



Meet the Expert: Ad de Jongh en Suzy Matthijssen

prof. dr. A. de Jongh (Ad)¹, S. Matthijssen (Suzy)²

¹Universiteit van Amsterdam

²Altrecht

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.



Openbare supervisie: Transitiepsychiatrie

I. Hoes (Iris)

Prodeba

Introductie

In de periode van de 'transitieleeftijd', die adolescentie, 'emerging adulthood' en jongvolwassenheid omspant, zijn er veel veranderingen op veel leefgebieden. Van psychiatrische stoornissen ontwikkelt zich 75% vóór de leeftijd van 24 jaar (Kessler, 2005) en transdiagnostisch is een negatief zelfbeeld een krachtige instandhoudende factor voor deze psychische klachten. Door het zelfvertrouwen te verhogen van jongeren wordt mogelijk de kans op het ontwikkelen van mentale stoornissen in de volwassenheid verkleind.

Bij de meeste behandelingen lukt het goed om een plan uit te zetten en uit te voeren, is de jongere gemotiveerd en is er meetbaar effect. Soms lukt dit minder goed. In deze openbare supervisie gaan we in op de problemen bij het inrichten en uitvoeren van een geïntegreerde aanpak rond het negatief zelfbeeld en een klachtspecifieke behandeling in de transitieleeftijd kunnen voorkomen en bespreken we hoe je deze problemen kunt aanpakken en oplossen.

Zo kunnen de volgende punten naar voren komen bij het inrichten en uitvoeren van de behandeling: De jongere is niet gemotiveerd voor een zelfbeeld behandeling of gelooft niet in een dergelijke aanpak. Wat doe je eerst: een klachtspecifieke behandeling of een aanpak rond verbetering van het zelfbeeld? Wanneer werk je wel aan het zelfbeeld en wanneer niet? Terwijl de jongere een nieuw positief zelfbeeld opbouwt, blijft het (oude) negatieve zelfbeeld voortdurend als stoorzender te horen en de jongere twijfelt of dit wel werkt. De jongere lijkt het huiswerk te maken, maar intrinsieke bekrachtiging komt niet op gang, hoe nu verder?

Werk je zelf ook met jongeren in de transitieleeftijd? Loop je tegen struikelblokken aan zoals hierboven geschetst? In deze openbare supervisie kun je een casus inbrengen en van gedachten wisselen met VGCC† supervisor Iris Hoes - van der Meulen, klinisch psycholoog & psychotherapeut. Iris is betrokken bij Selfie: Ecological Momentary Interventions (EMIs) and an introduction to a novel self-esteem EMI in traumatized youth: The SELFIE-study.



Openbare supervisie: Hoe zet je je cliënt in zijn kracht met behulp van oplossingsgerichte cognitieve gedragstherapie?

M. Crouzen (Mark)

Oplossingsgerichte-therapie.nl

Introductie

Oplossingsgerichte cognitieve gedragstherapie kijkt naar de successen en competenties van de cliënt. Het is een snelle en toekomstgerichte benadering waarbij het gaat om 'het maken van selecties': wanneer werkt het wel in plaats van wanneer gaat het niet goed. In de therapie ga je op zoek naar de positieve uitzonderingen op het probleem, wat goed kan aanslaan bij (soms zeer) complexe problematiek en cliënten die gestuurd zijn door anderen. De focus ligt op een nieuw positief spoor vinden waarin de cliënt zelf de regie heeft.

De therapeut motiveert de cliënt de door hem of haar gevonden oplossingen en doelen steeds verder te visualiseren en te concretiseren. De cliënt is de expert en vindt dus zelf de oplossingen met steun van de therapeut en diens kennis en ervaring.

Uniek in deze aanpak is dat de gekozen oplossingen heel goed in het referentiekader van de cliënt passen omdat ze aansluiten op de eigen 'theory of change'. Oplossingsgerichte cognitieve gedragstherapie creëert positieve energie en zorgt voor meer plezier in de gesprekken.

Leer hoe jij als therapeut oplossingsgerichte therapie kunt toepassen in jouw dagelijkse praktijk en krijg inzicht op de volgende vragen:

Wanneer en hoe vindt de transitie plaats van focus en analyse van het probleem naar de gewenste situatie van de cliënt?

Hoe kunnen gedragstherapeutische technieken zoals exposure toegepast worden binnen deze oplossingsgericht benadering?

In deze openbare supervisie word je uitgedaagd te leren en grenzen te verleggen. Naast probleemgericht ga je ook oplossingsgericht denken, selecteren en leer je tegelijk contact te houden met jouw cliënt.

Herken je je in een van de volgende dilemma's?

- Hoe zet je je cliënt in zijn kracht?
- Hoe ga je om met weerstand?
- Hoe kun je vastgelopen behandelingen weer vlot trekken?
- Hoe bespaar je kostbare tijd en goedbedoelde adviezen?

Dan is deze openbare supervisie iets voor jou!

Wil je laten zien wat je kan en/of nog beter worden in je werk? Meld je dan aan als supervisor in deze openbare supervisie. Als er meer gegadigden zijn wordt er iemand gekozen.

Literatuur

Cladder, J.M. (2010). *Oplossingsgerichte korte psychotherapie*, vijfde geheel herziene druk. Amsterdam: Pearson, ISBN 978 90 265 2230 7

Cladder, J.M. (2016). Kan het korter en simpeler. De geschiedenis van de oplossingsgerichte korte therapie. *Tijdschrift voor gedragstherapie*, 3.

Jong, P. de, Berg I.K. (2015). *De kracht van oplossingen*, Handwijzer voor oplossingsgerichte gesprekstherapie/druk 3. Uitgever: Hartcourt Assessment B.V., ISBN 978.90.265.2269.7



Symposium: Cognitieve controle training als preventieve interventie voor depressie anno 2019: Transitie van experimenteel behandelonderzoek naar de klinische praktijk

DR. Hoorelbeke (Kristof)

UGent / Fonds Wetenschappelijk Onderzoek Vlaanderen

Kernwoorden

depressie, RMD, preventie, cognitieve training

Beknopte samenvatting van het symposium

De laatste jaren worden gekenmerkt door een toegenomen focus op de rol van cognitieve controle als depressieve kwetsbaarheidsfactor. Initieel experimenteel onderzoek wijst op de betrokkenheid van cognitieve controle in ruminatie, een vorm van repetitief negatief denken dat predictief is voor het ontstaan en de instandhouding van depressieve klachten. Dit heeft onderzoekers aangezet om cognitieve controle training (CCT) in te zetten als experimentele behandeling voor depressie. Hieruit voortkomend behandelonderzoek wijst op beloftevolle effecten van CCT voor het aanpakken van ruminatie bij at-risk, depressieve-, en voorheen depressieve patiënten. Daarbij lijkt CCT in het bijzonder potentieel te vertonen als preventieve interventie. Tot op heden blijven echter een aantal cruciale vragen onbeantwoord, wat implementatie van CCT in de klinische praktijk bemoeilijkt. Na het bieden van een beknopt overzicht van de CCT-literatuur, beoogt het huidige symposium hiertoe achtereenvolgens een antwoord te bieden op volgende vragen: (1) Klinisch onderzoek wijst op het belang van taak engagement en motivatie voor het bekomen van positieve effecten van CCT. Dit lijkt een bijzondere uitdaging, gezien het gegeven dat CCT typisch bestaat uit het herhaaldelijk uitvoeren van repetitieve en weinig aantrekkelijke taken. Een eerste vraag is dus of taak engagement gestimuleerd kan worden. Naast gebruik van psycho-educatie, wordt hiertoe de bijdrage van gamification technieken voor CCT nagegaan. (2) Een tweede belangrijke vraag betreft de werkingsmechanismen van CCT. Ondanks het feit dat eerder onderzoek wijst op positieve effecten van CCT, blijft het onduidelijk hoe deze effecten specifiek tot stand komen. Hiertoe presenteren we de bevindingen van een intensieve randomized controlled trial waarbij de onmiddellijke effecten van CCT bij voorheen depressieve patiënten in het dagelijkse leven in kaart gebracht worden aan de hand van experience sampling. Via HLM en netwerkmodellen proberen we zo een antwoord te bieden op wat de mechanisms of change zijn. (3) Het ultieme doel van preventieve interventies is het voorkomen van heroptreden van depressie. Dit bleef tot op heden ongetoetst. De laatste presentatie handelt bijgevolg over de langere termijn effecten van CCT, waaronder effecten op herval één jaar na het voltooien van de interventie.

