



Workshops & symposia - 11:00 - 12:30 uur

### **Symposium**

#### **De netwerkbenadering van psychopathologie geïllustreerd**

#### **Voorzitter**

dr L.H.J.M. Lemmens (Lotte)

#### **Beknorte samenvatting van het symposium**

De netwerkbenadering van psychopathologie ziet mentale stoornissen niet zozeer als geïsoleerde aandoeningen die door één onderliggend proces bepaald worden, maar als complexe netwerken van symptomen die elkaar beïnvloeden. En deze netwerkbenadering is *hot!* Netwerkmethodes worden steeds vaker ingezet in klinisch onderzoek om bijvoorbeeld de relatie tussen symptomen van een bepaalde aandoening te bestuderen, of om subtypes of subgroepen van pathologie of gedrag te identificeren. In dit symposium worden diverse recente studies gepresenteerd die de netwerkbenadering hebben gebruikt om de kennis over diverse vormen van psychopathologie te vergroten.

Het symposium bestaat uit vijf bijdragen. Allereerst zal Marcus Huibers vertellen hoe hij de netwerkbenadering heeft gebruikt om de dynamische architectuur van depressie en de onderliggende symptomen te bestuderen. Daarna presenteert Tessa Blanken haar studie waarin de netwerkbenadering werd ingezet om subtypes van slapeloosheid te identificeren. Vervolgens gaat Eiko Fried in op de replicerbaarheid en generaliseerbaarheid van netwerken van PTSS symptomen, waarna Lotte Lemmens toelicht hoe de netwerkbenadering kan bijdragen aan het personaliseren van een e-coach die mensen helpt om af te vallen. Tot slot geeft Laura Bringmann een kritische beschouwing op de toepasbaarheid van netwerkbenadering in de psychologie. Het symposium is bestemd voor onderzoekers en therapeuten die benieuwd zijn naar de huidige stand van zaken van het netwerkonderzoek in Nederland en die graag meer horen over de krachten en beperkingen van deze methode.

#### **1. De dynamische netwerkstructuur van de Beck Depression Inventory-II (BDI) ontrafeld**

#### **Spreker**

Huibers, M (Marcus)

#### **Introductie**

Gestructureerde interviews en vragenlijsten zijn belangrijke instrumenten om depressie te meten. Recent onderzoek laat zien dat onderzoekers er goed aan doen niet alleen de gemiddelden op groepsniveau te bestuderen, maar ook te onderzoeken hoe de dynamische relatie van depressieve symptomen onderling zich in de tijd ontwikkelt. Dit onderzoek is het eerste waarin dit soort dynamische patronen met behulp van netwerkanalyses worden opgespoord op basis van Beck Depression Inventory-II (BDI, 21 items) data, een van de meest gebruikte depressie-instrumenten.

#### **Materiaal en methodes**

Het netwerk van symptomen werd bepaald binnen een groep van 99 depressieve patiënten die met CGT of IPT werden behandeld, waarbij er aan het begin van elke therapieessie een BDI werd afgenomen. Ook de centraliteit en de structuur van het netwerk werden onderzocht.



## Resultaten

Uit de analyse blijkt dat alle BDI symptomen direct of indirect met elkaar zijn verbonden, en elkaar in de tijd beïnvloeden. Bovendien lijkt deze beïnvloeding over en weer versterkt te worden, met 'verlies van plezier' als het meest centrale symptoom in het netwerk. Cluster analyses laten zien dat de dynamische structuur van de BDI uit twee symptoombieden bestaat, zoals uit eerder onderzoek ook al is gebleken.

## Conclusie

Netwerk analyses maken het mogelijk om de dynamische architectuur van depressie en de onderliggende symptomen te bestuderen. Dit kan helpen om te bepalen op welke symptomen het eerst moet worden ingegrepen in de therapie, wat tot verbeterde behandelingsmogelijkheden kan leiden.

## Literatuur

Bringmann LF, Lemmens LHJM, Huibers MJ, Borsboom D & Tuerlinckx F. Revealing the dynamic network structure of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Medicine*. 2015 Mar;45(4):747-57.

## 2. Netwerkbenadering van verschillende subtypen onder slapelozen

### Spreker

Blanken, T.F. (Tessa)

### Introductie

Slapeloosheid (insomnie) is een veel voorkomend probleem; één op de drie volwassen Nederlanders heeft weleens last van kortdurende slapeloosheid en voor ongeveer één op de tien volwassenen is dit chronisch [1]. Ondanks deze hoge prevalentie zijn de resultaten naar achterliggende mechanismen en karakteristieken van insomnia vaak inconsistent, wat mogelijk komt door heterogeniteit. We onderzochten of er verschillende soorten slapeloosheid bestaan, die niet noodzakelijkerwijs tot uiting komen in specifieke slaapklachten, maar in stabiele eigenschappen zoals persoonlijkheid en levensgeschiedenis – en de relaties daartussen.

### Materiaal en methodes

$N=2,224$  deelnemers van het Nederlands Slaap Register [2] met insomnie vulden on-line vragenlijsten in over hun levensgeschiedenis, cognitie, affect en persoonlijkheid. Data-gedreven subtypen van insomnia werden geïdentificeerd met latente klasse analyse, waarna met netwerkanalyse de relaties tussen de karakteriserende eigenschappen werd onderzocht.

### Resultaten

Onder de deelnemers met insomnie werden vijf subtypen geïdentificeerd; ieder gekenmerkt door een specifiek profiel op levensgeschiedenis, affect en persoonlijkheidskarakteristieken – en de relaties daartussen. Opvallend genoeg verschilden de groepen vrijwel niet wat betreft slaapklachten.

### Conclusie

Insomnie lijkt bij tenminste vijf subtypen mensen voor te komen. Het identificeren van voorheen niet herkende, meer homogene, subtypen kan inconsistente bevindingen door heterogeniteit verminderen. Een betere classificatie van mensen met insomnie zal bijdragen aan een beter begrip van onderliggende mechanismen, wat uiteindelijk kan leiden tot betere en meer gepersonaliseerde behandeling.



## Literatuur

- [1] Kerkhof, G.A. (2017). Epidemiology of sleep and sleep disorders in The Netherlands. *Sleep Medicine*, 30, 229-239. doi: 10.1016/j.sleep.2016.09.01
- [2] Benjamins, J.S., Migliorati, F., Dekker, K., Wassing, R., Moens, S., Blanken, T.F., ... & Van Someren, E.J.W. (2016). Insomnia heterogeneity: characteristics to consider for data-driven multivariate subtyping. *Sleep Medicine Reviews*. doi: 10.1016/j.smrv.2016.10.005

### 3. Replicability of PTSD networks: a cross-cultural multisite network study of 16 PTSD symptoms in four samples of 2782 trauma patients

## Spreker

Fried, E (Eiko)

## Introductie

The network approach to psychopathology understands disorders like Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) as networks of mutually interacting symptoms. The prior literature is limited in three aspects. First, network studies have estimated networks in one sample only, leaving open the question of generalizability across populations. Second, many prior studies were estimated in small samples that may not be sufficiently powered to reliably estimate networks. Third, all prior PTSD network papers examined community or subclinical samples, rendering the PTSD network structure in different clinical samples or trauma-populations unknown. The present multisite study investigated networks of 16 PTSD symptoms across four cross-cultural populations of trauma patients with different trauma-types including: civilian -, refugee-, combat-, post-war off-spring-, and professional duty-related trauma.

## Materiaal en methodes

We estimated state-of-the-art regularized partial correlation networks across four datasets (total N=2782), and compared the resulting networks on various metrics such as network structure, centrality, and predictability.

## Resultaten

Although networks were not exactly identical, considerable similarities among the four networks emerged, with high correlations between network structures (0.62 to 0.74) and centrality estimates (0.63 to 0.75); only few edges differed significantly from each other across networks. We also identified very similar PTSD symptom profiles across datasets.

## Conclusie/discussie

Despite differences in culture, trauma-type and severity of the trauma-populations, the networks showed substantial similarities, suggesting that PTSD symptoms may be associated in similar ways. We discuss implications for generalizability and replicability. Both symptom profiles and network structures are comparable across fairly different samples. This might imply especially severe and especially central symptoms generalize across different populations, and allows for future studies to investigate whether intervening on these symptoms facilitates treatment of trauma patients.

## Literatuur



Fried EI, Eidhof M, Palic S, Costantini G, Huisman M, Bockting C, Engelhard I, Armour C, Karstoft KI (submitted). Replicability and generalizability of PTSD networks: a cross-cultural multisite study of 16 PTSD symptoms in four samples of trauma patients.

#### 4. De rol van netwerkanalyses in een gepersonaliseerde e-coach voor gewichtsverlies

##### Spreker

Lemmens, L (Lotte)

##### Introductie

Veel Nederlanders zijn te dik. Hoewel het merendeel van de mensen met overgewicht regelmatig een dieetpoging onderneemt, slaagt slechts een klein deel erin om het gewenste gewicht te verliezen en om het nieuwe gewicht vast te houden. Cognitieve Gedragstherapie (CGT) kan de effectiviteit van dieetpogingen mogelijk vergroten omdat het zich specifiek richt op disfunctionele gedachten die dieetpogingen kunnen ondermijnen. 'Think Slim' is een zelflerende CGT e-coach die ontwikkeld is om mensen te ondersteunen bij het volgen van een dieet (Boh et al., 2016a). Het *Think Slim* programma bestaat uit 10 online CGT sessies en een zelflerende iPhone app die intervenueert op momenten waarop mensen geneigd zijn van hun dieet af te wijken. In deze lezing wordt besproken hoe de netwerkbenadering kan bijdragen aan het personaliseren van deze app. Ook worden de resultaten van het *Think Slim* programma besproken.

##### Materiaal en methodes

Allereerst onderzochten we voorspellers van gezond en ongezond eetgedrag (studie 1; Boh et al., 2016b). Hierbij vroegen we mensen met ( $n = 57$ ) en zonder ( $n = 43$ ) overgewicht om gedurende 2 weken hun eetgedrag te monitoren. We maakten daarbij gebruik van Ecological Momentary Assessment (EMA). Op basis van ingevoerde EMA data werden zes eet-categorieën geïdentificeerd (bijvoorbeeld mensen die vooral thuis in de avonduren van hun dieet afweken). In studie 2 (RCT) onderzochten we of 6 weken dieet + *Think Slim* ( $n = 46$ ) tot betere resultaten leidde dan het zelfstandig volgen van een dieet ( $n = 50$ ). Voorafgaand aan de interventiefase verzamelden we opnieuw EMA data, waarna elke deelnemer werd ingedeeld in een van de eerder geïdentificeerde subgroepen. Uitkomstmaten waren: BMI, geloofwaardigheid van disfunctionele cognities over eten, emoties, eetgewoontes, eetstoornis pathologie, psychiatrische symptomen en zelfbeeld. Daarnaast onderzochten we veranderingen in time-lagged netwerken van eet-gerelateerde variabelen. Gegevens werden verzameld op baseline, na afloop van de interventiefase en op 3 en 12 maanden follow-up.

##### Resultaten

Aan het einde van de interventiefase werden er in beide condities vergelijkbare significante verbeteringen waargenomen in BMI, eetstoornispathologie en zelfbeeld. Daarnaast liet de *Think Slim* groep een grotere reductie zien in disfunctionele gedachtes over eten, emotioneel eten en extern eten (Boh et al., under review). Resultaten van de 3 en 12 maanden follow-up worden momenteel geanalyseerd en zullen ook worden gepresenteerd. Dit geldt ook voor de veranderingen in netwerken.

##### Conclusie/discussie

De cognitieve en emotionele vooruitgang die werd bewerkstelligd in de *Think Slim* conditie werkt mogelijk beschermend op de langere termijn.



## Literatuur

- Boh et al (2016a). An EMI via smartphone and internet: Study protocol for an RCT for weight loss and healthy eating. *Trials*, 17, 154-166.
- Boh et al (2016b). Indulgent thinking. EMA of Overweight and Healthy-weight Participants' Cognitions and Emotions. *BRAT*, 87, 196-206.
- Boh et al (under review). Acute Effects of a CBT-based EMI for Weight Loss Versus a Diet-Only Control: Results of an RCT.

## 5. Netwerken in de psychologie: meer dan een mooi plaatje?

### Spreker

Bringmann, L (Laura)

### Introductie

Steeds vaker worden netwerkmethodes gebruikt in klinisch onderzoek om symptoominteractie te onderzoeken. Een symptoomnetwerk is echter anders dan bijvoorbeeld een sociologisch netwerk. Dit komt omdat de links tussen de symptomen of nodes niet gegeven zijn. Terwijl je in een sociologisch netwerk kan zien of personen gelinkt zijn, doormiddel van co-auteurschap bijvoorbeeld, is dit in een symptoomnetwerk niet mogelijk: Je kan symptomen niet vragen of ze aan elkaar gerelateerd zijn. Daarom moet men met multivariate modellen werken om een netwerk te infereren. Een veel gebruikt methode is bijvoorbeeld partiële correlaties. Het symptoomnetwerk is dan in feite een visualisatie van deze correlaties. Naast de visualisatie van het netwerk, brengt de netwerk theorie ook nieuwe analyses met zich mee, bijvoorbeeld centraliteitsanalyses. Centraliteitsanalyses geven aan welk symptoom in het netwerk het belangrijkste is voor de symptoomverspreiding en dus een mogelijk target is voor therapeutische interventie.

### Materiaal en methodes

Netwerkanalyses zoals centraliteitsanalyses hebben hun oorsprong in sociale netwerk theorie. In dit artikel onderzoeken we of het valide is om netwerkanalyses te gebruiken voor psychopathologische netwerken terwijl die oorspronkelijk ontwikkeld zijn voor sociale netwerken. Doormiddel van statistische en conceptuele vergelijkingen gaan we na in hoeverre de interpretatie van sociale netwerken ook gerechtvaardigd is in symptoomnetwerken.

