



Workshops & symposia - 13:30 - 15:00 uur

Symposium

Terugvalpreventie bij depressie moet, maar werkt het en hoe dan?

Voorzitter

C.L.H. Bockting (Claudi)

Beknopte samenvatting van het symposium

Bij depressie is sprake van een grote ziektelast en kans op terugval na herstel. In dit symposium worden de resultaten van vier Nederlandse studies gepresenteerd waarin verschillende vormen van terugvalpreventie werden onderzocht met behulp van Preventieve Cognitieve Therapie (PCT). Het cognitieve model is een informatieverwerkingsmodel dat er vanuit gaat dat er bij psychopathologie sprake is van selectieve aandacht voor negatieve informatie bij depressie. Allereerst bespreekt drs. Margo de Jonge de voorlopige resultaten van een RCT waarin de effectiviteit van PCT bij mensen die hersteld zijn na een cognitieve gedragstherapie werd onderzocht (de Jonge et al., under review). Dr. Karolien Biesheuvel-Leliefeld presenteert de resultaten van een RCT waarin een zelfhulpinterventie gebaseerd op PCT met therapeutondersteuning door de PoH werd onderzocht (Biesheuvel-Leliefeld et al., in press). Drs. Nicola Klein presenteert vervolgens de resultaten van een RCT waarin PCT aangeboden via het internet met minimale therapeutondersteuning werd onderzocht (Klein, Kok et al., in preparation). Drs. Hermien Elgersma vervolgt met haar onderzoek naar de rol van selectieve aandacht voor negatieve informatie bij het beloop van een depressieve stoornis in een groot cohort (de NESDA studie). Prof. dr. Claudie Bockting bespreekt de voorlopige resultaten van een RCT, waarin bij mensen die hersteld zijn en antidepressiva slikken werd onderzocht of PCT beter gecombineerd kan worden met het doorslikken van antidepressiva ofwel PCT alleen voldoende bescherming biedt dan wel dat het voortzetten van alleen antidepressiva voldoende bescherming biedt tegen terugval. We sluiten af met een bespreking van implicaties voor de dagelijkse praktijk van de cognitief gedragstherapeut en diens cliënten.

1. Terugvalpreventie bij patiënten die met CGT behandeld zijn

Spreker

De Jonge, M. (Margo)

Introductie

Het voorkomen van terugval in depressie is van groot belang voor de patiënt en de maatschappij. Preventieve Cognitieve Therapie (PCT), gegeven aan patiënten die hersteld zijn van hun depressie, heeft een beschermende werking tegen terugval (Bockting, Spinhoven, Wouters, Koeter, & Schene, 2009). Het was nog niet duidelijk of PCT ook van toegevoegde waarde is voor patiënten die tijdens hun depressie reeds behandeld zijn met Cognitieve Gedragstherapie (CGT) (de Jonge, Bockting, Kikkert, Bosmans, & Dekker, 2015).

Materiaal en methodes

In dit onderzoek zijn 214 herstelde patiënten met een hoog risico op terugval gerandomiseerd over 2 condities: reguliere behandeling en reguliere behandeling plus PCT. De PCT bestond uit 8 individuele wekelijkse sessies met een psycholoog (Bockting, 2009). Deelnemers werden over een periode van 15



maanden gevolgd. De primaire uitkomstmaat was tijd tot terugval gebaseerd op de DSM-IV-TR criteria en vastgesteld door middel van de Structural Clinical Interview for Depression.

Resultaten

PCT blijkt op grond van ons onderzoek van toegevoegde waarde ten opzichte van reguliere behandeling bij patiënten die tijdens hun depressie behandeld zijn met CGT. Over een periode van 15 maanden is er een significant verschil in terugval tussen de condities ten gunste van de PCT (33% vs 23%). Daarnaast heeft PCT ook een gunstig effect op depressieve restsymptomen. Beide effecten worden gemodereerd door antidepressiva gebruik bij aanvang van de studie. PCT heeft alleen een beschermende werking bij patiënten die geen antidepressiva gebruiken. De mate van therapietrouw bij PCT was hoog. Van de 97 patiënten die met PCT startten ontving 98% 5 of méér sessies en 94% ontving alle 8 sessies.

Conclusie

PCT is van toegevoegde waarden voor patiënten die behandeld zijn met CGT. Op basis van deze studie en eerder onderzoek is onze aanbeveling is om PCT aan te bieden aan alle herstelde patiënten die 2 of meer depressies hebben gehad ongeacht met welke therapievorm ze behandeld zijn tijdens de depressie.

Literatuur

Bockting, C. L., Spinhoven, P., Wouters, L. F., Koeter, M. W., & Schene, A. H. (2009). Long-term effects of preventive cognitive therapy in recurrent depression: a 5.5-year follow-up study. *J. Clin. Psychiatry, 70*(12), 1621-1628. doi:10.4088/JCP.08m04784blu [doi]

Bockting, C. L. H. (2009). *Preventieve cognitieve training bij terugkerende depressie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

de Jonge, M., Bockting, C. L., Kikkert, M. J., Bosmans, J. E., & Dekker, J. J. (2015). Preventive Cognitive Therapy versus Treatment as Usual in preventing recurrence of depression: protocol of a multi-centered randomized controlled trial. *BMC. Psychiatry, 15*, 139. doi:10.1186/s12888-015-0508-8 [doi];10.1186/s12888-015-0508-8 [pii]

2. Keeping the clouds away. Het voorkómen van terugval in een depressie

Spreker

Biesheuvel-Leliefeld, K.E.M. (Karolien)

Introductie

Depressies komen veel voor en het risico op terugval in een nieuwe depressie na herstel is groot (Burgum & Iacono, 2007). Het is daarom goed om aandacht te besteden aan het voorkómen van een nieuwe depressie na herstel. Omdat de therapietrouw van het langdurig gebruik van medicatie laag is (ten Doesschate, Bockting & Schene, 2009), is er behoefte aan een laagdrempelige, psychologische interventie.

Materiaal en methodes

In de gerandomiseerde, gecontroleerde *Parade*-studie (Biesheuvel-Leliefeld et al., 2017) onderzochten wij de effectiviteit van de zogenoemde Preventieve Cognitieve Therapie (PCT) met begeleiding van de POH-GGZ. Deelnemers in de controlegroep ontvingen gebruikelijke zorg. Deelnemers in de interventiegroep ontvingen gebruikelijke zorg plus de PCT. Geschikte deelnemers hadden o.a. een voorgeschiedenis met twee of meer



depressieve episodes en waren op het moment van inclusie hersteld, telefonisch vastgesteld met de SCID. De primaire uitkomstmaat was terugval in een depressie na 1 jaar. Secundaire uitkomstmaten waren depressieve symptomen, kwaliteit van leven (gemeten met de SF-12 en de EQ-5D), co-morbide psychopathologie en zelfredzaamheid na 1 jaar.

Bij aanvang van de PCT ontvingen deelnemers een zelfhulpboek met 8 hoofdstukken, genaamd 'Tussen dip en droom'. Elke week konden deelnemers een hoofdstuk bestuderen en bijbehorende opdrachten maken. Er was wekelijks telefonisch contact met de POH-GGZ gedurende maximaal 15 minuten. De POH-GGZ stuurde en motiveerde, zonder op de inhoud van de PCT in te gaan.

Resultaten

Er werden 248 patiënten geïncludeerd (interventiegroep, n=124; controlegroep, n=124). Na 1 jaar waren 44 (35.5%) deelnemers in de interventiegroep en 62 (50.0%) deelnemers in de controle groep teruggevallen in een depressie (IRR=0.71, 95%CI 0.52 to 0.97). Tevens werd in de interventiegroep na 1 jaar een afname in depressieve symptomen (-2.18 QIDS-sr points; 95%CI -3.09 to -1.27) en een toename in kwaliteit van leven gevonden (0.04 EQ-5D points; 95%CI 0.004 to 0.08) in vergelijking met de controlegroep. De interventie had geen effect op co-morbide psychopathologie, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven gemeten met de SF-12 na 1 jaar.

Conclusie

De Parade-studie bevestigt het hoge risico op terugval na herstel bij de gebruikelijke zorg. Daarnaast blijkt een preventieve psychologische zelfhulp een welkom alternatief voor het langdurig gebruik van antidepressiva bij het voorkómen van terugval in een depressie.

Literatuur

Burcusa, S. L., & Iacono, W. G. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 959–985. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.02.005>.

ten Doesschate, M. C., Bockting, C. L. H., & Schene, A. H. (2009). Adherence to continuation and maintenance antidepressant use in recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, 115(1–2), 167–170. JOUR.<http://doi.org/10.1016/j.jad.2008.07.011>

Biesheuvel-Leliefeld, K., Dijkstra-Kersten, S., van Schaik, D., van Marwijk, H.W.J., Smit, F., van der Horst, H.E., Bockting, C.L.H. Effectiveness of a supported self-help in recurrent depression: a randomised controlled trial in primary care. Accepted for publication in *Psychotherapy and Psychosomatics*, April 2017

3. De (kosten)effectiviteit van Mobile Cognitieve Therapie voor mensen met recidiverende depressie in remissie.

Spreker

Klein, N.S. (Nicola)

Introductie

Veel mensen die een depressie hebben ervaren vallen terug (Richards & Richardson, 2012), waardoor terugvalpreventie zeer belangrijk is. Aangezien de middelen in de klinische praktijk beperkt zijn, zouden internet interventies een goed alternatief kunnen bieden. Alhoewel internet interventies effectief zijn in acute depressie (Karyotaki et al., 2015), is er weinig bekend over de (kosten)effectiviteit van deze



interventies op het gebied van terugvalpreventie. In de huidige studie werd de (kosten) effectiviteit van Mobile Cognitieve Therapie (M-CT) met minimale therapeutondersteuning en reguliere zorg vergeleken met alleen reguliere zorg bij mensen die hersteld zijn van meerdere depressies.

Materiaal en methodes

In totaal werden 288 volwassenen die hersteld zijn van minimaal twee depressies geïncludeerd, waarvan 264 random werden ingedeeld in M-CT plus reguliere zorg ($n = 132$) of alleen reguliere zorg ($n = 132$) en gevolgd over twee jaar. M-CT bestond uit acht online modules gebaseerd op Preventieve Cognitieve Therapie (PCT), een cognitieve therapie die face-to-face wordt gegeven en gericht is op terugvalpreventie bij recidiverende depressie (Bockting, 2009). Minimale therapeutondersteuning bestond uit maximaal vier telefonische sessies met een geregistreerde klinische psycholoog. De primaire uitkomstmaat was de tijd tot terugval. De interactie tussen behandeling en aantal voorgaande depressieve episoden, chronisch somatische aandoeningen en reguliere zorg werd expliciet onderzocht. Secundaire uitkomstmaten waren aantal terugvallen, depressieve symptomatologie en kosteneffectiviteit.

Resultaten

De mediane tijd tot terugval over 24 maanden was lager in de reguliere zorg versus M-CT conditie (138 versus 278 dagen). In de M-CT conditie werd een 23% lager risico op terugval gevonden in vergelijking met reguliere zorg, maar dit effect was niet significant. Er werden geen effecten gevonden op de secundaire uitkomstmaten en sensitiviteitsanalyses resulteerden in vergelijkbare bevindingen. In de M-CT conditie rondde 68.2% ($n = 90$) minimaal vijf sessies af, waarmee de adherentie aan M-CT vergelijkbaar is met eerdere studies. Therapeutondersteuning werd minimaal geboekt, wat resulteerde in een gemiddelde totale therapeutondersteuning van 17.3 minuten per deelnemer (range: 0-70).

