

## **Workshop**

### **Persoonlijkheidsstoornissen – een gezonde geest in een gezond lichaam?**

**Wijngaart, R. van der (Remco)<sup>1</sup>, Freije, G. K. (Horusta)<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Perspectief Psychotherapie Maastricht

<sup>2</sup>PsyQ Parnassia Groep

## **Workshop**

Bij persoonlijkheidsstoornissen kan de interactie tussen lichaam en geest vanuit verschillende gezichtspunten worden belicht.

Persoonlijkheidsstoornissen zorgen voor een enorme psychologische- en lichamelijke belasting. De maatschappelijke kosten ten gevolge van deze stoornissen zijn groot (Ministerie van Volksgezondheid, 2015). Psychotherapie is de aangewezen behandeling (Hutsebaut ea, 2013) en (van Asselt en Giesen-Bloo 2008).

De samenhang tussen somatische- en psychische problemen lijkt hetzij over- hetzij onderbelicht te worden. Dit geldt zowel voor de psychologische- als de somatische zorg als voor de opleidingen voor deze sectoren.

De heftige emoties, het hoge stressniveau, veroorzaken grote lichamelijke en psychologische schade.

Daarnaast heeft het disfunctionele coping gedrag waarmee patiënten deze emoties proberen te reguleren grote gevolgen. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het gebruik van middelen, zelfbeschadiging, eetstoornissen, sociaal isolement etc..

Verder zijn er meer gezondheidsproblemen bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek. De comorbiditeit met somatische- en psychiatrische stoornissen is hoog.

Tenslotte lopen mensen met persoonlijkheidsstoornissen door hun zelfbeeld, problemen met interpersoonlijk gedrag, en stigmatisering kans op zowel het onvoldoende als het teveel een beroep doen op de somatische gezondheidszorg. De disfunctionele communicatie kan ervoor zorgen dat de lichamelijke problematiek over- of onderbehandeld wordt en de bejegening en behandeling zijn vaak niet afgestemd op de patiënt.

Vanuit het gezichtspunt van (comorbide) persoonlijkheidsproblematiek op het thema soma en psyche wordt belicht hoe er meer aandacht kan komen voor bewustwording van deze processen bij patiënten, naasten en alle betrokkenen in de keten, en hoe opleidingen binnen de somatische- en psychologische zorg in dezen verbeterd kunnen worden.

We zullen vanuit verschillende psychotherapeutische behandelingsperspectieven voorbeelden presenteren en oefenen, zowel met betrekking tot bewustwording van het verband tussen soma en psyche, goede zelfzorg als adequate omgang met de somatische zorgverlening. Deelnemers krijgen de gelegenheid om de geboden interventies zelf te oefenen in kleine, speelse rollenspelen.

## **Literatuur**

Hutsebaut, J., Kaasenbrood, A., Bunningen, N. van (2013). *Factsheet Persoonlijkheidsstoornissen. Cijfers en feiten over diagnostiek, behandeling en actualiteiten op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen*. Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen 2013. [http://www.kenniscentrumpsnl/sites/default/files/publications/kps\\_factsheet\\_2013\\_web.pdf](http://www.kenniscentrumpsnl/sites/default/files/publications/kps_factsheet_2013_web.pdf)



Asselt, A.D.I. van & Giesen-Bloo, J.H. (2008). Kosteneffectiviteit van schematherapie. In Vreeswijk, M. van, Broersen, J. & Nadort, M. (2008). *Handboek schematherapie, theorie, praktijk en onderzoek*. 319-333

Ministerie van Volksgezondheid en Zorg (2015). *Ranglijst aandoeningen op basis van ziektelast (in Dalys)*. <https://www.volksgezondheidenzorg.info/ranglijst/ranglijst-aandoeningen-op-basis-van-ziektelast-dalys>



## **Meet the Expert**

**Judith Beck**

**Beck, J. (Judith)**

*Beck Institute*

### **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**

### **Positieve gezondheidszorg**

**Bannink, F.P. (Fredrike)**

*Bannink*

## **Workshop**

*Gezondheid* is niet hetzelfde als de afwezigheid van klachten of ziekten. Enige jaren geleden kwam men tot een betere omschrijving van het begrip 'gezondheid' dan de oude omschrijving van de WHO (World Health Organization) die stelde dat gezondheid 'een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden, en niet slechts het ontbreken van ziekte of gebrek' betrof. Met de nieuwe omschrijving werd gezondheid een dynamisch begrip: een vermogen of kracht. Het maakt duidelijk dat (ook) patiënten met een chronische ziekte of beperking toch (deels) hun gezondheid kunnen terugwinnen. Het vermogen om zelf de regie te voeren en het begrip 'veerkracht' werden hierin opgenomen.

In het concept *Positieve Gezondheidszorg* van Bannink & Jansen staat de mens centraal en niet de ziekte, en worden de mogelijkheden benadrukt in plaats van de beperkingen. Niet alleen binnen de ggz, waaronder de CGt, maar ook bijvoorbeeld binnen huisartsenpraktijken dienen professionals zich bezig te houden met gezondheidsbevordering, en niet alleen met het behandelen van somatische of psychische ziekten. Ook in het *Visiedocument Medisch Specialist 2025* wordt gesteld dat *alle* medisch specialisten in 2025 de positieve gezondheid als uitgangspunt dienen te hanteren voor hun handelen, in alle fasen van het zorgproces.

Competentiegericht werken is niet meer weg te denken uit de (g)gz. De focus ligt niet (alleen) op hoe problemen of klachten van patiënten kunnen verbeteren, maar ook op hoe kan worden voortgebouwd op sterke kanten en wat er goed gaat in hun leven. Dit geldt uiteraard zowel voor de somatische als de geestelijke gezondheidszorg. Daarbij hanteert de positieve gezondheidszorg naast het reguliere medische model (vanuit het paradigma van de analyse) eveneens het functionele oplossingsgerichte model (vanuit het paradigma van de synthese).

Voor meer informatie zie [www.positievegezondheidszorg.nl](http://www.positievegezondheidszorg.nl)

## **Literatuur**

Bannink, F.P. (2014). *Positieve CGt*. Amsterdam: Pearson. Bannink, F.P. & P. Jansen (2017). *Positieve gezondheidszorg*. Amsterdam: Pearson. Bannink, F.P. & F. Peeters (2018). *Positieve psychiatrie*. Amsterdam: Boom.



## **Workshop**

### **Coping met (onbegrepen) lichamelijke klachten**

**Reinders, M. (Michel)<sup>1</sup>, Visser, S. (Sako)<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>GGZinGeest

<sup>2</sup>Universiteit van Amsterdam/Pro Persona GGZ

## **Workshop**

Het krijgen van (begrepen of onbegrepen) lichamelijke klachten is voor veel patiënten een spanningsvolle en problematische situatie die aanpassing vergt. Sommige patiënten doen dat beter dan anderen. Eén van de factoren die daar een rol in speelt is de manier waarop iemand met zijn klachten omgaat, de zogenaamde coping. Volgens Dempster et al. (2015) is coping een belangrijke voorspeller van de mate van psychologische ontredde die kan optreden bij lichamelijke klachten. Bij SOLK kan de manier waarop iemand met zijn klachten omgaat het beloop beïnvloeden (Claassen – van Dessel, 2018). In deze workshop proberen we de brug te slaan tussen theoretische modellen van coping, onderzoeksbevindingen en de toepassing van deze inzichten in de praktijk van de therapie, zoals dat bv. beschreven is in Visser & Reinders (2015).

## **Literatuur**

Claassen – van Dessel (2018) Getting grip on the unexplained, academisch proefschrift Vrije Universiteit.

Dempster, Howell, McCorry (2015) illness perceptions and coping in physical health conditions, *Journal of Psychosomatic Research* 79: 506-513.

