



## **Clinical Masterclass**

### **Cognitive Conceptualization**

**Beck, J. (Judith)**

*Beck Institute*

#### **Inhoud**

How do you know what to do, moment-by-moment in a therapy session? You need to rely on an accurate case conceptualization. It lays the groundwork for overall treatment planning within and across sessions. In this Clinical Masterclass, I will demonstrate how to quickly and accurately conceptualize a case by using the Cognitive Conceptualization Diagram (J. Beck 2011; 2005). This diagram applies the cognitive model to specific current situations. It also illustrates how the perceptions of lifetime events influence clients' core beliefs, assumptions and rules for living, and coping strategies. Short demonstration roleplays will illustrate how to collect necessary data, develop a conceptualization, share the conceptualization with clients, and refine the conceptualization over time, as new data are gathered.

## **Openbare supervisie** **“Het lichaam praat zijn mond voorbij”**

**Genderen, H. van (Hannie)**

*Van Genderen Opleidingen*

### **Introductie**

Schematherapie is een zogenaamde tweede generatie cognitieve gedragstherapie.

Deze therapie gaat ervan uit dat mensen vastzitten in hardnekkige patronen die het leven voor hen zelf of anderen negatief beïnvloeden.

Lichamelijke klachten kunnen de verandering van deze patronen in de weg staan. Het is in veel gevallen niet duidelijk waar die lichamelijke klachten vandaan komen laat staan hoe ze “genezen” zouden kunnen worden.

In Schematherapie is het niet zo belangrijk of deze klachten wel of niet “objectief” bestaan.

Voordat de keuze voor schematherapie wordt gemaakt, moet uiteraard wel voldoende medisch onderzoek gedaan zijn om uit te sluiten dat er sprake is van een ziekte die medisch te behandelen is. Maar als dat weinig oplevert dan kunnen de klachten mogelijk verklaard worden door de psychische problemen te onderzoeken. Wat is de functie van de lichamelijke klachten in het modusmodel van de cliënt? Welke schema's, copingstrategieën en modi kunnen mogelijk verklaren waarom de cliënt lichamelijke klachten heeft?

Schema's ontstaan vanaf de vroege jeugd door een samenspel tussen temperament en negatieve ervaringen met opvoeders en leeftijdsgenoten. Hierdoor zijn een of meer emotionele basisbehoeften van het kind niet vervuld en heeft hij disfunctionele copingstrategieën ontwikkeld waardoor hij als volwassene op een niet functionele manier deze behoeften alsnog probeert te bevredigen.

Met name bij cliënten met een ontwijkende-, afhankelijke- of dwangmatige persoonlijkheidsstoornis zien we vermoeidheids- en pijnklachten als copingstrategie of als een gevolg van verkeerde coping. Nier zelden hebben deze cliënten ook een diagnoses als Chronisch Vermoeidheidssyndroom, fibromyalgie, chronische hoofdpijn o.i.d.

Deze cliënten hebben niet geleerd met hun emoties om te gaan uit angst voor straf of afwijzing. Dus op de achtergrond spelen de oudermodi ook een rol.

**Wil je kans maken op een leermoment als supervisor in deze openbare supervisie? Kijk dan of jij je herkent in onderstaande beschrijving en meld je aan. Bij meer gegadigden zal iemand gekozen worden.**

Bij de meeste van jouw cliënten werkt de aanpak van copingstrategieën wel, maar soms tref je een cliënt met onduidelijke lichamelijke klachten, die de behandeling bemoeilijken.

Het kan gaan om een ontwijkende cliënt, die jou maant tot voorzichtigheid, vanwege zijn lichamelijke constitutie. Of om een afhankelijke cliënt voor wie lichamelijke klachten een manier zijn om aandacht te krijgen. Cliënten met een sterke perfectionistische overcontroller kan het gedrag leiden tot overbelasting en zijn de vermoeidheid of pijn meer een gevolg van de coping.

In deze openbare supervisie wordt eerst een analyse gemaakt van de functie van de lichamelijke klacht(en). Vervolgens worden diverse experiëntiële technieken uitgetoond om de copingstrategie(ën) van jouw cliënt aan te pakken.

## **Clinical Masterclass**

### **Behandeling van onder- en overregulatie**

**Bosch, L.M.C. van den (Wies),**

<sup>1</sup>Scelta Apeldoorn, Dialexis Advies BV

#### **Inhoud**

Ieder mens streeft naar bewaren van homeostase. Wanneer mensen ernstig emotioneel ontregeld zijn en proberen die ontregeling op te heffen door gedrag dat op de lange termijn nog meer ontregelt (automutilatie, suïcidaliteit, isolatie, middelenmisbruik, perfectionisme, agressie, OCS) is een statisch evenwicht ineffectief.

Veranderen van gedrag is moeilijk en soms pijnlijk, zeker als het om je coping mechanismen gaat die je in jouw ogen voor onheil bewaren. Meegaan in de wens niet uit balans te raken consolideert helaas het problematische gedrag. Wat nodig is, is meedogend uit balans brengen, een taak die voor hulpverleners soms moeilijk is omdat ook een hulpverlener de homeostase wil bewaren. In Dialectische Gedragstherapie en in Radically open DBT leren hulpverleners te balanceren tussen acceptatie- en veranderingsgerichtheid door dialectische interventies toe te passen op het moment van kennismaking. Daardoor wordt commitment aan verandering verworven op het moment van de grootste wanhoop. Een bijzondere set interventies is daarbij van belang: de interventies die gebruikt worden om tot overeenstemming over de behandeling en de samenwerking te komen (commitment strategieën).

Deelnemers aan de masterclass leren deze interventies, nadat de theoretische basis van problematiek die bij emotionele disregulatie hoort besproken is.

Verdeling van de masterclass:

Introductie theorie ernstige emotionele ontregeling: belang commitment Demonstratie

A hoe het niet moet

B hoe het wel moet

Discussie en vragen.

#### **Literatuur**

Thomas R. Lynch. *Radically Open Dialectical Behavior Therapy*. 2018, context press, Oakland CA.

Marsha M. Linehan, *Borderline persoonlijkheidsstoornis; handleiding voor training en therapie*. Amsterdam, Pearson, 2016.

## **Openbare supervisie**

### **Cognitief gedragstherapeutische behandeling van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) bij kinderen en jongeren vanuit het biopsychosociale model.**

**Visser, I. (Ingeborg)**

#### **Introductie**

Hoe behandel je kinderen of jongeren met lichamelijke klachten waar geen medische diagnose voor is gevonden? Bevind je je in een impasse binnen de therapie en wil je samen naar je therapie kijken met een bril op vanuit het biopsychosociaal model? Bij deze openbare supervisie heb je de gelegenheid hierover van gedachten te wisselen met VGCT supervisor Ingeborg Visser, GZ-psycholoog i.o. tot klinisch psycholoog/psychotherapeut, lid van de sectie somatiek van de VGCT en zeer ervaren op het gebied van de behandeling van SOLK-behandelingen bij K&J.

#### **Achtergrond**

Kinderen of jongeren met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) hebben last van hun klachten; de lichamelijke klachten tasten de kwaliteit van hun leven aan op fysiek, psychosociaal als omgevingsniveau. Vaak kunnen zij minder afspreken met hun vrienden door de klachten, sporten kan in het gedrang komen, er is sprake van schoolverzuim en de klachten hebben een negatieve invloed op het gezinsfunctioneren. Onderzoek liet bijvoorbeeld zien dat de kwaliteit van leven van kinderen met onverklaarde buikpijnklaarten vergelijkbaar aan die van kinderen met de ziekte van Crohn. Op grond van het klassieke biopsychosociale model (BPS-model) worden in deze supervisie factoren in kaart gebracht die een rol kunnen spelen bij het ontstaan, en/of in stand houden van SOLK. Het BPS-model is een model over het menselijk functioneren; het gaat er vanuit dat bij elke ziekte en verstoring in het functioneren altijd alle de drie grote domeinen – biologisch, psychologisch en sociaal – een rol spelen. De behandelaar kan, samen met kind en ouders, de predisponerende, direct uitlokkende en in stand houdende factoren voor de lichamelijke klachten in kaart brengen. Met het in kaart brengen van alle factoren ontstaat vervolgens een matrix van op elkaar inwerkende factoren. Op basis van de uitwerking van het model bepalen de behandelaar en cliënt op welke factoren de behandeling zich gaat richten. Het gaat bij deze openbare supervisie niet om het krijgen van een kant en klare oplossing binnen de SOLK-therapie, maar meer om het samen uitzoeken welke stappen in het proces zijn gezet en geholpen hebben en welke niet en wat mogelijke ingangen kunnen zijn om het vastgelopen proces weer op gang te krijgen vanuit het biopsychosociaal model

## **Symposium**

### **De rol van leerprocessen en de belonende waarde van voedsel bij (overmatig) eetgedrag - en mogelijke implicaties voor de praktijk**

**Jansen, A. (Anita)**

*Universiteit Maastricht*

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

Leerprocessen kunnen op verschillende manieren ons eetgedrag beïnvloeden en obesitas in de hand werken. Zo kunnen mensen bijvoorbeeld leren dat wanneer zij elke avond op de bank zitten en iets lekkers eten, deze situatie ('s avonds op de bank zitten) een voorspeller wordt van lekker eten en vervolgens trek ervaren bij blootstelling aan deze situatie (Pavloviaans leren). Daarnaast speelt instrumenteel leren een rol: eten is een handeling waarvan we geleerd hebben dat hij belonend is – vooral wanneer het gaat om ongezond, hoog-calorisch voedsel. Ten slotte kan, wanneer men een handeling maar vaak genoeg uitvoert, een gewoonte ontstaan: eten is dan niet langer afhankelijk van de huidige belonende waarde van een soort voedsel (die bijvoorbeeld laag is wanneer iemand verzadigd is) maar gebeurt automatisch. In dit symposium wordt in het bijzonder ingegaan op studies naar individuele verschillen in leerprocessen, de factoren die van invloed zijn op de belonende waarde van voedsel en de rol van stress bij gewoonteleren. De mogelijke implicaties van deze meer fundamentele onderzoeken zullen worden besproken.

#### **1. Het aanleren en generaliseren van “zin om te eten” in mensen met normaal gewicht en mensen met obesitas**

**Akker, K. van den (Karolien)**

*Universiteit Maastricht*

#### **Introductie**

“Zin om te eten” is vaak aangeleerd: wanneer u telkens als u langs uw favoriete bakker loopt een lekker gebakje koopt, kan deze situatie (langs uw favoriete bakker lopen) een voorspeller worden van lekker eten en geconditioneerde responsen (zoals zin om te eten) opwekken. Het is mogelijk dat mensen verschillen in hoe gemakkelijk zij verbanden leggen tussen dergelijke stimuli en lekker eten. Daarnaast kunnen mensen verschillen in de generalisatie van deze aangeleerde reacties, ofwel in hoeverre reacties generaliseren naar stimuli die lijken op de eet-geassocieerde stimulus maar niet precies hetzelfde zijn (bijv. langs andere bakkers lopen). Individuele verschillen in het aanleren en generaliseren van aangeleerde reacties zouden kunnen verklaren waarom de één vaker trek ervaart en overeet – en gemakkelijker aankomt – dan de ander.

#### **Materiaal en methodes**

In twee labstudies (N = 80; N = 85) werden mensen met gezond gewicht en mensen met overgewicht/obesitas vergeleken op een conditioneringstaak waarbij één stimulus (bijv. een klein rondje) steeds werd gevolgd door het eten van chocola of chips, terwijl een andere stimulus (bijv. een groot rondje; de controlestimulus) nooit werd gevolgd door lekker eten. Reacties op deze stimuli (zoals zin in chocola/chips en daadwerkelijke voedselinname) werden gemeten. In één studie werd bovendien onderzocht of proefpersonen verschillen in generalisatie d..m.v. het meten van reacties op tussenliggende rondjes.

#### **Resultaten**

In een van de twee studies werd bewijs gevonden dat mensen met overgewicht en obesitas slechter leren: zij lieten minder grote verschillen in reacties zien tussen de chocolade-geassocieerde stimulus en de controlestimulus. Aangeleerde reacties (zoals zin in eten)



generaliseerden naar stimuli naarmate die méér leken op de originele eet-geassocieerde stimulus. Mensen met een gezond gewicht en obesitas verschilden niet in de mate van generalisatie.

### **Conclusie**

Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of obesitas al dan niet wordt gekenmerkt door slechter leren op een conditioneringstaak. De bevinding dat generalisatie van aangeleerde reacties optreedt heeft implicaties voor cue exposure therapie: het kan belangrijk zijn om stimuli te identificeren die origineel geassocieerd zijn geraakt met (over)eten, aangezien blootstelling aan deze stimuli ook gegeneraliseerde reacties effectief zou kunnen verminderen.

### **Literatuur**

van den Akker, K., Schyns, G., & Jansen, A. (2017). Altered appetitive conditioning in overweight and obese women. *Behaviour Research and Therapy*, 99, 78-88.

## **2. De belonende waarde van (on-)gezonde voeding: the Law of Effect bij eetgedrag.**

### **Vervoort, L. (Leentje)**

*UGent*

### **Introductie**

Thorndike's Law of Effect beschrijft dat gedrag met belonende gevolgen zeer waarschijnlijk herhaald zal worden, terwijl gedrag met vervelende gevolgen minder waarschijnlijk wordt. Een beloning kan erin bestaan dat iets positiefs wordt toegevoegd (+S+) of iets negatiefs wordt weggenomen (-S-). Eten is intrinsiek belonend. Bij homeostatisch eten worden hongergevoelens weggenomen en volgt een verzadigingsgevoel. Bij hedonisch eten bepaalt de smaak (bv. vet, zoet, zuur) de belonende waarde. Het probleem hier is dat voedingsmiddelen met de hoogst belonende waarde vaak het meeste calorieën bevatten en het ongezondst zijn. In deze presentatie worden twee studies besproken die onderzoeken welke factoren de belonende waarde van gezond en ongezond voedsel bepalen.

### **Materiaal en methodes**

De belonende waarde van voeding kan worden afgeleid uit de mate waarin iemand gemotiveerd en bereid is om moeite te doen om het product te verkrijgen, gemeten met de Food Reinforcement Task (progressief ratio beloningsschema). Studie 1 (n=104, 14-18 jaar) beschrijft hoe de beschikbaarheid van verschillende types voedsel de belonende waarde van ander voedsel beïnvloedt. Studie 2 (n=165, 14-18 jaar) beschrijft hoe de belonende waarde van gezonde voeding kan worden verhoogd.

### **Resultaten**

Adolescenten zijn bereid meer moeite te doen voor ongezonde snacks dan voor gezonde snacks. Als jongeren al een gezonde snack hebben gewonnen, zijn ze nog steeds gemotiveerd om te werken voor een ongezonde snack. Als ze al een ongezonde snack hebben, daalt de motivatie om te werken voor een gezonde snack (Studie 1). Als er aan de gezonde snack een extra beloning wordt toegevoegd, zijn ze bereid om bijna even veel moeite te doen als voor een ongezonde snack (Studie 2).

### **Conclusie**

De belonende waarde van voedsel kan een belangrijke rol spelen in interventies ter promotie van gezond eetgedrag.

### **Literatuur**

Thorndike, E.L. (1911). *Animal intelligence*. New York: Macmillan.

Vervoort, L., et al. (2017). Factors influencing the reinforcement value of fruit and unhealthy snacks. *European Journal of Nutrition*, 56, 2589-2598.

De Cock, N. et al. (2017). Adding a reward increases the reinforcing value of fruit. *British Journal of Nutrition*, 117, 611-620.

### 3. De rol van acute stress in gewoontegedragingen bij eetgedrag

**Hartogsveld, B. (Bart)**

*Universiteit Maastricht*

#### **Introductie**

Doordat we tegenwoordig vaak gestressed zijn, kan het negatieve gevolgen hebben voor ons eetgedrag. Door de afgifte van cortisol en adrenaline heeft het invloed op ons geheugen, en lijkt het ook een invloed te hebben op instrumenteel leren. Dit wordt opgedeeld in twee soorten. Bij doelgerichte gedragingen wordt er een verbinding gelegd tussen een stimulus, een actie, en een uitkomst (beloning of bestraffing; beïnvloed de frequentie van het gedrag). Gewoontegedragingen ontstaan na genoeg herhaling van het gedrag, hier er is slechts een verbinding tussen een stimulus en een actie. De uitkomst doet er dus niet meer toe. Stress lijkt de frequentie van gewoontegedragingen te versterken. Dit is voornamelijk relevant vanwege de potentiële rol in eetgedrag; bijvoorbeeld het niet stoppen met eten, of meer of minder eten wanneer er stress is. In deze presentatie worden twee studies besproken die de connectie tussen cortisol reactiviteit en gewoontegedragingen verder onderzoeken.

#### **Materiaal en methodes**

Deze studies gebruiken een devaluatie paradigma om het aantal gewoontegedragingen te meten. Hierbij worden twee of meer soorten voedsel gebruikt voor de leerfase, en bij de testfase wordt er één gedevalueerd. In studie 1 gebeurt dit met virtuele punten, in studie 2 wordt het zoveel mogelijk eten van de voedselsoort toegevoegd. Studie 2 heeft verder een aantal aanpassingen die de leerfase effectiever probeerden te maken.

#### **Resultaten**

De studies laten een specifiek effect van stress op gewoontegedragingen, participanten die een reactie op cortisol lieten zien na de stress manipulatie lieten meer gewoontegedragingen zien.

#### **Conclusie/discussie**

Stress kan door de invloed op gewoontegedragingen een invloed hebben op het aanleren van eetgedrag en maladaptieve aspecten hiervan.

#### **Literatuur**

Schwabe, L., Wolf, O.T. (2010). Socially evaluated cold pressor stress after instrumental learning favors habits over goal-directed action. *Psychoneuroendocrinology* 35, 977-986.

Fournier, M., d'Arripe-Longueville, F., Radel, R., 2017. Effects of psychosocial stress on the goal-directed and habit memory systems during learning and later execution. *Psychoneuroendocrinology* 77, 275-283.

Smeets, T., van Ruitenbeek, P., Hartogsveld, B., & Quaedflieg, C.W.E.M. (in press). Stress-induced reliance on habitual behavior is moderated by cortisol reactivity. *Brain and Cognition*



## **Clinical Masterclass**

### **Kom op CBT-er: En nu ook de seks!!**

**Laan, E. (Ellen)<sup>1</sup>, Melles, R. (Reinhilde)**

<sup>1</sup>Academisch Medisch Centrum, UvA

#### **Inhoud**

Cognitief gedragstherapeuten zijn goed in vragen stellen, maar als het over seks gaat wordt dat ineens een stuk minder! In deze CMC willen we je leren je schaamte voorbij te stappen en bij je cliënt (en diens partner) concrete en gedetailleerde vragen te stellen mbt de situatie, seksuele gevoelens, gedachten, gedragingen en consequenties. Als het probleem glashelder is kun je je CBT interventies goed toepassen op seksuele problemen!

Om gêne te voorkomen is het hierbij wel van belang je cliënten gerust te stellen. Hierbij is het geven van informatie en voorlichting waardevol (zie de 1e 2 stappen van het PLISSIT-model: [www.seksueledisfuncties.nl](http://www.seksueledisfuncties.nl)). We willen je dus leren balanceren tussen doorvragen enerzijds, en geruststelling/validering anderzijds met als doel het creëren van veiligheid, vertrouwen en openhartigheid; een goede basis voor een effectieve therapie.

Aan de hand van (meegebrachte) casuïstiek en een simulatie echtpaar, waarbij alle deelnemers de therapeut zijn, en wij de coaches, leren we je vragen te stellen die bij seksuele problemen belangrijk zijn. Hierbij willen we graag demonstreren hoe het (niet) moet. Tevens geven we suggesties mbt mogelijke (CBT)interventies.



## **Lezingencyclus**

### **1. Impact van een op mindfulness gebaseerde interventie op het cognitief functioneren en het herstel van veranderingen in de hersenen na chemotherapie bij borstkankerpatiënten: een pilootstudie**

**Raes, F. (Filip)**

*KU Leuven*

#### **Introductie**

De overlevingskansen na borstkanker zijn de voorbije jaren sterk toegenomen dankzij snellere opsporingsmethodes en meer doelgerichte behandelingsmethodes. Een relatief grote groep patiënten (18 tot 78%) ervaart na het beëindigen van chemotherapie problemen met het cognitief functioneren, waarbij verminderde concentratie en moeilijkheden bij uitvoerende taken en multi-tasking de meest voorkomende problemen zijn. Deze klachten kunnen een grote impact hebben op het dagelijks leven en de levenskwaliteit. In deze studie gingen we na wat de impact is van een op mindfulness gebaseerde interventie (MBI) op de cognitieve klachten en het cognitief functioneren na chemotherapie.

#### **Materiaal en methodes**

Vierendertig borstkankerpatiënten namen na behandeling deel aan de studie. Ze werden gerandomiseerd over een experimentele (n=18) en wachtlijst controlegroep (n=15). Alle deelnemers gaven aan cognitieve klachten te ervaren, gemeten via de cognitive failure vragenlijst. Metingen werden uitgevoerd op 3 tijdstippen: 1-2 weken voor randomisatie, 1-2 weken na de interventie en 3 maanden na afloop van de interventie. De metingen bestonden uit vragenlijsten, objectieve cognitieve testen, en geavanceerde beeldvorming. In de vragenlijsten werd gepeild naar cognitieve klachten, symptomen van vermoeidheid, stress, angst en depressie. Met resting state functionele MRI (rs-fMRI) werden veranderingen in hersenconnectiviteit in het aandachts- en default mode netwerk (DMN, een netwerk dat in verband wordt gebracht met introspectie, dagdromen en piekeren) bestudeerd.

#### **Resultaten**

Een multilevel modellering analyse toonde (1) een significante daling in cognitieve klachten, symptomen van vermoeidheid, stress, angst en depressie, en (2) geen significante verschillen in de cognitieve testen. De daling in cognitieve klachten was gecorreleerd met een verbetering in mindfulness vaardigheden. Daarnaast toonde rs-fMRI connectiviteits analyse een significant interactie effect (tijd-groep) binnen het aandachtsnetwerk waarbij patiënten na MBI een sterkere connectiviteit vertoonden in vergelijking met de controle groep. Trends voor een verminderde connectiviteit na MBI werden geobserveerd binnen het DMN netwerk.