Conclusie/discussie

M-CT laat geen beschermende effecten zien op de lange termijn. Het is belangrijk dat vervolgstudies zich richten op de effectiviteit van internet interventies op de lange termijn en of meer therapieondersteuning de uitkomsten kan verbeteren.

Literatuur

- Bockting, C. L. H. (2009). *Preventive cognitive therapy for recurrent depression*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Karyotaki, E., Kleiboer, A., Smit, F., Turner, D. T., Pastor, A. M., Andersson, G., ... Cuijpers, P. (2015). Predictors of treatment dropout in self-guided web-based interventions for depression: an "individual patient data" meta-analysis. *Psychological Medicine*, 45(13), 2717–2726. <http://doi.org/10.1017/S0033291715000665>
- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 329–342. JOUR. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.02.004>

4. Selectieve aandacht voor negatieve informatie: van belang bij het beloop van een depressieve stoornis?

Spreker

Elgersma, H.J. (Hermien)



Introductie

Cognitieve theorieën (zoals van Beck) impliceren dat de verwerking van emotionele informatie is vertekend en dat deze vertekening bijdraagt aan de ontwikkeling en het beloop van depressie. In overeenstemming hiermee, hebben analoge studies laten zien dat mensen met depressieve klachten zich inderdaad lijken te kenmerken door een verhoogde aandachtsbias (AB) voor negatieve informatie en een verlaagde AB voor positieve informatie.

Een cruciale volgende stap is om te onderzoeken of ook klinische groepen zich kenmerken door verhoogde AB voor negatieve en verlaagde AB voor positieve informatie. Doel hiervan is om het onderliggende mechanisme van het chronisch beloop van depressie beter te kunnen begrijpen. Op basis hiervan kunnen klinische interventies worden verbeterd om het chronisch beloop van depressie te helpen doorbreken.

Materiaal en methodes

In een cross-sectioneel design, ingebed in de grootschalige Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA), selecteerden we een groep met sec depressieve stoornis zonder huidige of een geschiedenis van angststoornissen ($n = 29$), een gemengde groep deelnemers met een depressieve stoornis en co-morbide een angststoornis ($n = 86$), een groep deelnemers die hersteld was van een depressieve episode in het verleden ($n = 294$) en een vergelijkingsgroep deelnemers zonder depressieve - en angststoornissen; noch huidig, noch in het verleden ($n = 474$).

AB werd gemeten met een verbale Exogene Cueing Taak; we gebruikten 2 presentatie tijden (500 and 1250 ms) en 4 stimulus types (negatief, positief, neutraal en dreig).

Resultaten

De proefpersonen met een depressieve stoornis vertoonden geen relatief sterke AB weg van positieve noch richting negatieve stimuli. Personen die hersteld waren van een depressieve episode vertoonden een relatief sterke AB richting negatieve stimuli.

Conclusie/discussie

De bevindingen in deze grondig geselecteerde klinische groep boden geen ondersteuning voor de visie dat AB weg van positieve stimuli en richting negatieve informatie een rol speelt bij het voortduren van een depressieve stoornis. De resultaten suggereren dat AB mogelijk wel een rol speelt bij mensen die hersteld zijn van een depressieve stoornis. Een belangrijke vervolgstap is te onderzoeken of een verhoogde AB bij herstelde mensen van een depressie deze personen ook kwetsbaar maakt voor een volgende depressieve episode.

Literatuur

Elgersma, H. J., Koster, E.H.W., van Tuijl, L.A., Penninx, B.W.J.P., Bockting, C.L.H., de Jong, P.J. (2017). Attentional Bias for Positive, Negative, and Threat Words in Current and Remitted Depression; submitted.
Koster, E. H. W., De Raedt, R., Goeleven, E., Franck, E., & Crombez, G. (2005). Mood-congruent attentional bias in dysphoria: Maintained attention to and impaired disengagement from negative information. *Emotion*, 5, 446-455. doi: 10.1037/1528-3542.5.4.446

5. KAN HET OOK ZONDER? ANTIDEPRESSIVA EN PREVENTIEVE COGNITIEVE THERAPIE OM TERUGVAL TE VOORKOMEN BIJ DEPRESSIE

Spreker



Bockting, C.L.H. (Claudi)

Introductie

Het is onduidelijk of Preventieve Cognitieve Therapie (PCT), een alternatief is voor antidepressiva (AD) als terugvalpreventiestrategie bij depressie.

Materiaal en methodes

In deze singleblind multicenter RCT (Bockting, Elgersma, et al., 2011) vergeleken we de (kosten) effectiviteit van PCT terwijl AD werd afgebouwd met AD alleen en de combinatie van beide bij herstelde mensen met recidiverende depressie.

Resultaten

Voorlopige resultaten laten geen klinisch betekenisvolle verschillen zien ($p=0.94$) wat betreft relapse risico over 24 maanden tussen AD-gebruikers (51/86; 59%) en de groep mensen die AD afbouwden en PCT kregen (41/66; 62%). De combinatie van PCT en AD beschermde het beste tegen terugval (37/86; 43%, $p=0.01$). PCT in combinatie met AD is doelmatig ten opzichte van AD alleen en PCT alleen.

Conclusie/discussie

PCT zou een alternatief kunnen zijn voor lange termijn gebruik van AD. De combinatie van PCT en AD heeft het beste beschermende effect en is doelmatig. PCT zou zodoende ook aangeboden moeten worden bij AD-gebruikers in de gezondheidszorg.

Literatuur

Bockting, C. L. H., Elgersma, H. J., van Rijsbergen, G. D., de Jonge, P., Ormel, J., Buskens, E., ... Hollon, S. D. (2011). Disrupting the rhythm of depression: Design and protocol of a randomized controlled trial on preventing relapse using brief cognitive therapy with or without antidepressants. *BMC Psychiatry*, 11. JOUR. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-11-8>

Clinical Masterclass

[Clinical Masterclass: Alfred Lange](#)

Spreker

prof. dr. A. Lange (Alfred)

Symposium

[De PsyMate in de zorg: n=1 trials naar zelfmanagement en gepersonaliseerde symptoomnetwerken](#)

Spreker

dr. M. Marcelis (Machteld)

Beknopte samenvatting van het symposium

De *Experience Sampling* methode (ESM) is een gevalideerde methode om ervaringen van mensen in hun dagelijkse omgeving in kaart te brengen. Via een app vult een persoon op verschillende momenten op een dag vragen in over stemming, gedachten, klachten en de context waarbinnen deze plaatsvinden. Herhaalde metingen van één patiënt maken een nauwkeurig monitoring van behandel-effecten mogelijk. Bovendien



kunnen de gegevens gebruikt worden om, bijvoorbeeld via netwerkanalyses, patronen van gevoeligheid en veerkracht aan het licht te brengen. Hierdoor wordt het mogelijk om de behandeling toe te spitsen op de individuele patiënt.

In het huidige symposium wordt aan de hand van enkele n=1 studies besproken hoe ESM monitoring met de PsyMate app ingezet kan worden binnen de behandeling om inzicht te geven in patronen van gevoeligheid en veerkracht en veranderingen hierin gedurende de behandeling.

1. Het gebruik van de Experience Sampling Methode in de context van klinische trials

Spreker

Verhagen, S. (Simone)

Introductie

De Experience Sampling Methode (ESM) is een gestructureerde dagboektechniek om subjectieve ervaringen in het dagelijks leven in kaart te brengen. De methode is veelvuldig onderzocht binnen de psychiatrie en somatische zorg, maar wordt nog relatief weinig toegepast binnen klinische trials en de klinische praktijk. Het doel van deze lezing is het geven van een ESM introductie in de context van klinische trials, met aandacht voor de waarde en toepassing van ESM binnen de klinische praktijk.

Materiaal en methodes

ESM is een ecologisch valide methode en biedt een uitgebreid zicht op iemands dagelijks leven. Verschillende constructen (zoals kwaliteit van leven en psychopathologie) en psychologische mechanismen (zoals stress-gevoeligheid en coping) kunnen worden gemeten.

Resultaten

Enkele toepassingen bestaan uit het monitoren van behandelingen, als mobiele klinische interventie (ecologische momentary intervention), in klinische trials of binnen single-case klinische trials. Technologische vooruitgang vergemakkelijkt het implementeren van de methode in de klinische praktijk (gebruik mobiele applicaties).

Conclusie

ESM kan een waardevolle toevoeging zijn in klinische trial onderzoeken en binnen de klinische praktijk en dient vaker te worden toegepast om de voordelen van behandelmethoden binnen de psychiatrie en somatische zorg te bestuderen. Daarnaast kan ESM waardevol zijn als monitoringsinstrument en interventiemethode. Behandelingen zoals cognitieve gedragstherapie kunnen hiermee worden versterkt.

Literatuur

Verhagen, S. J., Hasmi, L., Drukker, M., van Os, J., & Delespaul, P. A. (2016). Use of the experience sampling method in the context of clinical trials. *Evidence-based Mental Health*, 19(3), 86.

2. Een n=1 klinische netwerk analyse van symptomen ten gunste van de behandeling van een patiënt met psychose

Spreker



Bak, M. (Maarten)

Introductie

Psychotische symptomen beïnvloeden elkaar op een dynamische manier. Niet alleen een bepaald symptoom op een bepaald moment, maar ook andere symptomen op het ene moment bepalen de ernst van dat symptoom op een volgend moment. Deze samenhang van symptomen over de tijd kan verschillen afhankelijk van de klinische presentatie.

Het doel van de studie was om gegevens die verzameld zijn met de Experience Sampling Method (ESM) te gebruiken om associaties tussen symptomen weer te geven in een enkele patiënt met een psychotische stoornis.

Materiaal en methodes

Mevrouw A heeft, gedurende 1 jaar, 4 dagen per week, ESM data verzameld. Vijf a priori geselecteerde symptomen ('stemmen horen', 'depressief', 'ontspannen', 'paranoia' en 'verlies van controle') zijn geanalyseerd met regressieanalyse. Hierbij was een symptoom op het huidige meetmoment de afhankelijke variabele en waren alle vijf symptomen op het vorige meetmoment (ook wel de "lag" genoemd) de onafhankelijke variabele. De verkregen regressie coëfficiënten werden gepresenteerd in netwerkgrafieken. Hierbij waren de data uitgesplitst naar ernst van de symptomen: stabiel, gematigde terugval en terugval.

Resultaten

Symptomen bleken flink te variëren van moment tot moment. Depressief en paranoia versterken elkaar op opeenvolgende momenten. Daarnaast was paranoia negatief geassocieerd met ontspannen. Bij terugval ("relapse") waren de symptomen niet alleen ernstiger, ze beïnvloedden elkaar ook meer. Er ontstond dus een kwalitatieve verandering in het netwerk. "Stemmen horen" scoorde het hoogste, maar paranoia had een meer centrale rol in het netwerk.