Visser & Reinders (2015) Cognitieve gedragstherapie bij Somatisatie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

## **Symposium**

### **Mentale gezondheid en cognitief gedragstherapeutische behandelingen na traumatisch verlies**

**Eisma, M.C. (Maarten)**

*Rijksuniversiteit Groningen*

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

Het overlijden van een dierbare is een van de meest stressvolle ervaringen die een persoon kan meemaken. Bij een minderheid leidt een verlies tot ernstige psychische klachten, zoals depressie, posttraumatische stressstoornis (PTSS) en aanhoudende, hevige rouw, ook wel gecompliceerde rouw genoemd. Gecompliceerde rouw is in de DSM-5 opgenomen als Persisterende Complexe Rouwstoornis (PCRS), een stoornis die nader onderzocht dient te worden, en een vergelijkbare stoornis, Prolonged Grief Disorder (PGD), wordt waarschijnlijk geïnccludeerd in de ICD-11. Het is belangrijk om gecompliceerde rouw beter te begrijpen en om therapieën te ontwikkelen die deze specifieke klachten effectief behandelen. Enerzijds werpt dit symposium een licht op (het beloop van) symptomen van psychische stoornissen in risicogroepen voor het ervaren van gecompliceerde rouw (aardbevingsslachtoffers en nabestaanden van de MH-17 vliegcrash). Deze studies tonen dat gecompliceerde rouw een unieke uitkomst is van traumatisch verlies, die onderscheiden kan worden van andere stoornissen (bijvoorbeeld depressie en PTSS), zowel in de presentatie als in het beloop van symptomen. Anderzijds biedt dit symposium inzicht in behandelopties voor personen die een traumatisch verlies hebben ervaren of die risico lopen op een vastgelopen rouwproces (vluchtelingen en kinderen die een verlies ervaren). De behandelingen die worden gepresenteerd zijn gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische principes en resulteren in een afname van gecompliceerde rouw en andere verliesgerelateerde psychische klachten.

#### **1. Gecompliceerde rouw zonder posttraumatische stress is een veelvoorkomend symptoomprofiel in overlevenden van de Sichuan aardbeving**

**Eisma, M.C. (Maarten)**

*Rijksuniversiteit Groningen*

#### **Introductie**

Rampen gaan doorgaans gepaard met veel sterfgevallen en traumatische verliezen. Onderzoeken naar psychische gezondheid na rampen hebben zich voornamelijk gericht op posttraumatische stressstoornis (PTSS), maar ernstige, aanhoudende rouw (gecompliceerde rouw) lijkt eveneens relevant (Kun et al., 2009; Li, Chow, Shi, & Chan, 2015). Kleinschalig onderzoek toont aan dat traumatische rouw zonder comorbide stoornissen wellicht het vaakst voorkomt na rampen (Lenferink, de Keijser, Smid, Djelantik, & Boelen, 2017). Dit zou kunnen betekenen dat specifieke behandelingen zoals cognitieve gedragstherapie aangeboden moeten worden aan overlevenden van rampen met gecompliceerde rouw. De huidige studie draagt bij aan deze literatuur door symptoomprofielen van gecompliceerde rouw en PTSS te onderzoeken in overlevenden van de 2008 Sichuan aardbeving die een of meerdere verliezen hebben ervaren.

#### **Materiaal en methodes**

Achthonderddrie aardbevingsoverlevenden (63% vrouw, gemiddelde leeftijd = 47 jaar) vulden een jaar na de ramp zelfrapportageinstrumenten in aangaande demografische, ramp- en verliesgerelateerde kenmerken en symptomen van PTSS en gecompliceerde rouw. Latente klassenanalyses werden toegepast om subgroepen van overlevenden te identificeren van mensen



met verschillende PTSS en gecompliceerde rouw symptoomprofielen. Correlaten van klassenlidmaatschap werden eveneens onderzocht.

### Resultaten

De latente klassenanalyse toonde dat de beste oplossing uit drie klassen bestond: een klachtenvrije klasse met lage PTSS en gecompliceerde rouwklachten ( $N = 375$ ), een hoge gecompliceerde rouwklasse zonder PTSS ( $N = 303$ ), en een kleinere comorbide klasse met PTSS en gecompliceerde rouw ( $N = 125$ ). Correlaten van klassenlidmaatschap waren onder andere geslacht, het verlies van een partner en/of kinderen, het ervaren van vermissing van een familielid en verwondingen ten gevolge van de aardbeving.

### Conclusie

Gecompliceerde rouw is een uniek gevolg van natuurlijke rampen met veel sterfgevallen. Overlevenden van rampen worden idealiter gescreend op gecompliceerde rouw, en, indien nodig, wordt hen een passende psychologische behandeling geboden, zoals cognitieve gedragstherapie.

### Literatuur

Lenferink, L.I.M., de Keijser, J., Smid, G.E., Djelantik, A.A.A.M.J., & Boelen, P.A. (2017). Prolonged grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved individuals: Latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1).

Li, J., Chow, A. Y., Shi, Z., & Chan, C. L. (2015). Prevalence and risk factors of complicated grief among Sichuan earthquake survivors. *Journal of Affective Disorders*, 175, 218-223.

Kun, P., Chen, X., Han, S., Gong, X., Chen, M., Zhang, W., & Yao, L. (2009). Prevalence of post-traumatic stress disorder in Sichuan Province, China after the 2008 Wenchuan earthquake. *Public Health*, 123(11), 703-707.

## 2. Beloop van rouw-gerelateerde klachten na vliegcrash MH17

### Lenferink, L.I.M. (Lonneke)

Rijksuniversiteit Groningen en Universiteit Utrecht

### Introductie

Op 17 juli 2014 werd vlucht MH17 van Amsterdam naar Kuala Lumpur uit de lucht geschoten boven Oekraïne. Alle 298 inzittenden, waaronder 193 Nederlanders, werden gedood. Het verlies van een dierbare onder potentieel traumatische omstandigheden verhoogt het risico op het ontwikkelen van langdurige psychische klachten, zoals langdurige rouw-, depressie en posttraumatische stressklachten. In een vragenlijststudie onder 167 MH17-nabestaanden circa een jaar na de ramp is onderzocht in hoeverre subgroepen te onderscheiden zijn op basis van deze drie klachtengebieden (Lenferink, de Keijser, Smid, Djelantik, & Boelen, 2017). Met een latente klasse analyse werden drie subgroepen gedetecteerd: een veerkrachtige groep met een relatief laag klachtenniveau (20%), een groep met voornamelijk hoge rouwklachten (42%) en een groep met comorbide klachten (38%).

### Materiaal en methodes

Om inzicht te krijgen in hoe dergelijke klachten verlopen over tijd hebben de MH17-nabestaanden 22, 31 en 42 maanden na het verlies opnieuw vragenlijsten ingevuld. Met behulp van “latent class growth modelling” is onderzocht in hoeverre verschillende subgroepen/trajecten te

onderscheiden zijn op basis van de ernst van rouw-, depressie en posttraumatische stressklachten (Lenferink, Nickerson, de Keijser, Smid, & Boelen, in voorbereiding).

### Resultaten

In overeenstemming met eerder onderzoek naar het beloop van depressie klachten na een natuurlijk overlijden van een dierbare (bijvoorbeeld door ziekte; Galatzer-Levy & Bonanno, 2012) werden drie groepen gedetecteerd: chronische verhoogde depressieklachten die toenamen over tijd (6%), verhoogde depressieklachten die afnemen over tijd (8%) en stabiele relatief lage depressieklachten (86%). Anders dan in eerdere studies die zich uitsluitend richtten op depressie, onderzochten wij ook in hoeverre dergelijke subgroepen te onderscheiden zijn voor het beloop van langdurige rouw- en posttraumatische stressklachten. De PTSS-trajecten kwamen sterk overeen met de resultaten van depressie. Het beloop van rouwklachten bleek echter het beste omschreven te worden door twee in plaats van drie trajecten: een groep waarbij milde rouwklachten over tijd afnamen (82%) en een groep waarbij hoge rouwklachten toenamen over tijd (18%).

### Conclusie

De bevindingen uit deze twee MH17-studies tonen aan dat niet alleen rouwklachten te onderscheiden zijn van depressie en posttraumatische stressklachten circa 1 jaar na een potentieel traumatisch verlies van een dierbare, maar dat ook het beloop van rouwklachten onderscheidend is van depressie en posttraumatische stressklachten.

### Literatuur

Galatzer-Levy, I. R., & Bonanno, G. A. (2012). Beyond normality in the study of bereavement: Heterogeneity in depression outcomes following loss in older adults. *Social Science & Medicine*, 74, 1987-1994.

Lenferink L. I. M., de Keijser J., Smid G. E., Djelantik A. A. M. J., & Boelen P. A. (2017). Prolonged grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved individuals: Latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), 1298311.

Lenferink L. I. M., Nickerson, A., de Keijser J., Smid G. E., & Boelen P. A. (in prep.). Trajectories of grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved people.

