



Workshops & symposia - 15:30 - 16:30 uur

Symposium

Innovaties in de behandeling van chronische depressie

Voorzitter

prof. dr. J Spijker (Jan)

Beknopte samenvatting van het symposium

Zowel farmacologische als psychotherapeutische interventies, zoals cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke psychotherapie, blijken effectief in de behandeling van depressie. Toch is er bij minder dan de helft van de patiënten sprake van respons of remissie na afloop van psychotherapie (Cuijpers et al., 2014) en toont de meerderheid van de patiënten geen remissie na de eerste behandeling met antidepressiva (Thase, Entsuah, & Rudolph, 2001). Onderzoek laat zien dat, zelfs wanneer psychologische en farmacologische behandelingen gecombineerd worden, een groot deel van de patiënten geen respons laat zien (Spijker, van Straten, Bockting, Meeuwissen, & van Balkom, 2013). Bij ongeveer 20% van de patiënten is er dan ook sprake van een chronisch beloop van de stoornis. Deze bevindingen maken duidelijk, dat de behandeling voor depressie nog niet optimaal is en/of niet op een optimale manier wordt toegepast. In dit symposium zal onderzoek worden besproken dat mogelijke verklaringen biedt voor het vaak chronische beloop van depressie. Prof. Jan Spijker laat zien in hoeverre patiënten met een chronische en therapieresistente depressie überhaupt een adequate behandeling in vorm van psychotherapie hebben gekregen en de conclusie lijkt te zijn dat er feitelijk sprake van onderhandeling met psychotherapie is. Aan de andere kant zal er worden gekeken naar de mogelijkheden om de zorg voor depressie te optimaliseren, door onderzoek te doen naar cognitieve factoren, die een rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van depressie en door innovatieve cognitieve interventies aan de standaard behandeling toe te voegen. Gina Ferrari zal in deze context een studie gaan presenteren waarin de effectiviteit van een nieuwe computertraining, gericht op het verhogen van aandacht voor positieve stimuli, bij patiënten in de specialistische GGZ (SGGZ) werd onderzocht. Ten slotte zal ook aandacht besteed worden aan een interventie gericht op rehabilitatie en zelfmanagement voor patiënten die niet reageren op de evidenced-based behandelingen die er zijn en waar de depressie een chronische beloop aangenomen heeft. Maringa Zoun zal de resultaten van een onderzoek presenteren, waar de haalbaarheid en acceptatie van deze interventie voor patiënten met chronische en therapieresistente angst en depressie binnen de SGGZ werd onderzocht.

1. Chronische, therapieresistente depressie: aanwijzingen voor onderbehandeling met psychotherapie

Spreker

Spijker, J (Jan)

Introductie

Het Expertisecentrum Depressie is onderdeel van het Zorgprogramma Depressieve Stoornissen van Pro Persona GGz. De specialisatie betreft chronische en/of therapieresistente depressie. Het expertisecentrum legt zich toe op de behandeling, consultatie, en advisering van patiënten met deze complexe problematiek. Om dit goed te kunnen inrichten, is inzicht vereist in de mate waarin bij deze patiënten sprake is van chroniciteit (duur > 2 jaar) en therapieresistentie (niet of onvoldoende herstel na empirisch onderbouwde psycho- en farmacotherapie).

Materiaal en methodes

Om tot een betere beschrijving van de expertise populatie te komen wordt gebruik gemaakt van de vragenlijst "Dutch Measure for quantification of Treatment Resistance in Depression" (DM-TRD; Peeters, Ruhe, Spijker & Schene, 2011). Hiermee worden kenmerken van de huidige depressie en de



behandelvoorgeschiedenis systematisch in kaart gebracht en gescoord. De vragenlijst wordt in het Expertisecentrum Depressie afgenomen bij second opinions en nieuwe opnames.

Resultaten

Bij 97 patiënten is de DM-TRD afgenomen; 53 % man, 47 % vrouw met een gemiddelde leeftijd : 45 (sd=12.5; min 21 – max. 77). Bij 66 % is er spraken van een ernstige depressie, plus bij 13% ernstige depressie met psychotische kenmerken en de gemiddelde IDS score bedraagt 41.7. De duur van de huidige episode is 68% > 2 jaar; bij 13 % 1-2 jr en bij 20% < 1 jaar.

In de behandelgeschiedenis heeft 51.5% tenminste 1 empirisch onderbouwde psychotherapie gehad, in vrijwel alle gevallen is dat CGT (7.2% heeft IPT gekregen en 10% MBCT); 8.2% heeft 2 evidence based psychotherapieën gehad voor depressie, iets meer dan een derde van deze patiënten (36.1 %) heeft geen enkele vorm van PT gehad, en 4.1 % alleen een vorm van ondersteunende therapie.

Conclusie

Onder patiënten met een chronische en therapieresistente depressie heeft meer dan een derde geen vorm gehad van psychotherapie ondanks de lange duur van de klachten en de hoge ernst. In slechts 8.2% van de patiënten is een 2e vorm van psychotherapie toegepast. Daarmee lijkt er sprake te zijn van onderbehandeling met psychotherapie.

