

Symposium

Een gezonde geest kweken bij eetstoornissen: via habituatie, disconfirmatie of schema's? En... bieden we onze patiënten dit wel aan??

Mulkens, S. (Sandra)

Maastricht University/ SeysCentra

Beknopte samenvatting van het symposium

CGt is de meest effectieve, en daarmee de behandeling van voorkeur bij eetstoornissen. Werkzame kernelementen van CGt – specifiek voor eetstoornissen – zijn bijvoorbeeld exposure, gedragsexperimenten, en het uitdagen van cognities rondom (di)ëten, voeding, gewicht, lichaam en zelfwaardering. Maastrichtse onderzoekers houden zich bezig met het ontrafelen van de werkingsmechanismen van deze technieken; werkt exposure bijvoorbeeld via habituatie (van angst of drang) of via disconfirmatie van catastrofale verwachtingen (zoals dit bij uitdagen van cognities het geval is)? En kun je resistente eetstoornisgedachten grondiger aanpakken via de onderliggende schema's? Kan imagery hierbij van pas komen? Dit onderzoek kan helpen de huidige effectieve therapieën nog verder te verbeteren.

Los daarvan rijst de vraag of wij de effectieve CGt-technieken eigenlijk wel aan onze cliënten aanbieden. Uit onderzoek met een cliëntperspectief blijkt immers dat zij zich deze werkzame technieken onvoldoende herinneren. Wel hebben zij dikwijls andersoortige behandel(elementen) ondergaan die niet ondersteund worden door onderzoek. De implicaties hiervan (voor scholing, supervisie en onderzoek) zullen worden besproken.

1. Richten op het reduceren van trek óf het schenden van verwachtingen over controleverlies: hoe moet cue exposure therapie worden aangepakt?

Schyns, G. (Ghislaine)

Introductie

Exposure therapie lijkt goed te werken voor angststoornissen, alsook voor eetstoornissen en obesitas (Jansen, Schyns, Bongers, & van den Akker, 2016). Volgens recente inzichten zou de manier van aanbieden van exposure echter van groot belang zijn voor behandel succes: in plaats van het richten op habituatie van angst/ trek, zouden sessies gericht moeten zijn op het maximaliseren van inhibitorisch leren (Craske, Treanor, Conway, Zbozinek, & Vervliet, 2014). Eén manier om inhibitorisch leren te versterken is om verwachtingen te schenden tijdens exposure. In meerdere onderzoeken bekeken wij de relatie tussen habituatie van trek/ schending van verwachtingen en behandeluitkomst tijdens cue exposure therapie, maar de bevindingen waren niet consistent – mogelijk veroorzaakt door powerproblemen (onvoldoende proefpersonen). Om power te vergroten voegden wij alle onderzoeken samen om de verbanden tussen habituatie/ schenden van verwachtingen en behandeluitkomst te onderzoeken.

Materiaal en methodes

In deze analyse werden 176 proefpersonen geïncludeerd (cue exposure $n = 96$, controlebehandeling $n = 80$); 16 mannen en 160 vrouwen. 148 proefpersonen (84.1%) voldeden aan het criterium voor obesitas ($BMI > 30$), de overige 28 proefpersonen (15.9%) hadden overgewicht ($BMI > 25$). Van de 96 proefpersonen in de cue exposure conditie ontvingen 21 proefpersonen één sessie, 56 proefpersonen twee sessies en 19 proefpersonen acht sessies exposure therapie. Habituatie van trek werd gedurende de sessies opgevolgd, en verwachtingen over controleverlies werden vooraf en na afloop van therapie gemeten via zelfrapportage. Voor beide maten werd de samenhang met overeten onderzocht, gemeten in een gedragstaak in het laboratorium.

Resultaten

Habituatie van trek gedurende en tussen exposure sessies hing niet samen met overeten na afloop van cue exposure. Echter, hoe sterker de schending van verwachtingen over controleverlies gedurende cue exposure, hoe minder proefpersonen overaten na afloop van therapie.

Conclusie

Cue exposure blijkt effectief om overeten te verminderen, en de mate van dit succes blijkt gedeeltelijk samen te hangen met de schendingen van verwachtingen over controleverlies gedurende cue exposure. Het richten van cue exposure sessies op deze verwachtingen lijkt daarom zinvol. Ondanks dat trek vaak daalt gedurende cue exposure sessies, blijkt dit niet samen te gaan met beter therapie uitkomst, althans wat betreft overeten. Implicaties voor cue exposure behandeling bij eetstoornissen die gepaard gaan met overeten zullen besproken worden.

Literatuur

Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10–23.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>

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

2. Behandelen van ARFID: Angst reduceren of cognities beïnvloeden? De rol van habitueel leren versus cognitieve beïnvloeding bij de behandeling van jongeren met een vermijdende/ restrictieve voedselinname stoornis.

Dumont, E. (Eric)

SeysCentra

Introductie

In deze bijdrage zal het werkingsmechanisme van een CGT behandelprotocol voor jongeren met een vermijdende/ restrictieve voedselinname stoornis (avoidant/ restrictive food intake disorder, afgekort als ARFID) worden uiteengezet aan de hand van een recent afgesloten behandelstudie. ARFID is sinds 2013 in de DSM-5 (APA, 2013) als eetstoornis opgenomen. De klachten kunnen zich reeds op jonge leeftijd openbaren (Seys et al, 2014) en de stoornis kenmerkt zich door een nadrukkelijke vermijding van het eten van gevarieerde voeding en/of leeftijdsadequate porties. We spreken dan van selectieve en/of restrictieve voedingsacceptatie. Naast de lichamelijke consequenties zoals groeiproblemen, ondervoeding, en vermoeidheid grijpt ARFID, zeker tijdens de adolescentie, ook in op het psychosociaal functioneren.

De behandelstudie bestond uit een case series (N=11 jongeren van 13-18 jaar) die een 4-weekse dagbehandeling (CGT) volgden bij SeysCentra met als doel meer gevarieerd/ grotere hoeveelheden te gaan eten. Zij werden in groepjes van 4 behandeld, waarbij dagelijks individuele exposure sessies plaatsvonden rondom alle eetmomenten en 1 groepssessie en wekelijks 1 oudersessie. De ingezette CGT technieken (exposure en gedragsexperimenten) waren gebaseerd op de nieuwe exposure inzichten (Craske et al., 2014), waarbij de aandacht steeds was gericht op disconfirmatie van bestaande cognities rondom de gevolgen van het eten van (grotere hoeveelheden van/) bepaald voedsel. Er werd enerzijds onderzocht of angstreductie plaatsvond (als gevolg van habituatie) en anderzijds of de geloofwaardigheid van de eigen cognities over de catastrofale gevolgen van het eten van bepaalde of grotere hoeveelheden voeding verminderde. Daarnaast

werd bekeken of de eetdoelen werden bereikt (dus of idiosyncratisch bepaalde hoeveelheden en soorten voedsel meer werden gegeten). Naast een korte beschrijving van de behandeling zal gepresenteerd worden of behandelresultaat beter samenhangt met angstreductie dan wel met disconfirmatie van cognities (of allebei). De data zijn inmiddels verzameld en worden momenteel onderworpen aan analyses. De resultaten zullen worden gepresenteerd op het congres en er zullen aanbevelingen worden gedaan voor CGT behandeling van ARFID, als ook suggesties voor verder onderzoek.

Literatuur

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

Craske M.G., Treanor M., Conway C., Zbozinek T., & Vervliet B., (2014), Maximizing Exposure Therapy: An Inhibitory Learning Approach. *Behavior Research and Therapy*, 58, 10–23.

Seys, D., Dumont, E., Meerten van, M., Rensen, H., & Duker, P. (2014), Het SLIK programma: behandelprotocol voor ernstige voedselweigerings bij jonge kinderen. In C. Braet & S. Bögels (Red.).

Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten (blz. 67-90). Amsterdam: Boom

3. Het “schemamodel” toegepast op Anorexia Nervosa

Janssen, I. (Iris)

Maastricht University

Introductie

Anorexia Nervosa (AN) is een persisterende eetstoornis waarbij huidige therapieën maar gelimiteerd succesvol zijn. Hoewel cognitieve theorieën vaak veronderstellen dat voornamelijk automatische gedachten en assumpties een rol spelen in de ontwikkeling en instandhouding van de stoornis, zijn andere modellen, waarbij maladaptieve schema's cruciaal zijn, in opkomst (e.g. Waller, Kennerley, & Ohanian, 2007). Een verhoogd aantal maladaptieve schema's is in eetstoornispopulaties herhaaldelijk geconstateerd. Echter, er lijken relatief weinig verschillen te zijn wat betreft types schema's tussen de verschillende eetstoornisdiagnoses, -cognities en -gedragingen (Pugh, 2015). Mogelijk zijn het dan ook niet de verschillen wat betreft (inhoud van) schema's, maar de manier waarop mensen reageren op de geactiveerde schema's of proberen te voorkomen dat schema's worden geactiveerd, die bepalend zijn voor de uitdrukking van psychopathologie. De huidige studie poogt schema's in kaart te brengen bij patiënten met AN in vergelijking met een gezonde controlegroep. Belangrijker, daarnaast wordt ook gekeken naar mogelijke verschillen tussen subtypes van AN in hun reacties op deze schema's (zogenaamde schema coping) en subsekwente modi, om te onderzoeken of deze verschillen in eetstoornispathologie presentatie kunnen worden verklaard vanuit een schemamodel.

