rol bij slaap en bij cognitieve processen als aandacht, informatieverwerking en verschillende psychiatrische stoornissen (Carver, Johnson & Joorman, 2008; Vaswani, Linda & Ramesh, 2003). Dopamine speelt eveneens een rol bij slaap via het slaap-waakritme en bij motivatie, het ervaren van plezier, en bij psychiatrische stoornissen als schizofrenie, ADHD, depressie en verslaving (Bressan & Crippa, 2005; Carlezon & Thomas, 2009; Lima et al., 2008; Lyon et al., 2011; Malhi & Berk, 2007).

Behandeling

Het behandelen van slaapstoornissen kan leiden tot een vermindering van de symptomen van de psychiatrische stoornis (Harvey et al., 2011). Bovendien leidt een verbetering van de slaap tot een verbetering van de kwaliteit van leven (Roth & Ancoli-Israel, 1999). Een verstoring in de kwaliteit en kwantiteit van slapen is een transdiagnostische factor voor veel psychiatrische aandoeningen en het is hierom essentieel om het slapen als onderdeel mee te nemen in een behandeling.

Slaapstoornissen kunnen behandeld worden met farmacotherapie, lichttherapie en/of met cognitieve gedragstherapie. Voor de bespreking van lichttherapie verwijzen we naar het boek *Was het maar weer lente!* van Stefan Lucius (2012), dat gaat over winterdepressie en bioritmes. Dit boek is ook een aanrader voor patiënten. We bespreken hier enkele cognitief gedragstherapeutische interventies.

- Het bioritme en de slaap reageren op bepaalde *zeitgebers*, omgevingscues die de interne biologische klok gelijkzetten met het 24 uursritme en het ritme van de twaalf maanden. Deze cues zijn behalve licht en donker en de seizoenen ook sociale cues, zoals vaste tijden voor maaltijden, een vaste tijd van naar bed gaan en opstaan, vaste werktijden en vaste sociale contacten (zoals op een vast moment boodschappen doen, de koffie- en lunchpauze met elkaar delen, enzovoort). In de therapie kan de patiënt deze sociale zeitgebers opnieuw inbouwen.
- De slaapefficiëntie, ofwel de tijd dat iemand slaapt als hij in bed ligt, kan vergroot worden door de patiënt te instrueren om pas naar bed te gaan als hij slaperig is, om uit bed te gaan als hij langer dan een halfuur in bed wakker ligt, door het slapen overdag te beperken tot een halfuur in de middag, en door langzamerhand de tijd in bed met een kwartier per nacht te verlengen (Spielman, Saskin & Thorpy, 1987). Aanvullende hulpmiddelen zijn een koele temperatuur in de slaapkamer, een comfortabel bed en kussen, een donkere slaapkamer, het bed alleen gebruiken voor slapen (over vrijen wordt in de literatuur niet gesproken), niet te veel prikkels (zoals foto's of een televisie) in de slaapkamer, en het aanhouden van een vast moment van opstaan in de ochtend.
- Het verminderen van angst en spanning door het doen van ontspanningsoefeningen voor het slapengaan, geen zware maaltijd of flinke fysieke of mentale inspanningen leveren voor het slapen-

gaan, geruststellende gedachten formuleren ten aanzien van de hoeveelheid slaap die de patiënt nodig heeft ('Ook met vier uur slaap kan ik het een tijdje volhouden; de slaap reguleert zichzelf') en het verminderen van angstsymptomen overdag door toepassing van de interventies zoals die beschreven staan in de hoofdstukken over verschillende angststoornissen.

- Het vermeerderen van activiteiten overdag die energie geven, zoals sporten, plezierige activiteiten en werk dat voldoening geeft.

9.4 Klinisch perfectionisme

Oscar is een jongeman van 21 jaar. Hij heeft het erg zwaar met zijn studie en met zichzelf. Sinds hij zijn hbo-studie rechten doet, heeft hij erg veel last van perfectionistisch gedrag. Als het nieuwe semester begint heeft hij het liefst al weken van tevoren het studieprogramma, zodat hij zich alvast kan voorbereiden. Ook leest hij de boeken en de readers het liefst in de eerste weken van het semester allemaal door. Tijdens het leren onderstreept hij veel en maakt hij samenvattingen. Hij bladert steeds terug om te zien of hij nog weet wat hij geleerd heeft. Hij overhoort zichzelf tijdens het leren, wat de concentratie bemoeilijkt. Per dag is hij zeker veertien uur aan zijn studie kwijt, hetzij door lessen en groepsopdrachten, hetzij door leren.

Het perfectionisme leidt tot vermoeidheid, een sombere stemming en permanente (faal)angstgevoelens. Oscar is erg bang om de teugels te laten vieren, omdat hij dan niet zeker weet of hij de stof nog weet op een tentamen. Door dit perfectionistische gedrag vindt hij de studie niet meer leuk, maar hij wil het wel graag afmaken; stoppen zou daarnaast ook betekenen dat hij faalt. Hij zit momenteel in het derde jaar.

Op de middelbare school ging het leren hem vrij gemakkelijk af. Hij was zelfs vrij laks met zijn huiswerk. Pas in de eindexamenklas begon hij zich druk te maken over het al dan niet halen van tentamens en examens; toen is het perfectionistische gedrag naar voren gekomen.

Oscar voelt zich ook in andere situaties waarin hij moet presteren erg onzeker. Hij is nu een aantal keren gezakt voor zijn rijexamen vanwege de zenuwen. Hij werkt in een ruitersportzaak en hij voelt zich onzeker als er een nieuwe collega is aangenomen die gemakkelijk contact met de klanten maakt.

In zijn vrije tijd, dat wil zeggen in vakantieperiodes, kan Oscar goed ontspannen. Een vakantie kan hij gemakkelijk op de bonnefooi doen. Hier speelt het perfectionisme geen rol.

Momenteel voldoet hij aan de DSM-5-criteria voor een dysthyme stoornis en een geeneraliseerde angststoornis.

Hij weet niet wat de oorzaak van zijn onzekerheid en perfectionisme is. Als kind was hij wel snel angstig voor nieuwe situaties. Zijn moeder heeft geregeld last van somberheid en angsten. Het lijkt in de familie te zitten.

Vragen vooraf:

- a) Noem enkele stoornissen waarbij perfectionisme een rol speelt.*
- b) Wat betekent de term ‘klinisch perfectionisme’?*

De term klinisch perfectionisme verwijst naar perfectionistisch gedrag bij psychiatrische stoornissen. Perfectionisme wordt vaak gezien bij een depressie, eetstoornissen, een paniekstoornis en een obsessief-compulsieve stoornis (Flett & Hewitt, 2002). Shafran, Cooper en Fairburn (2002) hebben de term klinisch perfectionisme geïntroduceerd. Zij bedoelen daarmee dat patiënten hardnekkig bepaalde doelen nastreven die zij zichzelf hebben opgelegd. Deze patiënten ontlenen hun zelfgevoel in hoge mate aan het zich opleggen en bereiken van bepaalde prestaties op specifieke gebieden. Wordt de eigen standaard niet gehaald, dan reageert de patiënt met zelfkritiek. Als de eigen standaard wel wordt gehaald, dan wordt de lat de volgende keer hoger gelegd. Het is nooit goed genoeg. Patiënten kunnen moeilijk van hun strevingen afstappen, ondanks negatieve consequenties voor hun stemming, gevoel van eigenwaarde en sociale relaties. Opvallend is, zoals we dat eerder in het hoofdstuk over dwangstoornissen hebben besproken, dat het perfectionisme zich maar op één of enkele gebieden richt. Er is niet zozeer sprake van een persoonlijkheidstrek; vaak zijn patiënten op andere gebieden niet perfectionistisch. Klinisch perfectionisme uit zich in het controleren of checken van datgene wat relevant is (gewicht en lichaamsvorm bij eetstoornissen, het onthouden van informatie in de casus van Oscar, eigen handelen bij dwangpatiënten, lichaamsfuncties bij hypochondrie), vermijdingsgedrag (bijvoorbeeld ten aanzien van bepaald voedsel, plezier maken en inspanning) en zwart-witdenken (iets is helemaal goed of helemaal niet goed) (Riley & Shafran, 2005; Shafran et al., 2002).

De instandhoudende factor is niet alleen het stellen en bereiken van hoge standaarden, maar ook de negatieve zelfevaluatie als het doel niet wordt behaald. Voor een eetstoornispatiënt met AN is het vasthouden van het huidige lage gewicht vaak belangrijker dan het nog verder zakken in gewicht. Voor een eetstoornis met BN is het behalen van een bepaald streefgewicht belangrijker dan het streven naar steeds minder gewicht. De angst om de doelen niet te halen is groot, vandaar dat eetstoornispatiënten zoveel angst ervaren bij het aankomen in gewicht c.q. het loslaten van de strevingen. Zo ook ervaart Oscar in de hiervoor beschreven casus veel angst bij het idee iets niet te halen. Hij hoeft geen tien te halen, want een zes is ook goed, maar uit de angst om geen voldoende te halen ontstaat het hoge streefniveau. De kern van klinisch perfectionisme is de zelfevaluatie, niet het streven naar hoge standaarden per se.

Behandeling

Fairburn en collega's (2003) ontwikkelden een behandelprotocol om klinisch perfectionistisch gedrag te verminderen. Dit protocol is getest op effectiviteit door onder anderen Riley en collega's (2007). Zoals zij verwachtten is deze behandeling effectiever dan een wachtlijstcontrolegroep. De behandeling helpt om klinisch perfectionistisch gedrag te reduceren, is tevens effectief om de ermee geassocieerde psychiatrische problematiek te verminderen, en het effect beklijft na de therapie. Het behandelprotocol bestaat uit de volgende onderdelen:

- het bereiken van overeenstemming met de patiënt dat het perfectionistisch gedrag een kernprobleem is dat behandeld moet worden;
- het inventariseren van instandhoudende gedragingen, zoals checken, overwerken, overpresteren en zichzelf restricties opleggen;
- het doen van gedragsexperimenten om te oefenen met alternatief gedrag om meer zicht te krijgen op de aard van het perfectionistische gedrag en de instandhoudende cognities en emoties. Zo'n gedragsexperiment kan bestaan uit het afwisselend checken en niet checken, zichzelf op even dagen wel overhoren tijdens het leren en op oneven dagen niet, het gebruik van de weegschaal beperken, enzovoort;
- psycho-educatie over de negatieve invloed van zelfopgelegde strevingen;
- cognitieve interventies en gedragsexperimenten om persoonlijke standaarden, zelfkritiek, gevolgtrekkingen voor het zelfbeeld en

aandachtsbias ten aanzien van ‘mislukkingen’ te bewerken. Interventies kunnen bijvoorbeeld zijn: ‘Klopt het dat iets niet halen betekent dat je niets voorstelt?’, ‘Wat kost het je en wat levert het je op om jezelf toe te staan om fouten te maken?’, ‘Is je zelfkritiek een gevolg van het niet halen van het door jezelf opgelegde doel?’;

- uitgebreide behandeling van het negatieve zelfbeeld.

Met Oscar werd een inventarisatie gemaakt van zijn perfectionisme en van de gedragingen waarmee hij dit in stand houdt. Met dilemmacounseling werden de voor- en nadelen van perfectionistisch gedrag versus gemakkelijk gedrag op een rij gezet en gewogen. Hij gaf de voorkeur aan het toepassen van gemakkelijk gedrag, zoals studeren zoals hij dat zou doen als hij niet deze angst zou hebben.

Hij ging oefenen met het zichzelf niet meer overhoren van de geleerde studiestof, met begrijpend leren in plaats van te proberen alles te onthouden, met niet meer dan twee uur per dag thuis aan zijn studie besteden, en met het opzoeken van plezierige en ontspannende activiteiten. Oscar wende er geleidelijk aan, werd rustiger en merkte tot zijn verbazing dat hij met minder inspanning ook voldoende haalde. Zijn zelfbeeld verbeterde door enkele zittingen aandacht te besteden aan de zelfondermijnende cognities. Na zes maanden was zijn studiegedrag genormaliseerd, was zijn stemming verbeterd en had hij geen noemenswaardige angst meer.

9.5 Cognitieve en gedragsfactoren

Vragen vooraf:

- a) Noem vier cognitieve transdiagnostische factoren.
- b) Noem twee transdiagnostische gedragsfactoren.

Uitgebreid onderzoek naar overeenkomstige cognitieve en gedragsfactoren bij verschillende psychiatrische stoornissen heeft geleid tot de volgende transdiagnostische factoren: selectieve aandacht, geheugen, redeneren, bepaalde denkvormen, en vermijdings- en veiligheidsgedrag (Harvey, Watkins, Mansell & Shafran, 2004).

Selectieve aandacht

Onder selectieve aandacht wordt verstaan het versneld opmerken van interne en externe stimuli die voor de patiënt relevant zijn, het gericht houden van de aandacht op voor de patiënt relevante stimuli en het negeren van andere stimuli, en het gericht houden van de aandacht op veiligheidssignalen. Voorbeelden hiervan zijn het versneld opmerken van een spin in de kamer en het vervolgens richten van de aandacht op ontsnappingsroutes, het overmatig richten van de aandacht op het eigen functioneren en angstsymptomen bij een patiënt met sociale fobie, het overmatig zoeken naar cues die met een verslaving te maken hebben, het vasthouden van de aandacht op bedreigende stimuli en waanideeën bij schizofrenie en het fixeren van de aandacht op lichamelijke signalen bij hypochondrie. In feite komt selectieve aandacht als transdiagnostische factor bij iedere psychiatrische stoornis voor.

In de behandeling kan geoefend worden met het verdelen van de aandacht over verschillende stimuli, het letten op andere details van de stimulus die gevreesd wordt, het wegleiden van de aandacht naar andere stimuli en taakconcentratietraining (zoals we die beschreven bij sociale fobie), en het vasthouden van de aandacht op bedreigende stimuli in het kader van exposure (zoals exposure aan traumatische herinneringen, interoceptieve exposure bij paniekstoornis en exposure aan stimuli die waanideeën genereren).

Geheugen

Onder geheugenactiviteiten verstaan we de opslag, het ophalen en het wijzigen van informatie. Een verstoring in het geheugen (geheugenbias) speelt bij uiteenlopende stoornissen een rol en is te zien als transdiagnostische factor. Bij de meeste stoornissen is het geheugen ten aanzien van relevante gebeurtenissen en zelfrepresentaties selectief. Voorbeelden hiervan zijn een geheugenbias voor de positieve aspecten van de verslavende stof waarbij de negatieve consequenties worden ‘vergeten’, de fixatie van het geheugen op aversieve details van traumatische gebeurtenissen bij PTSS, een geheugenbias voor mislukkingen en teleurstellingen bij depressie, weinig details in het zich herinneren zoals bij gegeneraliseerde angst en depressie, en een verwaarlozing van goede uitkomsten van gebeurtenissen bij angststoornissen. Verteeningen van informatie uit het geheugen vormen een belangrijk storend

element bij getuigenverhoren (Van Koppen, Helsing, Merckelbach & Crombag, 2002).

In de behandeling kan de patiënt getraind worden in het zich expliciet herinneren van negatieve uitkomsten bij verslaving, positieve gebeurtenissen en uitkomsten bij depressieve en angststoornissen, en meer details bij gegeneraliseerde angststoornis en PTSS.

Redeneren

Bij veel psychiatrische stoornissen speelt een redeneringsbias een rol, oftewel verkeerd redeneren en verkeerde conclusies trekken. Het is dan ook te zien als een transdiagnostische factor. Typische voorbeelden hiervan zijn ‘jumping to conclusions’ of te snel conclusies trekken (Corcoran et al., 2008), zwart-witdenken, negatieve gebeurtenissen ten onrechte aan zichzelf toeschrijven en positieve gebeurtenissen aan de omstandigheden of de inzet van anderen, kans- en rampoverschatting en ongeoorloofde conclusies trekken ten aanzien van het gelijktijdig voorkomen van twee gebeurtenissen (‘Als de buurman een hartaanval heeft gehad, en ik voel wat in mijn hartstreek, heb ik vast hartklachten’).

Cognitieve therapie sluit aan bij deze redeneerfouten en helpt de patiënt om deze ongedaan te maken.

Gedachteprocessen

Een veelvoorkomende transdiagnostische factor is piekeren. Hierin kunnen we twee vormen onderscheiden: tobben en rumineren. Tobben gaat over de nabije toekomst (‘Wat als dat en dat gebeurt?’) en rumineren gaat over het verleden en het heden (‘Waarom...?’). Tobben en rumineren treden op bij verschillende depressieve en angststoornissen en zijn voorspellend voor een verergering van de symptomen (Kertz, Bigda-Peyton, Rosmarin & Björgvinsson, 2012; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011; Watkins, 2009). Deze cognitieve stijl treedt op in reactie op stress en onzekerheid over de uitkomst van gebeurtenissen en heeft de functie om heftige emoties te onderdrukken en een gevoel van controle te verwerven.

Andere transdiagnostische gedachteprocessen zijn intrusies (zichzelf opdringende gedachten), onder andere voorkomend bij PTSS, psychotische stoornissen en dwangstoornissen; gedachteonderdrukking, voorkomend bij elke stoornis die gepaard gaat met ongewenste

gedachten; en metacognitieve overtuigingen, voorkomend bij angst-, depressieve, verslavings- en psychotische stoornissen.

Vermijdingsgedrag en veiligheidsgedrag

Bij angststoornissen en depressieve stoornissen komen vermijdingsgedrag en veiligheidsgedrag altijd voor. Deze twee gedragingen zijn hierom te zien als transdiagnostische factoren. Deze gedragingen zijn immers instandhoudende factoren van deze beide stoornissen. In de betreffende hoofdstukken hebben we uitgebreid aandacht besteed aan deze disfunctionele gedragingen en hoe deze behandeld kunnen worden.

Behandeling

Cognitieve functiestoornissen zoals aandacht, verbaal en visueel werkgeheugen en concentratie/planning kunnen getraind worden met cognitieve remediatie, een training gericht op het verbeteren van neurocognitieve vermogens. Resultaten van cognitieve remediatie zijn positief ten aanzien van het verminderen van terugval en ten aanzien van het verbeteren van sociale contacten en het vinden en behoud van werk bij schizofrene patiënten (Trapp et al., 2013), vooral als cognitieve remediatie gecombineerd wordt met rehabilitatie (X-cog®). Cognitieve remediatie is ook toegepast bij patiënten met een depressie (Porter, Bowie, Jordan & Malhi, 2013), met anorexia nervosa (Dahlgren, Lask, Landrø & Rø, 2013), met alcoholverslaving (Bates, Buckman & Nguyen, 2013) en kinderen met ADHD (Chevalier et al., 2012).

Technieken om het tobben en rumineren te verminderen zijn exposure aan de gedachten en gevoelens, mindfulnessbeoefening, het concreet maken van gedachte-inhouden door middel van levendige verbeelding in plaats van abstract te denken, en het veranderen van metacognities ten aanzien van het tobben en rumineren (zie ook hoofdstuk 6 van dit boek, over de gegeneraliseerde angststoornis). Intrusieve gedachten kunnen behandeld worden met exposure, mindfulnessbeoefening en afleiding door te denken aan positieve stimuli. Hierbij is het van belang om de averechtse werking van gedachteonderdrukking uit te leggen (het ‘witteberenexperiment’: ‘Probeer eens niet aan een witte beer te denken’).

Metacognities kunnen met cognitieve technieken bewerkt worden, zoals we dat in hoofdstuk 6 van dit boek hebben besproken.

9.6 Emotieregulatie

Pieter is een man van 31 jaar. Hij heeft recent sterke angst- en depressieve gevoelens gehad nadat hij zijn relatie tijdens een vakantie met zijn vriendin had verbroken. Hij ervoer deze gevoelens bij thuiskomst na deze vakantie. De confrontatie met het alleen-zijn viel hem erg zwaar. Pieter vertelt dat hij het moeilijk vindt om gevoelens van afwijzing en alleen-zijn op te vangen. Hij wordt er angstig en somber van, en die gevoelens vindt hij ook erg naar om te ervaren. Hij heeft er de gedachte over dat er iets met hem mis is als hij dit soort gevoelens ervaart. Bovendien heeft hij van huis uit niet geleerd om met gevoelens om te gaan. Thuis was het motto: ‘Gewoon doorgaan.’

Vragen vooraf:

- a) Wat is experiëntiële vermijding?*
- b) Hoe kan mindfulness helpen in het oplossen van emotieregulatiestoornissen?*

Aangezien de meeste psychiatrische stoornissen gepaard gaan met heftige en ongewenste emoties, is het duidelijk dat het niet goed kunnen reguleren van emoties een transdiagnostische factor is. Emotieregulatieproblemen zijn als transdiagnostische factor onder meer gevonden bij eetstoornissen, angststoornissen, borderline persoonlijkheidsstoornis en depressie. Het gaat hierbij om een hogere intensiteit van emoties, lagere acceptatie van emoties, minder emotioneel bewustzijn en duidelijkheid, en een verminderd gebruik van functionele en meer gebruik van disfunctionele emotieregulatiestrategieën in vergelijking met een controlegroep (Svaldi, Griepenstroh, Tuschen-Caffier & Ehring, 2012).

Emotiedisregulatie kan verwijzen naar experiëntiële vermijding, verkeerde opvattingen over emoties, disfunctioneel gedrag in het omgaan met emoties, slaapproblemen en het moeilijk kunnen veranderen van de emotie in verschillende contexten. Experiëntiële vermijding bestaat uit ongezonde pogingen om te ontsnappen aan ongewilde emoties, gedachten, herinneringen en andere persoonlijke ervaringen (bijvoorbeeld lichamelijke sensaties) of deze te vermijden (Hayes et al., 1996),

zelfs als dit nutteloos of schadelijk is. Het moeilijk kunnen veranderen van de emotie in verschillende contexten is te illustreren met bijvoorbeeld een patiënt met PTSS die blijft hangen in angst of woede, ongeacht de situatie waarin hij zich nu bevindt, of met een patiënt in rouw die geregeld overmand wordt door verdriet in uiteenlopende situaties.

Een emotionele beleving komt tot stand door een confrontatie met een stimulus. Deze stimulus wordt geïnterpreteerd en vergeleken met informatie die in het geheugen ligt opgeslagen. Vervolgens wordt de emotionele reactie als zodanig opgemerkt en geïnterpreteerd en wordt ernaar gehandeld. Iemand met een spinnenfobie merkt een spin op, interpreteert deze als beangstigend (onder andere door vergelijking met informatie uit het geheugen), ziet de emotionele reactie zelf als een bevestiging dat de spin bedreigend is, en handelt door vermijding. Een patiënt met een paniekstoornis merkt beginnende angstgevoelens op, interpreteert deze als een voorbode van een paniekstoornis, interpreteert een paniekstoornis als oncontroleerbaar en daardoor bedreigend, en zal proberen de panieksensaties te onderdrukken en de situatie waarin de paniek optreedt te vermijden.

Risicofactoren

Door aanlegfactoren en ervaringen in de leergeschiedenis is er bij deze patiënten vaak sprake van een intolerantie voor ongemak, verdriet, pijn, frustratie, angst en rottigheid (distress), en angstsensitiviteit, het beangstigend interpreteren van lichamelijke angstsymptomen (intolerantie voor stresssymptomen) (McHugh & Otto, 2012; Zvielli, Bernstein & Berenz, 2012). Vaak speelt er bij deze patiënten ook een intolerantie voor onzekerheid en ambivalentie, wat kan leiden tot voorbereidend gedrag bij een gegeneraliseerde angststoornis en een obsessief-compulsieve stoornis of tot inactiviteit bij een sociale angststoornis, paniekstoornis en een depressie (Colbert, Peters, & Garety, 2006; McEvoy & Mahoney, 2012). Intolerantie voor distress en onzekerheid is een risicofactor voor de ontwikkeling van waanstoornissen, angststoornissen, depressie, verslaving, eetstoornissen en de borderline persoonlijkheidsstoornis (Carleton et al., 2012).

Karaktertrekken als neuroticisme en harm avoidance dragen bij aan de intensiteit van emoties en de neiging om hieraan te willen ontsnappen (Lorian, Mahoney & Grisham, 2012).

Daarnaast kunnen traumatische gebeurtenissen, eerdere episoden van psychopathologie en onvoldoende geleerd hebben om met emoties om te gaan leiden tot emotiedisregulatie.

Behandeling

Emoties kunnen gereguleerd worden door veranderingen aan te brengen in de aandachtsbias ten aanzien van stimuli, de interpretatie van stimuli en emoties zelf, het doorbreken van vermijdingsgedrag en door middel van mindfulness. Al deze technieken bespreken we in paragraaf 9.9 over het transdiagnostisch behandelprotocol voor emotionele stoornissen.

In de behandeling van Pieter werd stilgestaan bij de heftigheid van emotionele ervaringen, de manier waarop hij tegen emoties aankijkt en hoe hij ermee kan omgaan. Zijn emotionele ervaringen zijn intens, gezien het feit dat hij binnen enkele uren paniekaanvallen ontwikkelt en suïcidaal wordt. Om deze intensiteit te reguleren leerde hij in eerste instantie om zijn aandacht afwisselend te richten op het emotionele onderwerp en op neutrale en positieve stimuli. Door in de tuin te gaan werken, door te denken aan iedereen die hij kent en door het expliciet ophalen van positieve herinneringen was hij in staat om de heftigheid van zijn emoties te verminderen. Tegelijkertijd leerde hij om anders tegen emoties aan te kijken, onder andere door het zelfhulpboek Emoties, wat doe je ermee? (Hulsbergen, 2012): ‘Het zijn maar gevoelens, het zegt niets over mijn situatie, mij als persoon of mijn lot/toekomst. Gevoelens komen en gaan.’ Met mindfulness leerde hij om gevoelens beter te verdragen in het hier en nu, zonder oordeel.

Later in de behandeling werd nog ingegaan op zijn angst om alleen te zijn. Deze hing samen met er niet aan gewend zijn en een laag zelfbeeld. Hij kreeg als huiswerk mee om een positief dagboek bij te houden, waarbij hij de positieve gebeurtenissen per dag zou opschrijven inclusief wat het over hemzelf zegt in positieve zin. Zijn emotionele reacties werden beter hanteerbaar voor hem en depressieve en angstgevoelens verminderden sterk in situaties dat hij alleen was.

9.7 Zelfbeeld

Hanneke (51 jaar) is wat je noemt een geslaagde vrouw in het leven. Zij heeft jarenlang als ambassadeur op verschillende ambassades over de hele wereld gewerkt, heeft twee leuke kinderen die het goed in de studie doen, en haar man is een toegewijde echtgenoot die al die jaren met haar mee heeft gereisd. Momenteel werkt zij in Den Haag en zij zal de komende jaren waarschijnlijk in Nederland blijven. Toch is ze ongelukkig. Ze twijfelt aan zichzelf, weet niet of ze het allemaal wel zo goed doet, is onzeker in gezelschap als dit niet werkgerelateerd is en ze weet niet wat ze verder met haar leven wil. Haar zelfbeeld blijkt uiterst negatief te zijn. Volgens haar is haar familie daar debet aan: zij is opgegroeid als jongste in een gezin met vijf kinderen. Zij werd vroeger geregeld ‘afgezeken’ door haar ouders, broers en zussen. Haar vader was vaak letterlijk en emotioneel afwezig en haar moeder was volgens haar een hysterische vrouw die altijd de aandacht trok. Als kind heeft Hanneke geleerd om zich gedienschtig naar anderen op te stellen, zodat zij misschien waardering zou krijgen.

Momenteel worden nare gevoelens getriggerd doordat haar vader recent is overleden. Er moet een grote som geld verdeeld worden, dat onder meer vrijkomt als twee huizen worden verkocht. Er is een groot familieconflict gaande, waarbij Hanneke a priori niet serieus wordt genomen in haar ideeën en wensen.

Haar hulpvraag is het vergroten van haar zelfvertrouwen.

Gebrek aan zelfvertrouwen, minderwaardigheidsgevoelens, negatief zelfbeeld, geringe zelfwaardering: het zijn varianten van hoe men op een negatieve manier tegen zichzelf aankijkt. Hier hanteren we het begrip zelfbeeld, dat alle cognitieve en emotionele evaluaties over het zelf omvat. Het gaat hierbij om wat men goed kan, wat men waard is op verschillende levensterreinen in vergelijking met anderen, overheersende gevoelens van trots, tevredenheid, wanhoop of schaamte, wat men wil en wat belangrijke waarden en doelen zijn, en hoe men over zichzelf denkt in verschillende situaties. Een negatief zelfbeeld kan zich uiten in het idee weinig te kunnen, weinig goed te doen (ondanks goede prestaties), het idee de mindere van anderen te zijn, het idee niet de moeite waard te zijn voor anderen om mee om te gaan, en niet

weten wat men wil. Specifieker kan een negatief zelfbeeld met betrekking tot bepaalde situaties worden opgeroepen, zoals het idee onveilig, onbeschermd, machteloos of zwak te zijn.

Een negatief zelfbeeld is een risicofactor voor de ontwikkeling en instandhouding van psychiatrische stoornissen (Bentall et al., 2008; Fennell, 2004; Waite, McManus & Shafran, 2012), geringe kwaliteit van leven (Connell et al., 2012) en verminderde kwaliteit van sociale contacten (Creemers et al., 2013). Omgekeerd wordt een negatief zelfbeeld in de hand gewerkt door negatieve sociale interacties en traumatisering, het hebben van een psychiatrische stoornis (Corrigan & Rao, 2012), lichamelijke ziekten en handicaps en sociaal isolement. Een positief zelfbeeld wordt algemeen gezien als een beschermende factor in de ontwikkeling en het verloop van mentale en fysieke gezondheid (Groffen et al., 2012; Paukert et al., 2010; Peker & Bermek, 2011). Het verminderen van een negatief zelfbeeld heeft een positief effect op verschillende stoornissen en is een belangrijke transdiagnostische factor.

Behandeling

Cognitieve gedragstherapie voor een laag zelfbeeld is effectief om het zelfbeeld en psychiatrische symptomen te verbeteren bij een reeks van psychiatrische aandoeningen (Ekkers et al., 2011; Van der Gaag et al., 2012; Korrelboom, Maarsingh & Huijbrechts, 2012; Waite et al., 2012). COMET als manier om het zelfbeeld te verbeteren hebben we besproken in hoofdstuk 6 van *Praktijkboek gedragstherapie – deel 1*.

We bespreken hier in het kort een zelfhulpmethode die voortkomt uit het boek *Negatief zelfbeeld* van Manja de Neef (2010). Dit zelfhulpboek is uitstekend te gebruiken in een cognitief gedragstherapeutische behandeling als monotherapie of als onderdeel naast andere interventies.

In dit boek wordt uitgelegd hoe een negatief zelfbeeld ontstaat en waarom het hardnekkig blijft voortbestaan, ondanks positieve ervaringen. Het geheugen voor negatieve ervaringen en selectieve waarneming spelen hierin een belangrijke rol. De methode die Manja de Neef voorstaat is het vergroten van het geheugen voor positieve ervaringen met daaraan gekoppeld positieve zelfconcepten of zelfuitspraken. In feite sluit dit aan bij de COMET-methode, waarbij verschillende geheugenrepresentaties van het zelfbeeld aanwezig zijn en wedijveren om

actief te worden bij blootstelling aan een bepaalde situatie. Manja de Neef gaat ervan uit dat positieve zelfbeeldrepresentaties niet of nauwelijks aanwezig zijn en dat het geheugen hiervoor actief gevuld moet gaan worden. Dat kan door dagelijks een ‘witboek’ bij te houden, waarin de patiënt positieve ervaringen en gebeurtenissen van die dag opschrijft. De patiënt begint hieraan als hij er met een soort dilemma-counseling over uit is dat hij zijn negatieve zelfbeeld wil loslaten en een positief zelfbeeld wil opbouwen. Na enkele weken bijhouden van het witboek wordt achter elke positieve gebeurtenis het positieve gevoel geschreven en een uitspraak over zichzelf: ‘Wat zegt het over mijzelf dat ik dat goed kon/een complimentje kreeg/de warme zon voelde/iets leuks kocht/...’

Vervolgens wordt van de positieve zelfuitspraken een positief psychologisch paspoort opgesteld, dat de patiënt elke dag eenmaal doorleest. In de resterende hoofdstukken in het zelfhulpboek wordt aandacht besteed aan valkuilen: eigen censuur (‘Ja, maar dat stelt toch allemaal niets voor’), omgaan met kritiek van anderen, omgaan met hoge eisen en perfectionisme, en het vasthouden van het positieve zelfbeeld in de toekomst.

Hanneke gaat onder begeleiding van haar CGW'er aan de slag met het zelfhulpboek Negatief zelfbeeld (De Neef, 2010). Zij heeft aanvankelijk veel weerstand bij het witboek. Zij vindt het maar kinderachtig dat het zo moet. Door nogmaals uitleg over wedijverende geheugenrepresentaties en het bekijken van haar lijst van voor- en nadelen met betrekking tot het werken aan een positief zelfbeeld, gaat ze er toch mee aan de slag. Haar weerstand neemt opnieuw toe als zij positieve zelfuitspraken moet gaan opschrijven. Het geeft haar veel boosheid en verdriet, wat een uiting is van het jarenlange getreiter door haar familie en het gemis aan positieve reacties. Ook vindt ze het pijnlijk dat ze altijd zo negatief over zichzelf heeft gedacht. Na twee maanden begint Hanneke gevoelsmatig effect te merken van het witboek: zij merkt sneller positieve ervaringen op en zij kan positieve gedachten over zichzelf gevoelsmatig binnenlaten. Het hoofdstuk over zelfcensuur is erg belangrijk voor haar, en in deze fase van de behandeling past de CGW'er een extra interventie toe: een verwerkingsopdracht (schrijven) over de nare ervaringen met haar familie en hoe zij los van deze negatieve invloed verder wil gaan met haar leven.

Na vijf maanden voelt Hanneke zich beduidend beter. Zij is vaker tevreden met zichzelf, heeft enkele belangrijke keuzes voor zichzelf gemaakt, zoals het contact met haar familie minimaliseren, de afhandeling van de erfenis van haar vader uit handen geven aan een bevriend notaris, en het oppakken van hobby's. Zij denkt erover om een eigen winkel in antiek te beginnen, iets wat zij altijd al wilde.

9.8 Motivatie

Vragen vooraf:

- a) Wat is extrinsieke motivatie? En wat is intrinsieke motivatie?*
- b) Noem drie interventies waarmee de motivatie vergroot kan worden.*

Motivatie is datgene wat ons drijft en initieert bepaald gedrag, stuurt het gedrag om het doel te bereiken, en zorgt ervoor dat we volhouden om ons doel te bereiken. Het onderzoek naar motivatie gaat ervan uit dat het initiëren en volhouden van gedrag onder invloed staat van de anticipatie op een beloning. Beloningen kunnen extern zijn, zoals geld, eten, drugs en complimenten, of intern, zoals het plezier dat men krijgt van de taak zelf (bijvoorbeeld pianospelen) of het gevoel van tevredenheid over het volbrengen van de taak (bijvoorbeeld een boek schrijven). Als de beloningen extern liggen is het individu extrinsiek gemotiveerd; als de beloningen in het individu liggen, is het gedrag intrinsiek gemotiveerd. Bij intrinsieke motivatie zal de persoon meer geneigd zijn vol te houden en hierom is het van belang om de intrinsieke motivatie bij een behandeling te vergroten (zie verderop). In het begin van het aanleren van een bepaald gedrag is de extrinsieke motivatie doorgaans groter dan de intrinsieke motivatie ('Als je nu dit leert, mag je straks spelen'), maar in het volhouden van gedrag wordt de intrinsieke motivatie belangrijker ('Ik doe nu mijn huiswerk, dan ben ik naderhand tevreden over mijzelf') (Alexander, Ryan & Deci, 2000; Franzen, 2008).

Er is veel te schrijven over motivatie, maar in dit kader is het belangrijk te beseffen dat de factor motivatie in elke behandeling van belang is. Zonder motivatie is geen verandering mogelijk en een geringe motivatie speelt bij diverse ziektebeelden een rol. Meestal is de lijdens-

druk een reden om in behandeling te gaan, waarbij het vooruitzicht om hiervan af te komen genoeg motiveert om tot gedragsverandering te komen. Gedragsverandering is lastig als de beloning van het disfunctionele gedrag direct op het gedrag volgt en er geen lijdensdruk is. Dit probleem doet zich voor bij vermindering van verslavingen en eetstoornissen, en bij het versterken van gezondheidsgedrag, waar de positieve gevolgen pas later worden ervaren (Schroeder, 2007; Verstuyf, Patrick, Vansteenkiste & Teixeira, 2012). Gedragsverandering is ook moeilijk als de lijdensdruk weliswaar groot is, maar de beloning van verandering lang op zich laat wachten en deze moeilijk voor te stellen of te voelen is. Dit probleem doet zich voor bij schizofrene patiënten, die weinig voelen bij de in het vooruitzicht gestelde beloningen, bij langdurig depressieve patiënten, bij verslaafde patiënten en bij patiënten met eetstoornissen (Der-Avakian & Markou, 2012; Yilmaz, Simsek & Gonul, 2012).

Motivatie hangt af van leerervaringen (hoe meer positieve leerervaringen met bepaald gedrag, hoe groter de kans dat dit gedrag opnieuw vertoond wordt), van het vermogen zich voor te stellen hoe de beloning aanvoelt, en van de actuele stemming van het individu. Bij patiënten met schizofrenie, autisme, een ernstige verslaving en een ernstige depressie is het voorstellingsvermogen van hoe de beloning aanvoelt verstoord (Allen, Fonagy & Bateman, 2008; Chevallier et al., 2012). De mentale en de fysieke gesteldheid van het individu op een bepaald moment bepalen de motivatie door de verhouding van emotionele belangen. Als je net gegeten hebt is de motivatie om te gaan koken voor morgen niet zo groot. Als je erg moe bent zul je minder zin hebben om dit boek te lezen. Als je angstig bent heb je vooral behoefte aan veiligheid. Als je je gezond voelt zul je weinig boodschap hebben aan de huisarts die je wijst op gezonde leefregels (Galtress, Marshall & Kirkpatrick, 2012).

Behandeling

Positieve veranderingen in de intrinsieke motivatie leiden tot grotere therapietrouw, vermindering van psychiatrische symptomen en verbeteringen in het psychosociaal functioneren (Harvey & Strassnig, 2012; Kartalova-O'Doherty & Tedstone Doherty, 2010; Ryff, 1995).

We bespreken drie technieken die de motivatie kunnen vergroten.

- 1 Motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2002): in het kort komt deze methode neer op het empathisch vragen naar de lijdensdruk, de motieven om wel en om niet te veranderen, het uitvragen van belangrijke waarden en doelen in het leven van de patiënt, het vragen naar de discrepantie tussen de huidige situatie en de gewenste situatie, en het vergroten van het competentiegevoel van de patiënt. Het vergroten van het competentiegevoel kun je doen door na te gaan wat barrières zijn in het aangaan van veranderingen, door te vragen naar eerdere successen, en door de patiënt te laten nadenken over mogelijke strategieën die hij kan hanteren. Motiverende gespreksvoering gaat uit van het veranderingsmodel van Prochaska en DiClemente (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). De bereidheid om te veranderen doorloopt een aantal stadia:
- a voorbeschouwing of precontemplatie: de patiënt is zich er nog niet van bewust dat hij een probleem heeft, terwijl de omgeving dat al wel signaleert;
 - b overpeinzing of contemplatie: de patiënt realiseert zich dat hij een probleem heeft maar is nog niet bereid om te veranderen;
 - c besluitvorming of voorbereiding: de patiënt neemt een besluit om te veranderen omdat hij zich voldoende bewust is van het probleem en het zelfvertrouwen heeft dat hij kan veranderen. Er wordt een actieplan gemaakt;
 - d uitvoering of actie: de patiënt werkt volgens het actieplan aan gedragsverandering;
 - e consolidatie: de patiënt oefent met nieuw gedrag in zijn dagelijks leven en zet hierin door;
 - f terugval: er wordt een terugvalpreventieplan opgesteld.

In de precontemplatiefase kun je gebruikmaken van het problematiseren van het probleemgedrag: ‘Hoe zal het verder in je leven gaan als je zo doorgaat zoals je nu doet?’ In de contemplatiefase kun je met dilemmacounseling de voor- en nadelen van verandering op een rij zetten.

Motiverende gespreksvoering maakt ook gebruik van de theorie van zelfdeterminatie, die in punt 2 hierna wordt uitgewerkt.

- 2 Ondersteunen van de zelfdeterminatie (Markland, Ryan, Tobin & Rollnick, 2005): de zelfdeterminatietheorie gaat ervan uit dat mensen een aangeboren en dus intrinsieke motivatie hebben om te

groeien, waarbij gestreefd wordt naar volledige autonomie. Hoe autonomer iemands motivatie om te veranderen is, des te groter is zijn bereidheid tot verandering en des te groter is de kans dat hij op de lange termijn de gedragsverandering weet te handhaven. Iemand kan vanuit zichzelf motivatie ontwikkelen wanneer hij aan drie fundamentele psychologische behoeften tegemoet kan komen:

- a behoefte aan competentie, dat wil zeggen dat een persoon een vertrouwen in de eigen vaardigheden ervaart en de capaciteit heeft om uitkomsten beïnvloeden;
- b behoefte aan autonomie, het idee dat een persoon zelf richting kan geven aan het eigen handelen in plaats van zich gecontroleerd of gedwongen tot handelen te voelen;
- c behoefte aan verbondenheid, dat wil zeggen dat de relaties van een persoon voldoening geven en ondersteunend zijn.

In de behandeling kun je dit proces ondersteunen door met de patiënt na te gaan wat diens waarden en doelen zijn, door de vaardigheden aan te reiken die de patiënt nodig heeft om deze doelen te bereiken, en door de patiënt emotioneel te ondersteunen in de moeilijkheden die hij tegenkomt en te complimenteren met datgene wat hij bereikt.

- 3 Het vergroten van de waarde die de patiënt hecht aan gedragsverandering en het vergroten van het gevoel van competentie om deze gedragsverandering door te zetten. Deze interventie is gebaseerd op de ‘expectancy-value theory’ (Wigfield & Eccles, 2000): expectancy staat voor de verwachting die de patiënt heeft van een bepaald succes en zijn competentie om iets te volbrengen, en value staat voor de waarde die de patiënt hecht aan dat succes. Beide dragen bij aan de motivatie. Stel dat een patiënt denkt dat hij gemakkelijk kan stoppen met roken, maar hij hecht geen waarde aan dit succes, dan zal hij weinig gemotiveerd zijn om te stoppen. Het omgekeerde leidt ook tot een geringe motivatie, namelijk dat hij de kans op succes klein acht, terwijl hij er wel veel waarde aan hecht. Als een patiënt na uitleg van technieken om te kunnen stoppen met roken verwacht dat hij gemakkelijker kan stoppen met roken, is de motivatie vergroot. Of, in het eerste geval: als een patiënt na dilemmacounseling meer waarde is gaan hechten aan het stoppen met roken, is de motivatie ook vergroot. In de interventie kun je met de patiënt de verwachting op succes van gedragsverandering door nemen en de waarde die de patiënt hecht aan deze verandering.

9.9 Transdiagnostisch behandelprotocol voor emotionele stoornissen (Barlow)

Mark is een student van 22 jaar. Hij is thuiswonend en hij moet voor zijn studie bijna dagelijks twee uur reizen om op de universiteit te komen en om weer thuis te komen. Dat reizen is nu net het probleem: Mark heeft last van paniekaanvallen tijdens het reizen, waarbij hij ook bang is dat hij niet tijdig een toilet kan bereiken als hij nodig moet. Bij spanning krijgt hij last van darmklachten, waardoor hij dunne ontlasting krijgt. Het is nog niet voorgekomen dat hij niet op tijd een toilet kon bereiken, maar hij is er wel bang voor. Daarnaast heeft hij een probleem met slapen. Op zijn veertiende is bij hem een melatoninetekort vastgesteld, wat verklaarde waarom hij zo moeilijk in slaap kon komen. Door melatonine in tabletvorm in te nemen is de slaap sterk verbeterd, maar hij is nog steeds bang dat hij niet goed zal slapen als hij 's ochtends vroeg moet opstaan. Geregeld slaapt hij op dagen dat hij naar de universiteit moet maar enkele uren. Als hij in behandeling komt, vermijdt hij het treinreizen.

Zijn hulpvraag is het verminderen van de paniekaanvallen, zijn angst om niet op tijd een toilet te kunnen bereiken, en de angst om niet te kunnen slapen.

Barlow en collega's hebben een transdiagnostisch behandelprotocol ontwikkeld voor de behandeling van emotionele stoornissen (Barlow et al., 2011). Zij ontdekten dat er in de bestaande behandelprotocollen voor verschillende angststoornissen veel overeenkomsten zitten, zoals cognitieve interventies, het doorbreken van vermijdingsgedrag en het verdragen van emoties. Het transdiagnostisch behandelprotocol is effectief gebleken bij de behandeling van angststoornissen, depressieve stoornissen en bij comorbiditeit van angst en depressie. In een vergelijkende studie bij angststoornissen (paniekstoornis, sociale angst en gegeneraliseerde angststoornis) bleek een transdiagnostisch protocol net zo effectief als een stoornisspecifiek protocol (Norton & Barrera, 2012). In een andere studie vond men geen verschil in effectiviteit bij mono- of comorbide pathologie (Norton, 2012) bij toepassing van een transdiagnostisch protocol. Met andere woorden: het transdiagnostisch model werkte zowel bij een enkele stoornis als bij meerdere

stoornissen tegelijkertijd. Het transdiagnostisch protocol voor angststoornissen vermindert ook depressieve symptomen (Norton, Hayes & Hope, 2004).

Behandeling

Het transdiagnostisch behandelprotocol is (nog) niet vertaald in het Nederlands. Het Engelstalige behandelprotocol (Barlow et al., 2011) is echter goed te volgen. Het bestaat uit een therapeutenboek en een werkboek voor de patiënt.

Het werkboek bestaat uit veertien hoofdstukken en richt zich op diverse transdiagnostische factoren, zoals het doorbreken van vermijdingsgedrag, motivatie, inzicht in emotionele reacties en het verloop daarvan, het verleggen van de aandacht en het wijzigen van denkfouten.

In hoofdstuk 1 wordt uitgelegd wat emotionele stoornissen zijn. Aan de hand van vier uitgewerkte casussen wordt informatie gegeven over verschillende angststoornissen en depressie. Emotionele stoornissen worden gekenmerkt door het ervaren van sterke, intense en ongemakkelijke emoties die het leven van de patiënt schijnen te hebben ‘overgenomen’. Deze emoties brengen de patiënt ertoe om zijn gedrag te veranderen of situaties te vermijden, waardoor er interferentie met het dagelijks leven ontstaat.

In hoofdstuk 2 wordt aan de hand van een beslisboom bekeken of de patiënt baat kan hebben bij dit behandelprogramma. Voorwaarden om profijt te hebben zijn het ervaren van sterke, intense emoties die interfereren met het dagelijks leven, het momenteel niet elders in behandeling zijn, en een inschatting dat het volgen van het behandelprogramma meer voordelen dan nadelen geeft.

Hoofdstuk 3 gaat over het leren registreren van angst- en depressieve symptomen aan de hand van twee vragenlijsten. Beide vragenlijsten bestaan uit vijf vragen die de intensiteit en de mate van interferentie meten van respectievelijk angst en depressie. Scores worden wekelijks door de patiënt in een grafiek uitgezet.

In hoofdstuk 4 wordt aandacht besteed aan de voor- en nadelen van veranderen en de voor- en nadelen van niet veranderen. Tevens worden concrete doelen gesteld die de patiënt wil behalen met dit behandelprotocol en worden stappen geformuleerd die tot dit doel moeten leiden.

Hoofdstuk 5 gaat over de drie componenten van een emotionele ervaring: het gevoel en de lichamelijke sensaties, de gedachten en het gedrag. Zowel angst als depressie wordt met deze drie componenten uitgelegd.

In hoofdstuk 6 leert de patiënt om emotionele reacties te registreren in een zogenoemd ARC-formulier: antecedenten (wat ging eraan vooraf?), responsen (gedachten, gevoelens en gedrag) en consequenties (wat gebeurde er daarna?).

Hoofdstuk 7 behandelt het observeren van de emotionele reactie als die zich voordoet. De patiënt leert om in het hier en nu aandachtig de emotionele reactie te observeren zonder oordeel. Er wordt in dit hoofdstuk verwezen naar mindfulness als houding, waarbij de patiënt zowel oefeningen kan doen om de ademhaling te observeren als om zijn emotionele reacties waar te nemen. De patiënt leert ook om zichzelf te ankeren in het hier en nu, door zich bijvoorbeeld te concentreren op geluiden, tactiele sensaties (bijvoorbeeld vingers op het toetsenbord) en het zien van dingen.

Hoofdstuk 8 behandelt de rol van cognities, met name rampdenken en het overschatten van risico's.

Hoofdstuk 9 en 10 gaan in op vermijdingsgedrag en veiligheidsgedrag en gedragingen die anderszins door emoties worden aangestuurd, zoals piekeren, geruststelling vragen en afreageren. De patiënt leert deze te registreren en te vervangen door alternatief gedrag.

In hoofdstuk 11 wordt de patiënt geleerd om zichzelf bloot te stellen aan ongemakkelijke en beangstigende lichamelijke sensaties (interoceptieve exposure).

Hoofdstuk 12 behandelt exposure aan situaties die nu worden vermeden, en het behalen van de doelen die de patiënt in hoofdstuk 2 heeft opgesteld.

Hoofdstuk 13 gaat over medicatie bij emotionele stoornissen, en in hoofdstuk 14 wordt een terugvalpreventieplan opgesteld.

Mark schaft het werkboek aan en neemt per week een hoofdstuk door met zijn CGW'er. Hij heeft vooral veel aan de registratie van emotionele reacties op het ARC-formulier, omdat hij daarmee zicht krijgt op uitlokkende factoren en interfererend gedrag. Er is bij hem vooral sprake van anticipatieangst. Met behulp van ankeren in het hier en nu en het observeren van zijn emotionele reactie krijgt hij meer vertrouwdheid met de

emotionele reactie en wordt hij ontspannener. Hij werkt hard aan het doorbreken van zijn vermijdingsgedrag en veiligheidsgedrag. Na een halfjaar is Mark in staat om zijn angsten op te vangen en te reizen met de trein. Hij doet geregeld zijn mindfulnessoefeningen als hij niet kan slapen.

9.10 Psychische weerbaarheid

Vragen vooraf:

- a) Noem zes factoren die de psychische weerbaarheid vergroten.
- b) Is voor het ervaren van welzijn de afwezigheid van psychopathologie een voorwaarde?

Wat kunnen we leren van mensen die geen psychiatrische stoornis ontwikkelen? Hoe krijgen mensen die een traumatische gebeurtenis meemaken het voor elkaar om er geen noemenswaardige last aan over te houden? Zijn er beschermende factoren die mensen weerbaar maken en houden?

De laatste twee decennia is er een toenemende belangstelling voor psychologische flexibiliteit en veerkracht (resilience) (Bonanno, 2004; Davydov, Stewart, Ritchie & Chaudieu, 2010). Veerkracht verwijst naar het herstelvermogen van lichaam en geest na een confrontatie met tegenslag. Het is opvallend hoeveel veerkracht mensen hebben; dit zul je zelf geregeld ervaren in de behandeling van mensen die ernstige tegenslag te verwerken hebben gekregen. Psychologische flexibiliteit betekent het vermogen van mensen om zich aan te passen aan wat de situatie vraagt. Starheid daarentegen versterkt problemen. Zo is het niet helpend om actief te blijven zoeken naar oplossingen als een situatie vraagt om aanvaarding, of is het niet helpend om passief te blijven als een situatie vraagt om een actieve houding. Psychologische flexibiliteit en veerkracht zijn te versterken door de behandeling hierop te richten.

In een studie naar oorlogsslachtoffers van de Balkanoorlog vonden Ajdukovic en collega's (2013) acht factoren die helpend waren om te herstellen:

- 1 sociale binding en steun: het vervullen van een actieve rol binnen de familie/het gezin, begrip en steun van anderen, het delen van

- ervaringen met anderen die soortgelijke ervaringen hebben, het maken van nieuwe vrienden en het zich gewaardeerd voelen;
- 2 copingstrategieën: het hebben van zinvol betaald werk, zinvolle bezigheden, zich competent in werk of bezigheden voelen, alledaagse routineklussen, het vertellen over oorlogservaringen, vermijden van mensen die het alleen maar over de oorlog hebben, integreren van de traumatische ervaringen in het levensverhaal, openstaan voor nieuwe ervaringen, vertrouwen krijgen in mensen (zien dat er ook goede mensen zijn), zichzelf in een rustige omgeving kunnen zetten, positieve herinneringen ophalen aan de tijd voor de oorlog en deze integreren in toekomstplannen;
 - 3 persoonlijke gehardheid: moed en durf, opstandigheid ('Ik laat me er niet onder krijgen'), zelfdiscipline, van het moment kunnen genieten, zich vastleggen op het verbeteren van de eigen situatie, humor, een optimistische levensinstelling, hoop op een betere toekomst en zelfcompetentie;
 - 4 psychosociale behandeling: een actieve ondersteuning van een professional, normaliseren van de symptomen en een behandeling in de moedertaal;
 - 5 materiële ondersteuning: schadeherstel, medewerking van de autoriteiten en hooguit tijdelijke materiële ondersteuning op weg naar op eigen benen staan;
 - 6 normaliseren van het alledaagse leven: werk, kinderen naar school, contacten met anderen;
 - 7 psychologische veiligheid: verzekerd zijn van werk, financiën en autonomie;
 - 8 betrokkenheid bij de samenleving: vrijwilligerswerk, anderen helpen die het zwaar hebben.

Theorievorming over resilience is er ook. We bespreken er twee. De eerste theorie is de theorie van het behoud van middelen (conservation of resources) (Hobfoll, 1989). Een van de manieren om mentaal sterk te blijven is het behouden van belangrijke middelen. Je kunt hierbij denken aan het behoud van materiële zaken en financiële middelen, sociale steun en sociale status, en het behoud van eigenwaarde, een gevoel van rechtvaardigheid en autonomie.

De tweede theorie is gebaseerd op een vergelijking met weerbaarheid bij infectieziekten (Davydov et al., 2010). Bij infectieziekten kan

het lichaam de indringer bestrijden. Hoe effectiever dit gebeurt, hoe weerbaarder de persoon is. Door het opbouwen van immuniteit wordt een tweede barrière opgeworpen, wat de persoon weerbaarder maakt. Analoog hieraan kan iemand die stressvolle gebeurtenissen meemaakt de stresssymptomen adequaat bestrijden door de helpende factoren die we hiervoor hebben genoemd. De persoon kan ook proberen om een zekere immuniteit op te bouwen ('Het deert me niet'). Als mensen succesvol met eerdere narigheid zijn omgegaan, kunnen zij vaak beter tegen nieuwe narigheid (Collishaw et al., 2007). Een derde manier om weerbaarheid te vergroten is het promoten van een algehele mentale gezondheid en psychologische flexibiliteit. Het dagelijks meemaken van positieve ervaringen en hier oog voor hebben is zo'n promotor van mentale gezondheid, evenals mindfulness (Hayes & Plumb, 2007).

Een nieuwe stroming in de psychologie, de positieve psychologie, bestudeert deze manier van het opbouwen van mentale weerbaarheid, veerkracht en psychologische flexibiliteit (Bohlmeijer et al., 2013; Lamers, 2012). Interventies die uit deze stroming voortkomen hebben een positief effect op lichamelijke en geestelijke gezondheid en op de kwaliteit van leven (Eisner, Johnson & Carver, 2009). De interventies grijpen in op diverse transdiagnostische factoren. Je kunt hierbij denken aan de volgende aangrijpingspunten: de aandacht voor plezierige ervaringen versterken, inzicht krijgen in belangrijke waarden en hiernaar leven, kwaliteiten ontdekken en deze gebruiken in het dagelijks leven, zelfkritiek vervangen door zelfcompassie, geestelijke groei bevorderen na het doormaken van een traumatische ervaring, verbondenheid ervaren met andere mensen en de wereld, een bijdrage leveren aan de maatschappij, enzovoort. Een belangrijk inzicht uit de positieve psychologie is overigens dat de afwezigheid van een psychiatrische stoornis niet per se tot een gevoel van welbevinden leidt, en dat mensen met een psychiatrische of lichamelijke aandoening soms juist wel welbevinden kunnen ervaren. Dit inzicht is van belang wanneer bepaalde klachten niet veranderbaar zijn, zoals bij een chronische aandoening, en mensen toch op het spoor kunnen komen van een betekenisvol leven. Voor meer informatie over dit onderwerp verwijzen we naar *Handboek positieve psychologie* (Bohlmeijer et al., 2013).

Literatuur

- Ajdukovic, D., Ajdukovic, D., Bogic, M., Franciskovic, T., Galeazzi, G.M., Kucukalic, A., Lecic-Tosevski, D., Schützwohl, M. & Priebe, S. (2013). Recovery from posttraumatic stress symptoms: a qualitative study of attributions in survivors of war. *PLOS ONE*, 8(8), e70579.
- Alexander, P., Ryan, R. & Deci, E. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 1.
- Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, K.J. (2001). Internet use among college students: an exploratory study. *Journal of American College Health*, 50(1), 21-26.
- APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition – Text Revised*. Washington DC: American Psychiatric Association. (Nederlandse vertaling 2001, Amsterdam: Harcourt Assessment BV).
- APA (2013). *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- 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(7), 724-731.
- Bagby, R.M., Vachon, D.D., Bulmash, E.L., Toneatto, T., Quilty, L.C. & Costa, P.T. (2007). Pathological gambling and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 43(4), 873-880.
- Barlow, D.H., Ellard, K.K., Fairholme, C.P., Farchione, T.J., Boisseau, C.L., Allen, L.B. & Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. New York: Oxford University Press.
- Bates, M.E., Buckman, J.F. & Nguyen, T.T. (2013). A role for cognitive rehabilitation in increasing the effectiveness of treatment for alcohol use disorders. *Neuropsychology Review*, 23(1), 27-47.
- Beesdo-Baum, K., Höfler, M., Gloster, A.T., Klotsche, J., Lieb, R., Beauducel, A., Bühner, M., Kessler, R.C. & Wittchen, H.U. (2009). The structure of common mental disorders: a replication study in a community sample of adolescents and young adults. *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 18(4), 204-220.
- Benca, R.M., Obermeyer, W.H., Thisted, R.A. & Gillin, J.C. (1992). Sleep and psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 651-668.
- Bentall, R.P., Rowse, G., Kinderman, P., Blackwood, N., Howard, R., Moore, R., Cummins, S. & Corcoran, R. (2008). Paranoid delusions in schizophrenia spectrum disorders and

- depression: the transdiagnostic role of expectations of negative events and negative self-esteem. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(5), 375-383.
- Biliński, P., Wojtyła, A., Kapka-Skrzypczak, L., Chwedorowicz, R., Cyranka, M. & Studziński, T. (2012). Epigenetic regulation in drug addiction. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 19(3), 491-496.
- Black, D.W., Shaw, M., McCormick, B., Bayless, J.D. & Allen, J. (2012). Neuropsychological performance, impulsivity, ADHD symptoms, and novelty seeking in compulsive buying disorder. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 581-587.
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G. & Walburg, J.A. (2013). *Handboek positieve psychologie*. Amsterdam: Boom.
- Bonanno, G.A., Galea, S., Bucciarelli, A. & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 671-682.
- Bressan, R.A. & Crippa, J.A. (2005). The role of dopamine in reward and pleasure behaviour: review of data from pleclinical research. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.*, 427, 14-21.
- Bulik, C.M. & Reichborn-Kjennerud, T. (2003). Medical morbidity in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34 (Suppl.), S39-46.
- Carleton, R.N., Mulvogue, M.K., Thibodeau, M.A., McCabe, R.E., Antony, M.M. & Asmundson, G.J. (2012). Increasingly certain about uncertainty: intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 468-479.
- Carlezon, W.A. Jr. & Thomas, M.J. (2009). Biological substrates of reward and aversion: a nucleus accumbens activity hypothesis. *Neuropharmacology*, 56 (Suppl. 1), 122-132.
- Carnes, P.J., Murray, R.E. & Charpentier, L. (2005). Bargains with chaos: sex addicts and addiction interaction disorder. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 12, 79-120.
- Carver, C.S., Johnson, S.L. & Joormann, J. (2008). Serotonergic function, two-mode models of self-regulation, and vulnerability to depression: what depression has in common with impulsive aggression. *Psychological Bulletin*, 134(6), 912-943.
- Chen, C.Y., O'Brien, M.S. & Anthony, J.C. (2005). Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000-2001. *Drug and Alcohol Dependence*, 79(1), 11-22.
- Chevalier, N., Parent, V., Rouillard, M., Simard, F., Guay, M.C. & Verret, C. (2012). The impact of a motor-cognitive remediation program on attentional functions of preschoolers with ADHD symptoms. *Journal of Attentive Disorders*, December 26. [Epub ahead of print.]
- Chevallier, C., Kohls, G., Troiani, V., Brodtkin, E.S. & Schultz, R.T. (2012). The social motivation theory of autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(4), 231-239.
- Colbert, S.M., Peters, E.R. & Garety, P.A. (2006). Need for closure and anxiety in delusions: a longitudinal investigation in early psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 44(10), 1385-1396.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C. & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample. *Child Abuse and Neglect*, 31, 211-229.
- Connell, J., Brazier, J., O'Cathain, A., Lloyd-Jones, M. & Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 138.
- Corcoran, R., Rowse, G., Moore, R., Blackwood, N., Kinderman, P., Howard, R., Cummins, S. & Bentall, R.P. (2008). A transdiagnostic investigation of 'theory of mind' and 'jumping to conclusions' in patients with persecutory delusions. *Psychological Medicine*, 38(11), 1577-1583.

- Corrigan, P.W. & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469.
- Corstorphine, E., Mountford, V., Tomlinson, S., Waller, G. & Meyer, C. (2007). Distress tolerance in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8(1), 91-97.
- Creemers, D.H., Scholte, R.H., Engels, R.C., Prinstein, M.J. & Wiers, R.W. (2013). Damaged self-esteem is associated with internalizing problems. *Frontiers in Psychology*, 4, 152.
- Dahl, R.E. & Lewin, D.S. (2002). Pathways to adolescent health sleep regulation and behavior. *Journal of Adolescent Health*, 31 (6 Suppl.), 175-184.
- Dahlgren, C.L., Lask, B., Landrø, N.I. & Rø, O. (2013). Neuropsychological functioning in adolescents with anorexia nervosa before and after cognitive remediation therapy: a feasibility trial. *International Journal of Eating Disorders*, doi: 10.1002. [Epub ahead of print.]
- Davydov, D.M., Stewart, R., Ritchie, K. & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479-495.
- Dawes, M.A., Antelman, S.M., Vanyukov, M.M., Giancola, P., Tarter, R.E., Susman, E.J., Mezzich, A. & Clark, D.B. (2000). Developmental sources of variation in liability to adolescent substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 61(1), 3-14.
- Der-Avakian, A. & Markou, A. (2012). The neurobiology of anhedonia and other reward-related deficits. *Trends in Neurosciences*, 35(1), 68-77.
- Dinges, D.F., Pack, F., Williams, K., Gillen, K.A., Powell, J.W., Ott, G.E., Aptowicz, C. & Pack, A.I. (1997). Cumulative sleepiness, mood disturbance, and psychomotor vigilance performance decrements during a week of sleep restricted to 4-5 hours per night. *Sleep*, 20(4), 267-277.
- Eisner, L.R., Johnson, S.L. Carver, C.S. (2009). Positive affect regulation in anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(5), 645-649.
- Ekkers, W., Korrelboom, K., Huijbrechts, I., Smits, N., Cuijpers, P. & Gaag, M. van der (2011). Competitive Memory Training for treating depression and rumination in depressed older adults: a randomized controlled trial. *Behaviour Research Therapy*, 49(10), 588-596.
- Emmelkamp, P. & Vedel, E. (2007). *Alcohol- en drugsverslaving: Een gids voor effectief gebleken behandelingen*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., O'Connor, M.E., Bohn, K., Hawker, D.M., Wales, J.A. & Palmer, R.L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 311-319.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a 'transdiagnostic' theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528.
- Fennell, M.J. (2004). Depression, low self-esteem and mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 42(9), 1053-1067.
- Fisher, B.A. & Schenkman, M. (2012). Functional recovery of a patient with anorexia nervosa: physical therapist management in the acute care hospital setting. *Physical Therapy*, 92(4), 595-604.
- Flett, G.L. & Hewitt, P.L. (2002). Perfectionism and maladjustment: an overview of theoretical, definitional, and treatment issues. In: G.L. Flett & P.L. Hewitt P.L. (Eds.), *Perfectionism: Theory, research & treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fox, H.C., Bergquist, K.L., Peihua, G. & Rajita, S (2010). Interactive effects of cumulative stress and impulsivity on alcohol consumption. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 34(8), 1376-1385.

- Franken, I.H. (2003). Drug craving and addiction: integrating psychological and neuropsychopharmacological approaches. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 27(4), 563-579.
- Franzen, G. (2008). *Motivatatie: Denken over drijfveren sinds Darwin*. Amsterdam: Boom.
- Franzen, P.L., Siegle, G.J. & Buysse, D.J. (2008). Relationships between affect, vigilance, and sleepiness following sleep deprivation. *Journal of Sleep Research*, 17(1), 34-41.
- Gaag, M. van der, Oosterhout, B. van, Daalman, K., Sommer, I.E. & Korrelboom, K. (2012). Initial evaluation of the effects of Competitive Memory Training (COMET) on depression in schizophrenia-spectrum patients with persistent auditory verbal hallucinations: a randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 158-171.
- Galtress, T., Marshall, A.T. & Kirkpatrick, K. (2012). Motivation and timing: clues for modeling the reward system. *Behavioural Processes*, 90(1), 142-153.
- Gardner, E.L. (2011). Addiction and brain reward and antireward pathways. *Advances of Psychosomatic Medicine*, 30, 22-60.
- Groffen, D.A., Bosma, H., Tan, F.E., Akker, M. van den, Kempen, G.I. & Eijk, J.T. van (2012). Material vs. psychosocial explanations of old-age educational differences in physical and mental functioning. *European Journal of Public Health*, 22(4), 587-592.
- Harvey, A.G., Murray, G., Chandler, R.A. & Soehner, A. (2011). Sleep disturbance as transdiagnostic: consideration of neurobiological mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 225-235.
- Harvey, P.D. & Strassnig, M. (2012). Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status. *World Psychiatry*, 11(2), 73-79.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: University Press.
- Hayes, S.C. & Plumb, J.C. (2007). Mindfulness from the bottom up: providing an inductive framework for understanding mindfulness processes and their application to human suffering. *Psychological Inquiry*, 18, 242-248.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Heycop ten Ham, B.F. van, Hulsbergen, M.L. & Bohlmeijer, E.T. (verwachte uitgave 2014). *Transdiagnostische factoren: Theorie en praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Heycop ten Ham, B.F. van, Vos, B. de & Hulsbergen, M. (2012). *Praktijkboek gedragstherapie. Handboek voor cognitief gedragstherapeutisch werkers I*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychology*, 44(3), 513-524.
- Hoiles, K.J., Egan, S.J. & Kane, R.T. (2012). The validity of the transdiagnostic cognitive behavioural model of eating disorders in predicting dietary restraint. *Eating behaviours*, 13(2), 123-126.
- Hulsbergen, M. (2012). *Emoties, wat doe je ermee? Creëer een emotioneel evenwichtig leven*. Amsterdam: Boom.
- Iacono, W.G., Malone, S.M. & McGue, M. (2008). Behavioral disinhibition and the development of early-onset addiction: common and specific influences. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 325-348.

- Kartalova-O'Doherty, Y. & Tedstone Doherty, D. (2010). Recovering from recurrent mental health problems: giving up and fighting to get better. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(1), 3-15.
- Keel, P.K. & Klump, K.L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin*, 129(5), 747-769.
- Kertz, S.J., Bigda-Peyton, J.S., Rosmarin, D.H. & Björgvinsson, T. (2012). The importance or worry across diagnostic presentations: prevalence, severity and associated symptoms in a partial hospital setting. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 126-133.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R. & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kessler, R.C., Ormel, J., Petukhova, M., McLaughlin, K.A., Green, J.G., Russo, L.J., Stein, D.J., Zaslavsky, A.M., et al. (2011). Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Archives of General Psychiatry*, 68(1), 90-100.
- Klump, K.L., Suisman, J.L., Burt, S.A., McGue, M. & Iacono, W.G. (2009). Genetic and environmental influences on disordered eating: an adoption study. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 797-805.
- Koppen, P.J. van, Hessing, D.J., Merckelbach, H.L.G.J. & Crombag, H.F.M. (2002). *Het recht van binnen: Psychologie van het recht*. Deventer: Kluwer.
- Korrelboom, C.W. (2011). *COMET voor craving: verslaving*. Amsterdam, Jaarsymposium Verslavingszorg.
- Korrelboom, K., Maarsingh, M. & Huijbrechts, I. (2012). Competitive memory training (COMET) for treating low self-esteem in patients with depressive disorders: a randomized clinical trial. *Depression and Anxiety*, 29(2), 102-110.
- Krueger, R.F. & Markon, K.E. (2006). Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 111-133.
- Lamers, S. (2012). *Positive mental health: Measurement, relevance and implications*. Proefschrift. Enschede: Universiteit Twente.
- Lamont, E.W., Legault-Coutu, D., Cermakian, N. & Boivin, D.B. (2007). The role of circadian clock genes in mental disorders. *Dialogues of Clinical Neuroscience*, 9(3), 333-342.
- Le Foll, B., Gallo, A., Le Strat, Y., Lu, L. & Gorwood, P. (2009). Genetics of dopamine receptors and drug addiction: a comprehensive review. *Behavioural Pharmacology*, 20(1), 1-17.
- Lima, M.M., Andersen, M.L., Reksidler, A.B., Silva, A., Zager, A., Zanata, S.M., Vital, M.A. & Tufik, S. (2008). Blockage of dopaminergic D(2) receptors produces decrease of REM but not of slow wave sleep in rats after REM sleep deprivation. *Behavioural Brain Research*, 188(2), 406-411.
- Lindberg, L. & Hjern, A. (2003). Risk factors for anorexia nervosa: a national cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 397-408.
- Lorian, C.N., Mahoney, A. & Grisham, J.R. (2012). Playing it safe: an examination of risk-avoidance in an anxious treatment-seeking sample. *Journal of Affective Disorders*, 141(1), 63-71.
- Lucius, S.A.P. (2012). *Was het maar weer lente! Over winterdepressie, lichttherapie en bioritmes*. Amsterdam: Boom.
- Lyon, G.J., Abi-Dargham, A., Moore, H., Lieberman, J.A., Javitch, J.A. & Sulzer, D. (2011). Presynaptic regulation of dopamine transmission in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(1), 108-117.

- Malhi, G.S. & Berk, M. (2007). Does dopamine dysfunction drive depression? *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.*, 433, 116-124.
- Markland, D., Ryan, R.M., Tobin, V.J. & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 811-831.
- Mazzeo, S.E. & Bulik, C.M. (2009). Environmental and genetic risk factors for eating disorders: what the clinician needs to know. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 67-82.
- McEvoy, P.M. & Mahoney, A.E. (2012). To be sure, to be sure: intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior Therapy*, 43(3), 533-545.
- Mcgilley, B.M. & Pryor, T.L. (1998). Assessment and treatment of bulimia nervosa. *American Family Physician*, 57(11), 2743-2750.
- McHugh, R.K., Murray, H.W. & Barlow, D.H. (2009). Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically-supported treatments: the promise of transdiagnostic interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 946-953.
- McHugh, R.K. & Otto, M.W. (2012). Refining the measurement of distress intolerance. *Behavior Therapy*, 43(3), 641-651.
- McLaughlin, K.A. & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 186-193.
- Micali, N., Hagberg, K.W., Petersen, I. & Treasure, J.L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open*, 3(5), e002646.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change*. New York/London: The Guilford Press.
- Müller, K.W., Koch, A., Dickenhorst, U., Beutel, M.E., Duven, E. & Wölfling, K. (2013). Addressing the question of disorder-specific risk factors of internet addiction: a comparison of personality traits in patients with addictive behaviors and comorbid internet addiction. *BioMed Research International*, 2013, 546342.
- Neef, M. de (2010). *Negatief zelfbeeld*. Amsterdam: Boom.
- Neumark-Sztainer, D., Eisenberg, M.E., Fulkerson, J.A., Story, M. & Larson, N.I. (2008). Family meals and disordered eating in adolescents: longitudinal findings from project EAT. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(1), 17-22.
- Nicholls, D.E. & Viner, R.M. (2009). Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age 30 years in a national birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(8), 791-799.
- Norton, P.J. (2012). A randomized clinical trial of transdiagnostic cognitive-behavioral treatments for anxiety disorder by comparison to relaxation training. *Behavior Therapy*, 43(3), 506-517.
- Norton, P.J. & Barrera, T.L. (2012). Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: a preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depression and Anxiety*, 29(10), 874-882.
- Norton, P.J., Hayes, S.A. & Hope, D.A. (2004). Effects of a transdiagnostic group treatment for anxiety on secondary depression. *Depression and Anxiety*, 20(4), 198-202.
- Paukert, A.L., Pettit, J.W., Kunik, M.E., Wilson, N., Novy, D.M., Rhoades, H.M., Greisinger, A.J., Wehmanen, O.A. & Stanley, M.A. (2010). The roles of social support and self-efficacy in physical health's impact on depressive and anxiety symptoms in older adults. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(4), 387-400.
- Pedrero Pérez, E.J., Rodríguez Monje, M.T. & Ruiz Sánchez de León, J.M. (2012). Mobile phone abuse or addiction: a review of the literature. *Adicciones*, 24(2), 139-152.

- Peker, K. & Bermek, G. (2011). Predictors of health-promoting behaviors among freshman dental students at Istanbul University. *Journal of Dental Education*, 75(3), 413-420.
- Pike, K.M., Wilfley, D., Hilbert, A., Fairburn, C.G., Dohm, F.A. & Striegel-Moore, R.H. (2006). Antecedent life events of binge-eating disorder. *Psychiatry Research*, 142(1), 19-29.
- Porter, R.J., Bowie, C.R., Jordan, J. & Malhi, G.S. (2013). Cognitive remediation as a treatment for major depression: a rationale, review of evidence and recommendations for future research. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, August 16. [Epub ahead of print.]
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Riley, C., Lee, M., Cooper, Z., Fairburn, C.G. & Shafran, R. (2007). A randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: a preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2221-2231.
- Riley, C. & Shafran, R. (2005). Clinical perfectionism: a preliminary qualitative analysis. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 33, 369-374.
- Roth, T. & Ancoli-Israel, S. (1999). Daytime consequences and correlates of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. II. *Sleep*, 22 (Suppl. 2), S354-358.
- Ryff, C. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.
- Saper, C.B., Cano, G. & Scammell, T.E. (2005). Homeostatic, circadian, and emotional regulation of sleep. *Journal of Comparative Neurology*, 493(1), 92-98.
- Schroeder, S.A. (2007). Shattuck Lecture. We can do better – improving the health of the American people. *New England Journal of Medicine*, 357(12), 1221-1228.
- Schwartz, C.E., Holt, D.J. & Rosenbaum, J.F. (2013). Methodological challenges of moving beyond DSM categories: transdiagnostic studies of frontolimbic connectivity changes in vulnerable individuals. *Biological Psychiatry*, 74(4), 240-241.
- Shafran, R., Cooper, Z. & Fairburn, C.G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773-791.
- Silva Lobo, D.S. da, Vallada, H.P., Knight, J., Martins, S.S., Tavares, H., Gentil, V. & Kennedy, J.L. (2007). Dopamine genes and pathological gambling in discordant sib-pairs. *Journal of Gambling Studies*, 23(4), 421-433.
- Smink, F.R., Hoeken, D. van & Hoek, H.W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414.
- Spielman, A.J., Saskin, P. & Thorpy, M.J. (1987). Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep*, 10(1), 45-56.
- Stenzel, N., Krumm, S., Hartwich-Tersek, J., Beisel, S. & Rief, W. (2012). Psychiatric comorbidity is associated with increased skill deficits. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 4. [Epub ahead of print.]
- Stice, E. & Shaw, H.E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 985-993.
- Suokas, J.T., Suvisaari, J.M., Gissler, M., Löfman, R., Linna, M.S., Raevuori, A. & Haukka, J. (2013). Mortality in eating disorders: a follow-up study of adult eating disorder patients treated in tertiary care, 1995-2010. *Psychiatry Research*, August 16. [Epub ahead of print.]
- Sussman, S., Lisha, N. & Griffiths, M. (2011). Prevalence of the addictions: a problem of the majority or the minority? *Evaluation & the Health Professions*, 34(1), 3-56.
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B. & Ehring, T. (2012). Emotion regulation

- deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research*, 197(1-2), 103-111.
- Trapp, W., Landgrebe, M., Hoesl, K., Lautenbacher, S., Galhofer, B., Günther, W. & Hajak, G. (2013). Cognitive remediation improves cognition and good cognitive performance increases time to relapse: results of a 5 year catamnestic study in schizophrenia patients. *BMC Psychiatry*, 13, 184.
- Uher, R. & Rutter, M. (2012). Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 11(2), 80-92.
- UNODC (2011). *World Drug Report 2011*. New York: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Vaswani, M., Linda, F.K. & Ramesh, S. (2003). Role of selective serotonin reuptake inhibitors in psychiatric disorders: a comprehensive review. *Progress in Neuropsychopharmacology Biology & Psychiatry*, 27(1), 85-102.
- Verstuyf, J., Patrick, H., Vansteenkiste, M. & Teixeira, P.J. (2012). Motivational dynamics of eating regulation: a self-determination theory perspective. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 21.
- Waite, P., McManus, F. & Shafran, R. (2012). Cognitive behaviour therapy for low self-esteem: a preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(4), 1049-1057.
- Watkins, E.R. (2009). Depressive rumination and co-morbidity: evidence for brooding as a transdiagnostic process. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 27(3), 160-175.
- Waxman, S.E. (2009). A systematic review of impulsivity in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17(6), 408-425.
- Welch, S.L., Doll, H.A. & Fairburn, C.G. (1997). Life events and the onset of bulimia nervosa: a controlled study. *Psychological Medicine*, 27(3), 515-522.
- Wigfield, A. & Eccles, J.S. (2000). Expectancy-Value theory of achievement motivation. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 68-81.
- Yilmaz, A., Simsek, F. & Gonul, A.S. (2012). Reduced reward-related probability learning in schizophrenia patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 8, 27-34.
- Yoo, S.S., Gujar, N., Hu, P., Jolesz, F.A. & Walker, M.P. (2007). The human emotional brain without sleep: a prefrontal amygdala disconnect. *Current Biology*, 17(20), R877-878.
- Zessen, G. van (2011). *Seksverslaving: Begrijpen en veranderen*. Amsterdam: SWP.
- Zohar, D., Tzischinsky, O., Epstein, R. & Lavie, P. (2005). The effects of sleep loss on medical residents' emotional reactions to work events: a cognitive-energy model. *Sleep*, 28(1), 47-54.
- Zvielli, A., Bernstein, A. & Berenz, E.C. (2012). Exploration of a factor mixture-based taxonic-dimensional model of anxiety sensitivity and transdiagnostic psychopathology vulnerability among trauma-exposed adults. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(1), 63-78.