



## Workshop: Consultatie helpt je verder

prof. dr. K Korrelboom (Kees)<sup>1</sup>, drs. C. Dommanschet (Chantal)<sup>1</sup>, prof. dr. J. Spijker (Jan)<sup>2</sup>, drs. A. Morren (Angèle)<sup>3</sup>, drs. G.J. de Haas (Gert Jan)<sup>3</sup>

<sup>1</sup>PsyQ Angststoornissen Haaglanden

<sup>2</sup>Expertisecentrum Depressie Propersona Nijmegen

<sup>3</sup>CCE

### Workshop

Als behandeling niet oplevert wat je zou mogen verwachten en ook intervisie of collegiaal advies je niet verder helpt kun je denken aan externe consultatie. Hiervoor kun je terecht bij TOPGGz-afdelingen of het Centrum voor Consultatie en Expertise. Consultatie is wat hen verbindt, de uitvoering verschilt. Aan de hand van verschillende casussen delen vier experts hun kennis op het gebied van angst, depressie, autisme en NAH, illustreren zij hun werkwijze en ontdek je hoe een externe consultatie bij een vastgelopen behandeling jou en je patiënt weer perspectief kan bieden.

### Deel 1 Angst- en dwangstoornissen

Kees Korrelboom (klinisch psycholoog/hogleraar) en Chantal Dommanschet (klinisch psycholoog) - specialisten in complexe, ernstige en therapieresistente angst- en dwangstoornissen - worden regelmatig benaderd door collega's in de sggz om mee te denken bij ingewikkelde casuïstiek. In deze workshop gaan zij in op overeenkomsten en verschillen tussen supervisie en C&A en illustreren zij adhv casuïstiek inhoudelijke aspecten van adviezen en de wijze waarop adviezen tot stand komen.

### Deel 2 ASS

Angèle Morren (GZ-psycholoog) en Didier Rammers (CCE) hebben veel expertise op het gebied van ontwikkelingsstoornissen en laten in deze workshop zien hoe zij te werk gaan. Wanneer sprake is van langdurige overvraging kan stress en gedragsproblematiek ontstaan. Op welke signalen moet je alert zijn? Wat brengt het aan dynamiek mee en wat vraagt het van de behandelaar?

### Deel 3 Depressie

Jan Spijker (psychiater/hogleraar) is gespecialiseerd in complexe, ernstige en therapieresistente depressieve stoornissen. Hij wordt regelmatig benaderd door collega's in de specialistische ggz om mee te denken bij ingewikkelde casuïstiek. In deze workshop zal hij aan de hand van casuïstiek ingaan op wat dit voor de consultvragers oplevert en hoe hij te werk gaat bij C&A en second opinions.

### Deel 4 NAH

Een beschadigd of afwijkend ontwikkeld brein kan zichtbare en niet of nauwelijks zichtbare gevolgen hebben die hun weerslag hebben op het dagelijks leven van de cliënt, thuis, in de kliniek en in de behandelkamer. Wanneer dit niet onderkend wordt, neemt het risico op overvraging toe. Op welke signalen moeten we alert zijn? Wat brengt het aan dynamiek mee en wat vraagt het van de behandelaar? In deze workshop delen Gert Jan de Haas (neuropsycholoog) en Heleen van der Pijl (CCE) hun kennis.

### Literatuur

[www.topggz.nl](http://www.topggz.nl)

[www.cce.nl](http://www.cce.nl)



## Workshop: Schematherapie SMART: Transitie van client naar gezonde volwassene

Drs W.J. Krol (Wiesette)<sup>1</sup>, Drs GFVM Sijbers (Guido)<sup>2</sup>, Drs R Reubsaet (Rosi)<sup>3</sup>

<sup>1</sup>MUMC+

<sup>2</sup>Eigen praktijk, Academie voor Schematherapie, METggz

<sup>3</sup>Vincent van Gogh Instituut

### Workshop

#### Achtergrond en relevantie onderwerp

Bijna een derde van de cliënten in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) stopt de behandeling voortijdig. Dit meldt het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NVtZ) naar aanleiding van een groot internationaal onderzoek waaraan ook het Trimbos-instituut heeft deelgenomen. Het is onduidelijk waarom dit is. Zijn cliënten tevreden over de verbeteringen en komen ze daarom niet meer of zijn ze gedesillusioneerd? Hoe gaan we als therapeuten met dit gegeven om?

Het is al langer bekend dat sommige psychotherapie lang duurt. Dit zou te maken kunnen hebben met de accepterende houding van de therapeut die weinig directief het proces stuurt. In een studie door Lotte Bamilis was bij de follow-up het aantal cliënten dat nog steeds een behandeling kreeg significant lager bij ST dan bij treatment as usual (TAU) en een variant van cliënt gerichte psychotherapie (COP).

ST heeft een lagere drop out rate en er is sprake van grotere effecten dan traditionele vormen van psychotherapie, maar ook hier kan de behandeling lang duren en is afsluiten lastig. Zoals Jeffrey Young zei (NRC, 2018): "Sommige patiënten blijf ik misschien mijn hele leven zien".

Inmiddels is er veel veranderd. Onder druk van de enorme wachtlijsten, populariteit van schematherapie en behoefte aan effectief en efficiënt werken, wordt schematherapie vaak ingekort en in een groep gegeven. Ook wordt aan het begin een maximum aantal sessies vastgesteld. Dit helpt het proces te sturen maar wat te doen als afsluiten nog steeds lastig is? Deze uitdaging geldt zowel voor cluster B als cluster C problematiek. Voor cluster C cliënten is het niet snel goed genoeg en wil de therapeut of de client nog steeds verbeteren tot het leven perfect is. Cluster B cliënten zijn vaak zo verbonden en gehecht geraakt dat afsluiten moeilijk is.

De afgelopen jaren heeft de academie voor schematherapie ervaring opgedaan met het werken in fases waarbij elke fase duidelijke taken heeft en smart doelen. Het voordeel hiervan is dat er regelmatig wordt geëvalueerd en doelen tussentijds bijgesteld worden. Ook kan eerder worden afgesloten of doorverwezen. Fasegerichte schematherapie voorkomt 'therapist drift' door te werken met SMART doelen. Zonder feedback is er immers geen verbetercyclus. Zonder verbetercyclus geen positieve transitie. Zonder positieve transitie van cliënt naar gezonde volwassene wordt afsluiten van therapie moeilijk.

#### Wat gaat er gebeuren in de workshop?

In deze workshop gaan we nader in op het werken met fases en hoe dit te gebruiken in de overgang van patiënt naar gezonde volwassene. Het werken met fases geeft een duidelijke structuur en afbakening in het therapeutisch proces. Hoe zit de fasering eruit, wat zijn de taken per fase, hoe weet je of iemand toe is aan de volgende fase? Hoe help je de client in elke fase in zijn transitie naar een gezonde volwassene? Je therapeutische houding als therapeut verandert gedurende het proces van verandering en verbetering. Limited reparenting wordt immers aangepast aan de



behoeftes van de client. Hoe spreek je een client aan in fase 1 als er nog weinig gezonde volwassene aanwezig is? Welke oefeningen gebruik je gedurende de verschillende fases en hoe pas je deze aan aan ontwikkelingsniveau van de cliënt? Hoe kan al deze kennis je helpen grip te houden op het therapieproces en voorkomen dat je op drift (stuurloos) raakt?

#### **Wat neem je als deelnemer mee naar huis?**

Deze workshop helpt je om scherp te blijven tijdens de behandeling en gericht toe te werken naar het afronden van de therapie. Kennisoverdracht en ervaringsgerichte oefeningen waarbij de deelnemers een actieve rol spelen worden afgewisseld.

#### **Literatuur**

- Bamelis, L. (2016). Klinische en economische evaluatie van schematherapie bij persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 42(2), 74-85.
- Renner, F., Arntz, A., Peeters, F., Lobbstaël, J., & Huibers, M. J. H. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 51, 66-73. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.12.001>
- Schema therapy for cluster C personality disorders. Arnoud Arntz. *The Wiley-Blackwell Handbook, of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice*, First Edition. Edited by Michiel van Vreeswijk, Jenny Broersen, Marjon Nadort. © 2012 John Wiley & Sons, Ltd.
- Waller, Glenn. (2008). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour research and therapy*. 47. 119-27.
- Schema Therapy for Personality Disorders: a Qualitative Study of Patients' and Therapists' Perspectives. by de Klerk N, Abma TA, Bamelis LL, Arntz A. *Behav Cogn Psychother*. 2017 Jan;45(1):31-45.
- Van Paassen, A. (2013). Beëindigen van psychotherapie. *Tijdschrift voor psychotherapie*. DOI: 10.1007/s12485-013-0067-8
- Arts, W., & Reiners, M. (2012). Het afsluiten van eindeloze behandelingen. *Tijdschrift voor gedragstherapie*, 4.
- Reubsaet, R.J. (2018). Schematherapie: werken met fases in de klinische praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- [https://www.ggz totaal.nl/nw-29166-7-3595673/nieuws/onderzoek\\_werpt\\_nieuw\\_licht\\_op\\_voortijdig\\_stoppen\\_met\\_therapie.html](https://www.ggz totaal.nl/nw-29166-7-3595673/nieuws/onderzoek_werpt_nieuw_licht_op_voortijdig_stoppen_met_therapie.html)
- <https://www.skipr.nl/actueel/id13309-een-op-de-drie-clienten-stapt-voortijdig-uit-ggz.html>



## Workshop: Teken en in de sessie? Doen!

H. G. Grandia (Heleen)

GGZ-NHN

### Workshop

Loop jij er ook tegenaan dat je de aandacht van je client verliest? Of dat er weinig wordt onthouden van wat er in de sessie gebeurt? Zou je wel meer gebruik willen maken van je whiteboard, maar weet je niet hoe? Dan is deze workshop iets voor jou.

In deze workshop leer je de basics van zakelijk tekenen en ga je oefenen met de toepassingen in de sessie.

We beginnen met het visuele alfabet. Daarna maken we aan de hand van een casus een visuele holistische theorie, een G-strip in plaats van een G-schema. We stellen met de client een FA en een BA op en laten hieruit op een logische wijze een interventie volgen.

Nadat je wat basics en toepassingen onder de knie hebt ga je in een groepje zelf een toepassing bedenken. We sluiten af met een presentatie van de verschillende toepassingen uit de groepjes.

### Literatuur

*Visual Thinking* Willemien Brand

*Visual Doing* Willemien Brand

*The sketchnote handbook* Mike Rohde



## Meet the Expert: Thomas Ehring

prof. dr. T. Ehring (Thomas)

*LMU München*

### **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: Hoe om te gaan met negatieve effecten bij Mindfulness-Based Cognitieve Therapie?

MSc. I Hanssen (Imke)<sup>1</sup>, dr. M Huijbers (Marloes)<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Radboudumc

### Workshop

Binnen het medicijnonderzoek is het al jarenlang de gewoonte om mogelijke bijwerkingen te meten. Het onderzoek naar negatieve effecten van psychologische interventies staat echter nog in de kinderschoenen. Er wordt geschat dat 5 - 20% van de cliënten te maken krijgt met negatieve effecten, zoals suïcidaliteit, verergering of terugkeer van klachten, of ontstaan van nieuwe klachten<sup>1</sup>.

Ook bij Mindfulness-Based Cognitieve Therapie (MBCT) kunnen negatieve effecten voorkomen<sup>2</sup>. Langzaam maar zeker verschijnen er meer studies waarin ‘bijwerkingen’ tijdens of na het beoefenen van mindfulness worden beschreven, sommige zelfs ernstig en langdurig. MBCT wordt in toenemende mate voor een bredere populatie psychiatrische cliënten ingezet. Binnen deze bredere populatie zijn ook de meer kwetsbare cliënten te vinden, zoals mensen met een bipolaire stoornis, traumatische voorgeschiedenis, of persoonlijkheidsproblematiek. Daarom vinden wij het belangrijk om aandacht te besteden aan negatieve effecten van MBCT.

Momenteel verzamelen wij op systematische wijze gegevens over mogelijke negatieve effecten van mindfulness beoefening bij cliënten met een bipolaire stoornis. Dit doen we in het kader van het BALANS-onderzoek, een gerandomiseerd onderzoek naar MBCT bij de bipolaire stoornis. Met een deel van deze doelgroep hebben we ook diepte-interviews uitgevoerd om de gerapporteerde negatieve effecten beter te kunnen begrijpen en interpreteren.

### Deze workshop zal bestaan uit de volgende onderdelen:

- Bespreking van de huidige stand van zaken omtrent negatieve effecten bij psychologische behandelingen, met de focus op MBCT.
- Een korte mindfulness-oefening.
- Casuïstiek en bevindingen uit het BALANS-onderzoek.
- Uitwisselen van ervaringen op het gebied van negatieve effecten bij psychologische behandelingen.
- Praktische aanbevelingen voor onderzoek en praktijk.

### Literatuur

Linden, M., & Schermuly-Haupt, M. L. (2014). Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry*, 13(3), 306-309.

Baer, R., Crane, C., Miller, E., & Kuyken, W. (2019). Doing no harm in mindfulness-based programs: conceptual issues and empirical findings. *Clinical psychology review*.



## Symposium: Nieuwe inzichten over het inzetten van gepersonaliseerde dagboekmetingen (ESM) in de behandelpraktijk

Prof. dr. M. Wichers (Marieke)  
UMCG

### Beknopte samenvatting van het symposium

In dit symposium laten we de mogelijkheden zien van gepersonaliseerde dagboekmetingen (ook wel de experience sampling method, of ESM) voor de behandelpraktijk. Middels dagboekmetingen worden patiënten meermaals per dag via hun smartphone bevraagd naar hun stemming, ervaringen, sociale context, gedrag en andere relevante factoren. Hoewel zulke zelfmonitoring an sich al erg inzichtelijk kan zijn voor de patiënt, kan dit worden aangevuld met gepersonaliseerde feedback. Dit soort feedback kan bijvoorbeeld laten zien hoe vaak de patiënt klachten ervaart, wanneer de patiënt zich beter of juist slechter voelt, en wat het verband is tussen gedrag en klachten. Op deze manier kunnen dagboekmetingen diagnose en behandeling informeren. In dit symposium laten we aan de hand van praktijkgerichte voorbeelden de nieuwste innovatieve ontwikkelingen zien omtrent de toepassing van dagboekmetingen in de behandelpraktijk.

Allereerst zal Claudia Simons een studie presenteren waarbij twee patiënten met een psychotische stoornis zichzelf monitorden om inzicht te krijgen in de optimale dosis van antipsychotica. De gepersonaliseerde feedback die wekelijks werd besproken met de patiënt droeg bij aan het gezamenlijk beslisproces.

Daarna laat Marieke Wichers zien hoe dagboekmetingen ingezet kunnen worden om een terugval bij depressieve patiënten (tijdens afbouw van medicatie) te signaleren, al vóórdat er klachten aanwezig zijn.

Date van der Veen presenteert vervolgens Prel@pse, een methode waarbij patiënt en behandelaar samen dagboekmetingen inzetten om vroege signalen uit het terugvalpreventieplan te monitoren. Belangrijke patronen werden gevisualiseerd, samen besproken, en vervolgens gebruikt om nieuwe interventies te bepalen bij een patiënt met OCS.

Dat gepersonaliseerde dagboekmetingen ook een aanvulling kunnen zijn op het crisissignaleringsplan, laat Barbara Montagne zien in haar presentatie. De gevisualiseerde samenhang tussen klachten en dreigende crisis leverden nieuwe inzichten op voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en hun behandelaar.

Tot slot zal Fionneke Bos PETRA demonstreren: een tool waarmee behandelaren en patiënten zelfstandig, zonder tussenkomst van onderzoekers, gepersonaliseerde dagboekmetingen kunnen samenstellen en persoonlijke feedback kunnen genereren.

1. **Zoeken naar de juiste dosis: een pilotstudie naar hoe intensieve zelfmonitoring persoonlijk inzicht kan geven in symptomen en welzijn om dosisoptimalisatie bij antipsychotica te ondersteunen**

dr. C.J.P. Simons (Claudia)  
GGzE

### Kernwoorden

personalized medicine; ESM; single-case; psychose

### Introductie

De *Experience Sampling methode (ESM)* is een gevalideerde methode om veranderingen in kwetsbaarheden en welbevinden nauwkeurig te monitoren, waardoor het mogelijk wordt om de behandeling toe te spitsen op de individuele patiënt. ESM-zelfmonitoring kan daardoor een



hulpmiddel bieden bij het vinden van de meest optimale dosis antipsychotica, omdat het inzicht kan geven veranderingen in de balans tussen gevoeligheid voor psychotische ervaringen en welbevinden en kwaliteit van leven. Deze studie beoogt aan de hand van een aantal N=1 trials met ESM-zelfmonitoring inzicht te krijgen in individuele veranderingen in symptomen, welbevinden en functioneren tijdens verlaging van antipsychotica bij volwassenen met een psychotische stoornis.

### **Materiaal en methodes**

In deze pilot monitorden twee patiënten gedurende een baseline-periode van een week en de daaropvolgende periode van dosis-afbouw (> 90 dagen) hun psychotische ervaringen, welbevinden en functioneren met een ESM smartphone-app (PsyMate™). Iedere week werden de data (in de vorm van lijngrafieken) met de patiënt bekeken. In deze studie werd met lineaire regressiemodellen geanalyseerd of psychotische ervaringen, welbevinden en functioneren veranderden.

### **Resultaten**

ESM data lieten zien dat één patiënt positieve veranderingen toonde in symptomen en welbevinden. Bij de andere patiënt was er sprake van een toename van symptomen, een afname van welbevinden en een afname van sociaal functioneren.

### **Discussie en conclusie**

Intensieve zelfmonitoring met ESM is haalbaar en geeft relevante informatie over (subtiële) veranderingen in het evenwicht van symptomen, welbevinden, en functioneren in het dagelijks leven.

### **Klinische implicaties**

Deze studie laat zien hoe ESM-zelfmonitoring gebruikt kan worden om trends te detecteren die shared-decision making in het optimaliseren van de behandeling van de individuele patiënt kunnen ondersteunen.

### **Referenties en literatuur**

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

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

## **2. Experience sampling voor vroege detectie van symptoomtransities: een replicatie**

**Prof. dr. M. Wichers (Marieke)**  
UMCG

### **Kernwoorden**

ESM, vroegdetectie, terugval, depressie

### **Introductie**

Accurate en gepersonaliseerde detectie van het risico dat een patiënt een omslag of kantelpunt in klachten nadert is klinisch zeer relevant. Tot nu toe doen veel onderzoeken alleen uitspraken op groepsniveau en zijn voorspellingen niet accuraat voor een specifiek persoon of specifieke tijdsperiode waarin een risico op symptoomtransities toeneemt. Principes uit de complexe





systeemtheorie lijken zeer waardevol om dit probleem op te lossen. Deze theorie gaat er van uit dat toenemende instabiliteit van het systeem voorafgaat aan plotselinge transitie en dat er gelijksoortige metingen gedaan kunnen worden die deze instabiliteit in kaart brengen(1) of het nu gaat om klimaat, hersenactiviteit of psychopathologie.

### **Materiaal en methodes**

Recent is er een studie geweest waarbij binnen één persoon een transitie van depressieve klachten in detail en prospectief is gevolgd over 8 maanden tijd en waarbij uit gedetailleerde dagboeken metingen van affect, toenemende instabiliteit voorafgaand aan de terugval in klachten kon worden gedetecteerd(2). In deze presentatie laat ik de resultaten zien van een tweede studie, met hetzelfde unieke design, die als doel heeft deze eerste te repliceren. Deze tweede studie volgde een patiënt over een periode van 164 dagen waarin de patiënt afbouwde van antidepressiva. De patiënt deed 3 dagboekmetingen per dag en vulde wekelijkse de SCL-90 depressie subschaal in.

### **Resultaten**

Een plotselinge terugval in klachten vond plaats in de week na dag 119. Vanaf dag 98 was er een zichtbare aanloop hiernaar toe in termen van gevoelens van somberheid gemeten met het dagboek. Metingen van systeem instabiliteit, ook wel waarschuwingssignalen genoemd, stegen al vanaf dag 69 en piekten precies voorafgaand aan de stijging in het niveau van somberheid. Veranderingen in dynamiek tussen dagelijkse affectieve ervaringen, met netwerktechnieken werd bekeken, lijken precies bloot te leggen hoe psychopathologie ontstaat vanaf het eerste beginpunt.

### **Discussie en conclusie**

Deze studie repliceerde de bevindingen van het eerste experiment dat het mogelijk lijkt op tijd signalen op te pikken dat een persoon een kantelpunt in klachten nadert vóórdát er al klachten aanwezig zijn.

### **Klinische implicaties**

Daarmee groeit het bewijs dat deze benadering een belangrijke stap vooruit kan zetten richting persoons-specifieke risico-inschattingen in de klinische praktijk.

### **Referenties en literatuur**

1. Scheffer, M., Bascompte, J., Brock, W.A., Brovkin, V., Carpenter, S.R., Dakos, V., . . . Sugihara, G. (2009). Early-warning signals for critical transitions. *Nature*, 461(7260), 53-59.
2. Wichers, M., Groot, P.C., Psychosystems, ESM Group, & EWS Group. (2016). Critical slowing down as a personalized early warning signal for depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(2), 114-116. doi 10.1159/000441458
3. **Prel@pse - het monitoren en visualiseren van de klachten- en veerkrachtdynamiek om terugval bij OCS te voorkomen**

DC van der Veen (Date)

UMCG

### **Kernwoorden**

ESM, dagboekmetingen, terugval, terugvalpreventieplan, OCS

### **Introductie**



Bij de behandeling van ernstige angst- of dwangstoornissen is gedeeltelijk herstel meer regel dan uitzondering. Resterende symptomen vergroten de kans op terugval. De vrees voor terugval is bij veel patiënten dan ook groot bij het afronden van een behandeling.

In deze exploratieve studie onderzoeken we of Prel@pse als terugvalpreventieplan uitvoerbaar is en inzicht kan geven in de risico's op terugval.

### **Materiaal en methodes**

Prel@pse is een methode waarbij patiënt en behandelaar gebruik maken van elektronische dagboekmetingen (ESM) om (vroeg) signalen uit het terugvalpreventieplan te monitoren. Een 31-jarige patiënte, die een intensieve cognitieve gedragstherapie heeft afgerond, beantwoordt gedurende 8 maanden, driemaal per dag 25 vragen die gaan over haar klachten, activiteiten en andere context factoren. Met ESM vis visualiseren we deze gegevens en met een TV-VAR model toetsen we de gezamenlijk opgestelde werkhypothese over haar terugval.

### **Resultaten**

Patiënte vindt het prettig om zichzelf op deze wijze te monitoren en ervaart dit als positief sturend. Gedurende de 8 maanden heeft patiënte tweemaal een terugval. Er is een patroon zichtbaar waarbij somberheid in de voorafgaande weken al toeneemt. Samen met haar behandelaar formuleert zij een werkhypothese over de interactie tussen verschillende factoren (zichzelf aanmoedigen, somberheid, geloofwaardigheid intrusies) en het TV-VAR model bevestigt deze dynamiek. Daarna is nagedacht over interventies om deze dynamiek in de toekomst te doorbreken.

### **Discussie en conclusie**

Zelf-monitoren wordt door patiënte als prettig ervaren in een onzekere periode na het afsluiten van een intensieve behandeling. In deze exploratieve studie werden patronen herkend en getoetst. Dit leidde tot een gesprek over mogelijk interventies ter voorkoming van terugval. Anna is echter een hoogopgeleide vrouw en omdat het gaat om een gepersonaliseerd terugvalpreventieplan zijn deze bevindingen niet te generaliseren. Het effect van de interventies is niet getoetst.

### **Klinische implicaties**

Het papieren terugvalpreventieplan raakt vaak uit het zicht. Met Prel@pse kunnen we data uit het dagelijkse leven van een patiënt verzamelen en visualiseren. Patronen kunnen worden getoetst en interventies bedacht om terugval te voorkomen.

### **Referenties en literatuur**

Kroeze, R., Van Veen, D., Servaas, M.N., Bastiaansen, J.A., Oude Voshaar, R., Borsboom, D., & Riese, H. (2016). Personalized feedback on symptom dynamics of psychopathology: A proof-of-principle study. *Journal for Person-Oriented Research*, 3(1), 1-10. doi 10.17505/jpor.2017.01

#### **4. CSP-DNA: In transitie van reactief naar preventief bij crisis!**

### **B Montagne (Barbara)**

GGZ centraal

### **Kernwoorden**

Dagboekmetingen, ESM, crisis signaleringsplan, persoonlijkheidsproblematiek

### **Introductie**

Bij het maken van het huidige crisis signaleringsplan (CSP) spelen een aantal problemen; allereerst vraagt het opstellen van het CSP reflectie op de eigen gevoelswereld en ten tweede vraagt het om



herkenning van samenhang tussen de verschillende onderdelen van het CSP. Beide zijn moeilijk, waardoor de informatie waarop het CSP gebaseerd wordt niet zo betrouwbaar is. In deze pilotstudie onderzoeken we of we middels het inzetten van een gepersonificeerde vragenlijst die meermaals per dag wordt ingevuld de informatie waarop het CSP gebaseerd wordt dichter bij de dagelijkse realiteit kunnen brengen.

### **Materiaal en methodes**

Vier patiënten, in behandeling bij GGZ Centraal bij de polikliniek persoonlijkheidsstoornissen, hebben deelgenomen. Allen hadden een “oud” CSP. Patiënt en hulpverlener maken een conceptualisatie van de crisis op cognitief gedragsmatige basis, waarmee de meest relevante variabelen (context, gedachten, gevoelens, gedrag) in kaart worden gebracht. Deze worden vervolgens in een persoonlijke vragenlijst verwerkt, die de patiënt driemaal per dag vier weken lang online invult. De data die hiermee worden verzameld worden gevisualiseerd.

### **Resultaten**

Tijdens een terugkoppel gesprek werd de visualisatie besproken. Patiënten waren zeer positief over de informatie die het opleverde, ook wanneer patiënten al langere tijd in behandeling waren bracht het nieuwe inzichten over de samenhang tussen klachten en dreigende crisis. Tevens bleek meermaals dat specifieke context variabelen veel belangrijker waren dan vooraf gedacht.

### **Discussie en conclusie**

Deze methodiek brengt informatie naar voren over de samenhang tussen specifieke variabelen en dreigende crisis die eerder niet als dusdanig herkend was. Dit is een belangrijke stap in het verkleinen van de kloof tussen de dagelijkse realiteit en de informatie waarop het CSP gebaseerd is. Een vervolgstudie is gepland om de methodiek verder te onderzoeken.

### **Klinische implicaties**

Wanneer we in staat zijn om voorheen niet beschikbare informatie over samenhang tussen variabelen zowel te achterhalen als ook zichtbaar te maken op een informatieve wijze voor patiënten geeft dit niet alleen inzicht voor de patiënt en behandelaar, maar geeft het eveneens specifiek richting aan interventies gericht op het voorkomen van crisis. Kortom van reactief naar preventief bij crisis!

### **Referenties en literatuur**

de Jong, M.H., Kamperman, A.M., Oorschot, M., Priebe, S., Bramer, W., van de Sande, R., et al. (2016). Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 73, 657-64.

5. **PETRA: Een flexibele interface om gepersonaliseerde dagboeken voor patiënt en behandelaar mogelijk te maken**

**F.M. Bos (Fionneke)**  
UMCG

**Kernwoorden**  
dagboekmetingen, gepersonaliseerd, ESM, implementatie

**Introductie**



Onderzoek laat zien dat zelf-monitoring middels dagboekmetingen (ook wel de experience sampling method, ESM) zeer relevant kan zijn voor de klinische praktijk (1). Behandelaren en patiënten verwachten dat zelf-monitoring middels de smartphone bewustwording, inzicht en zelf-management vergroot (2). Daarnaast kan uit dagboekdata persoonlijke feedback worden gegenereerd, dat relevante informatie kan bieden over verbanden tussen gedrag en klachten. Hoewel dagboekmetingen dus veelbelovend lijken, is het voor behandelaren en patiënten nog niet mogelijk om zelfstandig, zonder tussenkomst van onderzoekers, persoonlijke dagboekmetingen te gebruiken in de behandeling. Het project dat we hier presenteren heeft als doel een flexibele interface te ontwikkelen, waarmee eenvoudig gepersonaliseerde dagboekmetingen en feedback gegenereerd kan worden.

### **Materiaal en methodes**

Het betreft het ontwikkelen en implementeren van een flexibele interface, om gepersonaliseerde dagboekmetingen mogelijk te maken in de klinische praktijk. Hiervoor zijn interviews en focusgroepen gehouden met in totaal 42 patiënten en 34 behandelaren, om belangrijke behoeften en vereisten te identificeren. Hieruit is een eerste prototype ontstaan, waarbij naast patiënten en behandelaren ook onderzoekers, ICT-experts en beleidsmakers betrokken waren. De interface wordt PETRA genoemd: PErsonalized Treatment Real-time Assessment.

### **Resultaten**

Resultaten lieten diverse behoeften zien waaraan de interface moet voldoen. Idealiter kunnen patiënten en behandelaren de dagboekmetingen volledig personaliseren wat betreft de inhoud, meettijden en frequentie, afhankelijk van de hulpvraag van de patiënt en de fase van zorg. Tegelijkertijd is de tijd in de zorg beperkt, en moet men binnen de interface dagboekmetingen snel en gemakkelijk kunnen instellen. Hiervoor is het wenselijk dat de interface wordt geïntegreerd binnen het elektronisch patiëntendossier, waardoor behandelaren gemakkelijk toegang hebben en de privacy van de patiënt kan worden gewaarborgd. Tot slot dient de interface een wetenschappelijke basis te hebben, waardoor men valide conclusies kan trekken uit de resultaten van de metingen. Het eerste prototype van de interface voldoet aan deze vereisten, en zal verder ontwikkeld worden om implementatie te optimaliseren.

### **Discussie en conclusie**

Eerste testresultaten met PETRA zijn veelbelovend. Bij verdere ontwikkeling en implementatie kan PETRA een bruikbare tool worden voor patiënten en behandelaren.

### **Klinische implicaties**

Middels PETRA kunnen behandelaren en patiënten eenvoudig zelf gepersonaliseerde dagboekmetingen inzetten binnen de behandeling, om daarmee inzicht en zelfmanagement te vergroten.

### **Referenties en literatuur**

Kramer I, Simons CJP, Hartmann JA, et al (2014). A therapeutic application of the experience sampling method in the treatment of depression: a randomized controlled trial. *World Psychiatry*, 13, 68-77.

Bos, F.M., Snippe, E., Bruggeman, R., Wichers, M., & van der Krieke, L. (under review). Will the experience sampling methodology deliver on its promise for psychiatric care? *Under review*.



## Symposium: Hoe kunnen we psychotherapie voor depressie optimaliseren?

PhD. L. Lemmens (Lotte)

*Maastricht University*

### **Kernwoorden**

CBT, depressie, persoonlijkheid, sessiefrequentie, suïcidaliteit

### **Beknorte samenvatting van het symposium**

Diverse vormen van psychotherapie, waaronder cognitieve gedragstherapie, zijn effectief gebleken voor depressie en worden op grote schaal toegepast. Helaas profiteert niet iedereen van deze interventies. Bovendien wordt de voortgang van de behandeling regelmatig gehinderd door factoren als co-morbiditeit, suïcidaliteit en bijwerkingen. In dit symposium wordt een overzicht gegeven van recente wetenschappelijke ontwikkelingen op het gebied van behandeling voor depressie en worden praktische adviezen gegeven om psychotherapie voor depressie te optimaliseren. In de eerste presentatie zal worden ingegaan op de invloed van persoonlijkheidsproblematiek op de behandeluitkomsten. In de tweede lezing worden eerste resultaten van een grootschalige behandelstudie naar de effecten van sessiefrequentie van psychotherapie voor depressie gepresenteerd. In de derde presentatie wordt een nieuwe methode voor het behandelen van suïcidale intrusies als aanvulling op reguliere depressiebehandelingen besproken. Tot slot wordt in de laatste lezing stilgestaan bij de mogelijke bijwerkingen van psychotherapie.

### **1. Depressie en persoonlijkheidsproblematiek: minder kans op een succesvolle depressiebehandeling?**

MD S van Bronswijk (Suzanne)

*Maastricht University*

### **Kernwoorden**

depressie, persoonlijkheid

### **Introductie**

In de klinische praktijk en het huidige wetenschappelijk onderzoek bestaat er discussie over de invloed van persoonlijkheidsproblematiek op de effectiviteit van depressiebehandelingen. Eerdere meta-analyses tonen een negatief effect aan van co-morbide persoonlijkheidsproblematiek op de uitkomsten van depressiebehandelingen. Deze meta-analyses zijn echter grotendeels gebaseerd op naturalistische studies met ongestructureerde meetmethoden.

### **Materiaal en methodes**

In een recente meta-analyse hebben wij de impact van persoonlijkheidsproblematiek op de effectiviteit van depressiebehandelingen opnieuw onderzocht, met de inclusie van enkel gecontroleerde onderzoeken van hoge methodologische kwaliteit.

### **Resultaten**

De gecombineerde resultaten van deze studies tonen aan dat een co-morbide persoonlijkheidsstoornis de kans op een succesvolle depressiebehandeling niet verminderd: depressieve patiënten met en zonder een co-morbide persoonlijkheidsstoornis hebben vergelijkbare behandeluitkomsten.

### **Klinische implicaties**



Voor de klinische praktijk betekent dit dat een co-morbide persoonlijkheidsstoornis geen contra-indicatie is voor een depressiebehandeling, en pleit dit voor een gelijk behandel aanbod voor depressieve patiënten met en zonder een co-morbide persoonlijkheidsstoornis.

## 2. De impact van sessiefrequentie op de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke psychotherapie voor depressie.

**MSc S Bruijniks (Sanne)**

*VU Amsterdam*

### **Kernwoorden**

CBT, IPT, sessiefrequentie

### **Introductie**

Het is mogelijk dat het verhogen van de sessiefrequentie leidt tot betere uitkomsten in psychotherapie. Een meta-regressie analyse van Cuijpers en collega's (2013) laat zien dat er een sterke, positieve associatie bestaat tussen het aantal sessies per week en de effect size van psychotherapie voor depressie.

### **Materiaal en methodes**

In deze presentatie zullen we de eerste resultaten presenteren van een recente Nederlandse studie: de FreqMech studie. De FreqMech studie is een multicenter studie waarin tweehonderd depressieve patiënten zijn gerandomiseerd in een van de volgende groepen: a. twee sessies per week aan het begin van cognitieve gedragstherapie (CGT), b. een sessie per week aan het begin van CGT, c. twee sessies per week aan het begin van interpersoonlijke therapie (IPT), d. een sessie per week aan het begin van IPT (allen ontvingen 16 sessies in de gerandomiseerde frequentie en 4 follow-up sessies een keer per twee weken).

### **Resultaten**

Resultaten lieten zien dat, op het follow-up moment direct na behandeling, patiënten die sessies in een frequentie van twee keer per week ontvingen meer afname in depressie en minder drop-out hadden vergeleken met de patiënten die wekelijkse sessies ontvingen.

### **Discussie en conclusie**

We verwachten in november 2019 ook de eerste lange-termijn follow-up resultaten (12 maanden na start van de behandeling) en eerste bevindingen gerelateerd aan werkingsmechanismen (voor wie zijn specifieke therapieprocessen belangrijk? En: weten we waarom een hogere sessiefrequentie beter werkt?) te kunnen presenteren.

## 3. Behandeling van suïcidale intrusies als aanvulling op cognitieve gedragstherapie voor depressie.

**MSc J van Bentum (Jaël)**

*VU Amsterdam*

### **Kernwoorden**

suïcidaliteit

### **Introductie**



Depressie is een risicofactor voor verhoogde suïcidaliteit en naar schatting heeft ongeveer 60% van de mensen die zelfmoord hebben gepleegd een stemmingsstoornis (bijv. ernstige depressie, bipolaire stoornis, dysthymie). Uit onderzoek blijkt dat veel depressieve patiënten last hebben van zich opdringende en repetitieve suïcidale beelden en gedachten, zogenaamde suïcidale intrusies. Vaak gaan de beelden over de toekomstige eigen zelfdoding of over de gevolgen ervan. Hoewel cognitieve gedragstherapie ingezet wordt voor het aanpakken van de depressie, belemmert de aanwezigheid van deze intrusies vaak een succesvolle behandeling. Tot op heden is er nog geen standaardbehandeling voor de intrusies

### **Materiaal en methodes**

Als aanvulling op reguliere depressiebehandelingen kan een Eye Movement Dual Task (EMDT) interventie, door middel van een duale taak, mogelijk de suïcidale intrusies verminderen. In deze lezing zullen we deze nieuwe methode toelichten en geven we een eerste indruk van de interviews met patiënten over hun ervaringen met suïcidale intrusies. Tevens bespreken we kort de uitkomsten van de pilot studie (n =6).

#### **4. Wat zijn bijwerkingen van psychotherapie en hoe kun je deze voorkomen?**

**MD, PhD F Peeters (Frenk)**

*Maastricht University Medical Center, Maastricht University*

### **Kernwoorden**

psychotherapie, bijwerkingen

### **Introductie**

In vergelijking met bijwerkingen van antidepressiva is over de mogelijke bijwerkingen van psychotherapie voor depressie heel weinig bekend. Aandacht voor het verminderen ervan kan niet alleen bijdragen aan vermindering van schadelijke effecten van therapie maar juist ook bijdragen aan vergroting van de effectiviteit van psychotherapie. Er is echter geen eensluidende definitie en de prevalentie is onbekend. Het kan gaan om ongewenste of schadelijke gevolgen van een behandeling of onprofessioneel gedrag van de psychotherapeut. Het schaarse onderzoek geeft aan dat naar schatting 5-10 % van patiënten die zijn behandeld met psychotherapie daar op lange termijn negatieve gevolgen van ervaren.

### **Materiaal en methodes**

In deze lezing zal nader worden ingegaan op de diverse vormen van bijwerkingen van psychotherapie en de patientengroepen c.q. patient-karakteristieken die een verhoogd risico op bijwerkingen met zich mee brengen.

### **Klinische implicaties**

Tot slot zullen adviezen worden besproken die kunnen bijdragen aan het verminderen van bijwerkingen van psychotherapie.



## Symposium: Geheugen bias als transdiagnostische marker voor psychopathologie.

Dr. JN Vrijsen (Janna)

*Radboudumc & Pro Persona*

### Kernwoorden

transdiagnostisch, geheugen bias, modificatie, voorspelling

### Beknopte samenvatting van het symposium

Het automatisch gemakkelijker herinneren van negatieve informatie is een kenmerk van depressie en angst. Recent onderzoek laat zien dat deze 'geheugen bias' ook bij andere psychische stoornissen aanwezig is, en wellicht zelfs een marker voor het ontstaan en beloop van verschillende stoornissen is (bijv. Vrijsen et al., 2017). Weten hoe geheugen bias samenhangt met verschillende stoornissen is dus belangrijk. Zeker omdat het veranderen van bias (door bijvoorbeeld een training) voor symptoomreductie en meer welzijn zou kunnen zorgen.

In dit symposium presenteren wij vijf onderzoeken naar geheugen bias als mogelijke marker in de behandeling van depressie, angst en over stoornissen heen. Janna Vrijsen presenteert een onderzoek in patiënten met depressie waarbij de interactie tussen de omgeving, stemming en geheugen bias met een smartphone gemeten is. Leonore Bovy presenteert een nieuwe manier om geheugen bias binnen depressie te veranderen door middel van neuromodulatie. Julie Krans heeft in relatie tot angst onderzocht hoe autobiografische geheugen bias zich manifesteert en hoe deze bias veranderd kan worden. Fleur Duyser maakt vervolgens de stap naar naturalistische patiënten groepen. Zij presenteert onderzoek naar geheugen bias als marker voor depressie over psychische stoornissen heen (o.a. angst, verslaving, ADHD, ASS). Pascal Fleurkens presenteert data uit een groot longitudinaal onderzoek met 4-jaars follow-up. Hij heeft onderzocht of geheugen bias voorspellend is voor positieve geestelijke gezondheid over stoornissen heen.

Samen geven deze voordrachten antwoord op de vraag of geheugenbias een transdiagnostische marker is, en ook of we geheugen bias kunnen veranderen om zo klinische relevantie effecten te sorteren. Om vast een tipje van de sluier op te lichten: er worden veelbelovende resultaten gepresenteerd.

### 1. Transcraniële magnetische stimulatie van de mediale prefrontale cortex vermindert emotionale negatieve schemas

L Bovy (Leonore)

*Donders Institute, Radboudumc*

### Kernwoorden

schema geheugen, depressie, neuromodulatie

### Introductie

Geheugen bias voor negatieve informatie is een belangrijk kenmerk van depressie (Disner, Beevers, Haigh, & Beck, 2011). De onderliggende neurale mechanismen zijn echter grotendeels onbekend. Het concept van geheugenschema's kan een nieuw licht werpen op geheugen bias bij depressie (Gilboa & Marlatte, 2017); negatieve schema's zouden de encoding en consolidatie van negatieve ervaringen kunnen versterken en daarmee kunnen bijdragen aan het ontstaan en voortbestaan van depressie pathologie. Om deze relatie te onderzoeken, hebben we geprobeerd de werking in de mediale prefrontale cortex (mPFC), een kerngebied dat betrokken is bij het schemageheugen, tijdelijk te verstoren met behulp van transcraniële magnetische stimulatie (TMS).





### Materiaal en methodes

Veertig gezonde vrijwilligers ondergingen eerst een negatieve stemminginductie om een negatieve schemaverwerking te activeren, waarna ze ofwel een actieve (N = 20) of een controle (N = 20) stimulatie op de mPFC ontvingen. Vervolgens voerden alle deelnemers de encoding van een emotionele valse geheugentaak uit. Vrije herinnering en herkenningsprestaties werden de volgende ochtend getest. Polysomnografische data werden continu gemeten tijdens de nacht voor en na de encoding.

### Resultaten

We observeerden een significant lager aantal negatieve valse herinneringen in vergelijking met positieve valse herinneringen na mPFC-verstoring vergeleken met de controlegroep ( $t(34.20) = 2.27, p = 0.03$ ), terwijl er geen verschillen in de prestaties van het ware geheugen werden waargenomen. Deze bevindingen werden ondersteund door reactietijd resultaten. Er werd geen relatie waargenomen tussen REM-slaap en (valse) emotionele geheugenprestaties.

### Discussie en conclusie

Deze bevindingen ondersteunen eerder causaal bewijs voor een rol van de mPFC in schema geheugen (Berkers et al., 2017) en ondersteunen een associatie van mPFC-gerelateerde emotionele geheugenschema's en geheugen bias. Toekomstige studies zouden een neutrale stemmingsinductie kunnen toevoegen om de specifieke effecten van de stemmingsinductie te kunnen bepalen.

### Klinische implicaties

Met beter begrip van de onderliggende neurale mechanismen van geheugen bias, zouden toekomstige therapieën kunnen worden geoptimaliseerd, waaronder wellicht aangepaste TMS protocollen.

### Referenties en literatuur

- Disner, S. G., Beevers, C. G., Haigh, E. A. P., & Beck, A. T. (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(8), 467-477. <https://doi.org/10.1038/nrn3027>
- Gilboa, A., & Marlatte, H. (2017). Neurobiology of Schemas and Schema-Mediated Memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 21(8), 618-631. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2017.04.013>
- Berkers, R. M. W. J., van der Linden, M., de Almeida, R. F., Müller, N. C. J., Bovy, L., Dresler, M., ... Fernández, G. (2017). Transient medial prefrontal perturbation reduces false memory formation. *Cortex*, 88, 42-52. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2016.12.015>

## 2. Hoe context, stemming en geheugen bias interacteren in het dagelijks leven: een onderzoek in depressie

Dr. JN Vrijzen (Janna)

Radboudumc & Pro Persona

### Kernwoorden

depressie, experience sampling, geheugen bias

### Introductie

Negatieve geheugen bias draagt bij aan het ontstaan, de in stand houden en terugval van depressie. Het theoretische cognitieve model (zie Beck and Bredemeier, 2016) geeft aan dat contextuele triggers (bijv. een onprettige omgeving) de stemming beïnvloeden. Dit maakt dan weer dat de negatieve geheugen bias sterker wordt, wat de kans op (verergering van) depressie vergroot. Echter



wordt de veranderende invloed van context en stemming op geheugen bias nu zelden in kaart gebracht in psychopathologie onderzoek. Dit ondanks dat de dynamische interactie tussen context, stemming en bias cruciaal is voor het ontstaan van nieuwe depressieve episodes. Wij hebben daarom in depressie de relatie tussen context, stemming en geheugen bias over tijd in het dagelijks leven onderzocht.

### **Materiaal en methodes**

In 46 huidige depressieve patiënten, 90 depressieve patiënten in remissie en 55 gezonde controle deelnemers hebben we zes dagen lang de context, stemming en geheugen bias gemeten. De deelnemers werden zeven keer per dag via een smartphone gevraagd enkele vragen in te vullen. Met een computertaak (NB. de standaard manier van meten) hebben we geheugen bias ook vooraf gemeten. Middels vragenlijsten hebben we depressieve symptomen in kaart gebracht.

### **Resultaten**

Een multilevel moderated mediatie model op de geheugen data laat zien dat context evaluatie samenhangt met stemming en geheugen bias, onafhankelijk van depressie status (dus van de groep). Deze associatie werd alleen voor gezonde controle deelnemers gemedieerd door positieve stemming. In het algemeen en zoals verwacht lieten de depressieve patiënten de meeste symptomen en sterkste negatieve bias zien. De controles hadden de minste symptomen en bias, en de patiënten in remissie zaten daar tussenin.

### **Discussie en conclusie**

Negatieve evaluatie van de context lijkt het autobiografische emotionele geheugen meer direct te beïnvloeden dan eerder gedacht. De associatie tussen context, stemming en geheugen bias is gelijk in gezonde en depressieve mensen. Het model van Beck lijkt daarmee breed toepasbaar.

### **Klinische implicaties**

Via een smartphone over tijd geheugen bias in kaart brengen kan inzicht geven in hoe het met patiënten gaat. We onderzoeken nu of het omzetten van deze smartphone techniek naar een training een veelbelovende additieve behandeling voor depressie is.

### **Referenties en literatuur**

Beck, A. T., & Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, 4, 596-619.  
Vrijzen, J.N., Ikani, N., Souren, P., Rinck, M., Tendolkar, I., & Schene, A.H. (2019). How context, mood and memory bias interact in everyday life: Using a smartphone-based assessment in depressed individuals. *Submitted for publication*.

## **3. Selectieve autobiografische geheugen bias in sociale angst en PTSS**

**Dr J Krans (Julie)**

*Pro Persona, Radboud Universiteit, KU Leuven*

### **Kernwoorden**

geheugen bias, PTSS, sociale angst

### **Introductie**

Cognitieve modellen van PTSS en sociale angst geven aan dat de angst in stand gehouden kan worden doordat negatieve herinneringen die de angsten bevestigen gemakkelijk opgehaald worden



uit het autobiografisch geheugen (selectieve geheugenbias). In deze presentatie worden data van drie studies besproken.

### Materiaal en methodes

De eerste studie testte studenten die hoog ( $n = 19$ ) of juist laag ( $n = 29$ ) scoorden op sociale angst. Selectieve geheugen bias werd gemeten middels woord-cues. De belangrijkste bevindingen gaven aan dat er inderdaad sprake is van een selectieve geheugenbias m.b.t. stoornis-gerelateerde herinneringen, stoornis-gerelateerde doelen, en zelf-discipinatie. De tweede studie bekeek de geheugen bias bij patiënten met PTSS ( $n = 21$ ), sociale angst ( $n = 21$ ), en gezonde controles ( $n = 21$ ). De bevindingen werden gerepliceerd waarbij verder bleek dat de geheugen bias in PTSS samenhang met trauma-gerelateerde doelen, terwijl bij sociale angst de stoornis-gerelateerde zelfbeelden voorspellend waren. De derde studie was een experiment waarin een optimisme training werd getest onder gezonde proefpersonen ( $n = 120$ ). Het doel was om de proefpersonen optimistischer of pessimistischer te laten denken over hun eigen toekomst, en de effecten op interpretatiebias en geheugenbias te meten. Dit doel kwam voort uit de bevindingen dat toekomstgericht denken op neuronaal en gedragsmatig niveau overlapt met autobiografische geheugenprocessen.

### Resultaten

De training bleek valide en beïnvloedde de interpretatie bias, maar niet de beoogde geheugen bias.

### Discussie en conclusie

Vervolgonderzoek met methodologische aanpassingen is gaande.

### Klinische implicaties

Wat betreft de klinische implicaties van deze bevindingen, geven deze studies samen aan dat selectieve autobiografische geheugen bias een transdiagnostisch mechanisme is binnen psychopathologie, en daarmee een mogelijk belangrijk mechanisme voor behandeling. De training die verder doorontwikkeld wordt zal mogelijk een manier zijn om deze bias, en interpretatie bias, aan te pakken binnen een breder gedragstherapeutisch pakket.

### Referenties en literatuur

Krans, J., De Bree, J., & Bryant, R.A. (2014). Autobiographical memory bias in social anxiety. *Memory*, 22, 890-897. DOI: 10.1080/09658211.2013.844261.

Krans, J., Peeters, M., Näring, G., Brown, A.D., De Bree, J., & Van Minnen, A. (2017). Examining temporal alterations in social anxiety disorder and posttraumatic stress disorder: The relation between autobiographical memory, future goals, and current self-views. *Journal of Anxiety Disorders*, 52, 34-42. DOI: 10.1016/j.janxdis.2017.09.007.

#### 4. Is negatieve geheugenbias een transdiagnostisch fenomeen?

F. Duyser (Fleur)

Radboudumc

### Kernwoorden

transdiagnostisch, comorbiditeit, geheugen bias

### Introductie

We weten al een lange tijd dat mensen met een depressie een onbewuste voorkeur hebben voor negatieve informatie. Deze voorkeur is het sterkst als het gaat om het geheugen en dit heet een *negatieve geheugenbias* (Beck, 1974). Alhoewel negatieve geheugenbias het vaakst wordt



geassocieerd met depressie, komt het mogelijk ook voor in andere psychiatrische stoornissen (Vrijzen *et al.*, 2017). Dit doet vermoeden dat negatieve geheugenbias misschien een transdiagnostische cognitieve marker is voor psychiatrische stoornissen in het algemeen (en niet alleen depressie). Het doel van ons onderzoek was om de aanwezigheid van negatieve geheugenbias en de specificiteit van de onderliggende depressotypische verwerkingsstijl te onderzoeken in een naturalistische psychiatrische patiëntengroep.

### **Materiaal en methodes**

Voor dit onderzoek hebben wij data van de MIND-Set studie gebruikt. Wij hebben een grote, heterogene, co-morbide patiëntengroep ( $N= 207$ ) onderverdeeld in drie sub-groepen: een groep met stress-gerelateerde stoornissen (stemmings-, angst- en verslavingsstoornissen), een groep met ontwikkelingsstoornissen (ADHD en autisme) en een groep met beide soorten stoornissen. Daarnaast hebben wij een matchende controlegroep gebruikt ( $N = 51$ ). Alle deelnemers voerden een computertaak uit om negatieve geheugenbias te meten en vulden een aantal vragenlijsten in om depressie, angst, ADHD en autisme kenmerken te meten.

### **Resultaten**

Alle drie de patiëntengroepen hadden een significant grotere negatieve geheugenbias dan de controlegroep. Daarnaast waren depressie, ADHD en autisme kenmerken significant gecorreleerd met negatieve geheugenbias. Echter, alleen depressie kenmerken bleken een significante voorspeller voor negatieve geheugenbias te zijn.

### **Discussie en conclusie**

Negatieve geheugenbias werd hier gevonden in alle psychiatrische patiënten wat betekent dat het inderdaad mogelijk een transdiagnostische cognitieve marker kan zijn voor psychiatrische stoornissen in het algemeen. Daarnaast lijkt negatieve geheugenbias, ongeacht het type stoornis, gedreven te worden door een depressotypische verwerkingsstijl.

### **Klinische implicaties**

Cognitieve bias modificatie (CBM) wordt op dit moment gebruikt om verschillende soorten cognitieve biases, waaronder negatieve geheugenbias, te behandelen. Aangezien negatieve geheugenbias vooral geassocieerd wordt met depressie en minder met ADHD of autisme, zijn het vooral patiënten met depressie die op dit moment baat hebben bij deze behandeling. Onze studie laat zien dat CBM mogelijk ook relevant kan zijn voor een variatie aan andere (co-morbide) stoornissen.

### **Referenties en literatuur**

Beck, A. T. (1974). The development of depression: A cognitive model. *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Oxford, England: John Wiley & Sons.

Vrijzen, J.N., Van Amen, C.T., Koekkoek, B., Van Oostrom, I. & Schene, A.H. (2017). Childhood trauma and negative memory bias as shared risk factors for psychopathology and comorbidity in a naturalistic psychiatric patient sample. *Brain and Behavior*, 6.

## **5. De relatie tussen traumatische jeugdervaringen, selectieve geheugenbias en positieve geestelijke gezondheid**

MSc P.F.T. Fleurkens (Pascal)

*Kairos*



## Kernwoorden

geheugenbias, positieve welbevinden, voorspellen, transdiagnostisch

## Introductie

Binnen de psychologie wordt het belang van positieve geestelijke gezondheidszorg (PGG) als toevoeging op de meer klachtgerichte benadering steeds meer onderkend. Een verbetering in PGG kan leiden tot een vermindering van psychische klachten. Omdat zowel jeugdtrauma als automatische verwerking van negatieve informatiebijdragen aan het ontstaan van psychopathologie (Beck & Bredemeier, 2016; Gotlib & Joormann, 2010), willen wij onderzoeken of deze algemene risico factoren ook in relatie staan met PGG. Specifiek onderzoeken wij of trauma bijdraagt aan afname van PGG en of negatieve geheugenbias deze relatie medieert en PGG over tijd (vier jaar) voorspelt. Dit geeft een kritische test van de voorspellende waarde van trauma en geheugen bias voor PGG in de GGz.

## Materiaal en methodes

Jeugdtrauma (NEMESIS-childhood trauma questionnaire), geheugenbias (SRET: Self Referent Encoding Task) en PGG (MHC-SF: Mental Health Continuum–Short Form) zijn op baseline, en PGG elk jaar tot vier jaar later, in een heterogene groep psychische patiënten gemeten (N=250).

## Resultaten

Selectieve geheugenbias is gerelateerd aan PGG. Dit geldt voor de totaalscore maar ook voor de losse psychologische, emotionele en sociale componenten. Geheugenbias hangt ook samen met veranderingen in PGG over tijd. Jeugdtrauma blijkt in het huidige onderzoek niet of nauwelijks iets van de variantie in PGG of veranderingen in PGG over tijd te verklaren.

## Discussie en conclusie

Het is belangrijk om naturalistische samples te onderzoeken omdat comorbiditeit gangbaar is in de klinische praktijk en cognitieve processen waarschijnlijk het beste opgevat kunnen worden als transdiagnostische fenomenen. Uit de huidige studie blijkt dat selectieve geheugenbias en niet jeugdtrauma een belangrijke cognitieve factor lijkt te zijn voor het begrijpen en mogelijk ook veranderen van positieve geestelijke gezondheid.

## Klinische implicaties

Indien gerepliceerd, hebben de huidige resultaten als mogelijke klinische implicatie dat geprobeerd kan worden om negatieve geheugenbias te veranderen met Cognitive Bias Modification (CBM) of dat positieve geheugenbias versterkt kan worden.

## Referenties en literatuur

Gotlib, I.H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285-312.

Beck, A. T., & Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, 4, 596-619.



## Workshop: Wetenschap in transitie: Hoe kun je als evidence-based behandelaar en/of onderzoeker twijfelachtige onderzoekspraktijken herkennen en hoe kun je er mee omgaan?

Dr. J.P. Wessel (Ineke)  
Rijksuniversiteit Groningen

### Workshop

De laatste jaren bevindt een groot deel van de wetenschap zich in een geloofwaardigheids crisis. Wetenschappers in verschillende disciplines zijn gaan twijfelen aan de validiteit van het onderzoek in hun vakgebied. Met name in de psychologie bleven de oorspronkelijke bevindingen van cruciale studies maar moeizaam overeind in onafhankelijke grootschalige replicaties. Non-replicatie kan betekenen dat zo'n origineel onderzoek het 'ware' effect overschatte. Het kan er zelfs op duiden dat de oorspronkelijke bevinding een fout-positief was: een effect dat in werkelijkheid niet bestaat. Over het algemeen willen onderzoekers met positieve resultaten bijdragen aan de literatuur. Ze willen vooral hun hypothesen bevestigen. Consumenten van die literatuur (lezers, populaire media) willen ook liever weten wat wél bestaat of werkt dan lezen dat een effect niet overtuigend is. Nu blijkt zo'n behoefte aan positieve resultaten echter onderzoekspraktijken in de hand te werken die de kans op fout-positieve bevindingen aanmerkelijk te vergroten. Zulke Twijfelachtige Onderzoekspraktijken (TOPs) zijn bijvoorbeeld het uitvoeren van meerdere verkennende analyses zonder een duidelijk vooraf vastgesteld analyseplan; het opschrijven van verkennende resultaten alsof ze van meet af aan voorspeld waren; het gebruik van kleine steekproeven en onvolledige rapportages. Het idee is dat TOPs al decennia lang op grote schaal gebruikt worden en - belangrijker - eerder voortkomen uit statistisch analfabetisme dan uit frauduleuze intenties. In deze interactieve workshop bespreken we de implicaties van de geloofwaardigheids crisis in de psychologie voor onderzoekers en behandelaren in het veld van de cognitieve gedragstherapie. Hoe moet je als evidence-based behandelaar de vaak tegenstrijdige resultaten uit je vakliteratuur op waarde schatten? Wat kun je als (klinisch-) onderzoeker doen om je onderzoekspraktijken zo robuust mogelijk tegen fout-positieven te maken? We zullen verschillende TOPs bespreken en brainstormen over manieren om ze op te lossen. Deelnemers kunnen situaties vanuit de eigen ervaring inbrengen. Deze workshop is bedoeld voor iedereen die zich in de dagelijkse praktijk met wetenschappelijk onderzoek bezighoudt, hetzij als actieve onderzoeker, hetzij als evidence-based behandelaar die de literatuur graag bij wil houden.

### Literatuur

Chambers, C. (2017). *The seven deadly sins of psychology: A manifesto for reforming the culture of scientific practice*. Princeton, NJ: Princeton University Press. ISBN 978-1-4008-8494-0

Nuijten, M. B. (2018). Practical tools and strategies for researchers to increase replicability. *Developmental Medicine & Child Neurology*. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14054>

Tackett, J. L., Lilienfeld, S. O., Patrick, C. J., Johnson, S. L., Krueger, R. F., Miller, J. D., ... Shrout, P. E. (2017). It's time to broaden the replicability conversation: Thoughts for and from Clinical Psychological Science. *Perspectives on Psychological Science*, 12(5), 742-756.

<https://doi.org/10.1177/1745691617690042>



## Workshop: Blended e-learning: diagnostiek bij voedings- en eetstoornissen

Dr. H.J. Elgersma (Hermien)<sup>1</sup>, dr. A.E. Dingemans (Alexandra)<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Accare/Rijksuniversiteit Groningen

<sup>2</sup>GGZ Rivierduinen

### Workshop

Een goede diagnose is de basis voor een effectieve behandeling. Voor de diagnostiek van eetstoornissen wordt het semi-gestructureerde interview “Eating Disorder Examination” (EDE) gebruikt. De EDE bestaat in een versie voor volwassenen (kortweg EDE) en in een versie voor kinderen: de Child-EDE (Ch-EDE). Dit interview wordt ook in de Zorgstandaard Eetstoornissen (2017) als gouden standaard omschreven en aanbevolen als eerste keuze.

Het EDE-interview voor volwassenen is oorspronkelijk ontwikkeld door Fairburn en Cooper (1993) en de Ch-EDE iets later. Beide oorspronkelijke interviews zijn toentertijd in het Nederlands vertaald en uitgegeven (Jansen, 2000). Inmiddels zijn de DSM-criteria voor eetstoornissen aangepast, en daarmee ook de Engelse EDE. In samenwerking met onderzoekers en klinici van verschillende Nederlandse en Vlaamse behandelinstellingen en universiteiten zijn ook hier de oudere versies recentelijk ge-update zodat deze in lijn zijn met criteria van de DSM-5.

In samenwerking met de VGCT is recent een blended e-learning module ontwikkeld voor de afname van de EDE. Het doel van deze module is om - verspreid over alle instellingen in Nederland waar eetstoornissen worden behandeld - therapeuten te trainen in afname, scoring, interpretatie en verslaglegging van de EDE. De bedoeling is om deze kennis en kunde zo toegankelijk mogelijk te maken. In de nabije toekomst zal ook het semi-gestructureerde interview naar de eet- en voedingsstoornissen PICA, ARFID en Ruminatiestoornis (PARDI) in de e-learning worden opgenomen.

In deze workshop wordt een presentatie gegeven van de ge-update versies van de EDE (voor volwassenen en kinderen/jongeren). Vervolgens wordt de nieuwe e-learning module gepresenteerd en wordt informatie gegeven over de manier waarop - in blended vorm - de afname van de EDE getraind wordt. Deelnemers kunnen op interactieve wijze kennismaken met de nieuwe e-learning module.

### Literatuur

Glashouwer, K.A., Veer, van, der, R., Malderen, van, E., & Goossens, L. (2019). ChEDE 17. Child version of the Eating Disorder Examination, version 17. In voorbereiding

Dingemans, A., Lemmens, L., Wezenberg, E., (2019). Eating Disorder Examination (EDE) versie 17.0 Volwassenen, in voorbereiding

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Fairburn CG, Cooper Z, O'Connor M. Eating Disorder Examination (16.0D). In Fairburn CG. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press, 2008.



**Symposium: Effectiviteit van behandeling voor "moeilijke" doelgroepen (LVB, ASS, borderline persoonlijkheidsstoornis, recidiverende depressie): mogelijkheden en uitdagingen.**

**Dr. F.J.A. van Steensel (Bonny)**  
*Universiteit van Amsterdam*

**Kernwoorden**

LVB, ASS, borderline persoonlijkheidsstoornis, depressie

**Beknopte samenvatting van het symposium**

In een eerste of tweedelijnszorg K&J instelling komt men als behandelaar doorgaans in aanraking met kinderen en jongeren met een variatie aan problematiek (bijv. angststoornissen, stemmingsstoornissen, ontwikkelingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen). Sommige problematiek lijkt beter behandelbaar dan andere problematiek. Zo blijkt bijv. CGT voor de behandeling van angststoornissen van de kinderen en jongeren effectief waarbij 2/3de van deze doelgroep "genezen" is van hun meest belangrijkste angststoornis. In contrast: voor kinderen en jongeren met ASS zijn er verschillende soorten behandeling, echter, deze doelgroep is na afloop van behandeling niet "genezen". Merk op dat dit niet wil zeggen dat behandeling niet effectief was. In dit breed opgezette symposium worden vijf onderzoeken gepresenteerd die met elkaar gemeen hebben dat ze zich richten op doelgroepen die doorgaans een beperkte behandel-effectiviteit kennen, en/of waar weinig onderzoek naar gedaan is waardoor de "evidence-base" nog in de kinderschoenen staat. Het symposium heeft als gemeenschappelijk doel het onderzoeken van de behandel-effectiviteit voor verschillende jeugdinterventies, en geïnteresseerden over de resultaten van het onderzoek informeren. Mogelijk biedt het nieuwe inzichten en behandel-inspiratie voor behandelaren die te maken hebben met deze doelgroepen. De doelgroepen die achtereenvolgens in het symposium voorbij komen zijn: jongeren met een lichtverstandelijk beperking (presentatie van E. Salemink), jongeren met een recidiverende depressie (presentatie van J. Schraven), kinderen en jongeren met ASS en/of ADHD - en diens ouders (presentaties van B. van Steensel en E. Potharst), en jongeren met en borderline persoonlijkheidsstoornis (presentatie van F. Barnasconi & R. van der Hout).

1. **Cognitieve Bias Modificatie gericht op het verminderen van negatieve interpretaties leidt tot sociale angst symptomen bij jongeren met een licht verstandelijke beperking**

**dr E Salemink (Elske)**  
*Universiteit Utrecht*

**Kernwoorden**

Cognitieve bias modificatie; angst; LVB

**Introductie**

De prevalentie van een sociale angststoornis is hoog in de adolescentie en ook bij jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB; Dekker & Koot, 2003; Kessler et al., 2005). Het goede nieuws is dat er effectieve psychologische behandelingen voor kinderen en jongeren met angstklachten zijn, echter ten minste 40% van de kinderen en jongeren voldoet nog steeds aan de criteria voor een diagnose na afronding van de behandeling (James et al., 2013). Bovendien zijn dergelijke behandelingen minder effectief bij individuen met LVB vergeleken met individuen met een gemiddeld IQ (Dagnan & Jahoda, 2006).





Cognitieve modellen van angst benadrukken de rol van negatieve interpretaties bij het ontstaan en de instandhouding van angst. Sociaal angstige individuen hebben de neiging om ambigue sociale situaties (“Je gesprekspartner gaapt ineens”), negatiever te interpreteren (“Mijn verhaal is vast heel saai”) dan niet-angstige individuen. Cognitieve Bias Modificatie (CBM) is een methode om cognitieve vertekeningen zoals negatieve interpretaties te veranderen naar meer positieve interpretaties met als uiteindelijk resultaat een vermindering van angst (Salemink, Van den Hout, & Kindt, 2009; Salemink & Wiers, 2011). Het doel van de studie was om de effecten van een dergelijke training te onderzoeken bij sociaal angstige adolescenten met LVB.

### Materiaal en methodes

In totaal namen 69 sociaal angstige adolescenten met LVB deel aan de studie en werden ze willekeurig ingedeeld in de positieve interpretatie CBM conditie of in een neutrale controle conditie. In de training kregen de deelnemers korte vignetten te lezen, waarbij in de laatste zin een woordfragment (een woord met missende letters) stond. Het oplossen van het woordfragment resulteerde in een positieve interpretatie (in de positieve CBM conditie) of in een neutrale interpretatie (controle conditie). Elke trainingssessie bestond uit 40 korte vignetten. De hele training bestond uit 5 sessies in een 3-weken periode en vond plaats op school.

De effecten op interpretatiebias werden gemeten met een herkenningstaak (‘near transfer’) en een ambigue scenario test (‘far transfer’), en de effecten op sociale angst werden gemeten met een sociale angst vragenlijst. De metingen vonden plaats voorafgaand aan de training, direct erna en na 10 weken, zodat zowel de korte termijn als de lange termijn effecten onderzocht konden worden.

### Resultaten

Consistent met onze hypothese vonden we een afname van negatieve interpretaties bij adolescenten in de positieve CBM groep ten opzichte van adolescenten in de controle groep. We vonden bewijs voor zowel effecten op een interpretatie taak die vergelijkbaar met de training is (near transfer) alsook op een interpretatietaak die meer afwijkt van de training (far transfer). Klinisch interessant is de bevinding dat adolescenten die de positieve training hadden gevolgd significant minder sociale angst symptomen rapporteerden 10 weken na afronding van de behandeling, in vergelijking met jongeren in de controle groep.

### Discussie en conclusie

Dit is de eerste studie bij angstige jongeren met een LVB dat aantoonde dat negatieve interpretaties en sociale angst verminderd kunnen worden door een specifieke, gecomputeriseerde, multi-sessie training. Angstige jongeren met LVB worden niet vaak geïncorporeerd in onderzoek, terwijl sociale angstklachten en minder effectieve behandelingen juist kenmerkend zijn voor deze groep. In een relatief kleine, maar zorgvuldig ontworpen *randomized controlled trial*, toonden we aan dat negatieve interpretaties verminderd kunnen worden bij sociaal-angstige adolescenten met LVB door middel van een Cognitieve Bias Modificatie training op school. De relatief simpele interventie leidde tot minder negatieve interpretaties en minder sociale angst 10 weken na de training bij jongeren met LVB.

### Klinische implicaties

Dit is een eerste studie naar de effecten van een multi-sessie interpretatie training bij sociaal-angstige jongeren met LVB en de studie liet hoopvolle effecten zien. Echter, meer onderzoek en specifiek ook replicatie-onderzoek is nodig om de robuustheid van deze bevindingen vast te stellen. De resultaten kunnen, indien ze gerepliceerd worden, implicaties hebben voor de klinische praktijk. Cognitieve Bias Modificatie training (CBM) blijkt goed toe te passen te zijn bij jongeren met LVB. Een mogelijke toepassing is het combineren van CGT met CBM training; aangezien de 2 interventies aanvullend op elkaar kunnen zijn. CGT richt zich op de meer expliciete overwegingen, terwijl CBM



training zich meer op de impliciete, meer automatische en snelle interpretaties kan richten (zie bv Salemink, Wolters & de Haan, 2015 voor een klinische toepassing bij jongeren met een dwangstoornis). Een andere kracht van CBM is dat het online te maken is met 24/7 toegang; dus deelnemers kunnen waar en wanneer dan ook de training maken. De CBM training zou parallel aan CGT aangeboden kunnen worden, of al voorafgaand aan de CGT behandeling. In dat laatste geval zouden patiënten al kunnen starten met de training en dus met de aanpak van hun klachten terwijl ze op een wachtlijst staan.

### Referenties en literatuur

The study has been published:

Klein, A. M., Salemink, E., De Hullu, E., Houtkamp, E. O., Papa, M., & Van der Molen, M. J. (2018). Cognitive bias modification reduces social anxiety symptoms in socially anxious adolescents with mild intellectual disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48, 3116-3126. doi:10.1007/s10803-018-3579-9.

References:

Dagnan, D., & Jahoda, A. (2006). Cognitive-behavioural intervention for people with intellectual disability and anxiety disorders. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 91-97.

Dekker, M. C., & Koot, H. M. (2003). DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. I: Prevalence and impact. *Journal of Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 915-922.

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 System Review*, 6, CD004690.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.

Salemink, E., Van den Hout, M., & Kindt, M. (2009). Effects of positive interpretive bias modification in highly anxious individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 676-683.

Salemink, E., & Wiers, R. W. (2011). Modifying threat-related interpretive bias in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 967-976.

Salemink, E., Wolters, L., & de Haan, E. (2015). Augmentation of treatment as usual with Cognitive Bias Modification of Interpretation training in adolescents with Obsessive Compulsive Disorder: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49, 112-119.

## 2. ACT your way; validiteit van het protocol en behandeluitkomsten bij jongeren met een recidiverende depressie

drs J Schraven (Jacqueline)

*Altrecht jeugd*

### Kernwoorden

ACT, jongeren, recidiverende depressie

### Introductie

ACT is een transdiagnostische therapie, waarvan de effectiviteit in de behandeling voor volwassenen is aangetoond bij psychiatrische stoornissen zoals depressie, angst, chronische pijn en bij verslaving (A-Tjak et al., 2015). Het onderzoek naar ACT bij kinderen en jongeren staat nog in de kinderschoenen. Swain et al. (2015) beschrijven een systematische review van bestaand onderzoek (21 in totaal) gericht op ACT bij kinderen en jongeren. Ondanks de aanwezigheid methodologische beperkingen (zoals relatief kleine steekproefgroottes, te weinig gerandomiseerd



onderzoeken en te weinig controlegroepen) zijn de resultaten veelbelovend. Er komen aanwijzingen naar voren dat ACT positieve resultaten heeft bij een scala van klachten: (chronische) pijnklachten, seksueel overschrijdend gedrag, obsessief-compulsief klachten, posttraumatische stressstoornis, trichotillomanie, anorexia, externaliserende problemen en ADHD.

Ook de weinige studies naar ACT bij jongeren met depressieve symptomen laten goede resultaten zien (Hayes, Boyd & Sewell, 2011; Livheim et al., 2015). Er is echter tot op heden nog nauwelijks onderzoek gedaan naar ACT als behandeling van *recidiverende* depressie bij jongeren.

ACT your way is een nieuwe interventie op basis van ACT, die gericht is op de identiteits- en autonomieontwikkeling van jongeren en jongvolwassenen. ACT your way bestaat uit een werkboek (en een hieraan gekoppelde website) voor jongeren en een therapeuten handleiding. De interventie kan toegepast worden binnen het onderwijs, coaching van jongeren/jongvolwassenen en binnen therapie in de Basis GGZ of Specialistische GGZ.

### **Materiaal en methodes**

Vanuit het streven om aan te sluiten bij recente ontwikkelingen in ons vak en effectieve behandelingen aan te bieden, specifiek voor jongeren waarbij sprake is van recidiverende depressie, wordt momenteel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar ACT your way in een samenwerking tussen Altrecht, de Universiteit van Utrecht en externe behandelaren (kwaliteit- en pilot effectonderzoek).

Tijdens het symposium krijgt u informatie over de opzet en bevindingen van het onderzoek. Deze studie is een tweeledig onderzoek. Ten eerste is de kwaliteit van het nieuw ontwikkeld protocol, ACT your way, onderzocht. Ten tweede is er onderzoek gedaan naar de effecten van ACT your way bij jongeren met een recidiverende depressie bij wie CGT onvoldoende effect heeft gehad.

### **Resultaten**

Data analyses worden op het moment van schrijven uitgevoerd, de resultaten worden besproken tijdens de presentatie.

### **Discussie en conclusie**

Dit wordt eveneens, na data analyse, besproken tijdens de presentatie.

### **Klinische implicaties**

Dit wordt toegelicht tijdens de presentatie (nav resultaten).

### **Referenties en literatuur**

A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A met-analysis of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 30-36. Doi:10.1159/000365764.

Matthijssen, D., Rooij de & Boddien, D. (2018). *ACT your way: doen wat werkt voor jou*. Amsterdam: Boom Uitgevers.

Hayes, L., Boyd, C. & Sewell, J. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness*, 2(2), 86-94.

Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.

Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T. Hogfeldt, A. Rowse, J. Turner, S., Hayes, S. C., & Tengstrom, A. (2015). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 1016-1030.



Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., & Bowman, J. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for children: A systematic review of intervention studies. *Journal of Contextual Behavioral Science*, e>, 73-85.

### 3. Een pilotstudie naar de effectiviteit van een op CGT gebaseerde sociale vaardigheidstraining voor kinderen 8-12 jaar

dr FJA van Steensel (Bonny)  
*Universiteit van Amsterdam*

#### Kernwoorden

sociale vaardigheidstraining, ADHD, ASS

#### Introductie

Het hebben van goede sociale vaardigheden kan omschreven worden als het reageren en interacteren met anderen op een gepaste en effectieve manier (Segrin, 2000). Kinderen die problemen hebben met de sociale vaardigheden hebben vaak moeite met het aangaan en behouden van contacten, vriendschappen, en hebben vaak moeite met het onderhouden van gesprekken, het maken van oogcontact, en in het begrip in andermans gedachten en gevoelens (Elliot, Sheridan, & Gresham, 1989). Problemen in de sociale vaardigheden komen vaak voor bij kinderen met een Autisme Spectrum Stoornis (Simonoff et al., 2008) en bij kinderen met ADHD (Nijmeijer et al., 2008; Wehmeier, Schacht, & Barkley, 2010), maar ook bij kinderen met andere stoornissen (bijv. angststoornissen) zijn problemen met de sociale vaardigheden gevonden (Frankel & Feinberg, 2002; Rao et al., 2007). Er zijn verschillende interventies ontwikkeld voor het verbeteren van de sociale vaardigheden en verscheidende studies laten ook zien dat sociale vaardigheidstrainingen effectief kunnen zijn (bijv. Bellini, Peters, Brenner & Hopf, 2007). De grootte van het effect is echter vaak beperkt (Quinn, Kavale, Mathur, Rutherford, & Forness, 1999; Wang & Spillane, 2009), en er is vaak veel heterogeniteit tussen individuen maar ook tussen studies (Kasari et al., 2011; Lord et al., 2005; Maag, 2006). Bovendien volgt een sociale vaardigheidstraining vaak een vaststaand programma, welke niet altijd goed aansluit bij de behoeften of leerdoelen van een individuele client.

#### Materiaal en methodes

Er deden 25-35 kinderen mee aan deze pilot-studie. De meeste kinderen waren gediagnosticeerd met ASS of ADHD. De sociale vaardigheidstraining bestond uit 8 groepsessies voor de kinderen (8-12 jaar) en 2 groepsessies voor de ouders, geleid door 2 trainers. De groep bestond uit maximaal 6 kinderen. De eerste helft van de training bestond uit het bekend worden met het GGGGG(G) model. In de tweede helft van de training gingen de kinderen aan de slag met hun eigen leerdoelen. Kinderen en ouders vulden vragenlijsten in over het (sociaal) gedrag van hun kind voorafgaand en na afloop van de behandeling.

#### Resultaten

Op het moment van schrijven is de data verzameld en wordt het databestand klaar gemaakt voor analyses. De resultaten van de pilot studie zullen worden gepresenteerd.

#### Discussie en conclusie

De resultaten zullen worden bediscussieerd. Een beperking van de studie is dat het een pilot onderzoek betreft dus de resultaten bevestigd zullen moeten worden in een studie met een grotere sample size.

#### Klinische implicaties



De klinische implicaties zullen worden toegelicht n.a.v. de resultaten en discussie.

### Referenties en literatuur

- Bellini, S., & Akullian, J. (2007). A meta-analysis of video modeling and video self-modeling interventions for children and adolescents with autism spectrum disorders. *Exceptional Children*, 73(3), 264-287.
- Elliot, S. N., Sheridan, S. M., & Gresham, F. M. (1989). Assessing and treating social skills deficits: A case study for the scientist-practitioner. *Journal of School Psychology*, 27, 197-222.
- Frankel, F., & Feinberg, D., (2002). Social problems associated with ADHD vs. ODD in children referred for friendship problems. *Child Psychiatry Human Development*, 33, 125-146.
- Kasari, C., Rotheram-Fuller, E., Locke, J., & Gulsrud, A. (2011). Making the connection: Randomized controlled trial of social skills at school for children with autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(4), 431-439.
- Lord, C., et al (2005). Challenges in evaluating psychological interventions for autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 14, 395-404.
- Maag, J. W. (2006). Social Skills Training for Students With Emotional and Behavioral Disorders: A Review of Reviews. *Behavioral Disorders*, 32(1), 5-17.
- Nijmeijer, J. S., et al (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 692-708.
- Quinn, M. M., et al (1999). A meta-analysis of social skill interventions for students with emotional or behavioral disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 7(1), 54-64.
- Rao, et al (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Descriptive psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1181-1191.
- Segrin, C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 20, 379-403.
- Simonoff, E., et al (2008). Psychiatric disorders in children with Autism Spectrum Disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921-929.
- Wang, P., & Spillane, A. (2009). Evidence-based social skills interventions for children with autism: a meta-analysis. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 44(3), 318-342.
- Wehmeier, P. M., Schacht, A., & Barkley, R. A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*, 46(3), 209-217.

#### 4. Mindfulness in gezinnen met een kind met een ontwikkelingsstoornis: draagt training voor het kind bij aan het effect van training voor de ouder?

Dr. E.S. Potharst (Eva)

UvA minds

### Kernwoorden

Ouders, Kinderen, ADHD, ASS

### Introductie

Mindfulness is een transdiagnostische methode voor de behandeling van verschillende psychische problemen bij volwassenen. Het afgelopen decennium is er ook in toenemende mate onderzoek gedaan naar de rol die mindfulness kan spelen in de behandeling van kinderen en adolescenten met psychische problemen, bijvoorbeeld een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) en autismespectrumstoornis (ASS), en hun ouders. Er is onderzoek gedaan naar verschillende soorten mindfulness interventies: ten eerste mindful parenting interventies die bedoeld zijn voor ouders, en ten tweede een combinatie van training voor ouder en kind of adolescent. Voor alle drie de soorten



interventies is er evidentie beschikbaar voor de effectiviteit met betrekking tot de klachten van het kind. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat deze interventies, inclusief de Mindful Parenting training waarbij het kind zelf geen behandeling ontvangt, positieve effecten heeft voor wat betreft symptomen van psychopathologie bij het kind. Het is niet duidelijk of, als de ouder een mindful parenting training volgt, er toegevoegde waarde is van een training voor het kind zelf. Dit exploratieve onderzoek richt zich op de vraag of een combinatie van mindfulness training voor kinderen met ADHD en/of ASS en mindful parenting training effectiever is dan de Mindful Parenting training zonder training voor de kinderen.

### **Materiaal en methodes**

Het gaat om een exploratieve, niet-gerandomiseerde studie, die gebruik maakt van data van verschillende eerdere studies (Bögels et al, 2014; De Bruin et al, 2015; Meppelink et al, 2016a; 2016b; Ridderinkhof et al, 2018; Emerson et al, in press; Bögels et al, in prep.). Er deden 177 ouders mee aan de Mindful Parenting training (Bögels en Restifo, 2013), van wie 85 (48%) een kind had met ADHD, en 92 (52%) ASS als primaire diagnose. Daarnaast deden er 432 kinderen en adolescenten, van wie 323 (75%) ADHD en 108 (25%) ASS als primaire diagnose had, mee aan een mindfulness training, en minimaal één van hun ouders deed mee aan de parallelle mindful parenting training. De Mindful Parenting training bestaat uit 8 wekelijkse 3-uur durende sessies, en een terugkomsessie na 2 maanden (totaal 27 contacturen). Voor de combinatie van mindfulness training voor kinderen/adolescenten en mindful parenting training werd gebruik gemaakt van het MYmind protocol, dat bestaat uit 8 of 9 wekelijkse sessies van 1,5 voor respectievelijk kinderen/adolescenten met ADHD of ASS, een terugkomsessie, en parallelle mindful parenting sessies (totaal 27 of 30 contacturen, verdeeld over kinderen en ouders). De Mindful Parenting training richt zich op het omgaan met opvoedingstress, en het verbeteren van de aandachtigheid in de opvoeding. De MYmind ADHD training richt zich op het verbeteren van de aandacht en het bewust handelen, waardoor impulsiviteit en hyperactiviteit verminderen. De MYmind ASS training richt zich op het verbeteren van de aandacht en het omgaan met overprikkeling, stress en emoties. Bij voormeting, nameting en een korte en lange termijn follow-up (respectievelijk twee en zes tot twaalf maanden na de training) werd psychopathologie van de kinderen/adolescenten en hun ouders gemeten met respectievelijk de CBCL en de ASR ((sub)schalen Internaliserend, Externaliserend en Aandacht). Er werd getoetst of Mindful Parenting en MYmind training effectief waren bij nameting of het effect aanhield bij de follow-up metingen, en of de effectiviteit van de trainingen van elkaar verschilden, zowel wat betreft de psychopathologie van de ouders als de psychopathologie van de kinderen. Voor de statistische analyses werd gebruik gemaakt van multilevel analyse voor herhaalde metingen.

### **Resultaten**

Er waren geen hoofdeffecten voor 'training', er waren dus bij voormeting geen verschillen tussen de groepen (Mindful Parenting versus MYmind) voor wat betreft psychopathologie van ouders en kinderen.

De internaliserende psychopathologie van de kinderen liet significante afname zien tussen voormeting en nameting en beide follow-up momenten voor beide trainingen (kleine effecten). De externaliserende psychopathologie van de kinderen verminderde significant na beide trainingen (klein effect) en deze vermindering zette door bij de korte termijn follow-up (klein effect). Bij de lange termijn follow-up hield de afname niet stand voor de kinderen uit de Mindful Parenting groep, maar wel voor de kinderen uit de MYmind groep (klein effect). Dit verschil tussen de groepen was niet significant. De aandachtsproblemen van de kinderen lieten significante afname zien na beide trainingen (klein effect). De afname zette door bij de korte termijn follow-up (klein tot middelgroot effect). Bij de lange termijn follow-up was er verdere afname te zien voor de MYmind groep (middelgroot effect) terwijl het effect van de Mindful Parenting groep juist kleiner werd (klein



effect). Dit verschil in afname was significant. De internaliserende psychopathologie van de ouders liet significante afname zien tussen voormeting en nameting en beide follow-up momenten voor beide trainingen (kleine effecten). De externaliserende psychopathologie van ouders verminderde significant bij nameting in de Mindful Parenting groep (klein effect), maar niet in de MYmind groep. Bij de korte termijn follow-up was er wel een significante vermindering in de MYmind groep (klein effect), en in de Mindful Parenting groep zette de afname door (klein tot middelgroot effect). Bij de lange termijn follow-up was er voor beide trainingen nog steeds een afname in externaliserende problemen ten opzichte van de voormeting (klein effect). Het verschil tussen de groepen was enkel significant bij de korte termijn follow-up. De aandachtsproblemen van ouders in de Mindful Parenting groep lieten geen significante afname zien bij nameting, maar wel bij beide follow-up momenten (klein effect). De aandachtsproblemen van ouders in de MYmind groep lieten significante afname zien bij nameting en de korte termijn follow-up (klein effect), maar niet bij de lange termijn follow-up. De verschillen tussen de groepen waren niet significant.

### Discussie en conclusie

In deze studie werd onderzocht of er verschillen zijn in effectiviteit tussen de Mindful Parenting training voor ouders met een kind met ADHD en/of ASS en MYmind training voor zowel kinderen met ADHD en/of ASS als hun ouders, oftewel, of mindfulness training voor het kind iets toevoegt aan mindful parenting training voor de ouder. Uit dit onderzoek komt naar voren dat er bij voormeting geen verschillen waren tussen de groepen en dat er weinig verschillen waren in effectiviteit tussen de Mindful Parenting training en de MYmind training.

Voor kinderen voegt eigen mindfulness training in de vorm van de MYmind training wel degelijk iets toe, maar enkel op de lange termijn, en alleen voor wat betreft de aandachtsproblemen. De aandachtsproblemen van kinderen die de MYmind training hadden gevolgd verminderden zowel na de training, en tijdens de korte termijn follow-up periode, en het effect was het sterkst bij de lange termijn follow-up. Bij dat meetmoment waren zij voor wat betreft hun aandachtsproblemen beter af dan de kinderen wiens ouders de Mindful Parenting training hadden gevolgd.

Voor de ouders was er een tijdelijk verschil in effectiviteit voor wat betreft de externaliserende problemen: bij de korte termijn follow-up waren de externaliserende problemen van de ouders in de Mindful Parenting groep sterker verminderd dan die van de ouders in de MYmind groep.

Al met al lijkt er dus een klein voordeel te zijn voor de kinderen, met name op het gebied van de aandacht, als zij meedoen aan de MYmind training en niet enkel hun ouders getraind worden. Voor de behandeling van internaliserende en externaliserende problemen bij het kind lijkt de aanwezigheid van het kind in een mindfulness training niet nodig. Het is dan voldoende om de ouders te trainen. Er is een klein en tijdelijk voordeel voor wat betreft de vermindering van externaliserende psychopathologie voor de ouders als zij meedoen aan de meer tijdsintensieve Mindful Parenting training, in plaats van de mindful parenting training behorend bij de MYmind training.

Een belangrijke beperking in het huidige onderzoek was dat de deelnemers niet gerandomiseerd waren.

### Klinische implicaties

Omdat de verschillen in effectiviteit klein zijn, is een belangrijke factor in het maken van de keuze tussen de Mindful Parenting training en de MYmind training de voorkeur van het kind en de ouder. Daarbij kan meegenomen worden dat bij de wens om met name de aandachtsproblemen van het kind te verbeteren, de MYmind training mogelijk de betere keuze is. Aan de andere kant kan de Mindful Parenting training een iets betere keuze zijn als ouders met name aan hun externaliserende problematiek willen werken.

Voor wat betreft de zwaarte van de problematiek van kinderen en ouders: deze was vergelijkbaar tussen de groepen. De zwaarte van de problematiek lijkt dus geen invloed te hebben gehad op de



keuze voor een Mindful Parenting training danwel de MYmind training. Echter, als er sprake is van een hoge mate van oppositioneel gedrag bij het kind, dan is de MYmind training niet geïndiceerd.

#### Referenties en literatuur

- Bögels, S. M., Helleman, J., van Deursen, S., Römer, M., & van der Meulen, R. (2014). Mindful parenting in mental health care: effects on parental and child psychopathology, parental stress, parenting, coparenting, and marital functioning. *Mindfulness*, 5(5), 536-551.
- Bögels, S.M., Oort, F.J., Potharst, E.S., Van Roosmalen, R., Williams, M., De Bruin, E.I. (in prep.). Mindfulness for youth with ADHD and their parents ("MYmind") reduces child, paternal and maternal attention and hyperactivity/impulsivity symptoms up to 1 year after training.
- Bögels, S.M. & Restifo, K. (2013). *Mindful Ouderschap: Een praktische gids voor hulpverleners*. Houten: Lannoo Campus.
- De Bruin, E. I., Blom, R., Smit, F. M., van Steensel, F. J., & Bögels, S. M. (2015). MYmind: Mindfulness training for youngsters with autism spectrum disorders and their parents. *Autism*, 19(8), 906-914.
- Emerson, L.M., Aktar, E., De Bruin, E., Potharst, E., Bögels, S. (accepted for publication). Mindful Parenting in Secondary Child Mental Health: key parenting predictors of treatment seekers and treatment effects. *Mindfulness*.
- Meppelink, R., de Bruin, E. I., & Bögels, S. M. (2016a). Meditation or Medication? Mindfulness training versus medication in the treatment of childhood ADHD: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 16(1), 267.
- Meppelink, R., De Bruin, E. I., Wanders-Mulder, F. H., Vennik, C. J., & Bögels, S. M. (2016b). Mindful parenting training in child psychiatric settings: heightened parental mindfulness reduces parents' and children's psychopathology. *Mindfulness*, 7(3), 680-689.
- Ridderinkhof, A., de Bruin, E. I., Blom, R., & Bögels, S. M. (2018). Mindfulness-based program for children with autism spectrum disorder and their parents: Direct and long-term improvements. *Mindfulness*, 9(3), 773-791.

#### 5. Behandeluitkomsten van dialectische gedragstherapie voor adolescenten met kenmerken van een borderline persoonlijkheidsstoornis: een open trial.

**Drs. F.F.M. Barnasconi (Fleur)**

*Bascule, academisch centrum voor kinder- & jeugdpsychiatrie*

#### Kernwoorden

Borderline Persoonlijkheidsstoornis, Adolescentie, Dialectische Gedragstherapie

#### Introductie

Adolescenten met kenmerken van een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) ervaren meer problemen met zelfwaarde, vertonen negatieve coping-stijlen en hebben meer gedragsproblemen dan leeftijdsgenoten. Een behandeling die in Nederland wordt ingezet bij adolescenten met een BPS is Dialectische Gedragstherapie voor Jongeren (DGT-J)<sup>1</sup>. Hoewel bij volwassenen is aangetoond dat DGT effectief is in het verminderen van borderline symptomen<sup>2</sup>, is er voor adolescenten nog weinig bekend over de behandeluitkomsten. Wel suggereren de beperkte studies die er zijn dat DGT effectief en veelbelovend is voor de behandeling van adolescenten met BPS<sup>1,3,4,5</sup>. Er was echter nog weinig onderzoek gedaan naar uitkomsten voor Nederlandse adolescenten. Deze studie onderzoekt dan ook de behandeluitkomsten van DGT-J voor Nederlandse adolescenten met kenmerken van een BPS. Deze adolescenten zijn aangemeld bij de Bascule te Amsterdam voor DGT-J. In dit onderzoek wordt gekeken naar de ernst van de borderline symptomen als primaire uitkomstmaat. Secundaire uitkomstmaten zijn passieve coping, expressie van emoties/woede,





palliatieve coping, zelfwaarde, internaliserende- en externaliserende gedragsproblemen. Tenslotte wordt bekeken of de drie vormen van de behandeling (poliklinische behandeling, deeltijdbehandeling en dagbehandeling) en karakteristieken van de adolescenten van invloed zijn op deze behandeluitkomsten.

### **Materiaal en methodes**

Data van 114 participanten (95.4% vrouw; 13 - 21 jaar) op 4 meetmomenten (baseline, treatment, posttreatment en follow-up) zijn met elkaar vergeleken door middel van *multilevel mixed modeling*. Daarnaast is gekeken of behandelvorm en/of leeftijd een modererende invloed hadden op de behandeluitkomsten.

### **Primaire uitkomstmaat;**

Ernst van de borderline symptomen: De Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI-adolescent) werd gebruikt om de ernst van de borderline symptomen vast te stellen. De BPDSI is een semi-gestructureerd interview dat de ernst van de symptomen tijdens de afgelopen drie maanden nagaat.

### **Secundaire uitkomstmaten;**

Copingstijlen: De Utrechtse Coping Lijst voor Adolescenten (UCL-A) is gebruikt om te kijken naar de verschillende copingstijlen van de adolescenten. Dit is een zelf-rapportage vragenlijst die de adolescent invult. Er zijn drie subschalen gebruikt om de coping na te gaan: palliatieve coping, passieve coping en expressie van emoties/woede. Zelfwaarde: De subschaal 'Zelfwaarde' van de Competentie Belevingsschaal voor Adolescenten (CBSA) is gebruikt om de zelfwaarde van de adolescent in kaart te brengen. De CBSA is een zelf-rapportage vragenlijst die door de adolescent wordt ingevuld. Emotionele- en gedragsproblemen: de Nederlandse versie van de Youth Self Report (YSR) is gebruikt om de internaliserende- en externaliserende gedragsproblemen in kaart te brengen. Deze zelf-rapportage vragenlijst vraagt naar problemen in het afgelopen half jaar. Voor de studie zijn de domeinen: Internaliseren en Externaliseren gebruikt.

### **Moderatoren**

Behandelvorm: DGT-J wordt aangeboden in drie behandelvormen, waarbij de intensiteit van de behandeling respectievelijk oploopt: poliklinische behandeling, deeltijd behandeling en dagbehandeling.

Demografische gegevens: Leeftijd, geslacht en andere demografisch gegevens zijn uit de dossiers van de participanten gehaald. Aangezien de steekproef voornamelijk uit vrouwen bestond en er beperkte informatie was over demografische gegevens, is alleen leeftijd van de adolescent onderzocht als mogelijke moderator.

### **Resultaten**

Gemiddeld genomen liet de totale steekproef direct na de behandeling een significante vermindering zien in ernst van de borderline symptomen ( $\beta = -0.49, p < .001$ ), passieve coping ( $\beta = -0.50, p < .001$ ), expressie van emoties/woede ( $\beta = -0.34, p = .01$ ), internaliserende gedragsproblemen ( $\beta = -0.45, p = .001$ ) en externaliserende gedragsproblemen ( $\beta = -0.45, p = .001$ ) en een significante verbetering van hun zelfwaarde ( $\beta = 0.55, p < .001$ ). Bij de 6-maands follow-up meting werd een stabiele significante winst gevonden ten opzichte van baseline voor de ernst van de borderline symptomen ( $\beta = -0.77, p < .001$ ) en zelfwaarde ( $\beta = 0.48, p = .045$ ). Bij de follow-up werd een significante toename gevonden in palliatieve coping ( $\beta = 0.48, p = .04$ ). Er werden geen verschillen gevonden in behandeluitkomsten van de drie behandelvormen. Wel leek leeftijd van invloed te zijn op de uitkomsten: jongere adolescenten lijken meer te profiteren van DGT-J wat



betreft palliatieve coping, expressie van emoties/woede, zelfwaarde en internaliserende gedragsproblemen.

### Discussie en conclusie

Resultaten tonen aan dat gemiddeld genomen voor de adolescenten direct na de behandeling verminderingen worden gevonden voor de meeste borderline gerelateerde problemen. De behandelvorm waarin DGT-J wordt aangeboden lijkt geen invloed te hebben op de behandeluitkomsten. Omdat de behandeluitkomsten gunstiger lijken voor jongere adolescenten raden wij aan vroegtijdig te behandelen.

### Klinische implicaties

DGT-J lijkt veelbelovend als behandeling voor Nederlandse adolescenten met borderline kenmerken, ongeacht behandelvorm. Met dit onderzoek wordt het belang van vroegtijdig interveniëren ook duidelijk: jongere adolescenten lijken gunstigere behandeluitkomsten te hebben in vergelijking tot oudere adolescenten.

### Referenties en literatuur

1. De Bruin, R., Koudstaal, A., & Muller, N. (2011). *Dialectische gedragstherapie voor jongeren met een borderlinestoornis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
2. Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L., Verhoef, R., & Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *52*, 949-961. doi:10.1177/0004867418791257
3. Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): A clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *5*, 1-10. doi:10.1186/1753-2000-5-3
4. Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., . . . & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *53*, 1082-1091. doi:10.1016/j.jaac.2014.07.003
5. McCauley, E., Berke, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., . . . & Linehan, M. M. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *75*, 777-785. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.1109



## Workshop: Eerst zien, dan geloven: Videofeedback bij sociale angststoornis

dr. E Allart-van Dam (Esther)<sup>1</sup>, dr M Voncken (Marisol)<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Allart Supervisie

<sup>2</sup>Universiteit Maastricht

### Workshop

Tijdens sociale situaties hebben sociaal angstige patiënten de neiging om de aandacht op zichzelf richten, op bijvoorbeeld hun emoties, hun sociale gedrag of hun lichamelijke angstverschijnselen. Daardoor worden gevoelens van angst versterkt en het zorgt ervoor dat zij hun oordeel over zichzelf op intern gegenereerde informatie baseren: ze denken te zijn overgekomen zoals ze zich van binnen gevoeld hebben (Bögels & Mansell, 2004). Patiënten overschatten zo de zichtbaarheid van hun angstsymptomen en onderschatten hun sociale prestatie.

In het behandelprotocol van sociale angststoornis (Voncken & Allart, 2017) heeft videofeedback een prominente positie om deze cognitieve bias te doorbreken: patiënten doen rollenspellen en presentaties voor de camera om de beelden vervolgens terug te kijken en te bespreken. Door de videofeedback leren patiënten de zichtbaarheid van hun angstsymptomen en sociale prestaties realistischer in te schatten en dit leidt tot een vermindering van de sociale angst en zelfgerichte aandacht (Warnock-Parkes et al., 2017). Hoewel deze techniek eenvoudig lijkt, zijn er een aantal verschillende valkuilen bij het gebruik van deze techniek. Een prominente valkuil is de processing bias die het terugkijken van het videomateriaal verstoort. Dit wil zeggen dat het eigen negatieve interne gegenereerde beeld van patiënten zo overheersend is dat zij niet objectief hun eigen beeldmateriaal kunnen verwerken. Hierdoor wordt de overschatting van hun angstsymptomen en onderschatting van hun sociale vaardigheden niet gecorrigeerd en kan door deze techniek zelfs versterkt worden.

Tijdens de workshop demonstreren we het gebruik van videofeedback bij sociale angst en gaan we in op hoe therapeuten de processing bias en andere valkuilen bij deze interventie adequaat kunnen hanteren.

### 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.

Voncken, M & Allart, E (2017): protocollaire behandeling van patienten met een sociale angststoornis - cognitieve gedragstherapie. In: *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten*. Red. G. Keijsers, A. van Minnen, M. Verbraak, K. Hoogduin & P. Emmelkamp. Boom: Amsterdam.

Warnock-Parkes, E., Wild, J., Stott, R., Grey, N., Ehlers, A., & Clark, D. M. (2017). Seeing Is Believing: Using Video Feedback in Cognitive Therapy for Social Anxiety Disorder. *Cognitive and behavioral practice*, 24(2), 245-255. doi:10.1016/j.cbpra.2016.03.007