Materiaal en methodes

Mensen met AN (gerekruteerd door 3 centra voor eetstoornissen in Nederland) en gezonde controlepersonen (geworven via sociale media) vullen online vragenlijsten in over schema's, schemaprocessen (schema coping en schema modi) en eetstoornispathologie. Door middel van mediatie-moderatie analyses zullen modellen over de relatie tussen schema's, coping en modi met betrekking tot restrictief vs. binge/purge gedrag worden onderzocht.

Resultaten

De dataverzameling is momenteel nog in volle gang (tot 1 aug.). Resultaten van dit onderzoek zijn op dit moment nog niet bekend omdat de inclusie van proefpersonen nog loopt.

Conclusie/discussie

Deze studie zal inzicht geven in de relatie tussen schema's en schemaprocessen zoals coping en modi in relatie tot verschillende soorten eetpathologie bij patiënten met AN. Inzichten vanuit dit model kunnen worden gebruikt binnen de groeiende beweging om behandelresistente eetproblematiek te behandelen met aanvullende schematherapie.

Literatuur

Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*, 39, 30-41.

Waller, G., Kennerley, H., & Ohanian, V. (2007). Schema-focused cognitive-behavioral therapy for eating disorders. In L.P. Riso, P.L. du Toit, D.J. Stein, & J.E. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems* (pp. 139-176). Washington, DC: American Psychological Association.

4. “Ze zeiden dat ik CGt kreeg voor mijn eetstoornis. Maar...was dat wel het geval?” Een studie naar de ervaring met CGt-technieken onder ex-patiënten met een eetstoornis.

Mulkens, S. (Sandra)

Maastricht University/ SeysCentra

Introductie

CGt is op dit moment de meest effectieve behandeling, en daarmee behandeling van voorkeur voor eetstoornissen. Het is dus evident dat mensen met deze ernstige stoornissen inderdaad CGt ontvangen voor hun klachten.

Verschillende onderzoeken wezen uit dat CGt-therapeuten die mensen met eetstoornissen behandelen, niet stelselmatig de evidence-based CGt-technieken toepassen op hun cliënten (bijv. Waller, Stringer, & Meyer, 2012; Mulkens, de Vos, de Graaff, & Waller, 2018). Voor het niet uitvoeren van evidence-based behandeling zijn allerlei redenen, waaronder ‘therapist drift’ (het door de therapeut afwijken van gebruikelijke protocollen uit angst of op grond van overtuigingen over wat het beste is voor deze patiënt).

Er is echter weinig onderzoek naar de ervaring bij patiënten met een eetstoornis, over het gebruik en de toepassing van de diverse CGt-technieken, behalve een studie van Cowdrey en Waller (2015). Daaruit bleek dat patiënten zich bepaalde kernelementen van CGt niet konden herinneren ofwel in een frequentie die ver onder de verwachting lag ofwel therapieën en therapie-onderdelen hadden gekregen die bij een andere stroming hoorden. We besloten deze studie te repliceren in Nederland, net zoals we dit deden met de bovengenoemde therapeutenstudie.

Materiaal en methodes

Via patiëntenverenigingen, instellingen, websites en sociale media zijn (ex-)patiënten met een eetstoornis die CGt hadden ontvangen voor hun klachten, opgeroepen mee te werken aan een online vragenlijstonderzoek. Uiteindelijk konden 124 deelnemers (122 vrouwen; gemiddelde leeftijd 23,4 jaar) in de analyses worden meegenomen.

Resultaten

Uit de resultaten valt op dat - specifiek op eetstoornissen gerichte - CGt technieken zoals exposure en wekelijks wegen door minder dan 44% van de patiënten werd gerapporteerd. Daarentegen werden ongefundeerde technieken zoals mindfulness, motivational interviewing en relaxatie, of simpelweg het praten over wat de patiënt aandroeg door meer dan 60% gerapporteerd. Het totaal aantal sessies varieerde sterk (tussen 5 en 200). Voor BN was het aantal sessies (gemiddeld 40) fors hoger dan nodig.

Conclusie/discussie

In de lezing zullen de verschillen en overeenkomsten met het onderzoek van Cowdrey & Waller (2015) besproken worden, als ook de implicaties ervan voor de praktijk in Nederland. Ook wordt aandacht gegeven aan de tekortkomingen (retrospectief, zelfrapportage onderzoek).

Literatuur

Cowdrey, N. D., & Waller, G. (2015). Are we really delivering evidence-based treatments for eating disorders? How eating-disordered patients describe their experience of cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 75, 72-77.

Waller, G., Stringer, H., & Meyer, C. (2012). What cognitive behavioral techniques do therapists report using when delivering cognitive behavioral therapy for the eating disorders? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 171-175.

Mulkens, S., de Vos, C., de Graaff, A., & Waller, G. (2018). To deliver or not to deliver cognitive behavioral therapy for eating disorders: Replication and extension of our understanding of why therapists fail to do what they should do. *Behaviour Research and Therapy*, 106, 57-63.

Symposium

TINNITUS a scientific and clinical conundrum? CBT4T and what are our next steps?

Cima, R.F.F. (Rilana)

Maastricht University, Clinical Psychological Science

Beknopte samenvatting van het symposium

Although progress has been made, tinnitus remains a scientific and clinical conundrum. While knowledge on effective treatment options for tinnitus is growing, this has impacted clinical practice minimally. There is substantial discrepancy between the scientific and clinical perspectives on the management of tinnitus and the *actual* day-to-day practice in the European care setting. Up to this day a medical or pharmacological cure is unavailable. The therapeutic nihilism and striking lack of knowledge of effective treatment options cause prolonged, obscure and indirect referral-trajectories in usual tinnitus health care, resulting in the enormous psychological, societal and economic burden of tinnitus. The inconsistent results in tinnitus-research, represents the major barrier in the development of innovative and more efficient treatments for tinnitus. Despite its enormous socioeconomic relevance, research funding is still limited. An important goal might be to tackle the scientific and clinical challenges which unfortunately still exist. At present, a CBT based Specialized Stepped-care in Tinnitus-treatment (CBT4T) seems for now the only available tinnitus-intervention, backed-up by quality evidence, which could serve as a candidate for most effective standard treatment for chronic subjective tinnitus. Nonetheless, even though CBT for Tinnitus is promising, for some subgroups effects are minimal. We need to increase understanding of the effectiveness of individual treatment-components of CBT for Tinnitus to establish what works best for whom. Moreover, clinically relevant patient profiles are still to be defined. To strengthen current research, the addition of emerging and powerful N=1-design trials, particularly suited to assess treatment-elements towards tailored individual patient-needs, provides a useful tool to bridge the scientist-practitioner gap. A second important development involves information-technology informed treatment modules and high frequency repeated measures generated by use of E or M(obile)-health applications. A third important method is the development of experimental paradigms to test and understand associative learning-mechanisms, investigating tinnitus-related fear-learning. And finally, assessment-tools to measure the tinnitus-related behavioral components are lacking. The measures in use are hybrid, measuring different underlying constructs simultaneously. Although these measures have been useful in predicting tinnitus severity in clinical practice, they are inadequate when trying to understand how underlying learning-mechanisms lead to safety-behaviours through tinnitus-fear, predicting severe tinnitus-disability.

1. CBT for tinnitus under the microscope

Cima, R.F.F. (Rilana)

Maastricht University, Clinical Psychological Science

Introductie

Although progress has been made, tinnitus remains a scientific and clinical conundrum. While knowledge on effective treatment options for tinnitus is growing, this has impacted clinical practice minimally. There is substantial discrepancy between the scientific and clinical perspectives on the management of tinnitus and the *actual* day-to-day practice in the European care setting. Up to this day a medical or pharmacological cure is unavailable. The therapeutic nihilism and striking lack of knowledge of effective treatment options cause prolonged, obscure and indirect referral-trajectories in usual tinnitus health care, resulting in the enormous

psychological, societal and economic burden of tinnitus. The inconsistent results in tinnitus-research, represents the major barrier in the development of innovative and more efficient treatments for tinnitus. Despite its enormous socioeconomic relevance, research funding is still limited. An important goal might be to tackle the scientific and clinical challenges which unfortunately still exist.

Materiaal en methodes

At present, a CBT based Specialized Stepped-care in Tinnitus-treatment (CBT4T) seems for now the only available tinnitus-intervention, backed-up by quality evidence, which could serve as a candidate for most effective standard treatment for chronic subjective tinnitus. Nonetheless, even though CBT for Tinnitus is promising, for some subgroups effects are minimal. We need to increase understanding of the effectiveness of individual treatment-components of CBT for Tinnitus to establish what works best for whom. Moreover, clinically relevant patient profiles are still to be defined.