### Resultaten

Een eerste interessante bevinding is dat er geen echte netwerkmodellen zijn in de psychologie zoals die in de sociologie bestaan. Verder lijken niet alle netwerkanalyses valide in symptoomnetwerken gebruikt te kunnen worden. Vooral sommige centraliteitsanalyses, zoals betweenness-centraliteit, lijken niet geschikt in het geval van symptoomnetwerken.

### Conclusie/discussie

Netwerktheorie is een veelbelovende wetenschap, maar voorzichtigheid is geboden bij het interpreteren van de modellen en vooral de netwerkanalyses in klinisch onderzoek.

### Literatuur





Bringmann, L.F. (2016). Dynamical networks in psychology: More than a pretty picture? (Doctoral dissertation). DOI: 10.13140/RG.2.2.28223.10404

### **Meet the Expert**

#### **Spreker**

Patricia van Oppen

### **Symposium**

#### **[Verstoord autobiografisch geheugen in PTSS: recente inzichten uit experimenteel onderzoek](#)**

#### **Voorzitter**

phd J.P. Wessel (Ineke)

### **Beknopte samenvatting van het symposium**

Slechts een deel van de mensen die een traumatische gebeurtenis meemaakt ontwikkelt daadwerkelijk een post traumatische stress stoornis (PTSS). Een belangrijke factor bij het ontwikkelen en in stand houden van PTSS is dat de herinnering aan het trauma op inadequate wijze wordt opgeslagen en verwerkt. Als gevolg hiervan is het autobiografisch geheugen in PTSS veelal verstoord. Intrusies worden hierdoor makkelijk opgewekt en patiënten ontwikkelen inadequate strategieën om met hun ziekte om te gaan. In dit symposium zal worden ingegaan op (1) de onderliggende mechanismen van het vervormde autobiografisch geheugen bij PTSS en (2) methoden die de consistentie en emotionaliteit van het autobiografisch geheugen zouden kunnen verbeteren. Ten eerste wordt er aan de hand van zelf-rapportage onderzoek bij Irak-veteranen beargumenteerd dat autobiografisch geheugen bij PTSS met de tijd ernstig vervormd. Met behulp van experimenteel onderzoek wordt aangetoond dat stress responsen tijdens angstleren een belangrijke rol spelen bij de vervorming van autobiografisch geheugen. Vervolgens zullen de meest recente inzichten naar het verbeteren van de verstoring in autobiografisch geheugen besproken worden. Ten slotte zal er aandacht zijn voor experimenteel onderzoek naar methodes om de excessieve emotionaliteit van autobiografisch geheugen te kunnen verminderen. Een veel toegepaste therapie voor PTSS is *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) therapie. Momenteel wordt er veel experimenteel onderzoek verricht naar de werkingsmechanismen van de therapie. De huidige geaccepteerde theorie stelt dat het doen van een afleidende taak (in de praktijk meestal oogbewegingen) tijdens het ophalen van het trauma, de her-opslag van het trauma beïnvloedt. De opgehaalde herinnering aan het trauma wordt opnieuw opgeslagen in een minder emotionele en levendige vorm. Er zullen twee recente studies besproken worden die, in lijn met deze theorie, nagaan hoe het doen van een afleidende taak de emotionaliteit van autobiografische geheugen kan veranderen.

#### **1. Consistentie van herinneringen aan traumatische gebeurtenissen bij Irak-veteranen.**

#### **Spreker**

Engelhard, I.M. (Iris)

#### **Introductie**

Voorheen werd aangenomen dat de ernst van de traumatische gebeurtenis voorspellend is voor de ernst van post traumatische stress stoornis (PTSS) symptomen. Echter, de studies die dit uitwezen baseerden zich overwegend op herinneringen over het trauma van de patiënten zelf. In het huidige onderzoek wordt beargumenteerd dat de causale richting mogelijk omgekeerd is: hoge ernst van PTSS symptomen zijn geassocieerd met versterkte herinneringen aan de traumatische gebeurtenissen. Het doel van deze prospectieve studie was om (1) vast te stellen hoe consistent Nederlandse soldaten traumatische stressoren rapporteren tijdens hun uitzending naar Irak en (2) te onderzoeken in hoeverre PTSS symptomen en reeds bestaande factoren, zoals neuroticisme, geheugeninconsistentie beïnvloeden. De soldaten vulden vragenlijsten in m.b.t. traumatische stressoren tijdens uitzending, 5 maanden en 15 maanden na terugkeer van de missie. Retrospectieve verslagen van traumatische gebeurtenissen varieerden sterk na verloop van tijd. Individuen met hogere niveaus van PTSS symptomen en neuroticisme lieten een toenemende geheugeninconsistentie zien met het verstrijken van de tijd. Dat wil zeggen, hoe ernstiger de PTSS klachten, hoe vaker de veteraan na 15 maanden stressvolle gebeurtenissen rapporteerde die hij/zij bij de 5 maanden meting niet had gerapporteerd. In een follow-up onderzoek werd opnieuw contact opgenomen met de veteranen en hen gevraagd hoe ze de discrepantie verklaarden tussen hun gerapporteerde herinneringen 5 en 15 maanden na de terugkeer van uitzending. Veelvoorkomende verklaringen waren: het anders interpreteren van een item, het incident in eerste instantie vergeten zijn, onderdrukking van de herinnering, en per ongeluk de ervaring van iemand anders toevoegen aan hun eigen herinnering. Hoewel zulke verslagen niet per se bijdragen aan de verduidelijking van de mechanismes die ten grondslag liggen aan de discrepanties in de rapportage van herinneringen na verloop van tijd, verheldert het onderzoek welke megacognitieve variabelen hierbij betrokken zijn.

## Literatuur

Engelhard, I. M., Hout, M. A. van den, & McNally, R. J. (2008). Memory consistency for traumatic events in Dutch soldiers deployed to Iraq. *Memory*, 16, 3–9.

Engelhard, I. M., & McNally, R. J. (2015). Metacognitive appraisal of memory inconsistency for traumatic events in Dutch veterans. *Memory*, 23, 972–980.

## 2. Uit de context: verminderde integratie van herinneringen als kwetsbaarheid voor PTSD.

### Spreker

Ast, V.A. van (Vanessa)

### Introductie

Het al dan niet herinneren van een specifieke ervaring is veelal sterk afhankelijk van de omgevingscontext waarin de herinnering opgehaald wordt. Deze contextafhankelijkheid van herinneringen lijkt te ontstaan doordat het geheugen tijdens het opslaan van een herinnering de centrale elementen van de ervaring aaneenbindt met de bijbehorende omgevingselementen (*geheugencontextualisatie*), zodat dezelfde omgeving weken, of zelfs jaren, later die specifieke herinnering weer eenvoudig kan oproepen, maar in andere omstandigheden de herinnering juist onaangeroerd blijft. Het wordt vaak geopperd dat het onvermogen om nare ervaringen op dergelijke wijze contextafhankelijk in het geheugen op te slaan, een belangrijke kwetsbaarheidsfactor is voor de ontwikkeling van onregelende traumatische flashbacks en herinneringen, zoals in bijvoorbeeld post-traumatische stressstoornis (PTSS). Er bestaan verschillende factoren die kunnen bijdragen aan een dergelijke gereduceerde geheugencontextualisatie, zoals stress en stresshormonen, persoonlijkheidsfactoren, of veranderde breinfunctie. In dit praatje wordt onderzoek



gepresenteerd dat zich verdiept in de manier waarop dergelijke factoren het vermogen tot geheugencontextualisatie kunnen beïnvloeden. Gezamenlijk vormt dit onderzoek een model hoe verstoorde geheugencontextualisatie kan bijdragen aan de ontwikkeling van pathologische herinneringen, zoals in bijvoorbeeld PTSS.

### Literatuur

Van Ast, V. A., Cornelisse, S., Meeter, M., Joëls, M., & Kindt, M. (2013). Time-Dependent Effects of Cortisol on the Contextualization of Emotional Memories. *Biological Psychiatry*, 74, 809–816.

Van Ast, V. A., Cornelisse, S., Meeter, M., & Kindt, M. (2014). Cortisol mediates the effects of stress on the contextual dependency of memories. *Psychoneuroendocrinology*, 41, 97–110.

### 3. In de context: Verbeteren van contextualisatie van emotioneel episodisch geheugen.

#### Spreker

Sevenster, D (Dieuwke)

#### Introductie

Angstige herinneringen zijn vaak slecht gerelateerd aan de omgevingscontext waarin de gebeurtenis plaatsvond. Deze gebrekkige geheugencontextualisatie werkt pathologie in de hand en/of houdt deze in stand. Bijvoorbeeld, doordat een traumatische herinnering niet goed gelinkt is aan de context waarin het gebeurde, kunnen cues die in feite weinig te maken hebben met het trauma toch intrusies induceren. Het huidige onderzoek gaat na hoe de contextualisatie van episodisch geheugen verbeterd kan worden. Bevindingen vanuit de neurowetenschappen geven aan dat geheugen plastischer is dan voorheen werd gedacht; door een herinnering op te halen is deze tijdelijk ontvankelijk voor verandering. Dieronderzoek liet al zien dat het opnieuw blootstellen aan de context waarin voorheen iets angstigs had plaatsgevonden, de geheugencontextualisatie verbeterd. Door korte blootstelling aan de context wordt de herinnering opgehaald en aangepast met meer informatie over de context. In dit experimentele onderzoek worden deze inzichten toegepast op episodisch geheugen bij mensen. Op de eerste dag van het onderzoek werd episodisch geheugen voor gezichten tegen een achtergrond (context) gevormd. Een dag later werden de deelnemers opnieuw kort blootgesteld aan de context. Op de derde dag van het experiment werden de deelnemers getest op herkenning van de gezichten. Bij verbeterde geheugencontextualisatie zou herkenning van de gezichten gefaciliteerd moeten worden wanneer deze in de originele context gepresenteerd worden. Herkenning zou juist moeten verslechteren wanneer gezichten buiten de originele context gepresenteerd worden. De resultaten worden besproken in het licht van de theorie en klinische implicaties.

#### Literatuur

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.

### 4. Aanpassen van herinneringen in het lab: De effecten van duale taken op negatieve autobiografische herinneringen

#### Spreker

Mertens, G (Gaetan)





## Introductie

Het uitvoeren van duale taken tijdens het ophalen van negatieve autobiografische herinneringen kan deze herinneringen afzwakken. Deze techniek wordt succesvol toegepast bij Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Labonderzoek uit onze groep laat echter zien dat niet alle duale taken even effectief zijn om herinneringen af te zwakken. Met name lijkt het zo dat meer belastende taken effectiever zijn dan minder belastende taken. In deze presentatie zullen we de resultaten van een studie bespreken waarin drie verschillende taken vergeleken werden, zowel wat betreft hun werkgeheugenbelasting en hun effectiviteit om negatieve autobiografische herinneringen af te zwakken. Meer specifiek werden de volgende drie taken vergeleken bij gezonde studenten als proefpersonen: (1) Het volgen van een stip op het computerscherm, (2) Het identificeren van een target letter (e.g., v) tussen afleiders (e.g., w) welke afwisselend aan de linker- en rechterkant van het computerscherm werden gepresenteerd, en (3) een combinatie van de twee voorgaande taken waarbij zowel een stip werd gevolgd als waarbij letters werden geïdentificeerd. In het eerste deel van het experiment werd werkgeheugenbelasting tijdens deze taken gemeten door middel van een secundaire reactietijdtaak. In het tweede deel van experiment werden telkens negatieve autobiografische herinneringen opgehaald tijdens het uitvoeren van deze taken. Emotionaliteit en helderheid van deze herinneringen werden gemeten voor en na deze taken. We verwachten dat de meest belastende taak ook de tot de grootste afname op emotionaliteit en helderheid van de negatieve herinneringen zal leiden. De resultaten en implicaties zullen worden gepresenteerd tijdens het congres.

## Literatuur

Hout, M. A. van den, & Engelhard, I. M. (2012). How does EMDR work? *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 724–738.

## 5. Beïnvloeden oogbewegingen de inhoud van aversieve herinneringen?

### Spreker

Wessel, J.P. (Ineke)

### Introductie

Herinneren is een reconstructief proces, waarbij informatie uit verschillende bronnen kan worden geactiveerd (Johnson, Raye, Mitchell & Ankudowich, 2012). Sommige elementen corresponderen met de oorspronkelijke ervaring, maar de herinnering bevat mogelijk ook details uit andere ervaringen (bijvoorbeeld andere situaties, dromen, visualisatie). Ook traumatische herinneringen zijn veranderlijk (Conway, 2005). Sommige therapeutische technieken (hypnose, geleide imaginatie) vergroten de kans op veranderde herinneringen. Over EMDR is in dat opzicht minder bekend. Experimenteel onderzoek (bijvoorbeeld van Schie, van Veen, Engelhard, Klugkist & van den Hout, 2016) laat zien dat oogbewegingen de onaangenaamheid en de levendigheid van aversieve herinneringen verminderen. De huidige bijdrage rapporteert de uitkomsten van een lopend onderzoek naar de vraag of oogbewegingen ook de inhoudelijke details van een herinnering beïnvloeden. De deelnemende studenten halen een negatieve herinnering op en worden random toegewezen aan één van twee groepen. De oogbeweging-groep volgt een stip op een computerscherm en de controle-groep kijkt naar een zwart beeldscherm. Beide groepen houden tegelijkertijd het meest nare beeld uit de herinnering in gedachten. Onmiddellijk voor en na de computertaak beschrijven de deelnemers dit meest aversieve beeld tot in detail. Op het moment van schrijven van deze abstract is de dataverzameling nog niet compleet. De verwachting is dat de EM-groep



meer nieuwe/veranderde details in de nameting rapporteert dan de controle-groep en dat de mate van verandering samenhangt met de afname in onaangenaamheid en levendigheid van de herinnering.