Conclusie

Verzamelen van ESM over een lange periode is haalbaar in een patiënt met psychose en geeft veel informatie. Presentatie in een netwerk geeft daarbovenop nog meer informatie. Bij (gematigde) relapse zijn er zowel kwantitatieve als kwalitatieve veranderingen in de connecties tussen symptomen. Met deze informatie kunnen gedragstherapeutische interventies gericht worden ingezet, zoals bij deze patiënt de focus van de interventie werd verlegd van aanpakken hallucinaties naar aanpak gericht op achterdocht.

Literatuur

Bak, M., Drukker, M., Hasmi, L., van Os, J. (2016). An n=1 clinical network analysis of symptoms and treatment in psychosis. PLoS One 11(9): e0162811.

3. Onderzoek naar het gebruik van Experience Sampling Method en stemmingsnetwerken in een n=1 studie bij een bipolaire patiënt

Spreker

Drukker, M. (Marjan)

Introductie



Bipolaire stoornis wordt gekarakteriseerd door de afwisseling van manische en depressieve episoden. Door gebruik te maken van longitudinale data afkomstig van één persoon, is het mogelijk kenmerken van manische en depressieve episoden in kaart te brengen. De verworven inzichten kunnen vervolgens worden toegepast in de behandeling van bipolaire patiënten.

Het doel van deze studie was om (1) na te gaan of 6 *a priori* geselecteerde symptomen samen voorkomen en variëren. (2) te onderzoeken of de sterkte van de connecties tussen de symptomen anders is in de hypomane dan in de depressieve episode.

Materiaal en methodes

Mw. M vulde tien keer per dag, op willekeurige momenten, een vragenlijst in over de aard en intensiteit van ervaringen en stemming. Op deze manier werd gedurende drie maanden, zeven dagen per week data verzameld. De data van de hypomane episode en de depressieve episode werden geanalyseerd met lineaire regressie. Afhankelijke variabelen waren een set *a priori* geselecteerde stemmingsvariabelen: 'angst', 'somber', 'blij', 'tevreden', 'moe' en 'alleen'. De onafhankelijke variabelen waren dezelfde symptomen op één vraagmoment eerder op dezelfde dag (lag). De verkregen regressiecoëfficiënten werden weergegeven in een netwerkgrafiek, waarbij elk knooppunt een symptoom representeert.

Resultaten

Alle stemmingsvariabelen behalve 'alleen' vertoonden een sterke variatie van dag tot dag. 'Somber' vertoonde de sterkste variatie. Daarnaast was er een duidelijk verschil tussen de hypomane en de depressieve episode. Somber speelde een centrale rol in de netwerken van beide episoden, terwijl tevreden meer aanwezig was tijdens de hypomane episode.

Conclusie/discussie

Omdat ook tijdens de hypomane episode de stemming somber was en een centrale rol speelde in het netwerk concluderen we voorzichtig dat gevoelens van tevredenheid (positief affect) de sombere gevoelens voor de buitenwereld kunnen verbergen. Het is goed mogelijk dat dit niet alleen bij deze patiënt het geval was. Dit inzicht is bruikbaar in de behandeling van andere patiënten met een bipolaire stoornis. Het gebruik van ESM in de behandeling kan extra inzichten geven die belangrijk zijn voor de individuele patiënt.

Literatuur

- Wigman, J. T., van Os, J., Borsboom, D., Wardenaar, K. J., Epskamp, S., Klippel, A., . . . Wichers, M. (2015). Exploring the underlying structure of mental disorders: cross-diagnostic differences and similarities from a network perspective using both a top-down and a bottom-up approach. *Psychol Med*, 45(11), 2375-2387. doi:10.1017/S0033291715000331
- Bak, M., Drukker, M., Hasmi, L., van Os, J. (2016). An n=1 clinical network analysis of symptoms and treatment in psychosis. *PLoS One* 11(9): e0162811.

4. Zelfmonitoring tijdens verlaging van de antipsychotica dosering: meerwaarde voor individuele dosis optimalisatie?

Spreker

Simons, C.J.P. (Claudia)

Introductie



Bepalen van de optimale dosis voor de individuele patiënt, waarbij sprake is van een evenwicht tussen (i) het risico op een iets grotere maar hanteerbare gevoeligheid op psychotische ervaringen en (ii) een groter welbevinden en kwaliteit van leven, is in de praktijk moeilijk. Met de experience sampling methode (ESM) kunnen subtiele veranderingen in stemming en symptomatische ervaringen nauwkeurig worden gemonitord, wat mogelijkheden biedt voor persoonlijke dosisoptimalisatie. Doel van de studie was om via een aantal N=1 zelfmonitoring experimenten in klinisch stabiele volwassen participanten met de diagnose psychotische stoornis, inzicht krijgen in de veranderingen in welbevinden in de individuele patiënt.

Materiaal en methodes

In deze pilot studies monitorde twee patiënten gedurende een baseline periode van een week en de daaropvolgende periode van dosisafbouw (totaal > 90 dagen) hun stemming en psychotische ervaringen met een ESM smartphone-app. Iedere week werden de data (in de vorm van lijngrafieken) met de patiënt bekeken. Uitkomstmaten voor de huidige studie waren veranderingen in psychotische ervaringen, positief en negatief affect en subjectief welbevinden. Er werden lineaire regressie analyses gedaan om de samenhang vast te stellen tussen subjectief welbevinden, affect en psychotische ervaringen enerzijds, en de fase/stappen van dosisreductie anderzijds.

Resultaten

Voor beide patiënten was het subjectief welbevinden na dosisreductie groter vergeleken met baseline. Bij een patiënt ging dit gepaard met een lichte toename van psychotische ervaringen in het dagelijks leven, terwijl de andere patiënt in de periode van dosisafbouw juist minder psychotische ervaringen had vergeleken met baseline.

Conclusie/discussie

Langdurige intensieve zelfmonitoring met ESM is haalbaar en levert relevante data over (subtiele) veranderingen in het evenwicht van welbevinden en symptomen in het dagelijks leven. Dit kan geïnformeerde shared-decision making over de optimale behandeling voor de individuele patiënt faciliteren.

Literatuur

de Haan, L., Lavalaye, J., van Bruggen, M., van Nimwegen, L., Booi, J., van Amelsvoort, T., & Linszen, D. (2004). Subjective experience and dopamine D2 receptor occupancy in patients treated with antipsychotics: clinical implications. *Can. J. Psychiatry*, 49:290-296.

Wunderink, L., Nieboer, R. M., Wiersma, D., Sytema, S., & Nienhuis, F. J. (2013). Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: Long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 70:913-920.

5. Een netwerkbenadering om dynamische patronen in het dagelijks leven in kaart te brengen

Spreker

Klippel, A. (Annelie)

Introductie

Recent onderzoek heeft aangetoond dat er een nauwe samenhang bestaat tussen de gevoeligheid voor dagelijkse kleinere stressoren, oftewel daily hassles, en het ontstaan en aanhouden van psychotische



ervaringen. Deze samenhang kan heel nauwkeurig bestudeerd worden op een micro-level met behulp van de experience sampling methode (ESM). Sinds kort worden deze micro-dynamische effecten tussen verschillende factoren bestudeerd binnen de psychopathologie door gebruik te maken van een netwerkmethode.

In het huidige onderzoek hebben we, met behulp van deze netwerkmethode, onderzocht in hoeverre symptomen en ervaringen van het ene moment samenhangen met het volgende moment. Verder hebben we de dynamische netwerken van drie groepen, die verschillen in hun risico voor een psychose, vergeleken om eventuele verschillen in netwerk structuur te kunnen visualiseren.

Materiaal en methodes

Voor deze studie zijn datasets van zes ESM-studies gecombineerd, wat resulteerde in een samplegrootte van 654 individuen. De proefpersonen variëerden in hun risico voor psychotische ervaringen: gezonde controles (n=244), eerstegraads familieleden van patiënten met een psychose (n=165), en patiënten met een psychose (n=245). Moment-op-moment relaties van 13 verschillende factoren (symptomen, affect, stress, en contextuele factoren) werden per groep gevisualiseerd met behulp van een groepsnetwerk.

Resultaten

Uit de netwerkanalyse blijkt er een verband te zijn tussen het risico voor een psychose en het aantal aan significante netwerkverbindingen. In alle drie de onderzochte groepen heeft stress een centrale positie in het netwerk en laat significante verbindingen zien met daarop volgende psychotische ervaringen. Een hoger risico voor psychose blijkt daarnaast samen te hangen met een stijgende invloed van enkele psychotische ervaringen op de andere netwerkfactoren.

Conclusie/discussie

Met behulp van de netwerkmethode hebben we nogmaals aan kunnen tonen dat stress een belangrijke rol speelt in het in gang zetten van een cascade van verschillende micro-level dynamieken, welke op hun beurt psychotische ervaringen uit kunnen lokken. Meer inzicht in deze micro-level dynamieken kan van belang zijn in de klinische praktijk, mede door het inzichtelijk maken van vicieuze cirkels van gedrag en bijbehorende knelpunten. Groepsnetwerken vormen hierbij een interessant startpunt voor de toepassing van persoonspecifieke netwerken in de behandeling.

Literatuur

Klippel, A., Viechtbauer, W., Reininghaus, U., Wigman, J., van Borkulo, C., Myin-Germeys, I., & Wichers, M. (2017). The cascade of stress: A network approach to explore differential dynamics in populations varying in risk for psychosis. *Schizophrenia Bulletin*.

Wigman, J. T. W., Van Os, J., Borsboom, D., Wardenaar, K. J., Epskamp, S., Klippel, A., ... & Wichers, M. (2015). Exploring the underlying structure of mental disorders: cross-diagnostic differences and similarities from a network perspective using both a top-down and a bottom-up approach. *Psychological Medicine*, 45(11), 2375-2387.

Wichers, M., Wigman, J. T. W., & Myin-Germeys, I. (2015). Micro-level affect dynamics in psychopathology viewed from complex dynamical system theory. *Emotion Review*, 7(4), 362-367.



Symposium

eHealth in de forensische psychiatrie: “Alleen samen kunnen we meters maken”

Voorzitter

drs. R Plomp (Ragna)

Beknopte samenvatting van het symposium

In deze lezingen willen wij jullie meenemen in de wereld van online behandelingen. We willen diverse modules die in samenwerking met verschillende instellingen en instanties zijn ontwikkeld en getest met jullie doornemen. Er zal aandacht zijn voor evidence based eHealth, voor online programma's voor het netwerk van de patiënten in behandeling in de forensische sector, en voor online behandelingen voor patiënten zelf. Zowel in de online behandelingen voor naasten als die voor patiënten zijn de cognitief gedragstherapeutische elementen duidelijk zichtbaar. Deze cognitief gedragstherapeutische interventies zijn effectief gebleken in de reguliere behandelingen en zijn vertaald naar online behandelingen waarin, uit pilot studies, naar voren komt dat deze ook op deze manier effectief zijn en door de gebruikers als positief en helpend worden ervaren. Gezamenlijk gaan wij ons best doen om jullie meer een inkijk te geven in deze behandelwereld, zodat jullie hierna kunnen nadenken over de meerwaarde van online behandeling binnen en naast de reguliere behandelingen. Die meerwaarde van online behandelen kan liggen in snellere effecten, kortere behandeling en minder gedoe met randvoorwaarden als reiskosten vergoedingen en het is mogelijk ook een ideale manier om het systeem van de patiënt meer te betrekken.