## 3. "BEP-TG": Cognitieve Gedragstherapie en BEPP voor ernstige psychopathologie na traumatisch verlies

### Boelen, P.A. (Paul)

Universiteit Utrecht en Arq Psychotrauma Expertgroep

### Introductie

Vluchtelingen en asielzoekers hebben niet zelden een combinatie van diverse verlieservaringen en traumatische ervaringen meegemaakt. Een deel van hen kampt als gevolg hiervan met ernstige posttraumatische stress gecombineerd met aanhoudende verschijnselen van rouw. We spreken in dit geval ook wel van traumatische rouw als gevolg van traumatisch verlies. Traumatische rouw verwijst naar de combinatie van PTSS, verstoorde rouw ("Peristerende Complexe Rouwstoornis", PCRS, in termen van de DSM-5), depressie en soms ook andere psychopathologie. De term traumatische verlies verwijst naar de confrontatie met (meerdere) verliezen in (uiteenlopende) traumatiserende omstandigheden. Brief Eclectic Psychotherapy for Traumatic Grief (BEP-TG) is een individuele aanpak voor deze problematiek. De aanpak bestaat uit 16 (individuele) therapieessessies. BEP-TG combineert elementen van cognitieve gedragstherapie voor PCRS met



elementen van "Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD" (BEPP). CGT is een beproefde aanpak voor verstoorde rouw/PCRS (Boelen et al., 2007); BEPP is een effectief gebleken behandeling voor PTSS (Nijdam et al., 2012). BEP-TG omvat onder meer verliesgericht exposure, rituelen, schrijfopdrachten, en betekenisverlening.

### **Materiaal en methodes**

BEP-TG wordt al enkele jaren aangeboden bij Stichting Centrum 45 in Diemen, ingebed in een dagklinische behandeling voor ernstige traumatische rouw bij vluchtelingen en asielzoekers. In deze bijdrage wordt BEP-TG geïntroduceerd en de toepassing bij deze doelgroep geïllustreerd aan de hand van casuïstiek. Tot nu toe hebben enkele tientallen patiënten van Stichting Centrum 45 deelgenomen aan de BEP-TG; ten behoeve van de evaluatie van dit aanbod zijn bij hen voor en na deelname aan de BEP-TG diverse instrumenten voor de meting van PCRS, PTSS en depressie afgenomen.

### **Resultaten**

Uit eerste analyses van de doorlopende evaluatiestudie komt naar voren dat de BEP-TG gepaard gaat met wezenlijke afnames van klachten van PCRS, PTSS en depressie. Met enige voorzichtigheid zijn subgroepen aan te wijzen die relatief gezien meer en minder profiteren van het aanbod.

### **Conclusie/discussie**

Traumatische rouw bij vluchtelingen en asielzoekers kan weerbarstig zijn. BEP-TG, waarin elementen van "conventionele CGT" worden gecombineerd met onder meer schrijfopdrachten en rituelen, is een veelbelovende aanpak voor deze problematiek.

### **Literatuur**

Boelen, P. A., Keijser, J. de, Hout, M. A. van den, & Bout, J. van den (2007). Treatment of Complicated Grief: A comparison between cognitive behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 277-284.

Nijdam, M. J., Gersons, B. P. R., Reitsma, J. B., de Jongh, A., and Olf, M. (2012). Brief eclectic psychotherapy v. eye movement desensitisation and reprocessing therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 200*, 224-231.

Smid, G. E., Kleber, R. J., Rademaker, A. R., Van Zuiden, M., & Vermetten, E. (2013). The role of stress sensitization in progression of posttraumatic distress following deployment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48*, 1743-1754.

## **4. Behandeleffecten van cognitieve gedragstherapie voor gecompliceerde rouw bij kinderen en jeugdigen**

**Spuij, M. (Mariken)**  
*Universiteit Utrecht*

### **Introductie**

Een klein deel van de kinderen die een dierbare verliest, ontwikkelt klachten waarvoor behandeling geïndiceerd is. Psychopathologie in de vorm van Persisterende Complexe Rouw Stoornis (PCRS), Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS) of depressie. PCRS, ook wel Gecompliceerde Rouw genoemd, blijkt zich bij kinderen en jongeren op een vergelijkbare wijze te

manifesteren als bij volwassenen. En een specifieke, rouwgerichte behandeling, is daarom geïndiceerd. Anders dan bij volwassenen zijn er voor jeugdigen vooralsnog nauwelijks effectief gebleken behandelingen beschikbaar voor emotionele problematiek bij kinderen en jeugdigen geconfronteerd met verlies. Spuij en Boelen ontwikkelden daarom “RouwHulp”, een 9-sessies tellende cognitief gedragstherapeutische behandeling voor kinderen en jeugdigen die vastlopen in de verwerking van het verlies van een dierbare (Spuij et al., 2013a, 2013b) en onderzochten deze behandeling in twee pilotstudies en een Randomized Controlled Trial (RCT).

### **Materiaal en methodes**

In deze bijdrage wordt een overzicht gegeven van de inhoud van RouwHulp. Vervolgens worden de effecten van RouwHulp besproken (in termen van afname van symptomen van o.a. PCRS, PTSS, en depressie) aan de hand van twee pilotstudies en de RCT.

### **Resultaten**

De drie studies tonen dat de effecten van RouwHulp bemoedigend zijn, maar ook dat er aanwijzingen zijn dat deze effecten verschillen tussen subgroepen rouwende kinderen en jeugdigen. Bovendien wordt er licht geworpen op de veranderingsmechanismen waar RouwHulp haar effect aan ontleent. Uit de studies blijkt dat het veranderen van disfunctionele denk- en gedragspatronen (ten dele) leidt tot de gevonden effecten.

### **Conclusie/discussie**

Geconcludeerd wordt dat de cognitieve gedragstherapeutische behandeling “RouwHulp” zinvol lijkt te zijn voor het behandelen van blijvende emotionele problemen na verlies bij kinderen en jeugdigen.

### **Literatuur**

Spuij, M., Prinzie, P., Dekovic, M., Bout, J. van den, & Boelen, P.A. (2013a) The effectiveness of Grief-Help, a cognitive behavioural treatment for Prolonged Grief in children: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14, 395.

Spuij, M., van Londen-Huiberts, A., & Boelen, P. A. (2013b). Cognitive-behavioral therapy for prolonged grief in children: Feasibility and multiple baseline study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 349-361.

## **Workshop**

### **Kordurende behandeling van insomnie**

**Mulder, B.P. (Barbara)<sup>1</sup>, Schie, I. van (Isabel)<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Slaapmakend*

## **Workshop**

Kennis over slaap is bij veel therapeuten, psychologen en (huis)artsen beperkt en in de collegebanken wordt er maar mondjesmaat aandacht besteed aan slaap en behandeling van slaapproblemen. Dat terwijl de invloed van slaap op soma én psyche enorm is. Tijd voor een wake-up call!

AchtergrondVeertig procent van alle Nederlanders slaapt slecht en bij 25% is er sprake van een slaapprobleem. Hart- en vaatziekten, hypertensie en diabetes hangen direct samen met slaap [1,2,3] en bij 75% van de mensen die in behandeling is binnen de GGZ spelen slaapproblemen een rol [4]. Waar eerder werd gedacht dat slecht slapen een symptoom was van psychische klachten, blijkt inmiddels uit steeds meer onderzoek dat slaapproblemen (mede)oorzaak zijn van psychische stoornissen [5,6,7]. Slapeloosheid is zelfs de belangrijkste risicofactor voor het krijgen van een depressie [8]. Zestig procent van de mensen met slapeloosheid krijgt slaapmedicatie voorgeschreven bij een eerste bezoek aan de huisarts hiervoor [9], terwijl cognitieve gedragstherapie effectiever is op langere termijn [10]. Bij depressie wordt gezien dat het effect van de behandeling vele malen effectiever wordt, wanneer ook het slaapprobleem wordt behandeld en dat de kans op terugval vermindert [Karolinska = 11,12]. Hoog tijd dus om de behandeling van slaapproblemen te integreren in de GGZ!

## **Leerdoel**

Na afloop van de workshop van anderhalf uur hebben de deelnemers kennis over slaap en slaapproblemen, kunnen zij diverse problemen op het gebied van slaap herkennen en diagnosticeren en zullen zij concrete handvatten hebben om slaapproblemen in de praktijk te behandelen.

## **Werkvormen**

De start van de workshop is actief; een quiz laat deelnemers door de cursusruimte bewegen. Daarna wordt op interactieve manier de wetenschappelijke kennis overgebracht, met voldoende ruimte voor vragen.