### Literatuur

Conway, M. A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53, 594–628.

Johnson, M. K., Raye, C. L., Mitchell, K. J., & Ankudowich, E. (2012). The Cognitive Neuroscience of True and False Memories. In R. F. Belli (Ed.), *True and false recovered memories: Toward a reconciliation of the debate*. (Vol. 58; 58, pp. 15–52). New York, NY US: Springer Science + Business Media.

Schie, K. Van, Veen, S. C. Van, Engelhard, I. M., Klugkist, I., & Hout, M. A. Van Den. (2016). Blurring emotional memories using eye movements: individual differences and speed of eye movements. *European Journal of Psychotraumatology*, 1, 1–9.

### Symposium – E-market

#### Lezingen:

1. [E-market: Grip op Klachten: Gepersonaliseerde e-hulp voor patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten](#)
2. [E-market: De effectiviteit van online en offline cognitieve gedragstherapie voor suicide preventie](#)
3. [E-market: Algemene psychiatrische klachten, mindfulness en de beoefening van meditatie als voorspellers van de effectiviteit van een mindfulness app](#)
4. [E-market: De effectiviteit en haalbaarheid van een piekerreductie interventie bij Somatisch Onvoldoende Verklaarde Klachten.](#)
5. [E-market: Het effect van een online positieve psychologie interventie op affect, welbevinden, kwaliteit van het sociale netwerk en algemene psychopathologie](#)

1. **Grip op Klachten: Gepersonaliseerde e-hulp voor patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten**

#### Spreker

Hanssen, D.J.C. (Denise)

#### Introductie

Wanneer adequaat medisch onderzoek geen (toereikende) somatische verklaring laat zien voor lichamelijke klachten die ten minste enkele weken duren en er sprake is van significante lijdensdruk spreken we ook wel van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Evidence-based behandelen van SOLK is mogelijk middels cognitieve gedragstherapie, die ingrijpt op de in stand houdende factoren van de lichamelijke klachten.

Gezien de heterogeniteit van de in stand houdende factoren bij patiënten met SOLK (Janssens et al., 2017) is het voor psychologen vaak moeilijk om te bepalen welke in stand houdende factoren bij de specifieke patiënt spelen, waar de behandelfocus zou moeten komen te liggen en welke interventies hierbij passend zouden zijn. Om behandelaars hierbij te ondersteunen, ontwikkelden wij een e-health systeem dat helpt bij het in kaart brengen van onderhoudende factoren van SOLK en het aanbieden van passende, evidence-based interventies.



### **Materiaal en methodes**

We selecteerden gevalideerde vragenlijsten om 16 algemene en 99 onderliggende in stand houdende factoren van SOLK uit te vragen bij patiënten. Daarnaast werden door ervaren klinici op het gebied van de behandeling van patiënten met SOLK oefeningen geschreven, aansluitend bij de in stand houdende factoren. Het e-health systeem werd gebouwd in nauwe samenwerking met klinici en patiënten.

### **Resultaten**

Grip op Klachten is een e-health systeem dat gepersonaliseerde hulp kan bieden bij diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van patiënten met SOLK. Voor patiënten met milde tot matige klachten is de zelfhulpmodule beschikbaar, waarin vanuit het zogenaamde 'persoonlijke probleemprofiel' online oefeningen aangeboden worden aan de patiënt, passend bij zijn of haar in stand houdende factoren. De oefeningen zijn gebaseerd op principes uit o.a. cognitieve gedragstherapie en acceptance and commitment therapie.

### **Conclusie/discussie**

Grip op Klachten kan behandelaars ondersteunen bij de diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van SOLK, bijvoorbeeld parallel aan face-to-face behandeling. Wetenschappelijke evaluatie van het effect van het gebruik van Grip op Klachten op de kwaliteit van leven van de patiënt is gewenst.

### **Literatuur**

Janssens, K. A. M., Houtveen, J. H., Tak, L. M., Bonvanie, I. J., Scholtalbers, A., van Gils, A., ... Rosmalen, J. G. M. (2017). A concept mapping study on perpetuating factors of functional somatic symptoms from clinicians' perspective. *General Hospital Psychiatry*, 44, 51-60. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2016.10.008

## **2. De effectiviteit van online en offline cognitieve gedragstherapie voor suïcide preventie**

### **Spreker**

Wiebenga, J.X.M. (Jasper)

### **Introductie**

Volgens de World Health Organization beroven zich jaarlijks bijna 1 miljoen mensen van hun leven en is zelfmoord de tweede belangrijkste doodsoorzaak bij mensen tussen de 15 en 29 jaar oud wereldwijd (WHO, 2014). In Nederland ontstaan, volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek, ruim vijf suïcides per dag. Bij 90-95% van de mensen die zelfmoord plegen blijkt sprake te zijn geweest van een psychische stoornis en bijna de helft van suïcidepogingen met dodelijke afloop wordt gepleegd door patiënten binnen de specialistische GGZ (sGGZ). Om het aantal suïcides te verminderen is het daarom belangrijk om interventies verder te blijven ontwikkelen die zich direct richten op het behandelen van de suïcidaliteit. Het direct behandelen van suïcidaliteit in plaats van indirect, heeft namelijk een beter effect.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat een behandeling met cognitief gedragstherapeutische technieken toegesneden op suïcidaal gedrag (CBT-sp) werkzaam kan zijn bij suïcidale patiënten. De recent opgezette Nederlandse studie 'GGZ inteRvention in Prevention of suicidal behaviour' (GRIP), zal door middel van een RCT in twee grote sGGZ instellingen onderzoeken of deze behandeling ook effectief is voor suïcidale patiënten binnen de sGGZ in Nederland. Gezien het vermogen van e-Health om behandeling toegankelijker, kosteneffectiever en efficiënter te maken, waardoor theoretisch gezien meer suïcidale mensen geholpen zouden kunnen worden, is er voor gekozen om een e-Health component toe te voegen aan het onderzoek.



Hoewel het bewijs voor de effectiviteit van face-to-face CBT-sp toeneemt, is er meer onderzoek naar de effectiviteit van online CGT voor suïcidale patiënten nodig. De evidentie voor CGT-sp, de opzet en doelen van de GRIP studie, de mogelijkheden en struikelblokken die men kan ondervinden bij het toepassen van blended CGT-sp (eCGT-sp) en de noodzaak van innovatie op het gebied van psychische behandelingen voor suïcidale patiënten zullen uitvoerig besproken worden.

### Literatuur

- Brown, G., Ten Have, T., Henriques, G., Xie, S., Hollander, J., & Beck, A. (2005) Cognitive therapy for prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *JAMA*, 294(5), 563-570.
- Leavey, k. & Hawkins, R. (2017) Is cognitive behavioural therapy effective in reducing suicidal ideation and behaviour when delivered face-to-face or via e-health? A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*.
- Christensen, H., Batterham, P., & O'Dea, B. (2014). E-health interventions for suicide prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11, 8193-8212.

### 3. Algemene psychiatrische klachten, mindfulness en de beoefening van meditatie als voorspellers van de effectiviteit van een mindfulness app

#### Spreker

Wel, M.D. van der (Marloes)

#### Introductie

Sinds Jon Kabat-Zinn in 1989 de positieve effecten van het 'Stress Reduction and Relaxation Program' op psychologisch welzijn en ervaren pijn liet zien bij een groep chronische pijn patiënten, is mindfulness steeds populairder geworden in zowel onderzoek als het klinische veld. Onderzoek naar face-to-face *mindfulness-based interventions* (MBI's) laat positieve effecten zien op een groot aantal mentale en fysieke uitkomst domeinen, in zowel klinische als niet-klinische populaties. De groeiende populariteit van MBI's is niet onopgemerkt gebleven in het veld van m-health. Steeds meer apps voor smartphone en tablet zijn beschikbaar om mindfulness mee te trainen. Deze apps zouden een oplossing kunnen bieden voor de grote vraag naar MBI's en het feit dat deze vaak niet vergoed worden door de zorgverzekering; apps zijn mogelijk kosteneffectief, flexibel en verkrijgbaar voor breed publiek.

Van Emmerik, Berings en Lancee (under review) lieten in een *randomised waitlist-controlled trial* zien dat een MBI app (VGZ *Mindfulness Coach*) een significant effect had op de verbetering van mindfulness en algemene psychiatrische klachten in een niet-klinische populatie. Voortbouwend op deze bevindingen, wordt in dit onderzoek dieper ingegaan op de effectiviteit van een MBI app door te onderzoeken of de app meer of minder effectief is in specifieke subgroepen gebruikers. Ten eerste wordt nagegaan of de effectiviteit van de app samenhangt met het psychiatrisch klachtenniveau van de gebruikers. Ten tweede wordt onderzocht of de effectiviteit van de app samenhangt met het niveau van mindfulness van de gebruikers en de huidige beoefening van (mindfulness) meditatie. Verwacht werd dat de app effectiever was voor gebruikers met een hoger niveau van mindfulness en gebruikers die al (mindfulness) meditatie beoefenden.

#### Materiaal en methodes

In het huidige onderzoek is een secundaire analyse uitgevoerd over de data van Van Emmerik et al. (under review). In dit onderzoek werden deelnemers geworven via een Facebook advertentie voor de VGZ



*Mindfulness Coach*. Deelnemers die 18 jaar of ouder waren en vloeiend Nederlands spraken werden geïnccludeerd in de studie. Dit resulteerde in 377 deelnemers, waarvan 191 deelnemers random in de experimentele conditie werden geplaatst en 186 in de wachtlijst conditie. In het huidige onderzoek werd alleen de experimentele conditie gebruikt. Deze groep bestond uit 183 vrouwen (95.8%) en 8 mannen (4.2%). De gemiddelde leeftijd van de deelnemers van deze groep was 45.63 jaar ( $SD = 9.09$ ).

De deelnemers in de experimentele conditie werden aangeboden om 8 weken de *VGZ Mindfulness Coach* te gebruiken. Deze Nederlandstalige app bevat 40 mindfulness oefeningen, waaronder geleide meditaties en ademhalingsoefeningen. Verder biedt de app een programma aan waarmee gebruikers gedurende 5 weken een aantal voorgeselecteerde oefeningen per dag kunnen volgen en geeft de app informatie over mindfulness en meditatie. De deelnemers in de wachtlijst conditie werden aangeboden om na de 8 weken de *VGZ Mindfulness Coach* te gaan gebruiken.

Aan het begin van het onderzoek en na 8 weken werden metingen gedaan. Mindfulness werd gemeten met de Nederlandse versie van de Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). Algemene psychiatrische klachten werden gemeten met de Nederlandse versie van de General Health Questionnaire 12 (GHQ-12). Aan het begin van het onderzoek werd gevraagd of de deelnemer op dat moment mindfulness of andere vormen van meditatie beoefende.

## Resultaten

Van de 191 deelnemers in de experimentele conditie voltooiden er 80 (41.9%) de nametingen en 111 (58.1%) niet. De *baseline* GHQ-12 scores van de *dropouts* ( $Mdn = 16.00$ ) verschilden niet significant van die van de *completers* ( $Mdn = 15.5$ ),  $U = 4378.00$ ,  $z = -0.17$ ,  $p = .87$ ,  $r = 0.01$ . Verder was er geen significante associatie tussen *dropout* en het reeds beoefenen van mindfulness of andere vormen van meditatie, respectievelijk  $\chi^2(1) = 0.00$ ,  $p = .99$  and  $\chi^2(1) = 1.19$ ,  $p = .28$ . De *baseline* FFMQ scores van de *dropouts* verschilden niet significant van die van de *completers*,  $t = -0.18$ ,  $p = .86$ .

Uit de multiële regressie analyse bleek dat de drie voorspellers, te weten algemene psychiatrische klachten, huidige beoefening van mindfulness meditatie en huidige beoefening van andere vormen van meditatie, slechts 3,6% van de variantie in het effect op mindfulness verklaarden. Verder voorspelde geen van de onderzochte voorspellers individueel het effect van de app op mindfulness (huidige beoefening van mindfulness meditatie:  $\beta = -0.12$ ,  $t = -1.05$ ,  $p = .30$ ; huidige beoefening van andere vormen van meditatie:  $\beta = -0.05$ ,  $t = -0.46$ ,  $p = .65$ ; algemene psychiatrische klachten:  $\beta = 0.14$ ,  $t = 1.21$ ,  $p = .23$ ).

## Conclusie/discussie

In dit onderzoek zijn twee mogelijke voorspellers van de effectiviteit van een MBI app, de *VGZ Mindfulness Coach*, onderzocht. *Dropout* en de effectiviteit van de app in het bevorderen van mindfulness hingen niet samen met het psychiatrisch klachtenniveau van de deelnemers, of met het reeds beoefenen van mindfulness of andere vormen van meditatie. Dit suggereert dat de *VGZ Mindfulness Coach* vergelijkbaar effectief is in deze verschillende subpopulaties en mindfulness kan bevorderen in een brede groep gebruikers. Toekomstig onderzoek kan zich onder meer richten op de effectiviteit van de *VGZ Mindfulness Coach* in klinische populaties.

## Literatuur

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.



- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine, 31*, 23-33.
- Eberth, J., & Sedlmeier, P. (2012). The effects of mindfulness meditation: A meta-analysis. *Mindfulness, 3*, 174-189.
- De Bruin, E. I., Topper, M., Muskens, J. G. A. M., Bögels, S. M., & Kamphuis, J. H. (2012). Psychometric properties of the Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in a meditating and a non-meditating sample. *Assessment, 19* (2), 187-197.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 169-183.
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S.E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 78*, 519-528.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*, 33-47.
- Koeter, M. W. J., & Ormel, J. (1991). *General health questionnaire, Nederlandse bewerking, Handleiding* [Dutch manual of the GHQ]. Lisse: Swets and Zeitlinger.
- Plaza, I., Demarzo, M. M. P., Herrera-Mercadal, P., & Garcia-Campayo, J. (2013). Mindfulness-based mobile applications: Literature review and analysis of current features. *JMIR mHealth uHealth*, doi:10.2196/mhealth.2733.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. M. G., & Williams, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

#### **4. De effectiviteit en haalbaarheid van een piekerreductie interventie bij Somatisch Onvoldoende Verklaarde Klachten.**

##### **Spreker**

Mobach, L (Lynn)

##### **Introductie**

Somatische klachten, zoals moeheid en maag- en darmklachten, zorgen voor meer dan de helft van alle huisartsbezoeken. 30-50% van deze somatische klachten zijn somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). SOLK zijn klachten die blijven bestaan zonder een duidelijke medische of lichamelijke oorzaak (Olde Hartman et al., 2013). Voorbeelden van SOLK zijn syndromen als prikkelbare darmsyndroom en fibromyalgie, maar ook enkele symptomen als nekpijn en buikpijn. SOLK zijn vaak vaag waardoor huisartsen deze patiëntgroep niet voldoende kunnen helpen. Dit resulteert vaak in onnodige onderzoeken en doorverwijzingen naar andere medische professionals. Dit leidt niet alleen tot een slechte gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, maar ook tot hoge gezondheidszorgkosten. Momenteel is Cognitieve Gedragstherapie (CGT) de best onderbouwde behandeling voor SOLK. De verbeteringen zijn echter matig. Bovendien weigeren SOLK-patiënten vaak psychologische behandeling. Vanwege deze nadelen is het belangrijk om alternatieve, acceptabele, interventies te onderzoeken. Aangezien het merendeel van de SOLK-patiënten hun huisarts blijft bezoeken voor hun klachten, zou een zelf-hulpinterventie welke geïntroduceerd kan worden door de eigen huisarts, een waardevol alternatief kunnen

zijn. Cognitieve gedragstherapie modellen voor SOLK beschrijven piekeren als een belangrijke instandhoudende factor voor SOLK. Recentelijk hebben verschillende onderzoekers aangetoond dat een simpele Piekerreductie Interventie effectief is in het reduceren van somatische klachten in niet-klinische populaties (Brosschot & van der Doef, 2006, Versluis, Verkuil & Brosschot, 2016). In deze interventie krijgen participanten in de interventiegroep de instructie om hun zorgen 6 dagen lang uit te stellen naar een piekermoment van 30 minuten in de avond. Participanten in de interventiegroep rapporteerden significant minder somatische klachten en een kortere piekerduur en piekerfrequentie na deze 6 dagen ( $d = 0.32$ ). Het huidige onderzoek had als doel (1) om deze bevindingen te repliceren in een student-analoge SOLK-populatie (studie 1), (2) om de haalbaarheid en effectiviteit van het impliceren van de piekerreductie interventie bij SOLK-patiënten in de huisartspraktijk te testen (studie 2), en (3) om de haalbaarheid van het opzetten van een grotere gerandomiseerde trial in de huisartspraktijk te onderzoeken (studie 2).

### **Materiaal en methodes**

**Studie 1: Participanten:** Studenten van de Radboud Universiteit werden geselecteerd wanneer zij zich relatief veel zorgen maakten om hun gezondheid (score van minimaal 60 op een schaal 1 (ik maak me nooit zorgen om mijn gezondheid) tot 100 (ik maak me altijd zorgen om mijn gezondheid), en relatief vaak naar de huisarts gingen (minimaal 2 keer paar jaar). Uiteindelijk werden 120 studenten geselecteerd.

**Interventie:** de piekerreductie-interventie is geïmplementeerd zoals beschreven door Brosschot en van der Doef (2006). De participanten in de interventiegroep kregen de instructie om hun piekergedachten uit te stellen naar een piekermoment van 30 minuten in de avond, elke keer wanneer zij zich zorgen maakten gedurende de dag.

**Procedure:** Participanten werden gerandomiseerd naar de interventiegroep (registratie piekergedachten + piekerreductieinterventie) of naar de controlegroep (registratie piekergedachten). Participanten vulden voor de 6-daagse interventieperiode de voormeting in en na de interventieperiode de nameting.

**Materiaal:** Experience-sampling applicatie: Participanten registreerden hun piekergedachten tijdens de 6-daagse interventieperiode via een smartphone-applicatie (Real Life Exp Mobile app). Patiënten kregen op willekeurige tijden (08.00-22.00 uur) acht keer per dag notificaties.

**Vragenlijsten:** voor en na de interventieperiode vulden participanten verschillende vragenlijsten in over piekergedachten en somatische klachten (o.a. PTQ-15-NL, SHC).

**Data analyse:** Mixed-effects model analyses zijn gebruikt om de data te analyseren.

**Studie 2: Participanten:** SOLK-patiënten werden geworven via een huisartsenpraktijk in Noord-Brabant. Vier deelnemende huisartsen hebben acht SOLK-patiënten geïncludeerd door patiënten te benaderen tijdens het spreekuur.

**Materiaal:** Experience-sampling applicatie + vragenlijsten: zie studie 1.

**Semi-gestructureerde interviews:** met de huisartsen en patiënten werden interviews gehouden om hun ervaringen met de interventie en de gebruikte methoden te onderzoeken.

**Procedure:** Huisartsen benaderden SOLK-patiënten tijdens het spreekuur. Huisartsen introduceerden het onderzoek en de interventie aan de patiënt. Patiënten werden gerandomiseerd naar de interventie- of controlegroep.

**Interventie:** zie studie 1.

**Data analyse:** Thematische analyse is gebruikt om thema's uit de interviews af te leiden over de haalbaarheid en acceptabiliteit van de piekerreductieinterventie.

### **Resultaten**



Studie 1: de piekerreductie interventie had geen effect op het aantal somatische klachten dat patiënten rapporteerden na de interventieperiode, in vergelijking met voor de interventieperiode.

Studie 2: de meerderheid van de patiënten en de huisartsen rapporteerden positieve ervaringen met het onderzoek en de piekerreductie interventie. Echter liep de inclusie van patiënten moeizaam. Daarnaast had de meerderheid van de patiënten geen goede ervaringen met een gedeelte van de methoden, namelijk de app.

### **Conclusie/discussie**

Studie 1: de piekerreductie interventie bleek niet effectief te zijn in het reduceren van de somatische klachten, en van piekeren (zowel duur als frequentie) in een student-analogue SOLK-populatie. Deze resultaten suggereren dat studenten met somatische klachten en gezondheidsgerelateerde piekergedachten geen baat hebben bij de piekerreductie interventie in zijn huidige vorm. Het gebrek aan effectiviteit van de interventie in deze populatie kan verklaard worden door de uitkomstvariabele. Aangezien in eerder onderzoek steeds gekozen is voor het 'aantal somatische klachten' als uitkomstmaat, is daar in dit onderzoek ook voor gekozen. Echter, is een belangrijk kenmerk van SOLK-patiënten dat zij niet per se een groot aantal klachten hebben, maar met name dat zij één of meerdere klachten hebben die erg persistent aanwezig zijn en hen veel lijdenslast bezorgen. Het is mogelijk dat niet *het aantal* somatische klachten is veranderd, maar eerder de *intensiteit* van de aanwezige klachten. Andere verklaringen en praktische implicaties zullen besproken worden tijdens de presentatie.

Studie 2: het implementeren van de piekerreductie interventie in de huisartspraktijk is haalbaar en lijkt acceptabel te zijn voor zowel huisartsen als SOLK-patiënten. Patiënten gaven aan dat zij de interventie een praktische tool vonden voor het omgaan met hun piekergedachten gedurende de dag. Het gaf hen meer rust doordat zij hun zorgen van zich af konden zetten. Huisartsen gaven aan dat zij de interventie een goede tussenstop vinden voordat zij de patiënt referen naar een psycholoog. Voor het opzetten van een grotere gerandomiseerde trial in de toekomst, zullen echter aanpassingen gemaakt moeten worden aan de methoden. Zo vonden patiënten de smartphone-applicatie niet fijn; het feit dat zij hun telefoon bij zich moesten houden gaf hen zorgen en bezorgde hen ongemak. Het opzetten van een grotere randomized controlled trial is nodig om de effectiviteit van de piekerreductie interventie te onderzoeken.

Algemeen: De piekerreductie interventie kan een praktische tool zijn voor het verminderen van piekergedachten bij mensen met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten.

### **Literatuur**

Brosschot, J. F. & van der Doef, M. (2006). Daily worrying and somatic health complaints: Testing the effectiveness of a simple worry reduction intervention. *Psychology and Health* February, 21(1), 19-31. doi:10.1080/14768320500105346

Olde Hartman, T., Blankenstein, N., Molenaar, B., van den Berg, D. B., van der Horst, H., Arnold, I., Burgers, J., Wiersma, T., & Woutersen-Koch, H. (2013). NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). *Huisarts Wet*, 56(5), 222-230. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2066/118843>

Versluis, A., Verkuil, B., & Brosschot, J. F. (2016). Reducing worry and subjective health complaints: A randomized trial of an internet-delivered worry postponement intervention. *British Journal of Health Psychology*, 21(2), 318-335. doi:10.1111/bjhp.-12170



## 5. Het effect van een online positieve psychologie interventie op affect, welbevinden, kwaliteit van het sociale netwerk en algemene psychopathologie

### Spreker

Bennik, E.C. (Elise)

### Introductie

Het aantal klinisch relevante positieve psychologie onderzoeken stijgt al sinds een aantal jaren. De huidige gedachte is dat mentale gezondheid niet alleen bepaald wordt door de afwezigheid van mentale ziekte, maar ook door de aanwezigheid van positieve uitkomsten, zoals hoge niveaus van welbevinden en positieve relaties met anderen (Bolier et al., 2013; Keyes, 2007). Er zijn al vele studies verricht naar de effecten van positieve psychologie interventies, maar er zijn maar weinig studies gedaan naar het effect van online positieve psychologie interventies op psychopathologie en welbevinden in jongeren waarbij gebruik wordt gemaakt van follow-up metingen na enkele maanden (Bolier et al., 2013). In de huidige studie onderzochten we het korte en lange termijn ( $\pm 4$  en 6 maanden) effect van de positieve psychologie zelfhulpmodule 'Bekijk jezelf door een roze bril' op positief en negatief affect, algemene psychopathologie, welbevinden (waaronder kwaliteit van leven) en positieve relaties met anderen.

### Materiaal en methodes

Negentig vrouwelijke eerstejaars psychologie studenten werden willekeurig ingedeeld in een interventie of controlegroep, waarbij de interventie groep participeerde aan de zes week durende online zelfhulpmodule bestaande uit dagelijkse oefeningen gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie en positieve psychologie. De controlegroep voerde in deze zes weken geen opdrachten uit. Deelnemers vulden verschillende vragenlijsten in tijdens de voormeting en nametingen (direct na de interventie ( $n=88$ ) na 21 weken ( $n=86$ ) en na 31 weken ( $n=82$ )), waaronder de Positive and Negative Affect Schedule, Mental Health Continuum Short Form, Satisfaction With Life Scale, Scales of Psychological Well-being en Symptom Questionnaire-48.

### Resultaten

De resultaten zijn nog onbekend, maar worden besproken tijdens de lezing.

### Conclusie/discussie

De resultaten zullen aanwijzingen geven of 'Bekijk jezelf door een roze bril' (en soortgelijke interventies) een mogelijk geschikt, effectief, laagdrempelig programma is om het welbevinden en de kwaliteit van het sociale netwerk van jongeren te verhogen en veerkracht te bieden in tijden van stress.

### Literatuur

Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, *13*, 119.

<http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>

Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, *62*(2), 95–108. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>



## **Symposium**

### **Nieuwe ontwikkelingen binnen het brede spectrum van eetstoornissen: centrale thema's nader bekeken.**

#### **Voorzitter**

dr. M.S. Vroling (Maartje)

#### **Beknopte samenvatting van het symposium**

In dit symposium gaan we in op verschillende (transdiagnostische) probleemgebieden die centraal zijn voor eetstoornissen: lichaamsbeleving, mental imagery (mentale beelden), emoties en emotieregulatie. Ook presenteren we onderzoeksresultaten over twee relatief nieuwe behandelingen voor eetstoornissen. Allereerst presenteert Manja Engel een onderzoek naar lichaamsbeeldstoornissen. Deze hebben een centrale rol in anorexia nervosa (AN) en zijn voorspellend voor terugval na behandeling. In de behandeling van AN wordt uitgebreid aandacht besteed aan lichaamsbeeldstoornissen. In haar presentatie gaat Manja Engel in op de vraag of de lichaamsbeeldstoornissen hersteld zijn bij patiënten die klaar zijn met hun AN behandeling.

Vervolgens presenteert Suzan Ben Chamach over de relatie tussen mental imagery, PTSS en eetstoornisgerelateerde klachten. Aan de hand hiervan pleit zij voor de integratie van mental imagery interventies binnen de behandeling van eetstoornissen.