Voorzitter: Ragna

1e inleider: e-Health modules met naasten: nut maar vooral noodzaak: Dirk

2e inleider: Goed ernaast: Ragna

3e inleider: Weet wat je kan: Marsja (Trajectum)

4e inleider: Delictketen en delictpreventieplan: Fabiola

5e inleider: Evidence base bij eHealth: Hanneke

1. e-Health modules met naasten: nut maar vooral noodzaak

Spreker

Dijkslag, D (Dirk)

Introductie

Binnen de Forensisch Psychiatrische Polikliniek De Tender, Transfore is sinds ongeveer 2012 E-health geïntroduceerd. Dat was een grote ommekeer in het denken van de behandelaren: de focus bij de behandeling ligt immers altijd bij het voorkomen van (terugval in) delicten. Het idee dat dit behandelprogramma ook digitaal zou kunnen en dat de patiënt daar thuis mee aan de slag zou gaan, werd aanvankelijk met argusogen gevolgd. Vijf jaar later is dit aanbod niet meer weg te denken. Er zijn nieuwe verbindingen ontstaan in het denk-netwerk van de behandelaar.

Er is ook meer ruimte om het netwerk van de patiënt erbij te betrekken.

Materiaal en methodes

Zo kan de patiënt bij een E-taak die hij thuis krijgt, dit desgewenst delen met zijn of haar partner of een ander belangrijk iemand. Een andere mogelijkheid is de naasten zelf hun eigen e-modules thuis volgen.



Resultaten

Hierdoor wordt het delict uit de taboesfeer gehaald en ontstaat ruimte voor meer begrip en acceptatie van de patiënt door zijn omgeving. Dit verhoogt het welbevinden van de patiënt en dat is een belangrijke beschermende factor in het preventieplan. Een ander voordeel van deze digitale insteek is dat ook de neven-diagnosen aandacht kunnen krijgen, parallel aan de primaire diagnose. Ook dat kan middels E-health programma's.

Conclusie

Hierdoor kan een goede synergie ontstaan in het verhelderen van de valkuilen bij de patiënt, welke symptomen elkaar beïnvloeden, en welke ingrediënten noodzakelijk zijn om een terugval te voorkomen.

Literatuur

Hoencamp, E., Haffmans, P.M.J. (2008) Psycho-educatie in de GGZ en de verslavingszorg. Theorie en praktijk. Assen: Van Gorcum.

Liau, A.K., Shively, R., Horn, M., Landau, J., Barriga, A., Gibbs J.C., (2004) Effects of psycho-education for offenders in a community correctional facility. Journal of community psychology Vol 32 No 5 543 - 558

2. Goed ernaast: Forensische eHealth module voor naasten van patiënten die reeds in behandeling zijn of komen.

Spreker

Plomp, R (Ragna)

Introductie

Goed ernaast is een e-module voor naasten van patiënten die een behandeling volgen in de forensische psychiatrie. Deze module is vrij verkrijgbaar. De module is ontwikkeld door Transfore in samenwerking met MindDistrict en wordt beschikbaar gesteld voor het gehele veld. In deze lezing wil ik jullie een impressie geven van hoe deze module eruit zien en ingezet kan worden bij naasten van patiënten.

Uit onderzoeken van o.a. Forum (2010) komt naar voren dat de gemiddeld mantelzorgers, vaak vrouwen, zeer zwaar belast zijn. In de toekomst zal de verhouding tussen mantelzorg en professionele zorg blijven veranderen. Juist daarom moeten we zuinig zijn en investeren op de nu reeds behoorlijk overbelaste mantelzorgers – net als op de ervaringskennis waarover zij beschikken.

De belasting die mantelzorgers ervaren, kan van persoon tot persoon verschillen. Wat de een zwaar vindt, is voor de ander nauwelijks een probleem. Dit verschil in beleving hangt niet alleen samen met het karakter van degene die zorgt en hoeveel ervaring deze heeft, maar ook met de motieven om te zorgen. Iemand die vooral uit liefde zorgt, zal waarschijnlijk meer kunnen verdragen dan iemand voor wie vooral de plicht telt. Uit verwanten bijeenkomsten op onze polikliniek komt ook steeds meer de vraag naar voren van naasten voor ondersteuning van hen in de behandeling van de patiënt.

Mede daarom dat deze eHealth module ontwikkelt is. Daar in is ook aandacht voor hoe men zijn of haar eigen grenzen kan bewaken en wat degene zelf kan doen om overbelasting zoveel mogelijk proberen te voorkomen.

Materiaal en methodes



Er wordt gebruik gemaakt van een verscheidenheid aan methoden om de informatie over te brengen zoals een voorleesfunctie, videofragmenten, en kan er gebruik gemaakt worden van uitklapvelden om meer over een bepaald onderwerp te weten te komen.

In de module staan drie naasten centraal, twee partners (een man en een vrouw) en een moeder van mensen die in behandeling zijn in de forensische psychiatrie. De problematiek van de patiënten is herkenbaar en de issues waar de naasten mee worstelen ook. Thema's als (over)betrokkenheid, opvoeding van de kinderen, wat vindt de rest van de omgeving ervan, grenzen bewaken, en hoe om te gaan met de specifieke problematiek worden op een aansprekende en prettige manier onder de aandacht gebracht.

De e-module, is een laagdrempelige manier om meer te leren over welke impact het heeft om samen te leven met iemand die grensoverschrijdend /strafbaar gedrag heeft vertoond. Het doorlopen van de e-module kan zorgen voor meer begrip, en het gevoel er niet alleen voor te staan. De e-module kent een goede balans tussen psycho-educatie en laagdrempelige oefeningen. Veel thema's zijn niet specifiek forensisch, maar universeel voor naasten/mantelzorgers. De module wordt met andere voorbeelden ook in de reguliere psychiatrie toegepast.

De volgende Thema's worden behandeld:

Zorgen voor je naaste

Draaglast en draagkracht

Waar liggen je grenzen? (CGT elementen als grenzen stellen en vasthouden worden hier behandeld en leren nee zeggen)

Grip op je gedachten en gevoel (CGT elementen uit het g-schema worden hierin behandeld; gedachten onderzoeken, uitdagen en toepassen van helpende gedachten)

Vraag om steun

In gesprek met elkaar (verschil verbalen en non-verbale communicatie en *Communicatietips*)

Hoe nu verder? Is het laatste afsluitende thema.

Resultaten

De e-module, is een laagdrempelige manier om meer te leren over welke impact het heeft om samen te leven met iemand die grensoverschrijdend /strafbaar gedrag heeft vertoond. Het doorlopen van de e-module kan zorgen voor meer begrip, en het gevoel er niet alleen voor te staan.

De e-module kent een goede balans tussen psycho-educatie en laagdrempelige oefeningen. Veel thema's zijn niet specifiek forensisch, maar universeel voor naasten/mantelzorgers. De module wordt met andere voorbeelden ook in de reguliere psychiatrie toegepast.

Aangezien de module zich nog in de pilot fase bevindt is er nog geen wetenschappelijke evidentie voor het gebruik ervan. Doordat de module vrij verkrijgbaar is hopen we dat deze veelvuldig ingezet gaat worden en dat we over een tijd hier wel meer over kunnen zeggen.

Conclusie

De module is een laagdrempelige manier om het systeem bij de patiënt te betrekken. Ervaring leert vanuit onze en andere instellingen dat naasten het prettig vinden op deze manier ook informatie en steun te krijgen vanuit de behandelende instelling.

De eerste terugkoppeling van naasten die reeds gebruik hebben gemaakt van deze module en deze doorlopen hebben is positief. Zij geven aan dat ze het wel alws meerwaarde hebben ervaren.

Literatuur

Gebruikte literatuur voor het maken van de module:



Verschuur, J.A.M, Hendriks, T., Tot hier en nu verder! (2010) Zorgprogramma Gewelddadig Grensoverschrijdend Gedrag. Uitgave Poli- en Dagkliniek De Tender, Deventer

Verschuur, J.A.M, (2010) Een kwestie van goede zeden, Zorgprogramma Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag Uitgave Poli- en dagkliniek De Tender, Deventer

Forum, instituut voor multiculturele vraagstukken (2010). Zorgt u ook voor iemand? De positie van allochtone mantelzorgers en hun gebruik van ondersteuningsmogelijkheden in zes Nederlandse steden. Uitgave Forum.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association.

<http://www.voedingscentrum.nl>

<http://www.transfore.nl>

<http://www.30minutenbewegen.nl/>

Originele module: Betrokken omgeving (van Stichting Dimence en Minddistrict)

<http://www.labyrint-in-perspectief.nl>

<http://www.ypsilon.org>

3. Waardoor is mijn naaste vastgelopen? Online psycho-educatie voor LVB.

Spreker

Mulder, M (Marsja)

Introductie

Bij psycho-educatie is het belangrijk om de cliënt én zijn systeem te informeren. Bij cliënten met een lichte verstandelijke beperking (LVB) geldt dat zeker, aangezien zij vaak door hun omgeving worden overvraagd en dan niet de noodzakelijke ondersteuning krijgen. Ze hebben ook meer moeite om de adviezen in de praktijk te brengen. De steun van naasten hebben zij hard nodig.

Naasten betrekken bij de behandeling gaat echter niet altijd makkelijk. Zij wonen vaak niet naast de deur, en hebben hun eigen drukke leven. Voor hen is een online module een uitkomst. Zij kunnen dan thuis, op hun eigen tijd, de informatie tot zich nemen. Daarna kunnen ze worden uitgenodigd voor een gesprek met de cliënt en diens behandelaar. Client en naasten kunnen dan uitwisselen wat ze te weten zijn gekomen en hoe vorm te geven aan de nieuwe inzichten.

Materiaal en methodes

WEET WAT JE KAN is een module voor cliënten vanaf 16 jaar met een lichte verstandelijke beperking (LVB). Het doel is dat de cliënt de problemen in zijn leven kan verminderen doordat hij kan beter kan omgaan met zijn LVB. Daarvoor is nodig dat de cliënt de betekenis van LVB in zijn leven (h)erkent, kan aangeven wat



moeilijk voor hem is en open staat voor hulp en advies. Op al deze gebieden kunnen naasten handreikingen doen.

De module bestaat uit twee delen: één voor de client en één voor diens naasten. De inhoud overlapt elkaar. Clienten krijgen meer vragen en opdrachten, en de naasten krijgen extra achtergrondinformatie. Beide delen zijn zowel op papier als online beschikbaar. In deze presentatie zal de online module centraal staan. De module bestaat uit 9 laagdrempelige sessies voor clienten en 3 voor naasten. In de module zijn elementen van CGT opgenomen. Vanwege de beperkingen van de doelgroep is de informatie eenvoudig, en wordt veel gebruik gemaakt van visualisatie.

Resultaten

De tevredenheid over de online module is recent in een pilot onderzocht en die bleek groot.

In 2014 is kleinschalig effectonderzoek verricht. Aangezien dit onderzoek plaatsvond in de forensische sector werd gekeken naar dynamische risicofactoren met het observatie instrument de DROS (Dynamic Risk Outcome Scales Drieschner & Hesper, 2008) Dit onderzoek liet enkele significante veranderingen zien wat betreft de acceptatie van de eigen beperkingen (Mulder, M.A. & Delforterie, M. (2017).