## **Workshopleiders**

Barbara Mulder, A&O psycholoog en Isabel van Schie GZ-psycholoog werken bij Slaapmakend, een psychologenpraktijk binnen de Generalistische Basis GGZ, gespecialiseerd in de behandeling van slapeloosheid en comorbide psychische problematiek. Zij werken samen met de Universiteit van Amsterdam om de behandeling van slapeloosheid verder te ontwikkelen. Naast zorg organiseren wij trainingen, workshops en bijscholingen, zowel bij zorginstellingen, RINO's als binnen bedrijven.

## **Literatuur**

Schwartz S; McDowell Anderson W; Cole S.R; Cornoni-Huntley J; Hays J.C; Blazer D. Insomnia and heart disease: a review of epidemiologic studies. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 47(4):313-333.

Palagini L; Bruno RM; Gemignani A; Baglioni C; Ghiadoni L; Riemann D. Sleep loss and hypertension: A systematic review. *Current pharmaceutical design* 2013;19:2409-2419.



Cappuccio FP; D'elia L; Strazzullo P; Miller MA. Quantity and quality of sleep and incidence of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* 2010; 33(2):414-420.

Veerbeek M; Knispel A; Nuijen J. De GGZ in getallen. Trimbos-instituut, Utrecht 2014.  
Baglioni C, Nanovska S; Regen W; Spiegelhalter K; Feige B; Nissen C; Reynolds CF; Riemann D. Sleep and mental disorders: A meta-analysis of polysomnographic research. *Psychological Bulletin* 2016; 142(9):969-990.

Arns M. De rol van slaap bij ADHD: mogelijkheden voor preventie van ADHD? *Tijdschrift voor psychiatrie*; 2013;55:773-782.

Ford, DE; Kamerow, DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention? *JAMA* 1989;262(11):1479-1484.

Baglioni C; Battagliese G; Feige B; Spiegelhalter K; Nissen C; Voderholzer U; Lombardo C; Riemann D. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders* 2011;12(135):10-19.

Knuistingh Neven A; Lucassen PLBJ; Bonsema K; Teunissen H; Verduijn MM; Bouma M. Huisarts NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. *Wet* 2005;48(8):402-15.

Morin CM; Hauri PJ.; Espie CA.; Spielman AJ.; Buysse DJ.; Bootzin RR. Nonpharmacologic Treatment of Chronic Insomnia. *Sleep* 1999;22(8):1134-1156.

Karolinska

Manber R; Edinger JD; Gress JL; San Pedro-Salcedo MG; Kuo TF; Kalista T. Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *SLEEP* 2008;31(4):489-495.

## **Symposium**

### **Het belang van de therapeutische relatie: Zijn we toe aan een nieuwe visie?**

**Keijsers, G.P.J. (Ger)**

*Behavioural Science Institute, Radboud University; Clinical Psychology Sciences, Maastricht University*

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

Diverse uitgebreide metastudies met elk honderden studies laten zien dat de kwaliteit de therapeutische relatie van invloed is op het behandelresultaat bij alle vormen van psychotherapie, zeker ook bij de cognitieve gedragstherapie. Dat effect is er eigenlijk in al het onderzoek. Maar er zijn ook vragen. Zo is het effect niet heel groot. De beleefde kwaliteit van het contact is beslist niet allesbepalend. Bovendien doet het er toe wie de relatie beoordeelt, de cliënt of de therapeut, en vertonen beide beoordelingen opvallend weinig samenhang (Keijsers, 2014). Verder is de vraag of we er wel van uit kunnen gaan dat hoe positiever de relatie beleefd wordt hoe beter het is. Is er geen grens? En tot slot, is het de vraag of zo'n therapeutisch relatie moet opbouwen in de eerste sessies en dan als het ware moet stabiliseren voor een goed behandelresultaat?

In dit symposium zijn vier onderzoekspresentaties opgenomen met bevindingen die ons aanzetten om algemeen geaccepteerde ideeën over de therapeutische relatie te heroverwegen.

Keijsers, G. P. J. (2014). Het grote psychotherapie-debat: waarom zijn specifieke behandeltechnieken belangrijk voor het resultaat van psychotherapie en waarom de werkrelatie? *Tijdschrift Voor Gedragstherapie*, 47, 148-172. doi:10.1007/s12485-015-0026-7

#### **1. Hebben psychotherapeuten door hoe cliënten de therapeutische relatie ervaren?**

**Keijsers, G.P.J. (Ger)**

*Behavioural Science Institute, Radboud University; Clinical Psychology Sciences, Maastricht University*

#### **Introductie**

Al lang is bekend dat de beleving van cliënten van een goede relatie met hun therapeut het uiteindelijke behandelresultaat positief beïnvloedt. In heel veel van dat onderzoek daarnaar werden de cliëntversie en de therapeutversie van de Working Alliance Inventory (WAI-cl en WAI-t) gebruikt. Beide zijn zelfrapportage-instrumenten die meteen na de behandelsessie worden ingevuld. Opvallend is daarbij dat de cliënt- en therapeutversies van de WAI niet erg samenhangen, de gemiddelde correlatie bedraagt .37 (Tryon et al., 2007). Dat is eigenlijk ook mogelijk toch minder gek dan het lijkt, want cliënten letten waarschijnlijk op andere dingen in het gezamenlijke contact dan therapeuten. Reden om dat uit te zoeken.

#### **Materiaal en methodes**

In deze studie deden 72 cliënt-therapeutparen mee die na de eerste, derde en vijfde behandelsessie de WAI invulden. De cliënten waren cliënten uit een algemene poliklinische psychotherapiepraktijk. De therapeuten waren allen ervaren gz-psychologen, psychotherapeuten of klinisch psychologen. De therapeuten werden gevraagd de WAI-cl in te vullen zoals zij denken hun cliënt die op dit moment zouden invullen, de zogenaamde WAI-cl-t.

#### **Resultaten**

Correlaties tussen WAI-cl en WAI-cl-t lagen tussen .35 en .49, opnieuw verrassend laag dus. Bovendien ligt de beoordeling van de therapeutische relatie door therapeuten .44 (Cohen's d,



matig groot effect) lager dan die van de cliënten. Ook dat komt overeen met wat doorgaans in de literatuur gerapporteerd wordt.

### **Conclusie**

Als ervaren therapeuten gevraagd wordt in te schatten hoe hun cliënten op dat moment de kwaliteit van de therapeutische alliantie zouden beoordelen, dan zijn zij daartoe niet goed in staat. Typisch is bovendien dat cliënten positiever zijn over de alliantie dan therapeuten denken. Ook deze bevinding komt overeen met het merendeel van eerder onderzoek.

### **Literatuur**

Tryon, G. S., Blackwell, S. C., & Hammel, E. F. (2007). A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research, 17*(6), 629-642. doi:10.1080/10503300701320611

## **2. Verbaal gedrag van kinderen en therapeuten tijdens alliantiebreuken bij CGT bij kinderen met angstklachten.**

### **Kluft, A. (Arne)**

*Behavioural Science Institute, Radboud University*

### **Introductie**

Breken in de therapeutische alliantie zijn geassocieerd met een minder gunstig therapieresultaat en met drop-out als deze niet worden hersteld. Herstelde alliantiebreuken van de andere kant zijn voorspellend voor een positieve behandeluitkomst (McLaughlin et al., 2014; Stiles et al., 2004). Tot nu toe is er nauwelijks onderzoek verricht naar alliantiebreuken binnen psychotherapie voor kinderen.

### **Materiaal en methodes**

In deze studie werden wekelijkse alliantiemetingen van 89 kinderen (met de TASC) en hun therapeuten (met de WAI) geanalyseerd op het voorkomen van alliantiebreuken (afname van tweemaal de gepoolde standaarddeviatie). De kinderen namen deel aan een RCT voor een protocollaire behandeling voor kinderen met angstklachten (Jansen et al., 2012).

### **Resultaten**

Van de geanalyseerde time series werden bij 13 van de 70 kinderen (19%) alliantiebreuken gevonden en bij 18 van de 56 (32%) therapeuten. In slechts twee gevallen bleek een breuk op zowel de TASC als de WAI. De overeenstemming tussen de beoordelingen door kinderen en hun therapeuten is verrassend laag. Momenteel wordt door middel van het coderen van audio-opnames van de therapiesessies het verbaal gedrag van kinderen en therapeuten tijdens alliantiebreuken onderzocht en zoeken we uit of herstelde en niet herstelde alliantiebreuken gekenmerkt worden door bepaald therapiegedrag van de kinderen of therapeuten tijdens de drie sessies (vooraf, tijdens, daarna) rond een alliantiebreuk. Deze bevindingen worden ook op het congres gepresenteerd.

### **Conclusie**

De kwaliteit van therapeutische relatie zoals beleefd door kinderen en zoals beleefd door therapeuten komt niet erg overeen.