Maartje Vroling vervolgt met een presentatie over de rol van ondergewicht in de beleving van emoties bij patiënten die lijden aan AN. Patiënten en behandelaren vertellen dat de patiënt door het ondergewicht weinig tot niets meer voelt, en dat bij aankomen in gewicht dat gevoel weer terugkomt. Daarom zou aankomen extra eng zijn. Maartje Vroling gaat in op de vraag of deze aanname wel klopt, en hoe we dat wat patiënten en behandelaren ervaren eventueel op een andere manier kunnen verklaren.

Mirjam Lammers vervolgt met een presentatie over een behandeling voor eetbuistoornis die gericht is op het verbeteren van de emotieregulatie (de Dialectische Gedragstherapie, DGT). Deze behandeling steunt op het idee dat eetbuien ingezet worden om emoties te reguleren. Mirjam Lammers vertelt over onderzoek waarin de DGT behandeling wordt vergeleken met een CGT behandeling. De resultaten van dit onderzoek geven 'food for thought'.

Eric Dumont sluit af met een presentatie over de eetstoornis Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), die nieuw is binnen de DSM-5. In zijn presentatie vertelt Eric Dumont hoe deze stoornis behandeld kan worden, en toont hij resultaten van een eerste onderzoek naar de effectiviteit van deze behandeling.

#### **1. Lichaamsbeeldstoornissen aanwezig in "herstelde" anorexia nervosa patiënten.**

#### **Spreker**

Engel, M.M. (Manja)

#### **Introductie**

Lichaamsbeeldstoornissen zijn een belangrijk symptoom van anorexia nervosa (AN) en vormen een sterke voorspeller voor o.a. terugval van deze stoornis. Literatuur en klinische ervaring leren ons dat AN patiënten lang belemmerd worden door lichaamsbeeld verstoringen en zij, zelfs na afronding van de eetstoornis behandeling, hier last van blijven hebben. Dus ondanks dat patiënten fysiek hersteld zijn, lijken zij vaak nog wel te lijden onder een verstoorde beleving van de eigen lichaamsomvang.





In therapie ligt de focus voornamelijk op het corrigeren van foutieve gedachten omtrent het lichaamsbeeld en het omgaan met bijkomende emoties. Lichaamsbeeldstoornissen beperken zich echter niet tot emoties en cognities, maar hebben ook invloed op de zintuigelijke waarneming, waaronder visuele en tactiele waarneming (Cash & Deagle, 1997; Keizer et al., 2011), en het bewegen van het lichaam in de ruimte (Keizer et al., 2013). Wij presenteren daarom hier de bevindingen van de eerste systematische studie naar verschillende aspecten van lichaamsbeeldstoornissen bij acute AN patiënten, AN patiënten die hun behandeling hebben afgerond (“herstelden”) en gezonde controles.

### **Materiaal en methodes**

22 AN patiënten, 39 “herstelden” en 30 gezonde controles hebben aan deze studie meegedaan. Hun prestaties zijn vergeleken op een cognitieve taak, gemeten met de Lichaamsattitude Vragenlijst (LAV); een visuele waarnemingstaak, de Visual Body Size Estimation (VSE); tactiele taak, de Tactile Size Estimation (TET) en actie/beweging is gemeten middels de Hoepel Taak (HT).

### **Resultaten**

Op de LAV laten AN patiënten de hoogste scores zien. Tussen “herstelden” en controles is er geen verschil. Op de VSE en HT scores AN patiënten hoger dan “herstelden” en controles, maar hebben “herstelden” ook een significant hogere score dan controles. Er zijn geen verschillen gevonden op de TET.

### **Conclusie**

De resultaten laten zien dat lichaamsbeeldstoornissen aanwezig zijn bij mensen die de behandeling voor AN hebben afgerond. Verstoringen zijn aanwezig op het niveau van visuele perceptie en actie/beweging. Op cognitief niveau zijn er geen verstoringen gevonden. In vergelijking met emotionele/cognitieve aspecten blijkt lichamelijke perceptie, een kernsymptoom van AN, slechts matig te verbeteren met de huidige behandelmethodes. Aangeraden wordt om tijdens eetstoornisbehandeling niet alleen de focus te leggen op cognitieve aspecten van lichaamsbeeldstoornissen maar ook op de zintuigelijke waarneming.

### **Literatuur**

- Cash, T. F., & Deagle, E. A., 3rd. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- Keizer, A., Smeets, M. A., Dijkerman, H. C., Uzunbajakau, S. A., van Elburg, A., & Postma, A. (2013). Too fat to fit through the door: first evidence for disturbed body-scaled action in anorexia nervosa during locomotion. *PLoS One*, 8, e64602.
- Keizer, A., Smeets, M. A., Dijkerman, H. C., van den Hout, M., Klugkist, I., van Elburg, A., & Postma, A. (2011). Tactile body image disturbance in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 190, 115-120.

## **2. Mentale beelden bij vrouwen met en zonder eetstoornis.**

### **Spreker**

Ben Chamach, S. (Suzan)

### **Introductie**

Mentale beelden (*mental imagery*) hebben een grote invloed op emoties en spelen mogelijk een rol bij het in stand houden van psychopathologie (Holmes & Mathews, 2010). Mentale beelden zijn een centraal kenmerk van posttraumatische stressstoornis (PTSS), waarbij herbelevingen in de vorm van deze mentale beelden



negatieve emoties tot gevolg hebben. Mentale beelden lijken ook een rol te spelen bij andere psychiatrische stoornissen waaronder eetstoornissen. Het doel van dit onderzoek is te onderzoeken of er bij vrouwen met een eetstoornis mentale beelden voorkomen die gerelateerd zijn aan uiterlijk, gewicht en/of eten (verleden en toekomst) en of die verschillen van gezonde controlevrouwen.

### **Materiaal en methodes**

Bij 29 vrouwelijke patiënten met eetstoornis (leeftijd:  $M=24$  jaar; BMI:  $M=18.9$ ) en 32 gezonde controle vrouwen (leeftijd:  $M=19$  jaar; BMI:  $M=19.0$ ) werd een semigestructureerd interview voor mentale beelden en drie vragenlijsten (Eating Disorder Examination - Questionnaire (eetstoornissymptomen), Zelf inventarisatielijst (PTSS symptomen) en Impact of Future Events Scale (mentale beelden gerelateerd aan de toekomst)) afgenomen. Inclusiecriteria waren een leeftijd van 18 of ouder en een BMI  $<25$ . Voor aanvang van het onderzoek werden potentiële gezonde controles gescreend door middel van de Global Health Questionnaire-12 (exclusie score  $>3$ ).

### **Resultaten**

Mentale beelden komen bij beide groepen voor, maar bij patiënten met een eetstoornis hebben de beelden een grotere helderheid en levendigheid en gaan ze gepaard met sterkere negatieve emoties dan bij gezonde vrouwen. Opvallend is dat er geen relatie is met BMI. Patiënten rapporteren eveneens meer negatieve beelden gericht op de toekomst (zoals aankomen in gewicht) en hebben meer PTSS symptomen.

### **Conclusie**

Deze resultaten bieden aanknopingspunten voor de behandeling. Het vaker en al vroeg in de behandeling inzetten van *imagery based* technieken, zoals imaginatie met rescripting en EMDR bieden een mogelijkheid om naast alle cognitieve en gedragsmatige technieken rechtstreeks de negatieve associaties te bewerken. Mogelijk kan de angst om aan te komen hiermee verminderd worden waardoor patiënten beter kunnen profiteren van de behandeling.

### **Literatuur**

- Holmes, E. A. & Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*, 30, 349-362.
- Somerville, K., Cooper, M., & Hackmann, A. (2007). Spontaneous imagery in women with bulimia nervosa: An investigation into content, characteristics and links to childhood memories. *Behavior Therapy*, 38, 435-446.
- Hinrichsen, H., Morrison, T., Waller, G., & Schmidt, U. (2007). Triggers of self-induced vomiting in bulimic disorders: The roles of core beliefs and imagery. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21, 261-272

## **3. Anorexia nervosa: Het effect van ondergewicht en gewichtsherstel op de emotionele beleving.**

### **Spreker**

Vroling, M.S. (Maartje)

### **Introductie**

De behandeling van anorexia nervosa (AN) is in de eerste fase primair gericht op gewichtsherstel. Kwalitatieve studies laten zien dat patiënten met AN door hun ondergewicht affectief afgevlakt zouden zijn, en dat ze eetstoornis gedragingen zouden gebruiken als manier om met hun emoties om te gaan. Dit is in lijn met de klinische indruk. Opvallend genoeg zijn kwantitatieve studies naar emoties bij ondergewicht weinig



uitgevoerd, en die studies die wel zijn uitgevoerd spreken elkaar tegen. Verder is er nog niet eerder gekeken naar de beleving van emoties gedurende gewichtsherstel. In deze presentatie gaan we in op een studie die onderzoekt: 1) Of emoties minder intens zijn bij ernstig ondergewicht, en 2) Of emoties heftiger worden gedurende het proces van gewichtsherstel. Daarnaast gaan we in op de rol van trauma inzake de heftigheid van emoties bij ondergewicht en gewichtsherstel.

### **Materiaal en methodes**

Er hebben 70 klinisch opgenomen patiënten met AN deelgenomen aan deze studie. Deze patiënten werden bij start van hun opname 10 weken lang gevolgd. BMI, de intensiteit en heftigheid van ervaren emoties, en eventuele trauma gerelateerde klachten werden iedere twee weken in kaart gebracht. Gemiddeld BMI bij start opname is 15.8. Van deze patiënten had meer dan 60% een trauma in de voorgeschiedenis.

### **Resultaten**

Patiënten laten in deze periode van 10 weken een forse stijging in gewicht zien, tot gemiddeld BMI 18.0. Emoties nemen over tijd iets in heftigheid en intensiteit toe. Er werd geen correlatie gevonden tussen BMI en heftigheid en intensiteit van emoties. Ook vonden we geen effect van trauma.

### **Conclusie/discussie**

De aanname dat emoties ten tijde van gewichtsherstel toenemen in heftigheid en intensiteit wordt slechts zeer beperkt ondersteund. Bovendien past het huidige geobserveerde patroon niet bij de patiënt-beschrijvingen die spreken van een heftige toename van emoties. Toch rapporteren patiënten dit niet voor niets. In de presentatie zullen we verder discussiëren over de betekenis van deze bevindingen.

### **Literatuur**

- Brockmeyer, T., Holtforth, M.G., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W., & Friederich, H.-C. (2012). Starvation and emotion regulation in anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 496-501. Doi: 10.1016/j.comppsy.2011.09.003
- Kyriacou, O., Easter, A., & Tchanturia, K. (2009). Comparing views of patients, parents and clinicians on emotions in anorexia: A qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 14, 843-854. Doi: 10.1177/1359105309340977.
- Pemberton, K., & Fox, J.R.E. (2013). The experience and management of emotions on an inpatient setting for people with anorexia nervosa: A qualitative study. *Clinical Psychology and Psychiatry*, 20, 226-238. Doi: 10.1002/cpp.794

## **4. CGT of DGT bij BED, dat is de vraag.**

### **Spreker**

Lammers, M.W. (Mirjam)

### **Introductie**

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is de eerste keus behandeling voor mensen met een eetbuisstoornis (binge eating disorder, BED). De belangrijkste focus van CGT is het normaliseren van het eetgedrag. Hoewel CGT effectief is, heeft een substantieel deel van de patiënten bij het einde van de behandeling nog steeds eetbuien. Daarom is het belangrijk te zoeken naar verbetering. Een mogelijke manier om dit te doen is via een andere weg aan te grijpen op de eetstoornis. Bij dialectische gedragstherapie (DGT) ligt de focus op het



aanleren van adequate emotieregulatie vaardigheden die in plaats van de eetbuien komen (Safer, Telch & Chen, 2009). In eerder onderzoek bleek DGT effectiever dan een wachtlijstconditie en effectiever dan een placebo-groepsbehandeling (Safer, Robinson & Jo, 2010). De ultieme test om te kunnen zeggen of DGT een serieuze kandidaat is als behandeling voor BED, is een directe vergelijking tussen DGT en CGT. Dit is niet eerder gedaan. Doel is te onderzoeken of DGT een serieuze kandidaat is als behandeling voor BED, door een directe vergelijking tussen DGT en CGT.

### **Materiaal en methodes**

Binnen Amarum vergelijken we DGT met CGT in een gerandomiseerde trial (RCT). Het CGT protocol is een uitgebreide versie van het behandelprotocol zoals ontwikkeld door Fairburn, Marcus en Wilson (1993). We brengen de volgende aspecten in kaart: eetstoornispathologie, emotieregulatie, algemene psychopathologie, BMI en kwaliteit van leven. Dit doen we bij start en einde van de behandeling en een half jaar na einde behandeling ( $N=46$ ).

### **Resultaten**

Zowel CGT als DGT zijn effectief in het terugbrengen van eetbuien. Ook op secundaire maten, zoals zorgen om lichaamsvorm en gewicht, emotioneel eten en depressieve klachten, gaan beide groepen significant vooruit. Aan het einde van de behandeling zien we echter verschillen op eetstoornispsychopathologie, lichaamsontevredenheid en alexithymie, ten gunste van CGT. Deze verschillen blijven grotendeels behouden tot een half jaar na einde behandeling.

### **Conclusie/discussie**

DGT is in veel opzichten, waaronder eetbui frequentie (de primaire uitkomstmaat), even effectief als CGT bij BED en is in dat opzicht een serieuze kandidaat als behandeling voor BED. CGT heeft deels echter betere effecten, vooral op lichaams-gerelateerde maten. De mogelijke relevantie van deze verschillen wordt besproken.

### **Literatuur**

Fairburn, C.G., Marcus, M.D., & Wilson, G.T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 361-404). New York, NY: Guilford Press.

Safer, D.L., Robinson, A.H., & Jo, B. (2010). Outcomes from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing dialectical behavior therapy and an active comparison group therapy. *Behavior Therapy, 41*, 106–120.

Safer, D.L., Telch, C.F., & Chen, E.Y. (2009). *Dialectical behaviour therapy for binge eating and bulimia*. New York, NY: Guilford Press.

## **5. De effectiviteit van een nieuw CGT- behandelprotocol voor jongeren met Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): een case series.**

### **Spreker**

Dumont, E. (Eric)

## Introductie

Sinds de toevoeging van de classificatie “vermijdende/ restrictieve voedselnamestoornis” (avoidant/ restrictive food intake disorder: ARFID) aan het hoofdstuk “voedings- en eetstoornissen” in de DSM-5 (APA, 2013), geniet deze eetstoornis een groeiende belangstelling. Eerder werden dit soort klachten - deels - onder de *Voedingsstoornis op de zuigelingenleeftijd of vroege kinderleeftijd* geschaard. ARFID is in de DSM-5 echter niet meer beperkt tot de kinderleeftijd maar kan op elke leeftijd gediagnosticeerd worden.

Personen met ARFID vermijden, vanuit een irrationele angst, voedsel met een bepaalde kleur, textuur of smaak. Men spreekt van ARFID als de voedselweigerings leidt tot gewichtsverlies, groeistoornissen en/of ernstig tekort aan voedingsstoffen.

Duidelijke prevalentiecijfers voor ARFID zijn er vooralsnog niet maar een recente Zwitserse bevolkingsstudie onder bijna 1500 basisschoolkinderen (8-13 jaar) toont een prevalentie van 3,2 % (Kurz et al., 2015). En wanneer men met een “ARFID-blik” terugkijkt op jongeren die opgenomen waren voor een eetstoornis, is aannemelijk dat 12-22% eigenlijk aan deze diagnose voldoet in plaats van aan een eetstoornis waarbij de zorg om lichaamsvormen een rol speelt.

Ofschoon ARFID relatief vaak lijkt voor te komen, zijn hiervoor nog weinig gestructureerde behandelprotocollen voorhanden. Voor jonge kinderen werd het SLIK programma (Seys et al., 2014) ontwikkeld, een gedragstherapeutisch programma gebaseerd op exposure middels systematische desensitisatie en shaping van het doelgedrag. In 2016 ontwikkelde SeysCentra een gestandaardiseerd behandelprotocol voor kinderen tussen 12 en 18 jaar. Dit programma is een cognitief gedragstherapeutisch programma met veel exposure en gedragsexperimenten, en voorziet in een individueel interventiedeel, een groepsinterventiedeel en een ouderbegeleidingsdeel van in totaal ruim 4 weken met daarop volgend een nazorgtraject van 4 weken.

## Materiaal en methodes

Middels een caseseries design werd het behandelprogramma bij 12 deelnemers getoetst, waarbij verschillende parameters van gedragsverandering werden gemeten. Naast een kwalitatieve en kwantitatieve beoordeling van de voedselname voor en na het programma, werd ook de geloofwaardigheid van idiosyncratische dysfunctionele cognities rondom inname van bepaald voedsel gemeten alsmede de mate van angst voor onbekend voedsel. Alle behandelsessies werden op video vastgelegd, om later de behandelintegriteit vast te stellen.

## Resultaten

Het behandelprotocol is succesvol gebleken.

## Conclusie/discussie

Bijzonderheden hierover zullen worden gepresenteerd op de conferentie.

## Literatuur

American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, D.C. : APA Press.

Kurz S, van Dyck Z, Dremmel D, Munsch S, Hilbert A. E. (2015). Early onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24(7), 779–785, Springer.com.

Seys, D., Dumont, E., Meerten van, M., Rensen, H., & Duker, P. (2014), Het SLIK programma: behandelprotocol voor ernstige voedselweigerings bij jonge kinderen. In C. Braet & S. Bögels (Red.). *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten* (blz. 67-90). Amsterdam: Boom.





### **Workshop**

#### **Shared Chairwork; deelname van de partner van cliënten aan de stoelentechniek**

#### **Spreker**

drs R van der Wijngaart (Remco)

#### **Workshop**

De stoelentechniek is een belangrijk werkzaam element binnen schematherapie omdat het de schema's verandert op belevingsniveau. De verschillende kanten (modi) van de patiënt worden op stoelen geplaatst en de patiënt leert op een gezonde manier om te gaan met dit interne netwerk. Cliënten hebben echter ook nog een extern netwerk waarin partners een belangrijke rol spelen. Het is gebruikelijk om partners actief te betrekken bij de behandeling van de persoonlijkheidsstoornis. Er is echter niet veel beschreven over de participatie van partners in de stoelentechniek. Toch kan de partner een belangrijke rol spelen in de toepassing van deze techniek die beschouwd wordt als een van de kernelementen van schematherapie. Niet alleen kan participatie van de partner de stoelentechniek nog krachtiger maken, het kan ook een positief effect hebben op de relatie.

Deze workshop heeft als doel de deelnemers handvatten te bieden om partners te betrekken bij het werken met stoelen. Gedurende de workshop wordt gebruikt gemaakt van recent ontwikkeld lesmateriaal specifiek gericht op oefeningen met de twee- of meerstoelentechniek, gebaseerd op de meest recente inzichten en ervaringen.

Verder zullen ook specialistische toepassingsgebieden besproken worden zoals stoelentechniek bij overcompenserende coping-modi, probleemsituaties bij de schuldinducerende of veeleisende oudermodus, en variaties in het gebruik van de meerstoelentechniek om het kwetsbare kind te bereiken.

De workshop is bedoeld voor zowel therapeuten die nog niet zoveel ervaring hebben met stoelentechniek als therapeuten die er wel al regelmatig mee werken. De workshop zal een levendig karakter hebben waarbij korte inleidingen afgewisseld worden met demonstraties en oefeningen. Doel is dat deelnemers na afloop zich gesterkt voelen in het gebruik van de stoelentechniek. Doel is ook dat het een leerzame maar ook leuke workshop wordt waarin geleerd wordt in een ontspannen, vrolijke sfeer.

#### **Literatuur**

Kellogg, S.H. (2004). Dialogical encounters: Contemporary perspectives on 'chairwork' in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice & Training*, 41, 310-320.

### **Workshop**

#### **Laat ze maar denken! Schaamte-exposure voor sociale angst**

#### **Spreker**

drs. R Faltin (Rob)

#### **Workshop**

'Exposure Maximaliseren' en 'Nieuwe inzichten over exposure'. Dat zijn titels van recente wetenschappelijke artikelen over exposure, die de sectie angststoornissen van de VGCC aanraadt. Ook hebben exposuregoeroes



zoals Clarke, Craske, Hofmann, Margraf, Öst en Rijkeboer de afgelopen jaren lezingen en workshops over exposure in Nederland gegeven. Toch wordt exposure te weinig toegepast en missen zo veel cliënten de beste weg naar herstel. Een belangrijke reden lijkt te zijn dat de therapeut niet geeft de behandeling zoals bedoeld: de zogenaamde 'therapist drift' (Waller & Turner, 2016): je hebt bijvoorbeeld drie kwartier gepraat en niet geoefend.

In deze workshop zal je als deelnemer oefenen met exposure voor sociale angst met als doel meer exposure tijdens therapie sessies. Je zal gemotiveerd kunnen raken om over je eigen schaamte heen te stappen en om te oefenen met afgewezen worden (social mishap-exposure). Bijvoorbeeld: - bel naar een doe-het-zelfzaak en vraag of ze mango's verkopen;

- draag je jas binnenstebuiten en loop tussen andere mensen;
- zing een Sinterklaasliedje - liefst vals - waar mensen je goed kunnen horen;
- vraag aan een voorbijganger om een foto van je te maken en kijk dan heel angstig.
- of bedenk een oefening met exposure aan iets anders wat je uit schaamte niet zou durven doen tijdens het najaarscongres.

Als het je voldoende gelukt is goed waar te nemen wat er precies gebeurt als je afgewezen wordt, kun je ook oefenen in de therapeutenrol, met iemand die de cliëntrol inneemt.

Netwerk: om cliënten met sociale angst zo ver te krijgen dat ze dit soort oefeningen leren, heb je motivatietechnieken nodig. Daarbij past een netwerk in breedste zin: schakel een helper in, maak gebruik van een boekondersteuning, en...de therapeut beheerst uiteraard de oefeningen en durft om ze voor te doen.

Verwacht bij deze workshop om minder te praten en meer te doen, en om buiten je comfort zone te treden. Actieve deelname van de deelnemers is dus nodig.

### **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. Nederlandse versie: 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, 296-339. Decorte, S. (2015). Dat durf ik toch maar mooi, leven met lef. *Psychologie Magazine* (maart): 16-21. Faltin, R. (2017). Laat ze maar denken. Amsterdam: Boom Uitgevers. Fang, A., Sawyer, A.T., Asnaani, A. & Hofmann, S. (2013). Social Mishap Exposures for Social Anxiety Disorder: An Important Treatment Ingredient. *Cognitive and behavioral practice*, 20(2):213-220. Rijkeboer, M. M., & Hout, M. A. van den. Nieuwe inzichten over exposure. (2014) *Gedragstherapie*, 47(1), 2-19. Waller, G., & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 129-137

### **Workshop**

**['Een vos verliest wel zijn haren, maar niet zijn streken'. Een innovatieve groepsbehandeling voor ouderen met persoonlijkheidsuitdagen Schematherapie verrijkt met PMT.](#)**

### **Sprekers**

drs S.D.M. van Dijk (Silvia)



R. Bouman (Renske)

### **Workshop**

Eén op de drie ouderen die verwezen worden naar de ouderenpsychiatrie kampt in meer of mindere mate met (comorbide) persoonlijkheidsproblematiek of chronische AS-1 problemaïek. Voor volwassenen met een persoonlijkheidsstoornis is inmiddels aangetoond dat schematherapie een effectieve behandeling is. Voor 60-plussers zijn de eerste ervaringen met deze therapie ook positief. Ouderen blijken goed in staat te veranderen en de schematherapie blijkt ook een positief effect op symptomen van angst en depressie te hebben. Omdat ouderen minder gewend zijn te praten over hun emoties werd de groepsschematherapie verrijkt met psychomotorische therapie. Tijdens de psychomotorische therapie ligt de nadruk op het herkennen en veranderen van schema's en modi in een praktische oefensituatie, waarin de context manipuleerbaar is en waarin volop geëxperimenteerd kan worden.

In deze workshop wordt het theoretisch kader van persoonlijkheidsparhologie bij ouderen, de aanpassingen voor schematherapie bij ouderen en de innovatieve module uiteengezet aan de hand van de meest recente literatuur.

Er is een multicenter RCT gestart om de effecten van deze module empirisch te objectiveren. Waar mogelijk worden de eerste resultaten gepresenteerd.

Uiteraard zal in de workshop ook de daad bij het woord gevoegd worden en zullen de deelnemers in de gelegenheid zijn om aan den lijve te ervaren hoe schematherapie en lichaamsgerichte oefeningen elkaar versterken.

### **Literatuur**

Videler AC, et al. Effects of schema group therapy in older outpatients: a proof of concept study. *Int Psychogeriatr* 2014;26:1709-17

van Alphen SP, van Dijk SDM et al. Personality disorders in older adults: Emerging research issues. *Curr Psychiatry Rep* 2015;17:538

Schuster JP, et al. Personality disorders in older adults: findings from NESARC. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013;21:757-68

### **Workshop**

**[Oplossingsgerichte therapie: regie durven delen](#)**

### **Spreker**

drs. M.P.M. Crouzen (Mark)

### **Workshop**

Het hebben van klachten is niet de belangrijkste reden om in therapie te gaan. Bepalend is vooral de mate waarin klachten het welzijn van iemand aantasten. Psychisch welbevinden wordt bepaald door mate autonomie/regie van de cliënt: vrijheid, zelfbeschikking en zelfcontrole (Appelo 2013). Oplossingsgerichte therapie maakt optimaal gebruik van de beschermende werking van autonomie van de cliënt.

Oplossingsgerichte therapie is respectvolle, vaak kortdurende benadering gericht op competenties van de cliënt en op wat cliënten wél willen. De 'wondervraag' zet de cliënt op een nieuw positief spoor waar hij/zij



zelf de regie heeft. De oplossingsgericht gedragstherapeut volgt hem/haar in dit succesverhaal. Hij leidt door te volgen, ofwel: leading from one step behind.

De oplossingsgerichte gedragstherapeut is een deskundige die meedenkt en elke sessie opnieuw zich nieuwsgierig laat bijsturen. Hij/Zij gebruikt hierbij de Session Rating Scale die feedback ontlokt wat er (nog) beter kan.

Deze interactieve workshop bestaat uit twee delen. In het (korte) eerste deel krijgt je inzicht in de belangrijkste strategieën en werkwijzen van oplossingsgerichte therapie. In het tweede deel ga je oefenen en je grenzen verleggen. Dat maakt dat je deze nieuwe vorm van gedragstherapie direct in jouw werkpraktijk kunt gaan toepassen. Irritatie, weerstand en frustratie leer je te voorkomen: bij de cliënt en – ook belangrijk – bij jezelf.

### **Literatuur**

Appelo, M. (2013). De tafel van psychische welbevinden. Directieve therapie jaargang 33 nummer 3.

Berg, I.K. & Szabo, P. (2006). Oplossingsgericht coachen. Zaltbommel: Thema. ISBN 978 90 587 13568.