De EMentalHealth versie is recent ontwikkeld en er is nog geen tijd geweest voor effectonderzoek. Wel is een procesevaluatie verricht met een zeer positieve uitkomst: de cliënten én de behandelaars waarderen deze versie op een schaal van 0 – 7 ruim boven de 6 Een artikel over deze procesevaluatie is in voorbereiding (Mulder, M.A. en Didden, R. tijdschrift voor directieve therapie 2017-3)

Conclusie/discussie

Psycho-educatie LVB leent zich goed voor een Ehealth aanpak, zowel voor cliënten als voor de mensen in hun omgeving.

Relevantie voor de praktijk

Er komt in de zorg steeds meer oog voor mensen met een laag IQ (een andere benaming voor LVB). Er wordt echter niet vaak met henzelf of met hun naasten gesproken over de gevolgen van een LVB, en hoe zij daarmee kunnen omgaan. Deze module biedt daarvoor een handvat.

Literatuur

De Beer, Y. (2011). *De kleine gids. Mensen met een licht verstandelijke beperking 2011 moeilijke zaken makkelijk uitgelegd*. Amsterdam, Nederland: Kluwer

De Borg (2013) *Hoe herken ik mensen met een lichte verstandelijke beperking?* Den Dolder , de Borg

De Borg (2014) *De complexe behandelvraag van (forensische) SGLVG cliënten*. Den Dolder , de Borg

DSM 5 (2014) *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen, Nederlandse vertaling van de publicatie van de American Psychiatric Association* Amsterdam: uitgeverij Boom

Expertise Centrum Forensische Psychiatrie (EFP) *Basis Zorgprogramma, landelijke zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten, versie 2014*, Utrecht

Goedhart, L. en Roos, J., *Behandelinstellingen voor volwassen delinquenten met een licht verstandelijke beperking (2014) in: Beperkt in de keten, mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtketen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers



Hoencamp, E., Haffmans, P.M.J. (2008) *Psycho-educatie in de GGZ en de verslavingszorg. Theorie en praktijk*. Assen: Van Gorcum.

Kaal, H., Overvest, N. en Boertjes, M. (red.) (2014) *Beperkt in de keten, mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtketen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers

Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneburg, G. & Muusse, C. (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ. Een verkennend onderzoek*. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.

Vermeulen, P. (2010). *Ik ben speciaal 2. Werkboek Psycho-Educatie Voor Mensen Met Autisme*. Leuven, België: Epo

Wit, M. de, Moonen, X. & Douma, J. (2011). *Richtlijn Effectieve Interventies: aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedrags-veranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

Mulder, M.A., Plomp R., Galema, L., & Rooks, A. (2015). *WEET WAT JE KAN handleiding voor trainers, WEET WAT JE KAN theoretische onderbouwing, WEET WAT JE KAN werkboek voor deelnemers, WEET WAT JE KAN werkboek voor naasten*. *Websites Trajectum, Transfore & Kwaliteit Forensische Zorg*

Mulder, M.A. & Delfortherie, M. (2017) *WEET WAT JE KAN... én waar je hulp bij nodig hebt. Met het oog op behandeling – IV Amersfoort: LKC LVB & De Borg*

4. Netwerken middels E-health module delictketen en preventieplan.

Spreker

Schurmans, F.J.A.A. (Fabiola)

Introductie

Binnen de Forensisch Psychiatrische Polikliniek De Tender, Transfore is in 2012 de E-health module “delictketen en Preventieplan”-module ontwikkeld. Dat was een grote ommekeer in het denken van de behandelaren: de focus bij de behandeling ligt immers altijd bij het voorkomen van (terugval in) delicten.

Materiaal en methodes

E-health programma via Minddistrict en delictketen en preventieplan zoals ontwikkeld door o.a. D.J. van Beek

Resultaten

Er zijn nieuwe verbindingen ontstaan in het denk-netwerk van de behandelaar: door het aanbieden van deze module is er ruimte om naast verticaal te denken in de zin van “wat ging aan het delict vooraf en wat waren de consequenties” en “wat is er nodig om dit in de toekomst te voorkomen?” ook meer horizontaal te denken en te verbreden in de zin van “welke sociaal-maatschappelijke factoren hebben mee gespeeld en waar refereert e.e.a. aan?”.



Ook is er meer ruimte om het netwerk van de patiënt erbij te betrekken. Zo kan de patiënt bij een E-taak die hij thuis krijgt, dit desgewenst delen met zijn of haar partner of een ander belangrijk iemand. Een andere mogelijkheid is dat deze module op het einde van de behandeling aan belangrijke anderen (ook de reclassering) wordt gepresenteerd door de patiënt zelf. Hierdoor wordt het delict uit de taboesfeer gehaald en ontstaat ruimte voor meer begrip en acceptatie van de patiënt door zijn omgeving. Dit verhoogt het welbevinden van de patiënt en dat is een belangrijke beschermende factor in het preventieplan. Een ander voordeel van deze digitale insteek is dat ook de neven-diagnosen aandacht kunnen krijgen, parallel aan de primaire diagnose. Ook dat kan middels E-health programma's. Hierdoor kan een goede synergie ontstaan in het verhelderen van de valkuilen bij de patiënt, welke symptomen elkaar beïnvloeden, en welke ingrediënten noodzakelijk zijn om een terugval te voorkomen.

Conclusie/discussie

Vijf jaar na de ontwikkeling van dit behandelaanbod is dit aanbod niet meer weg te denken. Hoe verhouden zich inmiddels de resultaten t.o.v. F2F-contacten? Deze discussie gaan we graag met u aan.

Literatuur

- Alkhalidi, B; TR Sahama, C Huxley...(2014) - Studies in Health ...,Barriers to implementing eHealth: a multi-dimensional perspective- eprints.qut.edu.au
- Beek van D.J.(1999) de delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten. Proefschrift
- Croonen, H. (2011). Succesvol werken met e-health. Medisch Contact, 66, 77-80.
- Daansen, P ; Erasmus Universiteit Rotterdam, CMDz; Thesis: MBA-Health; April, 2011
- Jackson J.C.,Chamberlin, J., & Kroenke, K. (2001). Predictions of patient satisfaction. Soc.Science and medicine, 52,609-621 -Hessels, RF -(2016) - essay.utwente.nl - De inzet van Jouw Hulp onder de vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten in de GGZ
- Majedd, A, & Sheik, A. (2005). The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview. PloSMed, 18, e1000387.
- Postel, M.G., Haan , H. de & De Jong, C.A.J. (2008). E-therapy for mental health problems: A systematic review. Telemedicine and e-health, 14 707-714.
- Schalken, F. (2010). Handboek online hulpverlening. Hoe onpersoonlijk contact heel persoonlijk wordt. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

5. Evidence-based eHealth – Wat werkt voor wie?

Spreker

Kip, H (Hanneke)

Introductie

Een vraag die vaak speelt bij het gebruik van eHealth in de praktijk is of het evidence-based is. Maar wat is evidence-based, en wat zegt dat precies? In veel onderzoek naar behandelingen en interventies wordt een Randomized Controlled Trial toegepast. Op basis van dit soort onderzoek kunnen we stellen of iets werkt voor een specifieke doelgroep. Maar wat als een eHealth interventie niet effectief is, maar de helft van die doelgroep de interventie bijna niet, of op de verkeerde manier gebruikt heeft? Wellicht was de interventie wel effectief voor de andere helft? Nieuwe evaluatiemethoden zijn nodig om antwoord op dit soort vragen te geven (Hekler et al., 2016; Resnicow et al., 2010).



Materiaal en methodes

Als gekeken wordt naar de huidige literatuur over de evaluatie van eHealth, komen veel nieuwe trends op het gebied van evaluatie naar voren. Het is van belang om op de hoogte te zijn van deze evaluatiemethoden om een grote, kwalitatief goede evidence-base voor eHealth interventies te creëren die ook relevant is voor de praktijk.

Resultaten

eHealth heeft invloed op de manier waarop geëvalueerd wordt: steeds meer onderzoekers geven aan dat we verder dan de RCT moeten gaan om te bepalen welke interventieonderdelen werken, voor wie, en waarom dat zo is (Patrick et al., 2016; Hekler et al., 2016). Onderzoek met gebruiksdata kan in kaart brengen voor wie welke onderdelen van een eHealth interventie het beste werken (Sieverink et al., 2016). Zo lezen sommige cliënten misschien graag, maar is voor anderen een interventie met alleen beeld en geluid effectiever. Dit betekent dat we eHealth niet moeten zien als een generieke 'tool', maar als iets wat aangepast moet worden aan de gebruiker (Van Gemert-Pijnen et al., 2013). Om die reden wordt steeds meer onderzoek naar gebruikspatronen binnen en tussen gebruikers gedaan.

Conclusie/discussie

We moeten dus kijken naar wat werkt voor wie: dat geldt niet alleen voor de onderzoeker, maar ook voor de behandelaar. Hierbij is het van belang om het cliëntperspectief mee te nemen zodat de interventie goed aansluit op diens behoeften (Van Gemert-Pijnen et al., 2013). Ook is de klinische blik essentieel voor het maken van een goed onderbouwde inschatting van de toegevoegde waarde van interventies of interventieonderdelen. In de nabije toekomst zal het niet alleen mogelijk zijn om deze beslissingen verder te onderbouwen door middel van onderzoek, maar ook door gebruiksdata van de patiënt in te zetten om de interventie gaandeweg bij te stellen.

Literatuur

- Gemert-Pijnen, J. E. W. C. van, Peters, O., & Ossebaard, H. C. (Eds.). (2013). *Improving eHealth*. Den Haag, The Netherlands: Eleven international publishing.
- Hekler, E. B., Klasnja, P., Riley, W. T., Buman, M. P., Huberty, J., Rivera, D. E., & Martin, C. A. (2016). Agile science: creating useful products for behavior change in the real world. *Translational behavioral medicine*, 6(2), 317-328. doi:10.1007/s13142-016-0395-7
- Patrick, K., Hekler, E. B., Estrin, D., Mohr, D. C., Riper, H., Crane, D., . . . Riley, W. T. (2016). The Pace of Technologic Change. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(5), 816-824. doi:10.1016/j.amepre.2016.05.001
- Resnicow, K., Strecher, V., Couper, M., Chua, H., Little, R., Nair, V., . . . Atienza, A. A. (2010). Methodologic and design issues in patient-centered e-health research. *American journal of preventive medicine*, 38(1), 98-102.
- Sieverink, F., Kelders, S., Akkersdijk, S., Poel, M., Siemons, L., & Van Gemert-Pijnen, L. (2016). *Work in progress: A protocol for the collection, analysis, and interpretation of log data from eHealth technology*. Paper presented at the CEUR Workshop Proceedings.

Symposium

[Symposium: Slapeloosheid als centraal symptoom van psychopathologie: wat is de effectiviteit van \(online\) CGT?](#)



Voorzitter

prof. dr. A van Straten (Annemieke)

Beknopte samenvatting van het symposium

Slapeloosheid wordt weleens “de moeder van alle psychopathologie” genoemd. Uit wetenschappelijk onderzoek komt in ieder geval naar voren dat slapeloosheid veel voorkomt samen met andere psychische stoornissen, met name depressies en angststoornissen (Baglioni et al., 2011; Borsboom, Cramer, Schmittmann, Epskamp & Waldorp, 2011).