### **Literatuur**

Jansen, M., van Doorn, M. M., Lichtwarck-Aschoff, A., Kuijpers, R. C., Theunissen, H., Korte, M., van Rossum, J., Wauben, A., Granic, I. (2012). Effectiveness of a cognitive-behavioral therapy (CBT) manualized program for clinically anxious children: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12(1), 16. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-16>

McLaughlin, A. A., Keller, S. M., Feeny, N. C., Youngstrom, E. A., & Zoellner, L. A. (2014). Patterns of therapeutic alliance: Rupture–repair episodes in prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 112–121. <https://doi.org/10.1037/a0034696>

Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., Rees, A., Barkham, M. (2004). Patterns of Alliance Development and the Rupture-Repair Hypothesis: Are Productive Relationships U-Shaped or V-Shaped? *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 81–92. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.81>

### **3. De positieve samenhang tussen zorgafhankelijkheid en de therapeutische relatie in een behandelanaloge CGT-studie bij studenten.**

**Geurtzen, N. (Naline)**

*Behavioural Science Institute, Radboud University; Pro Persona*

#### **Introductie**

Zorgafhankelijkheid wordt vaak gezien als een ongewenste bijwerking van psychologische behandelingen (Berk & Parker, 2009; Geurtzen, Keijsers, Karremans, & Hutschemaekers, 2018; Rozental, Kottorp, Boettcher, Andersson, & Carlbring, 2016). Zo is zorgafhankelijkheid geassocieerd met een hogere mate van passiviteit van cliënten in de behandeling en met een langere behandelduur. Er is echter weinig empirisch bewijs dat deze aannames ondersteunt. De huidige studie richtte zich daarom op het in kaart brengen van mogelijke negatieve gevolgen van zorgafhankelijkheid. Getoetst werd of zorgafhankelijkheid samenhang met een hogere mate van passiviteit van cliënten in hun behandeling, de kwaliteit van de therapeutische relatie, een verminderde symptoomreductie, en de wens om een behandeling voort te zetten. Deze hypothesen zijn getoetst in een behandelanaloge setting bij studenten.

#### **Materiaal en methodes**

In totaal hebben 136 studenten deelgenomen die deelnamen aan een CGT-training als onderdeel van hun masterprogramma. In deze training kregen de studenten een behandeling voor hun probleem of klacht, uitgevoerd door een medestudent als behandelaar. Hun zorgafhankelijkheid, passieve houding, therapeutische relatie, symptomen, en de wens de behandeling voort te zetten werden meerdere keren gemeten tijdens de behandelingen door middel van zelfrapportage vragenlijsten.

#### **Resultaten**

De resultaten lieten zien dat twee dimensies van zorgafhankelijkheid, namelijk een submissieve houding en het gebrek aan alternatieven, inderdaad samenhang met een grotere mate van passiviteit van de student. Ook bleek het gebrek aan alternatieven voorspellend voor de wens van de studenten om de behandeling voort te zetten, zelfs wanneer gecontroleerd werd voor klachtenniveau. Zorgafhankelijkheid hing niet samen met klachtenreductie. Een verrassend resultaat was dat een derde dimensie van zorgafhankelijkheid, de behoefte aan het contact met de behandelaar, samenhang met een betere kwaliteit van de therapeutische relatie.

## Conclusie/discussie

De resultaten bevestigen deels de mogelijke negatieve gevolgen van zorgafhankelijkheid en suggereren dat afhankelijkheid kan leiden tot een verhoogde passiviteit bij cliënten en tot onnodig langere behandelingen. Tegelijkertijd is afhankelijkheid ook gerelateerd aan een betere therapeutische relatie. Heeft zorgafhankelijkheid dus mogelijk positieve consequenties? Of werkt een (te) goede therapeutische relatie afhankelijkheid in de hand? Toekomstig onderzoek moet dit uitwijzen, net als de generaliseerbaarheid van de huidige bevindingen naar een patiëntenpopulatie.

## Literatuur

Berk, M., & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: Side-effects of psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(9), 787–794. doi:10.1080/00048670903107559

Geurtzen, N., Keijsers, G.P.J., Karremans, J.C., & Hutschemaekers, G.J.M. (2018). Patients' care dependency in mental health care: Development of a self-report questionnaire and preliminary correlates. *Journal of Clinical Psychology*. Advance online publication. doi:10.1002/jclp.22574

Rozental, A., Kottorp, A., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). Negative effects of psychological treatments: An exploratory factor analysis of the negative effects questionnaire for monitoring and reporting adverse and unwanted events. *PLoS ONE*, 11(6), e0157503. doi:10.1371/journal.pone.0157503

## 4. De therapeutische relatie bij PTSS: Behandeling door één vaste therapeut?

### Minnen, A. van (Agnes)

*Psychotrauma Expertise Center PSYTREC Bilthoven; Behavioural Science Institute, Radboud University*

### Introductie

Bij de behandeling van PTSS wordt vaak het belang van een goede therapeutische relatie benadrukt. Eerst een goede (vertrouwens)band opbouwen met een vaste therapeut, en daarna de trauma's verwerken is vaak het uitgangspunt. In deze lezing worden bij dit uitgangspunt wat kritische vragen gesteld. Aspecten die aan bod komen zijn: Is per se één vaste therapeut nodig voor zo'n vertrouwensband? Kun je een patiënt met (complexe) PTSS behandelen als je deze helemaal niet kent? Kan het aangaan van zo'n therapeutische relatie ook nadelige gevolgen hebben? Aan de hand van een zogenaamd therapeut-rotatiemodel bij patiënten met (complexe) PTSS worden al deze aspecten toegelicht, en wordt de toehoorder uitgenodigd met een andere blik naar de therapeutische relatie te kijken.

### Materiaal en methodes

In een kortdurende behandeling voor PTSS (Exposure en EMDR) kregen patiënten niet 1 vaste therapeut maar vrijwel elke sessie een andere therapeut. Ervaringen met het therapeut-rotatiemodel zijn onderzocht bij 193 PTSS-patiënten, en bij 27 therapeuten door middel van een survey. In een andere populatie werd de Work Alliance Inventory (WAI) na de behandeling (Exposure) afgenomen bij 73 PTSS-patiënten, en een vragenlijst voor hechtingsproblemen.

### Resultaten

Uit de survey bleek dat een ruime meerderheid van zowel patiënten als therapeuten zeer tevreden was over het therapeutrotatiemodel. De WAI scores waren vergelijkbaar met die van studies



waarin patiënten behandeld werden door een vaste therapeut. Er was geen samenhang tussen de therapeutische relatie en hechtingsproblematiek.

### **Conclusie/discussie**

Therapeutrotatie blijkt een veelbelovend nieuw model om (complexe) PTSS patiënten te behandelen. Voordelen zijn onder meer dat de voordelen van een goede therapeutische relatie intensiever kunnen worden benut, dat leertheoretisch gezien meerdere contexten worden gebruikt, en dat implementatie van richtlijnbehandelingen wordt bevorderd.

### **Literatuur**

Hendriks, L., de Kleine, R., van Rees, M., & Van Minnen, A. (2011). Een alternatieve kijk op de therapeutische houding bij de behandeling van PTSS. *DTh*, 31, 382-297

Krampe, H., Wagner, T., Küfner, H., Jahn, H., Stawicki, S., Reinhold, J., ... & Ehrenreich, H. (2004). Therapist rotation—a new element in the outpatient treatment of alcoholism. *Substance Use & Misuse*, 39(1), 135-178.

## **Workshop**

### **TINNITUS CBT4T : A fear avoidance approach**

**Ranson, S.M.G. (Saskia)<sup>1</sup>, Ceulemans, K. (Ken)<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Adelante

## **Workshop**

### *Introductie*

Tinnitus, de waarneming van een intern geluid zonder externe bron, kan in sommige gevallen tot ernstige klachten leiden. Of het waarnemen van een tinnitus ook daadwerkelijk tot belemmeringen (emotioneel, cognitief of gedragsmatig) leidt, heeft niet zozeer te maken met de audiologische karakteristieken van het geluid maar veeleer met psychologische factoren, zoals o.a. vrees-vermijdingsreacties (Cima et al. 2011). Ook bij vertigo is er slechts een zwakke relatie tussen de mate van vestibulaire pathologie (uitval van of schade aan het evenwichtsorgaan) en de mate van belemmering (Godemann et al., 2004; Yardley L., 1994) en lijken vrees-vermijdingsreacties een grotere voorspeller te zijn voor belemmering.