Resultaten

To strengthen current research, the addition of emerging and powerful N=1-design trials, particularly suited to assess treatment-elements towards tailored individual patient-needs, provides a useful tool to bridge the scientist-practitioner gap. A second important development involves information-technology informed treatment modules and high frequency repeated measures generated by use of E or M(obile)-health applications. A third important method is the development of experimental paradigms to test and understand associative learning-mechanisms, investigating tinnitus-related fear-learning. And finally, assessment-tools to measure the tinnitus-related behavioral components are lacking. The measures in use are hybrid, measuring different underlying constructs simultaneously. Although these measures have been useful in predicting tinnitus severity in clinical practice, they are inadequate when trying to understand how underlying learning-mechanisms lead to safety-behaviours through tinnitus-fear, predicting severe tinnitus-disability.

Conclusie

Unfortunately prolonged, obscure and indirect referral-trajectories in usual tinnitus care persist. Recently some progress has been made to identify clinical and scientific standards in tinnitus research and practice. The European Union approved funding for projects (TINNET, ESIT, TIN-ACT) to create a pan-European tinnitus research networks.

Literatuur

Fuller, T. E., Haider, H. F., Kikidis, D., Lapira, A., Mazurek, B., Norena, A., . . . Cima, R. F. (2017). Different Teams, Same Conclusions? A Systematic Review of Existing Clinical Guidelines for the Assessment and Treatment of Tinnitus in Adults. *Front Psychol*, 8, 206. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00206

Hall, D. A., Haider, H., Szczepek, A. J., Lau, P., Rabau, S., Jones-Diette, J., . . . Mazurek, B. (2016). Systematic review of outcome domains and instruments used in clinical trials of tinnitus treatments in adults. *Trials*, 17(1), 270. doi: 10.1186/s13063-016-1399-9

Cima, R. F., Maes, I. H., Joore, M. A., Scheyen, D. J., El Refaie, A., Baguley, D. M., . . . Vlaeyen, J. W. (2012). Specialised treatment based on cognitive behaviour therapy versus usual care for tinnitus: a randomised controlled trial. *Lancet*, 379(9830), 1951-1959. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60469-3

Fuller, T., Cima, R., Langguth, B., Mazurek, B., Waddell, A., Hoare, D. J., & Vlaeyen, J. W. (2017). Cognitive behavioural therapy for tinnitus. *The Cochrane Library*.

Cima, R. F. F., Andersson, G., Schmidt, C. J., & Henry, J. A. (2014). Cognitive-Behavioral Treatments for Tinnitus: A Review of the Literature. *Journal of the American Academy of Audiology*, 25(1), 29-61. doi: 10.3766/jaaa.25.1.4

2. Deconstructing CBT for tinnitus

Fuller, T. (Thomas)

Maastricht University, Clinical Psychological Science

Introductie

Specialised stepped care cognitive behavioural therapy for tinnitus (CBT4T) is a complex intervention that is effective in reducing the impact chronic tinnitus has in daily life. The studies that found these results have used methods (e.g. randomised controlled trial designs) to investigate whether or not patients, at a group level, get better or not. Patient outcome data is usually collected before and after treatment and later at follow-up time points. From the data, it is possible to establish that the treatment works, but not anything about change within an individual during the course of treatment or which part of the intervention causes the change in patients. Furthermore, outcome data collected from questionnaires is likely to be influenced by patients' memory biases.

Materiaal en methodes

Single case experimental design studies offer a complementary approach to randomised controlled trials. Instead of examining interventions at the group level, they focus on a small number of patients and collect data about thoughts, behaviours, and emotions each day of a study.

Resultaten

Three single case experimental studies will be described that examine, within individuals, the order effects of audiological assessment, a tinnitus information session and a psychological assessment; whether receiving treatment in a group or individually makes a difference; and, the magnitude of any effects for patients receiving the exposure therapy and relaxation components of the intervention. A purpose built smartphone application – the first part of an digital tinnitus “toolkit” – will also be introduced as a novel tool for data collection purposes.

Conclusie

The findings of these studies will be used to guide future refinements of CBT4T with the aim of making it more efficient and effective. Furthermore, the results will have relevance and implications for CBT beyond the immediate intervention and clinical population.

Literatuur

Wenze, S. J., & Miller, I. W. (2010). Use of ecological momentary assessment in mood disorders research. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 794-804.

Vilardaga, R., Bricker, J. B., & McDonell, M. G. (2014). The promise of mobile technologies and single case designs for the study of individuals in their natural environment. *Journal of contextual behavioral science*, 3(2), 148-153.

Cima, R. F., Maes, I. H., Joore, M. A., Scheyen, D. J., El Refaie, A., Baguley, D. M., . . . Vlaeyen, J. W. (2012). Specialised treatment based on cognitive behaviour therapy versus usual care for tinnitus: a randomised controlled trial. *Lancet*, 379(9830), 1951-1959. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60469-3

3. Fear in the ears!

Lourenco, M. (Matheus)

Maasticht University, Clinical Psychological Science

Introductie

Tinnitus, also described as “ringing in the ear,” is a sound without corresponding external acoustic stimulus. While chronic bothersome tinnitus has no pharmacological or surgical cure, treatment targeting tinnitus disability is provided in the form of specialized Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for tinnitus (Cima et al., 2012). Theoretical considerations underpinning tinnitus treatment are greatly inspired by the field of chronic pain. The Fear Avoidance model (FA; Leeuw et al., 2007; Lethem, Slade, Troup, & Bentley, 1983; Vlaeyen & Linton, 2000, 2012) has been successfully adapted to tinnitus and inspired the specialized CBT. Despite treatment success, mechanisms of change are still largely unknown as research on tinnitus fear and avoidance is still in its infancy. The mechanisms and associative learning-models need to be explored through experiments extending the classical learning paradigm to human subjects.

Materiaal en methodes

98 healthy participants will be randomized using a 2 within tone-type (CS+ vs. CS-) X 2 between contingency-condition (predictable-US vs. control-unpredictable-US) design. Fear expectancy, heart rate, skin conductance, and stapedius reflex will be measured. After an audiological assessment, participants will undergo a fear acquisition phase. During this phase, participants in the predictable-condition will be exposed to CS+ and CS- tones randomly, of which only CS+ tones will be followed by the US (aversive noise), counterbalancing tone-type (audiometrically similar: pure tone vs. warble). In the control-condition, the US is presented unpaired to the CS, in intertrial-intervals only. During the test phase, the US will be removed while the random presentation of CS+ and CS- are presented. Reinstatement will be tested by randomly presenting US after extinction has been acquired.

Resultaten

Fear of a neutral sound can be successfully acquired using a differential fear-conditioning paradigm. After extinction, fear of a neutral sound can be reinstated after a single unexpected US.

Conclusie/discussie

The mechanisms and associative learning-models need to be explored through experiments extending the classical learning paradigm to human subjects. We will initiate a new series of experimental paradigms investigating tinnitus-related learning. Our aim is to establish a new learning paradigm that is specifically relevant for the tinnitus field.

Literatuur

Cima, R. F., Maes, I. H., Joore, M. A., Scheyen, D. J., El Refaie, A., Baguley, D. M., . . . Vlaeyen, J. W. (2012). Specialised treatment based on cognitive behaviour therapy versus usual care for tinnitus: a randomised controlled trial. *Lancet*, 379(9830), 1951-1959. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60469-3

Cima, R. F. F., van Breukelen, G., & Vlaeyen, J. W. S. (2017). Tinnitus-related fear: Mediating the effects of a cognitive behavioural specialised tinnitus treatment. *Hearing research*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.heares.2017.10.003>

4. Development of a novel measure to assess avoidance behaviour in tinnitus patients

Devos, J. (Jana)

Maastricht University, Clinical Psychological Science

Introductie

Based on earlier results, and the potential benefits of a fear-avoidance approach in treating chronic tinnitus suffering, avoidance behaviour is thought to play a key role in the suffering of patients with chronic tinnitus. Currently, a measure designed to inventorize, assess, and measure changed over time in tinnitus-related avoidance behaviour over time does not exist. Here we introduce a new measure for this purpose.

Materiaal en methodes

A new self-report measure to assess self-reported avoidance behaviours in patients with chronic and bothersome tinnitus, The Inventory of Tinnitus Avoidance Behaviours (ITAB), is developed and psychometrically tested.

Resultaten

In phase-I, 2 expert judges reviewed existing measures and evaluated avoidance items. New items based on clinical experience were scripted and added, leading to a first draft-version ITAB 1. In phase-II, an online survey with 17 clinicians (from 7 different disciplines) was carried out in order to assess face- and construct validity. Subsequently, 6 clinical expert judges evaluated the ITAB 1 items during an expert panel session to achieve consensus (>60%) on consistency, intelligibility, relevance, wording, domain (covert-, versus overt avoidance or escape) and in-/exclusion of items. In phase-III, expert opinions by tinnitus patients (n=12, with mild-severe tinnitus-severity; referred to the study by clinical experts) were gathered via individual semi-structured interviews. Patients were asked to evaluate the ITAB 1 using the same variables as in the previous phase. The instructions and scoring were clear according to the patients, and no major adjustments were proposed. In phase-IV the final draft of the ITAB will be administered to a large sample of patients in order to evaluate its psychometric properties.

Conclusie/discussie

ITAB is expected to be a valid and reliable instrument to inventorize and assess tinnitus-related avoidance behaviors designed for both clinical and research purposes.

Literatuur

Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332.

Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2012). Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*, 153(6), 1144-1147. doi: S0304-3959(11)00737-8 [pii] 10.1016/j.pain.2011.12.009

Cima, R. F., Vlaeyen, J. W., Maes, I. H., Joore, M. A., & Anteunis, L. J. (2011). Tinnitus interferes with daily life activities: a psychometric examination of the Tinnitus Disability Index. *Ear Hear*, 32(5), 623-633. doi: 10.1097/AUD.0b013e31820dd411

Cima, R. F. F., Crombez, G., & Vlaeyen, J. W. S. (2011). Catastrophizing and Fear of Tinnitus Predict Quality of Life in Patients With Chronic Tinnitus. *Ear and Hearing*, 32(5), 634-641

Symposium

Recente ontwikkelingen bij somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten

Spaans, J.A. (Jaap)

Altrecht

Beknopte samenvatting van het symposium

Bij een aanzienlijk deel van de patiënten die de huisarts of de medische specialist bezoeken kan geen lichamelijke aandoening worden vastgesteld die de klachten voldoende verklaren. Deze somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) kunnen in allerlei vormen voorkomen bijvoorbeeld als pijnklachten, chronische vermoeidheid, buik- maag- en darmklachten en uitvalsverschijnselen. Een derde van de patiënten ontwikkelt langer durende klachten waarbij de directie omgeving sterke vooroordelen kan ontwikkelen zoals aanstellerij, inbeelding of simulatie. Recent verschenen een aantal SOLK handboeken en twee SOLK zorgstandaarden. Dit is aanleiding voor dit symposium. Deelnemers worden meegenomen in de recente ontwikkelingen van SOLK in het algemeen en de conversiestoornis in het bijzonder. Aan de orde komen onder meer theorie, diagnostiek en behandeling van SOLK en de conversiestoornis, SOLK en trauma en online hulpverlening.

1. Stand van zaken bij de behandeling van SOLK

Spaans, J.A. (Jaap)

Altrecht

Introductie

Met de nieuwe zorgverzekeringswet (2006) en de marktwerking in de zorg ontstond een toenemend besef van de hoge medische en maatschappelijke kosten die somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) met zich meebrengen. Sindsdien nam het aantal instellingen en professionals dat zich specialiseerde in SOLK dan ook op grote schaal toe. Thans zijn er drie hoogspecialistische SOLK instellingen met een TOP-GGZ erkenning en meerdere universiteiten met een SOLK onderzoeksprogramma. In 2011 richtte behandelingen het Netwerk Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (NOLK) op. Dit Nederlandse SOLK kenniscentrum is het samenwerkingsverband van professionals, zorginstellingen en universiteiten gespecialiseerd in SOLK.

Recent verschenen een aantal SOLK handboeken en de SOLK zorgstandaard. Reden voor een overzicht van recente theorie, diagnostiek en behandeling van SOLK.

Materiaal en methodes

Opstellen van de SOLK zorgstandaard en samenstellen van een SOLK Handboek.

Resultaten

Theoretische modellen blijken SOLK nog slechts vanuit een beperkt perspectief te kunnen belichten en behandelingen voor verschillende soorten SOLK blijken weliswaar vaak effectief, maar de effectgroottes zijn soms nog te bescheiden vooral bij specifieke groepen. De huisarts speelt een belangrijke rol bij herkenning, de eerste stappen in behandeling en doorverwijzing. Een gepersonaliseerde verklaring van SOLK is van belang voor een effectieve behandeling, waarbij (cognitieve) gedragstherapie sinds de jaren '80 van de vorige eeuw een vooraanstaande plaats inneemt. Andere psychologische methodes zoals EMDR, hypnose, psychodynamische psychotherapie, lichaamsgerichte mentalisatie bevorderende therapie of systeemtherapie zijn inzetbaar om specifieke in stand houdende factoren te bewerken. Betere begeleiding voor

patiënten met zeer ernstige chronische SOLK en regionale zorgtoewijzing zijn belangrijke aandachtspunten voor de toekomst.

Literatuur

Keijsers, G.P.J.; Minnen, A. van; Verbraak, M.J.P.M. (red.). (2017). *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 3*. Amsterdam : Boom

Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGz(2018). *Zorgstandaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)*. Utrecht

Spaans, J. Rosmalen, J. van Rood, Y., van der Horst, H., Visser, S. (2017) (red). *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten*. Houten: Lannoo Campus,

2. State of the art bij de behandeling van de conversie stoornis. Waarheen leidt ons de nieuwe zorgstandaard?

Visser, S. (Sako)

Universiteit van Amsterdam/Pro Persona GGZ

Introductie

Met de nieuwe zorgverzekeringswet (2006) en de marktwerking in de zorg ontstond een toenemend besef van de hoge medische en maatschappelijke kosten die somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) zoals de conversiestoornis met zich meebrengen. Sindsdien nam het aantal professionals dat zich specialiseerde in de conversiestoornis toe. Recent verscheen de zorgstandaard conversiestoornis.

Materiaal en methodes

Opstellen van de zorgstandaard conversiestoornis.

Resultaten

De conversie stoornis is nog steeds een ingewikkelde en veelal slecht begrepen stoornis. Zowel op het gebied van diagnostiek en behandeling, als ook de theoretische modellen is nog maar zeer beperkt onderzoek verricht. Dit jaar is de zorgstandaard conversie stoornis verschenen en geautoriseerd door alle beroepsverenigingen. In deze bijdrage wordt u mee genomen in deze zorgstandaard: de werkwijze van de werkgroep die de zorgstandaard heeft opgesteld. Namelijk het zoeken in de nationale en internationale wetenschappelijke literatuur, met de mate van evidentie, het oordeel van experts, de huidige klinische praktijk en het patiënten perspectief. De conclusies ten aanzien van diagnostiek en behandeling op grond van deze facetten worden besproken. Vervolgens zullen verschillende behandelprotocollen die nu binnen de huidige klinische praktijk

Literatuur

Goldstein, L. H., Chalder, T., Chigwedere, C., Khondoker, Moriarty, J., Toone, M.P. & Mellers, J.D.C. (2010). Cognitive behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures. *The official journal of the academy of neurology*. 74, (1986-1994).

Tibben, M. & Hoogduin, C.A.L. (2017) Hypnotherapeutische interventies bij de conversie stoornis. In: Spaans, J., Rosmalen, J., Rood, Y. van, Horst, H. van der & Visser, S. *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten*. Tiel: Lannoo.(351-364)

Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGz (2017). *Zorgstandaard Conversiestoornis*. Utrecht:
www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/conversie

3. De rol van trauma bij het ontstaan en blijven bestaan van lichamelijke klachten

Rood, Y. van (Yanda)

Leids Universitair Medisch Centrum

Introductie

Auteurs: Yanda van Rood & Carlijn de Roos

Een aanzienlijk deel van de patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) is getraumatiseerd als gevolg van het meemaken van een of meerdere ingrijpende gebeurtenissen voorafgaande aan de SOLK of negatieve gebeurtenissen die erop volgden.

Materiaal en methodes

Toepassing van EMDR bij patiënten SOLK

Resultaten

Onverwerkte traumatische ervaringen kunnen een rol spelen bij het ontstaan en blijven bestaan van lichamelijke klachten. Langdurige inwerking van posttraumatische stress kan leiden tot lichamelijke klachten en ziekten en onverwerkte traumatische herinneringen kunnen het herstel van klachten verhinderen. Dit laatste gebeurt als de lichamelijke klacht overeenkomsten vertoont met fysieke aspecten van de traumatische gebeurtenis. Door deze overeenkomst activeert de lichamelijke klacht de trauma herinnering. De geactiveerde fysieke aspecten van de herinnering versterken vervolgens de actuele lichamelijke sensatie. Activatie kan ook tot stand komen doordat de reactie op de lichamelijke klacht overeenkomsten vertoont met de reactie op de ingrijpende gebeurtenis. De onverwerkte trauma herinnering houdt de klacht in stand als deze cognitieve, emotionele, gedragsmatige en/of lichamelijke reactie de klacht doet toenemen of herstel er van belemmert.

De therapeut kan de voor SOLK relevante traumatische herinneringen op verschillende manieren identificeren. Ten eerste door te zoeken naar gebeurtenissen gerelateerd aan het ontstaan en verergeren van de klacht. Ten tweede door te zoeken naar gebeurtenissen met de lichamelijke sensatie als vertrekpunt.

Verwerking van de zo geselecteerde herinneringen met behulp van EMDR of imaginaire exposure zal als de hypothese klopt, de omstandigheden voor herstel van de lichamelijke klacht verbeteren. In sommige gevallen blijkt dat na het verwerken van de gebeurtenissen de lichamelijke klacht toch nog een reactie uitlokt die verder herstel belemmert. Twee subtiele reacties, die door hun voortdurende aanwezigheid toch de klacht in stand kunnen houden, zijn de 'terugtrekreflex' en de 'oriëntatierespons'. De 'terugtrekreflex' is de fysieke terugtrekrespons in reactie op de lichamelijke sensatie. Deze gaat gepaard met spanning die klachten in stand kan houden. De 'oriëntatierespons' is de normale alertheid die optreedt bij verandering (extern of intern). Als deze alertheid aanhoudt, treedt er geen habituatie aan de sensatie op. Ook dit kan het herstel van klachten verhinderen.

