



Workshops en symposia - 11:30 - 13:00 uur

Workshop

Sectie Persoonlijkheidsstoornissen 'Verander de persoonlijkheidsstoornis – Verander het netwerk' Behandeling van Persoonlijkheidsstoornissen vanuit verschillende invalshoeken.

Sprekers

dr LMC Van den Bosch (Wies)

drs. G.K. Frije (Horusta)

Workshop

Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis ervaren veel problemen in het aangaan of behouden van interpersoonlijke relaties. Ze lopen vast in patronen van ofwel het vermijden van een emotionele relatie ofwel zich verliezen in een dergelijke relatie. Werkrelaties staan snel onder druk als gevolg van het gebrek aan gezond repertoire in omgang met anderen. De spanningen en reacties van anderen bevestigen het negatieve zelfbeeld, het beeld van anderen en het wereldbeeld. Dialectische Gedragstherapie (DGT), Schematherapie (ST) en Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis (VERS) trachten allemaal deze disfunctionele interpersoonlijke gedragspatronen te doorbreken.

Dit kan betrekking hebben op het vinden van een gezonde partner of het verbeteren van de huidige relatie het leren omgaan met intimiteit en conflicten in intieme relaties het leren omgaan met afstand en nabijheid bij vriendschappen of functionele relaties

Bij DGT wordt prioriteit gegeven aan het leren van vaardigheden in aangaan en handhaven van relaties. En daarbij staat moduleren van emoties, in contact met anderen en zichzelf centraal.

Bij ST wordt ervan uit gegaan dat gezonde schema's opgebouwd moeten worden als disfunctionele overbodig worden. Dat betekent dat in de loop van de behandeling de gezonde volwassen modus wordt versterkt om eigen basisbehoeften beter te kunnen vervullen door ook rekening te leren houden met de behoeften en gevoelens van anderen.

In het VERS programma is een belangrijk onderdeel om naasten expliciet te betrekken bij het leren van betere emotie-regulerende vaardigheden, ontwikkelen van gezondere schema's/patronen en het aanbrengen van meer balans op diverse levensterreinen. In de loop van de therapie komt steeds meer de focus te liggen op het aannemen van gezonde sociale en maatschappelijke rollen.

In een levendige en interactieve workshop worden deelnemers eerst meegenomen in een overzicht van wat 'effectief interpersoonlijk functioneren' betekent en hoe dat gemeten kan worden. Daarna worden deelnemers uitgenodigd de verschillen en overeenkomsten tussen de verschillende behandelprogramma's te ontdekken. In een plenaire discussie kan ingegaan worden op de vraag of methodieken te integreren zijn of dat hun kracht juist zit in het unieke therapiemodel van elke stroming.

Literatuur

Sinnaeve, R., Bosch, L., & Steenbergen-Weijenburg, K. M. (2015). Change in interpersonal functioning during psychological interventions for borderline personality disorder—a systematic review of measures and efficacy. *Personality and mental health*, 9(3), 173-194.



Workshop

Suïcidepreventie. Het bouwen aan hoop.

Sprekers

drs., mdr F.P. Bannink (Fredrike)

drs. R. den Haan (René)

Workshop

Bijna alle behandelaars in de (g)gz krijgen te maken met cliënten die het niet meer zien zitten. Bij sommigen is de wanhoop zo intens, dat ze plannen hebben een eind aan hun leven te maken. Op suïcide rust echter nog steeds een taboe. Cliënten neigen ertoe dit onderwerp niet te bespreken, omdat ze bang zijn voor de consequenties: verlies van de eigen regie of de vooroordelen die het oproept. Ook behandelaars neigen ertoe dit onderwerp te vermijden door het te minimaliseren of juist beheersbaar te willen maken. Het contact maken en optimaliseren van de samenwerkingsrelatie met cliënten die suïcide overwegen vormt voor veel behandelaars een uitdaging. Deze workshop is bedoeld voor alle behandelaars die werken met cliënten met een doodswens. De focus ligt op suïcidepreventie en het bouwen aan hoop.

Het bouwen aan hoop is gebaseerd op de *hoop theorie* (Snyder, 1994), voortkomend uit de positieve psychologie. Het betreft een cognitief model van hoop, waarbij de focus ligt op het bereiken van een bestemming (doel). Er wordt niet alleen gekeken naar verwachtingen, maar ook naar motivatie en planning, elementen die nodig zijn om dit doel te bereiken. Hoopvol denken laat de overtuiging zien dat je wegen zult vinden om het gewenste doel te behalen en gemotiveerd bent om die wegen te bewandelen.

Steeds vaker kiezen behandelaars voor positieve, diagnose-overstijgende en autonomie-bevorderende behandelmethoden, zoals de positieve psychologie, oplossingsgerichte therapie en positieve cognitieve gedragstherapie. Hoe kunnen behandelaars voor cliënten en voor hun naasten nuttig zijn? Welke vragen kunnen zij het beste stellen? En hoe kunnen zij het beste contact met cliënten en hun naasten maken, zorgen voor veiligheid en continuïteit, en het contact behouden? Kortom: hoe kunnen ze het contact optimaliseren? In deze workshop, gebaseerd op ons gelijknamige boek dat tijdens het Najaarscongres uitkomt, beschrijven we hoe behandelaars samen met cliënten en hun naasten kunnen bouwen aan hoop.

‘Wat mij als behandelaar heeft geholpen is de cliënt te benaderen als ‘overlever’: een persoon die wellicht het ergste van het ergste mee heeft moeten maken, en ondanks dat toch het doorzettingsvermogen en de levenskracht bezit om zich te laten behandelen. Tijdens de gesprekken ging ik letterlijk naast haar zitten, en legden we de focus op haar sterke kanten en krachtige eigenschappen. Achteraf gaf ze aan dat ze erg dankbaar was voor de gesprekken. Ze was vooral blij met mijn bejegening en houding: een ‘mens’ achter de therapeut, in plaats van een koude, afstandelijke behandelaar.’

Aan het eind van de workshop hebben de deelnemers

- kennis van de hoop theorie;
- praktische vaardigheden om deze theorie toe te passen;
- (meer) vaardigheden om de samenwerking met suïcidale cliënten en hun naasten te optimaliseren;
- een positievere focus in hun praktijk, waardoor zowel het welbevinden van cliënten als van henzelf kan toenemen.



Presentatie

Korte introductie, demo's docenten, dvd's, oefenen met vaardigheden in subgroepen.

Literatuur

Bannink, F.P. (2014). *Positieve cognitieve gedragstherapie*. Amsterdam: Pearson. Den Haan, R. & Bannink, F.P. (2017). *Suicidepreventie. Bouwen aan hoop*. Amsterdam: Boom.

Symposium – E-market

Lezingen:

1. [E-market: OPhobia: op weg naar een virtuele genezing voor specifieke fobieën](#)
 2. [E-market: Effectiviteit van een probleemoplossende zelfhulp interventie via internet voor depressie bij multiple sclerose](#)
 3. [E-market: Leer te durven - online training voor angstige kinderen](#)
 4. [E-market: Cognitieve biases bij wiskundeangst bij middelbare scholieren](#)
 5. [E-market: 'Vies is niet gevaarlijk'. Een computertraining voor kinderen met een dwangstoornis.](#)
-
1. **E-market: OPhobia: op weg naar een virtuele genezing voor specifieke fobieën**

Spreker

T. Donker (Tara)

Introductie

Specifieke fobieën, zoals intense angst om te vliegen, hoogten of spinnen, zijn wereldwijd een van de meest voorkomende vormen van psychische aandoeningen. Vanwege de hoge kosten, stigma en lange wachtlijsten is de toegankelijkheid tot bewezen effectieve therapie momenteel beperkt. Meta-analyses over behandelingseffectiviteit voor mensen die aan een specifieke fobieën lijden, hebben aangetoond dat Virtual Reality Exposure Therapy (VRET) even effectief is als traditionele vormen van exposure therapie. VRET omvat echter relatief hoge kosten en heeft een beperkte bereikbaarheid waardoor het voor het grootste deel van de populatie onbereikbaar is. Daarom hebben we OPhobia ontwikkeld, een zelfhulp VRET voor angst voor hoogten, die wordt geleverd via een smartphone applicatie (app) in combinatie met een eenvoudige Virtual Reality (VR) Google Cardboard. We hypothetiseren dat OPhobia effectief is bij het verminderen van angst symptomen en dat het gebruiksvriendelijk is.

Materiaal en methodes

Dit is een gerandomiseerde gecontroleerde studie met twee armen: de interventieconditie (OPhobia) en een wachtlijst conditie. We streven ernaar om 154 personen (18-65 jaar) uit de algemene bevolking met hoogtevrees. OPhobia bestaat uit 6 modules, zoals psychoductie, voorbeelden van iemand met hoogtevrees, exposure via VR, cognitieve technieken, monitoring van symptomen en een terugvalpreventie module. De interventie duurt 3 weken. Deelnemers in de wachtlijst conditie kunnen de interventie direct na de post-test volgen. Metingen zullen plaatsvinden voor start van de interventie, direct na de interventie (posttest) en na 3 maanden (follow-up).