Onderzoek heeft aangetoond dat tinnitus-klachten succesvol behandeld kunnen worden d.m.v. cognitieve gedragstherapie voor tinnitus (CBT4T) (Cima et al, 2012). Wat betreft vertigoklachten is onderzoek naar behandelbaarheid nog zeer schaars en methodologisch beperkt; maar ook hier lijkt cognitieve gedragstherapie een veelbelovende behandeling.

### *Opbouw en werkvormen van workshop*

Deze workshop heeft als algemeen doel om inzicht te verschaffen in de klinische praktijk van de diagnostiek en behandeling van auditief zintuigelijke stoornissen, zoals chronische tinnitus en vestibulaire klachten en om te oefenen met casuïstiek. De workshop is als volgt opgebouwd:

- De kernpunten van de CBT4T worden uitgediept. Er wordt ingegaan op: onderliggende mechanismen die tinnituskklachten kunnen verklaren, diagnostiek en behandeling
- Hoe kan CBT4T vertaald worden naar vertigoklachten? Wat zijn de parallellen en verschillen met tinnitus?
- Bespreking van casuïstiek door middel van vraag en antwoord. Aan de hand van casussen wordt het publiek bevraagd over diagnostiek en behandeling.
- Er wordt vervolgens op een interactieve manier geoefend met moeilijke casussen. Dit gebeurt via een rollenspel waarbij de workshophouders de rol van een tinnitus-patiënt en de behandelaar aannemen. Op cruciale momenten wordt het rollenspel stilgelegd en wordt aan het publiek gevraagd: 'wat gaat er mis?' 'Hoe nu verder?'
- Er wordt afgesloten met de enkele belangrijke take home messages.

### *Leerdoelen*

Na het volgen van de workshop heeft men meer inzicht in de diagnostiek van tinnitus- en vertigoklachten; heeft men inzicht in hoe CBT4T ingezet kan worden bij de behandeling van deze klachten, heeft men op een actieve manier kennisgemaakt en geoefend met casuïstiek.

## **Literatuur**

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, 634-641.

Cima, R.F.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.





Godemann, F, Linden, M, Neu, P, Heipp E, Dorr P. (2004). A prospective study on the course of anxiety after vestibular neuronitis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 351-4.

Yardley, L. (1994). Contribution of symptoms and beliefs to handicap in people with vertigo: a longitudinal study. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 101-13.

## **Workshop**

### **Nieuwe inzichten over exposure, responspreventie en gedragsexperimenten: hoe doe je dat bij dwang?**

**Meyerbröker, K. (Katharina)<sup>1</sup>, Merkx, M.J.M. (Maarten)<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Universiteit Utrecht

<sup>2</sup>HSK

## **Workshop**

### **Theoretische achtergrond:**

Volgens recente inzichten zijn er specifieke stappen die gezet dienen te worden bij het goed uitvoeren van exposure therapie (e.g. Craske et al., 2014; Rijkeboer en Van den Hout, 2014). Hierbij dient de centrale 'als ... dan (CS ... US)'-verwachting achterhaald te worden, die dan als leidraad dient voor de exposure. Er wordt gesteld dat het belangrijkste is dat de cliënt disconfirmatieve informatie opdoet van de CS, waardoor de CS een veilige betekenis krijgt. Klopt deze stellingname? En als deze stellingname klopt, wat betekent dit voor de praktijk met cliënten die onder ernstige dwang lijden? Red je het dan met het disconfirmeren van de verwachtingsrelatie? Maken deze inzichten dat de exposure nu heel anders aangekleed moet worden?

Naast vele andere aspecten lijken vermijding en veiligheidsgedrag een belangrijke rol te spelen. Volgens recente literatuur is het belangrijk om vermijding en veiligheidsgedrag met functie- en betekenisanalyses aan te pakken – er wordt hier van 'first and second lines of defense' gesproken (Ten Broeke & Rijkeboer, 2017). Ook hier mag weer de vraag gesteld worden of dit daadwerkelijk zo is?

In de workshop zullen deze vragen beantwoord worden en zal er stil gestaan worden bij wat de antwoorden voor u als behandelaar in de behandeling betekenen. Moet in eens alles anders? In verschillende oefeningen zal zowel bij vermijding als veiligheidsgedrag van patiënten met dwang worden stil gestaan. Er zal gebruikt worden gemaakt van motiverende gespreksvoering – want we zeggen allemaal dat we motiveren, maar vaak doen we het niet! Motiverende gespreksvoering is ervoor bedoeld dat u de cliënt leert om de cliënt zichzelf te motiveren om de veranderverantwoordelijkheid te nemen. Waardoor ook cliënten met ernstige dwang eerste stappen bij exposure en responspreventie zetten.

### **Werkvormen:**

De werkwijze en inhoud van de workshop bestaat naast een korte toelichting van de nieuwste inzichten van behandeling van obsessief compulsieve stoornissen, voor het merendeel uit gedragsgerichte oefeningen met de verschillende vaardigheden en strategieën volgens de concepten van exposure + responspreventie en motiverende gespreksvoering.

### **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.

Miller & Rollnick, 2012. *Motivational Interviewing: Helping People Change*. Guilford press. ISBN 9781609182274

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

Ten Broeke, E. & Rijkeboer, M.M. (2017). Over het hanteren van vermijding en veiligheidsgedrag bij de behandeling van angststoornissen. *Gedragstherapie*, 50, 2-20.

## **Workshop**

### **Alleen op de wereld? Jong en dynamisch. Schematherapie in groep bij adolescenten**

**Blokland, A. (Marian)<sup>1</sup>, Horstman, C. (Coen)<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Lucertis Maastricht

<sup>2</sup>Eigen praktijk en Vincent van Gogh Weert

## **Workshop**

### **Workshopgevers:**

*Drs. Marian Blokland:* psychotherapeut/GZ-psycholoog, supervisor VGCT en senior schematherapeut; docent schematherapie.

*Drs. Coen Horstman:* klinisch psycholoog/psychotherapeut, supervisor VGCT en schematherapie; docent schematherapie.

Adolescentie is een stormachtige ontwikkelingsfase in de groei naar volwassenheid. Een aantal adolescenten hebben klachten die wijzen in de richting van een persoonlijkheidsstoornis in wording. Voor deze adolescenten is groepsschematherapie nuttig. Groepsschematherapie is een aantrekkelijke therapievorm voor adolescenten omdat de groep het fenomeen van de peergroep weerspiegelt. Veel van de adolescenten voelen zich eenzaam en hebben behoefte erkenning aan gezien worden. De therapiegroep geeft de mogelijkheid aan adolescenten om erkenning van leeftijdsgenoten te krijgen. In deze therapie wordt nauw samengewerkt met de ouders van de adolescenten door middel van een oudergroep.

Schematherapie richt zich op wat gevoel en lichaam zeggen.

Veel vormen van persoonlijkheidsproblematiek kunnen effectief worden behandeld met schematherapie. Ook behandeling van persoonlijkheidsproblematiek met groepsschematherapie is een effectieve behandeling gebleken. Het onderzoek naar schematherapie bij adolescenten staat nog in de kinderschoenen. Op dit moment loopt er een onderzoek onder verantwoordelijkheid van de Universiteit van Maastricht.

### **Leerdoelen:**

*De dynamiek en het model van groepsschematherapie, specifiek bij adolescenten begrijpen*

In deze workshop zal het model voor groepsschematherapie worden toegelicht dat gebaseerd is op het model van Farrell en Shaw (2014) en dat in Maastricht is doorontwikkeld tot groepsschematherapie voor adolescenten.

*Wat zijn veel voorkomende schema's, coping stijlen en modi bij adolescenten?*

Hoe kun je deze onderscheiden van "normaal" pubergedrag.

*Technieken toepassen die de schema's en modi te veranderen*

Welke specifieke technieken zijn toepasbaar bij adolescenten om contact te krijgen met het kwetsbare kind, omdat alleen cognitieve technieken ontoereikend zijn.

*Valkuilen in de groepsschematherapie herkennen en hanteren*

Hoe zorg je er voor dat de adolescenten therapietrouw zijn naar de groepstherapie. Een middenweg hanteren tussen het handhaven van afspraken en ruimte bieden voor autonomie-ontwikkeling. Welke modi van de adolescenten en het therapeuten-duo spelen hierbij en rol en hoe kun je deze dynamiek hanteren?

### **Werkvormen:**

Theoretische inleiding, demonstraties door docenten en DVD en oefenen in en met de groep.