Literatuur

Peeters FPML, Ruhe HG, Spijker J & Schene A, 2011 : Dutch Measure for Quantification of Treatment Resistance in Depression (DM-TRD)

Ruhé, H. G., van Rooijen, G., Spijker, J., Peeters, F. P., & Schene, A. H. (2012). Staging methods for treatment resistant depression. A systematic review. *Journal of affective disorders*, 137(1), 35-45.

2. Aandachtsbias modificatie bij depressie: Een gerandomiseerde gecontroleerde studie in de specialistische gezondheidszorg.

Spreker

Ferrari, GRA (Gina)

Introductie

Cognitieve theorieën suggereren dat selectieve aandacht voor negatieve informatie bijdraagt aan de ontwikkeling en instandhouding van een depressieve stoornis [1,2]. Deze aanname wordt gesteund door onderzoeken die laten zien dat het verminderen van deze zogenaamde negatieve “aandachtsbias” leidt tot de afname van depressieve symptomen [3]. Aandachtsbias modificatie (ABM) technieken die trachten om de aandacht weg van negatieve informatie en richting positieve informatie te trainen, zouden dus van therapeutische waarde kunnen zijn voor depressie. Doel van deze studie was om de effectiviteit van een internet gebaseerde ABM-training te testen bij patiënten met een depressieve stoornis in de specialistische gezondheidszorg.

Materiaal en methodes

Deelnemers waren 115 patiënten (59 vrouwen; leeftijd: $M=47.71$, $SD=12.61$) met een depressieve stoornis volgens de DSM-IV, die aangemeld (of in behandeling) waren bij de GGZ instelling Pro Persona. De deelnemers werden willekeurig toegewezen aan een positieve training (PT: $n=60$; aandachtstraining richting positieve en weg van negatieve stimuli) of een controle training (CT: $n=55$; aandacht werd niet getraind, maar werd continue gemeten). Patiënten werden gevraagd om acht trainingssessies uit te voeren binnen twee weken, waarvan één bij Pro Persona en zeven thuis. Met behulp van voor- en nametingen werden veranderingen in aandachtsbias en depressieve symptomen (IDS-SR) onderzocht.

Resultaten



Voorlopige analyses tonen aan dat deelnemers in de PT groep een sterkere toename van een positieve aandachtsbias (meer aandacht voor positieve dan voor negatieve stimuli) lieten zien, dan deelnemers in de CT groep ($p=.034$, $\eta^2=.039$). Hoewel beide groepen een afname in depressieve symptomen lieten zien, verschilde deze afname niet tussen de groepen ($p=.971$).

Conclusie

Hoewel de training een positieve aandachtsbias kon induceren, had de training geen effect op depressieve symptomen. De resultaten leveren daarom geen aanwijzing voor de effectiviteit van ABM bij depressie en dus ook geen ondersteuning voor diens implementatie in de klinische praktijk. Aangezien onderzoek suggereert dat ABM effecten op symptomen mogelijk pas na verloop van langere tijd zichtbaar worden, werden ook de lange-termijn effecten van de training binnen deze RCT gemeten (6-12 maanden na de training). De dataverzameling is echter nog niet afgesloten en daarom volgen resultaten omtrent de lange-termijn effectiviteit van de training nog in de toekomst.

Literatuur

- [1] Beck AT. Cognitive models of depression. *J Cogn Psychother.* 1987;1:5–37.
- [2] Peckham AD, McHugh RK, Otto MW. A meta-analysis of the magnitude of biased attention in depression. *Depress Anxiety.* 2010;27:1135–42.
- [3] Wells TT, Beevers CG. Biased attention and dysphoria: manipulating selective attention reduces subsequent depressive symptoms. *Cogn Emot.* 2010;24: 719–28.

3. Rehabilitatie en zelfmanagement bij chronische angst en depressie (de ZemCAD studie)

Spreker

Zoun, MMH (Maringa)

Introductie

Er zijn veel patiënten met chronische en therapieresistente angst en depressie in de SGGZ. Veel patiënten reageren niet goed op (evidence based) behandelingen en ontwikkelen een chronisch beloop en een zekere mate van therapieresistentie. Er is behoefte aan een rehabilitatie aanpak voor deze patiënten, waarin zelfmanagement een grote rol speelt.

Doel: Onderzoeken of een interventie, gericht op rehabilitatie en zelfmanagement, gedurende 6 maanden voor ambulante patiënten met chronische angst en depressie haalbaar en effectief is om de kwaliteit van leven en empowerment te vergroten, om symptomen te verminderen en het mogelijk te maken SGGZ af te sluiten. Ook wordt de kosten-effectiviteit van de aanpak vastgesteld ten opzichte van CAU (care as usual).

Materiaal en methodes

In een landelijke gerandomiseerde gecontroleerde trial met 141 patiënten werd de interventie vergeleken met CAU met follow-up metingen bij 6, 12 en 18 maanden. Uitkomsten waren de WHOQOL-BREF, BAI, PHQ-9, en de Nederlandse Empowerment Lijst (NEL).

Resultaten

Bij baseline waren er geen significante verschillen tussen de groepen, behalve op huwelijks staat. Gemiddelde leeftijd was 47.4 ± 8.3 jaar, 66.0% was vrouw. Volgens MINI had 26.2% een depressieve stoornis, 17.0 % een angststoornis en 44% een comorbide stoornis. Een Linear Mixed Model (LMM)analyse liet geen verschil zien in beide condities op de WHOQOL-BREF, BAI en PHQ-9 bij de follow-up metingen. Bij de NEL zien we wel wat verschillen, met een kleine effect size. Meer patiënten konden na de interventie de SGGZ afsluiten. Kosten-effectiviteit van de interventie wordt momenteel onderzocht, eerste resultaten hiervan worden ook gepresenteerd.

Conclusie/discussie



Een interventie gericht op rehabilitatie en zelfmanagement voor patiënten met chronische en therapieresistente angst en depressie is haalbaar in de SGGZ en acceptabel voor patiënten. Meer patiënten konden na de interventie de SGGZ afsluiten. Er werden geen significante verschillen gevonden op het gebied van kwaliteit van leven en symptomen, en een aantal significante verschillen met een kleine effect size op het gebied van empowerment. De vraag blijft hoe de kwaliteit van leven voor patiënten met chronische angst en depressie verbeterd kan worden.

Literatuur

Zoun MHH, Koekkoek B, Sinnema H, Muntingh ADT, Balkom AJLM van, Schene AH, Smit F & Spijker J. Effectiveness and cost-effectiveness of a self-management training for patients with chronic and treatment resistant anxiety or depressive disorders: design of a multicenter randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2016; 16:216.

Openbare supervisie

[Wiesette Krol: een impasse in schematherapie doorbreken](#)

Spreker

drs W.J. Krol (Wiesette)

Introductie

Ben jij bekend met schematherapie en behandel je cliënten met cluster B problematiek? Bevind je je in een impasse binnen de therapie en kun je wel wat hulp of advies gebruiken? Bij deze openbare supervisie heb je de gelegenheid hierover van gedachten te wisselen met Wiesette Krol, klinisch psycholoog, voorzitter Academie voor Schematherapie en VGCT supervisor.

Materiaal en methodes

Supervisie geven kan lastig zijn. Uit onderzoek blijkt dat supervisanten zich onzeker en angstig kunnen voelen in supervisie. Vaak denkt de supervisor dat hij/zij pas geslaagd is als therapeut als de cliënt opknapt. Ook supervisoren denken vaak alles te moeten weten. De meeste supervisoren zijn gespannen bij aanvang van een supervisietraject. Verder gaat veel supervisietijd verloren aan het bespreken van organisatie- en registratieperikelen en/of lastige situaties op de werkplek, ook al draagt de supervisor geen verantwoordelijkheid voor de patiënten en de patiëntenzorg.

Ondanks veel definities van supervisie, alle met als kernbegrip 'de professionele ontwikkeling van de supervisor', is supervisie geven in de praktijk vaak ingewikkeld en is de supervisor geneigd te doen wat hij/zij altijd al doet. Momenteel wordt er veel aandacht besteed aan competentiegericht toetsen en superviseren. Nog meer om rekening mee te houden.

Wat kenmerkt goede supervisie:

- Biedt optimale condities voor ontwikkeling (*learning alliance*)
- Supervisor beschikt over voldoende methodische en technische ervaring
- Supervisor onderkent behoeften van supervisor en client (*sensitief*)
- Supervisor is consistent in stijl
- En maakt constructief gebruik van parallelprocessen (*Tijhuis 2003*)

Onderzoek mbt supervisie toont aan:

1. Supervisor modelt de supervisor zodat deze technieken gaat toepassen
2. Supervisor wordt minder bang en krijgt meer zelfvertrouwen
3. Supervisie draagt bij aan het ontwikkelen van vaardigheden
4. Supervisie helpt om problemen in de therapeutische relatie op te lossen en impasse te doorbreken.

Tegen de geschetste achtergrond richt deze openbare supervisie sessie zich op het **schematherapeutisch proces bij de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek** waarin met name aandacht wordt besteed aan punt 4.



Er wordt gewerkt aan een schematherapie die 'in een impasse verkeert', bij voorkeur rondom cluster B problematiek. De supervisant kan van te voren aangeven aan welke competentie hij/zij deze sessie wil werken, zoals bijvoorbeeld grenzen stellen, empathische confrontatie, stoelentechniek of imaginatie met rescripting. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan de patstelling in het therapeutisch proces en hoe deze te doorbreken. Het gaat dus zowel om het begrijpen van het therapeutisch proces tot nu toe als het oefenen met een competentie.

Het gaat hierbij niet om het aanbieden van een kant en klare oplossing maar veel meer om het samen uitzoeken wat geholpen heeft en wat niet en hoe het vastgelopen proces weer vlotgetrokken kan worden.

Clinical Masterclass

Clinical Masterclass: Caroline Braet

Spreker

prof. dr. C. Braet (Caroline)

Symposium

Vermoeden van kindermishandeling? Netwerken is noodzakelijk: Oplossingsgerichte aanpak kindermishandeling Resolutions Approach (Turnell & Essex, 2010).

Voorzitter

drs J.W. Sepers (Annemariëk)

Beknopte samenvatting van het symposium

De Resolutions Approach (Turnell & Essex, 2010) is een oplossingsgerichte en multidisciplinaire methode voor het aanpakken van kindermishandeling in gezinnen waarbij de ouders de mishandeling ontkennen. De Resolutions Approach bestaat uit een aantal stappen:

Het stellen van heldere doelen door het feitelijk in kaart brengen van de signalen van gevaar.

Netwerkonferenties waarin gezin, sociaal netwerk van het gezin, gezinsvoogd (bij OTS) en professionals (bijvoorbeeld medewerkers van de wijkteams, Veilig Thuis, pleegzorg en reclassering en wijkagent) samenwerken aan de eerder gestelde doelen om tot een veilige opvoedingssituatie te komen binnen het gezin.

Beeldverhaal: Cognitieve herstructurering o.a. door het maken van een beeldverhaal (Words & Pictures), waarin beschreven staat wie zich zorgen maken, waar men zich zorgen over maakt en wat men eraan gaat doen.

Rollenspel: Cognitieve herstructurering door met de ouders in een rollenspel te onderzoeken wat mogelijke scenario's en cognities zijn die zouden kunnen leiden tot kindermishandeling.

Uit één Engels onderzoek bij 17 gezinnen (Gumbleton, 1997) blijkt dat de Resolutions Approach veel effectiever was in het verminderen van nieuwe incidenten van kindermishandeling dan de gebruikelijke aanpak (6-7% t.o.v. 25-33%). Verder is er nog geen onderzoek naar deze methode gedaan. Sinds 2009 worden elementen van de Resolutions Approach op veel plekken in Nederland gebruikt. Vaak onder de naam Signs of Safety. Klinisch lijkt de methode goed te werken maar onderzoek in Nederland ontbreekt. We onderzoeken met financiële steun van ZonMw of de Resolutions Approach effectief is bij het stoppen van kindermishandeling in 15 gezinnen met kinderen (8-18 jaar) door middel van een *single case experimental design*. De GGZ instellingen Centrum 45, Rivierduinen, De Waag, Family Supporters en GGZ Drenthe werken samen in dit onderzoek.

Tijdens het symposium zijn er drie presentaties:



Annemarië Sepers (Centrum 45) bespreekt de belangrijkste uitgangspunten van de Resolutions Approach en gaat in op het samenwerken met ontkennende ouders. Judith Yntema (Familysupporters) presenteert één van de interventies van de Resolutions Approach: het rollenspel. Marija Maric en Vera van der Werff (UvA) bespreken de opzet van het onderzoek en de eerste ervaringen met het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek in een multidisciplinair behandelnetwerk.

1. Kindermishandeling? Samenwerken! Ook als ouders ontkennen.

Spreker

Sepers, J.W. (Annemarië)

Introductie

Bij de Resolutions Approach (Turnell & Essex, 2010) werken ouders en hulpverleners samen in netwerkconferenties bij het aanpakken van kindermishandeling.

Belangrijke uitgangspunten daarbij zijn:

Ouders hoeven niet te bekennen, ze kunnen goede redenen hebben om te ontkennen. Ook met ontkennende ouders kun je goed samenwerken.

Doel van de samenwerking is Veiligheid in de toekomst.

Om samen te werken met ouders en om te werken aan de veiligheid in de toekomst is het nodig dat signalen van gevaar worden feitelijk beschreven worden. Op grond van deze feitelijke beschrijving worden doelen gesteld voor de toekomst.

De presentatie geeft praktische handvatten voor het aanpakken van kindermishandeling in samenwerking met de ouders.

Materiaal en methodes

lezing

beamer en laptop

Resultaten

deelnemers kunnen signalen van gevaar concreet beschrijven.

deelnemers weten hoe ze kunnen samenwerken met gezinnen waar kindermishandeling vermoed wordt.

deelnemers weten hoe op grond van signalen van gevaar, doelen voor veiligheid in de toekomst gesteld kunnen worden.

Conclusie

Ouders hoeven niet te bekennen, ze kunnen goede redenen hebben om te ontkennen. Ook met ontkennende ouders kun je goed samenwerken.

Doel van de samenwerking is Veiligheid in de toekomst.

Om samen te werken met ouders en om te werken aan de veiligheid in de toekomst is het nodig dat signalen van gevaar worden feitelijk beschreven worden. Op grond van deze feitelijke beschrijving worden doelen gesteld voor de toekomst.

Literatuur

Sepers, J. W., de Roos, C., & van Arum, S. (2012). Signs of Safety. *Kind & Adolescent Praktijk*, 11, 4-13.

doi:10.1007/ s12454-012-0002-0

Turnell, A. & Essex, S. (2010). *Als er 'niets aan de hand' is: Een oplossingsgerichte methode bij ontkenning van kindermishandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

2. De familie van hiernaast; met ontkennende ouders onderzoeken wat mogelijke scenario's en cognities zijn die zouden kunnen leiden tot kindermishandeling.



Spreker

Yntema, J (Judith)

Introductie

Eén van de interventies van de Resolutions Approach is het rollenspel/interview 'de familie van hiernaast'. Ouders spelen een rollenspel of worden geïnterviewd. Ze spelen een ander gezin, waarbij ouders misbruik bekennen, lijkend op het misbruik waar de ouders van beschuldigd worden. De therapeut be vraagt de ouders. De vragen zijn gericht op de zienswijze van achtereenvolgens de dader, de niet-misbruikende verzorger, het slachtoffer, andere kinderen en leden van het gezin, de gevolgen voor ouders als toekomstige grootouders. Doel: het opsporen van cognities met betrekking machtsdynamiek, het verleiden (*grooming*), gedrag/tactiek van de dader en deze op een socratische manier bevragen. De interventie is niet bedoeld om stiekem toch een bekentenis te krijgen.

Materiaal en methodes

uitleg en demonstratie van een interventie
video demonstratie
beamer
laptop

Resultaten

deelnemers zien hoe cognities van ouders mbt kindermishandeling opgespoort kunnen worden.

Conclusie

ook met ontkennende ouders valt te praten over kindermishandeling

Literatuur

Turnell, A. & Essex, S. (2010). *Als er 'niets aan de hand' is: Een oplossingsgerichte methode bij ontkenning van kindermishandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

3. Praktijkgericht onderzoek naar de effectiviteit van een multidisciplinaire behandeling kindermishandeling: is dit mogelijk?

Spreker

Maric, M (Marija)

Introductie

deze methode getraind door verschillende opleidingscentra. Alhoewel klinici positieve effecten van de Resolutions Approach zien en de gezinnen tevreden zijn met de aanpak, is de methode tot nu toe nog onvoldoende onderzocht op effectiviteit.

Onderzoeksvragen zijn:

Is de Resolutions Approach effectief bij het bewerkstelligen van een veilige opvoedingssituatie voor kinderen in gezinnen waar men kindermishandeling vermoedt?

Wat zijn de werkzame elementen van de Resolutions Approach en is het doorbreken van geheimhouding een potentieel werkzaam mechanisme?

Eerdere pogingen om onderzoek te doen bij grotere groepen van gezinnen zijn beperkt succesvol gebleken. Tijdens deze presentatie zal worden toegelicht hoe we – met behulp van een ZonMW subsidie verkregen in 2017 – de effectiviteit van de Resolutions Approach gaan onderzoeken bij 15 gezinnen waar men kindermishandeling vermoedt. We maken gebruik van een *single-case experimental design* en verrichten zowel kwantitatieve als kwalitatieve metingen, waaronder tevens idiosyncratische, op het individu toegespitste metingen. Door middel van een training voor therapeuten, supervisie en het volgen van de sessie-inhoud, wordt er ook alles aan gedaan om de behandelintegriteit te waarborgen.



Dit project is een voorbeeld van een samenwerking tussen onderzoek en praktijk, waarmee we actief bijdragen aan de ontwikkeling van *evidence-based practice*.

Materiaal en methodes

lezing
beamer
laptop

Resultaten

Resultaten van het onderzoek zijn nog niet bekend.

Conclusie/discussie

Dit project is een voorbeeld van een samenwerking tussen onderzoek en praktijk, waarmee we actief bijdragen aan de ontwikkeling van *evidence-based practice*.

Literatuur

Versluis, A., Maric, M., & Peute, L. (2014). N=1 studies in onderzoek en praktijk: (hoe) heeft de behandeling gewerkt? *De Psycholoog*, 49(3), 10-20.

Meet the Expert

Spreker

Danny Borsboom

Workshop

[**Intra- en interpersoonlijke netwerken van vluchtelingen: mogelijkheden van traumagerichte CGt in een stressvolle en instabiele context**](#)

Sprekers

drs. L. Verhaak (Linda)
M. Wolters-Geerdink (Maryke)

Workshop

Netwerken is hot, bijvoorbeeld ook als het gaat over de systemen van onze cliënten. Wanneer we denken aan de netwerken in de betekenis van systemen, zoeken we naar manieren waarop partners, kinderen en andere naasten worden betrokken bij de behandeling. Hoe doen we dat als onze cliënten hun land ontvlucht zijn en hun sociale netwerk hebben achtergelaten? Als hun huidig netwerk bestaat uit voortdurend veranderende verblijfplekken en het contact in het hier en nu hoofdzakelijk hulpverleners, advocaten, vrijwilligers en andere vluchtelingen betreft?

Maar we werken ook met het netwerk van symptomen van onze cliënten. Hoe werken die symptomen op elkaar in en hoe kunnen we deze het beste behandelen? Hoe bewerken we de angstnetwerken die voortdurend geactiveerd worden door onzekerheden rondom de opvang, verblijfsrecht en de eigen veiligheid, alsook die van in het land van herkomst achtergelaten dierbaren. In het netwerk van symptomen spelen ook de verklaringsmodellen van patiënten een rol.

Evidence based protocollen zijn geïndiceerd voor de behandeling van trauma's, angsten en psychoses van vluchtelingen, maar hoe passen we deze toe als we niet dezelfde gesproken taal delen en anders denken over hoe je de ernst van je angst of spanning aangeeft?



In deze workshop staan we, middels een interactieve presentatie, groepsdiscussies en casuïstiekbespreking, stil bij het netwerk waarin de trauma's van onze cliënten zijn ontstaan en voortduren en bieden we een inkijk in de wijze waarop traumagerichte therapie mogelijk kan worden gemaakt, ondanks ongunstige leefomstandigheden. Het verschaffen van overzicht in de complexiteit en het aanmoedigen van flexibiliteit in het inzetten van cognitieve gedragstherapie bij het werken met deze doelgroep is het doel van deze workshop.

Na deze workshop hebben deelnemers meer inzicht in de complexiteit van het netwerk waarin we vluchtelingen en asielzoekers behandelen voor angst- en traumaklachten. En hebben deelnemers kennis van wat nodig en mogelijk is met CGT en traumagerichte interventies bij deze doelgroep.

Literatuur

De Schryver, M., Vindevogel, S., Rasmussen, A. E., & Cramer, A. O. J. (2015). Unpacking Constructs: A Network Approach for Studying War Exposure, Daily Stressors and Post Traumatic Stress Disorder. *Frontiers in Psychology*, 6 (January 2016)

Nosè M, Ballette F, Bighelli I, Turrini G, Purgato M, Tol W, et al. (2017) Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries:

Ter Heide F.J.J. , Mooren T.M. , Kleber R.J . Complex PTSD and phased treatment in refugees: A debate piece. *European Journal of Psychotraumatology*. 2016; 7 28687

Lezingensyclus

1. [Lezing: Een snellere, betere en effectievere vorm van traumabehandeling?](#)

Spreker

msc. S.J.M.A. Matthijssen (Suzy)

Introductie

Inleiding. Een nieuwe vorm van traumatherapie, tot nu met de naam Visual Schema Displacement Therapy (VSDT) aangeduid is ontwikkeld door twee therapeuten in Engeland. Zij claimden dat deze therapie een snellere en betere werking voor de behandeling van PTSS klachten zou bieden dan EMDR of IE. De therapie heeft iets weg van EMDR – het lijkt een massieve vorm van werkgeheugenbelasting - maar toch zijn er ook wezenlijke verschillen.

Doel onderzoek. In twee studies wordt de effectiviteit van de nieuwe vorm van behandeling ten opzichte van EMDR en een controleconditie onderzocht.

Materiaal en methodes

Methode. Er is een protocol uitgewerkt voor de nieuwe vorm van traumabehandeling. Gezonde studenten (N=36) werd gevraagd drie negatieve emotionele herinneringen op te halen. Deze herinneringen werden vervolgens opgehaald onder drie condities; EMDR, VSDT en Recall Only. De studenten scoorden de herinneringen op emotionaliteit en levendigheid op een schaal van 0-10 voordat ze blootgesteld werden aan van de condities en hen werd gevraagd dit opnieuw te doen na blootstelling aan de condities. In een tweede studie werd gezonde studenten (N=75) gevraagd 1 herinnering op te halen en deze de scores op emotionaliteit en levendigheid. Hierna werd tijdens het ophalen van de herinnering EMDR, VSDT of een controle conditie aangeboden. Hierna scoorden ze opnieuw de emotionaliteit en levendigheid van de herinnering. Een week later werden de studenten benaderd en werd hen gevraagd de herinnering opnieuw te scoren op naarheid en levendigheid.

Resultaten

In studie 1 is er een significante afname van emotionaliteit in alle condities te zien. VSDT en EMDR hadden een groter effect dan de controleconditie, maar VSDT was superieur aan EMDR in de afname van



emotionaliteit. Ook in levendigheid was er een significante afname te zien in alle condities. VSDT en EMDR presteren hierin beter dan de controle conditie. Studie 2 wordt op dit moment uitgevoerd en de resultaten die u gepresenteerd worden zullen vers van de pers zijn.

Conclusie/discussie

Conclusie/belang onderzoek. De experimentele data van studie 1 zijn zeer duidelijk, maar de verklaring ervoor niet. Op dit moment wordt een replicatiestudie (studie 2) uitgevoerd. Als de resultaten worden gerepliceerd is dit, los van de verklaring ervoor, veelbelovend in de verbetering van behandeling van PTSS.

Literatuur

Er is geen literatuur verschenen over VSDT. De eerste wetenschappelijke publicatie zal van de hand van de onderzoeker zijn. Het is hiermee een zeer vernieuwend onderzoeksveld.

2. [Lezing: Ziektecognities en herstelbelemmerende factoren bij ouderen met Somatisch Onvoldoende verklaarde Klachten \(SOLK\).](#)

Spreker

drs T.J.W. van Driel (Dorine)

Introductie

Somatisch onvoldoende verklaarde klachten (SOLK) komen bij ouderen veel voor en gaan gepaard met een lagere kwaliteit van leven (Hanssen, et al, 2016). Ouderen met SOLK hebben baat bij gerichte diagnostiek en behandeling. Helaas zijn noch normeringstudies van screenings-, diagnostische en monitoringsinstrumenten voorhanden, noch RCT's naar de effectiviteit van behandeling. In deze lezing staat het onderzoek naar de instandhoudende, herstelbelemmerende factoren bij ouderen met SOLK centraal.

Materiaal en methodes

Op de eerste plaats doen we verslag van de ontwikkeling van de Ziekte- Cognitie-lijst-plus (ZCL-plus). Deze is gebaseerd op kwalitatieve interviews en verwijst naar de betekenisverlening van de klacht. Met behulp van factoranalyse worden "netwerken van cognities" onderscheiden. De herstelbelemmerende factoren worden geïnventariseerd aan de hand van 60 semigestructureerde interviews en door experts in categorieën ingedeeld.

Resultaten

Factoranalyse bevestigt de 3 categorieën ziektecognities uit de originele ZCL. Daarnaast worden 4 nieuwe categorieën gevonden. Deze 7 "netwerken van ziektecognities" hebben geleid tot de ZCL-plus (van Driel et al., 2016).

Lopend onderzoek naar herstelbelemmerende factoren wijst op een aantal factoren specifiek relevant bij ouderen (van Driel et al, in progress)

Conclusie/discussie

De ZCL-plus is een hulpmiddel in de diagnostiek naar "netwerken van ziektecognities" en geeft inzicht in irrationele gedachtenpatronen. Inzicht in herstelbelemmerende factoren bij ouderen biedt aanknopingspunten voor de CGT behandeling.

Literatuur

Referenties

Driel, D. van, Bakker, de S., Hilderink, P., Benraad, C. & Speckens, A. (2007). Cognitieve gedragstherapie bij ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten. *Directieve therapie*. 27, (3), 177-196.



Driel, D van, Hanssen, D., Hilderink, P., Naarding, P., Lucassen, P., Rosmalen, J., & Oude Voshaar, R. (2016). Illness cognitions in later life: Development and validation of the Extended Illness Cognition. *Psychological Assessment*, 28, (9), 1119-1127.

Evers, A. W. , Kraaimaat, F. W. , van Lankveld ,W. , Jongen, P. J.H., & Bijlsma, J. W. G. (2001). Beyond unfavorable thinking: The Illness Cognition Questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1026-1036.

Hanssen, D.J., Lucassen, P.L., Hilderink, P.H., Naarding, P., & Oude Voshaar, R.C. (2016). Health-Related Quality of Life in Older Persons with Medically Unexplained Symptoms. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 1117-1127.

Lezing: 'Ik word dik van lucht!' Of klopt dat eigenlijk niet?

Spreker

I Janssen (Iris)

Introductie

Een saboterende gedachte die cliënten met obesitas (als dan niet gecombineerd met eetbuistoornis) vaak naar voren brengen is 'Ik word dik van lucht en daarom maakt het niet uit hoeveel ik eet, ik kom toch aan'. Deze gedachte kan zorgen voor ontremming en helemaal afstappen van het dieet, waardoor men uiteindelijk verder aankomt in gewicht. Gewichtstoename komt uiteindelijk neer op een verstoorde balans waarbij meer energie binnen komt dan gebruikt wordt. Het grootste gedeelte van de energie wordt door het lichaam gebruikt voor de ruststofwisseling. Als de ruststofwisseling lager is, loopt men sneller het risico om in verhouding te veel energie binnen te krijgen. Uit eerder onderzoek is bekend dat mensen met obesitas niet minder kunnen eten dan mensen met een gezond gewicht. Hun stofwisseling is dus relatief gelijk wanneer gecontroleerd wordt voor hun grotere lichaam. Echter, ook is bekend dat er een aanzienlijke variatie in stofwisseling is tussen mensen en dus ook tussen mensen met obesitas. Zou het kunnen dat 'gelovers' van deze overtuiging, dus mensen met obesitas die denken dat ze sneller aankomen door een relatief lage stofwisseling, eigenlijk gelijk hebben? Of komt de mate van geloven in deze overtuiging *niet* overeen met de daadwerkelijke stofwisseling en is er een alternatieve verklaring mogelijk? Bijvoorbeeld, zouden ze meer geneigd zijn sociaal wenselijk te antwoorden of minder kennis hebben over voedingswaarden?