#### **Conclusie/discussie**

Terwijl de MBI zorgde voor een significante reductie in subjectieve cognitieve klachten kon er geen effect worden waargenomen op de cognitieve testen. De positieve veranderingen in subjectieve cognitieve klachten, symptomen van vermoeidheid, stress, angst en depressie en veranderingen in hersenconnectiviteit kunnen er op wijzen dat deelnemers na de interventie op een andere manier omgaan met de klachten.

#### **Literatuur**

Ahles TA, Root JC, Ryan EL: Cancer- and cancer treatment-associated cognitive change: an update on the state of the science. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 30:3675-86, 2012

Piet J, Wurtzen H, Zachariae R: The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Symptoms of Anxiety and Depression in Adult Cancer Patients and Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 80:1007-1020, 2012

## **2. Het effect van zelfcompassietraining op de dynamische relaties tussen stress en zelfcompassie bij patiënten met een somatisch-symptoomstoornis**

**Houtveen, J.H. (Jan)**

*Altrecht psychosomatiek, Eikenboom*

### **Introductie**

Uit onderzoek blijkt dat de effecten van behandeling bij patiënten met een somatisch-symptoomstoornis (SSS) beperkt zijn. Dit kan reflecteren dat SSS moeilijk te behandelen is, maar ook dat traditionele, generieke, op gemiddelde waardes gebaseerde uitkomstmaten onvoldoende in staat zijn relevante verandering in beeld te brengen. Het huidige pilot-onderzoek richt zich op effecten van een zelfcompassietraining op stress en zelfcompassie bij individuele patiënten met SSS. Om effecten betrouwbaar in kaart te brengen bij een individu wordt intensief longitudinaal gemeten. Hierbij ontstaan tijdseries van data die de mogelijkheid bieden tot dynamische netwerken, welke aanwijzingen geven over oorzaak-gevolg relaties.

### **Materiaal en methodes**

Zeven deelnemers met SSS hebben gedurende vier opeenvolgende fasen van elk 28 dagen (baseline, training-deel1, training-deel2, follow-up) dagelijks op de computer een korte vragenlijst ingevuld. Stress (1 item) en zelfcompassie (2 items) werden met VAS-schalen gemeten. Twee tijdserie-datasets werden vergeleken: baseline+training-deel1 en training-deel2+follow-up. Patiënt-specifieke verschillen tussen de sets in de gemiddelde waardes van stress en zelfcompassie, de varianties (schommelingen), het verloop over de tijd ten gevolge van de behandeling, en de dynamische relaties werden in kaart gebracht via een nieuwe statistische techniek genaamd dynamische 'structural equation modeling' (DSEM).

### **Resultaten**

Bij 4 patiënten werd een significant verschil tussen de twee sets gevonden in de gemiddelde waarde: een lagere stress en hogere zelfcompassie. Bij 2 patiënten werd in set 2 een significant lagere variantie in stress en zelfcompassie gevonden dan in set 1. Bij 6 patiënten werd een verschil tussen set2 en set1 gevonden in de dynamische samenhang tussen stress en zelfcompassie.

### **Conclusie/discussie**

Patiënten met SSS variëren sterk in hun persoonlijke dynamische netwerk van stress en zelfcompassie. Zelfcompassietraining kan een effect hebben op het gemiddelde niveau van stress of zelfcompassie of op de schommeling rond dit gemiddelde, maar ook op het individuele dynamische netwerk. Dit varieert per patiënt wat pleit voor individuele dynamische uitkomstmaten om relevante veranderingen bij SSS in kaart te kunnen brengen.

### **Literatuur**

Ellen L. Hamaker, E.L. & Wichers, M. (2017). No Time Like the Present: Discovering the Hidden Dynamics in Intensive Longitudinal Data. *Current Directions in Psychological Science*, 26 10–15.

Neff, K.D., Kirkpatrick, K.L., & Rude, S.S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *J. Res. Pers.* 41, 139-154.

### **3. Pijn en optimisme: effecten van een online positieve psychologie interventie op emotioneel en cognitief functioneren in chronische pijn patiënten.**

**Boselie, J.J.L.M (Jantine)**

*Maastricht University*

#### **Introductie**

Het ervaren van pijn heeft een negatieve impact op de levenskwaliteit van chronische pijn patiënten [3]. Daarnaast heeft chronische pijn ook een verslechterende invloed op cognitief functioneren. Processen zoals waarnemen, redeneren, geheugen, aandacht en concentratie zijn cognitieve functies [1]. Optimisme is een psychologische factor die mogelijk beschermt tegen de negatieve impact en beleving van chronische pijn. Optimisme is de neiging om positieve toekomstverwachtingen te handhaven [5]. Een optimist zal bij onzekerheid eerder de beste uitkomst verwachten en ziet zijn/haar doelen vaker als haalbaar. In deze lezing zullen twee studies worden gepresenteerd.

#### **Materiaal en methodes**

De eerste studie [4] is een RCT dat de effectiviteit van een online positieve psychologie interventie (gelukkig ondanks pijn; GOP) onderzocht. Deze interventie is gericht op het vergroten van optimisme en positieve emoties. In deze studie werd het gelukkig ondanks pijn interventie (n=114) vergeleken met een cognitieve gedrags therapie (CBT; n=112) en een wachtlijst (n=50) conditie. De tweede studie [2] was opgezet om deze bevindingen te repliceren enerzijds en anderzijds om effecten van het gelukkig ondanks pijn interventie op cognitief functioneren te onderzoeken. In totaal werd aan 122 (gelukkig ondanks pijn n=74; wachtlijst n=48) deelnemers gevraagd om voor en na de interventie/wachtlijst periode enkele computer taken te maken. Deze taken meten onder andere concentratie, geheugen en aandacht.

#### **Resultaten**

Resultaten van studie 1: Deelnemers van beide interventies (GOP en CBT) rapporteerden meer optimisme, positieve gevoelens en minder angstige en depressieve gevoelens en minder catastrofale gedachten over pijn dan de deelnemers die op een wachtlijst stonden. Hoewel deelnemers niet minder pijn ervoeren, rapporteerden ze wel dat ze het leven konden leiden dat ze graag wilden, ondanks het ervaren van die pijn. Resultaten van studie 2: Resultaten toonden aan dat de eerste bevindingen werden gerepliceerd en dat cognitieve taak prestatie verbeterde voor alle deelnemers (i.c. een algemeen leereffect). Er was echter geen additioneel effect van het gelukkig ondanks pijn interventie op taak prestatie.

#### **Conclusie/discussie**

Aangezien medische behandelingen vaak maar tot een bepaalde hoogte verlichting kunnen brengen en de pijn in veel gevallen niet meer weg gaat, is het belangrijk dat chronische pijnpatiënten ook psychologisch worden ondersteund om te leren omgaan met de gevolgen van pijn. Deze studies laten zien dat optimisme gecultiveerd kan worden en dat optimisme het emotionele welbevinden van chronische pijn patiënten kan verbeteren, wat optimisme een veelbelovende factor maakt om te overwegen in de context van pijn.

#### **Literatuur**

- [1] Berryman, C., Stanton, T. R., Bowering, K. J., Tabor, A., McFarlane, A., & Moseley, G. L. (2013). Evidence for working memory deficits in chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *PAIN*, *154*(8), 1181-1196.
- [2] Boselie, J. J. M., Vancleef, L. M. G., & Peters, M. L. (2018). Filling the glass: effects of a positive psychology intervention on executive task performance in chronic pain patients. *European Journal of Pain*.
- [3] Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain*, *10*(4), 287-287.
- [4] Peters, M. L., Smeets, E., Feijge, M., van Breukelen, G., Andersson, G., Buhrman, M., & Linton, S. J. (2017). Happy despite pain: a randomized controlled trial of an 8-week internet-delivered positive psychology intervention for enhancing well-being in patients with chronic pain. *The Clinical journal of pain*, *33*(11), 962.
- [5] Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of general outcome expectancies. *Health psychology*, *4*(3), 219.

## **Symposium**

### **Meer slagkracht in de behandeling van OCD - nieuwe interventies en kennis over werkingsmechanismen en motivatie**

**Visser, H.A.D. (Henny)**

*GGZ Centraal, Centrum voor Psychotherapie, Marina de Wolf-Centrum*

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

We weten het allemaal, een dwangstoornis is een hele nare aandoening die een grote wissel trekt op de kwaliteit van leven van patiënten en hun naasten en CGT is (al dan niet in combinatie met farmacotherapie) de best bewezen methode van aanpak. Echter, of het nu poliklinisch aangeboden wordt of zeer intensief in een gespecialiseerde kliniek, CGT doet het lang niet altijd wat het doen moet. Een flink deel van de patiënten met OCD heeft na afronding van behandeling nog forse klachten. Een ander deel komt überhaupt niet aan behandeling toe wegens angst voor de behandeling of andere motivatieproblemen.

Innovatie, optimalisatie en personaliseren van behandeling is dan ook hard nodig.

Tijdens dit symposium maakt u kennis met reeks innovaties en andere inspanningen die gepleegd zijn of gaan worden om meer slagkracht te bereiken. U bekijkt een video van een patiënt die naar een video van eigen dwanggedrag kijkt en leert veel over het effect daarvan op motivatie en inzicht. Daarnaast maakt u kennis met een test die wellicht ingezet kan gaan worden om patiënten te identificeren die (nog) niet kunnen profiteren van de meest intensieve vorm van behandeling zodat hen een andere beter passende behandeling aangeboden kan worden.

Verder hoort u hoe een nieuwe behandelmethode in zijn werk gaat, de Inference Based Approach (IBA). Uitgangspunten van deze methode zijn dat dwangklachten het resultaat zijn van een verstoorde realiteitstoetsing en dat patiënten moeten leren om zich op waarneming te baseren in plaats van op verbeelding, waardoor zij ontdekken dat alles in orde is en er dus geen enkele reden is voor het uitvoeren van een dwanghandeling. Niet vechten dus om sterker te worden dan de aandrang om een dwanghandeling te verrichten, maar ontdekken dat er geen reden is voor veiligheidsmaatregelen. De resultaten van een eerdere Nederlandse studie naar het effect van deze methode in vergelijking met CGT worden gepresenteerd. En, een voorgenomen studie naar hersenrespons op IBA en op CGT komt aan bod. U leert daar meer over het OCD-brein en de veronderstelde neurocognitieve werkingsmechanismen van psychologische behandeling van OCD. Onder de sprekers treft u een neuropsycholoog (Emma Koenen), een psychiater (Hanneke van Dijk-du Mortier), een GZ psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog (Malinda van Geijtenbeek de Vos-van Steenwijk) en een psychotherapeut/supervisor VGCT (Henny Visser, spreker en chair), allen direct of indirect verbonden aan het Marina de Wolfcentrum Hoog-specialistisch behandelcentrum voor patiënten met angst- en dwangklachten, onderdeel van het centrum voor psychotherapie van GGZCentraal.

#### **1. Kan een Behavior Approach Test (BAT) bij aanvang van intensieve gespecialiseerde CGT verandering in OCD klachten voorspellen?**

**Geijtenbeek - de Vos van Steenwijk, M.R.F. van (Malinda)**

*GGZ Centraal, Centrum voor Psychotherapie, Marina de Wolf-Centrum*

#### **Introductie**

**Achtergrond:** Sommige patiënten met OCD knappen niet op, ondanks dat zij alle stappen van de multidisciplinaire richtlijn (CGT en farmacotherapie) hebben doorlopen, zelfs in een intensieve, gespecialiseerde derdelijns behandelsetting.



Op basis van onderzoek en klinische ervaring wordt ervan uit gegaan dat patiënten niet kunnen profiteren van CGT, als zij niet tot échte exposure komen in therapie (omdat zij weigeren, danwel er sprake is van cognitieve vermijding) (Keijsers, Minnen et al. 2004; Simpson, Maher et al. 2011; Cammin- Nowak, Helbig-Lang et al. 2013; Glenn, Golinelli et al. 2013).

Wij hypothetiseren, dat wanneer een patiënt bij aanvang van de therapie stappen kan zetten op een idiosyncratische angsthiërarchie, óók als de angst substantieel is toegenomen, hij of zij dit ook tijdens de therapie zal gaan doen. En zo ook in staat zal zijn om van de therapie te profiteren en een vermindering in dwangklachten zal bereiken.

**Doel:** Met deze studie onderzoeken we de mogelijkheid om een Behavior Approach Test (BAT) te ontwikkelen, die voorafgaand aan behandeling onderscheid kan maken tussen patiënten die waarschijnlijk wél en patiënten die (nog) niet zullen profiteren van intensieve dagklinische of klinische behandeling voor OCD. Met een dergelijke test, heb je de mogelijkheid om -zo nodig- in een veel eerder stadium de behandeling op maat aan te passen, danwel eerst een andere behandeling aan te bieden: Effectievere en meer op de persoon toegesneden zorg.

### **Materiaal en methodes**

67 patiënten worden voor aanvang van een intensieve gespecialiseerde CGT (deeltijd/klinisch) gevraagd een exposure-test van een uur te doorlopen. De voorspellende waarde van de prestatie op deze exposure-test voor klachtenafname (gemeten met de YBOCS) en een aantal andere uitkomsten worden geanalyseerd middels een multipole logistische regressie analyse.

### **Resultaten**

Begin november zijn de eerste resultaten bekend en deze worden op het congres gepresenteerd!

### **Literatuur**

Cammin- Nowak, S., S. Helbig-Lang, et al. (2013). "Specificity of homework compliance effects on treatment outcome in CBT: evidence from a controlled trial on panic disorder and agoraphobia. ." *Journal Clinical Psychology* **69**(6): 616-29.

Glenn, D., D. Golinelli, et al. (2013). "Who gets the most out of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders? The role of treatment dose and patient engagement. ." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **81**(4): 639-649.

Keijsers, G. P. J., A. v. Minnen, et al. (2004). *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg I. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.*

Simpson, H. B., Maher, et al. (2011). "Patient Adherence Predicts Outcome from Cognitive-Behavioral Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder." *J Consult Clin Psychol.* **79**(2): 247-252.

## **2. Het gebruik van video's in de behandeling van OCD om de motivatie voor behandeling te verhogen**

**Dijk - du Mortier, H. van (Hanneke)**

GGZ Centraal

### **Introductie**

Klinisch leek het kijken naar video's met daarop eigen dwanggedrag motivatie voor behandeling te verhogen. Dit was echter nooit goed onderzocht.

**Inhoud van de lezing:** In deze lezing worden u de uitkomsten van dit onderzoek gepresenteerd en ziet u een video om een indruk te krijgen hoe het is om samen met een patiënt een video met daarop dwang gedrag te bekijken.

### **Materiaal en methodes**

In een kwalitatieve studie hebben we 24 patiënten geïnterviewd over het gebruik van video's met daarop dwanghandelingen van de patiënt zelf. Deze interviews zijn geanalyseerd volgens de grounded theory methode. Alle interviews zijn geanalyseerd door 2 onderzoekers en de resultaten van deze onderzoekers zijn vergeleken.

### **Resultaten**

Tijdens het samen met een therapeut naar deze video's kijken ontstond een gesprek dat lijkt op motivational interviewing. In motivational interviewing wordt de nadruk gelegd op de autonomie van de patiënt en de therapeut probeert aan te sluiten bij de motivatie die er bij de patiënt is. Tijdens het kijken naar de video wordt de patiënt in een expert-rol gezet waarin deze bevraagd wordt over hoe het is deze dwanghandelingen te zien. Patiënten beginnen dan hun mening te geven over wat ze van hun dwang vinden. Ze vertellen bijvoorbeeld welke aspecten ze willen verbeteren en welke niet. Naast dat er overeenkomsten zijn met motivational interviewing voegt het kijken naar de video's ook extra elementen toe: zo vertellen vrijwel alle patiënten dat het inzicht in hun dwangsymptomen toe nam en dat het moeilijker werd de ernst van de dwang te bagatelliseren. Het grootste deel van de patiënten noemde daadwerkelijk dat het kijken naar de video hun motivatie voor behandeling verhoogde.

### **Conclusie**

Het samen met de patiënt naar een video van zijn of haar dwanggedrag kijken sluit goed aan bij motivational interviewing en kan de motivatie voor behandeling versterken.

## **3. IBA, een nieuwe niet beangstigende behandeling voor OCD, hoe werkt dat en hoe effectief is het?**

**Visser, H.A.D. (Henny)**

*GGZ Centraal, Centrum voor Psychotherapie, Marina de Wolf-Centrum*

### **Introductie**

De psychotherapeutische en medicamenteuze behandeling van patiënten met OCD leidt in bijna de helft van de gevallen tot teleurstellende resultaten. Dit geldt eens te meer voor patiënten die gering inzicht in hun klachten hebben. In Canada werd specifiek voor deze doelgroep de Inference Based Approach (IBA) ontwikkeld. IBA is een psychotherapeutische behandelmethode die afname van OCS symptomen bereikt door de patiënt te leren om zich te weren tegen de overtuigingskracht van zijn verbeelding. IBA is m.a.w. gericht is op verbetering van de realiteitstoetsing. Een eerste vergelijking van de effectiviteit van IBA voor deze doelgroep met die van Cognitieve Gedrags Therapie (CGT) was hoopgevend.

**Doel** Het doel van de studie was om te bepalen of IBA effectiever is dan CGT voor de behandeling van OCS met gering inzicht.

**Inhoud van de lezing** Tijdens de lezing worden niet alleen de uitvoering, resultaten en conclusies van het onderzoek besproken, maar wordt tevens aan de hand van casuïstiek geïllustreerd hoe een IBA behandeling werkt.

### **Materiaal en methodes**

Een Multicentre Randomised Controlled Trial (N=90) werd uitgevoerd binnen GGZ Centraal (Ermelo), GGZ Ingeest (Amsterdam) en Vincent van Gogh (Venray) in samenwerking met de VU Amsterdam.

### **Resultaten**

In beide condities werd significante klachtenafname bereikt, maar er kon geen verschil tussen de condities worden aangetoond. Post hoc, in een kleine subgroup van patiënten met het slechtste inzicht ( $n = 23$ ), werd gevonden dat de patiënten die met IBA behandeld waren significant meer symptoomreductie bereikten dan de patiënten die met CGT behandeld waren [estimated marginal mean =  $-7.77$ ,  $t(219.45) = -2.4$ ,  $p = 0.017$ ].

### **Conclusie/discussie**

Patiënten met OCD met slecht inzicht knappen fors op na psychologische behandeling. De resultaten van deze studie suggereren dat CGT en IBA effectieve behandelingen zijn voor deze patiënten. IBA lijkt veelbelovender dan CGT voor patiënten met echt slecht inzicht.

### **Literatuur**

Visser, H.A., Van Megen, H., Van Oppen, P., Eikelenboom, M., Hoogendorn, A.W., Kaarsemaker, M. & Van Balkom, A.J. (2015). Inference-Based Approach versus Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder with Poor Insight: A 24-Session Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84: 284-293.

## **4. Onderzoek naar de neurobiologische werkingsmechanismen van CGT en IBA in OCD patiënten**

**Koenen, E. (Emma)**

GGZ Centraal

### **Introductie**

Eerdere resultaten naar de effectiviteit van de Inference Based Approach (IBA) voor OCD patiënten zijn veelbelovend<sup>1</sup>. De voorbereidingen voor een grootschalige multicenter RCT, waarin de effectiviteit van IBA vergeleken wordt met CGT, zijn dan ook in volle gang. Behalve de effectiviteit van IBA met die van CGT te vergelijken, is het van belang het werkingsmechanisme van IBA in kaart te brengen, en hoe dit verschilt met CGT. Zo op het oog hanteren beide modaliteiten een radicaal andere methode: waar CGT zich richt op de preventie van compulsies in combinatie met emotieregulatie, richt IBA zich rechtstreeks op de obsessies. Kennis over beide werkingsmechanismen biedt niet alleen inzichten in het 'OCD concept', maar ook over het werkzame bestanddeel van beide therapieën.

De studie, die in 2019 zal starten, gaat deelnemers voor en na behandeling onderwerpen aan neuro-imaging onderzoek. Wat zal het effect zijn op de connectiviteit binnen en tussen functionele netwerken in het brein? Op basis van onze kennis van 'het OCD brein', en de rationalen van de behandelmodaliteiten, verwachten we behandel effecten te gaan zien in zowel de cortico-striato-thalamico-cortical circuits<sup>2</sup>, als in het samenspel tussen het Salience Network, Default Mode Network en Central Executive Network<sup>3</sup>.

De studie speelt in op de behoefte aan gepersonaliseerde zorg. Met behulp van Machine Learning technieken gaan we op zoek naar biomarkers, die voorafgaande aan de behandeling een respons op een van beide modaliteiten kunnen voorspellen voor een individuele patiënt. Dit is een eerste stap in het voorkomen van het ondergaan van een voor het individu niet toereikende behandeling, met demoralisatie tot gevolg.

U hoort de opzet en verwachtingen van deze nieuwe studie, die uitgevoerd zal worden in een groot samenwerkingsverband tussen het Vumc Amsterdam, GGz Centraal, GGz inGeest, PsyQ Groningen en Amsterdam, Pro Persona, GGz Drenthe en Mondriaan Maastricht. Het team omvat, naast professionals op het gebied van wetenschappelijk onderzoek en behandeling bij OCD patiënten, diverse ervaringsdeskundigen.

## Literatuur

- 1 Visser, H.A., Van Megen, H., Van Oppen, P., Eikelenboom, M. Hoogendorn, A.W., Kaarsemaker, M. & Van Balkom, A.J. (2015). Inference-Based Approach versus Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder with Poor Insight: A 24-Session Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84: 284-293.
- 2 Van den Heuvel, O.A., Van Wingen, G., Soriano-Mas, C., Alonso, P., Chamberlain, S.R., Nakamae, T., ..., Veltman, D.J. (2016). Brain circuitry of compulsivity. *European Neuropsychopharmacology*, 26: 810-827.
- 3 Menon, V. (2011). Large-scale brain networks and psychopathology: a unifying triple network model. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(10): 483-506.