## **Literatuur**

Farrell, J.M., & Shaw, I.A. (2014). *Schematherapie in de klinische praktijk. Een complete gids voor individuele, groeps-, en geïntegreerde behandeling voor schemamodi*. Amsterdam, Uitgeverij Nieuwezijds.

Loose, C., Graaf, P., & Gerhard ,Z. (2013). *Schematherapie met kinderen en jongeren*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

## **Symposium**

### **Sociale angst bij kinderen: hoe goed werken behandelingen en wat zijn implicaties voor verbetering?**

**Baartmans, J.M.D. (Jeanine)**

*UvA minds*

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

Angststoornissen zijn de meest voorkomende psychische stoornissen in de kindertijd (Kessler et al., 2012). Het hebben van een angststoornis wordt onder andere geassocieerd met lagere academische prestaties en een verhoogde kans op het ontwikkelen van andere psychische stoornissen (waaronder depressie en middelenmisbruik) (Keller et al., 1992). Over het algemeen herstellen angststoornissen niet spontaan en worden angststoornissen bij kinderen behandeld met cognitieve gedragstherapie (Beidel & Alfano, 2011). Hoewel deze behandelingen goede resultaten laten zien zijn er toch opvallende beperkingen. Ongeveer 40% van de kinderen blijft last houden van angstklachten na de behandeling (James, James, Cowdery, Solar, & Choke, 2013). Met name de behandelingen voor sociale angst bij kinderen laten minder goede resultaten zien. Een sociale angststoornis wordt gekenmerkt door de angst om negatief beoordeeld te worden in sociale situaties. Kinderen met een sociale angststoornis ervaren minder snel verandering in hun angstklachten en hebben slechtere uitkomsten na de behandeling dan kinderen met andere angststoornissen (Hudson et al., 2015). Dit symposium gaat allereerst in op behandelresultaten van een geprotocolleerde behandeling voor sociale angst in vergelijking met andere angststoornissen in een Nederlandse steekproef. Vervolgens zal er in meer detail worden ingegaan op effecten van CGT-behandelingen gericht op sociale angst bij kinderen middels een single case design. De rol die het modulair aanbieden van een protocollaire behandeling, therapeutische flexibiliteit en kindbetrokkenheid speelt zal worden besproken. In de derde presentatie wordt besproken hoe sociale vaardigheden mogelijk samen kunnen hangen met de behandelresultaten van behandelingen voor sociale angststoornis in vergelijking met andere angststoornissen. In de laatste presentatie wordt besproken welke rol emotieherkenning kan spelen bij de behandeling van sociale angst bij kinderen. In een afsluitende discussie zal worden ingegaan op wat deze resultaten bij elkaar zouden kunnen impliceren voor de verbetering van behandelingen voor sociale angst bij kinderen.

#### **1. Cognitieve gedragstherapie voor een sociale angststoornis vs andere angststoornissen bij kinderen**

**Baartmans, J.M.D. (Jeanine)**

*UvA minds*

#### **Introductie**

Het doel van het onderzoek was om de behandelresultaten van sociale angst bij kinderen te vergelijken met de behandelresultaten van andere angststoornissen bij kinderen. Meer specifiek werd bekeken in hoeverre angstsymptomen afnamen en kinderen nog last hadden van hun angststoornis wanneer ze een primaire sociale angststoornis of een (comorbide) sociale angststoornis voorafgaand aan de behandeling hadden.

#### **Materiaal en methodes**

Deelnemers aan het onderzoek waren 159 kinderen tussen 7 en 18 jaar ( $M = 12.78$ ,  $SD = 2.79$ ). Alle kinderen waren verwezen naar een jeugd-GGZ instelling voor behandeling van een angststoornis. De kinderen werden behandeld met het cognitieve gedragstherapeutische protocol



‘Denken+Doen=Durven’. Zowel de kinderen zelf als hun ouders rapporteerden voor de behandeling, direct na de behandeling, drie maanden na de behandeling en een jaar na de behandeling over de angstsymptomen van hun kinderen op vragenlijsten en in gestructureerde interviews.

## Resultaten

Allereerst werd er gevonden dat wanneer kinderen een (comorbide) sociale angststoornis hadden ze een hogere ernstscore hadden op het klinische interview dan wanneer kinderen geen sociale angststoornis hadden. Na de behandeling lieten kinderen met een (comorbide) sociale angststoornis een grotere afname van ernst van de angst zien dan kinderen zonder een (comorbide) sociale angststoornis. Kinderen met een primaire sociale angststoornis rapporteerden na de behandeling een minder grote afname van angstsymptomen en waren na de behandeling minder vaak vrij van hun angststoornis dan kinderen zonder een primaire sociale angststoornis. Kinderen met een (comorbide) sociale angststoornis ervoeren een vergelijkbare afname in angstsymptomen als andere kinderen, maar waren minder vaak vrij van al hun angststoornissen direct na de behandeling, maar niet op langer termijn.

## Conclusie

De resultaten suggereren dat kinderen met een sociale angststoornis voor behandeling meer last lijken te hebben van hun angsten dan kinderen zonder een sociale angststoornis. Hierdoor lijkt de afname van de lijdensdruk bij kinderen met een sociale angststoornis groter dan bij kinderen met een andere angststoornis. Desalniettemin hebben kinderen met een sociale angststoornis vaker nog last van angstklachten dan kinderen zonder een sociale angststoornis.

## Literatuur

Beidel, D. C., & Alfano, C. A. (2011). *Child anxiety disorders: A guide to research and treatment*. Oxford: Taylor & Francis.

Hudson, J. L., Rapee, R. M., Lyneham, H. J., McLellan, L. F., Wuthrich, V. M., & Schniering, C. A. (2015). Comparing outcomes for children with different anxiety disorders following cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 72, 30-37.

James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, 6.

Keller, M. B., Lavori, P. W., Wunder, J., Beardslee, W. R., Schwartz, C. E., & Roth, J. (1992). Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 595-599.

Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruber, M. J., He, J., Koretz, D., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Merikangas, K. R. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of general psychiatry*, 69, 372-380.

## 2. Modulaire CGT voor kinderen met een sociale angststoornis

**Telman, G.E. (Liesbeth)**

Universiteit van Amsterdam

## Introductie

Kinderen en jongeren met een sociale angststoornis lijken minder goed te profiteren van CGT dan kinderen met andere angststoornissen (Hudson et al., 2015). Een manier om CGT voor deze kinderen te verbeteren is door de behandeling meer te personaliseren, bijvoorbeeld door het inzetten van modules (Ng & Weisz, 2016), en door het toe te spitsen op de self-focused attention (Bögels & Mansell, 2004). Het doel van deze studie was (I) de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie (CGT) middels een modulair protocol voor kinderen met een sociale angststoornis te onderzoeken, en (II) de rol van therapeutische flexibiliteit en kindbetrokkenheid in deze behandeling te onderzoeken.

## Materiaal en methodes

De effectiviteit werd onderzocht aan de hand van single case methoden bij 10 kinderen met een sociale angststoornis (50% meisjes, leeftijd 8-17 jaar). De behandeling bestond uit een modulair CGT protocol gebaseerd op een evidence-based CGT protocol (Denken+Doen=Durven), waarbij behandelaren zelf konden kiezen welke modules zij inzetten. Bovendien bevatte het protocol extra modules gericht op het richten van de aandacht, zoals mindfulness en taakconcentratie. Sociale angststoornis en angstsymptomen werden gemeten bij start van de behandeling, na afloop en 10 weken na afloop. Therapeutische flexibiliteit en kindbetrokkenheid werden gecodeerd op basis van audiotapes van de sessies.

## Resultaten

Resultaten lieten zien dat 50% van de kinderen vrij waren van hun diagnose na afloop van behandeling, en 80% bij follow-up. Bovendien was er een significante en sterke daling van ernst van de sociale angststoornis ( $d = 2.70$ ) en sociale angstsymptomen ( $d = 3.74$ ). Therapeutische flexibiliteit en kindbetrokkenheid waren niet gerelateerd aan behandeluitkomst.

## Conclusie

Deze studie laat zien dat kinderen met een sociale angststoornis kunnen profiteren van een modulaire CGT met modules gericht op het richten van de aandacht. Het ontbreken van de angststoornis in 80% van de cases bij follow-up is veelbelovend en is hoger dan gevonden werd in eerdere studies. Dit biedt een aanknopingspunt voor het verbeteren van behandeluitkomsten voor kinderen met een sociale angststoornis.

## Literatuur

Bögels, S. M., & Mansell, W. (2004). Attention processes in the maintenance and treatment of social Phobia: hypervigilance, avoidance and self-focused attention. *Clinical Psychology Review*, 24, 827–856.