Dit is het eerste onderzoek dat daadwerkelijke stofwisseling zal afzetten tegen de geloofwaardigheid van cognities met betrekking tot stofwisseling. Zo zullen wij, als therapeuten van mensen met obesitas en eetbuistoornis, tijdens cognitieve uitdagingen met cliënten beter in staat zijn om dit soort saboterende gedachten te onderzoeken en aan te pakken.

Materiaal en methodes

Om deze vraag te kunnen beantwoorden worden 60 volwassenen met obesitas (BMI 30 - 45) gemeten. Allereerst wordt de ruststofwisseling bepaald door middel van een 'ventilated hood'. Hierbij wordt de stofwisseling gemeten door analyse van de verhouding geproduceerde CO₂ en O₂ tijdens het uitademen. Omdat ruststofwisseling sterk wordt beïnvloed door vetvrije massa, zoals spieren, organen en de hersenen, wordt ook de lichaamssamenstelling gemeten. Daarnaast worden een aantal vragenlijsten ingevuld. Deze gaan voornamelijk in op andere verklaringen voor aankomen dan metabolisme, om verschillen in geloofwaardigheid van de overtuiging 'ik word dik van lucht' te kunnen verklaren. Dit zijn vragenlijsten over



'locus of control', zelfdeceptie, sociale wenselijkheid en kennis over voeding. Daarnaast wordt ook een eetinterview afgenomen om na te gaan wat er gegeten is en of dit overeenkomt met eigen ideeën over de hoeveelheid voedselinname.

Resultaten

Op dit moment worden de data nog verzameld. Ten tijde van het congres zullen de resultaten beschikbaar zijn en gepresenteerd worden.

Conclusie/discussie

Aangezien resultaten nog niet bekend zijn, kunnen op dit moment nog geen conclusies worden getrokken. Echter, indien 'gelovers' gelijk hebben en ze daadwerkelijk benadeeld zijn met een lage ruststofwisseling is dit een belangrijke bevinding. Dit zou betekenen dat deze groep, nog meer dan anderen met obesitas die deze overtuiging niet hebben, hun eetgewoontes aan zal moeten passen om af te kunnen vallen. Voor hen zou de eerder genoemde gedachte 'Ik word dik van lucht en daarom maakt het niet uit hoeveel ik eet, ik kom toch aan' dus gedeeltelijk waar zijn. Tijdens therapie zal dan ook aandacht moeten worden besteed aan het verminderen van calorie-inname en/of toename van lichamelijke activiteit.

Indien uitkomsten van het onderzoek deze gedachten niet ondersteunen, kunnen de resultaten worden gebruikt tijdens cognitieve uitdagingen om cliënten met obesitas meer inzicht te geven in de daadwerkelijke oorzaken van hun overgewicht, zoals gebrek aan voedingskennis of zelf-deceptie. Hier kunnen dan gerichte interventies op worden opgezet zodat gewichtsafname waarschijnlijker wordt, bijvoorbeeld door het vergroten van kennis over voedselinname of de neiging om de schone schijn op te hangen.

Literatuur

- Adolfsson, B., Andersson, I., Elofsson, S., Rössner, S., & Undén, A.-L. (2005). Locus of control and weight reduction. *Patient education and counseling*, 56(1), 55-61.
- Carels, R. A., Cacciapaglia, H. M., Rydin, S., Douglass, O. M., & Harper, J. (2006). Can social desirability interfere with success in a behavioral weight loss program? *Psychology and Health*, 21(1), 65-78.
- Carels, R. A., Harper, J., & Konrad, K. (2006). Qualitative perceptions and caloric estimations of healthy and unhealthy foods by behavioral weight loss participants. *Appetite*, 46(2), 199-206.
- DeLany, J. P., Harsha, D. W., Kime, J. C., Kumler, J., Melancon, L., & Bray, G. A. (1995). Energy expenditure in lean and obese prepubertal children. *Obesity Research*, 3(S1), 67-72.
- Goran, M. I. (2000). Energy metabolism and obesity. *Medical Clinics of North America*, 84(2), 347-362.
- Kersting, M., Sichert-Hellert, W., Vereecken, C., Diehl, J., Beghin, L., De Henauw, S., . . . Papadaki, A. (2008). Food and nutrient intake, nutritional knowledge and diet-related attitudes in European adolescents. *International journal of obesity*, 32, S35-S41.
- Neymotin, F., & Nemzer, L. R. (2014). Locus of control and obesity. *Frontiers in endocrinology*, 5, 159.
- Paulhus, D. L. (1984). Two-component models of socially desirable responding. *Journal of personality and social psychology*, 46(3), 598.
- Speakman, J. R., Król, E., & Johnson, M. S. (2004). The functional significance of individual variation in basal metabolic rate. *Physiological and Biochemical Zoology*, 77(6), 900-915.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological review*, 92(4), 548.