Resultaten



Momenteel volgen 100 mensen de cursus. De aanmeldingen voor deelname van deze studie gaan zeer snel. De verwachting is dat wij snel de beoogde 154 deelnemers hebben bereikt. Tijdens de presentatie op het VGCT najaarscongres worden de resultaten van OPhobia, de app zelf en de VR wereld gepresenteerd.

Conclusie/discussie

Dit project is gebaseerd op nieuwe technologie en recente wetenschappelijke vooruitgang om een betaalbare behandelingsmodaliteit te ontwikkelen die beschikbaar is voor iedereen.

2. E-market: Effectiviteit van een probleemoplossende zelfhulp interventie via internet voor depressie bij multiple sclerose

Spreker

R. Boeschoten (Rosa)

Introductie

Depressie komt vaak voor bij patiënten met de chronisch ziekte Multiple Sclerose (MS). Psychologische behandeling in de vorm van 'face-to-face' gesprekken volstaat mogelijk niet door ziekte-gerelateerde barrières als vermoeidheid, fysieke verslechtering en transportproblemen. Behandeling via internet kan daarom uitkomst bieden (1). Middels een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (2, 3) werd de effectiviteit van een online begeleide 5-weekse zelfhulp interventie, gebaseerd op probleemoplossende therapie, onderzocht voor depressie bij MS.

Materiaal en methodes

171 MS patiënten met matige tot depressieve klachten werden 'random' toegewezen aan de interventie ($n=85$) of de wachtlijst ($n=86$). De primaire uitkomstmaat, depressieve symptomen, werd gemeten met de 'Beck Depression Inventory-II (BDI-II)' voor de interventie (T0), na de interventie (T1), en 4 maanden later (T2). De wachtlijstgroep werd op overeenkomstige momenten gemeten. Analyses waren gebaseerd op het 'intention-to-treat'-principe.

Resultaten

89% van de deelnemers rondde de T1 meting af, en 77% de T2 meting. 67% van de deelnemers uit de interventiegroep maakte de interventie af (3 of meer modules afgerond). Het versturen van sms ter aanmoediging en herinnering aan de interventie bleek niet significant bij te dragen aan het afmaken (65% met, versus 69% zonder sms). Deelnemers uit beide groepen lieten een grote afname van depressieve klachten zien, maar er werd geen significant verschil gevonden tussen de interventie- en wachtlijstgroep op T1 ($d=0,23$; 95%BI=-0,17-0,63; $p=0,259$) of op T2 ($d=0,01$; 95%BI=-0,44-0,46; $p=0,953$). Op secundaire uitkomstmaten, zoals angst, vermoeidheid en cognitief functioneren werden evenmin verschillen gevonden tussen beide groepen.

Conclusie/discussie

Geconcludeerd werd dat een probleemoplossende zelfhulp interventie via internet voor matig tot ernstig depressieve mensen met MS niet effectiever is dan plaatsing op een wachtlijst in het verminderen van depressieve klachten. Deze bevinding komt niet overeen met wat eerdere interventiestudies vonden voor (face-to-face) CGT bij depressieve patiënten met MS, of CGT via internet bij depressieven patiënten uit de

algemene bevolking. De grote afname van depressieve klachten in de wachtlijstgroep was onverwacht, en diverse verklaringen zullen aan bod komen. Tevens zal verder worden ingegaan op de rol van online probleemoplossende therapie via internet voor deze doelgroep.

Literatuur

Boeschoten RE, Nieuwenhuis MM, van Oppen P, Uitdehaag BMJ, Polman CH, Collette EH, Beekman ATF, Dekker J. Feasibility and outcome of a web-based self-help intervention for depressive symptoms in patients with multiple sclerosis: a pilot study. *Journal of the Neurological Sciences*. 2012; 315(1):104–109.

Boeschoten RE, Dekker J, Uitdehaag BMJ, Polman CH, Collette, EH, Cuijpers P, Beekman ATF, van Oppen P. Internet-based self-help treatment for depression in multiple sclerosis: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2012; 12(1):137.

Boeschoten RE, Dekker J, Uitdehaag BMJ, Beekman ATF, Hoogendoorn AW, Collette EH, Cuijpers P, Nieuwenhuis MM, van Oppen, P. Internet-based treatment for depression in multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *Multiple Sclerosis*. 2016; 1352458516671820. [Epub ahead of print].

3. E-market: Leer te durven - online training voor angstige kinderen

Spreker

dr. E de Hullu (Eva)

Geef hieronder een wetenschappelijke onderbouwing

In dit project pogen we drie barrières, die angstige kinderen beletten optimaal van CGT te profiteren, het hoofd te bieden. 1. Slechts 20 % van de kinderen met angststoornissen krijgt hiervoor een training of een behandeling. 2. Het is niet voldoende duidelijk wat de werkingsmechanismen van CGT zijn bij kinderen. Op basis van theoretische modellen en CGT bij volwassenen krijgen kinderen strategieën aangeboden om hun denkpatronen (disfunctionele cognities) te wijzigen en om hun vermijdingsgedrag te verminderen. De werkingsmechanismen van cognitieve en gedragsmatige strategieën zijn echter beperkt en onvolledig empirisch onderzocht bij kinderen. 3. Interventies zijn te weinig aangepast aan de specifieke noden van kinderen, doordat niet duidelijk is bij welke kinderen CGT goed werkt en bij welke kinderen CGT minder goed werkt. Mogelijk heeft het ontwikkelingsniveau van kinderen een sterke invloed op de mate waarin zij kunnen profiteren van CGT. In het huidige project ontwikkelen we een laagdrempelige online CGT training voor angstige kinderen (8-13 jaar) in de normale populatie, gebaseerd op de evidence based groepstraining *Leer te Durven* (Simon, Bögels, & Voncken, 2011). De online training wordt opgezet volgens het inhibitory learning model van exposure, waarbij in de eerste plaats in exposuresessies de leerervaring gemaximaliseerd wordt, en de cognitieve strategieën in de consolidatiefase worden ingezet. In een randomized controlled trial (RCT) wordt de training onderzocht op effectiviteit (barrière 1). Binnen deze studie wordt nagegaan of de training werkt via het verminderen van disfunctionele cognities en het verminderen van vermijdingsgedrag (barrière 2). Tenslotte zal bekeken worden wat het effect is van het cognitief ontwikkelingsniveau op de werkingsmechanismen van de training (barrière 3). Zowel het verhogen van de beschikbaarheid van CGT voor kinderen met angstproblemen door het aanbieden van een online training, als inzicht in de werkingsmechanismen en elementen die de effectiviteit van CGT beïnvloeden, dragen bij aan een optimalisatie van CGT voor angstige kinderen.

Simon, E., Bögels, S. M., & Voncken, J. M. (2011). Efficacy of Child-Focused and Parent-Focused Interventions in a Child Anxiety Prevention Study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40, 204-219.



Op welke manier is jouw materiaal interactief voor de deelnemers?

Op een drietal laptops tonen we de online interventie vanuit het perspectief van de deelnemer. In deze demonstratie laten we zien hoe kinderen zelfstandig in het programma kunnen werken en op welke manier en op welk moment een psycholoog het proces ondersteunt. Bijzondere aandacht is er voor de manier waarop de exposureoefeningen worden uitgelegd met behulp van videovoorbeelden en hoe de kinderen hun eigen exposure sessies zo uitwerken dat de leerervaring geoptimaliseerd wordt. Bezoekers kunnen ook ter plaatse een voorbeeld invullen van hun eigen angst en deze uitwerken zodanig dat een exposure volgens het inhibitory learning model gemaximaliseerd wordt. Bezoekers kunnen zelf de interventie bekijken en de onderzoeker kan vragen beantwoorden. Op twee posters die we ook kunnen tonen, laten we zien hoe de interventie in lopend onderzoek wordt ingezet en hoe de exposure sessies worden ingericht.

Website

www.leertedurven.nl

4. E-market: Cognitieve biases bij wiskundeangst bij middelbare scholieren

Spreker

msc E.A. Schmitz (Eva)

Geef hieronder een wetenschappelijke onderbouwing

Wiskundeangst kan worden gedefinieerd als aanhoudende gevoelens van spanning, bezorgdheid en angst in wiskunde-gerelateerde situaties. Wiskundeangst kent een piek in de adolescentie en speelt een cruciale rol in de wiskundeprestatie en carrièrekeuzes van middelbare scholieren (Hembree, 1990; Suárez-Pellicioni, et al., 2016).

Gesteld wordt dat wiskundeangst leidt tot een 'affective drop', dat wil zeggen een verminderde wiskundeprestatie als gevolg van angst welke onafhankelijk is van competentie in wiskunde (Ashcraft & Moore, 2009). De eerste taak is ontwikkeld om deze negatieve invloed van angst op prestatie te meten.