Dit symposium start met een uitleg van netwerkanalyses en de relatie tussen slapeloosheid en klachten overdag. Daarna zoomen we in op de behandeling van slapeloosheid. Eerst zullen de principes uiteengezet worden van de cognitieve gedragstherapie voor slapeloosheid. Daarna zal de effectiviteit van CGT op verschillende slaapuitkomsten worden besproken aan de hand van een meta-analyse (Van Straten et al., 2017). In de volgende presentatie zal ingezoomd worden op de relatie tussen slaap en depressie. De resultaten van een RCT worden gepresenteerd waarbij mensen met zowel slaap- als depressieve klachten zijn geïncludeerd. Dit symposium eindigt met een presentatie over een online behandeling voor slaapproblemen in de huisartsenpraktijk. Is dit een goede en (kosten)effectieve manier om slaapbehandelingen te implementeren???

We verwachten dat de deelnemers aan het einde van dit symposium (1) inzien hoe belangrijk slaapproblemen zijn óók in de behandeling van andere psychopathologie (2) weten hoe slaapproblemen behandeld kunnen worden, en (3) weten wat de effecten van deze behandelingen zijn op zowel slaap als depressieve klachten.

Referenties:

Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., Lombardo, C., Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders* 135(1-3), 10-9.

Borsboom D, Cramer AO, Schmittmann VD, Epskamp S, & Waldorp LJ (2011). The small world of psychopathology. *PlosOne* 6(11), e27407.

Van Straten, A., van der Zwerde, T., Kleiboer, A., Cuijpers, P., Morin, C.M., Lancee, J. (2017). Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Review*, Epub ahead of print.

1. Insomnie vanuit een netwerkbenadering: de samenhang tussen dag- en nachtklachten

Spreker

Blanken, T.F. (Tessa)

Introductie

Vanuit een netwerkbenadering van psychopathologie wordt een stoornis, zoals insomnie, beschouwd als een netwerk van symptomen die elkaar direct beïnvloeden [1]. Het idee dat klachten elkaar direct kunnen beïnvloeden reflecteert het klinische beeld van insomnie, waarbij verondersteld wordt dat het verminderd functioneren overdag een direct gevolg is van de slaapproblemen. We onderzochten hoe de verschillende klachten van insomnie met elkaar samenhangen in een netwerk.

Materiaal en methodes



$N=5,562$ deelnemers van Nederlands Slaap Register [2] vulden online de *Insomnia Severity Index* in naar nacht- en dagklachten van insomnie. We maakten gebruik van nieuwe netwerkanalyse technieken om de relaties tussen de klachten te schatten. Specifiek schatten we een 'geregulariseerd concentration netwerk', welke gebruik maakt van de partiële correlaties tussen de klachten.

Resultaten

De dag- en nachtklachten van insomnie lijken zich te organiseren in twee aparte clusters, welke het sterkst met elkaar in verbinding staan via de klacht 'ontevredenheid over slaap'. De verschillende centraliteitsmaten bevestigen de belangrijke rol van 'ontevredenheid over slaap'; waaruit blijkt dat deze klacht het sterkst met de andere klachten in het netwerk samenhangt.

Conclusie

Het netwerk laat zien hoe de verschillende dag- en nachtklachten van insomnie met elkaar samenhangen in twee aparte clusters die het sterkst verbonden zijn door 'ontevredenheid over slaap', en toont daarmee mogelijke 'paden' van hoe de klachten elkaar beïnvloeden.

Relevantie voor de praktijk

De benadering van insomnie als netwerk van klachten die met elkaar in verbinding staan geeft mogelijk nieuwe ideeën voor de behandeling van insomnie. Het geeft aanknopingspunten over welke klachten een stabiliserende rol spelen in het netwerk, en daarmee mogelijk de insomnie het sterkst in stand houden.

Literatuur

[1] Borsboom, D., & Cramer, A.O.J. (2013). Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91-121. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608

[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.smr.2016.10.005

2. Cognitieve en gedragstherapie in de behandeling van slapeloosheid: een meta-analyse

Spreker

Verbeek, I (Ingrid)

Introductie

Slapeloosheid is een belangrijk volksgezondheidsprobleem gezien de hoge prevalentie, de impact die het heeft op het dagelijks leven, de co-morbiditeit met andere psychische en somatische aandoeningen, en de hoge maatschappelijke kosten (ten gevolge van extra zorggebruik en ziekteverzuim). De voorkeursbehandeling voor slapeloosheid is Cognitieve Gedragstherapie (CGT). Dit wordt bijvoorbeeld aanbevolen in de NHG-standaard voor huisartsen.

Materiaal en methodes

Wij hebben een meta-analyse uitgevoerd waarbij we de effecten op een rij hebben gezet van alle behandelstudies die op zijn minst één CGT-element hebben gebruikt (Van Straten, et al., 2017). We hebben



alleen gerandomiseerde studies geïncludeerd. De resultaten zoals gerapporteerd in vragenlijsten en slaapdagboeken in de verschillende studies zijn samengevat. We hebben daarnaast subgroup-analyses uitgevoerd om na te gaan welke patiënt-, behandel- of studiekenmerken gerelateerd waren aan het effect.

Resultaten

We hebben in totaal 87 studies geïncludeerd (3274 patienten in behandelcondities en 2579 patienten in controlecondities zonder behandeling). Gemiddeld genomen hebben de behandelingen een significant en groot effect op: ernst van de insomnia (Insomnia Severity Index; Hedges $g=0.98$), slaap efficiency ($g=0.71$), slaap kwaliteit (Pittsburgh Sleep Quality Index; $g=0.65$), tijd wakker na initiële slaap ($g=0.63$) en tijd om in slaap te vallen na uitdoen van licht ($g=0.57$). De effecten op het aantal keren wakker worden en de totale slaapduur waren significant maar kleiner ($g = 0.29$ en $g=0.16$ respectievelijk). Face-to-face behandelingen en behandelingen van minstens vier sessies lijken meer effectief dan zelfhulp behandelingen of ultra-korte face-to-face behandelingen. Verder waren de resultaten robuust (zelfde voor patienten met en zonder co-morbide aandoening, voor jongere en oudere patienten, voor patienten met en zonder slaapmedicatie etc).

Conclusie

We concluderen dat CGT, zowel de volledige versie als componenten, effectief is in de behandeling van slapeloosheid.

Literatuur

Van Straten, A., van der Zweerde, T., Kleiboer, A., Cuijpers, P., Morin, C.M., Lancee, J. (2017). Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Review*, Epub ahead of print.

3. Cognitieve en gedragstherapie in de behandeling van slapeloosheid: een meta-analyse

Spreker

Straten, A van (Annemieke)

Introductie

Slapeloosheid is een belangrijk volksgezondheidsprobleem gezien de hoge prevalentie, de impact die het heeft op het dagelijks leven, de co-morbiditeit met andere psychische en somatische aandoeningen, en de hoge maatschappelijke kosten (ten gevolge van extra zorggebruik en ziekteverzuim). De voorkeursbehandeling voor slapeloosheid is Cognitieve GedragsTherapie (CGT). Dit wordt bijvoorbeeld aanbevolen in de NHG-standaard voor huisartsen

Materiaal en methodes

Wij hebben een meta-analyse uitgevoerd waarbij we de effecten op een rij hebben gezet van alle behandelstudies die op zijn minst één CGT-element hebben gebruikt (Van Straten, et al., 2017). We hebben alleen gerandomiseerde studies geïncludeerd. De resultaten zoals gerapporteerd in vragenlijsten en slaapdagboeken in de verschillende studies zijn samengevat. We hebben daarnaast subgroup-analyses uitgevoerd om na te gaan welke patiënt-, behandel- of studiekenmerken gerelateerd waren aan het effect.

Resultaten



We hebben in totaal 87 studies geïncludeerd (3274 patiënten in behandelcondities en 2579 patiënten in controlecondities zonder behandeling). Gemiddeld genomen hebben de behandelingen een significant en groot effect op: ernst van de insomnia (Insomnia Severity Index; Hedges $g=0.98$), slaap efficiency ($g=0.71$), slaap kwaliteit (Pittsburgh Sleep Quality Index; $g=0.65$), tijd wakker na initiële slaap ($g=0.63$) en tijd om in slaap te vallen na uitdoen van licht ($g=0.57$). De effecten op het aantal keren wakker worden en de totale slaapduur waren significant maar kleiner ($g = 0.29$ en $g=0.16$ respectievelijk). Face-to-face behandelingen en behandelingen van minstens vier sessies lijken meer effectief dan zelfhulp behandelingen of ultra-korte face-to-face behandelingen. Verder waren de resultaten robuust (zelfde voor patiënten met en zonder comorbide aandoening, voor jongere en oudere patiënten, voor patiënten met en zonder slaapmedicatie etc).

Conclusie/discussie

We concluderen dat CGT, zowel de volledige versie als componenten, effectief is in de behandeling van slapeloosheid.

Literatuur

Van Straten, A., van der Zweerde, T., Kleiboer, A., Cuijpers, P., Morin, C.M., Lancee, J. (2017). Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Review*, Epub ahead of print.

4. Online CGT voor slapeloosheid. Ook effectief voor depressieve klachten?

Spreker

Lancee, J (Jaap)

Introductie

Ongeveer 60-80% van de mensen met een depressie heeft ook slaapklachten. Daarbij hebben mensen met chronische slapeloosheid twee keer zo veel kans om een depressieve stoornis te ontwikkelen dan mensen zonder slaapproblemen. Er zijn verscheidene studies die aantonen dat cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-I) positieve effecten heeft op depressieve klachten. Het probleem is echter dat er binnen de bestaande behandelprotocollen niet altijd ruimte is om ook aandacht te besteden aan slaap. Het aanbieden van de CGT-I via het internet kan mogelijk een uitkomst bieden. In een groot onderzoek ($n = 1149$) lieten Christensen en collega's (2016) zien dat online CGT-I inderdaad ook effectief is voor depressieve klachten. Dit onderzoek hebben wij in het afgelopen jaar gerepliceerd.

Materiaal en methodes

We hebben een onderzoek uitgevoerd bij 104 deelnemers met subklinische depressieve klachten en chronische slapeloosheid. De deelnemers werden random toegewezen aan een online CGT-I groep ($n = 52$) of een dagboekcontrolegroep ($n = 52$). Deelnemers vulden vragenlijsten in over zowel depressieve klachten als slaap.

Resultaten

In beide groepen verbeterden de deelnemers. De deelnemers die toegewezen waren aan de online CGT-I groep verbeterden echter een stuk meer op zowel de slaapklachten als de depressieve klachten. In de online CGT-I conditie was er voor zowel de slaapklachten als de depressieve klachten een klinisch relevante afname bij 67% van de deelnemers. In de controleconditie was dit respectievelijk 11% en 38%.



Conclusie/discussie

Dit onderzoek ondersteunt dus de veronderstelling dat het van belang is om slaapproblemen aan te pakken bij de behandeling van depressie. Wij menen dat een volgende belangrijke stap is om online CGT-I ook aan te bieden bij mensen die zich aanmelden voor hun depressie in de GGZ.

Literatuur

Christensen, H., Batterham, P.J., Gosling, J.A., Ritterband, L.M., Griffiths, K.M., ...Mackinnon, A.J. (2016). Effectiveness of an online insomnia program (SHUTi) for prevention of depressive episodes (the GoodNight Study): A randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 3(4), 333-341. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00536-2

5. Kosten-effectiviteit van online behandeling (i-Sleep) voor slapeloosheid in de huisartspraktijk: protocol van een gerandomiseerd onderzoek

Spreker

Zweerde, T. van der (Tanja)

Introductie

CGT is een effectieve behandeling voor slapeloosheid maar wordt weinig toegepast. Als slapeloosheid de enige DSM-diagnose is, wordt behandeling niet vergoed in de basis of specialistische GGZ. De huisartsen zijn daarom primair verantwoordelijk voor dit probleem. Bij ongeveer 60% van de patiënten schrijft de huisarts medicatie voor. De NHG-standaard adviseert echter terughoudend te zijn met medicatie en beveelt CGT aan. In een poging CGT beter toegankelijk te maken, en patiënten betere zorg te bieden, onderzoeken wij of online therapie voor slapeloosheid aangeboden kan worden via huisartsenpraktijken en of deze (kosten)effectief is (van der Zweerde et al., 2016).

Materiaal en methodes

Ongeveer 20 huisartsen doen mee aan dit onderzoek en we randomiseren 160 patiënten naar de online behandeling of naar gangbare zorg. De online behandeling is iSleep en bestaat uit 5 online sessies. Na elke sessie krijgen de patiënten feedback door de POH-GGZ. Op 4 meetmomenten, tot een half jaar na behandeling, vragen we de deelnemers om vragenlijsten in te vullen en een slaapdagboek bij te houden.

Resultaten

Het onderzoek loopt en we hebben ruim 100 mensen geïncludeerd.

Conclusie/discussie

We hopen te kunnen aantonen dat online behandeling van slapeloosheid effectief is en leidt tot betere zorg (zorg conform de NHG standaard). Daarnaast hopen we dat de online behandeling tot lagere maatschappelijke kosten door een lager zorggebruik en minder ziekteverzuim.

Literatuur

van der Zweerde, T., Lancee, J., Slottje, P., Bosmans, J., Van Someren, E., Reynolds, C., & van Straten, A. (2016). Cost-effectiveness of i-Sleep, a guided online CBT intervention, for patients with insomnia in general practice: protocol of a pragmatic randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 16(1), 85.



Van Straten, A., Emmelkamp, J., De Wit, J., Lancee, J., Andersson, G., van Someren, E. J. W., & Cuijpers, P. (2014). Guided Internet-delivered cognitive behavioural treatment for insomnia: a randomized trial. *Psychological medicine*, 44(07), 1521-1532.

Zachariae R, Lyby MS, Ritterband L, O'Toole MS. Efficacy of Internet delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia – a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Med Rev*. 2015. doi:10.1016/j.smrv.2015.10.004.

Workshop

[Omgaan met boosheid; tips en tricks voor therapeuten en naasten van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis](#)

Sprekers

drs R van der Wijngaart (Remco)

drs H. van Genderen (Hannie)

Workshop

Niet alleen voor omgeving van de cliënt, maar ook voor de therapeuten is de boosheid van cliënten vaak het moeilijkst te hanteren.

De cliënt is prikkelbaar en weigert steeds geïrriteerder om de oefeningen te doen die de therapeut voorstelt. De cliënt ontsteekt zonder duidelijke aanleiding in een woede-uitbarsting waarin alle ervaren onrecht eruit gespuwd wordt. De cliënt wordt dreigend of denigrerend boos wanneer hij voelt dat hij niet met respect wordt behandeld.

Zowel de naasten van cliënten maar ook de therapeuten kunnen heel verschillend reageren op dergelijke vormen van boosheid. Sommigen vinden boosheid zo lastig dat ze het bij voorbaat proberen te voorkomen dat de cliënt ontevreden, geïrriteerd of boos zou kunnen worden. Boze cliënten kunnen echter ook gevoelens oproepen van angst, tekortschieten of waardoor de therapeut zich angstig en onzeker voelt of misschien zelf boos wordt. Dergelijke interacties leiden vaak tot ruzies met naasten, relatiebreuken en moeite vriendschappen aan te houden. In therapie kunnen deze interacties leiden tot stagnatie van het therapieproces, stoppen met therapie of gevoelens van moedeloosheid en uitputting bij de therapeut. In deze workshop leren de deelnemers op de eerste plaats om goed te differentiëren tussen de verschillende vormen van boosheid. De leidende vraag daarbij is 'Vanuit welke modus toont de cliënt de boosheid?'. De deelnemers zullen verder leren om dergelijke vormen van boosheid beter te hanteren met gebruik van tips, tricks en specifieke methoden en technieken. Doelstelling van de workshop is dat deelnemers beter in staat zijn met boosheid in de therapeutische relatie om te gaan.

Met die doelstelling heeft de workshop een afwisselend en levendig karakter; korte inleidingen worden afgewisseld met demonstraties middels rollenspellen of dvd-fragmenten om vervolgens zelf te oefenen met de getoonde methoden en technieken.

Onderwerpen die aan bod zullen komen:

-Boze Beschermers, Pest&Aanval modus, Zelfverheerlijker, Boze Kind modus, Razende Kind, Boze Straffende Ouder en Gezonde Volwassen boosheid

-Empathische confrontatie, grenzen stellen, de therapeutische relatie en eigen schema's

Literatuur



Bernstein, D.P., Arntz, A., & Vos, M.E. de (2007). Schemagerichte therapie in de forensische setting, theoretisch model en voorstellen voor best clinical practice. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 33, 2, 120-13

Wijngaart, R. van der (2015) Ways to strengthen the Healthy Adult. In 'Schema therapy bulletin' Issue 1, May 2015. P.7-10 4 p.

Workshop

The network approach to psychopathology: implications for clinical research and practice

Spreker

dr E Fried (Eiko)

Workshop

This workshop aims to introduce the most important conceptual and statistical concepts of the network approach to psychopathology, a framework that understands mental disorders as complex networks of interacting symptoms. According to the network approach, symptoms cluster in syndromes because of mutual interactions and self-reinforcing feedback loops among symptoms. This view differs from the more traditional common cause framework where the co-occurrence among symptoms stems from an underlying cause that is often assumed to reside in the brain of patients.

Despite its recent debut, with conceptual foundations in 2008 and empirical foundations in 2010, the framework has received considerable attention and recognition in the last years. It offers both an idiographic and nomothetic perspective on psychopathology: we can study symptom dynamics of single individuals over time, but we can also study symptom associations in large groups of individuals in cross sectional data.

Pertaining to comorbidity, the network approach provides a powerful new framework to explain why certain disorders may co-occur more often than others. For prediction, studies have consistently found that symptom networks of people with mental disorders show different characteristics than that of healthy individuals, and preliminary evidence suggests that networks of healthy people show early warning signals before shifting into disordered states. For intervention, centrality—a metric that measures how connected and clinically relevant a symptom is in a network—is the most commonly studied topic, and numerous studies have suggested that targeting the most central symptoms may offer novel therapeutic strategies. The workshop will start with a brief inventory of the people who participate (so I can cater it to the audience), followed by an interactive presentation in which participants are encouraged to ask questions. The learning objective of the workshop is that after the 90 minutes, participants will have basic insights into network theory, know what statistical models are appropriate for what kind of data, and obtain an extensive list of resources for future reading and research endeavours. Researchers and clinicians with all levels of statistical and clinical knowledge are welcome to participate; no laptops are required.

Literatuur

Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16, 5–13.

Fried, E. I., van Borkulo, C. D., Cramer, A. O. J., Boschloo, L., Schoevers, R. A., & Borsboom, D. (2016). Mental disorders as networks of problems: a review of recent insights. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1, 1–32. <http://doi.org/10.1007/s00127-016-1319-z>



Cramer, A. O. J., Waldorp, L. J., van der Maas, H. L. J., & Borsboom, D. (2010). Comorbidity: a network perspective. *The Behavioral and Brain Sciences*, 33(2-3), 137-50. <http://doi.org/10.1017/S0140525X09991567>

van de Leemput, I. A., Wichers, M., Cramer, A. O. J., Borsboom, D., Tuerlinckx, F., Kuppens, P., ... Scheffer, M. (2014). Critical slowing down as early warning for the onset and termination of depression. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(1), 87-92. <http://doi.org/10.1073/pnas.1312114110>

Workshop

[Virtual Reality in de behandelkamer. Hoe maken we de vertaalslag naar de praktijk?](#)

Spreker

msc A Bervoets (Anique)

Workshop

Virtual Reality is hot. Het gebruik van VR behoort tot één van de nieuwste ontwikkelingen binnen de Psychologie. Verschillende onderzoeken naar de effectiviteit van behandelingen met behulp van Virtual Reality laten zien dat dit een veelbelovende behandelwijze is. Hoe werkt dit eigenlijk in de behandelkamer? Hoe maken we de vertaalslag naar de praktijk?

Met deze workshop willen wij therapeuten inzicht geven in de werking van VR en tevens handvatten bieden hoe zij dit daadwerkelijk kunnen inzetten tijdens hun behandelingen. We zullen hierbij de focus leggen op één van de modules waarbij wij VR inzetten, namelijk de behandeling van een Paniekstoornis met Agorafobie. De therapeuten nemen wij mee in de voortgang en ontwikkeling van deze module en we laten hen ervaren wat de effectiviteit van VR is. Ook nemen wij hen mee in de eerste resultaten en laten wij zien hoe zij deze behandelwijze zelf kunnen inzetten, zodat zij morgen een paniekstoornis met Agorafobie met behulp van VR kunnen behandelen.

Literatuur

- Opris, D., Pinteá, S., Garcí a-Palacios, A., Botella, C., Szamosko S& David, D.(2012).VIRTUAL REALITY EXPOSURE THERAPY IN ANXIETY DISORDERS: A QUANTITATIVE META-ANALYSIS. *Depress Anxiety*, 29,85-93.
- Wiersma, J., Greeven, A., Berretty, E., Krijn, M., Emmelkamp, P. (2008). De effectiviteit van Virtual Reality Exposure Therapy voor hoogtevrees in de klinische praktijk. *Gedragstherapie*, 41, 253-259.

Workshop

[intensieve ptss behandeling in estafette vorm voorkomt therapeutisch drift](#)

Sprekers

H Smidtman (Helga)

M Munniksma (Marjanne)

Workshop

Typerend voor de Intensieve Traumabehandeling is een 'estafette-aanpak': 5 therapeuten geven samen 1 individuele behandeling van 4 dagdelen per week. De sessies omvatten dezelfde soort therapieën. Na elke



sessie geeft de therapeut het stokje door aan de volgende. Dit houdt ons therapeuten erg bij de les. Waardoor de behandeling beter werkt.

Bij Fier kunnen cliënten intensieve traumabehandeling (ITB) volgen voor ptss klachten. Zij krijgen wekelijks 8 sessies van 1,5 uur therapie: (imaginaire) exposure en emdr, aangevuld met exposure d.m.v. tekeningen. Ons team bestaat uit vijf therapeuten: 3 psychologen en 2 CGW-ers/vaktherapeuten. Per dag ziet de cliënt dus verschillende therapeuten. Na een sessie heeft de cliënt even pauze, als therapeut draag je over aan een collega, die verder gaat waar je met de cliënt was gebleven.