In de presentatie zal bovenstaande uitgewerkt worden en geïllustreerd aan van voorbeelden uit de praktijk.

Conclusie/discussie

EMDR is goed in te zetten bij patiënten met SOLK bij wie de klachten (mede) in stand gehouden worden door herinneringen aan ingrijpende gebeurtenissen of bij comorbide PTSS. Indien zorgvuldig geïndiceerd kan met EMDR aanzienlijke klachtenreductie worden gerealiseerd.

Literatuur

Rood, van Y. R. & de Roos, C. (2017). Somatisch onvoldoende verklaarde klachten en somatische symptoom stoornissen. In G.Keijsers, A. van Minnen, M. Verbraak, K. Hoogduin, & P. Emmelkamp (Eds.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten*, deel 3. Amsterdam. Uitgeverij Boom< 19-63.

Roos, de C & van Rood, Y. (2017) Eye Movement Desensitisation and reprocessing. In: J. Spaans, J.

Rosmalen, Y. van Rood, H. van der Horst & S. Visser. *Handboek Behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (Lannoo Campus: Houten), 337-350.

4. Grip als hulpmiddel voor diagnostiek en gepersonaliseerde behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten: Eerste ervaringen

Rosmalen, J. (Judith)

Universitair Medisch Centrum Groningen

Introductie

Auteurs: Judith G.M. Rosmalen, Peter van Aken, Anne van Gils, Yanda R. van Rood, Denise J.C. Hanssen

Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) komen veel voor en kunnen geassocieerd zijn met ernstige functionele beperkingen. De zorgstandaard SOLK adviseert dat behandeling van milde tot matige SOLK primair in de eerste lijn plaats zou moeten vinden. Om dit te faciliteren werd de online toolbox Grip in samenwerking met zorgverleners en patiënten ontwikkeld als hulpmiddel bij diagnostiek en gepersonaliseerde behandeling van SOLK. De functionaliteiten van Grip omvatten onder andere het opstellen van een persoonlijk probleemprofiel, een gepersonaliseerd dagboek, en gepersonaliseerde op CGT gebaseerde online zelfhulp die onder begeleiding van bijvoorbeeld een GZ-psycholoog of POH-GGZ kan worden gevolgd (Rosmalen & van Gils, 2017).

Materiaal en methodes

In deze kwalitatieve pilotstudie zullen ongeveer tien zorgverleners bij tenminste vijf patiënten met SOLK de Grip toolbox toepassen. Na afloop van het gebruik van de toolbox worden zowel de zorgverleners als de SOLK-patiënten in een semigestructureerd diepte-interview bevraagd over de ervaringen met Grip. Specifiek worden er vragen gesteld over de vorm en inhoud, en de toepasbaarheid ervan in de dagelijkse klinische praktijk of het dagelijks leven. De diepte-interviews worden geanalyseerd in een cyclisch proces van interviewen, coderen, analyseren en aanpassen van de interviewgids. Dit proces wordt herhaald totdat er geen nieuwe resultaten meer naar voren komen of alle zorgverleners/patiënten geïnterviewd zijn.

Resultaten

De eerste resultaten laten zien dat zowel patiënten als zorgverleners ervaren dat de uitgebreide wijze waarop patiënten in kaart worden gebracht nieuwe inzichten bieden. Uitgebreidere informatie over de achtergrond van de geïmplementeerde meetinstrumenten zou sommige zorgverleners meer inzicht kunnen bieden in de betekenis van de resultaten voor de specifieke patiënt. Hiermee zouden ze de behandeling verder kunnen verdiepen en personaliseren.

Conclusie/discussie

Grip heeft de potentie het werken conform de huidige richtlijnen voor de diagnostiek te bevorderen en gepersonaliseerde, evidence-based behandeling van SOLK te faciliteren.



Literatuur

Rosmalen, J., & van Gils, A. (2017). Grip op klachten: Een online hulpmiddel voor diagnostiek, behandeling, monitoring en verwijzing. In J. Spaans, J. Rosmalen, Y. van Rood, H. van der Horst &

S. Visser (Eds.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 145-154). Houten: LannooCampus.



Meet the Expert

Lisbeth Utens

Utens, E.M.W.J. (Lisbeth)

Erasmus MC-Sophia / UvA / AMC-de Bascule

Introductie

In deze sessies kun je in een ontspannen sfeer vrij van gedachten wisselen met de keynotesprekers. Om een open en ongedwongen gesprek te bevorderen, is er geen agenda. Het gesprek kan overal over gaan: een (anonieme) cliënt waarmee je bent vastgelopen, een bepaalde diagnostische of therapeutische techniek, de instellingen waar de experts werken, iets wat je hebt gelezen van of over de experts. Heb je deze experts altijd al eens willen spreken, maar daar nooit de gelegenheid voor gehad? Sluit dan aan bij deze bijeenkomsten.

Workshop

'Shared Decision Making: it takes two to tango'

Zonneveld, L.N.L. (Lyonne)

AMC

Workshop

Eén op de 12 patiënten heeft spijt van hun medische behandeling (TNS NIPO, 2016). Kan medische psychologie hierin verandering brengen?

In 2016 onderzocht TNS NIPO de rol van emotie bij een bezoek aan de medisch specialist. Tijdens een bezoek ervaren ruim 4 op de 10 patiënten negatieve emotie(s). Patiënten met negatieve emoties rapporteerden vaker, dat ze geen vragen konden of durfden te stellen, hun behandelkeuze door emoties beïnvloed was, en ze meer hulp gewild hadden bij het maken van hun behandelkeuze.

Medische Psychologie traint artsen in Shared Decision Making om tot weloverwogen behandelkeuzes te komen. Als patiënten Shared Decision Making bij het maken van hun behandelkeuze hebben ervaren, dan zijn ze vaker tevreden over de medische zorg (Shay et al., 2015). In de praktijk passen artsen de benodigde stappen voor Shared Decision Making slechts beperkt toe (Stiggelbout et al., 2015).

Echter, it takes two to tango. Medische psychologie kan naast artsen ook patiënten coachen om tot een weloverwogen behandelkeuze te komen, waarmee het aantal spijtoptanten wellicht daalt. Een uitgelezen moment hiervoor is tijdens het psychologisch consult, wat een arts aanvraagt wanneer deze de inzet van een behandelkeuze overweegt, bijvoorbeeld bij neurostimulatie. Maar agendeer je het maken van een weloverwogen behandelkeuze over een medische behandeling ook ongevraagd? Zet je bijvoorbeeld het maken van een weloverwogen behandelkeuze op de agenda bij een patiënt die opnieuw een ingreep aangeboden krijgt en ontevreden is over de vele eerdere ingrepen voor hetzelfde probleem? Ook als dit niet het behandeldoel is?

Waar geeft ons vak mogelijkheden om patiënten te coachen bij het maken van een weloverwogen behandelkeuze? Deze vraag staat centraal in een moreel debat. Voor die situatie waar je besluit om shared decision making gevraagd of ongevraagd te agenderen, krijg je handreikingen hoe dit te doen.

Aan het eind van de workshop ben je bewuster van jouw rol bij patiënten in shared decision making. Ook kun je deze rol in de praktijk innemen en concretiseren.

Literatuur

Shay, L.A., & Lafata, J.E. (2015). Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Medical Decision Making*, 35(1), 114–131.

Stiggelbout, A.M., Pieterse, A.H., & De Haes, J.C. (2015). Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Education Counseling*, 98(10), 1172-1179.

TNS NIPO. (2016). *Onderzoek artsenbezoek: de rol van emotie bij een bezoek aan de medisch specialist*. Verkregen op 29 april, 2018, van <http://docplayer.nl/25351041-Onderzoek-artsenbezoek-de-rol-van-emotie-bij-een-bezoek-aan-de-medisch-specialist-in-opdracht-van-zilveren-kruis.html>



Workshop

Winning without losing..... Self-care for the (schema-)therapist!

Bögels, H.H.M. (Hélène)¹, Genderen, H. van (Hannie)²

¹Reinier van Arkel

²Van Genderen Opleidingen

Workshop

Bekend is dat (schema-)therapeuten vaak hoge eisen aan zichzelf stellen, hard werken, een grote gerichtheid op anderen hebben én het moeilijker vinden om een goede balans te houden tussen werk en privé. Dit is in vele leertherapieën een behandeldoel, maar het blijkt toch vaak een hardnekkig patroon te zijn.

Voor schematherapeuten is dit nog meer van belang gezien de hoge mate van betrokkenheid die 'limited reparenting' vraagt. Juist het hebben van een sterke empathische houding blijkt een risicofactor te zijn voor het ontwikkelen van lichamelijke en/of emotionele klachten door overbelasting. Hoe goed is jouw zelfzorg? Ben jij ook gevoelig voor 'de lokroep van Ja'? Ben je in staat om je eigen behoeften af te stemmen op die van je cliënten? Ben je teveel bezig met wat er allemaal nog 'moet'?

In deze workshop komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Beter begrijpen wat goede zelfzorg belemmert.
- Hoe kun je zelfzorg verbeteren?
- Mogelijke helpende gedachten en helpend gedrag.

Er zal geoefend worden in groepjes én je kunt in een groepsimaginatie inspiratie opdoen voor toekomstige betere zelfzorg.

Literatuur

Farrell J. & Shaw I. (2018) Experiencing schematherapy from the Inside Out: a self-practice/self-reflection Workbook for therapists.

Bjergegaard M. & Milne J. (2013) Winning without losing: 66 strategies for succeeding in business while living a happy and balanced life.

Perris P, Fretwell H. & Shaw I. (2012) Therapist Self-Care in the context of limited reparenting (473-491) In: The Wiley Blackwell Handbook of Schema Therapy Red: van Vreeswijk M, Broersen J. & Nadort M.

Symposium

Aandacht voor depressie: aandachtsbias als mogelijke marker in de behandeling van depressie.

Vrijsen, J.N. (Janna)

Radboudumc & Pro Persona

Beknopte samenvatting van het symposium

Depressie is zeer prevalent. Echter zijn de behandelingen voor depressie maar voor ongeveer 60% van de patiënten voldoende effectief. Dit betekent dat we op zoek moeten naar markers voor het versterken van onze behandelingen.

Op basis van de cognitieve theorie van depressie (Beck, 2008) wordt aandachtsbias als cognitieve risico factor voor depressie gezien. Ondanks dat een causale relatie tussen aandachtsbias en depressie verondersteld wordt, is het bewijs hiervoor gemengd. Daarbij zijn er weinig studies die aandachtsbias aan het beloop van depressie relateren, dan al niet in het kader van een behandelstudie.

In dit symposium presenteren wij vijf onderzoeken naar aandachtsbias als mogelijke marker in de behandeling van depressie. Mira Cladder-Micus presenteert data waarin de dynamische structuur van aandachtsbias is onderzocht in chronische depressieve therapie-resistente patiënten. Prof. dr. Jan Spijker presenteert data van een trial naar aandachtsbias modificatie middels een computertraining in depressieve patiënten. Dr. Janna Vrijsen sluit hierbij aan door data te presenteren van een trial waarbij aandachtsbias modificatie is vergeleken met een andere gecomputeriseerde training (approach bias modificatie) in opgenomen depressieve patiënten. Elien Pieter zal de eerste resultaten presenteren van een studie waarin een aandachtscontrole training is uitgezet in depressieve patiënten in remissie. Patiënten ontvingen ofwel de training plus psychoeducatie, ofwel de training zonder psychoeducatie, ofwel een controle training zonder psychoeducatie. Als laatste zal Hermien Elgersma data van een longitudinale studie (NESDA) presenteren waarbij aandachtsbias als voorspeller voor terugval bij depressie is onderzocht. Samen geven deze voordrachten een eerste antwoord op de vraag of aandachtsbias een marker is in de behandeling van depressie. Om vast een tipje van de sluier op te lichten: de voordrachten bieden zeker voedsel voor een rijke discussie over de relevantie van aandachtsbias (modificatie) voor depressie.

1. Aandachtsprocessen bij patiënten met een chronische depressie

Cladder-Micus, M.B. (Mira)

Pro Persona

Introductie

Eerdere studies lieten zien dat depressieve patiënten moeite hebben hun aandacht los te trekken van negatieve beelden of woorden, een zogenaamde aandachtsbias voor negatieve informatie. Deze aandachtsbias hangt samen met de neiging te blijven hangen in depressief rumineren. Een groep patiënten die veel rumineren en veel dysfunctionele schemata vertonen zijn patiënten met chronische depressieve klachten. Mogelijk zou een aandachtsbias voor negatieve informatie onderhoudend kunnen zijn aan de chronische depressieve klachten. Doel van deze studie was om aandachtsprocessen van chronisch depressieve patiënten te vergelijken met een controle groep zonder geschiedenis van depressie.

Materiaal en methodes

Een groep patiënten met chronische, therapie-resistente depressie (n=63) werd vergeleken met een gezonde controlegroep (n=111) die nooit een depressieve episode heeft meegemaakt.

Aandachtsprocessen werden in kaart gebracht met de Attentional Control Scale, een emotionele Stroop test, een klassieke Stroop test en de Exogenous Cueing Task (ECT). Voor de ECT werden traditionele bias scores (TBS) en trial-level bias scores berekend (TLBS). Depressieve klachten werden gemeten met de Inventory of Depressive symptomatology (IDS-SR).

Resultaten

Er werd een significant verschil gevonden tussen chronisch depressieve patiënten en de gezonde controle groep op de Attentional Control Scale ($p < .001$, partial $\eta^2 = .58$) en de klassieke Stroop ($p < .001$, $r = .29$). Op de emotionele Stroop presteerden de gezonde controlegroep over het algemeen sneller ($p < .001$, partial $\eta^2 = .06$), maar er was geen interactie tussen groep en de emotie van de woorden (positief, depressie-gerelateerd). Op de ECT werd geen verschil tussen de groepen op de in TBS gevonden. Op de TLBS was wel een verschil: de depressieve patiënten lieten meer variabiliteit in de scores zien, maar er was geen interactie van groep en valentie. Depressieve patiënten lieten in verhouding geen grotere variabiliteit in scores zien bij depressie-gerelateerde, angst-gerelateerde of positieve woorden dan bij neutrale woorden.

Conclusie

In lijn met de verwachtingen vonden we dat chronisch depressieve patiënten meer aandachtsproblemen rapporteren en over het algemeen trager presteren op experimentele taken dan mensen zonder geschiedenis van depressie. Tegen de verwachtingen in vonden we echter op verschillende tests geen aanwijzing dat chronisch depressieve patiënten een aandachtsbias vertonen specifiek voor negatieve informatie.

Literatuur

De Raedt, R., & Koster, E. H. (2010). Understanding vulnerability for depression from a cognitive neuroscience perspective: A reappraisal of attentional factors and a new conceptual framework. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 10(1), 50-70.

Southworth, F., Grafton, B., MacLeod, C., & Watkins, E. (2017). Heightened ruminative disposition is associated with impaired attentional disengagement from negative relative to positive information: support for the “impaired disengagement” hypothesis. *Cognition and Emotion*, 31(3), 422-434.

2. Aandachts Bias Modificatie (ABM) voor ambulante depressieve patiënten met een depressieve stoornis: Voorlopige resultaten ten aanzien van aandachtsbias en depressieve symptomen

Spijker, J. (Jan)

Pro Persona

Introductie

In de voordracht worden de voorlopige resultaten besproken van een gerandomiseerde klinische trial, om de effectiviteit van een Aandachts Bias Modificatie, via internet uitgevoerd, als add-on interventie boven op gebruikelijke zorg bij volwassen ambulante patiënten met een depressieve stoornis in de SGGZ te onderzoeken. Focus ligt op de uitkomsten op aandachtsbias en depressieve symptomen

Materiaal en methodes

115 patiënten met een diagnose depressieve stoornis, die zijn aangemeld voor behandeling, zijn gerandomiseerd naar een positieve ABM-training (aandacht wordt gericht naar positieve en afgewend van negatieve stimuli) of een sham-ABM training, als controle conditie (een continue aandachtsbias bepaling). Patiënten volgden 8 trainings sessies (7 thuis) gedurende 2 weken.

Primaire uitkomst maat is een verandering in aandachtsbias (van pre- naar post-test) en effecten op depressieve symptomen (tot 1 maand na de training).

Resultaten

Hoewel de patiënten niet de verwachte negatieve aandachtsbias hadden voor de training, lieten de resultaten zien dat in de actieve training er een grotere toename was in positieve aandachtsbias dan in de sham-training conditie. Echter, de twee condities verschilden niet in afname van depressieve symptomen.

Conclusie

De resultaten laten zien dat een internet training met ABM de aandachtsbias in positieve richting kan veranderen bij patiënten met een depressieve stoornis. Echter de effecten van de training waren klein en er werd geen effect gevonden op afname van depressie. Hoewel vorige studies een klein effect vonden op afname van depressieve symptomen in licht depressieve patiënten of patiënten in remissie, geeft deze studie aanleiding om te betwijfelen of ABM therapeutische waarde heft voor ernstig depressieve patiënten.

Literatuur

Ferrari, G. R., Becker, E. S., Smit, F., Rinck, M., & Spijker, J. (2016). Investigating the (cost-) effectiveness of attention bias modification (ABM) for outpatients with major depressive disorder (MDD): a randomized controlled trial protocol. *BMC psychiatry*, 16(1), 370.

3. Welke Cognitive Bias Modification training werkt het beste bij depressie? Een vergelijking tussen een attention en een approach-avoidance positivity training.

Vrijsen, J.N. (Janna)

Radboudumc & Pro Persona

Introductie

Slechts 60% van depressieve patiënten reageert voldoende op behandeling. Gecomputeriseerde Cognitive Bias Modification (CBM) is een manier om de behandelresultaten te vergroten door het vergroten van positieve cognitieve bias. Positieve cognitieve bias is de automatische focus op stoornis-incongruente informatie en vormt een buffer tegen depressie. Echter zijn de resultaten van CBM in depressie gemengd en weten we niet welk type CBM het beste werkt bij depressie. In deze studie zijn een *positivity attention modification training* en een *positivity approach training* vergeleken in een groep opgenomen depressieve patiënten. Het onderliggende idee is dat door het trainen van de aandacht dan wel toenadering richting algemene positieve informatie (= positivity bias), anhedonie en daarmee ook de verdere depressieve symptomen verminderen. De verwachting was dan ook dat patiënten in de actieve condities van deze twee trainingen na de training minder depressieve symptomen zouden hebben, doordat zij impliciet leerden positieve informatie preferentieel te verwerken.

Materiaal en methodes

In een geblindeerd randomized-controlled design, ontvingen 139 opgenomen depressie patiënten de CBM Attention Dot-Probe Training (DPT) of de CBM Approach-Avoidance Training (AAT), naast de standaard behandeling. $N = 121$ patiënten voltooiden alle vier de CBM trainingssessies. Beide trainingen hadden zowel een actieve als een controle conditie. In de actieve condities werden patiënten getraind richting algemene positieve plaatjes en weg van neutrale plaatjes. Voor en na de CBM training werden depressieve symptomen in kaart gebracht door de patiënten zelf en door de behandelaar. Positivity bias werd aan het begin en einde van elke sessie gemeten.

Resultaten

Depressieve symptomen daalde meer in de patiënten in de actieve trainingscondities dan in patiënten in de controle condities. Hierin verschilden de DPT en de AAT niet van elkaar. Alleen bij de DPT werd bewijs gevonden voor een stijging in positivity bias, maar dit medieerde de klinische effecten van de training niet.

Conclusie/discussie

De resultaten laten zien dat beide typen positivity CBM (attention modification training en approach training) wellicht een passende add-on voor de behandeling van klinisch opgenomen depressieve patiënten zijn. Het werkingsmechanisme en de optimale dosis van positivity CBM moet echter nog verder worden onderzocht.

Literatuur

Becker, E. S., Ferentzi, H., Ferrari, G., Möbius, M., Brugman, S., Custers, J., ... & Rinck, M. (2016). Always approach the bright side of life: A general positivity training reduces stress reactions in vulnerable individuals. *Cognitive therapy and research*, 40(1), 57-71.

4. Innovatieve aandachtstraining: cognitief vaccin tegen depressie? Een gerandomiseerde, gecontroleerde studie

Pieters, E. (Elien)

Universiteit Gent

Introductie

Volgens verschillende theorieën en empirisch onderzoek (Sanchez et al. 2016, 2017), spelen aandachtscontrole voor externe informatie en cognitieve controle voor interne informatie een causale rol bij emotieregulatie, een zeer belangrijke factor bij het bepalen veerkracht. Bovendien lijken reactieve aandachts- en cognitieve controle (i.e., *werkelijke* controle in reactie op een uitdagende taak of stressor) beïnvloed te worden door *waargenomen* controle of verwachting over copingvaardigheden (met toekomstige stressoren) (Vanderhasselt et al., 2014). Op basis hiervan kan worden verondersteld dat de effecten van aandachtscontroletraining – gericht op *werkelijke*, reactieve controle, mogelijks kunnen worden verbeterd door toevoeging van technieken die inwerken op *waargenomen* controle/verwachting (bv., psychoeducatie).

Materiaal en methodes

In de huidige studie willen we dit nagaan door te testen of twee weken aandachtscontroletraining een positief effect heeft op depressieve symptomen en emotieregulatie bij een voorheen depressieve populatie, en of voorafgaande psychoeducatie bijdraagt aan dit effect. Deelnemers worden at random ingedeeld in een van drie condities: (1) een experimentele trainingsconditie met voorafgaande psychoeducatie, (2) een experimentele trainingsconditie zonder voorafgaande psychoeducatie, of (3) een placebo trainingsconditie zonder voorafgaande psychoeducatie. In de experimentele trainingsconditie wordt gevraagd om zinnen telkens positief te ontwarren, waarbij feedback wordt gegeven over aandacht voor positieve vs. negatieve woorden (dit wordt aan de hand van de muis gemeten). In de placebogroep ontwart men de geshuffelde zinnen zo snel mogelijk zonder feedback. Enkel in de derde conditie vindt voorafgaand aan training een online psychoeducatie plaats. Voor en na de 10 trainingssessies, wordt een meting uitgevoerd van aandacht en emotieregulatie om transfer effecten van training na te gaan. Eveneens worden depressieve klachten en gerelateerde variabelen gemeten voor en na de training en tijdens follow-up, 3 en 6 maanden nadien.

Resultaten

Er worden significante verbeteringen verwacht voor de experimentele condities, in vergelijking met de placeboconditie. Meer bepaald, wordt het grootste effect verwacht in de combinatieconditie (training met voorafgaande psychoeducatie). Resultaten zullen beschikbaar zijn voor presentatie op het symposium.

Conclusie/discussie

Relevantie voor de praktijk. Tot op heden is de meest gebruikte techniek ter preventie van depressie medicatiegebruik. Cognitieve trainingen die thuis op de computer kunnen worden uitgevoerd, zijn een veelbelovend alternatief en/of aanvulling hierop.

Literatuur

Sanchez, A., Everaert, J., & Koster, E. H. (2016). Attention training through gaze-contingent feedback: Effects on reappraisal and negative emotions. *Emotion, 16*(7), 1074.

Sanchez, A., Everaert, J., Van Put, J., De Raedt, R., & Koster, E. H. (2017). Eye-gaze contingent attention training (ECAT): Examining attention mechanisms causally involved in reappraisal and rumination.

Vanderhasselt, M. A., De Raedt, R., De Paepe, A., Aarts, K., Otte, G., Van Dorpe, J., & Pourtois, G. (2014). Abnormal proactive and reactive cognitive control during conflict processing in major depression. *Journal of Abnormal Psychology, 123*(1), 68–80. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035816>.

5. Prognostische waarde van aandachtsbias voor terugkeer van depressie.

Elgersma, H.J. (Hermien)

Accare

Introductie

In recent grootschalig cross-sectioneel onderzoek naar aandachtsbias bij depressie bleek de groep herstelde mensen met een of meerdere depressieve episoden in het verleden gemiddeld genomen een verhoogde aandacht te vertonen voor negatieve stimuli zoals 'waardeloos'. Mogelijk kan de verhoogde aandacht voor negatieve stimuli het chronisch beloop van depressie helpen verklaren. De vervolgvraag voor de huidige studie was daarom of deze aandachtsbias mogelijk bijdraagt aan de ontwikkeling van een volgende episode van depressie. Als eerste stap om hier meer zicht op te krijgen, is in onderhavig onderzoek getoetst of AB voorspellend is voor terugval in een depressieve episode of terugkeer van depressieve symptomen binnen een follow up periode van 2 en 4 jaar.

Materiaal en methodes

Onze onderzoeksgroep bestond uit 918 deelnemers van de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA) die hersteld waren van een depressieve episode. Aandachtsbias werd gemeten met een Exogene Cueing Task (ECT) waarbij positieve, negatieve en neutrale controle woorden (zoals energiek, waardeloos, kapstok) in de eerste helft van de taak na 500 en in de tweede helft na 1250 ms werden gevolgd door een vierkant dat ofwel juist op de zelfde locatie ofwel op de tegenoverliggende locatie van het woord verscheen. Taak voor de proefpersonen was om zo snel mogelijk aan te geven of het vierkant links of rechts van het fixatiekruisje verscheen. We gebruiken klinische beoordelingsschalen en zelfrapportage vragenlijsten om diagnose van een depressieve stoornis en depressieve symptomen vast te stellen.

Resultaten

Een verhoogde kans op terugval hing noch samen met een verhoogde aandacht voor negatieve noch met een verlaagde aandacht voor positieve stimuli.

Conclusie/discussie

De resultaten bieden geen ondersteuning voor het idee dat een verhoogde aandachtsbias voor negatieve stimuli of een verlaagde aandachtsbias voor positieve stimuli een kritische rol speelt in het proces van terugval in depressie.

Literatuur

Elgersma, H.J., Koster, E.H.W., van Tuijl, L.A., A. Hoekzema, Bockting, C.L.H., Penninx, B.W.J.H. & de Jong, P.J. (2018). *Attentional bias for positive, negative, and threat words in current and remitted depression*. Unpublished manuscript

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

Peckham, A. D., McHugh, R. K., & Otto, M. W. (2010). A meta-analysis of the magnitude of biased attention in depression. *Depression and Anxiety, 27*, 1135-1142. doi: 10.1002/da.20755

Workshop

Narratieve Exposure Therapie

S.M. de la Rie (Simone), psychiater R. Jongedijk (Ruud)

Rie, S.M. de la (Simone), Jongedijk, R. (Ruud)

¹Stichting Centrum 45

Workshop

Doel van de workshop: Globaal inzicht verkrijgen in de theoretische achtergronden van de NET en begrijpen hoe de NET wordt uitgevoerd. Het leggen van de levenslijn, een belangrijk onderdeel van de NET wordt geoefend. Na deze workshop is de deelnemer in staat om de rationale van de NET te beschrijven, heeft kennis gemaakt met deze vorm van exposure en kan de levenslijn samen met een cliënt uitleggen. De deelnemer kan na het volgen van deze workshop deelnemen aan de vierdaagse opleiding via de RINO, die de start is van de opleiding tot Basis-NET therapeut.

Narratieve Exposure Therapie.

Narratieve Exposure Therapie (NET) is een kortdurende, evidence based behandelvorm, specifiek ontwikkeld voor de behandeling van posttraumatische stress stoornis (PTSS) ten gevolge van complexe meervoudige traumatiserende gebeurtenissen (bijvoorbeeld bij vluchtelingen, militairen of getroffen van vroegkinderlijk seksueel misbruik). Er zal nader ingegaan worden op de verschillen tussen EMDR en Imaginaire Exposure en de exposure van de NET. Bij NET staat het levensverhaal van de cliënt centraal. In de behandeling wordt na uitgebreide psycho-educatie een levenslijn gelegd, waarbij de mooie en goede gebeurtenissen of periodes in het leven van de cliënt door een bloem worden gesymboliseerd, en de traumatische gebeurtenissen of periodes door een steen. Daarna worden de gebeurtenissen chronologisch gereconstrueerd en doorgewerkt, waarbij imaginaire exposure plaatsvindt en de gebeurtenissen in hun context worden besproken. Het weer verbinden van de trauma-herinneringen en de context-herinneringen zorgt voor integratie van de trauma-herinneringen in het autobiografisch geheugen. Van iedere bijeenkomst wordt een verslag opgesteld, dat als document aan het einde van de therapie wordt overhandigd. Hierdoor biedt NET ook de functie van een getuigenis, hetgeen de cliënt helpt betekenis te geven aan wat hij of zij heeft meegemaakt. Deze getuigenis kan ook leiden tot (meer) erkenning en begrip in de omgeving van de cliënt.

Complex trauma kan gepaard gaan met-blijvend- lichamelijke letsel of pijnklachten ten gevolge van trauma. Dit kan dit van invloed zijn op de beleving van klachten, zoals bij vluchtelingen die gemarteld zijn. Er wordt aandacht besteed aan de wijze waarop dit binnen de NET wordt geadresseerd.

Literatuur

Levensverhalen en Psychotrauma: Narratieve Exposure Therapie in theorie en praktijk.

Door Ruud Jongedijk; 2014. Uitgeverij Boom. ISBN 9789461056375



Workshop

Hersenletsel & CGT! Werken vanuit een neuropsychologische casusconceptualisatie als opmaat voor cognitieve gedragstherapie bij NAH.

Smits, P.G.T (Peter)

Sint Maartenskliniek

Workshop

Cognitieve, gedragsmatige en emotionele veranderingen als gevolg van Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) zorgen er vaak voor dat het leven van iemand ingrijpend veranderd. Dit doet een groot beroep op iemands aanpassingsvermogen en het roept vanzelfsprekend emoties op. Hierbij wordt regelmatig de hulp van een psycholoog/psychotherapeut ingeroepen. In het verleden werden de cognitieve stoornissen vaak als contra-indicatie gezien voor een cognitief-gedragstherapeutische behandeling. Tegenwoordig denken we daar gelukkig anders over. Onder andere cognitieve beperkingen vragen echter wel om de nodige aanpassingen van een behandeling. Een zorgvuldige probleemanalyse en casusconceptualisatie kan hierbij zeer ondersteunend zijn.

In deze workshop leert de deelnemer, middels een interactieve presentatie hoe een (neuropsychologische) casusconceptualisatie gemaakt kan worden. Aan de hand van casuïstiek wordt de praktische toepassing ervan uitgeprobeerd. Verder komt aan bod hoe men op basis van de casusconceptualisatie kan komen tot indicatiestelling voor cognitieve gedragstherapie en de interventiekeuze daarbinnen. Ook is er aandacht voor de wijze waarop men -vanuit een neuropsychologische casusconceptualisatie- cognitieve gedragstherapie geschikt kan maken voor NAH patiënten.

Aan het eind van de workshop voelt de deelnemer zich in staat om, voor patiënten die worstelen met de gevolgen van NAH, te zoeken naar mogelijkheden, aanpassingen en oplossingen binnen het kader van de cognitieve gedragstherapie.

Literatuur

Smits, P. & Ponds, R. (2016). Neuropsychologische probleemanalyse en casusconceptualisatie. In: P. Smits, R. Ponds, N. Farenhorst, M. Klaver & R. Verbeek (red.), Handboek Neuropsychotherapie. Amsterdam: Boom: 45-74

Smits, P., Ponds, R. Farenhorst, N., Klaver, M., Verbeek, R. (red) (2016). Handboek Neuropsychotherapie. Amsterdam: Boom

Workshop

Behandeling van functionele bewegingsstoornissen

drs E.M.R. Broeksteeg (Emile)¹, drs M.I. Tibben (Marleen)

¹HSK Groep B.V.

Workshop

De conversiestoornis is een psychische stoornis die wordt gekenmerkt door verstoringen van de motorische of sensorische functies. De meest voorkomende conversiesymptomen zijn verlamming, ongecontroleerde bewegingen, verkrampingen, blindheid, gevoelloosheid en pseudo-epileptische aanvallen. Patiënten met dit soort klachten worden vaak als lastig en moeilijk beschouwd. Hulpverleners weten zich meestal geen raad met deze patiëntenpopulatie. In deze workshop wordt u geschoold in de behandeling van conversiestoornissen door middel van hypnose, katalepsie-inductie en shaping-technieken aan de hand van het recent verschenen protocol voor conversiestoornissen (Hoogduin et al., 2017). Door het tonen van dvd-fragmenten en demonstraties wordt er uitgebreid stilgestaan bij de diverse technieken.

Literatuur

Hoogduin, C.A.L., Kleine, R.A. de, Minnen, A. van, Tibben, M.I., Stormink, C., Andeweg, E.A. & Roggeveen, P. (2017). Protocolaire behandeling van patiënten met een conversiestoornis (functioneel neurologisch symptoomstoornis). In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen, C.A.L. Hoogduin,

P. Emmelkamp & M.J.P.M. Verbraak (red.), Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten. Amsterdam: Boom.

Hoogduin, C.A.L., Kleine, R.A., de, Minnen, A. van, Tibben, M.I., Stormink, C., Andeweg, E.A. & Roggeveen, P. (2015). Overzicht van de toepassing van hypnose en katalepsie bij de conversiestoornis. Directieve therapie, 35 (3), 165-218.

Workshop

Nieuwe inzichten van exposure bij de behandeling van paniekstoornis

Faltin, R. (Rob)¹, Steeman, C.M. (Carla)²

¹Doe-Psy/GGZ inGeest

²Abate, expertisecentrum angst en trauma

Workshop

‘ALS ik hartkloppingen of druk op de borst voel, DAN krijg ik een hartaanval’, ‘ALS ik duizelig ben DAN val ik flauw’, ‘ALS ik een onwerkelijk wazig gevoel heb, DAN word ik gek’, ‘ALS ik het benauwd krijg DAN stik ik’, ‘ALS ik misselijk word, DAN ga ik overgeven’.

Dat zijn verwachtingen van veel mensen die aan paniekstoornis lijden.

De huidige behandeling van voorkeur voor paniekstoornis is exposuretherapie volgens de nieuwste inzichten. De VGCT heeft daarover een factsheet uitgegeven (<https://www.vgct.nl/stream/factsheet-exposure.pdf>) en al heel wat workshops en lezingen georganiseerd. Toch blijft er een drempel voor sommige therapeuten om daadwerkelijk exposure toe te passen (Waller en Turner, 2016).

In deze workshop zullen we eerst zelf ons (verder) bekwamen in interoceptieve exposureoefeningen. Dat wil zeggen dat we zullen oefenen op een manier die lichamelijke verschijnselen en angsten oproept terwijl je waarneemt wat er echt gebeurt. Zo zullen we langere tijd expres hyperventileren, rondjes draaien, kijken naar streepjes of een muur, of door een rietje ademen. Wij zullen zoeken of je nog (subtiel) vermijdings- of veiligheidsgedrag gebruikt en of je het tegenovergestelde zou kunnen doen in verschillende varianten. Daarna zullen we in rollenspelen oefenen met het motiveren van cliënten om die oefeningen te doen.

Een arts hoeft de ziekte van zijn patiënten niet te hebben gehad om goed te kunnen behandelen, dus waarom zou je zelf goed willen zijn in angsthantering en ervaringskennis van de ‘anatomie van angst’? Cliënten leren in exposuretherapie: nieuwe verwachtingen. Zou je willen leren schaatsen van een leraar die niet kan schaatsen? Leren zingen van een docent die niet of fals zingt, of een taal willen leren van een analfabeet? Kom naar onze workshop als je graag meer wilt halen uit interoceptieve exposure en bereid bent om uit ervaringen te leren.

Literatuur

Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy* (58), 10-23.
Nederlandse versie: Vervliet, B., Depreeuw, B., Treanor, M., Conway, C.C., Zbozinek, T., & Craske, M.G. (2014). Exposuretherapie maximaliseren. Een benadering volgens het inhibitorisch-leermodel. *Gedragstherapie*, 47, 296-339.

Factsheet exposure VGCT : <https://www.vgct.nl/stream/factsheet-exposure.pdf>

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

Waller, G., & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 129-137