'Dual-process' modellen veronderstellen dat gedrag wordt beïnvloed door zowel expliciete (bewuste) en impliciete (automatische, associatieve) processen (Wiers, et al, 2007). Mogelijk spelen impliciete processen ook een rol bij het ontstaan en in standhouden van wiskundeangst (Suárez-Pellicioni, et al., 2016). Sterkere negatieve impliciete associaties voor wiskunde in vergelijking met kunst of talen voorspelde de wiskundeprestatie (Nosek, et al., 2002). De vraag is of hoog wiskundeangstige individuen een sterkere associaties hebben tussen wiskunde en falen dan wiskunde en succes. Hiervoor is een aangepaste versie van de 'Single-Target Implicit Association Task' (Karpinski & Steinman, 2006) ontwikkeld.

Eerder onderzoek bij angststoornissen wijst op een bias in de impliciete informatieverwerking. Hoog angstige individuen laten verschillen zien in aandachtsprocessen (Bar-Haim, et al., 2007; Ouimet, et al., 2009) en in vermijdingsreacties op stimuli (Heuer, et al., 2007) in vergelijking met laag angstige individuen. Het is de vraag of er bij wiskundeangst sprake is van een bias in de aandachtsprocessen. Gebaseerd op eerder onderzoek (De Voogd, et al., 2014; Dodd, et al., 2016) is een 'visuele zoek taak' ontwikkeld om aandachtsbias voor wiskundige formules in vergelijking met woorden en tekens te meten.

Eerder onderzoek heeft aangetoond dat het consequent benaderen van wiskundestimuli effect heeft op het benadergedrag op een wiskundequiz (Kawakami, et al., 2008). De vraag is echter of er sprake is van een automatische vermijdingsreacties voor aan wiskunde-gerelateerde stimuli. Om impliciete



vermijdingsreacties te meten is de veel gebruikte 'approach-avoidance task' (Heuer, et al. 2007; Wiers, et al., 2009) aangepast met wiskundige stimuli.

Tijdens de demonstratie zullen de bovengenoemde vier taken worden getoond.

Op welke manier is jouw materiaal interactief voor de deelnemers?

Deelnemers kunnen zelf de taken uitproberen en op deze manier ervaren wat de taken met hen doet. Eerdere ervaring in pilot met volwassenen resulteerde in uiteenlopende reacties en herkenning.

Website

volgt later

5. E-market: 'Vies is niet gevaarlijk'. Een computertraining voor kinderen met een dwangstoornis.

Spreker

dr LH Wolters (Lidewij)

Introductie

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is de eerste keuze behandeling voor kinderen en jongeren met een dwangstoornis. Echter, met een gemiddeld verbeteringspercentage van 40 tot 65 procent aan het einde van het behandelprotocol, is er ruimte voor verbetering. Een nieuwe ontwikkeling is het veranderen van disfunctionele gedachten door middel van een zogenoemde Cognitive Bias Modification-interpretatie (CBM-I) training (Mathews & Mackintosh, 2000), een computertraining gericht op het aanleren van functionele interpretaties van angst- of dwang relevante situaties. Anders dan bij cognitieve therapie worden disfunctionele interpretaties hier niet Socratisch uitgedaagd, de 'goede' interpretatie wordt simpelweg getraind. De CBM-I training kan zonder hulp van een therapeut thuis op de computer worden gemaakt en is gemakkelijk te implementeren.

Recent hebben wij een CBM-I training ontwikkeld voor kinderen en jongeren met een dwangstoornis, waarbij we samen met therapeuten en jongeren met een dwangstoornis enkele aanpassingen hebben gemaakt om de training beter te laten aansluiten bij de klinische praktijk. Het effect van deze online computertraining is onderzocht in een multicenter randomized controlled trial die voorjaar 2017 is afgerond. In dit onderzoek werd de CBM-I training aangeboden in de wachttijd voor de CGT. Als de training effectief is, kunnen kinderen op deze wijze al voor de start van de reguliere behandeling thuis zelfstandig aan hun dwangklachten werken. Bovendien zou de training een positief effect kunnen hebben op de daaropvolgende CGT. Op deze manier zou de CBM-I training kunnen bijdragen aan een effectievere en efficiëntere behandeling.

Materiaal en methodes

Het onderzoek betreft een samenwerkingsproject van het expertisecentrum Dwang Angst en Tics (DAT) van de Bascule, de afdeling ontwikkelingspsychologie van de UvA, en de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het AMC. Deelnemers aan het onderzoek zijn kinderen en jongeren (8 t/m 18 jaar) die werden aangemeld voor behandeling van een dwangstoornis bij de Bascule (Amsterdam), UvA Minds (Amsterdam), Accare (Groningen), Lentis|Jonx (Groningen) en Curium (Leiden).

In het onderzoek zijn 79 kinderen random toegewezen aan de CBM-I training (4 weken; n=39) met daarna CGT, of wachtlijst (4 weken; n=40) met daarna CGT.



Resultaten

De resultaten laten een positief effect zien van de training in vergelijking tot de wachtlijst. Na de CBM training was de ernst van de dwangklachten met gemiddeld 3,5 punt op de CY-BOCS afgenomen. In de wachtlijstconditie werd geen afname van de dwangklachten gevonden. We vonden geen effect van de training op de daaropvolgende CGT.

Conclusie/discussie

De resultaten dat de CBM-I training kan leiden tot een eerdere vermindering van de dwangklachten (al tijdens de wachttijd op de reguliere therapie) zijn veelbelovend. Daarnaast kan de training hoop geven en een motiverend effect hebben voor verdere behandeling. Bovendien zijn er geen of nauwelijks kosten verbonden aan de training, kan deze vanuit huis worden gemaakt op elk gewenst tijdstip en er is geen therapeutische ondersteuning bij nodig. Dit maakt de training een eenvoudig hulpmiddel dat al in een vroeg stadium kan bijdragen aan een verbetering van de klachten. De resultaten laten echter ook zien dat er meer winst te behalen valt. De training zou verder verbeterd kunnen worden, bijvoorbeeld door deze optimaal te laten aansluiten bij de dwangklachten van de kinderen. Daarnaast kan aan verschillende toepassingsmogelijkheden voor de training worden gedacht. Tijdens de presentatie zal hier nader op worden ingegaan en we horen graag uw ideeën.

Literatuur

Mathews, A. & Mackintosh, B. (2000). Induced emotional interpretation bias and anxiety. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 602-615.

Salemink, E., Wolters, L. & de Haan, E (2015). Augmentation of treatment of usual with online cognitive bias modification of interpretation training in adolescents with obsessive compulsive disorder. A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 49*, 112-119.

Workshop

[Trauma-netwerk en persoonlijkheidsproblematiek](#)

Sprekers

drs. A.M. Stöfvel (Martijn)

dr. G.T.M. Mooren (Trudy)

Workshop

Vroegkindelijke traumatisering zoals affectieve verwaarlozing, seksueel misbruik en mishandeling wordt veroorzaakt door schokkende gebeurtenissen. Deze schokkende gebeurtenissen worden opgeslagen in het brein in een soort trauma-netwerk, dat het –daardoor negatieve- zelfbeeld bepaalt. Het negatieve zelfbeeld en dit netwerk van herinneringen aan schokkende gebeurtenissen wordt beschermd door coping. De coping kan leiden tot persoonlijkheidsproblematiek. Bij de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek is het daarom noodzakelijk dat behalve de behandeling van de coping ook het netwerk van traumatische ervaringen wordt behandeld door middel van verwerkingstechnieken. In deze workshop willen we hiervoor handvatten bieden.

We staan eerst stil bij de relatie tussen trauma en persoonlijkheidsproblematiek. We gaan er daarbij vanuit dat persoonlijkheidsproblematiek zijn oorsprong vindt in schokkende gebeurtenissen in de eerste twintig jaar van iemands leven. In de verschillende theorieën over ontstaan van psychopathologie is hierover een



opvallende conceptuele overlap (zie onder andere Young et al (2005), Linehan (1993), Bateman & Fonagy (2004))

We gaan vervolgens in deze workshop in op het belang van overzicht houden bij complexe behandelingen. We introduceren daarbij de op practice based evidence gebaseerde *interventiecirkel*. De interventiecirkel is een aanpassing van het driefasenmodel (Herman(1992) , Stöf sel & Mooren (2010)) . De hiërarchie in fasen is hierbij grotendeels verdwenen. Het verschaffen van overzicht en flexibiliteit is het doel. De behandeling van persoonlijkheidsproblematiek, dient gericht te zijn op de verwerking van zowel de ‘grote’ als de ‘kleine’ kleine’ (in termen van ernstig en/of meervoudig, zich continuerende) schokkende gebeurtenissen.

We zullen aandacht besteden aan de indicaties van verschillende verwerkingstechnieken bij complexe behandelingen zoals EMDR, imaginaire exposure, Imaginaire Rescripting, getuigenistherapie en NET, woede en wraak-technieken en schrijfopdrachten. We gaan ook in op andere aspecten van de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek: psycho-educatie, praktische problemen, emotie-regulatie, systeemproblematiek en integratie. Het gaat ons daarbij om een integratieve behandeling, gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische technieken.