Wat organisatorisch vooral praktisch was, blijkt juist een heel werkzame factor te zijn: omdat je zonder veel afstemming dezelfde behandeling uitvoert, deel je de verantwoordelijkheid om je goed aan het plan te houden. Er kijken altijd collega's mee of de sessie goed is verlopen, het is bekrachtigend om te vertellen en te merken dat de cliënt verder is gekomen. En je viert het samen als de eindstreep is bereikt, ongeacht wie het laatste stukje deed.

Je hoeft niet in je eentje de cliënt te motiveren tot doorzetten, dit is een gedeelde aanpak en bejegening van ons allemaal, die doorgaans snel door de cliënt wordt overgenomen. Er heerst een 'aanpak' mentaliteit in het team en deze werkt voor zowel onszelf als voor cliënten aanstekelijk.

In deze workshop delen we de ervaringen van onszelf en van enkele cliënten, maar ga je ook zelf aan de slag met deze estafette-aanpak. Vragen die aan bod komen zijn: Hoe geef je het stokje het beste door, hoe is het voor cliënt om verschillende therapeuten te zien, hoe is het voor de therapeuten, wat te doen met de neiging tot 'driften'? We analyseren hoe dit estafette-model het therapeutisch proces beïnvloedt. En vanuit hier doen we aanbevelingen voor de praktijk: hoe kun je dit ook in andere (moeizaam verlopende) behandelingen inzetten?

Literatuur

Broeke, E. ten, Rijkeboer, M. (2017). Over het hanteren van vermijding en veiligheidsgedrag bij de behandeling van angststoornissen. Overwegingen en praktische handvatten. *Gedragstherapie*, 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

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

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

Workshop

[De Method of Levels, een transdiagnostische CGT-methode](#)

Spreker

drs. G Schurink (Ger)

Workshop

Doen wat werkt en wat niet essentieel is achterwege laten! Dat kan met de Method of Levels (MOL), een transdiagnostische gespreksmethode die uitgaat van het belangrijkste werkzame ingrediënt van alle psychotherapeutische interventies: de aandacht richten op waar de 'pijn' zit.



Verstorings opmerken is essentieel in deze methode. Het zijn de (non)verbale veranderingen zoals aarzelen, een andere gelaatsuitdrukking, wegstaren, onrustig bewegen, ander taalgebruik of een evaluerende opmerking. Op dat moment is er meestal sprake van belangrijke gevoelens of gedachten die vluchtig op de achtergrond aanwezig zijn. Door deze in het gesprek telkens de volle aandacht te geven wordt de cliënt zich steeds bewuster van allerlei kanten van het probleem en waar de angel precies zit. Er ontstaat een perspectief dat het oorspronkelijke probleem overstijgt. Vandaar het woord 'levels' in de MOL. Met deze inzichten lost het probleem zich vaak op en/of de cliënt ziet manieren om het zelfstandig verder aan te pakken.

Het uitgangspunt van de MOL is dat mensen meestal zelf de kennis en de vaardigheden in huis hebben voor het oplossen van hun problemen. Ze vinden echter geen uitweg omdat ze hun pijnlijke gevoelens en gedachten het liefst zoveel mogelijk vermijden. De therapeut helpt om de moeilijkheden helder onder ogen te zien. Een MOL-gesprek is exposure in de vorm van een dialoog.

De MOL heeft de volgende kenmerken:

De cliënt heeft de regie en bepaalt zelf in elke sessie het gespreksonderwerp en wanneer en hoe vaak hij afspraken wil. Uiteraard binnen de grenzen van wat organisatorisch haalbaar is.

Elk gesprek is een op zichzelf staande sessie; er is geen plan, structuur of protocol.

De therapeut houdt de aandacht van de cliënt steeds dicht bij het onderwerp door er voortdurend geïnteresseerde vragen over te stellen.

Hij let aandachtig op verstoringen en vraagt dan gedetailleerd door naar de gevoelens en gedachten die er op dat moment zijn.

De therapeut is spaarzaam in het geven van uitleg, interpretaties, adviezen of oefeningen.

De volgende onderdelen komen aan bod:

Live-demonstratie: Method of Levels

Plenaire oefening: MOL-vragen stellen

Plenaire nabespreking van het oefenronden.

Literatuur

Alsawy, S., Mansell, W., Carey, T. A., McEvoy, P., & Tai, S. J. (2014). Science and practice of transdiagnostic CBT: A Perceptual Control Theory (PCT) approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, 7/, 334-359.

Carey, T. A. (2009). Dancing with distress: Helping people transform psychological troubles with the Method of Levels two step. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 2, 167-177.

Mansell, W., Carey, T. A., & Tai, S. J (2016) Method of Levels gesprekstherapie. Een transdiagnostische benadering. Amsterdam: Uitgeverij Hogrefe.

Workshop

[Behandeling van jongeren met Avoidant/Restrictieve Food Intake Disorder \(ARFID\)](#)

Spreker

msc D.B.H. Kroes (Diana)

msc E de Haan (Eline)

Workshop

In de DSM-5 (APA, 2013) is in het hoofdstuk 'Voedings- en eetstoornissen' de nieuwe diagnose 'vermijdende/restrictieve voedselnamestoornis' (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID)



opgenomen. Deze classificatie vervangt de vroegere “Voedingsstoornis op de zuigelingenleeftijd of vroege kinderleeftijd” en kan op elke leeftijd gediagnosticeerd worden.

Bij ARFID kan sprake zijn van selectief en/of restrictief eten. Selectieve eters hebben een specifiek en rigide eetpatroon, en bijgevolg een structureel zeer beperkte variatie van voorkeursvoeding (Timimi, Douglas, & Tsiftopoulou, 1997). Zij hebben doorgaans een normaal lichaamsgewicht en –lengte, ofschoon door de beperkte voedingsinname een groeiachterstand kan ontstaan (Nicely et al., 2014). Daarnaast is sprake van voedsel neofobie (angst voor onbekend voedsel), inclusief vermijding van het proeven van nieuwe voeding (Pliner & Hobden, 1992). Restrictieve eters worden beschreven als ‘kleine eters’ die weinig interesse en plezier aan eten beleven. Ze eten wel voldoende gevarieerd. Doorgaans hebben deze kinderen een laag lichaamsgewicht en zijn ze niet groot. (Bryant-Waugh, 2000).

CGT is een effectieve behandeling voor eetstoornissen (Fairburn et al., 2015; Murphy et al., 2010). Ook bij kinderen met selectieve en/of restrictieve voedingsproblemen wordt (cognitieve)gedragstherapie succesvol toegepast (cf. SLIK; Seys, Duker en Rensen, 2010). Echter, voor jongeren met ARFID was nog geen behandelprogramma beschikbaar ondanks een groeiende vraag naar behandeling. Seyscentra ontwikkelde en onderzocht daarom een CGT-behandeling voor jongeren, met gunstig resultaat.

Het behandelprogramma begint met een preklinische fase waarin de weerstand en cognities worden opgespoord en behandeldoelen worden opgesteld. Aansluitend volgen vier weken klinische dagbehandeling (5 dagen per week), bestaand uit individuele en groep sessies en wekelijks een sessie met de jongere en zijn/haar ouders. Tenslotte volgt een ambulante programma waarbij de jongere gestimuleerd wordt het geleerde te blijven toepassen.

Tijdens de workshop zullen de deelnemers kennismaken met de inhoud van het protocol.

Aan de hand van een casusbeschrijving zal de deelnemers gevraagd worden een actieve bijdrage te leveren aan het voorbereiden van verschillende onderdelen uit het protocol. Vervolgens zullen deze voorbereidingen vergeleken worden met het betreffende onderdeel uit de voorbeeldcasus.

De deelnemers hebben na de workshop goed zicht op de verschillende fasen, doelen en onderdelen van het behandelprogramma.

Literatuur

Referenties

- Bryant-Waugh, R. (2000). Overview of the eating disorders. Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence. *Psychology Press*, 2, 27-40.
- Fairburn, C. G., Bailey-Straebl, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., O'Connor, M. E. & Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour research and Therapy*, 70, 64-71.
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611-627.
- Nicely, T. A., Lane-Loney, S., Masciulli, E., Hollenbeak, C. S., & Ornstein, R. M. (2014). Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *J Eat Disord*, 2(1), 21, 1-8.
- Pliner, P., & Hobden, K. (1992). Development of a Scale to Measure the Trait of Food Neophobia in Humans. *Appetite*, 19, 105-120.
- Seys, D.M., Duker, P.C., & Rensen, J.H.M. (2010). Effect van het SLIK-programma op voedselacceptatie bij kinderen met voedselweigering. *Tijdschrift Kindergeneeskunde*, 78, 185-189.
- Timimi, S., Douglas, J., & Tsiftopoulou, K. (1997). Selective eaters: a retrospective case note study. *Child: care, health and development*, 23(3), 265-278.



Workshop

Mindful contraconditioneren en déconditioneren

Spreker

drs W.A. Fonteijn (Willem)

Workshop

In de cognitieve gedragstherapie neemt het lichaam een onverdiende bescheiden plaats in. Juist het lichaam kan je inzetten om de overtuigingen van cliënten te toetsen op functionaliteit. Disfunctionele overtuigingen leiden tot disfunctionele emoties en bijpassende responsrepresentaties in het lichaam. Dit is geheel in lijn met therapeutische uitwerking van de emotietheorie van Lang. Namelijk bestaande stimulusrepresentaties koppelen aan incompatibele respons- en betekenisrepresentaties.

Deze praktische workshop laat deelnemers kennismaken met lichaamsgerichte contraconditioneringstechnieken en oefenen met het toepassen van de beginselen van contraconditioneren bij diverse angst- en stemmingstoornissen

De workshop begint met een uitleg van de theorie van Lang en hoe je deze therapeutisch kan inzetten bij contraconditioneren en COMET. Verslag wordt gedaan van een korte mindfulness groepstraining voor cardiologie patiënten met angst- en stemmingsklachten. Vervolgens wordt zowel plenair als in subgroepen geoefend met lichaamsgerichte mindfulness technieken en het combineren van incompatibele lichaamshoudingen met veel voorkomende disfunctionele overtuigingen en emoties.

Deelnemers worden uitgenodigd om lichaamsgerichte gedragsexperimenten te ontwerpen voor cliënten uit hun eigen praktijk en deze in subgroepen te bespreken.

De workshop wordt afgesloten met een demonstratie van de methode door de docent.

Literatuur

Hardeman, Erik (2017) Psychotherapie via het lichaam. GZ-psychologie; 4: 30-33

Soons, Paul (2017) Bewustzijnsdialoog in pioniersfase. De Psycholoog; 1:31-32 Fonteijn, Willem (2016) Circle of Awareness. Using the body as a mirror for thoughts, Warden Press, Amsterdam Nyklicek, I, S.C.Dijksman,

P.J.Lenders, W.A.Fonteijn, J.J.Koolen (2014) A brief mindfulness based intervention for increase in emotional well-being and quality of life in percutaneous coronary intervention (PCI) patients: The MindfulHeart randomized controlled trial. Journal of Behavioral Medicine; 37: 135-144.

Korrelboom, Kees (2011) Comet voor negatief zelfbeeld, Competitive memory training bij lage zelfwaardering en negatief zelfbeeld, Bohn Stafleu van Loghum, Houten

Korrelboom, Kees en Erik Ten Broeke (2004) Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Hoofdstuk 4.5.5. Coutinho, Bussum