1. De ontwikkeling en evaluatie van gamified cognitieve controle training voor voorheen depressieve patiënten

J. Vervaeke (Jasmien)

UGent

Kernwoorden

depressie, cognitieve training, eHealth, RCT

Introductie

Depressie wordt gekenmerkt door sombere stemming en interesseverlies. Echter, een aspect dat in het verleden vaak werd verwaarloosd, zijn klachten gerelateerd aan verstoorde aandachts- en



geheugenprocessen, waaronder problemen met cognitieve controle. Cognitieve controle (CC) is het doelbewust richten van aandacht en inhieren van irrelevante/ongewenste informatie. Problemen met CC komen niet alleen voor tijdens een depressie, maar blijven vaak aanwezig na het opklaren van de depressieve episode (Paelecke-Habermann et al., 2005). Standaardbehandelingen voor depressie werken hier niet rechtstreeks op in (Shilyansky et al., 2016), terwijl deze verstoorde cognitieve processen een risicofactor vormen voor heroptreden van depressieve episodes (Harvey et al., 2004). Dit heeft geleid tot de ontwikkeling van cognitieve controle training (CCT; Siegle et al., 2007). Initieel onderzoek wijst op het potentieel van CCT interventies voor het aanpakken van depressieve kwetsbaarheid (Koster et al., 2017). Om positieve effecten te bekomen, dienen participanten verschillende CCT sessies uit te voeren over een periode van meerdere weken. Motivatie is dus cruciaal om de training te vervolledigen. Onderzoek toonde zelfs aan dat task engagement een belangrijke predictor is voor effecten van CCT (Siegle et al., 2014). Om die reden wilden we een gebruiksvriendelijke en motiverende versie van een frequent gebruikte CCT-procedure maken. Gamificatie, of het toevoegen van game-elementen, lijkt hier uitermate geschikt voor omdat dit motivatie kan verhogen (Hamari et al., 2014). Echter, in het verleden heeft gamificatie soms tot minder effectieve trainingsresultaten geleid (Katz et al., 2014), vermoedelijk omdat bepaalde elementen de aandacht kunnen afleiden van de trainingstaak. De ontwikkeling van deze nieuwe versie moet dus voorzichtig en gefaseerd gebeuren. De eerste fase werd voorgesteld op het VGCT najaarscongres in 2017 en bestond uit het verzamelen van gebruikersvereisten en de ontwikkeling van een nieuw trainingsplatform. Intussen is het platform afgewerkt en gebruikt in een aantal studies. Deze presentatie biedt een overzicht van centrale bevindingen uit deze studies. In een eerste studie gaan we na of de hoeveelheid gamificatie de effectiviteit van de trainingsprocedure (cognitieve transfer) en gebruikerservaring beïnvloedt bij gezonde personen. Vervolgens gaan we in een tweede studie de effectiviteit van de training na bij voorheen depressieve patiënten.

Materiaal en methodes

De eerste studie had als doel de impact van gamificatie op cognitieve transfer en gebruikerservaring in kaart te brengen. Deze studie werd vooraf geregistreerd op het Open Science Framework (osf.io/5yacs). Het volledige protocol bestond uit drie fasen: baseline assessment, trainingsfase en post-training assessment. Om de impact van gamificatie op de effectiviteit van CCT in kaart te kunnen brengen, maakten we gebruik van een 2 (training: CCT vs. controletaak) x 2 (gamificatie: weinig vs. veel game-elementen) between-subjects design. De CCT-groep kreeg de Paced Auditory Serial Addition Task (Gronwall, 1977) als trainingstaak (een veelgebruikte taak binnen CCT, zie Koster et al., 2017). De controlegroep diende een speed of response training uit te voeren die visueel, auditief en motorisch gelijkaardig is aan de CCT-taak, maar die in mindere mate beroep doet op cognitieve controle. Voor beide groepen bestond de training uit 10 sessies van telkens 15 minuten, die over een periode van twee weken dienden uitgevoerd te worden. De assessments waren identiek voor alle deelnemers en bevatten twee cognitieve taken evenals vragenlijsten over engagement, motivatie en psychologisch welbevinden.

De tweede studie ging vervolgens de effectiviteit van de vernieuwde CCT na voor het aanpakken van depressieve kwetsbaarheid bij voorheen depressieve patiënten. Deze studie werd vooraf geregistreerd op ClinicalTrials.gov (NTC 03278756). Na screening werden 68 voorheen depressieve personen willekeurig toegewezen aan de experimentele interventie (CCT) of een controleconditie. Beiden bestonden uit een online training van 10 sessies van telkens 15 minuten die over een periode van twee weken dienden uitgevoerd te worden. De twee taken waren dezelfde als de taken beschreven in Studie 1, waarbij gebruik gemaakt werd van een laag niveau van game-elementen. Deze studie bevat vier meetmomenten: baseline, onmiddellijk na de training, drie en zes maanden na de training. De meetmomenten bevatten een CC taak en vragenlijsten om effecten van CCT op depressieve symptomatologie, ruminatie, adaptieve en maladaptieve cognitieve emotieregulatie



strategieën, levenskwaliteit, remissie van depressie, veerkracht, engagement, effortful control, geloofwaardigheid en verwachting van de interventie in kaart te brengen.

Resultaten

In totaal voltooiden 147 participanten het volledige protocol van Studie 1. Na de trainingsprocedure behaalden deelnemers uit de CCT-conditie een significant betere score op de non-adaptieve PASAT (taak-specifieke cognitieve transfer). Er was echter geen verschil op een taak die minder op de trainingstaak leek (afwezigheid van verre cognitieve transfer). In lijn met onze hypothesen interfereerde gamificatie niet met de cognitieve trainingsprocedure. Zo had gamificatie geen nadelige impact op deze twee vormen van cognitieve transfer. Daarentegen had gamificatie wel positieve effecten op motivatie en taakengagement. Ten slotte observeerden we positieve effecten van sterk gegamificeerde CCT op zelfgerapporteerde angstklachten.

Op dit moment wordt de dataverzameling voor Studie 2 afgerond. Bijgevolg zijn de resultaten van deze studie nog niet gekend. We zullen mixed ANOVA's uitvoeren op de data, waarbij tijd een within-subjects factor en trainingstaak een between-subjects factor is. De primaire variabelen zijn depressieve symptomatologie en ruminatie, waarbij we verwachten dat deze lager zullen zijn na de training bij de CCT-groep. Secundaire variabelen zijn dan het gebruik van (mal)adaptieve emotieregulatie strategieën, levenskwaliteit en veerkracht. Hier verwachten we minder maladaptieve strategieën en meer adaptieve strategieën, hogere levenskwaliteit en veerkracht. Dit design is gelijkaardig aan de studie van Hoorelbeke & Koster (2017), maar met twee grote verschillen: (1) gebruik van het vernieuwde trainingsplatform inclusief toevoeging van lichte gamificatie; (2) een langere opvolgperiode (tot 6 maanden na de training, in tegenstelling tot 3 maanden na de training).

Discussie en conclusie

De resultaten van Studie 1 bevestigen voorheen geobserveerde positieve effecten van CCT (Koster et al., 2017). Dat de gamificatie geen negatieve impact heeft op de trainingseffectiviteit en wel leidt tot verhoogde motivatie is veelbelovend. Dit laat gebruik toe van gegamificeerde CCT om depressieve kwetsbaarheid aan te pakken bij voorheen depressieve patiënten. Tijdens het symposium zullen we de resultaten van een recente RCT bespreken waarin de effectiviteit van gegamificeerde CCT bij voorheen depressieve patiënten geëvalueerd wordt (Studie 2).

Klinische implicaties

Toevoeging van game-elementen aan CCT gaat gepaard met een verbeterde gebruikservaring, wat een belangrijke factor is voor het succes van E-health interventies. Daarbovenop wijst ons onderzoek uit dat toevoeging van de game-elementen de cognitieve transfer-effecten niet verhindert. Indien we eerder geobserveerde positieve effecten van CCT bij voorheen depressieve patiënten (Hoorelbeke & Koster, 2017) kunnen repliceren met de vernieuwde training, dan kan deze ingezet worden als preventieve interventie in de context van depressie. Daarbij faciliteert het gebruiksvriendelijke online platform implementatie van gamified CCT in de klinische praktijk.

Referenties en literatuur

- Gronwall, D. M. A. (1977). Paced auditory serial-addition task: a measure of recovery from concussion. *Perceptual and Motor Skills*, 44(2), 367-373.
- Hamari, J., Koivisto, J., & Sarsa, H. (2014). Does Gamification Work? - A Literature Review of Empirical Studies on Gamification. In *Proceedings of the 47th Hawaii International Conference on System Sciences*, Hawaii, USA, January 6-9, 2014.
- Harvey, P.O., Le Bastard, G., Pochon, J.B., Levy, R., Allilaire, J.F., Dubois, B., & Fossati, P. (2004). Executive functions and updating of the contents of working memory in unipolar depression. *Journal of Psychiatric Research*, 38(6), 567-576. doi: 10.1016/j.psychires.2004.03.003



- Hoorelbeke, K., & Koster, E. H. (2017). Internet-delivered cognitive control training as a preventive intervention for remitted depressed patients: evidence from a double-blind randomized controlled trial study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(2), 135.
- Katz, B., Jaeggi, S., Buschkuhl, M., Stegman, A., & Shah, P. (2014). Differential effect of motivational features on training improvements in school-based cognitive training. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 242.
- Koster, E. H. W., Hoorelbeke, K., Onraedt, T., Owens, M., & Derakshan, N. (2017). Cognitive control interventions for depression: a systematic review of findings from training studies. *Clinical Psychology Review*, 53, 79-92. doi: 10.1016/j.cpr.2017.02.002
- Paelecke-Habermann, Y., Pohl, J., & Leflow, B. (2005). Attention and executive functions in remitted major depression patients. *Journal of Affective Disorders*, 89(1-3), 125-135.
- Shilyansky, C., Williams, L. M., Gyurak, A., Harris, A., Usherwood, T., & Etkin, A. (2016). Effect of antidepressant treatment on cognitive impairments associated with depression: a randomised longitudinal study. *The Lancet Psychiatry*. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00012-2 .
- Siegle, G. J., Ghinassi, F., & Thase, M. E. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21st century: summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31(2), 235-262.
- Siegle, G. J., Price, R. B., Jones, N. P., Ghinassi, F., Painter, T., & Thase, M.E. (2014). You gotta work at it: pupillary indices of task focus are prognostic for response to a neurocognitive intervention for rumination in depression. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 455-471.

2. Wat drijft verandering? Effecten van cognitieve controle training op emotieregulatie processen in het dagelijkse leven: Een experience sampling benadering

DR. Hoorelbeke (Kristof)

UGent / Fonds Wetenschappelijk Onderzoek Vlaanderen

Kernwoorden

cognitieve training, netwerk, depressie, dynamics

Introductie

Initieel onderzoek wijst op het preventieve potentieel van cognitieve controle training voor depressie (Koster et al., 2017). Zo rapporteerde men positieve effecten van cognitieve controle training op ruminatie, depressieve symptomatologie, alsook op veerkracht (bijv. Siegle et al., 2007, 2014; Hoorelbeke & Koster, 2017). Het blijft echter onduidelijk wat de onderliggende werkingsmechanismen zijn van cognitieve controle training. In deze context heeft tot op heden slechts één studie cognitieve controle training gecombineerd met experience sampling (ESM), waarbij effecten van de interventie op emotieregulatieprocessen in het dagelijkse leven in kaart gebracht werden bij een convenience sample (Hoorelbeke et al., 2016). Daar vertoonde de trainingsconditie gewijzigde emotion regulation dynamics in vergelijking met een actieve controlegroep. Geen enkele studie ging echter onmiddellijke / online effecten van cognitieve controle training na op emotieregulatieprocessen in het dagelijkse leven bij voorheen depressieve patiënten. De huidige studie beoogt deze vraag te beantwoorden, waarbij in het bijzonder aandacht besteed wordt aan de impact van cognitieve controle training op de complexe dynamiek tussen emotieregulatie, affect, en depressieve symptomatologie in het dagelijkse leven bij voorheen depressieve patiënten.

Materiaal en methodes

Deze studie werd geregistreerd op Open Science Framework (osf.io/g2k4w). Na een screeningsprocedure werden 92 voorheen depressieve patiënten gerandomiseerd over een



cognitieve controle of actieve controle trainingsconditie. In de cognitieve controle trainingsconditie voerden de participanten 10 sessies van de adaptieve Paced Auditory Serial Addition Task (PASAT) uit. De actieve controlegroep voltooide 10 sessies van een speed of response training die in mindere mate beroep doet op cognitieve controleprocessen. De trainingsprocedure bevond zich centraal in een 4-weken durende ESM procedure, waarbij de participanten eerst één week ESM voltooiden als baselinemeting, gevolgd door twee weken ESM gedurende de trainingsperiode, en één week ESM volgend op de trainingsperiode (postmeting). Gedurende deze fase werd affect, emotieregulatie, cognitieve-, depressieve klachten, alsook veerkracht zesmaal daags in kaart gebracht. De huidige studie gaat onmiddellijke effecten van cognitieve controle training na op:(1) Emotieregulatie dynamics (efficacy en deployment van emotieregulatie strategieën);(2) Zelfgerapporteerde cognitieve-, depressieve klachten, en veerkracht in het dagelijkse leven;(3) De complexe dynamiek tussen emotieregulatie en residuele symptomatologie na remissie van depressie, waartoe gebruik gemaakt wordt van netwerk analyses.

Resultaten

De dataverzameling werd afgerond, de data wordt momenteel geanalyseerd. Initiële bevindingen wijzen op het uitblijven van positieve effecten van cognitieve controle training op cognitieve klachten, depressieve klachten, en zelfgerapporteerde veerkracht in het dagelijkse leven. De experimentele manipulatie had een invloed op emotieregulatie dynamics, en in het bijzonder op efficacy van emotieregulatie. Momenteel worden de netwerkanalyses uitgevoerd. Deze bevindingen zullen gepresenteerd worden tijdens het symposium.

Discussie en conclusie

Cognitieve controle training lijkt niet gepaard te gaan met onmiddellijke / online positieve effecten op residuele symptomatologie in het dagelijkse leven. Dit lijkt in strijd met eerder onderzoek waarbij via een andere methodologie positieve effecten geobserveerd werden inzake emotieregulatie, residuele symptomatologie, en veerkracht (Hoorelbeke & Koster, 2017). Deze effecten traden echter typisch pas op langere termijn op. Daarentegen heeft cognitieve controle training een invloed op effectiviteit van emotieregulatieprocessen. Tijdens de presentatie zullen daarnaast effecten van cognitieve controle training op de netwerkparameters gepresenteerd worden, wat een meer diepgaand zicht kan bieden op de werkingsmechanismen onderliggend aan voorheen geobserveerde positieve effecten van cognitieve controle training.

Klinische implicaties

Cognitieve controle training beïnvloedt de effectiviteit van emotieregulatieprocessen. Deze bevinding heeft belangrijke klinische implicaties, waarbij de trainingsprocedure mogelijk baat zou hebben van combinatie met gerichte emotieregulatietrainingen. Daarbovenop laat de gebruikte analysestrategie toe om zich te krijgen op mechanismen van verandering onderliggend aan de interventie.

Referenties en literatuur

- Koster, E. H. W., Hoorelbeke, K., Onraedt, T., Owens, M., & Derakshan, N. (2017). Cognitive control interventions for depression: a systematic review of findings from training studies. *Clinical Psychology Review*, 53, 79–92. doi: 10.1016/j.cpr.2017.02.002
- Hoorelbeke, K., & Koster, E. H. (2017). Internet-delivered cognitive control training as a preventive intervention for remitted depressed patients: evidence from a double-blind randomized controlled trial study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(2), 135.
- Hoorelbeke, K., Koster, E.H.W., Demeyer, I., Loeys, T., & Vanderhasselt, M-A. (2016). Effects of cognitive control training on the dynamics of (mal)adaptive emotion regulation in daily life. *Emotion*, 16, 945-956. doi: 10.1037/emo000169



Siegle, G. J., Ghinassi, F., & Thase, M. E. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21st century: summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31(2), 235-262.

Siegle, G. J., Price, R. B., Jones, N. P., Ghinassi, F., Painter, T., & Thase, M.E. (2014). You gotta work at it: pupillary indices of task focus are prognostic for response to a neurocognitive intervention for rumination in depression. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 455-471.

3. Lange termijn effecten van Cognitieve Controle Training bij voorheen depressieve patiënten

DHR. Van den Bergh (Nathan)
UGent

Kernwoorden

Depressie, Hervalpreventie, Executieve Functies, Emotieregulatie

Introductie

De kans op herval bij depressie wordt geschat op 40 à 60%, zelfs na behandeling (Bockting et al., 2015). Dit risico neemt toe naarmate een patiënt meer episodes heeft doormaakt (Bockting et al., 2006, 2010, 2015). Bovendien ervaren patiënten na of tussen depressieve episodes vaak nog heel wat cognitieve restklachten (Levens & Gotlib, 2015), zoals aandachts-, concentratie- en geheugenproblemen. Dergelijke klachten beïnvloeden naar alle waarschijnlijkheid ook in verregaande mate het psychosociaal functioneren, zoals onder andere het vermogen om op het werk te presteren (Weightman et al., 2019).

Gelukkig kan Cognitieve Controle Training (CCT; Siegle et al., 2007), het routinematig uitvoeren van computertaken die een beroep doen op werkgeheugenfuncties, mogelijks bijdragen tot het remediëren van cognitieve klachten (Van den Bergh et al., 2018). Meer nog: CCT zou ook positieve effecten kunnen hebben op emotieregulatie, daar eerder onderzoek suggereert dat depressieve patiënten na het doorlopen van CCT minder ruminatieve gedachten rapporteren (Siegle et al., 2007, 2014; Vanderhasselt et al., 2015). Onderzoek met studenten met hoge ruminatie-scores toonde ook een interactie met stress aan: in tegenstelling tot studenten in een actieve controleconditie, vertoonden studenten die CCT gevolgd hadden minder ruminatieve gedachten in de examenperiode én waren ze minder gevoelig voor een stress-inductie in het lab (Hoorelbeke et al., 2015). Een recente RCT onderstreept eveneens het potentieel van CCT voor mensen met een geschiedenis van depressie: volgend op CCT rapporteerden participanten minder depressieve symptomen, minder maladaptieve emotie-regulatie (met in het bijzonder 'brooding') en meer veerkracht. De mate waarin participanten vooruitgang boekten op een cognitieve transfertaak voorspelde ook depressieve symptomen drie maanden later, een verband dat gedeeltelijk gemedieerd werd door de 'brooding'-score onmiddellijk na de interventie (Hoorelbeke & Koster, 2017).

In voorgaand onderzoek werden effecten van CCT echter steeds op relatief korte termijn in kaart gebracht. Met de huidige RCT wensten we de lange termijn effecten van CCT in kaart te brengen bij voorheen depressieve patiënten. Hiertoe brachten we effecten van CCT in kaart op cognitief functioneren en heroptreden van depressieve episoden over een periode van één jaar. Daarnaast brachten we evoluties in klachten in kaart aan de hand van wekelijkse herhaalde metingen.

Materiaal en methodes

Er werd gebruik gemaakt van verschillende gestandaardiseerde vragenlijsten die peilen naar depressieve klachten (BDI, RDQ), cognitieve klachten (BRIEF), emotieregulatie (RRS, CERQ) en veerkracht (RS). Deze vragenlijsten werden zowel bij aanvang als bij de post-meting één jaar later ingevuld tijdens een bezoek van de participanten aan de faculteit psychologie en pedagogische



wetenschappen van de Universiteit Gent. Op dezelfde tijdstippen werd ook de module stemmingsstoornissen van de MINI afgenomen, naast een gestandaardiseerde versie van de cognitieve transfertaak ('Paced Auditory Serial Addition Task' of kortweg PASAT; Siegle et al., 2007). Een adaptieve versie van deze taak deed dienst als trainingstaak in de experimentele conditie. In de actieve controleconditie werd daarentegen gebruik gemaakt van een meer eenvoudige speed-of-response training. Dit laat toe om effecten van CCT op heroptreden van depressie in kaart te brengen, alsook lange termijn cognitieve transfer effecten. Participanten werden tevens over een periode van een jaar volgend op de interventie opgevolgd aan de hand van een beknopte wekelijkse vragenlijst. Daarbij werd onder meer gepeild naar depressieve symptomen (door middel van één item), cognitieve klachten (één item), ruminatie (twee items: focus op problemen en focus op gevoelens), positief herinterpreteren (één item), veerkracht (één item) en het plaatsvinden van (on)plezierige gebeurtenissen (één item). De CCT (adaptieve PASAT) of de actieve controletaak vond plaats gedurende de tweede en derde week na de baselinemeting. Participanten werden gevraagd om in die periode 10 sessies van ongeveer 15 minuten te voltooien op hun computer. Deze studie werd geregistreerd op Open Science Framework (osf.io/g2k4w) en maakt deel uit van een groter CCT project waarvan de korte termijn bevindingen eerder tijdens dit symposium gepresenteerd worden.

Resultaten

Er werd een opvallend goede prestatie op de gestandaardiseerde cognitieve taak na één jaar vastgesteld, met een toename in beide condities, zij het dan wel met een statistisch significant en klinisch relevant verschil ten voordele van de experimentele conditie. Bovendien observeerden we na één jaar ook statistisch significant meer herval in de controleconditie dan in de experimentele conditie (47.5% tegenover 25.6%). Anderzijds werden er noch op de gestandaardiseerde vragenlijsten, noch op de wekelijkse bevestigingen, effecten van tijd of conditie gevonden op vlak van depressieve symptomen, cognitieve klachten, emotieregulatie en veerkracht. Voor de analyse van de wekelijkse bevestigingen werd gebruik gemaakt van hiërarchische lineaire modellen (HLM), waar de score op de verschillende items werd voorspeld aan de hand van de effecten van tijd, groep en hun onderlinge interactie, rekening houdend met random effecten, die toelaten dat de interindividuele verschillen worden gemodelleerd.

Discussie en conclusie

Voor zover bekend, is deze studie de eerste die rechtstreeks het effect van CCT op heroptreden van depressie in kaart brengt. Andere troeven zijn de opvolging op een termijn van één jaar en de gebruikte multi-method benadering. Laatstgenoemde is ook meteen de bron van een aantal merkwaardige bevindingen. In tegenstelling tot de significante groepsverschillen inzake herval (cf. klinisch interview) en cognitief functioneren (cf. computertaak), verschillen beide groepen niet significant op de wekelijkse ratings van functioneren en de herhaalde afname van de gestandaardiseerde vragenlijsten tijdens de follow-up meting. In de plaats observeerden we een verbetering in functioneren over beide condities heen. Zo observeerden we een algemene daling in gebruik van maladaptieve emotieregulatie strategieën, een daling in zelfgerapporteerde cognitieve klachten, en een stijging in veerkracht van baseline tot één jaar follow-up.

Klinische implicaties

Hoewel de bevindingen met de nodige voorzichtigheid dienen geïnterpreteerd te worden, suggereert de data dat CCT potentieel kan hebben in het kader van hervallpreventie. Het effect (Odds Ratio = 0.38) blijkt zelfs van dezelfde grootteorde te zijn als antidepressiva (Venlafaxine) en Mindfulness, en rechtvaardigt dan ook verder onderzoek.

Referenties en literatuur



- Bockting CL, Hollon SD, Jarrett RB, Kuyken W, Dobson K. A lifetime approach to major depressive disorder: the contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence. *Clin Psychol Rev.* 2015;41:16-26.
- Bockting C, Koeter M, Schene A. Prediction of recurrence in recurrent depression: a 5.5-year prospective study. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(8):984-91.
- Bockting CL, Spinhoven P, Koeter MW, Wouters LF, Schene AH. Prediction of recurrence in recurrent depression and the influence of consecutive episodes on vulnerability for depression: a 2-year prospective study. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(5):747-55
- Levens SM, Gotlib IH. Updating emotional content in recovered depressed individuals: Evaluating deficits in emotion processing following a depressive episode. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2015;48:156-63.
- Hoorelbeke K, Koster EH. Internet-delivered cognitive control training as a preventive intervention for remitted depressed patients: Evidence from a double-blind randomized controlled trial study. *J Consult Clin Psychol.* 2017;85(2):135-46.
- Hoorelbeke K, Koster EH, Vanderhasselt M-A, Callewaert S, Demeyer I. The influence of cognitive control training on stress reactivity and rumination in response to a lab stressor and naturalistic stress. *Behav Res Ther.* 2015;69:1-10.
- Siegle GJ, Ghinassi F, Thase ME. Neurobehavioral therapies in the 21st century: summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. *Cognit Ther Res.* 2007;31(2):235-62.
- Siegle GJ, Price RB, Jones NP, Ghinassi F, Painter T, Thase ME. You gotta work at it: pupillary indices of task focus are prognostic for response to a neurocognitive intervention for rumination in depression. *Clin Psychol Sci.* 2014;2(4):455-71.
- Van den Bergh N, Hoorelbeke K, De Raedt R, Koster EH. Remediation of depression-related cognitive impairment: cognitive control training as treatment augmentation. *Expert Rev Neurother.* 2018;18(12):907-13.
- Vanderhasselt M-A, De Raedt R, Namur V, Lotufo PA, Bensenor IM, Boggio PS, et al. Transcranial electric stimulation and neurocognitive training in clinically depressed patients: a pilot study of the effects on rumination. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2015;57:93-9.
- Weightman MJ, Knight MJ, Baune BT. A Systematic Review of the Impact of Social Cognitive Deficits on Psychosocial Functioning in Major Depressive Disorder and Opportunities for Therapeutic Intervention. *Psychiatry Res.* 2019:195-212.



Meet the Expert: Marcus Huibers

dr. M.J.H. Huibers (Marcus)

VU Amsterdam

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.



Clinical Masterclass: Transculturele cgt

dr. J. Knipscheer (Jeroen)

Universiteit Utrecht

Inhoud

Wetenschappelijke evidentie over toepasbaarheid en effectiviteit van CGT interventies bij populaties met een migratieachtergrond is nog altijd gering. In de literatuur wordt adequate doelmatigheid van CGT bij cultureel diverse patiëntengroepen wel gesuggereerd (zie Generieke Module Diversiteit (www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diversiteit) voor referenties), maar methodologisch zijn deze studies van onvoldoende kwaliteit. Bovendien zijn vaak specifieke subgroepen van mensen met een migratieachtergrond geïncludeerd (veelal hoger opgeleiden). De beperking die Ünlü Ince en collega's (2014) rapporteren is veelzeggend: *'The participants in our meta-analysis may very well be a very select, small group who were well integrated and aware of their psychological problems, who identified with the mainstream, and who were willing to participate in a research study. Possibly, a large portion of the racial-ethnic minority groups therefore remain overlooked in this type of research.'* (Ünlü Ince e.a., 2014, p. 617).

In het algemeen kan worden gesteld dat het behandel-effect bij deze groepen aanwezig kan zijn, maar doorgaans veel geringer is dan bij de meerderheidspopulatie (Ghane, Visser & De Jong, 2013). Bovendien zijn *no-show en drop-out* vaak substantieel hoger (o.a. Blom e.a., 2010). Ook bij migrantenjongeren is dit een groot probleem (De Haan e.a., 2015).

Onderzoek suggereert dat 'cultuursensitieve zorg' kan bijdragen aan optimalere hulpverlening voor deze doelgroep. De zorg kan effectiever worden gemaakt door middel van (1) veranderingen in de organisatie van zorg, (2) het verwerven van culturele competenties door zorgprofessionals, en (3) culturele aanpassingen van de bestaande behandelmethoden.

Deze masterclass richt zich voornamelijk op de punt 2. De centrale vraag is: Hoe kan een zorgprofessional het repertoire aan gangbare *evidence based* CGT behandelingen effectief inzetten bij patiëntengroepen met een migratieachtergrond?

Cultuursensitief behandelen is hierbij essentieel; respectvolle nieuwsgierigheid naar de beleving, betekenis en context van klachten en problemen, is een voorwaarde om te komen tot een gezamenlijk behandel-doel en inzet voor behandeling. Concrete hulpmiddelen hierbij zijn: het maken van een tijdsbalk en het exploreren van het verklaringsmodel.

In het eerste deel van de master class (max 20 min) wordt bovenstaande kort toegelicht.

In het tweede deel gaan we oefenen met tijdsbalk en/of exploreren verklaringsmodel.

specifieke CGT techniek: tijdsbalk (evidentie vanuit Narratief Exposure Therapy)

specifiek CGT techniek: verklaringsmodel (elementen vanuit Cultural Formulation Interview om te onderhandelen over verklaringsmodel)



Symposium: Personaliseren van behandeling voor chronische kankergerelateerde vermoeidheid: netwerkbenadering en het patiëntenperspectief.

Dr. M.P.J. Schellekens (Melanie)
Helen Dowling Instituut

Kernwoorden

Kankergerelateerde vermoeidheid, patiëntenperspectief, netwerkbenadering, personaliseren

Beknopte samenvatting van het symposium

Een van de meest voorkomende bijwerkingen van kanker en de behandeling is vermoeidheid. Het wordt gekenmerkt door gevoelens van slaptte, uitputting en gebrek aan energie. Deze vermoeidheid is niet het gevolg van inspanning en de herstelperiode duurt langer dan bij 'normale' vermoeidheid. Een kwart van de kankerpatiënten lijdt aan ernstige vermoeidheid maanden tot jaren na succesvolle behandeling. Deze aanhoudende vermoeidheid, ook wel chronische kankergerelateerde vermoeidheid (CKV) genoemd, is een complexe multifactoriële aandoening die gepaard gaat met stressklachten en de kwaliteit van leven van patiënten beperkt. Gezien het stijgende aantal mensen dat herstelt van kanker, wordt de behoefte voor effectieve behandeling groter. Waar bestaande behandelingen effectief zijn, weten we niet welke (combinatie van) behandeling het meest effectief is voor de individuele patiënt.

In het REFINE project, gesubsidieerd door KWF en de Maarten van der Weijden Foundation, onderzoeken we welke behandeling het meest effectief is voor de individuele patiënt die lijdt aan CKV.

- Allereerst bespreken we de resultaten van een meta-etnografie naar de ervaringen van patiënten met CKV en hoe zij ermee omgaan.
- Vervolgens worden de resultaten van twee groepslevel netwerken besproken die belangrijke beschermende en instandhoudende factoren van CKV hebben geïdentificeerd.
- Uiteindelijk wordt de ontwikkeling van de app gepresenteerd, de eerste resultaten van individuele vermoeidheidsnetwerken en hoe deze kunnen bijdragen aan gepersonaliseerde zorg.

1. Ervaringen en omgaan met chronische kankergerelateerde vermoeidheid: een meta-etnografie

Drs. T.I. Bootsma (Tom)
Helen Dowling Instituut/Tilburg Universiteit

Kernwoorden

Chronische kankergerelateerde vermoeidheid, meta-etnografie, psycho-oncologie

Introductie

Chronische kankergerelateerde vermoeidheid (CKV) is een veelvoorkomend probleem, maanden tot jaren nadat de behandeling voor kanker is afgerond. Beter begrip uit kwalitatief onderzoek kan ons inzicht geven in wat deze ervaringen met CKV betekenen en bijdragen aan behandeling op maat. Resultaten van eerder kwalitatief onderzoek naar CKV zijn niet altijd eenduidig te interpreteren en generaliseren. Het doel van deze meta-etnografie is om vanuit verzameld kwalitatief onderzoek een interpretatief en overstijgend inzicht te vormen betreft ervaringen en omgaan met CKV dat van waarde is voor de klinische praktijk en richting kan geven aan toekomstig onderzoek.



Materiaal en methodes

Gecombineerde zoekopdrachten werden uitgevoerd in verschillende databases: Pubmed/Medline, EMBASE, CINAHL, PsycINFO en Web of Science. Een combinatie van zoekwoorden en synoniemen voor kanker, vermoeidheid en kwalitatief onderzoek werd gebruikt. Daarna vond screening plaats om doelgroep (volwassenen CKV) en kwalitatieve methodologie te controleren, gevolgd door een kwaliteitsbeoordeling (CASP-criteria). De meta-etnografie methode (Noblit & Hare, 1988) werd gebruikt om *eerste orde-constructen* (interpretaties patiënten) en *tweede orde-constructen* (interpretaties auteurs) te vergelijken, vertalen en synthetiseren naar een model van *derde orde-constructen* (nieuwe interpretaties).

Resultaten

Van de 1178 gevonden artikelen werden 16 kwalitatieve artikelen geïnccludeerd. Een model van lichamelijke rondom CKV werd gevormd met zes *derde orde-constructen*: (1) *de belichaamde ervaring* omvat het op de voorgrond staan van het lichaam; (2) *(geen) erkenning* toont een gebrek aan erkenning door patiënten, naasten en medische professionals; (3) *de smalle horizon* beschrijft de kleinere leefwereld; (4) *rolverandering* gaat over het veranderen van levensrollen; (5) *verlies van zelf* representeert het verlies van identiteit; (6) *terugvinden van de basis* omschrijft het gevecht tegen vermoeidheid, de aanpassing aan vermoeidheid en uiteindelijk het accepteren van een “nieuw leven met CKV”.

Discussie en conclusie

Deze meta-etnografie geeft inzicht in hoe de ‘belichaamde’ ervaring met CKV is ingebed in de sociale, temporele en ruimtelijke gevolgen die hierbij kunnen optreden en hoe naar controle en houvast gezocht wordt.

Klinische implicaties

Dit model van lichamelijke rondom CKV kan helpen bij erkenning, informatievoorziening en aanbieden van gepersonaliseerde behandeling.

Referenties en literatuur

Noblit, G. W., & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography: synthesising qualitative studies*. NewburyPark, CA: Sage Publications.

2. De onderlinge relaties tussen kankergerelateerde vermoeidheid, beschermende en instandhoudende factoren: een netwerkbenadering.

Dr. M.P.J. Schellekens (Melanie)

Helen Dowling Instituut

Kernwoorden

Kankergerelateerde vermoeidheid, netwerkbenadering, beschermende factoren

Introductie

Verscheidene beschermende en instandhoudende factoren zijn geïdentificeerd voor kankergerelateerde vermoeidheid. De meeste studies hebben slechts bivariate relaties onderzocht. Om patiënten de best mogelijke zorg te bieden, hebben we meer inzicht nodig in de complexe relaties van deze constructen (Van der Lee & Schellekens, 2019). Het doel van dit onderzoek is om aan de hand van de multivariate netwerkbenadering (Borsboom & Cramer, 2013) meer inzicht te krijgen in hoe kankergerelateerde vermoeidheid, beschermende en instandhoudende factoren onderling verbonden zijn met elkaar.



Materiaal en methodes

We hebben cross-sectionale baseline data gebruikt van (1) een observationele studie naar patiënten met kanker die psychologische hulp zochten (n = 342) en (2) een gerandomiseerde gecontroleerde trial voor patiënten met chronische kanker-gerelateerde vermoeidheid (n = 167). Voor iedere dataset werd de onderlinge relaties tussen kanker-gerelateerde vermoeidheid, beschermende en instandhoudende factoren geëxploreerd door geregulariseerde partiële correlatie netwerken te modeleren. Het eerste netwerk bevatte de volgende beschermende factoren (acceptatie van ziekte, waargenomen voordelen van ziekte, aanpassing van doelen) en instandhoudende factoren (fysieke klachten, sociaal terugtrekken, angst, depressieve symptomen en hulpeloosheid). Het tweede netwerk bevatte de volgende beschermende factoren (motivatie, subjectieve en objectieve activiteit, mindfulness) en instandhoudende factoren (slaapproblemen, sombere stemming, angst). Daarnaast werd centraliteit (het aantal en de sterkte van de verbindingen van een construct) en stabiliteit van het netwerk onderzocht.

Resultaten

Het eerste netwerk toonde aan dat de relaties van hulpeloosheid met vermoeidheid en van fysieke symptomen met vermoeidheid opvallend waren, omdat deze sterker waren dan de meeste andere verbindingen in het netwerk. Wat betreft beschermende factoren, bleek acceptatie van de ziekte het meest centraal in het netwerk. Dat betekent dat acceptatie meer en sterkere verbindingen had dan de meeste andere constructen. Het tweede netwerk liet sterke verbindingen zien tussen zowel mentale als fysieke vermoeidheid met minder motivatie en minder subjectieve activiteit. In beide netwerken waren slaapproblemen het minst centrale construct.

Discussie en conclusie

De netwerken identificeerden belangrijke verbindingen van vermoeidheid met hulpeloosheid, fysieke klachten, subjectieve activiteit en motivatie.

Klinische implicaties

Longitudinale studies zouden deze beschermende en instandhoudende factoren in individuele dynamische netwerken moeten bekijken om hun causale rol te onderzoeken. Vervolgens kunnen we onderzoeken in hoeverre zulke netwerken ons kunnen informeren over welke behandeling het meest geschikt is voor de individuele patiënt met kanker.

Referenties en literatuur

Borsboom, D., & Cramer, A. O. J. (2013). Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91-121.

Van der Lee, M.L. & Schellekens, M.P.J. (2019). Capturing the complexity of mental disorders in the medically ill: The network approach on Behavioral Medicine. *Translational Behavioral Medicine*. Epub ahead of print.

3. **Energie inZicht: Ontwikkeling van een Experience Sampling Method (ESM)-App om de behandeling van chronische kankergerelateerde vermoeidheid te personaliseren.**

BSc R.A.M. van Woezik (Rosalie)

Helen Dowling Instituut

Kernwoorden

netwerkbenadering, personalisatie, Experienced Sampling Method

Introductie



Een kwart van de kankerpatiënten lijdt aan chronische kankergerelateerde vermoeidheid (CKV). Deze vermoeidheid beperkt patiënten in hun dagelijks leven door klachten als concentratieproblemen, futloosheid en motivatieverlies. Omdat de ervaring en omgang met CKV verschilt per patiënt, is het belangrijk om een individuele aanpak te hanteren bij de behandeling van CKV (Bootsma, Schellekens, van Woezik, van der Lee, & Slatman, n.d.). De netwerkbenadering kan helpen om een individuele aanpak te ontwerpen (Borsboom & Cramer, 2013). De netwerktheorie stelt dat een aandoening niet opgebouwd is uit losse componenten, maar uit een netwerk aan symptomen die elkaar kunnen beïnvloeden, versterken, of in stand kunnen houden. Wanneer we een netwerk van klachten in kaart brengen van één patiënt, kan dit (1) inzicht verschaffen in welke factoren een belangrijke rol spelen in zijn/haar vermoeidheid en (2) helpen bij de zorg te personaliseren. Het doel van deze studie is een app ontwikkelen waarmee we het netwerk van symptomen per individuele patiënt kunnen identificeren om zo de behandeling van CKV te personaliseren.

Materiaal en methodes

De app is gebaseerd op Experience Sampling Method (ESM). Patiënten registreren hierbij 5 keer per dag hun gevoelens en gedragingen gedurende 21 dagen (n=5 studie). Patiënten worden aan het eind van deze periode geïnterviewd over hun ervaring met de app en het krijgen feedback over hun klachten en individuele netwerken. Voor de ontwikkeling van de 'Energie inZicht'-app werd gebruik gemaakt van Ethica (www.ethicadata.com).

Resultaten

De eerste individuele netwerken en hoe deze kunnen bijdragen aan het personaliseren van psychologische zullen worden gepresenteerd.

Discussie en conclusie

Het doel van deze app is om meer inzicht te krijgen in welke symptomen een belangrijke rol spelen bij de vermoeidheidsklachten van individuele patiënten. Daarom wordt met behulp van een ESM app per individuele patiënt gemeten welke symptomen bij diegene het meest voorkomen en hoe ze elkaar beïnvloeden.

Klinische implicaties

Deze studie onderzoekt of feedback met behulp van individuele netwerken van CKV een bijdrage kan leveren aan persoonlijker en effectievere psychologische zorg voor CKV.

Referenties en literatuur

Bootsma, T. I., Schellekens, M. P. J., van Woezik, R. A. M., van der Lee, M. L., & Slatman, J. (n.d.). Responding to Chronic Cancer-Related Fatigue: a meta-ethnography, under review.
Borsboom, D., & Cramer, A. O. J. (2013). Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91-121.



Openbare intervisie: Hoe blijf je staande als therapeut?

PhD L Lemmens (Lotte)¹, B.E. Boyer (Bianca)²

¹Maastricht University

²Universiteit van Amsterdam

Introductie

Naast openbare supervisies organiseren we dit jaar voor het eerst ook een *openbare intervisie*. Het wordt een klassiek intervisieformat in een kleine, informele setting. De intervisie zal echter niet gelinkt zijn aan de casuïstiek van onze patiënten, maar zal draaien om de vraag: ‘*hoe blijf je staande als therapeut?*’. Deelnemers aan deze intervisie kunnen ter plekke een vraag/kwestie/moeilijkheid inbrengen, maar er kunnen ook eerder aangeleverde (anonieme) intervisievragen besproken worden.

Kwesties/vraagstukken/moeilijkheden die verband houden met dit thema zouden bijvoorbeeld kunnen zijn: Hoe ga je om met: de hoge werkdruk, groot verantwoordelijkheidsgevoel, druk die betrokken partijen kunnen uitoefenen, het beperkte aantal gesprekken waarin je resultaat moet behalen, perfectionisme en angst om fouten te maken, ‘moeilijke’ cliënt-systemen, ‘moeilijke’ collega’s (bv met veel stress of persoonlijkheidsproblematiek)? Hoe zorg je ervoor dat je je werk niet mee naar huis neemt? Of hoe houd je de balans tussen werk en privé in orde?



Lezingencylus

Update je kennis: over geheugen, vijandige gedachten en groepstherapie

Lezing: Kennis van EMDR therapeuten over de werking van het geheugen

Drs. S. T. L. Houben (Sanne)

Maastricht University

Kernwoorden

EMDR, repressie, hervonden herinneringen

Introductie

Begin jaren negentig vond er een debat plaats tussen klinici en wetenschappers over zogenoemde hervonden herinneringen (Crews, 1995). Clinici waren van mening van mensen traumatische herinneringen konden onderdrukken, omdat deze psychologisch te zwaar waren. Tijdens een therapiesessie konden zulke herinneringen hervonden worden. Wetenschappers toonde echter aan dat traumatische herinneringen zelden, tot nooit, worden vergeten (McNally, 2003). Als reactie op dit debat besloten onderzoekers vragenlijsten uit te zetten om te kijken wat klinici weten over de werking van het geheugen, en helaas geloofden veel klinici in repressie. In de tussentijd is Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR; Shapiro, 1989) uitgegroeid als een van de populairste interventies voor trauma gerelateerde stoornissen. In EMDR staat het veranderen van de kwaliteit (levendigheid en emotionaleiteit) van een trauma herinnering centraal. Daarbij is het belangrijk dat EMDR therapeuten op de hoogte zijn van hoe het geheugen werkt. Deze studie onderzocht de kennis van EMDR therapeuten over de werking van het geheugen.

Materiaal en methodes

In twee studies hebben wij EMDR therapeuten (studie 1 = 12, studie 2 = 41), studenten (studie 1 = 35; studie 2 = 24) en wetenschappers (studie 2 = 30) een casus (studie 1) en een vragenlijst (studie 1 en 2) voorgelegd. De casus in studie 1 beschreef een patiënte met vage symptomen, waarbij EMDR werd ingezet. Uiteindelijk herinnerde de patiënte verschillende momenten waarbij ze seksueel misbruikt werd. De vraag aan de EMDR therapeuten en studenten was hoe authentiek deze herinnering is. Daarna ontvingen de proefpersonen een vragenlijst met verschillende statements over hoe het geheugen werkt. De proefpersonen moesten aangeven of ze het (on)eens waren met deze statements. Voor studie 2 is de vragenlijst iets aangepast en voorgelegd aan EMDR therapeuten, studenten, en wetenschappers.

Resultaten

In studie 1 vonden we dat een meerderheid van EMDR therapeuten en studenten dacht dat de plotselinge herinneringen aan seksueel misbruik na therapie authentiek waren. Daarnaast vonden we dat zowel in studie 1 als studie 2 een meerderheid correcte kennis had over de werking van het geheugen. Echter, een meerderheid van alle groepen (70-90%) geloofde in repressie.

Discussie en conclusie

Aangezien EMDR wordt ingezet bij traumatische autobiografische herinneringen, is het belangrijk dat EMDR therapeuten correcte kennis hebben over hoe het geheugen werkt. Over het algemeen kunnen we stellen dat EMDR therapeuten, studenten, en wetenschappers beschikken over correcte kennis van de werking van het geheugen. Echter, 70-90% van de proefpersonen gelooft in repressie. Het geloven in repressie kan ervoor zorgen dat als een patiënt vage symptomen vertoont of als er verdenkingen zijn van seksueel misbruik dit wordt aangezien als mogelijke onderdrukte herinneringen. Als gevolg kan een therapeut bijvoorbeeld gaan zoeken naar zulke herinneringen,



waarbij de kans op een pseudoherinneringen (herinnering aan een gebeurtenis die niet heeft plaatsgevonden) zal toenemen. Een pseudoherinnering kan problematisch worden als een patiënt besluit om op basis van deze herinnering een rechtszaak te starten. Naast het feit dat de patiënt en hun naasten meer zullen lijden, bestaat er de kans dat er een onrechtmatige veroordeling kan plaatsvinden als een patiënt besluit om op basis van deze herinnering een rechtszaak te starten.

Klinische implicaties

Onze resultaten repliceren andere survey studies (Ost et al., 2013; Patihis et al., 2014). Hiermee willen wij aantonen dat het belangrijk is dat klinici onderwezen worden (en blijven) over de werking van het geheugen. Daarnaast is het ook van belang dat klinici en wetenschappers met elkaar in gesprek blijven over de stand van zaken om mogelijke pseudoherinneringen binnen de therapie (zoals gebeurde tijdens het hervonden herinneringen debat) te voorkomen.

Referenties en literatuur

- Crews, F. C. (1995). *The memory wars: Freud's legacy in dispute*. New York Review of Books.
- McNally, R. J. (2003). Recovering memories of trauma: A view from the laboratory. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 32-35. doi:10.1111/1467-8721.01217
- Ost, J., Wright, D., Easton, S., Hope, L., & French, C. (2013). Recovered memories, satanic abuse, dissociative identity disorder, and false memories in the UK: A survey of clinical psychologists and hypnotherapists. *Psychology, Crime & Law*, 19, 1-19. doi: 10.1080/ 1068316X.2011.598157
- Patihis, L., Ho, L. Y., Tinggen, I. W., Lilienfeld, S. O., & Loftus, E. F. (2014). Are the "memory wars" over? A scientist-practitioner gap in beliefs about repressed memory. *Psychological Science*, 25, 519-530. doi:10.1177/0956797613510718
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movements desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223. doi:10.1002/jts.2490020207

Lezing: Groepsgewijze cognitieve gedragstherapie en groepsgewijze schemagerichte therapie voor patiënten met een sociale angststoornis en comorbide ontwijkende persoonlijkheidsstoornis

MsC A.E. Balje (Astrid)

PsyQ

Kernwoorden

Sociale angststoornis, Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis, Schematherapie, CGT, Groepsbehandeling

Introductie

Sociale angststoornis (SAS) met een comorbide ontwijkende persoonlijkheidsstoornis (OPS) heeft een hoge prevalentie en gaat gepaard met ernstige psychosociale problemen en hoge maatschappelijke kosten. Voor patiënten met SAS is CGT de meest toegepaste behandeling. Voor patiënten die zowel een diagnose SAS als een diagnose OPS hebben, is het behandelbeleid minder eenduidig. De Nederlandse multidisciplinaire richtlijn adviseert om deze groep patiënten langer door te behandelen met CGT. Schematherapie (ST) is mogelijk ook een passende interventie voor patiënten met SAS en comorbide OPS. Er is toenemende evidentie voor de effectiviteit van ST voor persoonlijkheidsproblematiek. Patiënten met persoonlijkheidsproblematiek, zoals OPS, hebben vaak negatieve en soms traumatische ervaringen opgedaan in de kindertijd. Disfunctionele copingstrategieën, die zij hierdoor ontwikkeld hebben, kunnen hen belemmeren in hun dagelijks



leven. ST heeft oog voor de ontstaansgeschiedenis en helpt vanuit die invalshoek patiënten om meer gezonde copingstijlen aan te leren.

Materiaal en methodes

Honderdvierenvijftig patiënten met een diagnose sociale fobie en een comorbide ontwijkende persoonlijkheidsstoornis zijn geïncludeerd in een multicenter randomized controlled trial (RCT). De centrale vraag van de huidige studie luidt: “Wat is het effect van langer durende groepsgewijze CGT in vergelijking tot groepsgewijze schematherapie voor patiënten met een diagnose sociale fobie en een comorbide ontwijkende persoonlijkheidsstoornis?”. CGT en ST werden beiden in een semi-open groep van 30 weken aangeboden. Het groepsprotocol voor ST van Farrell en Shaw is - in samenwerking met hen - ten behoeve van de doelgroep en het semi-open format aangepast. In de CGT conditie lag de nadruk op exposure met daarbij falsificatie van automatische gedachtes en kerncognities. Het groepsprotocol van Heimberg voor de behandeling van een sociale angststoornis vormde hiervoor de basis. Primaire uitkomstmaten zijn gericht op de SAS en de OPS.

Resultaten

Tijdens het congres worden voorlopige resultaten tot en met de follow-up van 3 maanden gepresenteerd.

Discussie en conclusie

Tijdens het congres bespreken we de resultaten.

Klinische implicaties

Tijdens het congres bespreken we de mogelijke implicaties van de bevindingen.

Referenties en literatuur

- Balje, A., Greeven, A., van Giezen, A., Korrelboom, K., Arntz, A., & Spinhoven, P. (2016). Group schema therapy versus group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder with comorbid avoidant personality disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 487.
- Bamelis LLM, Evers SMAA, Arntz A. Design of a multicentered randomized controlled trial on the clinical and cost effectiveness of schema therapy for personality disorders. *BMC Public Health* [Internet]. 2012;12(1):75. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/75>.
- Bamelis LLM, Evers SMAA, Spinhoven P, Arntz A. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2014;171:305-22.
- Brockveld, K.C., Perini, S.J., & Rapee, R.M. (2014) Social anxiety and social anxiety disorder across cultures In Hofmann S.H. & DiBartolo P.M. (Eds) *Social anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives* (pp 141-158) Third edition London, United Kingdom: Elsevier.
- Farrell JM, Reiss N, Shaw IA. *The schema therapy clinician's guide*. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2014.
- Farrell JM, Shaw IA. *Group therapy for borderline personality disorder, a step-by-step treatment manual with patient workbook*. 1st ed. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2012.
- Heimberg RG, Becker RE. *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: basic mechanisms and clinical strategies*. 1st ed. New York: The Guilford Press; 2002.
- Instituut Trimbos. *Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen: Diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen* [Internet]. Utrecht: Trimbos Instituut; 2008. www.ggzrichtlijnen.nl.
- Kessler RC. The impairments caused by social phobia in the general population: implications for intervention. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2003;108(417):19-27.



Reich J. Avoidant personality disorder and its relationship to social anxiety disorder in Hofmann S.H. & DiBartolo P.M. (Eds) Social anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives (pp 141-158) Third edition. London, United Kingdom: Elsevier.

Lezing: 'Imagery-enhanced' cognitieve herstructurering van vijandige gedachtes: Design en voorlopige resultaten van een RCT

Drs. MW van Teffelen (Martijn)
Universiteit Maastricht / METggz

Kernwoorden

Cognitieve herstructurering, imaginatie, agressie, woede

Introductie

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een empirisch ondersteunde behandeling voor diverse vormen van psychopathologie, met een algemene symptoomreductie van 50% (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012). Cognitieve herstructurering (CR) binnen CGT identificeert causale misinterpretaties van ambigue situaties door middel van gedachtemonitoring (e.g., "wat ging er door uw hoofd in deze situatie?") en past deze aan door uitdaging (e.g., "wat bewijst dat deze gedachte klopt?"). Onderzoek toont aan dat CR van vijandige gedachtes leidt tot minder boosheid en een kleinere kans op toekomstig agressief gedrag (Del Vecchio & O'Leary, 2004). Echter, CGT blijkt te werken bij slechts 66% van de patiënten die het ontvangen en kennis van de werkingsmechanismen is zeer beperkt. Een assumptie binnen de CGT is dat CR het meest effectief is wanneer momentaan affect bij de patiënt hoog is (Beck, 2011). Deze assumptie lijkt paradoxaal, omdat CR verbaal-linguïstisch van aard is en er gevonden is dat de activering van het verbaal-linguïstische deel van cognitieve representaties (i.e., herinneringen) slechts een beperkt effect heeft op de activering van affect dat gepaard gaat met deze representaties (Holmes & Mathews, 2010). Het levendig voorstellen van gebeurtenissen (i.e., imaginatie), in plaats van er louter over te praten, heeft dan ook een grotere impact op het affect dat gepaard gaat met deze gebeurtenissen (Holmes & Mathews, 2010) en vergroot het behandelingseffect (Arntz, 2012; McEvoy, Erceg-Hurn, Saulsman, & Thibodeau, 2015). Er is indicatie dat dit te maken heeft met de activatie van affect tijdens behandeling (Abel, Hayes, Henley, & Kuyken, 2016; Diener, Hilsenroth, & Weinberger, 2007), maar dit is nooit nader onderzocht. In de huidige studie vergelijken we het effect van traditionele CR met 'imagery-enhanced' CR op de geloofwaardigheid van vijandige gedachtes. De verwachting is dat de 'imagery-enhanced CR' effectiever is dan traditionele CR en dat dit effect deels door de activatie van congruent affect wordt verklaard.

Materiaal en methodes

$N = 86$ mensen uit de algemene populatie met een bovengemiddelde score op een hostiliteitsmaat (PID-5) worden willekeurig toegewezen aan één van drie condities binnen deze 'randomized controlled trial': traditionele cognitieve herstructurering (CR), 'imagery-enhanced' cognitieve herstructurering (CR+), of een controle conditie. In de CR conditie bespreken deelnemers met een therapeut een recente ervaring waarin ze boos werden op een ander persoon en dagen ze de vijandige gedachte die dit opriep uit door bewijs vóór en tegen de vijandige gedachte te verzamelen. Daarna formuleren ze een meer behulpzame alternatieve gedachte. De CR+ conditie is identiek aan de CR conditie, behalve in dat deelnemers de boos-makende situatie levendig inbeeldden en zij de vijandige én alternatieve gedachte transformeren naar een levendig beeld. In de controle conditie bespreken deelnemers een functionele anamnese van de boos-makende situatie met een therapeut. De sessies duren ongeveer één uur. De primaire uitkomstmaat is de



geloofwaardigheid van de vijandige gedachte. Secundaire uitkomstmaten zijn zelf-gerapporteerd affect, bloeddruk, agressief gedag (i.e., middels het prikken van spelden in een voodoo pop) en hostileiteitssymptomen. De uitkomsten worden vóór, direct na en één week na behandeling gemeten.

Resultaten

De dataverzameling van deze studie vindt op dit moment plaats. Tijdens deze lezing bespreken we het design van deze studie en de eerste voorlopige resultaten die op dat moment beschikbaar zijn.

Discussie en conclusie

De data-inclusie van deze studie vindt op dit moment plaats. Tijdens de lezing bespreken we het design van deze studie en de eerste voorlopige resultaten die op dat moment beschikbaar zijn. We vergelijken 'imagery-enhanced' cognitieve herstructurering met traditionele cognitieve herstructurering.

Klinische implicaties

De resultaten van dit gerandomiseerd en gecontroleerd klinisch experiment zullen inzicht geven in de rol van affect-activatie in de behandeluitkomst van CGT.

Referenties en literatuur

- Abel, A., Hayes, A. M., Henley, W., & Kuyken, W. (2016). Sudden gains in cognitive-behavior therapy for treatment-resistant depression: Processes of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(8), 726-737. doi:10.1037/ccp0000101
- Arntz, A. (2012). Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *Journal of Experimental Psychopathology, 3*(2), 189-208. doi:10.5127/jep.024211
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond, 2nd ed.* New York, NY: Guilford Press.
- Del Vecchio, T., & O'Leary, K. D. (2004). Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 24*(1), 15-34. doi:10.1016/j.cpr.2003.09.006
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry, 164*(6), 936-941. doi:10.1176/appi.ajp.164.6.936
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, 36*(5), 427-440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1
- Holmes, E. A., & Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review, 30*(3), 349-362. doi:10.1016/j.cpr.2010.01.001
- McEvoy, P. M., Erceg-Hurn, D. M., Saulsman, L. M., & Thibodeau, M. A. (2015). Imagery enhancements increase the effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social anxiety disorder: A benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy, 65*, 42-51. doi:10.1016/j.brat.2014.12.011