Hudson, J. L., Rapee, R. M., Lyneham, H. J., McLellan, L. F., Wuthrich, V. M., & Schniering, C. A. (2015). Comparing outcomes for children with different anxiety disorders following cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 72, 30–37.

Ng, M. Y., & Weisz, J. R. (2016). Annual research review: building a science of personalized intervention for youth mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57, 216–236.

### 3. Sociale vaardigheden, sociale angst en behandeluitkomsten bij kinderen met primair een angststoornis.

Lieber, J.M. (Juliëtte)

Universiteit Utrecht

## **Introductie**

Deze deelstudie richtte zich op het onderzoeken van de predictieve waarde van sociale vaardigheden (assertiviteit, verantwoordelijkheid en zelf-controle) voor de behandel-effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij angstige kinderen met en zonder een sociale angststoornis.

## **Materiaal en methodes**

Kinderen werden behandeld met het VRIENDEN-programma, een programma voor de behandelingen van angst- en depressie bij kinderen. Aan het onderzoek namen 133 kinderen tussen 8 en 13 jaar met primair een angststoornis deel. De uitkomst van de behandeling (*Reliable Change* (RC) and *Treatment Recovery* (TR)) werden in kaart gebracht met behulp van verschillende informanten en met zowel diagnostische informatie, zelf gerapporteerde angstsymptomen als door ouders gerapporteerde internaliserende symptomen.

## **Resultaten**

De resultaten lieten zien dat meer verandering (hogere RC's) en een gunstiger eindsituatie (TR's) werden voorspeld door een hogere mate van assertiviteit en zelfcontrole bij de kinderen. Angstige kinderen met primair of comorbide een sociale angststoornis lieten voorafgaand aan de behandeling minder gunstige sociale vaardigheden zien en deze sociale vaardigheden voorspelden de behandeluitkomst (RC en TR). De aanwezigheid van een primaire of comorbide sociale angststoornis voorspelde echter niet de RC en TC.

## **Conclusie/discussie**

Deze resultaten suggereren dat angstige kinderen kunnen profiteren van een generiek behandelprotocol (zoals VRIENDEN) ongeacht de aanwezigheid van een sociale sociale angststoornis maar dat zij mogelijk meer verandering nodig hebben om tot een gelijke uitkomst te kunnen komen. Sociale vaardigheden kunnen mogelijk een rol spelen bij het verder optimaliseren van de behandeling van kinderen met primair of comorbide een sociale angststoornis.

## **4. Validatie van de Kindergezichten van de Radboud Faces Database (RaFD-K) door kinderen en de relatie met sociale angst**

**Bijsterbosch, G.G. (Geryal)**

*Radboud Universiteit*

## **Introductie**

Het herkennen van emoties speelt een belangrijke rol in sociale interacties in het dagelijks leven, aangezien emoties cruciale informatie kunnen geven over de gedachten en gevoelens van anderen (Leppänen & Hietanen, 2001). Ontwikkelingsstudies benadrukken het belang van emotieherkenningsvaardigheden gedurende de ontwikkeling van het kind en gebruiken in deze studies vaak gezichten als stimuli. Echter, worden meestal gezichten van volwassenen en/of kinderen gebruikt die alleen gevalideerd zijn door volwassenen. Om valide en betrouwbare conclusies te trekken is een gecontroleerde database met kindergezichten die gevalideerd is door kinderen van belang. Het eerste doel van deze studie was daarom om de kindergezichten van de Radboud Faces Database (RaFD-K) te valideren door kinderen. Het tweede doel van de studie was om de relatie tussen het herkennen van emoties en sociale angst bij kinderen te onderzoeken. Er zijn veelal inconsistente bevindingen in de literatuur als het gaat om de relatie tussen het herkennen van emoties en sociale angst bij kinderen. Sommige onderzoeken tonen aan dat kinderen met sociale angst veranderingen laten zien in hun perceptie van emoties die zij aflezen van gezichten (o.a. Lee et al., 2013). McClure and Nowicki (2001) vonden daarentegen geen veranderingen.

### **Materiaal en methodes**

In totaal namen 547 kinderen in de leeftijd van 8- en 12- jaar deel aan de huidige studie. Foto's van kinderen met verschillende gezichtsexpressies (blij, verdrietig, bang, boos, walging, minachting en een neutrale expressie) van de RaFD-K werden getoond. Kinderen werden gevraagd om (1) aan te geven welke emotie de foto's toonden en (2) hoe duidelijk en positief zij de emotie vonden. Daarnaast werd de Sociale Angst Schaal voor kinderen afgenomen.

### **Resultaten**

Resultaten toonden aan dat kinderen tussen 8- en 12- jaar oud in staat zijn om de kindergezichten te herkennen. Daarnaast werden er enkele subtiele leeftijds- en geslachtsverschillen gevonden, en bleken de emotieherkenningsvaardigheden soms afhankelijk van de specifieke emotie. Tevens toonden de resultaten aan dat er geen significante relatie was tussen sociale angst en emotieherkenning.

### **Conclusie/discussie**

De bevindingen uit de huidige studie geven mogelijke implicaties voor behandeling van sociaal angstige kinderen. Het herkennen van unieke verschillen kan onder andere bijdragen aan het specificeren van de behandelingen voor deze specifieke populatie.

### **Literatuur**

Leppänen, J. M., & Hietanen, J. K. (2001). Emotion recognition and social adjustment in school-aged girls and boys. *Scandinavian journal of psychology*, 42, 429-435.

Lee, T. C., Dupuis, A., Jones, E., Guberman, C., Herbert, M., & Manassis, K. (2013). Effects of age and subtype on emotional recognition in children with anxiety disorders: Implications for cognitive-behavioural therapy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58, 283-290.

McClure, E. B., & Nowicki, S. (2001). Associations between social anxiety and nonverbal processing skill in preadolescent boys and girls. *Journal of Nonverbal Behavior*, 25, 3-19.

## **5. Discussie over implicatie van de besproken resultaten voor verbetering van de behandeling gericht op sociale angst bij kinderen**

**Klein, A.M. (Anke)**

*Ruhr-Universität Bochum*



## **Workshop**

### **In een hogedrukpan: over de wisselwerking tussen somatiek en psyche en het afwegen van behandelopties bij ernstige anorexia nervosa.**

**IJBema, M.R. (Marije)<sup>1</sup>, Elgersma, H.J. (Hermien)<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Accare

## **Workshop**

In de behandeling van jongeren met ernstige anorexia nervosa (AN) komen jaarlijks in Nederland casus voor waar de interactie tussen lichamelijke en psychische factoren snel tot ernstige levensbedreigende situaties kunnen leiden. Cognitief gedragstherapeuten worden geconfronteerd met vragen als: hoe en tot wanneer behandel je protocollair? Is een jongere nog wilsbekwaam? Is opname helpend; en zo ja waar dan: in psychiatrisch of somatisch ziekenhuis? Hoe kunnen we dwangbehandeling voorkomen en wanneer ga je over tot gedwongen behandeling? Op deze vragen willen wij in de workshop verder ingaan.

In eerste instantie geven we informatie over de betekenis van extreem ondergewicht door AN en de lichamelijke gevolgen hiervan. Ook staan we stil bij de wilsbekwaamheid. De mate waarin jongeren met AN nog wilsbekwaam zijn wordt in de klinische praktijk onderschat te worden door hulpverleners, blijkt uit onderzoek. We schetsen de juridische, ethische en praktische dilemma's in de samenwerking tussen somatiek en GGz. We delen onze ervaringen die we binnen Accare hebben opgebouwd met het terugdringen van dwang- en drang in het algemeen en bij jongeren met ernstige AN in het bijzonder.

Aan de hand van complexe casuïstiek met levensbedreigende situaties geven we voorbeelden welke interventies kunnen helpen en waarom. Wat is de rol van de (kinder)arts? Hoe werken we goed samen in de keten? Hoe betrekken we het systeem? En hoe werken we met ons allen voor de jongere vanuit 1 consistent (theoretisch) kader?

Tot slot is er tijd voor discussie waarin we met elkaar willen stilstaan bij de vraag hoe kunnen we met elkaar de zorg voor deze groep jongeren verder verbeteren.

## **Literatuur**

Elszackers, I.F.F.M. (2017). *Weighing the options: compulsory treatment, mental capacity and decision making*. (Doctoral dissertation). University of Utrecht. Retrieved from University of Utrecht Repository, <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/354238>.

Zorgstandaard Eetstoornissen

(2017). <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen>