



# De Als-Dan-Uitsprakengroep

In dit artikel wordt de werkwijze van de Als-Dan-Uitspraken (ADU) groep beschreven, een groepsexposurebehandeling die plaatsvindt op de poli stemmings- en angststoornissen binnen GGZ Centraal, afdeling Meerzicht te Lelystad.

Door **Anneloes Walraven**,  
gz-psycholoog in opleiding  
bij GGZ Centraal, afdeling  
Meerzicht te Lelystad en  
de Meregwaard te Almere  
(anneloeswalraven@gmail.com)

**D**e ADU-groep bestaat zo'n drie jaar en is in het leven geroepen naar aanleiding van onderzoeken die aangeven dat exposuretherapie bij diverse angststoornissen de voorkeursbehandeling is, waarbij de nadruk dient te liggen op het verschil tussen de angstige verwachting van de patiënt en de feitelijke uitkomst van een exposure-oefening [Craske et al., 2014; Rijkeboer & van den Hout, 2014; van den Hout & Merckelbach, 1993; Vervliet et al., 2014]. Voor zover bij de auteur bekend is er in Nederland geen andere groepsbehandeling met dezelfde naam. Er zijn echter verscheidene groepsbehandelingen die overeenkomsten vertonen met de ADU-groep en waarbij ook gewerkt wordt met exposuretherapie.

## Taakstructuur

ADU staat voor Als-Dan-Uitspraken, ofwel de catastrofale interpretaties van situaties die de deelnemers van de groep hebben: 'Als ik me fysiek inspan, *dan* zal ik een hartaanval krijgen; *als* ik in de supermarkt iets vraag, *dan* zal ik uitgelachen worden; *als* ik voor mezelf opkom, *dan* zullen mensen boos worden'.

Voorafgaande aan deelname krijgen patiënten een indicatiegesprek, waarin wordt ingeschat of deze groepsbehandeling passend is bij hun problematiek en hulpvraag. Wanneer

dit zo blijkt te zijn, volgen er nog een of twee gesprekken waarin de belangrijkste ADU's worden vastgesteld, evenals de geloofwaardigheid ervan, het huidige vermijdings- en veiligheidsgedrag en de doelen die ze door middel van de ADU-groep willen behalen. De behandelaren die de indicatiegesprekken voeren zijn tevens als therapeut verbonden aan de ADU-groep en blijven de deelnemer zien voor evaluatiegesprekken.

De ADU-groep is een behandeling voor maximaal acht deelnemers, die wekelijks bij elkaar komen. Iedere bijeenkomst duurt drie uur, waarbij tijdens het eerste uur de onderzoeken van de afgelopen week worden geëvalueerd. De deelnemers vertellen om beurten welke ADU zij hebben onderzocht; wat de verwachte geloofwaardigheid van de ADU was; of de gevreesde gevolgen zijn uitgekomen en zo niet, waarom niet; wat diegene heeft geleerd en wat het effect hiervan is op de huidige geloofwaardigheid. Vervolgens wordt er besproken wat iedere deelnemer in het tweede uur gaat onderzoeken, op of in de buurt van de therapielocatie. Er wordt voorafgaand aan ieder gedragsexperiment vastgesteld welke ADU de deelnemer gaat onderzoeken en hoe geloofwaardig deze uitspraak voor hem of haar voelt. Het gaat dus om de *gevoelsmatige* geloofwaardigheid: veel mensen weten wel dat zij geen hartaanval zullen krijgen als ze gaan rennen, maar op het moment dat zij hun hart sneller voelen kloppen, voelt dat wel zo. Een voorbeeld hiervan kan zijn: als ik vier keer de trap op ren, dan krijg ik een hartaanval (geloofwaardigheid: 80%). Samen met de deelnemers wordt bekeken hoe zij hun ADU kunnen onderzoeken. In het derde en laatste uur komen de deelnemers opnieuw bijeen, om te bespreken hoe de onderzoeken zijn

verlopen, wat dit heeft gedaan met hun geloofwaardigheid en om de ADU's, geloofwaardigheid en onderzoeken voor de komende week vast te stellen.

Vooralsnog nemen uitsluitend mensen met angststoornissen aan de ADU-groep deel. Vanuit de theorie is het echter goed mogelijk deze behandeling ook bij andere doelgroepen in te zetten: mensen met een depressie (als ik een activiteit onderneem, dan zal ik nog minder energie hebben), trauma (als ik met een man praat, dan zal ik opnieuw aangerand worden), bipolaire stoornis (als ik me

*Het doel van exposure is de inhibitorische associatie zo sterk te maken, dat deze de angstopwekkende associatie gaat overheersen*

manisch voel, dan kan ik niets doen om tegen te gaan dat ik teveel geld uitgeef) of persoonlijkheidsstoornis (als ik me kwetsbaar opstel, dan zal ik weer afgewezen worden) (Minnen et al., 2010). Het is hierbij van belang dat de gevreesde ramp daadwerkelijk onderzocht kan worden, zowel binnen de groep als in de thuissituatie. Wanneer iemand bijvoorbeeld bang is om in een vliegtuig te stappen, is dit lastig te onderzoeken binnen de groep.

Het doel van deze groepsbehandeling is het opdoen van disconfirmatieve informatie waardoor de geloofwaardigheid van de ADU

zal dalen en daarmee de angst en het vermijdingsgedrag zal afnemen. De werkwijze waarmee dit bereikt wordt is exposuretherapie, wat past binnen het referentiekader van de cognitieve gedragstherapie (CGT). Exposuretherapie is een bewezen effectieve behandelvorm voor onder andere mensen met paniekstoornis, sociale angst, specifieke fobie, OCS en PTSS. Exposuretherapie is in diverse richtlijnen de voorkeursbehandeling voor bovenstaande stoornissen (Factsheet VGCT, zie [www.vgct.nl](http://www.vgct.nl)).

Volgens de nieuwste inzichten is een afname van de angst niet langer het hoofddoel bij deze therapie. Men moet erachter komen dat de gevreesde gevolgen in een spanningsvolle situatie uitblijven. Zij hoeven dus niet in die situatie te blijven totdat de spanning is afgenomen, iets wat eerder wel werd gedacht. Door herhaaldelijke confrontatie met de situatie die angst oproept, zonder dat de gevreesde gevolgen optreden, treedt extinctie (uitdoving) op, wat weer leidt tot een afname van angst (Factsheet VGCT). Er wordt aangenomen dat het centrale werkingsmechanisme van extinctie, en dus van exposuretherapie, inhibitorisch leren is: men leert dat blootstelling aan de situatie die angst oproept (supermarkt) niet leidt tot het gevreesde gevolg (flauwvallen), maar daadwerkelijk ongevaarlijk is. Exposure is het opdoen van disconfirmatieve informatie. De angstopwekkende associatie (tussen supermarkt en flauwvallen) blijft wel bestaan. Het doel van exposure is de inhibitorische associatie zo sterk te maken, dat deze de angstopwekkende associatie gaat overheersen (Vervliet et al., 2014). Hierbij speelt de variatie in contexten een doorslaggevende rol. Zo kan het zijn dat wanneer iemand naar de supermarkt gaat en niet flauwvalt,

als verklaring voor het niet flauwvallen kan hebben dat het maandagochtend was en dus rustig in de supermarkt. Dan is het belangrijk dat diegene ook in de drukte op zaterdag boodschappen gaat doen. De deelnemers worden dan ook aangemoedigd dezelfde ADU op verschillende plaatsen, dagen, tijden en met diverse mensen of voorwerpen (bijvoorbeeld met of zonder handtas of telefoon) te onderzoeken, waarbij de geloofwaardigheid varieert per context: als ik ga hardlopen met mijn telefoon, dan zal ik een beroerte krijgen en doodgaan (geloofwaardigheid 40%) versus: als ik ga hardlopen zonder mijn telefoon, dan zal ik een beroerte krijgen en doodgaan (geloofwaardigheid 80%). In dit voorbeeld kunnen de handtas, telefoon of een andere persoon veiligheids- of vermijdingsgedrag zijn. Hier wordt binnen de groep aandacht aan besteed, waarbij het doel is om deze gedragingen af te bouwen. Het belang van contextvariatie wordt onderstreept door de groepsbehandeling te laten plaatsvinden op verschillende dagen en verschillende tijden. Daarbij wordt iedere bijeenkomst begeleid door twee verschillende therapeuten, die afwisselend worden ingeroosterd, uit een poule van in totaal vijf therapeuten. Ook dit is een bewuste keuze om zo contextvariatie aan te brengen. Deze poule bestaat uit twee cognitief gedrags-therapeutisch werkers, twee gz-psychologen en één psycholoog in opleiding tot gz-psycholoog.

Er bestaat de mogelijkheid om een van de therapeuten te betrekken bij de onderzoeken die tijdens de groepsbehandeling worden uitgevoerd. Het kan drempelverlagend werken wanneer de geloofwaardigheid van een ADU lager is met dan zonder therapeut; als ik alleen naar de bushalte loop,

dan zal ik aangevallen worden (geloofwaardigheid: 85%) versus: als ik met een therapeut naar de bushalte loop, dan zal ik aangevallen worden (geloofwaardigheid: 50%). Dit voorbeeld illustreert dat de geloofwaardigheid varieert per context, maar ook dat een therapeut als veiligheidsgedrag kan werken.

De groepsbehandeling vindt wekelijks in wisselende ruimtes plaats. In alle ruimtes zitten de deelnemers in een kring. In sommige ruimtes zijn tafels aanwezig, in andere niet. Er wordt aan de deelnemers gevraagd of zij een schrift en pen mee willen nemen, waar zij de ADU's, geloofwaardigheid en onderzoeken in noteren.

Na iedere vijf bijeenkomsten vindt er een individuele evaluatie plaats, waarin bekeken wordt in hoeverre de doelen die in de indicatiegesprekken zijn vastgesteld, behaald zijn. Tevens wordt er teruggeblikt op de afgelopen vijf weken; waar heeft iemand aan gewerkt, wat heeft iemand ontdekt? Ten slotte wordt er vooruitgekeken naar de komende vijf weken; welke ADU's zijn er nog, wat is de geloofwaardigheid hiervan en welk veiligheids- en vermijdingsgedrag is nog actueel?

### **Groepsdynamiek**

De ADU-groep heeft vier tot acht deelnemers en is een open groep; er stromen deelnemers in en uit. Het is een individuele therapie in de groep, waarbij het gaat om verandering in en met de groep, niet door de groep. Het doel is dan ook niet het bewerken van diepere (groeps)processen. Iedere deelnemer stelt zijn eigen ADU's vast en onderzoekt deze individueel. Samenwerking tussen de groepsleden staat hiermee niet

voorop, maar ontstaat vaak spontaan. Interactie tussen de deelnemers wordt gestimuleerd; zij kunnen elkaar aanmoedigen in wat ze spannend vinden, hoop bieden door positieve ervaringen te delen, zich kwetsbaar opstellen en open zijn over hun angsten. De meerwaarde van het werken met een groep, is dat de deelnemers veel van elkaar leren. Wanneer een nieuwe deelnemer start, stelt diegene zich voor en deelt zijn Als-Dan-Uitspraken. Vaak zorgen de reacties van de groepsleden al voor erkenning. Tevens is er in deze fase vaak sprake van herkenning; de deelnemer ervaart niet de enige te zijn met angstgerelateerde problemen, ervaringen en gevoelens. Degenen die al langer deelnemen vertellen de nieuwe deelnemers over hun ervaringen. Zij delen onder aanmoediging van de therapeuten wat ze geleerd hebben en tot welk ander gedrag dit heeft geleid, wat weer tot hoop leidt bij de nieuwe deelnemers, die er voorheen van overtuigd waren dat 'het toch nooit meer over zou gaan'. Door de positieve ervaringen van een groepslid dat al langer meedraait te horen, kan dit voor hoop bij het nieuwe groepslid zorgen: 'Zou het ook bij mij beter kunnen gaan?'.  
De deelnemers motiveren elkaar en geven vaak terug dat ze een onderzoek wat ze erg spannend vonden om te doen, toch hebben uitgevoerd omdat ze het aan hun groepsgegoten hadden beloofd of omdat ze graag wilden kunnen vertellen dat ze iets wat ze spannend vonden, toch hebben gedaan. Zo leren ze van elkaars gedrag. Binnen de ADU-groep is er sprake van aanvaardingscohesie: deelnemers hebben het gevoel bij de groep te horen, zij zien zichzelf als groepslid en stellen zich loyaal op aan de groep. Herkenning van elkaars angsten

en duidelijke overeenkomsten tussen de groepsleden dragen bij aan deze aanvaardingscohesie.

Daarnaast is er sprake van taakcohesie; deze ontstaat door herkenning en gezamenlijkheid van functionele wensen en verwachtingen. Mensen nemen deel aan de ADU-groep om een bepaald doel te bereiken, namelijk van hun angsten of komen, minder te vermijden of hun actieradius te vergroten. Ten slotte is er sprake van een holdingscohesie (De Haas, 2008). De groep is een veilige omgeving dankzij haar duidelijke interne structuur. Iedere deelnemer weet hoe de groepsessies grofweg verlopen, de verwachtingen van elkaar en de therapeuten zijn duidelijk en er is een vast programma.

### **Effectiviteit**

In de ADU-groep wordt gewerkt door middel van exposure, een techniek die vaak onderzocht is en effectief gebleken is (Hofmann & Smits, 2008; Norton & Price, 2007).

De effectiviteit van de ADU-groep wordt door de therapeuten zelf gemeten met behulp van de Mobility Inventory (MI), een angstvragenlijst die de mate van vermijding meet terwijl de deelnemer alleen is of wanneer hij vergezeld wordt door een vertrouwd persoon. De lijst omvat een reeks activiteiten of situaties die vaak worden vermeden door patiënten met paniekstoornis en agorafobie. Deze activiteiten zijn ondergebracht in categorieën, zoals winkels, grote open ruimten, reizen, een auto besturen of meerijden in een auto. De respondent dient aan te geven in hoeverre de situatie wordt vermeden. Ook wordt gevraagd om de vijf meest relevante situaties aan te kruisen. Tevens kan met de lijst de frequentie van paniekaanvallen wor-

den gemeten. Ten slotte wordt de respondent gevraagd aan te geven wat zijn of haar actieradius is waarbinnen men durft te reizen.

De test is betrouwbaar en valide, en gevoelig voor therapie-effect. Er zijn normtabellen voor mannen en vrouwen, ten opzichte van normalen- en patiëntenpopulaties (Chambles et al., 1985).

De afname van de MI gebeurt nu nog niet structureel. Wij zijn voornemens om de deelnemers van de ADU-groep voorafgaand aan hun start in de groep de MI in te laten vullen, evenals tijdens de evaluaties. Deze resultaten kunnen dan worden gebruikt om te bekijken waar nog vermijdingsgedrag zit

### *De vraag is waarom deze groep sinds zijn opstart nooit compleet gevuld is geweest, terwijl ADU's veel voorkomen*

waaromheen nieuwe doelen geformuleerd kunnen worden. Op basis van de afgenomen MI's zien we, naarmate men langer aan de groep deelneemt, een afname in het vermijdingsgedrag, maar we hebben deze nog te weinig afgenomen om te kunnen spreken van significante verschillen tussen voor en na de groepsbehandeling. We baseren onze inschatting van de resultaten nu met name op de afname van de geloofwaardigheid van de ADU's en in hoeverre de vastgestelde doelen bereikt worden.

## Reflectie

De ADU-groep is een leuke manier van werken, omdat je als therapeut de kans krijgt mee te gaan met de exposure-oefeningen. Bovendien werk je als team samen in een poule, waarbij je elkaar goed op de hoogte houdt van de ontwikkelingen binnen de groep. Eens per twee weken vindt er een overleg plaats tussen de therapeuten, waar de nieuwe indicatiegesprekken worden ingebracht en wordt stilgestaan bij de voortgang van de deelnemers. Na iedere bijeenkomst wordt er een groepsrapportage gemaakt en van iedere deelnemer een aparte individuele rapportage. Voordat je als therapeut de groep ingaat, lees je eerst de rapportages die collega's hebben geschreven. En in het tweewekelijkse overleg wordt ook nog eens bij iedere patiënt stilgestaan.

De groep is echter sinds zijn opstart nooit compleet gevuld geweest. Op het hoogtepunt waren er zes, op het dieptepunt slechts drie deelnemers. Er bestaan verscheidene hypothesen over de oorzaken hiervan. Zo werd gedacht dat de ADU-groep beter binnen de Generalistische Basis GGZ (BGGZ) dan binnen de Gespecialiseerde GGZ (SGGZ) past. Dit omdat de ADU-groep een klachtgerichte vorm van behandeling is, die veelal binnen de BGGZ wordt verzorgd. Tevens worden ook veel angststoornissen binnen de BGGZ behandeld. Toch zijn ADU's veelvoorkomend en wijdverbreid onder een brede doelgroep. Een andere hypothese is dat de ADU-groep niet genoeg naamsbekendheid heeft of dat deze niet 'in top of mind' is bij veel intakers en behandelaren. Deelnemers kunnen zowel vanuit de intakefase als gedurende een behandeling worden verwezen naar de ADU-groep. Ook kan de ADU-groep

ingezet worden als een module naast een individuele behandeling. Dit laatste gebeurt echter vrijwel nooit. Wellicht dat mensen geen goed beeld hebben van de ADU-groep en welke problematiek hier geschikt voor is. Om die reden heeft de auteur vorig jaar haar referaat gehouden over de ADU-groep, om zo meer naamsbekendheid te creëren. Dit heeft helaas onvoldoende verandering te weeggebracht.

Het ADU-team heeft met het hoofd behandelingen het gesignaleerde probleem van de onderbezette groep besproken. We hebben daarbij aangegeven enthousiast te zijn en in deze groep te geloven. Ook het hoofd behandelingen ziet de meerwaarde van de ADU-groep in. Er wordt binnen de organisatie nagedacht over toekomstperspectieven, zoals het uitbreiden van samenwerking met ketenpartners. Tevens worden de huidige multidisciplinaire overleggen geëvalueerd en wordt er nagedacht hoe deze voort te zetten. Mogelijk dat eventuele veranderingen ook tot gevolg hebben dat de ADU-groep vaker geïndiceerd wordt.

Het is hierbij belangrijk om nader te onderzoeken welke plek de ADU-groep in moet nemen binnen de organisatie en in welke fase van de behandeling de groep ingezet dient te worden.

Wellicht dat het in de toekomst mogelijk zou zijn om een patiënt die binnen de BGGZ of bij de POH-GGZ behandeld wordt, bij GGZ Centraal de ADU-groep te laten volgen. Voor nu is dit nog toekomstmuziek.

Wij hopen dat dit alles zal leiden tot een goedgevulde ADU-groep die we met veel plezier kunnen blijven begeleiden.

## Literatuur

---

Beurs, E. (1993). *The assessment and treatment of panic disorder with agoraphobia*. Amsterdam: Thesis Publishers.

Chambless, D.L., Caputo, G.C., Jasin, S.E., Gracely, E.J. & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, pp. 35-44.

Craske, M.G, Treanor, M., Conway, C.C., Zbozinek, T. & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, pp. 10-23.

Haas, W. de (2008). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Soest: Uitgeverij Nelissen.

Hofmann, S.G. & Smits, J.A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, pp. 621-632.

Hout, M.A. van den & Merckelbach, H. (1993). Over exposure. *Directieve Therapie*, 13, pp. 192-203.

Kwon, S.M., Evans, L. & Oei, T.P. (1990). Factor structure of the Mobility Inventory for agoraphobia: A validation study with Australian samples of agoraphobic patients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 12, pp. 365-374.

Minnen, A. van, Hendriks, L. & Olf, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behaviour Research and Therapy*, 48, pp. 312-320.

Norton, P.J. & Price, E.C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, pp. 521-531.

Rijkeboer, M. & Hout, M. van den (2014). Nieuwe inzichten over exposure. *Gedragstherapie*, 47(1), pp. 2-19.

Vervliet, B., Depreeuw, B., Treanor, M., Conway, C.C., Zbozinek, T. & Craske, M.G. (2014). Exposuretherapie maximaliseren. Een benadering volgens het inhibitorisch leermodel. *Gedragstherapie*, 47, pp. 296-339.

VGCT Factsheet. *Exposuretherapie: nieuwe inzichten*. [www.vgct.nl](http://www.vgct.nl).

---