Cladder, J.M. (2010). Oplossingsgerichte korte psychotherapie, vijfde geheel herziene druk. Amsterdam: Pearson, ISBN 978 90 265 2230 7

Jong, P. de, Berg I.K. (2015). De kracht van oplossingen, Handwijzer voor oplossingsgerichte gesprekstherapie/druk 3. Uitgever: Hartcourt Assessment B.V., ISBN 978.90.265.2269.7

### **Workshop**

[\*\*Help, ik heb last van help-reflexen!\*\*](#)

### **Spreker**

drs. G Schurink (Ger)

### **Workshop**

Hulpverleners doen hun best om cliënten te helpen. Soms handelen ze op de automatische piloot en kunnen ze hun cliënten en zich zelf in de weg zitten. Cliënten krijgen daardoor wellicht niet de zorg die ze nodig hebben. Waller (2014) ziet veiligheidsgedrag bij de therapeut als een belangrijke oorzaak van 'Therapist drift'; een veelvoorkomend verschijnsel waarbij de therapeut de koers kwijtraakt. Hulpverleners vinden het moeilijk dat cliënten zich angstig, verdrietig, of boos voelen, stelt van Minnen (2008), en gaan daarom interventies die heftige emoties oproepen uit de weg. Het is goed dat hulpverleners hun mogelijke experiëntiële vermijding (Schurink, 2009) bewust worden en corrigeren waardoor therapie effectiever wordt. In de workshop wordt vermijdingsgedrag van therapeuten in vijf rubrieken ingedeeld: de interpretatie-, meeleef-, advies-, afleid- en de correctie-reflex. Bij elke reflex hoort een bepaalde overtuiging en kenmerkend gedrag van de behandelaar. Geruststellen, meeleven of interpreteren et cetera is vaak aangeleerd in opleidingen en kan heel doeltreffend zijn als het op dat moment precies aansluit bij de cliënt. Maar het kan ook voortkomen uit een sterke behoefte aan controle of waardering bij de hulpverlener, zeker wanneer deze zich ongemakkelijk voelt bij heftige emoties, risico's wil vermijden, zich over-verantwoordelijk voelt of goedkeuring zoekt.

In de workshop worden de deelnemers zich van hun 'help-reflexen' bewust. Op een intensieve en directe manier gaan ze in tweetallen over een persoonlijk thema praten. De 'therapeut' vraagt aandachtig en onbevooroordeeld gedetailleerd naar de gevoelens en gedachten die zijn 'cliënt' op dát moment ervaart, met de intentie niet terug te vallen op help-reflexen of een andere vorm van sturing. Bij deze 'conversationale' exposure helpt de hulpverlener de cliënt zich bewust te worden en stil te blijven staan bij



de pijnlijke aspecten van het onderwerp. Dit leidt bij de therapeut tot een sterke bewustwording van help-reflexen en beide gesprekspartners ervaren ook het verrassende positieve effect van 'bij de pijn blijven'.

Workshop onderdelen:

- Introductie van vijf help-reflexen
- Live-demonstratie: 'conversationale' exposure
- Plenaire oefening in gerichte 'naieve' vragen stellen
- Oefenronden in tweetallen (10 min) afgewisseld met plenaire besprekingen
- Gedachtenwisseling: wat maakt therapie doelmatig?

### Literatuur

Minnen, A. van (2008). Wie durft? Tien misverstanden over exposure bij de behandeling van PTSS-patiënten. *Gedragstherapie*, 41, 313-329.

Schurink, G. (2009). Mindfulness. Een praktische training in omgaan met gevoelens en gewoonten.

Zaltbommel: Thema

Waller, G. (2014). Empirisch onderbouwde therapie en Therapist Drift. *Gedragstherapie*, 47, 206-231.

### Workshop

#### [Hoe disfunctionele modi de seksualiteit verpesten](#)

### Spreker

drs W.J. Krol (Wiesette)

### Workshop

Schematherapie gaat ervan uit dat schema's ontstaan in wisselwerking tussen temperament, opvoeding en (traumatische) gebeurtenissen binnen en buiten het gezin. De basisbehoeftes van het kind worden te weinig, teveel, of anders vervuld waardoor bepaalde schema's ontstaan.

In de schematherapie literatuur wordt uitgebreid stilgestaan bij schema's, coping en modi. Als het gaat om seksualiteit dan worden daar vaak maar enkele woorden aan besteed. Het is onze ervaring dat het bespreken van het thema seksualiteit belangrijk en wezenlijk is binnen de therapie en in ieder geval besproken zal moeten worden. Seksualiteit raakt immers aan je zelfwaardering, je angst voor afwijzing en verlating, je identiteit. Alle basisbehoeftes van schematherapie zijn belangrijk binnen intimiteit.

Stilstaan bij seks als centraal thema geeft een blauwdruk van de kernschema's van de cliënt. Ook bij cliënten is het stilstaan bij dit thema een wezenlijk onderdeel dat voor een doorbraak kan zorgen.

Maar hoe praat je over seks in ST taal? Welke experiëntiële oefeningen passen hierbij?

In deze workshop gaan we aan de slag met het onderwerp seks, schema's en modi. Modi zijn verschillende kanten van een cliënt, een resultaat van de wisselwerking tussen schema's en schemacoping.

In Maastricht hebben wij middels een deeltijdbehandeling ervaring opgedaan met het werken met het model waarbij de cliënt in fases van 6 maanden opgroeit binnen groepsschematherapie. De totale behandeling duurt 2 jaar, waarbij de intensiteit van de sessies vlot wordt afgebouwd. In fase III, na 1 jaar therapie, die wij vergelijken met de ontwikkeling die wordt doorgemaakt in de puberteit, staat het thema intimiteit en seksualiteit een aantal weken op het programma. Dat is het moment dat de cliënt eraan toe is om ook op dit lastige onderwerp stappen te zetten en te ontdekken wat hij of zij wel of niet fijn vindt. De cliënt bepaalt opnieuw hoe hij of zij zich wil opstellen op het gebied van intimiteit zodat hij meer krijgt wat





hij authentiek nodig heeft en gemist heeft. Er wordt gewerkt met oefeningen die speciaal hiervoor ontwikkeld zijn.

Hoe bespreek je het onderwerp seksualiteit en welke experiëntiële oefeningen kun je daarbij gebruiken? Wat als de cliënt al meer zicht heeft op zijn modusmodel, hoe ga je dan te werk? En hoe ga je om met destructieve kanten rondom seksualiteit zoals bijvoorbeeld een straffende kant die je zegt dat je geen liefde waard bent of je over je grenzen laat gaan?

Deze workshop helpt je om het onderwerp seksualiteit in de sessies te bespreken, geeft kader hoe dit te doen/aan te pakken en helpt je bij het verder ontwikkelen van experiëntiële oefeningen op dit gebied. Deze oefeningen kunnen ook in individuele therapie gebruikt worden. Tevens krijg je tips hoe de partner hierbij te betrekken.

De deelnemers aan deze workshop kiezen cliënten uit hun eigen caseload met seksuele problemen. Na een korte uitleg over ST, modi en seksualiteit gaan we aan de slag met de deelnemers. We spelen een groepstherapie na (evt met een binnen- en een buitenkring) waarin we laten zien hoe de sessie wordt vormgegeven. Onderwerpen zijn opbouw van spanning in de sessie, van binnen naar buiten, van afstand naar nabijheid, van voelen naar reflecteren om zo te komen tot nieuwe keuzes en gezond seksueel gedrag.

### **Literatuur**

Genderen, H. van, Jacob, G. & Seebauer, L. (2012). Patronen doorbreken, negatieve gevoelens en gewoonten herkennen en veranderen. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Arntz, A. & Jacob, G. (2012). Schematherapie een praktische handleiding. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Arntz, A. (2012). Schema therapy for cluster C personality disorders. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (red.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: theory, research and practice*

Lobbestaal, J., Vreeswijk, M. van & Arntz, A. (2007). Shedding light on schema modes: clarification of the mode concept and its current research status. *Netherlands Journal of Psychology*, juni 2007, 76 - 85.

### **Symposium**

**[Cognitief gedragstherapeutische \(CGT\) interventies in het kinderziekenhuis: netwerken bij uitstek!](#)**

### **Voorzitter**

prof. dr. E.M.W.J. Utens (Lisbeth)

### **Beknopte samenvatting van het symposium**

Na CGT knapt ca. 65% van de kinderen met een angststoornis op. Het merendeel van het uitgevoerde studies werd verricht in GGZ instellingen. In kinderziekenhuizen is angst ook overal aanwezig. Hier ligt dus een klinisch enorm belangrijk toepassingsgebied voor CGT, dat netwerken behoeft.

Bijvoorbeeld, van de kinderen die geopereerd moeten worden, heeft 70% angstklachten en ca. 40% ontwikkelt na een medische ingreep/opname posttraumatische stress. Indien onbehandeld gaat dit gepaard met forse emotionele, sociale en schoolse beperkingen.

In dit symposium worden de opzet en “preliminary” resultaten van 5 gerandomiseerde gecontroleerde interventiestudies besproken, waarbij CGT technieken op effectiviteit worden getoetst bij lichamelijk zieke kinderen. Deze studies betreffen:



1. Virtual Reality Exposure ter vermindering van preoperatieve angst. Door interactieve, geleidelijke exposure aan de operatieomgeving wordt beoogd de preoperatieve en postoperatieve angst en pijnstilling te verminderen, en postoperatief herstel te verbeteren.
  2. EMDR bij medisch gerelateerd trauma. Hierbij krijgen kinderen met trauma type 1 (na spoedeisend hulp, een ziekenhuisopname) en trauma type 2 (herhaalde opnames/ingrepen) EMDR aangeboden versus reguliere (medische) zorg.
  3. Een ziektespecifiek CGT protocol tegen angst en depressie bij tieners en jongvolwassenen met IBD (inflammatoire darmziekten). De hypothese is dat stress (angst/depressie) darmontstekingen doen opvlammen en dat de darmontstekingen (door cytokinen) direct tot angst/depressie leiden. Door CGT beogen wij: 1) de depressie /angst te verminderen en 2) ook de ontstekingsopvlamingen te verminderen. CGT wordt vergeleken met reguliere (medische) zorg.
  4. Een gezinsworkshop voor kleuters met een aangeboren hartafwijking en hun gezin, ter versterking van hun emotionele veerkracht, sport en schools functioneren. De ouders krijgen probleempreventie (CGT) technieken, de kinderen en siblings doen oefeningen uit het FIJN VRIENDEN CGT protocol voor kleuters.
  5. Middels een internet-aandachtstraining (versus placebo) leren kinderen en jongeren met een angststoornis hun aandacht te richten op neutrale informatie, in plaats van dreigende informatie, alvorens CGT (VRIENDEN programma) volgt.
- Deze studies zijn wereldwijd uniek en innovatief. De studies beogen aan te tonen dat CGT effectief is in de zorg voor lichamelijk zieke kinderen. Dit vereist netwerken met de medische staf en zorgverzekeraars.

### **1. Virtual reality exposure ter psychologische voorbereiding van kinderen op een operatie in dagbehandeling: een gerandomiseerde gecontroleerde trial (het PREVIEW onderzoek)**

#### **Spreker**

Eijlers, R. (Robin)

#### **Introductie**

Elk jaar ondergaan duizenden kinderen een chirurgische ingreep in Nederland. Circa 70% van deze kinderen is angstig voor de ingreep. Preoperatieve angst bij kinderen is gerelateerd aan negatieve psychologische en medische uitkomsten, zoals verhoogde agitatie en pijnklachten (1). Bestaande psychosociale interventies om preoperatieve angst te verminderen, zijn vooral gericht op afleiding en blijken beperkt effectief (2). De onderzoeksliteratuur toont aan dat geleidelijke blootstelling (gradual exposure) aan gevreesde situaties een effectievere manier is om preoperatieve angst bij kinderen te verminderen dan slechts afleiding. Virtual reality exposure (VRE) biedt de unieke mogelijkheid om kinderen geleidelijk bloot te stellen aan de operatieomgeving en pre- en postoperatieve procedures, in bijzijn van hun ouders, op hun eigen tempo en waarbij zij zelf de controle hebben. Voor zover ons bekend is dit -wereldwijd- de eerste studie die de effectiviteit van VRE onderzoekt om kinderen psychologisch voor te bereiden op een operatie, waarbij VRE vergeleken wordt met de reguliere zorg (care as usual: CAU).

#### **Materiaal en methodes**

Het operatiecomplex van het Erasmus MC – Sophia Kinderziekenhuis is zeer natuurgetrouw nagemaakt in virtual reality. Kinderen kunnen met deze VRE niet alleen rondkijken in de verschillende virtuele ruimtes van het operatiecomplex, maar ook alvast wennen aan de anesthesieprocedure. Een enkelblind gerandomiseerde gecontroleerde trial (het PREVIEW onderzoek) wordt momenteel uitgevoerd. In totaal zullen 200 opeenvolgende patiënten (van 4 t/m 12 jaar oud), die een electieve operatie in dagbehandeling



ondergaan (voor kaak-, keel-, neus-, of oorproblemen) willekeurig worden ingedeeld in de preoperatieve VRE interventie- of in de CAU groep.

Primaire uitkomst: de situationele angst van het kind tijdens inductie van anesthesie ten opzichte van de nulmeting.

Secundaire uitkomsten: preoperatieve angst van het kind, postoperatief delier, postoperatieve pijn, gebruik van pijnmedicatie en zorgconsumptie, pre- en postoperatieve angst van de ouder.

## Resultaten

In april 2017 is de dataverzameling gestart. Naar schatting zullen er 80 patiënten geïncludeerd zijn in november 2017.

## Conclusie

De opzet en het beloop van het PREVIEW onderzoek worden besproken. Delen van de VRE interventie zullen tijdens het symposium getoond worden.

## Literatuur

1 Kain, Z.N., Mayes, L.C., Caldwell-Andrews, A.A., Karas, D.E., McClain, B.C. (2006) Preoperative anxiety, postoperative pain, and behavioral recovery in young children undergoing surgery. *Pediatrics*. 118(2), 651-658.

2 Manyande, A., Cyna, A.M., Yip, P., Chooi, C., Middleton, P. Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. (2015). *Cochrane Database Systematic Reviews*, 7.

## 2. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bij kinderen met een onverwerkt medisch gerelateerd trauma. Een gerandomiseerd gecontroleerd interventie-onderzoek.

### Spreker

Meentken, M.G. (Maya)

### Introductie

Ongeveer 3 op de 10 kinderen en jongeren die in het ziekenhuis worden opgenomen of daar een invasieve en pijnlijke ingreep ondergaan, ontwikkelen verhoogde (subklinische) symptomen van PTSS. Daarnaast ontwikkelt ongeveer 1 op de 10 kinderen een posttraumatische stress stoornis (PTSS). Symptomen van onverwerkt medisch trauma worden vaak slecht onderkend. Uit onderzoek is bekend dat als verhoogde PTSS symptomen bij kinderen niet tijdig worden behandeld, dit ernstige gevolgen kan hebben voor hun kwaliteit van leven, psychosociaal functioneren en kan leiden tot psychiatrische klachten op lange termijn. In de multidisciplinaire GGZ richtlijnen worden traumagerichte cognitieve gedragstherapie en EMDR aanbevolen voor het behandelen van posttraumatische stress klachten. Veel (VCGT) psychologen passen EMDR al succesvol in hun dagelijkse klinische praktijk toe. EMDR werkt snel, duurt kort en is derhalve minder belastend voor de patiënt en past daarom uitstekend in het kinderziekenhuis. Des te opmerkelijker is het dat de effectiviteit van EMDR bij medisch onverwerkt trauma bij kinderen niet eerder systematisch onderzocht is. Daarom wordt nu in het Erasmus MC - Sophia Kinderziekenhuis een onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van EMDR bij kinderen/jongeren met een medisch gerelateerd trauma.

### Materiaal en methodes



Deze studie is een gerandomiseerd, gecontroleerd interventieonderzoek (RCT). Geïnccludeerd worden kinderen/jongeren tussen 4 – 16 jaar, die maximaal 5 jaar geleden een éénmalige (trauma type 1) of herhaalde (trauma type 2) ziekenhuisopname/medische ingreep hebben ondergaan. Deelnemende kinderen worden gescreend op verhoogde PTSS symptomen (partiële PTSS). Alle kinderen met partiële PTSS worden vervolgens at random toegewezen aan: 1) gestandaardiseerde EMDR of 2) 'care as usual' (CAU= alleen medische zorg).

### **Resultaten**

De dataverzameling zal duren van juli 2016-februari 2018. In de periode van juli 2016- april 2017 hebben 116 deelnemers de voormeting ingevuld. Hiervan waren 67% symptoomvrij, 28% had subklinische symptomen en 5% had PTSS. De rationale, opzet van de studie en de eerste resultaten van de screeningsmeting zullen gepresenteerd worden.

### **Conclusie**

Het overgrote merendeel van kinderen die een ziekenhuisopname of ingreep ondergaan wordt niet standaard gescreend op PTSS klachten en ontvangt niet structureel psychosociale hulp. Indien EMDR effectief blijkt, zal dit structureel geïmplementeerd worden in het Erasmus MC Sophia. Een goed netwerk tussen medische specialisten en (VCGT) psychologen is noodzakelijk voor optimale psychosociale zorg.

### **Literatuur**

Kahana, S.Y., Feeny, N.C., Youngstrom, E.A. & Drotar, D. (2006). Posttraumatic Stress in Youth experiencing Illnesses and Injuries: An exploratory Meta-Analysis. *Traumatology*, 12(2), 148-161.

Meentken, M.G., van Beynum, I.M., Legerstee, J.S., Helbing, W.A., Utens, E.M.W.J. (2017). Medically Related Post-traumatic Stress in Children and Adolescents with Congenital Heart Defects. *Frontiers in Pediatrics*, 5.

Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A.M. & Stams, G.J. (2009). Efficacy of EMDR in children: a meta-analysis. *Clinical Psychological Review*, 29(7), 599-606.

### **3. Ziekte-specifieke cognitieve gedragstherapie bij jongeren met inflammatoire darmziekten: een gerandomiseerde gecontroleerde studie**

#### **Spreker**

Stapersma, L. (Luuk)

#### **Introductie**

Jongeren met een inflammatoire darmziekte (Inflammatory Bowel Disease; IBD) hebben, naast lichamelijke klachten, ook vaak last van angst- of depressieklachten. Deze presentatie zal ingaan op 1) screening van deze patiënten op angst- en depressieklachten, 2) de onderdelen van een innovatief ziekte-specifiek cognitief gedragstherapeutisch (CGT) protocol en 3) het effect van de ziekte-specifieke CGT op angst- en depressieklachten, en op kwaliteit van leven bij jongeren met IBD.

#### **Materiaal en methodes**

De PASCET-PI (Primary and Secondary Control Enhancement Therapy for Physical Illness)<sup>1</sup> is een ziekte-specifiek CGT protocol ontwikkeld in de Verenigde Staten en vertaald door het Erasmus MC-Sophia.

Onderdelen hiervan zullen besproken worden, zoals 'Praten over mijn ziekte' en het CGT-'ACTie en DENKen



schema'. Na screening van 373 patiënten op de baseline werden 70 jongeren met IBD (31.4% man; 10-25 jaar) willekeurig verdeeld over de controlegroep of de groep die ziekte-specifieke CGT kreeg. De primaire uitkomst was afname in angst- en of depressiesymptomen na 3 maanden, de secundaire uitkomst was kwaliteit van leven.

### **Resultaten**

Van alle patiënten scoorden op de baseline 44.5% verhoogde angstsymptomen en 18.8% verhoogde depressiesymptomen. 15.9% van hen had beiden. 69 patiënten hebben de vervolgmeting na 3 maanden voltooid. Het effect van de ziekte specifieke CGT op angst- en depressiesymptomen, en kwaliteit van leven wordt in de komende maanden bekend.

### **Conclusie/discussie**

Veel jongeren met IBD hebben angst- of depressieklachten. Psychologische behandeling moet rekening houden met de specifieke medische en psychische klachten van deze patiënten. Als blijkt dat ziekte-specifieke CGT voor deze patiënten een verbetering geeft in angst- of depressieklachten of kwaliteit van leven zal deze vorm van behandeling geïmplementeerd moeten worden binnen de standaardzorg.

### **Literatuur**

1. Szigethy, E.M., Whitton, S.W., Levy-Warren, A., DeMaso, D.R., Weisz, J., & Beardslee, W.R. (2004). Cognitive-behavioral therapy for depression in adolescents with inflammatory bowel disease: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1469–1477.

## **4. De CHIP-Familie interventie voor jonge kinderen met een aangeboren hartafwijking en hun gezin: toepassing van cognitief gedragstherapeutische technieken in het kinderziekenhuis**

### **Spreker**

Mheen, M van der (Malindi)

### **Introductie**

Kinderen met een aangeboren hartafwijking (AHA) hebben vaker cognitieve, gedrags- en emotionele problemen dan gezonde kinderen (1). Ook hebben zij minder uithoudingsvermogen en sporten zij minder. Tevens hebben ouders van kinderen met een AHA een verhoogde kans op psychosociale problemen. Mijlpalen zoals het starten van de kleuter- en basisschool vormen grotere uitdagingen voor kinderen met een AHA en hun ouders dan voor gezinnen met gezonde kinderen.

De op cognitief-gedragstherapeutische (CGT) basis gestoelde 'Congenital Heart Disease Intervention Program (CHIP) – School' is de enige wetenschappelijk onderzochte interventie voor jonge kinderen met een AHA en hun ouders 2. CHIP-School beoogde de emotionele veerkracht van de kinderen en ouders te versterken. De oorspronkelijke CHIP-School was alleen voor moeders en leidde wel tot positieve, maar nog geen significante verbetering van het psychosociale welzijn van de kinderen met een AHA. De vernieuwde, gezinsgerichte CGT-interventie "CHIP-Familie" is een ééndaagse workshop die uitgebreid is met een cognitief-gedragstherapeutische kinderinterventie en vaders en siblings doen nu ook mee. De gezinsgerichte workshop wordt gegeven door een multidisciplinair netwerk van GZ-psychologen, fysiotherapeuten en kindercardiologen van het kinderziekenhuis.

Het doel is het vaststellen van (1) het effect van CHIP-Familie op de mentale gezondheid van ouders en psychosociaal welzijn van kinderen met een AHA en (2) voorspellers voor de effectiviteit van CHIP-Familie.





### **Materiaal en methodes**

Aan dit enkelblind gerandomiseerd gecontroleerde onderzoek zullen 100 kinderen met een AHA deelnemen uit basisschoolgroep 1, 2, 3 of 4 ( $\pm 4$  t/m  $\pm 7$  jaar oud) met een broer(tje)/zus(je) en ouders. Deelnemers worden gerandomiseerd in: a) CHIP-Familie of b) de care-as-usual conditie. CHIP-Familie bestaat uit een ouder- en kindmodule. In de kinderworkshop worden CGT-oefeningen gedaan van het CGT Fijn VRIENDEN!-protocol (o.a. cognitieve herstructurering, ontspanningsoefeningen, exposure). De ouderworkshop omvat: probleempreventietherapie, opvoedvaardigheden, psycho-educatie. Ongeveer 4 weken later krijgt ieder ouderkoppel een individueel vervolgesprek. De voormeting (T1) en nameting (T2 = T1 + 6 maanden) bestaan uit online vragenlijsten ingevuld door kind, ouders en leerkracht.

### **Resultaten**

In oktober 2016 is de dataverzameling gestart. Tijdens het congres worden de CGT-onderdelen van de workshop en T1 data gepresenteerd, onder andere met betrekking tot de tevredenheid van ouders.

### **Conclusie/discussie**

Het design en de eerste onderzoeksresultaten worden besproken.

### **Literatuur**

- 1 Karsdorp, P.A., Everaerd, W., Kindt, M., & Mulder, B.J.M. (2007). Psychological and cognitive functioning in children and adolescents with congenital heart disease: a meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 527-541.
- 2 McCusker, C.G., Doherty, N.N., Molloy, B., Rooney, N., Mulholland, C., Sands, A., Craig, B., Stewart, M., & Casey, F. (2012). A randomized controlled trial of interventions to promote adjustment in children with congenital heart disease entering school and their families. *Journal of Pediatric Psychology*, 37, 1089-1103.

## **5. Internet aandachtstraining met Cognitieve Gedragstherapie voor kinderen en jongeren met angststoornissen: een gerandomiseerde interventie studie (het ATTENTIO onderzoek).**

### **Spreker**

Lijster, J.M. de (Jasmijn)

### **Introductie**

Angststoornissen komen bij 2 tot 10% van de kinderen en jongeren in Nederland voor en behoren daarmee tot de meest voorkomende psychische stoornissen. Kinderen en jongeren met een angststoornis hebben de onbewuste neiging om hun aandacht op dreigende informatie te richten. Eerder onderzoek toonde aan kinderen met deze aandachtbias (AB) minder profiteren van Cognitieve Gedragstherapie (CGT). Interventie studies gericht op het modifieren van aandachtbias laten tegenstrijdige resultaten zien bij deze doelgroep. De huidige studie onderzoekt het effect van Internet aandacht training (ABMT) in combinatie met CGT bij kinderen en jongeren met een angststoornis.

### **Materiaal en methodes**

Multicenter RCT waarbij 55 kinderen en jongeren samen met hun ouders geïncludeerd werden. Inclusie criteria waren 8 t/m 16 jaar, een  $IQ \geq 85$  en separatie angststoornis, sociale angststoornis, specifieke fobie of gegeneraliseerde angststoornis. ABMT bestond uit het thuis volgen van 9 sessies (elk 48 trials middels een dot-probe detectie taak) gedurende drie weken, waarna individuele CGT middels het VRIENDEN programma



werd gegeven in het kinderziekenhuis. De helft van de kinderen volgden de aandachtstraining en de andere helft kreeg een placebo training. Uitkomstmaten waren: angststoornissen, angstsymptomen en AB. Deze maten werden voorafgaand aan randomisatie (T1), na ABMT (T2), na CGT (T3) en een half jaar later (T4) in kaart gebracht.

### **Resultaten**

Van de 55 deelnemende patiënten, zijn bij 48 kinderen alle metingen verricht. De resultaten zullen gepresenteerd worden met een focus op gemeten AB en modificatie in combinatie met de effecten op angststoornis classificatie en symptomen.

### **Conclusie/discussie**

De voorlopige resultaten van het huidige onderzoek zullen naast de effecten van eerdere interventie studies worden geplaatst. Er zal stil worden gestaan bij de verschillende factoren die de resultaten van het huidige onderzoek en eerdere onderzoeken mogelijk verklaren zoals componenten van AB, interpretatie bias en de rol van AB van ouders van kinderen en jongeren met een angststoornis. Meer onderzoek naar de werkingsmechanismen van ABMT is nodig om te bepalen hoe deze interventie het beste vorm gegeven kan worden om kinderen en jongeren met een angststoornis te behandelen.

### **Literatuur**

Legerstee, J.S., Tullen, J.H.M., Kallen, V.L., Dieleman, G.C., Treffers, P.D.A., Verhulst, F.C., Utens, E.M.W.J. (2013). Threat-Related Selective Attention Predicts Treatment Success in Childhood Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(2), 196-205.