In het laatste deel van de workshop staan we stil bij de nogal eens lastige interactie in de therapeutische relatie.

In deze workshop wordt gebruik gemaakt van verschillende interactieve werkwijzen: plenaire presentatie, onderlinge discussie, casuïstiek, demonstraties en een quiz.

Na deze workshop hebben deelnemers beter inzicht hoe een behandeling van de behandeling van psychotrauma in het kader van persoonlijkheidsproblemen kan worden opgezet. Zij zijn in staat de accenten op zowel psychotrauma als persoonlijkheidsproblematiek te leggen, te combineren en te onderscheiden.

Literatuur

Herman, J. J.(1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization Based Treatment*. Oxford: OUP.

Young, J. et al (2005). *Schemagerichte therapie. Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Stöf sel, M. & Mooren, T. (2010). *Complex trauma*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum,

Stöf sel, M. & Mooren, T. (2017). *Trauma en persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Symposium

[De werkzaamheid van verscheidene interventies op cognitieve processen die bijdragen aan stemmings- en angststoornissen.](#)

Voorzitter

dr. J.N. Vrijzen (Janna)

Beknopte samenvatting van het symposium

Binnen dit symposium behandelen we meerdere interventies en hun effecten op cognitieve processen die bijdragen aan stemmings- en angststoornissen. Allereerst kijken we meer theoretisch naar rumineren en hoe

je dit zou kunnen induceren binnen een gezonde populatie voor wetenschappelijk onderzoek. We staan vervolgens stil bij de werkzaamheid van Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) op ruminerende gedachten bij chronische, therapieresistente depressieve patiënten. Daarna bespreken we de effecten van een geheugen bias training, uitgevoerd in een groep hoog ruminerende of dysfore patiënten, op geheugen bias, stemming, depressieve symptomen, en neiging tot rumineren. Als laatste bekijken we of algemene schema's met betrekking tot zelf relevante thema's, van deelnemers met of zonder excessieve zorgen, door middel van een cognitieve training te modificeren zijn.

1. De rumineer inductie heroverwogen binnen gezonde populaties

Sprekers

Paste, D te (Denise)

Introductie

Depressie is een van de meest voorkomende psychische stoornissen. Een van de factoren die van invloed is op de duur van een depressie, is hoe patiënten omgaan met hun depressieve stemming. Hierbij hebben mensen die de neiging hebben om op hun negatieve stemming te reageren door te rumineren, vaak langere depressieve episoden. Depressief rumineren kan worden gedefinieerd als zelf gefocust denken en negatieve opvattingen over het zelf, emoties, gedrag, situaties, levensstressoren, en coping.

Een van de manieren waarop de mechanismen en effecten van rumineren onderzocht kan worden is door rumineren te induceren. De meest gebruikte methode hiervoor is die van Nolen-Hoeksema (1993), waarbij deelnemers zich concentreren op een serie van 45 zinnen. Het probleem is dat deze inductie voornamelijk effectief lijkt te zijn binnen depressieve of dysfore groepen, maar niet bij psychisch gezonde deelnemers. Een mogelijke verklaring is dat de zinnen in deze inductie alleen rumineren induceren in combinatie met een negatieve interpretatiebias, zoals aanwezig binnen een depressieve populatie.

Materiaal en methodes

Om de inductie passender te maken voor een gezonde populatie, besloten wij deze meer congruent met een negatieve interpretatiebias te maken. Een voorbeeld: "Denk na over hoe blij of verdrietig je jezelf voelt" (*origineel*) verandert naar "Denk na over hoe verdrietig je jezelf voelt" (*aangepast*). We randomiseerden gezonde deelnemers in drie groepen: de originele rumineer inductie (N=36), de aangepaste rumineer inductie (N=32), of een controle conditie (N=39). Voor en na de tijd werden toestand maten voor stemming en rumineren afgenomen.

Resultaten

Zowel de originele als de aangepaste rumineer inductie hadden een significant effect op het huidige rumineren, terwijl dit voor de controle conditie niet werd gevonden. Echter had de aangepaste rumineer inductie als enige een significant effect op stemming, waarbij de deelnemers zich na de inductie verdrietiger voelden dan voor de inductie.

Conclusie

Kijkend naar de cyclus van depressieve stemming en rumineren, kan het zijn dat de aangepaste rumineer inductie meer de neiging tot rumineren opwekt dan de originele inductie bij psychisch gezonde deelnemers. Studies die zich voornamelijk op deze populatie concentreren, kunnen met het gebruik van de aangepast inductie mogelijk beter de effecten van rumineren onderzoeken dan met de originele inductie.



Literatuur

Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition & Emotion*, 7(6), 561-570.

2. Het effect van Mindfulness-Based cognitive therapy (MBCT) op rumineren bij chronische depressie: RCT data.

Sprekers

Cladder-Micus, M.B. (Mira)

Introductie

Een belangrijk symptoom van een depressieve stoornis is de neiging tot ruminerende gedachten. Gedurende een behandeling met Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) leren cliënten om dysfunctionele gedachten te herkennen en er hierdoor afstand van te kunnen nemen. Doel van deze studie was om het effect van MBCT op zowel state en trait rumineren te onderzoeken. Daarnaast werd onderzocht in hoeverre trait rumination invloed heeft op het behandelresultaat.

Materiaal en methodes

De studie maakt deel uit van een RCT naar de effecten van MBCT bij chronische, therapieresistente depressie (Cladder-Micus et al., 2015). In totaal werden 106 deelnemers gerandomiseerd naar treatment-as usual (TAU) of naar MBCT + TAU. Voor en na de TAU/ MBCT + TAU werden depressieve klachten (IDS) en trait rumination (RRS) met vragenlijsten in kaart gebracht. State rumination werd met de 'Breathing Focus Task' gemeten, een nieuwe gedragsmaat voor rumineren.

Resultaten

Deelnemers uit de MBCT + TAU-groep lieten een grotere afname in trait rumination zien ($p=.04$, Cohen's $d=.39$) en state rumination ($p=.029$, partial $\eta^2=.08$) zien dan de TAU-groep. Trait rumination had een modererend effect op het behandelresultaat: deelnemers met een grotere neiging om te rumineren vooraf aan de MBCT lieten een grotere afname in depressieve klachten zien.

Conclusie

Deze studie laat zien dat MBCT een effect heeft op ruminerende gedachten in cliënten met chronische, therapieresistente depressie. Dit betreft zowel de algemene neiging om te rumineren (trait rumination) als ruminerende gedachten op het moment (state rumination).

Literatuur

Cladder-Micus, M. B., Vrijzen, J. N., Becker, E. S., Donders, R., Spijker, J., & Speckens, A. E. (2015). A randomized controlled trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) versus treatment-as-usual (TAU) for chronic, treatment-resistant depression: study protocol. *BMC psychiatry*, 15(1), 1-8.

3. Cognitieve training als add-on interventie in depressie.

Sprekers



Vrijsen, J.N. (Janna)

Introductie

Dat mensen die depressief zijn een automatische focus op negatieve informatie hebben kan ingezet worden om behandelresultaten te vergroten. Deze negatieve focus - ook wel 'bias' genoemd - heeft namelijk een causaal verband met symptomen. Geheugen bias is een duidelijke risicofactor voor depressie. Wij onderzoeken of en hoe geheugen bias training als add-on interventie de behandeling van depressie kan optimaliseren.

Materiaal en methodes

In een groep gezonde mensen hebben we de geheugen bias training ontwikkeld (Vrijsen et al., 2016). Binnen een internationaal studie is de geheugen bias training getest in kwetsbare groepen: N = 98 hoog ruminerende en N = 100 dysfore personen.

Subjecten worden getraind positieve (therapeutische conditie) dan wel neutrale woorden beter te onthouden. We doen dit door het aanbieden van woordparen, waarbij het ophalen uit het geheugen wordt getraind voor de conditiespecifieke woorden. Het effect van de training op geheugen bias, stemming, depressieve symptomen en rumineren wordt getoetst. We onderzoeken tevens of deze resultaten een week later nog bestaan.

Resultaten

De training is in staat geheugen bias te veranderen. We zien dat de ernst van depressieve symptomen en rumineren in beide condities (zowel de positieve als de neutrale) daalt over tijd. Specifiek in de dysfore groep zien we dat de training het meest effectief is als mensen voor de start nog een 'gezonde' positieve informatieverwerking stijl hadden.

Conclusie/discussie

CBM-Memory is een goedkope mogelijke add-on interventie voor depressie. We zoeken verder naar een training voor de meest kwetsbare groep: depressieve symptomen en een negatieve bias. Daarnaast ontwikkelen we een e-health mobiele applicatie om geheugen bias training toegankelijker en sterker te maken.

Literatuur

Vrijsen, J. N., Hertel, P. T., & Becker, E. S. (2016). Practicing emotionally biased retrieval affects mood and establishes biased recall a week later. *Cognitive therapy and research*, 40(6), 764-773.

4. Cognitieve training gericht op dysfunctionele schema's.

Spreker

Ikani, N (Nessa)

Introductie

Dysfunctionele schema's spelen een belangrijke rol bij het ontstaan en de instandhouding van angst- en stemmingsstoornissen. Schema's zijn cognitieve patronen die nodig zijn voor het selecteren, interpreteren en evalueren van binnenkomende (emotionele) informatie. Herhaaldelijke negatieve ervaringen kunnen



echter leiden tot de ontwikkeling van dysfunctionele schema's. Deze dysfunctionele schema's zijn gelinkt aan automatische negatieve vertekeningen in de informatieverwerking.

Materiaal en methodes

In een eerste studie (N = 135) werd geprobeerd om algemene schema's m.b.t. zelf-relevante versus zelf-irrelevante thema's te modificeren in een steekproef van studenten met behulp van een nieuwe cognitieve training gebaseerd op de Affective Simon Task (AST; De Houwer & Eelen, 1998). Tijdens deze cognitieve training, de Affective Simon Task - Training (AST-T) kregen participanten herhaaldelijk correct en incorrect gespelde woorden (zelf-relevante en zelf-irrelevante) aangeboden. Voor elk woord gaven deelnemers aan of de spelling correct of incorrect was d.m.v. een verbale emotionele respons ("goed" of "fout"), waarbij de emotionele valentie van het woord genegeerd moest worden. Om positieve associaties met zelf-relevante woorden en negatieve associaties met zelf-irrelevante woorden te induceren (d.w.z. positieve training), werd de verdeling van het aantal correct en incorrect gespelde woorden voor de helft van de proefpersonen overeenkomstig gemanipuleerd. Dit was vice versa voor de andere helft van de participanten (d.w.z. negatieve training).

In een tweede studie zal deze training worden toegepast bij studenten met excessieve zorgen. Voorafgaand aan deze tweede training zal geprobeerd worden de schema's van de deelnemers te activeren m.b.v. een video gerelateerd aan de zorgen van participanten. De effecten van de AST-T op zorgen zullen pre- en posttraining vergeleken worden met vragenlijsten en gedragstaken.

Resultaten

Resultaten van de eerste studie lieten zien dat participanten na afloop van de training sneller waren in het reageren op de spelling van de woorden in de gewenste richting van de training. Voor zowel de positieve als negatieve training was dit het geval. De emotionele evaluatie van de woorden bleef voor beide groepen onveranderd. Resultaten van de tweede studie zullen ten tijde van het najaarscongres bekend zijn

Conclusie/discussie

De AST-T ondersteunt huidige cognitieve modellen van angst en depressie en vormt een interessante mogelijkheid voor de praktijk als aanvulling op bestaande therapieën.

Literatuur

De Houwer, J., & Eelen, P. (1998). An affective variant of the Simon paradigm. *Cognition & Emotion*, 12(1), 45-62.

Symposium

[**Actuele ontwikkelingen in de behandeling van verstoord eetgedrag: een kijkje in de keuken**](#)

Voorzitter

dr. K.A. Glashouwer (Klaske)

Beknopte samenvatting van het symposium

Zowel te weinig eten als teveel eten kan desastreuze gevolgen hebben voor het lichamelijk en psychosociaal welbevinden van mensen. In de klinische praktijk komen cognitief-gedragstherapeuten dan ook regelmatig in aanraking met cliënten die zijn vastgelopen in hun eetgedrag en waarbij bijvoorbeeld sprake is van een

eetstoornis of obesitas. Helaas zijn dit hardnekkige stoornissen en blijken de behandelingen tot nu toe slechts in beperkte mate effectief. Bovendien is de kans op terugval na behandeling groot. Hier is dus nog veel winst te behalen. In dit symposium zullen we een kijkje geven in de keuken van het lopende interventie onderzoek bij eetstoornissen en obesitas. Dit symposium is bestemd voor therapeuten die nieuwsgierig zijn welke ontwikkelingen er zoal plaatsvinden op dit vlak in Nederland zonder dat zij dit misschien al direct kunnen toepassen bij hun eigen patiënten.

Dit symposium bestaat uit vijf bijdragen. In de eerste twee bijdragen komen nieuwe interventies aan bod gericht op het verbeteren van het lichaamsbeeld. Anouk Keizer zal vertellen hoe virtual reality als interventietechniek mogelijk ingezet zou kunnen worden bij het verbeteren van de lichaamsbeleving in anorexia nervosa. Vervolgens gaat Klaske Glashouwer in op een onlinetraining op basis van evaluatieve conditionering waarvan zij de effecten op lichaamstevredenheid heeft onderzocht bij jongeren met een eetstoornis. In de derde en vierde bijdrage komt u meer te weten over actueel onderzoek naar bestaande cognitief-gedragstherapeutische interventies. Lotte Lemmens zal vertellen over het design van een grootschalige behandelstudie waarin wordt onderzocht of de toevoeging van exposure de behandel-effectiviteit vergroot van cognitieve therapie bij eetstoornissen. Vervolgens gaat Ghislaine Schyns in op de vraag of het schenden van verwachtingen tijdens cue exposure cruciaal is voor het effect van deze interventie bij vrouwen met obesitas. Tenslotte sluit Nienke Jonker dit symposium af door u te vertellen over een recent ontwikkelde aandachtstraining die onsuccesvolle lijners zou kunnen helpen meer succesvol te worden in het lijnen.

1. Kan virtual reality een rol spelen bij het verbeteren van lichaamsbeleving in anorexia nervosa?

Spreker

Keizer, A. (Anouk)

Introductie

Een kernsymptoom van anorexia nervosa (AN) is dat patiënten hun eigen lichaam dikker/groter beleven dan het daadwerkelijk is. Succesvolle behandeling van dit verstoord lichaamsbeeld verloopt vaak moeizaam. De beleving van de afmetingen van ons eigen lichaam ontstaat op basis van het integreren van lichamelijke informatie uit verschillende zintuigen in het brein. Uit recente literatuur blijkt dat dit proces bij patiënten met AN anders verloopt dan bij gezonde mensen zonder eetstoornis. Met behulp van virtual reality onderzoeken wij of het verwerken van zintuigelijke informatie over het lichaam verandert kan worden in patiënten met AN. We doen dit door hen letterlijk een andere kijk op het lichaam te geven middels lichamelijke illusies waarin zij het gevoel krijgen dat ze 1) een ander lichaam hebben en 2) hun eigen lichaam vanuit een ander perspectief zien.

Doel

Het doel van deze twee studies was nagaan of het lichaamsbeeld van patiënten met AN veranderd kan worden met behulp van lichaamsillusies in virtual reality.

Materiaal en methodes

In beide studies werd voor en na het induceren van de lichaamsillusie aan participanten gevraagd de afmetingen van hun lichaam in te schatten.

Resultaten



De resultaten van de eerste studie laten zien dat patiënten met AN hun lichaam meer realistisch inschatten na afloop van een lichaamsillusie in virtual reality waarin zij het gevoel hadden een ander lichaam te hebben. Data voor de tweede studie, waarin patiënten hun lichaam vanuit een ander perspectief zien, wordt momenteel nog verzameld.

Conclusie

Deze resultaten laten tot nu toe zien dat het lichaamsbeeld van patiënten met AN niet statisch is en wel degelijk aangepast kan worden. De resultaten zijn tot nu toe echter niet zo overtuigend dat virtual reality technieken direct bruikbaar zijn in de klinische praktijk.

Literatuur

Keizer, A., Van Elburg, A., Helms, R., and Dijkerman, C. (2016). A virtual reality full body illusion improves body image disturbance in anorexia nervosa. *Plos One*, 11, e0263921.

2. Verbetert lichaamstevredenheid bij jongeren met een eetstoornis door een online training op basis van evaluatieve conditionering?

Spreker

Glashouwer, K.A. (Klaske)

Introductie

Bij het ontwikkelen en in standhouden van eetstoornissen speelt een negatief lichaamsbeeld mogelijk een cruciale rol. Toch zijn we nog niet goed in het verbeteren van een negatief lichaamsbeeld (Alleva, Sheeran, Webb, Martijn, & Miles, 2015). Het ontwikkelen van nieuwe interventies op dit vlak is dan ook van groot belang. Recent werd ontdekt dat evaluatieve conditionering via een computertraining leidde tot een verbetering van lichaamstevredenheid en algemene zelfwaardering. In deze training leren deelnemers om hun lichaam te associëren met positieve sociale feedback. De training bleek effectief zowel bij studentes zonder eetstoornis die een eenmalige training volgden, als bij vrouwen met een hoog risico op het ontwikkelen van een eetstoornis die meerdere sessies kregen aangeboden (Martijn, Vanderlinden, Roefs, Huijding & Jansen, 2010; Aspen et al., 2015). Het doel van dit onderzoek was te bekijken of deze training ook werkzaam is bij jongeren met een eetstoornis.

Materiaal en methodes

Deelnemers ($N = 51$) werden random verdeeld over een experimentele en een placebo-controlegroep. De deelnemers uit de controlegroep kregen alsnog de verondersteld werkzame training na afloop van de placebo training. In de training moesten deelnemers op foto's van hun eigen lichaam en foto's van andere lichamen klikken, waarbij hun eigen foto's systematisch werden gevolgd door portretfoto's van vriendelijke lachende gezichten. De training bestond uit 6 sessies van ongeveer 5 minuten en werd online aangeboden. In de placebo training kregen deelnemers dezelfde stimuli te zien als in de experimentele conditie, maar hierbij werd het eigen lichaam niet gevolgd door lachende gezichten. Voor, direct na, 3 weken na en 11 weken na de training werden zelf-rapportage maten afgenomen van lichaamsbeeld en algehele zelfwaardering. Ook werden voor en na de training automatische zelf-associaties gemeten met een impliciete associatie test (IAT).

Resultaten



Op dit moment is de data-analyse nog niet afgerond. Eerste uitkomsten laten echter zien dat – in tegenstelling tot wat we verwachtten – de training geen effect heeft op lichaamstevredenheid, algehele zelfwaardering en automatische zelf-associaties direct na de training.

Conclusie

Tijdens het VGCCt congres zullen de definitieve en volledige resultaten worden gepresenteerd en zal worden stilgestaan bij de implicaties van deze resultaten voor de klinische praktijk.

Literatuur

Alleva, J. M., Sheeran, P., Webb, T. L., Martijn, C., & Miles, E. (2015). A meta-analytic review of interventions designed to improve body image. *PLoS ONE*, *10*, e0139177.

Aspen, V., Martijn, C., Alleva, J., Nagel, J., Perret, C., ... Taylor, C. B. (2015). Decreasing body dissatisfaction using a brief conditioning intervention. *Behaviour Research and Therapy*, *69*, 93-99. DOI: 10.1016/j.brat.2015.04.003

Martijn, C., Vanderlinden, M., Roefs, A., Huijding, J., & Jansen, A. (2010). Increasing body satisfaction of body concerned women through evaluative conditioning using social stimuli. *Health Psychology*, *29*, 514-520.

3. Denken, Kijken, Voelen en Ruiken! Kunnen we de effecten van eetstoornisbehandelingen optimaliseren door meer nadruk te leggen op cognities en exposure?

Spreker

Lemmens, L (Lotte)

Introductie

Cognitieve Gedragstherapie (CGT, Fairburn 2008) is een effectieve behandeling voor diverse eetstoornissen. Ondanks bewezen effectiviteit is er ruimte voor verbetering, aangezien zo'n 30% van de patiënten niet – of niet voldoende – profiteert van deze behandeling. Het is dus belangrijk om therapie effecten te optimaliseren. Wie goed kijkt naar Fairburn's CGT ziet dat het protocol een sterke nadruk legt op de gedragsmatige component. Een sterkere cognitieve focus zou het therapie effect kunnen vergroten. Verder zijn er aanwijzingen dat exposure elementen (zoals cue exposure, verboden voedsel exposure en positieve lichaamsexposure) eveneens een positief effect kunnen hebben op eetstoornispathologie. Deze twee pijlers zijn het uitgangspunt van een grootschalige behandelstudie die momenteel wordt uitgevoerd door de universiteit van Maastricht.

Materiaal en methodes

Aan deze studie doen 106 patiënten met een eetstoornis (BN, BED, ES-NAO) mee. De ene helft van de deelnemers wordt behandeld met pure cognitieve therapie (CT puur), de andere helft met CT met elementen van exposure (CT plus). De behandeling bestaat uit 3 voorbereidende sessies, 16 individuele wekelijkse behandelsessies en 1 boostersessie. Primaire uitkomstmaat is de ernst van de eetstoornis pathologie. Secundaire uitkomstmaten zijn o.a. lichaamstevredenheid, zelfbeeld, stemming, algemene psychologische stress, craving, impulsiviteit en BMI. Metingen vinden plaats op baseline, bij start- en einde behandeling, en op 1, 6, 12 en 24 maanden follow-up. Verder vullen therapeut en cliënt voor en na elke sessie een aantal korte vragenlijsten in. Door op verschillende momenten voor, tijdens en na de behandeling te meten, kan het patroon van verandering nauwkeurig in kaart gebracht worden, en kunnen verandermechanismen onderzocht worden.



Resultaten

De studie bevindt zich in de dataverzamelingsfase. Ongeveer de helft van de benodigde deelnemers is inmiddels geïncludeerd.

Conclusie/discussie

Deze lezing zal het studiedesign verder toelichten en de in de studie gebruikte interventies bespreken.

Literatuur

Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, NY, US: Guilford Press.

4. Schenden van verwachtingen in cue exposure therapie voor obese vrouwen: een experimentele pilot studie

Spreker

Schyns, G (Ghislaine)

Introductie

Exposure therapie lijkt goed te werken voor angststoornissen, alsook voor eetstoornissen en obesitas (Jansen, Schyns, Bongers, & van den Akker, 2016). Volgens recente inzichten zou de manier van het aanbieden van exposure sessies echter van groot belang zijn voor behandel succes: in plaats van het richten op habituatie van angst/ trek, zouden sessies gericht moeten zijn op het maximaliseren van inhibitorisch leren (Craske, Treanor, Conway, Zbozinek, & Vervliet, 2014). Eén manier om inhibitorisch leren te versterken is het schenden van verwachtingen tijdens exposure sessies. In dit onderzoek werd het causale verband tussen schending van verwachtingen en behandeluitkomst tijdens cue exposure therapie onderzocht.

Materiaal en methodes

52 obese vrouwen (BMI > 30) werden gerandomiseerd in één van drie condities: (1) exposure gericht op habituatie, (2) exposure gericht op schenden van verwachtingen, of (3) een controle conditie, zonder therapie. Deelnemers in de exposure condities ontvingen twee sessies individuele cue exposure therapie, waarbij trek en overeet-verwachten regelmatig werden gemeten. Na afloop van de interventie namen proefpersonen deel aan een overeet-gedragstaak en werd specifiek gekeken naar de geconsumeerde kcal van het eten dat tijdens exposure aan bod was gekomen.

Resultaten

Beide exposure condities consumeerden significant minder kcal vergeleken met de controle conditie, maar kcal consumptie tussen de exposure condities was niet verschillend. Bovendien hing de mate schending van verwachtingen gedurende therapie, maar ook de mate van habituatie van trek, niet samen met kcal consumptie.

Conclusie/discussie

Cue exposure was effectief om overeten te verminderen, maar richten op het schenden van verwachtingen gedurende exposure was niet effectiever dan wanneer sessies waren gericht op het habitueren van trek. Samengevat blijkt cue exposure zinvol, waarbij de 'specifieke focus' niet van doorslaggevend belang lijkt te zijn.

Literatuur

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, 10–23.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>

Jansen, A., Schyns, G., Bongers, P., & van den Akker, K. (2016). From lab to clinic: Extinction of cued cravings to reduce overeating. *Physiology and Behavior*, 162, 174–180. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2016.03.018>

5. Van bouncing burger tot stuiterende stroopwafel: aandachtstraining voor onsuccesvolle lijners

Spreker

Jonker, N.C. (Nienke)

Introductie

Lijnen is in de huidige samenleving vaak voorkomend gedrag. Echter de prevalentie van overgewicht en obesitas is hoger dan ooit. Hieruit kunnen we concluderen dat mensen vaak niet succesvol zijn in hun lijn pogingen. Men denkt dat een van de redenen hiervoor is dat de aandacht van onsuccesvolle lijners automatisch wordt getrokken door eten, waardoor het nog moeilijker wordt om het te weerstaan (e.g., Castellanos et al., 2009). Als we deze automatische neiging kunnen verminderen, zouden we lijners met een te hoog gewicht wellicht kunnen helpen meer succesvol te worden in hun lijn pogingen.

Materiaal en methodes

In deze studie hebben we de effectiviteit van een nieuwe aandachtstrainings getest. De training is een computerspel waarbij de deelnemers leren voedsel te negeren, en wanneer ze toch naar voedsel kijken zijn om zo snel mogelijk weer weg te kijken (Notebaert, et al., under review). We wilden onderzoeken of deze taak effectief is in het veranderen van de automatische neiging om aandacht te richten op voedsel en of mensen hierdoor minder zin krijgen in voedsel en ook minder gaan eten.

Resultaten

Deelnemers aan de studie waren 113 vrouwelijke onsuccesvolle lijners. Tijdens de eerste meting deden ze verschillende computertaken waarmee we hun aandacht voor voedsel konden meten. Daarnaast vulden ze vragenlijsten in over hun eetgedrag. Vervolgens kreeg de helft van de deelnemers de eerste training, de andere helft werd verteld dat ze in de controle groep waren ingedeeld. Zij konden wel na afloop van de studie de training alsnog doen. De trainingsgroep deed vervolgens op de zes daarop volgende dagen elke dag een trainingssessie van 10 minuten. Na precies een week kwamen alle deelnemers terug om opnieuw de taken te doen en de vragenlijsten in te vullen. Ook interviewden we hen tijdens de nameting over hun voedsel inname van de dag ervoor.

Conclusie/discussie

De training is effectief in het verminderen van de automatische neiging om aandacht te richten op voedsel en om wanneer voedsel toch de aandacht trekt hier weer zo snel mogelijk van weg te kijken. Echter, dit resulteerde niet in minder zin in voedsel of een verminderde voedselinname. Implicaties voor de klinische praktijk zullen worden besproken.

Literatuur



Castellanos, E. H., Charboneau, E., Dietrich, M. S., Park, S., Bradley, B. P., Mogg, K., & Cowan, R. L. (2009). Obese adults have visual attention bias for food cue images: evidence for altered reward system functioning. *International Journal of Obesity*, 33, 1063-1073.

Notebaert, L., Grafton, B., Clarke, P. J. F., Rudaisky, D., Chen, N., & MacLeod, C. (Under review). Emotion in motion: A novel approach for the modification of attentional bias.

Openbare Intervisie

Problematisch verlopende CGT-behandelingen vanuit een netwerkperspectief vlot trekken

Sprekers

dr. A. Hafkenscheid (Anton)

drs. T.M. Que (Frans)

Introductie

Cognitieve gedragstherapie CGT kent partnerrelatie- en groepsvormen. Toch wordt CGT overwegend (en relatief steeds meer) individueel aangeboden. Daarmee dreigt uit het oog te worden verloren dat klassieke en operante bekrachtigingscontexten niet alleen een-op-een van kracht zijn, maar zich veeleer op een veel omvattender en uitgebreider systemisch niveau afspelen. De patiënt neemt in essentie hele netwerken mee de spreekkamer binnen en omgekeerd werken therapeutische effecten die binnen de behandelkamer worden bereikt door in de netwerken waarvan de patiënt deel uit maakt. Elke CGT vindt dus plaats in een context van netwerken: (sub)systemen zoals de liefdesrelatie, het gezin, de familie, de opleiding en het werk van de patiënt, maar ook het behandelteam, de afdeling en de instelling waar de cognitief gedragstherapeutische behandeling plaats vindt. Zelfs de netwerken waar de cognitief gedragstherapeut privé deel van uitmaakt (bijvoorbeeld haar/zijn gezin van herkomst) dringen onherroepelijk tot op zekere hoogte elke CGT binnen.

In het kader van de CGT zijn in dit verband tenminste twee thema's van belang: (1) hoe de context mede betekenis bepaalt en (2) hoe binnen de netwerken, systemen disfunctionele gedragspatronen zijn ontstaan, die elkaar beïnvloeden en die dominant zijn geworden.

Wanneer disfunctionele gedragspatronen dominant zijn geworden, d.w.z. in meerdere netwerken, subsystemen of op meerdere systeemniveaus plaats vinden, dan spreken we van parallelle processen. In deze workshop krijgen de deelnemers de gelegenheid om hun eigen problematische casuïstiek met de andere deelnemers en workshopleiders binnen een veilige context te delen. Geprobeerd zal worden om - vanuit een systeem- en netwerkperspectief- te helpen om openingen te creëren, die met rollenspeldemonstraties zullen worden ondersteund.

Literatuur

- Appelo, M., Hoogduin, K., & Verbraak, M. (red.). (2016). *Omgaan met moeilijke mensen*. Amsterdam: Boom.
- Hafkenscheid (2014). *De therapeutische relatie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hafkenscheid, A. (2016). Supervisierelatie en persoonsgerichte supervisie. In: Beunderman R., Colijn, S., Geertjens, L. en Van der Maas, F. (red.). *Supervisie en praktijk van supervisie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hafkenscheid, A. (2016). Waarom stagneert deze therapie? Een zoekschema voor het opsporen van mogelijke obstakels. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 42, 291-307.



Workshop

[Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy \(TF-CBT\): netwerk-georiënteerde traumabehandling](#)

Sprekers

Drs. R. Beer (Renee)

N. Schlattmann (Nathalie)

Workshop

Trauma kan resulteren in netwerken van symptomen, zoals PTSS. Daarnaast zijn andere symptoomprofielen mogelijk. Vooral bij kinderen. Kinderen zijn bovendien afhankelijk van de netwerken waarin zij leven: biologisch gezin, pleeggezin, adoptiegezin, of leefgroep.

Voor effectieve behandeling van trauma-gerelateerde problematiek noemen de richtlijnen verschillende behandelingen: EMDR en TF-CBT. Kenmerkend voor TF-CBT is dat het gericht is op het netwerk van trauma-gerelateerde symptomen van het kind en op betekenisvolle volwassenen (ouders of verzorgers) binnen het netwerk waarin het kind leeft.

TF-CBT is ontwikkeld door Cohen, Mannarino & Deblinger (2006) en de werkboeken *Verwerken en versterken* (Beer & Lindauer, 2014) voor respectievelijk therapeuten, ouders en kinderen hebben dit programma beter toegankelijk en toetsbaar gemaakt voor de Nederlandse populatie. Om het nog toegankelijker te maken voor kinderen en jongeren is in 2017 er een online-versie gemaakt van het eerste deel van dit programma. Deze workshop heeft tot doel:

- een beeld te geven van de opbouw van dit programma met de rationale daarvan
- het belang toe te lichten van getrainde therapeuten voor adequate behandeling
- de meerwaarde en de risico's te illustreren van de online-versie van het eerste deel van het programma.

De deelnemers maken kennis met TF-CBT, een netwerk-georiënteerde behandeling die gebruik maakt van een netwerk aan (face to face en digitale) interventies.

Literatuur

Cohen, J. A., Mannarino, A.P. & Deblinger, E (2008). *Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten met de methode cognitieve gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Beer, R. & Lindauer, R. (2014). *Verwerken en versterken*. Werkboeken (voor kinderen en jongeren, voor ouders en voor therapeuten) bij de methode Traumagerichte cognitieve gedragstherapie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Workshop

[Helpers en Helden gezocht!](#)

Sprekers

drs. CAM Frijters (Karin)

dhr TJ Haga (Tjerk-Jan)

Workshop

Helpers en Helden is een aanpassing van reguliere forensische Schemagerichte Cognitieve Therapie (SCT) ten behoeve van forensische cliënten met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen. Het behandelprogramma is door FPC de Rooyse Wissel en Trajectum tot stand gekomen tijdens de periode

oktober 2014 – september 2016 in het kader van het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ). Het behandelprogramma beoogt bij te dragen aan het verminderen van delictgedrag en het versterken van competenties en zelfgevoel bij cliënten, zodat zij - waar ze ook verblijven - gebruik blijven maken van hun eigen Helpers en Helden. Deze term verwijst naar gezonde kanten (modi) van de cliënt. Helpers en Helden bestaat uit een theorie handleiding, behandelprotocol, sessieprotocol voor fase 1 van de behandeling, kaarten set, en werkboeken voor deelnemers en steunsysteem. Met de ontwikkeling van Helpers en Helden beogen we dat behandelaren voldoende handvaten hebben om Schemagerichte Cognitieve Therapie toe te passen bij cliënten met een licht verstandelijke beperking, zodat ook zij kunnen profiteren van deze werkzame therapeutische interventie. Uit pilots is gebleken dat het behandel- en sessieprotocol van Helpers en Helden goed uitvoerbaar was bij cliënten met een LVB en gedragsproblemen, en dat deze behandeling bij cliënten leidde tot het vergroten van inzicht en nieuwsgierigheid naar zichzelf. Cliënten waren bovendien enthousiast over de behandeling. In deze workshop worden de kernelementen van het behandelprogramma gepresenteerd en stil gestaan bij de ervaringen uit de pilot. Daarnaast gaat men zelf aan de slag met het ervaren van deze behandelvorm.

Literatuur

Bernstein, D.P., & Nentjes, L. (2015). Schema Therapy for forensic patients with personality disorders: theoretical manual. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg.

Genderen, van H., Jacob, G., Seebauer, L. (2012) Patronen doorbreken. Negatieve gewoontes en gevoelens herkennen en veranderen. Amsterdam: Nieuwezijds B.V.

Keulen-de Vos, M.E., Frijters, K., Haga, T., Lansink, L., Strijbos, N., de Vries, E., & Wilms, W. (2016). Helpers en Helden: schematherapie bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Kwaliteit Forensisch Zorg.

Loose, C., Graaf, P., & Zarbock, G. (2015). Schematherapie met kinderen en jongeren. Amsterdam: Nieuwezijds B.V.

Workshop

Net-werken in een Net-werk van Schaamte

Spreker

drs. N. Köse (Nedim)

Workshop

Verschillen in westerse en niet-westerse culturen brengen grote verschillen met zich mee in de netwerken van westerse en niet-westerse cliënten (De Graaf et al., 2011). De concepten 'individualistische' en 'collectivistische' culturen, kunnen behulpzaam zijn bij het duiden, begrijpen en hanteren van de verschillen (Hofstede, 2001). Westerse, individualistische culturen hebben meer oog voor het individueel belang, terwijl de niet-westerse collectivistische culturen meer oog hebben bij het groepsbelang (Borra, Van Dijk, & Rohlof, 2002). Zo is de binding met ouders onder niet-westerse cliënten groter dan onder westerse cliënten. Ouderbezoek komt aanzienlijk vaker voor onder Turken en Marokkanen, waarbij er meer praktische steun wordt aangeboden aan de ouders dan bij westerse cliënten. Het in de buurt wonen van de ouders komt ook opvallend meer voor bij Turken en Marokkanen dan bij niet-westerse cliënten. Turken en Marokkanen hebben voor ongeveer een vijfde deel hun netwerkleden in de eigen buurt, waarbij hun netwerk vaker geheel

uit familieleden bestaat dan bij westerse cliënten (Van de Broek, Kleijnen & Keuzenkamp, 2010). De nadruk op de eigen omgang met de eigen familie en het gebrek aan vertrouwen in mensen daarbuiten van collectivistische cliënten verandert niet bij de tweede generatie cliënten ten aanzien van de eerste generatie (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2005).

Kunst et al. (2005) benadrukken vooral de invloed van sociaaleconomische factoren in het ontstaan van verschillen tussen de verschillende culturen. De verschillen komen overeen met een meer algemeen verschil tussen cliënten uit rijke buurten en de cliënten uit armere buurten. Het waardenpatroon van cliënten uit de lagere sociaal economische klasse is conservatiever dan het waardenpatroon bij cliënten van een hogere sociaaleconomische klasse. Het wegvallen van economische afhankelijkheid is een mogelijke verklarende factor, waardoor een toenemende nadruk op hogere behoeften, zoals behoefte aan waardering en erkenning komt te liggen in de piramide van Maslov (Nunez & Nunez, 2015).

De rol van schaamte

Schaamte behoort net als schuld, trots en afgunst tot de zelfbewuste emoties waarbij sociale relaties, interacties en oordelen centraal staan (Tracy & Robins, 2004). Schaamte ontstaat wanneer het sociale verbond bedreigd wordt (Lewis, 1971). Schaamte is ongewild en moeilijk te controleren en gaat samen met een negatieve beoordeling van zichzelf. Volgens Lewis (1971) is schaamte een lichamelijke en/of mentale reactie op de bedreiging van de verbondenheid met anderen. Uit vele onderzoeken blijkt dat schaamte niet alleen ontwijkend gedrag stimuleert, maar ook samengaat met gevoelens van minderwaardigheid, krachteloosheid en met het geheimhouden van tekortkomingen (Tangney & Dearing, 2002). Ook is het mogelijk dat schaamte gepaard gaat met agressie en geweld, zoals bij eer -gerelateerde kwesties. Bijvoorbeeld bij een schamende vader, waarvan de dochter seks voor het huwelijk heeft gehad. Hij vindt dat hij de eer van zijn familie niet heeft kunnen bewaken.

In collectivistische culturen zijn solidariteit en loyaliteit belangrijke concepten. Omdat de eer en de reputatie van de groep van groot belang is spreekt men van een schaamtecultuur. De gerichtheid is op het voorkomen van schaamte en gezichtsverlies. Hierdoor zijn cliënten van collectivistische culturen minder gericht op het direct uiten wat zij denken en voelen (Edrisi, 2011). Dit gegeven wordt vaak in verband gebracht met Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Er is sprake van SOLK bij lichamelijke klachten die langer dan enkele weken duren en waarbij bij adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klacht voldoende verklaard (Trimbos-instituut, 2010). Het lichaam communiceert ongenoegen, die niet via taal uit te drukken is (Feltz-Cornelis, 2008). Cognities en gevoelens die wel geuit worden, vindt plaats door indirecte communicatie, waarbij de onderliggende boodschap verhult is in communicatieve codes. In individualistische culturen is het belangrijk om jezelf te profileren. Dit brengt met zich mee om eerlijk en direct te zeggen wat je denkt en voor je mening uit te komen (Borra, Van Dijk & Rohlof, 2002). De westerse cultuur wordt gezien als een schuldcultuur, waarbij je eigen geweten bepalend is en niet zo zeer de omgeving. De zelfbeoordeling binnen de schaamtecultuur wordt in grote mate bepaald door de (verwachte) beoordeling van de gemeenschap (Nunez & Nunez, 2015).

Bovenstaande overwegingen maken het duidelijk, dat in een cultuur van schaamte het lastig kan zijn om het netwerk, op het juiste moment, te activeren. Wellicht dienen we, in sommige gevallen, eerst te helpen om een zo werkelijk mogelijk calculatie te laten maken door de hulpvrager. Bijvoorbeeld bij de eerder genoemde vader, waarvan de dochter vanuit zijn perspectief oneervol heeft gehandeld. Wat zijn de consequenties hiervan voor de familie-eer? Zijn er andere mogelijkheden om de eer te zuiveren? Hoe zal werkelijk de familie hier tegenaan kijken? De hulpverlener dient in ieder geval cultuursensitief te zijn (Edrisi, 2011). Verschillen in communicatiestijlen dienen overbrugt en gehanteerd te worden. De gebruikte codes



door de niet-westerse cliënt dient (h)erkend te worden. Het gebruik van metaforen kan hierbij erg van waarde zijn (Kortmann, 2006).

De workshop is interactief en casusgestuurd. We gaan aan de slag met concepten als, schaamtecultuur, communicatieverschillen: direct en indirect, externaliseren, coping en invoegen.

Doelstelling/leerdoel

- Het adequaat kunnen betrekken en activeren van het netwerk van een met schaamte omhulde cliënt.

Vragen die aan bod komen

- Wat zijn de signalen die duiden op een schaamtecultuur?
- Wat is een goed moment om te netwerken? Ofwel: Wanneer en hoe in te voegen?
- Hoe kan men het werkwerk activeren?
- Welke elementen helpen om cliënten beter met de schaamte om te leren gaan?
- Wat zijn de verschillen in de communicatiestijlen?
- Hoe kunnen we als hulpverleners de verschillende communicatiestijlen hanteren?
- Hoe kunnen we als hulpverleners metaforen inbrengen en gebruiken?

Werkvormen

Inbreng, bespreking en tot uiting brengen van casuïstiek

- We beginnen met een aantal openingscasussen, zoals:
 - o Hoe benader je de situatie, dat een meisje niet uitgehuwelijkt wil worden, omdat het meisje verliefd is op een jongen buiten de gemeenschap?
 - o Hoe reageer je op de opmerking van een meisje die zegt dat: "Haar oom iets met haar heeft gedaan, die oom die zo geliefd is bij de familie"?
 - o Hoe ga je om met een meisje die vraagt wat ze moet doen, omdat ze graag ervoor uit wilt komen lesbisch te zijn. Ze is wel bang voor haar broer.
- De deelnemers kunnen hierna zelf casuïstiek inbrengen en ervaren waar ze tegenaan lopen in de praktijk.

De workshop beoogd de toepassing van bestaande kennis en klassieke procedures in nieuwe doelgroepen; Doelgroepen met schaamtecultuur.

Literatuur

Borra, R., Van Dijk, R., Rohlof, H. (2002). *Cultuur, classificatie en diagnose:*

Cultuursensitief werken met de DSM-IV. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

De Graaf, P., Kalmijn, M., Kraaykamp, G. & Monden, C. (2011). *Sociaal-culturele verschillen tussen Turken, Marokkanen en autochtonen: eerste resultaten van de Nederlandse LevensLoop Studie (NELLS)* Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen.

Edrisi, M. (2011). Cultuursensitief werken als integraal onderdeel van de hulpverlening, *Psychopraktijk*, 3, 1.

Feltz-Cornelis, C.M. van der, & Horst, H. van der. (2008). *Handboek Somatisatie*, Enschede: De Tijdstroom.

Hofstede, G.H. (2001). *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations.* Thousand Oaks London New Delhi, Sage Publications,



Inc.

Kortmann, F. (2006). *Transculturele psychiatrie. Van praktijk naar theorie*. Assen: Van Gorcum B.V.

Kunst, A., Dalstra, J., Bos, V., et al. (2005). *Ontwikkeling en toepassing van indicatoren van sociaal-economische status binnen het Gezondheidsstatistisch Bestand*. Erasmus Medisch Centrum: Centraal Bureau voor de Statistiek.

Lewis, H. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.

Nunez, E. & Nunez, R. (2015). *Interculturele communicatie. Van ontkenning tot wederzijdse integratie*. Assen: Van Gorcum B.V.

Sociaal en Cultureel Planbureau, Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum en Centraal Bureau voor de Statistiek. (2005). *Jaarrapport Integratie, 2005*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.

Tangney, J. & Dearing, R. (2002). *Shame and guilt*. New York: Guilford Press.

Tracy, J. & Robins, R. (2004). Putting the self into self-conscious emotions: A theoretical model. *Psychological Inquiry*, 15, 103-125.

Trimbos-instituut. (2010). *Multidisciplinaire richtlijn Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) en Somatoforme Stoornissen*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Van de Broek, A., Kleijnen, E. & Keuzenkamp, S. (2010). *Naar Hollands gebruik? Verschillen in gebruik van hulp bij opvoeding, onderwijs en gezondheid tussen autochtonen en migranten*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.