

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veeleelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@bua.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Werkingsmechanismen van imaginaire rescripting (ImRs) bij volwassen cliënten met PTSS vanuit de kindertijd

Een pilotstudie

Thera Koetsier, Jessica Apeldoorn & Annet Nugter

Samenvatting

Imaginaire rescripting (ImRs) is een effectieve behandeling voor posttraumatische-stressstoornis (PTSS) die het gevolg is van vroegkinderlijk trauma. De huidige theorie stelt dat de betekenisverandering van het traumageheugen centraal staat in ImRs. Verschillende auteurs veronderstellen dat het uiten van behoeften en gevoelens, en het uitvoeren van acties werken als genezende factoren, maar hier is nog weinig onderzoek naar gedaan.

In deze studie hebben we onderzocht in welke mate het uitvoeren van geïnhibeerde actietendensen en het vervullen van behoeften leidt tot afname van de PTSS-symptomen bij cliënten met vroegkinderlijk trauma. Opnamen van 249 therapie sessies uit 24 ImRs-behandelingen zijn beoordeeld met een daartoe ontwikkeld observatie-instrument, waarna de scores zijn gerelateerd aan verandering in PTSS-symptomen.

Uit de resultaten blijkt dat er een samenhang is tussen enerzijds afname van PTSS-symptomen, en anderzijds het uiten van actietendensen en het vervullen van basisbehoeften, waarbij het uitvoeren van acties een voorwaarde lijkt voor het vervullen van behoeften.

Trefwoorden: Imagery Rescripting, werkingsmechanismen, PTSS, behoeften, actietendensen

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Uit het pilotonderzoek naar werkingsmechanismen van imaginaire rescripting blijkt dat de B-BAIR een betrouwbaar onderzoeksinstrument is om uitgevoerde actietendensen en vervulde behoeften te observeren.
- ▶ Uit het pilotonderzoek blijkt een samenhang tussen enerzijds afname van PTSS-symptomen, en anderzijds het uitvoeren van actietendensen en het vervullen van basisbehoeften.
- ▶ Het lijkt zinvol als behandelaren tijdens de ImRs-training specifiek getraind worden in het uitvoeren van acties die leiden tot vervulling van de basisbehoeften.

INLEIDING

.....

Imaginaire rescripting (ImRs) is een effectieve behandeling voor posttraumatische-stressstoornis (PTSS) als gevolg van een verscheidenheid aan trauma's (Arntz et al., 2007, 2013; Grunert et al., 2007; Morina et al., 2017), met inbegrip van PTSS door vroegkinderlijk trauma (Raabe et al., 2015). De essentie van ImRs is dat er wordt gewerkt met beelden om betekenissen te veranderen en leed te verlichten (Hackman, 2011). In ImRs stelt de cliënt zich verschillende reacties en uitkomsten voor ten aanzien van de oorspronkelijke traumatische gebeurtenis en de nasleep daarvan. Een nieuw script kan bijvoorbeeld zijn dat er iemand anders ten tonele verschijnt en voor veiligheid zorgt, of dat de cliënt zelf de macht heeft en het trauma voorkomt, of wraak neemt op de daders (Hagenaars & Arntz, 2012). Rescripting kan een cliënt helpen door een nieuw perspectief te bieden op gebeurtenissen die in het verleden hebben plaatsgevonden en door nieuwe gevoelens over de situatie te ervaren, zoals boosheid in plaats van angst. Ook kan rescripting onvervulde behoeften identificeren, zoals de behoefte aan veiligheid, en deze behoefte alsnog vervullen, bijvoorbeeld doordat in de situatie die gerescript wordt de cliënt (als kind) daadwerkelijk in veiligheid wordt gebracht. Hierdoor wordt de cliënt ook geconfronteerd met de realiteit (bijvoorbeeld dat sommige ervaringen pijnlijk en schadelijk waren, zoals een mishandeling), zodat een gezond rouwproces kan volgen (Arntz et al., 2007; Holmes et al., 2007).

Hoewel er de afgelopen jaren verschillende onderzoeken zijn gedaan naar de werkzaamheid van ImRs (Dibbets & Arntz, 2016; Slofstra et al., 2016), staat het onderzoek naar de onderliggende mechanismen ervan nog in de kinderschoenen. Volgens Arntz en Weertman (1999) en Arntz (2012) wijzigt rescripting de betekenis van de oorspronkelijke gebeurtenis door de oorspronkelijke reacties op de gebeurtenis, en daarmee de negatieve associaties van de ongeconditioneerde stimulus (US), in positievere te veranderen. In termen van leertheorie zou dit kunnen worden opgevat als 'US-herevaluatie', waardoor het angstnetwerk verandert (CS-US-associaties; Arntz, 2014b). Door gebruik te maken van imaginatie vindt de betekenisverande-

ring niet alleen plaats op verbaal, cognitief niveau, maar ook op zintuiglijk, emotioneel en gedragsniveau.

Hoewel volgens de huidige theorie de verandering van betekenis van het trauma geheugen centraal staat, is niet duidelijk waardoor deze verandering daadwerkelijk wordt veroorzaakt. Arntz (2012) veronderstelt dat de expressie van de behoeften en gevoelens en het uitvoeren van acties die op het moment van het trauma werden geïnhibeerd (meestal om te overleven) mogelijk een belangrijke helende factor vormen. Tijdens een traumatische gebeurtenis is het normaal dat allerlei behoeften, emoties en actietendensen worden geactiveerd, maar deze kunnen meestal niet volledig worden geuit, ofwel omdat dit onmogelijk is (bijvoorbeeld omdat de betrokkene vastgebonden is), ofwel omdat het te gevaarlijk is (wie bijvoorbeeld een dader aanvalt, kan door hem vermoord worden). Het is helend en corrigerend als tijdens de therapie de betreffende emoties alsnog worden geuit, acties worden uitgevoerd en aan behoeften wordt voldaan (Arntz, 2014b).

Voor PTSS gerelateerd aan vroegkinderlijk trauma bestaat het ImRs-protocol (Arntz, 2016) uit drie fasen:

- 1 *Fase 1.* De cliënt wordt gevraagd de ogen te sluiten en zich een traumatische jeugdervaring zo levendig mogelijk voor te stellen vanuit het perspectief van zichzelf als kind. Er wordt gevraagd: 'Vertel me: wat zie je, wat hoor je, wat voel je, wat ruik je?' 'Vertel me: wat gebeurt er?' 'Wat voel je (emotioneel)?' 'Wat vind je ervan?' Zodra sterke traumagerelateerde emoties zijn opgewekt, wordt de eindvraag gesteld: 'Wat heb je nodig?' Hierna stopt fase 1.
- 2 *Fase 2.* De cliënt komt in beeld als een volwassene die getuige is van de situatie. De volwassene wordt ertoe aangezet in te grijpen en te doen wat nodig is voor het kind. Fase 2 stopt als de cliënt als volwassene tevreden is met de interventies.
- 3 *Fase 3.* De cliënt wordt gevraagd om zich de scène opnieuw voor te stellen en te ervaren vanuit het kind, met daarbij de interventies die in fase 2 uitgevoerd zijn. Het kind wordt aangemoedigd om de eigen behoeften te uiten naar de volwassene zelf. Het rescripten stopt wanneer de cliënt vanuit het perspectief van het kind tevreden is met de interventies (Raabe et al., 2015).

Een alternatieve methode is dat de therapeut in de eerste zes sessies van de ImRs-behandeling in het beeld stapt, ingrijpt in fase 2, en beschermt en voorziet in de behoeften van het kind (Boterhoven de Haan et al., 2017). Op deze wijze fungeert de therapeut als een voorbeeld voor de cliënt, die het gezonde perspectief en de kracht nog mist om zelf in te grijpen (Arntz, 2014a). In de tweede helft van de behandeling stapt de volwassen cliënt in fase 2 in het beeld en beschrijft de gebeurtenis vanuit het standpunt van de volwassene. Tijdens de fasen 2 en 3 kan de cliënt geïnhibeerde actietendensen uitvoeren,

waaronder het uiten van emoties, en kunnen onvervulde behoeften alsnog vervuld worden (Arntz, 2012). De cliënt bevrijdt zichzelf van de starheid en machteloosheid die met de traumatische gebeurtenis samenhangen. De behoeften in fase 3 kunnen verschillen van die in fase 2, aangezien het perspectief in de derde fase dat van het kind is; dit kan met name de behoefte aan hulp, ondersteuning en troost betreffen (Arntz & Weertman, 1999). Door actie te ondernemen en aan deze basisbehoeften van het kind te voldoen, kan de betekenis van de oorspronkelijke gebeurtenis veranderen en het zelfgevoel beïnvloed worden. Ook kan het de cliënt helpen om te beseffen dat de oorspronkelijke ervaring schadelijk en atypisch was, en daarom beter gezien kan worden als een extreme uitzondering op het normale leven dan als een algemene regel (Hackmann, 2011) of als iets wat het kind te verwijten is. Ter illustratie worden in onderstaande casus de drie fasen uitgewerkt.

Casus

- ▶ *Fase 1.* Els, een 46-jarige vrouw, beschrijft een situatie van toen ze 5 jaar oud was. Haar ouders hebben ruzie, waarbij haar vader een pistool uit zijn zak haalt en op het hoofd van haar moeder zet.
- ▶ *Fase 2.* Els als volwassene ('Grote Els') stapt in het beeld, samen met zes politieagenten. De politieagenten weten vader te overmeesteren. Ze boeien hem en op verzoek van Grote Els krijgt hij ducttape over zijn mond. Dan moeten twee grote politieagenten haar vader vasthouden van Grote Els en wil zij twee andere agenten naast zich hebben. Ze gaat voor haar vader staan en vertelt hem dat hij een slechte vader is en naar de gevangenis gebracht zal worden. Vader wordt meegenomen. De therapeut en Grote Els overleggen net zolang tot Grote Els tevreden is met de acties die er uitgevoerd zijn. Vader zit dan vastgeketend in een cel, met camerabewaking en twee grote bewakers voor de deur. Hierna stimuleert de therapeut Grote Els om aandacht te besteden aan Els als kind ('Kleine Els'). Grote Els gaat bij Kleine Els zitten en vertelt haar dat ze niet meer bang hoeft te zijn, omdat haar papa veilig opgesloten zit. Kleine Els ontspant zich en Grote Els is tevreden.
- ▶ *Fase 3.* Vervolgens vraagt de therapeut Els om opnieuw de situatie te beschrijven vanuit het perspectief van Kleine Els: wat er allemaal gebeurt en wat Grote Els allemaal doet. Wanneer de therapeut vervolgens aan Kleine Els vraagt wat ze nog nodig heeft, blijkt Kleine Els te denken dat het háár schuld is dat haar ouders ruzie maakten. De therapeut stimuleert Kleine Els aan Grote Els te vragen of de ruzie haar schuld is en helpt Grote Els vervolgens aan Kleine Els uit te leggen dat de ruzie zeker haar schuld niet is, dat ze er niks aan kon doen, dat ouders verantwoordelijk zijn en voor hun kinderen moeten zorgen. Kleine Els lijkt hierdoor opgelucht, maar ze blijkt nog iets nodig te hebben. Ze wil liever niet alleen bij haar moeder thuisblijven, die onder invloed van alcohol op de bank ligt. De therapeut helpt Grote Els uit te zoeken waar Kleine Els graag heen wil en dat blijken haar grootouders te zijn. Kleine Els wordt naar opa en oma gebracht. Ze is tevreden als die haar vertellen dat ze zo lang mag blijven als ze wil, en als ze samen met hen aan tafel zit om een spelletje kaart te spelen.

Hoewel verschillende auteurs (Arntz, 2012; Arntz et al., 2007; Hagens & Arntz, 2012; Holmes et al., 2007) veronderstellen dat het uiten van behoeften en gevoelens, en het uitvoeren van acties kunnen werken als potentieel genezende factoren, is er tot dusver nog weinig specifiek onderzoek gedaan om een dergelijke hypothese te toetsen. Deze studie onderzoekt het verband tussen enerzijds het uitvoeren van actietendensen, en het vervullen van behoeften aan hulp, ondersteuning en troost tijdens de ImRs-behandeling, en anderzijds veranderingen in de PTSS-symptomen bij cliënten met trauma vanuit de vroege kinderjaren. Onze hypothese was dat PTSS-symptomen meer afnemen naarmate er meer vervulde behoeften en meer geuite actietendensen worden waargenomen tijdens de behandeling.

Dit onderzoek vroeg om een instrument waarmee kan worden geobserveerd in hoeverre aan behoeften wordt voldaan en in welke mate actietendensen worden uitgevoerd tijdens de behandeling. Voor zover wij weten, bestond een dergelijk instrument nog niet. Daarom is een observatie-instrument ontwikkeld om de vervulling van behoeften en uitvoering van actietendensen tijdens de ImRs-sessies te beoordelen. Voor de operationalisaties van behoeften en actietendensen namen we de emotionele basisbehoeften (zie ‘werkingsmechanismen’ in de paragraaf ‘Instrumenten’ hieronder) voor het menselijk individu als uitgangspunt, zoals beschreven door Young (Young et al., 2003) in zijn schematheorie. Young veronderstelt vijf basisbehoeften: (1) een veilige band met andere mensen, (2) de behoefte aan autonomie, en het ontwikkelen van je competentie en identiteitsgevoel, (3) de vrijheid om je behoeften en emoties te uiten, (4) spontaniteit en spel, en (5) duidelijke grenzen. Voor een gezonde emotionele ontwikkeling moeten al deze behoeften in de jeugd voldoende vervuld worden. Vroegkinderlijk trauma kan gezien worden als een schadelijke ervaring, die leidt tot onvoldoende vervulling van meerdere basisbehoeften.

METHODE

.....

Onderzoeksontwerp

.....

Deze studie is een aanvullende studie op de internationale multicenter gerandomiseerde klinische studie naar de effectiviteit van ImRs versus *eye movement desentization and reprocessing* (EMDR) als behandeling van volwassenen met PTSS door trauma vanuit de kindertijd (IREM). Aan het onderzoek namen meerdere specialistische ggz-instellingen deel uit verschillende regio's van Nederland, een instelling in Duitsland en een instelling in Australië (Boterhoven de Haan et al., 2017, 2020).

In Nederland werd de hoofdstudie goedgekeurd door de Ethische Commissie Psychologie (ECP) van de Universiteit van Maastricht. Alle deelne-

mers gaven schriftelijke toestemming. Voor deze substudie was geen aanvullende goedkeuring vereist.

80

Voor de ontwikkeling van een observatie-instrument hebben we een web-based Delphi-studie uitgevoerd met tien experts op het gebied van ImRs. De Delphi-techniek is een methode die wordt gebruikt om bij een groep experts de meest betrouwbare consensus betreffende een onderwerp te verkrijgen, en wel door de afname van een reeks vragenlijsten afgewisseld met gecontroleerde feedback (Fenella et al., 2013). Het uitgangspunt van de Delphi-methode is dat de collectieve mening van een panel van experts meer valide is dan de individuele mening van de panelleden (Voogt et al., 2016). Deze Delphi-studie bestond uit twee rondes. In de eerste ronde stonden de observeerbaarheid en relevantie van de vijf basisbehoeften van Young centraal. Op basis van de beoordelingen en het commentaar in deze ronde is een eerste versie van de beoordelingsschaal aan de experts voorgelegd. Deze tweede ronde resulteerde uiteindelijk in het gebruikte instrument. Daarbij is de mate van overeenstemming van de beoordelaars als uitgangspunt genomen.

Omdat dit de eerste studie is met dit nieuwe observatie-instrument, besloten we ons te beperken tot een pilotstudie.

Deelnemers

Inclusiecriteria van de IREM-studie waren: leeftijd tussen 18 en 70 jaar, als primaire diagnose PTSS ten gevolge van een trauma voor het 16de levensjaar en de instemming van de deelnemer dat het trauma voor het 16de levensjaar de focus van de behandeling was. PTSS-symptomen moesten langer dan drie maanden aanwezig zijn en voornamelijk gelinkt zijn aan het trauma vóór de leeftijd van 16 jaar. De aanwezigheid van psychiatrische aandoeningen werd uitgevraagd met de SCID I screener en het SCID I interview. Exclusiecriteria waren: psychiatrische aandoeningen die een specifiek andere behandeling vereisten (comorbide psychotische stoornis, bipolaire stoornis type I, en alcohol- of drugsverslaving; daarentegen was een DSM-IV-diagnose van middelenmisbruik geen exclusie criterium). Andere exclusiecriteria waren: het gebruik van benzodiazepinen (cliënten werden gemotiveerd om minstens 2 weken voor start van de behandeling te stoppen met benzodiazepinegebruik), acuut suïciderisico, IQ lager dan 80, PTSS door een meegemaakt trauma in de afgelopen 6 maanden, of enige op PTSS gerichte therapie in de afgelopen 3 maanden (Boterhoven de Haan et al., 2020).

Voor deze pilotstudie, die alleen betrekking heeft op de ImRs-conditie, wilden we N = 20 deelnemers includeren.

Instrumenten

Werkingsmechanismen — De Beoordelingsschaal Behoeften en Actietendensen bij Imaginatie en Rescripting (B-BAIR) bestaat uit zes domeinen: (1) veiligheid, (2) zich begrepen en getroost voelen, (3) zelfexpressie, (4) ontschuldigen, (5) autonomie, competentie en identiteitsgevoel, en (6) spontaniteit en spel. Elk domein omvat een Behoeftenschaal (Bt-schaal) en een Actietendensschaal (At-schaal), en wordt gescoord op een driepuntsschaal, die varieerde van 0 ('niet voldaan aan behoefte', respectievelijk 'actietendens niet uitgedrukt'), 1 ('een beetje voldaan aan behoefte', respectievelijk 'acties, maar met onvoldoende resultaten') tot 2 ('volledig aan behoefte voldaan', respectievelijk 'actietendens volledig uitgedrukt'). Een score van 1 op de At-schaal betekent dus dat er een actie is uitgevoerd op het betreffende domein, maar dat deze actie onvoldoende resultaat heeft gehad: om de actietendens volledig uit te drukken, zou er nog een additionele actie uitgevoerd moeten worden. Bij een score 1 op het domein ontschuldigen is bijvoorbeeld alleen de dader aangesproken, maar niet aan de cliënt als kind uitgelegd dat het geen schuld heeft aan de situatie.

TABEL 1 *Scoringsinstructie voor het domein ontschuldigen (domein 4) uit de B-BAIR*

Scoringsinstructie:	
Basisbehoefte	Actietendens
0 Cliënt voelt zich nog steeds schuldig / verantwoordelijk	0 De therapeut of cliënt legt niets uit aan cliënt als kind over schuld en verantwoordelijkheid en spreekt de dader(s) niet aan op hun daden en hun verantwoordelijkheid.
1 Cliënt voelt zich wat minder schuldig / verantwoordelijk	1 De therapeut of cliënt legt uit dat de situatie niet de schuld van de cliënt als kind is, maar dat anderen verantwoordelijk zijn voor de situatie. <i>Of</i> de dader(s) worden aangesproken op hun daden en hun verantwoordelijkheid
2 Cliënt voelt zich niet meer schuldig / verantwoordelijk	2 De therapeut of cliënt legt uit dat de situatie niet de schuld van de cliënt als kind is, maar dat anderen verantwoordelijk zijn voor de situatie. <i>En</i> de dader(s) worden aangesproken op hun daden en hun verantwoordelijkheid.

Het scorebereik voor beide subschalen is 0-12 voor elke sessie. Aangezien in deze studie de therapeut tijdens de eerste zes sessies in fase 2 in het beeld stapt om te interveniëren en de cliënt deze fase volledig beleeft vanuit het

kindperspectief, werd besloten om voor de eerste zes sessies alleen de uitgevoerde actietendensen van de therapeut te scoren op de At-schaal. Mogelijke actietendensen die de cliënt als kind uitvoerde, werden niet meegenomen in de score, dus als alleen de cliënt acties uitvoerde, werd dit gescoord als 0. Voor de laatste zes sessies, waarin de cliënt als volwassene intervenueert, werden de acties van de therapeut niet gescoord. Voor de Bt-schaal en de At-schaal worden de scores van alle sessies opgeteld. Hoe hoger de cumulatieve score, des te meer behoeften worden vervuld en/of actietendensen worden geuit in de therapie. De geobserveerde range in deze studie van de totale Bt-schaal en de totale At-schaal is 0-132, omdat voor 11 sessies de zes domeinen gescoord werden en de maximale score per domein 2 is.

Om de betrouwbaarheid van de B-BAIR te onderzoeken hebben twee beoordelaars dezelfde video-opnamen van tien willekeurig gekozen ImRs-sessies (van maximaal 90 minuten) van verschillende cliënten onafhankelijk van elkaar gescoord met de B-BAIR. Op basis van de geconstateerde verschillen in scoring werd een handleiding ontwikkeld en werd voor deze tien sessies een standaardscore bepaald. Deze standaardscore werd gebruikt in de training van toekomstige beoordelaars, waarbij na beoordeling van dezelfde tien sessies de scores op de B-BAIR vergeleken werd met de standaardscore. Om de overeenstemming met de standaardscores en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te bepalen, scoorde ook een derde beoordelaar de tien ImRs-sessies met de B-BAIR. Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te bepalen, werd Cohens κ berekend, die een uitstekende overeenkomst liet zien tussen de twee beoordelingen ($\kappa = 0,83$, (95% BI, 0,30 tot 0,89), $p < 0,001$). Om de interne consistentie te meten, werd Cronbachs α berekend van de 24 cliënten en hun 11 sessies ($n = 249$; enkele cliënten waren eerder klaar met de behandeling). Uit de betrouwbaarheidsanalyse van de 24 cliënten bleek dat zowel de Bt-schaal (Cronbachs $\alpha = 0,68$) als de At-schaal (Cronbachs $\alpha = 0,70$) een matige interne consistentie hadden.

PTSS-symptomen — Als primair uitkomstinstrument gebruikten we de Impact of Events Scale-Revised (IES-R; Creamer et al., 2003; Weiss & Marmar, 1997). De IES-R is een zelfrapportagevragenlijst van 22 items waarmee PTSS-symptomen gemeten worden (dat wil zeggen: intrusies, vermijding en hyperarousal) gedurende de afgelopen week. De vragenlijst wordt gescoord met 0 ('helemaal niet'), 1 ('een klein beetje'), 2 ('matig'), 3 ('behoorlijk veel') en 4 ('extreem'). Hoe lager de score op de IES-R, hoe minder PTSS-symptomen een deelnemer heeft. Uit onderzoek van Creamer en collega's (2003) blijkt dat de interne consistentie uitstekend is (Cronbachs $\alpha = 0,97$). Dit geldt ook voor de test-hertestbetrouwbaarheid ($r = 0,89$ tot $0,94$).

In deze studie scoorden de deelnemers de PTSS-symptomen aan het begin van elke therapiesessie met behulp van de IES-R. Ze scoorden twee keer: één keer voor het 'indextrauma' en één keer voor alle andere trauma's, zoals aangegeven op de Life Events-Checklist voor de DSM-5 (LEC-5; Weathers et

al., 2013). Een indextrauma betreft een traumatische herinnering waarvan de cliënt zelf aangeeft dat het de ergste herinnering betreft. In deze studie hebben we de opgetelde totaalscores van de twee subschalen gebruikt, omdat tijdens de behandeling de focus weliswaar lag op het indextrauma (het indextrauma moest in de eerste zes sessies behandeld worden), maar ook andere trauma's aan bod kwamen, aangezien een trauma gedurende maximaal twee sessies behandeld mocht worden, waarna de behandeling zich moest richten op een volgend trauma. Op deze manier kon gekeken worden naar een algehele daling van de PTSS-klachten. Voor elke sessie was het scorebereik 0-176.

Procedure

Inclusie van cliënten verliep volgens het onderzoeksprotocol van de hoofdstudie (Boterhoven de Haan et al., 2020).

Alle sessies werden op video opgenomen. Omdat sessie 1 een introductiesessie was, hebben we gebruikgemaakt van de video-opnamen van sessie 2 tot en met 12. Voor deze pilotstudie scoorden vier getrainde beoordelaars 249 video-opnamen van 24 cliënten met de B-BAIR. De video-opnamen van de verschillende Nederlandse locaties (behalve die van GGZ Noord-Holland-Noord) werden door een van de getrainde beoordelaars persoonlijk opgehaald en vervoerd via een beveiligde externe harde schijf. Daarna werden de opnamen bij GGZ Noord-Holland-Noord volgens de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) opgeslagen op een Europese server. Alleen de getrainde beoordelaars van GGZ Noord-Holland-Noord hadden toegang tot de opnamen.

Interventie

De behandeling bestond uit 12 sessies van 90 minuten ImRs, met tweemaal per week een sessie. Therapeuten waren BIG-geregistreerde psychologen, psychiaters en een verpleegkundig specialist, die met succes een basisopleiding hadden afgerond in CGT en een tweedaagse opleiding in ImRs voor PTSS gerelateerd aan vroegkinderlijk trauma. Elke week kregen de therapeuten een uur supervisie van een ImRs-specialist. De behandeling werd binnen 6 weken gepland, maar kon indien nodig tot 8 weken worden uitgebreid. Het was mogelijk dat deelnemers de behandeling eerder dan de toegewezen 12 sessies afronden. Voor deze aanvullende studie gold dat cliënten minimaal acht sessies gevolgd moesten hebben.

Statistische analyse

De totale score van de vervulde behoeften op de zes domeinen (Bt-schaal) en de totale score van de geuite actietendensen op de zes domeinen (At-schaal)

van de 11 sessies die een cliënt gevolgd had, dienden als onafhankelijke variabelen. De verschillscore op de IES-R diende als afhankelijke variabele, waarbij de score van sessie 2 van de IES-R (de score die het dichtst bij de eerste scoring van de B-BAIR lag) werd afgetrokken van de nameting van de IES-R (afgenomen binnen 3 dagen na afronding van de behandeling). Hoe lager de score (hoe negatiever), hoe meer vooruitgang wat betreft PTSS-symptomen.

De verdeling van de score op de B-BAIR werd geanalyseerd door de minimum- en maximumscores voor beide subschalen, het gemiddelde en de standaarddeviatie te berekenen. Voor de variabelen Bt-schaal ($W(24) = 0,97$, $p = 0,57$) en At-schaal ($W(24) = 0,94$, $p = 0,19$) is voldaan aan de aanname van normaliteit door de Shapiro-Wilk-test. Om de relatie tussen de twee subschalen van de B-BAIR te bepalen, hebben we de Pearson-correlatie berekend tussen de totale score op de Bt-schaal en de totale score op de At-schaal. Ook om de relatie te bepalen tussen de Bt-schaal en de verschillscore op de IES-R, en tussen de At-schaal en de verschillscore op de IES-R, hebben we de Pearson-correlatiecoëfficiënt berekend. Voor onze hypothese – namelijk dat meer vervulde behoeften en meer uitgevoerde actietendensen tijdens de behandeling een vermindering van PTSS-symptomen voorspelden – werd een meervoudige lineaire regressieanalyse met de entermethode uitgevoerd. Daarbij bleek dat de aanname voor normaalverdeling van de residuen werd geschonden. Er was geen sprake van multicollineariteit (Bt-schaal: *Tolerance* = 0,48, *VIF* = 2,11; At-schaal: *Tolerance* = 0,48, *VIF* = 2,11). Ook aan de andere aannamen voor een meervoudige lineaire regressie werd voldaan. Omdat transformeren van de data onvoldoende effect had, is ervoor gekozen om de data ongetransformeerd te laten. Dit betekent dat de resultaten niet zomaar te generaliseren zijn naar de algemene populatie.

RESULTATEN

.....

In totaal werden in de internationale multicenter gerandomiseerde klinische studie 74 deelnemers geïncludeerd in de ImRs-conditie. Vier van de vijf Nederlandse behandelcentra vermeld bij de resultaten van de correlatie stelden op ons verzoek videomateriaal van 39 therapieën beschikbaar. Daarvan voldeden de sessies van drie ImRs-behandelingen niet aan het ImRs-protocol, van drie ImRs-behandelingen kregen we het videomateriaal te laat binnen, van twee ImRs-behandelingen ontvingen we minder dan acht sessies en bij één ImRs-behandeling waren de opnamen van de therapie sessies te kort; al met al hielden we materiaal van 30 therapieën over. In de tijd die er voor dit onderzoek stond, hebben we de therapieën van 24 deelnemers kunnen scoren met de B-BAIR, wat neerkomt op 249 video's.

De 24 deelnemers in de huidige pilotstudie voltooiden de behandeling en vulden de nameting in. De onderzoeksgroep bestond uit vier mannen en 20 vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de proefpersonen was 38,54 jaar (SD

= 10,88), binnen een range van 19 tot 55 jaar. Tien deelnemers hadden een mbo-opleiding afgerond, zeven een hbo-opleiding en drie een wo-opleiding; drie deelnemers hadden na hun middelbare school geen vervolgonderwijs afgerond en één deelnemer had alleen lagere school gevolgd. Van de deelnemers kwam 54,2% ($n = 13$) uit Nederland, 8,3% ($n = 2$) uit een ander Europees land en 37,5% ($n = 9$) uit een niet-Europees land. De duur van de PTSS-klachten liep uiteen van 7 maanden tot 53 jaar, met een gemiddelde van 20,64 jaar ($SD = 16,45$).

Minimum- en maximumscores, het gemiddelde en de standaarddeviatie van de twee subschalen van de B-BAIR, en de verschillscore op de IES-R zijn te vinden in tabel 2, die een grote spreiding laat zien op de subschalen van de B-BAIR en de verschillscore op de IES-R. Het verschil tussen de maximum- en minimumscore op de Bt-schaal is 80, en het verschil tussen de maximum- en minimumscore op de At-schaal is 65. Dit betekent dat bij sommige behandelingen veel meer behoeften werden vervuld en acties werden uitgedrukt dan bij andere behandelingen.

TABEL 2 *Minimum- en maximumscores, gemiddelde en standaarddeviatie van de twee subschalen van de B-BAIR, en de verschillscore op de IES-R*

	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaarddeviatie
Totale score Bt-schaal	17,0	97,0	65,6	21,1
Totale score At-schaal	47,0	112,0	71,7	15,5
Verschilscore op de IES-R	-117,0	38,0	-49,0	38,5

In tabel 2 is te zien dat de afname in PTSS-symptomen een grote spreiding kent. Gemiddeld is er een afname van 49 punten op de IES-R, maar wanneer we verder inzoomen blijkt dat bij één deelnemer de PTSS-klachten zijn toegenomen met 38 punten op de IES-R, dat er bij drie deelnemers nauwelijks sprake is van verandering (+2,7 tot -2) en dat er bij 20 deelnemers een afname is in IES-R-scores (-6 tot -117).

De correlatiecoëfficiënt tussen de totale score op de Bt-schaal en de totale score op de At-schaal is te zien in tabel 3. Er is een significant positieve correlatie tussen de score op de Bt-schaal en de score op de At-schaal ($r = 0,73$, $n = 24$, $p < 0,01$). Dit betekent dat hoe meer de actietendensen werden uitgevoerd, hoe meer er aan de behoeften van een cliënt werd voldaan, en vice versa.

Tabel 3 laat voorts zien dat de correlaties tussen de twee totale scores van de B-BAIR afzonderlijk en de verschillscores op de IES-R statistisch significant zijn: de correlatie tussen de totale score op de Bt-schaal en de verschil-

score op de IES-R is $-0,50$ ($n = 24$, $p < 0,05$), en de correlatie tussen de totale score op At-schaal en de verschijscore op de IES-R is $-0,46$ ($n = 24$, $p < 0,01$). Dit betekent dat hoe meer actietendensen worden uitgevoerd en hoe meer aan de behoeften wordt voldaan, des te groter de vermindering van PTSS-symptomen is.

TABEL 3 *Correlaties tussen de Bt-schaal, de At-schaal en de verschijscore op de IES-R*

	Totale score Bt-schaal	Totale score At-schaal	Verschijscore op de IES-R
Totale score Bt-schaal	1,00	0,73**	-0,50**
Totale score At-schaal	0,73**	1,00	-0,46*
Verschijscore op de IES-R	-0,50**	-0,46*	1,00

* Correlatie is significant op 0,05-niveau (2-tailed); ** Correlatie is significant op 0,01-niveau (1-tailed)

Om de hypothese te toetsen, werd er een meervoudige regressieanalyse uitgevoerd. Daaruit bleek dat de scores op de Bt-schaal en de At-schaal een significante proportie van de variantie verklaarden in de verschijscore op de IES-R ($F(2, 21) = 3,81$, $p = 0,039$), met een R^2 van 0,266. Dit houdt in dat 26,6% van de variantie in de vermindering van de scores op de IES-R kon worden verklaard met beide subschalen van de B-BAIR. De At-schaal en Bt-schaal bleken echter elk afzonderlijk geen significante voorspellers voor de score op de IES-R ($\beta = -0,53$, $p = 0,44$ en $\beta = -0,62$, $p = 0,22$). Om de effectgrootte te berekenen is gebruikgemaakt van de formule: $f^2 = \frac{R^2}{1-R^2}$ (Cohen, 1988). Hierbij kwam een groot effect van $f^2 = 0,36$ uit voor beide subschalen samen.

DISCUSSIE

.....

Het doel van deze studie was om te onderzoeken in hoeverre het vervullen van basisbehoefte en het uitvoeren van actietendensen bij ImRs-behandeling de vermindering van PTSS-symptomen voorspellen. Onze hypothese was dat hoe meer vervulde behoeften en hoe meer uitgevoerde actietendensen er worden waargenomen tijdens de behandeling, hoe groter de vermindering van de PTSS-symptomen is bij cliënten met PTSS als gevolg van trauma in de kindertijd. Hiervoor hebben we een nieuw observatie-instrument ontwikkeld, de Beoordelingsschaal Behoeften en Actietendensen bij Imaginatie en Rescripting (B-BAIR). Onze resultaten tonen aan dat de interbeoordelaarscoëfficiënt van de B-BAIR goed is, maar ook dat de interne

consistentie van beide subschalen aan de magere kant is. Hiermee moet bij de interpretatie van de resultaten rekening worden gehouden.

Uit onze berekeningen blijkt dat ongeveer een kwart van de variantie in de vermindering van PTSS-symptomen verklaard kan worden met de B-BAIR. Er kan echter nog niet hard gemaakt worden dat dit toe te schrijven is aan een van de twee subschalen van de B-BAIR, aangezien de regressiecoëfficiënten van beide subschalen niet statistisch significant zijn. Tegelijkertijd correleren beide schalen rond de $-0,50$ met de verschilscore op de IES-R. Hoewel er geen sprake was van multicollineariteit tussen de At-schaal en de Bt-schaal, was er een relatief hoge onderlinge correlatie ($> 0,70$). Het is goed mogelijk dat de subschalen een overlappend deel van de variantie verklaren van de verschilscore op de IES-R, waardoor ze ieder voor zich niet voorspellend waren in het model. Dit zou betekenen dat deze twee subschalen niet los van elkaar te zien zijn. Dit is goed te verklaren: zonder het uitvoeren van acties wordt het moeilijk om basisbehoeften te vervullen. Een enkele keer is het voorgekomen dat een cliënt geen actietendensen uitvoerde, terwijl in deze sessies de therapeut wel actief was, waardoor het mogelijk was om wel een score van 1 of 2 op de Bt-schaal te hebben. Dit kwam echter heel weinig voor. Wat wij vooral zagen, was dat de therapeut de cliënt in die situatie aanmoedigde om bepaalde acties uit te voeren, zonder het proces over te nemen, en de cliënt dan deed wat de therapeut zei. Dit gaf dan toch een gescoorde actietendens. Deze observaties en de grote samenhang tussen het vervuld worden van behoeften en het uitvoeren van actietendensen in ImRs geven aanleiding tot de gedachte dat het uitvoeren van een actietendens voorwaardelijk is voor het vervullen van de behoefte.

Een belangrijke beperking van deze pilotstudie is natuurlijk de beperkte steekproef van $n = 24$ cliënten. Het zou enorm helpen als een arbeidsintensieve studie als deze kan worden gerepliceerd, waarbij bijvoorbeeld ook de IES-R wordt afgenomen vóór en na de sessie. Zo is het mogelijk om meer zicht te krijgen op oorzaak en gevolg. Mogelijk zijn het uitvoeren van actietendensen en het vervullen van basisbehoeften voorwaardelijk voor de afname van PTSS-symptomen, maar het omgekeerde is ook mogelijk: wellicht leidt de vermindering van PTSS-klachten ertoe dat het voor de cliënt makkelijker wordt om actietendensen uit te voeren en basisbehoeften te vervullen.

De bevindingen uit deze studie maken nieuwsgierig naar welke acties met name van belang zijn in fase 2 en 3. Een mogelijke hypothese is dat acties en vervulde behoeften op niet alle domeinen verantwoordelijk zijn voor de afname van PTSS-klachten. Is die afname bijvoorbeeld vooral te danken aan het in veiligheid brengen van het kind? Of aan het ontschuldigen door de volwassene? Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de vraag welke van de zes domeinen van de B-BAIR het meeste effect heeft op de afname van de PTSS-symptomen. Met deze informatie kunnen we het ImRs-protocol verder verbeteren. Daarnaast zou het interessant zijn om te onderzoeken of het uitmaakt of de therapeut of de cliënt zelf de actietendensen uitvoert. Wel-

licht dat het uitvoeren van actietendensen door de cliënt zorgt voor grotere autonomie, wat mogelijk invloed heeft op afname van de PTSS-klachten.

Deze pilotstudie naar de werkingsmechanismen van ImRs bij PTSS-behandeling heeft laten zien dat het uitvoeren van acties en het vervullen van basisbehoeften tijdens ImRs samenhangen met afname van PTSS-klachten, en dat acties en basisbehoeften niet los van elkaar te zien zijn. Dit type onderzoek is erg arbeidsintensief, maar tegelijkertijd van groot belang om de werkingsmechanismen van een behandeling als ImRs beter te begrijpen. Het kan in de praktijk therapeuten ertoe aanzetten om tijdens de behandeling niet alleen te vragen of de rescripting zelf volgens de cliënt voldoende was, maar ook om bijvoorbeeld na te gaan of er wel voldoende acties uitgevoerd zijn en te checken of de basisbehoeften vervuld zijn.

Graag willen we Arnoud Arntz, hoofdonderzoeker van het IREM-onderzoek, Mariel Meewisse, hoofdonderzoeker van de site GGZ-NHN en de onderzoeksassistenten Mulan Koopmans, Shekib Haidari en Myrza Bossenbroek bedanken voor hun bijdrage aan dit onderzoek.

Thera Koetsier is klinisch psycholoog-psychotherapeut, supervisor VGcT en leadexpert persoonlijkheidsstoornissen bij GGZ Noord-Holland-Noord.

Jessica Apeldoorn is psycholoog, junior onderzoeker van GGZ Noord-Holland-Noord.

Annet Nugter is hoofd wetenschappelijk onderzoek van GGZ Noord-Holland-Noord.
Correspondentieadres: Maelsonstraat 1, 1624 NP Hoorn. E-mail: t.koetsier@ggz-nhn.nl.

Summary *Working mechanisms of Imagery Rescripting (ImRs) in adult patients with childhood related PTSD: A pilot study*

Imagery Rescripting (ImRs) is an effective treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD) due to early childhood trauma. Current theory is that the change in meaning of trauma memory is central to ImRs. Several authors hypothesize that expressing needs and feelings, and performing actions may act as healing factors, but little research has been done yet. In this study we investigated to what extent performing inhibited action tendencies and fulfilling needs lead to a reduction in PTSD symptoms in patients with early childhood trauma. Recordings of 249 therapy sessions of 24 clients were assessed with a specially developed observation instrument and the scores are related to change in PTSD symptoms. The results show that PTSD symptoms reduce as action tendencies are performed and needs are met. The assumption is that performing actions brings about the fulfillment of needs.

Keywords *Imagery Rescripting, working mechanisms, PTSD, needs, action tendencies*

Literatuur

- Arntz, A. (2012). Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 189-208.
- Arntz, A. (2014a). Imagery rescripting for personality disorders. In N. C. Thoma & D. McKay (Eds.), *Working with emotion in cognitive-behavioral therapy: Techniques for clinical practice* (pp. 175-203). Guilford Press.
- Arntz, A. (2014b). Imagery rescripting for posttraumatic stress disorder. In N. C. Thoma & D. McKay (Eds.), *Working with emotion in cognitive-behavioral therapy: Techniques for clinical practice* (pp. 203-2015). Guilford Press.
- Arntz, A. (2016). *Imagery rescripting for PTSD related to childhood traumas: Treatment Protocol for the IREM study V1.6* [Unpublished manuscript].
- Arntz, A., Sofi, D., & van Breukelen, G. (2013). Imagery rescripting as treatment for complicated PTSD in refugees: A multiple baseline case series study. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 274-283.
- Arntz, A., Tiesema, M., & Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 345-370.
- Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 715-740.
- Boterhoven de Haan, K. L., Lee, C. W., Fassbinder, E., van Es, S. M., Menniga, S., Meewisse, M., Rijkeboer, M., Kousemaker, M., & Arntz, A. (2020). Imagery rescripting and eye movement desensitization and reprocessing as treatment for adults with post-traumatic stress disorder from childhood trauma: Randomised clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, 217, 609-615.
- Boterhoven de Haan, K. L., Lee, C. W., Fassbinder, E., Voncken, M. J., Meewisse, M., van Es, S. M., Menniga, S., Kousemaker, M., & Arntz, A. (2017). Imagery rescripting and eye movement desensitization and reprocessing for treatment of adults with childhood trauma-related post-traumatic stress disorder: IEM study design. *BMC Psychiatry*, 17, 165.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the social sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1489-1496.
- Dibbets, P., & Arntz, A. (2016). Imagery rescripting: Is incorporation of the most aversive scenes necessary? *Memory*, 24, 683-695.
- Fenella, J. G., Gavin, D. L., Grech, C., & Latour, J. M. (2013). Using a web-based survey tool to undertake a Delphi study: Application for nurse education research. *Nurse Education Today*, 33, 1322-1328.
- Grunert, B. K., Weis, J. M., Smucker, M. R., & Christianson, H. F. (2007). Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for post-traumatic stress disorder following industrial injury. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 317-328.
- Hackmann, A. (2011). Imagery rescripting in posttraumatic stress disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 424-432.
- Hagenaars, M. A., & Arntz, A. (2012). Reduced intrusion development after post-trauma imagery rescripting: An experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 808-814.

- Holmes, E. A., Arntz, A., & Smucker, M. R. (2007). Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: Images, treatment techniques and outcomes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 297-305.
- Morina, N., Lance, J., & Arntz, A. (2017). Imagery rescripting as a clinical intervention for aversive memories: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 6-15.
- Raabe, S., Ehring, T., Marquenie, L., Olf, M., & Kindt, M. (2015). Imagery rescripting as stand-alone treatment for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 48, 170-176.
- Slofstra, C., Nauta, M. H., Holmes, E. A., & Bockting, C. L. H. (2016). Imagery rescripting: The impact of conceptual and perceptual changes on aversive autobiographical memories. *Plos One*, 3, 1-16.
- Voogt, L. A., Nugter, A., van Achterberg, T., & Goossens, P. J. J. (2016). Development of the psychiatric nursing intervention providing structure: An international Delphi study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 22(2), 100-111.
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)*. Instrument available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.
- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds), *Assessing psychological trauma and PTSD*. Guilford Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.