



Clinical Masterclass: Complexe traumabehandeling

prof. dr. A. van Minnen (Agnes)¹, drs. S. Berendsen (Sjef)
¹*Radboud Universiteit*

Inhoud

Meer informatie volgt.



Openbare supervisie: Schematherapie/Forensisch

T. Kersten (Truus)

Introductie

Meer informatie volgt.



Meet the Expert: Jon Arcelus

prof. dr. J. Arcelus (Jon)
University of Nottingham

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: EMDR in de behandeling van ARFID: Hoe zet je EMDR in bij een eetstoornis wanneer er traumatische ervaringen hebben plaatsgevonden?

R. Beer (Renee)

Introductie

Behandelresultaten bij patiënten met een eetstoornis zijn ‘mager’ te noemen. Er valt nog veel te verbeteren aan ons behandelaanbod. Of het nu gaat om patiënten met anorexia nervosa, boulimia nervosa, eetbuistoornis of ARFID (avoidant/restrictive food intake disorder); dit geldt voor zowel jongeren als volwassenen.

Patiënten met ARFID hebben in hun voorgeschiedenis veelal traumatische ervaringen opgedaan rondom (medische handelingen in) het mondgebied, oraal leren eten of (ver)slikken. Wanneer dergelijke ervaringen te identificeren zijn, kan EMDR een waardevolle rol vervullen.

EMDR is door haar grondlegster voorgesteld als een behandeling voor diverse vormen van psychopathologie die aangestuurd wordt door disfunctioneel opgeslagen herinneringen aan eerdere ervaringen. Empirisch onderzoek heeft aangetoond dat EMDR ook effectief is bij symptomen die samenhangen met disfunctionele toekomstverwachtingen.

In deze openbare supervisie krijg je de gelegenheid om een casus voor te leggen van een jeugdige met ARFID, waarbij je de inzet van EMDR overweegt en je jezelf afvraagt hoe je dat zou kunnen doen; of een casus waarbij EMDR al hebt ingezet, maar nog niet de gewenste resultaten hebt bereikt en wilt onderzoeken hoe je die zou kunnen bevorderen. Graag kijk ik met je mee naar je casus om samen te exploreren hoe en waarvoor je EMDR zou kunnen inzetten om je behandeling te optimaliseren al dan niet in combinatie met cognitief gedragstherapeutische technieken.



Symposium: Begeleiding en setting van online interventies in de psycho-oncologie

Dr. M.L. van der Lee (Marije)
Helen Dowling Instituut

Beknopte samenvatting van het symposium

Een stijgend aantal mensen wordt geconfronteerd met kanker. Ook na een succesvolle behandeling, blijft een groot deel van deze patiënten klachten houden, waaronder psychische klachten zoals angst voor terugkeer van kanker (ATK). Effectieve en toegankelijke interventies zijn nodig om deze klachten te verminderen. Gespecialiseerde professionals bieden psychologische interventies rondom kanker, maar hebben vaak lange wachtlijsten. Ook is specialistische psychologische zorg niet voor iedereen noodzakelijk. Voor een deel van de patiënten is begeleiding in het leren omgaan met de klachten voldoende.

Online interventies kunnen daarom uitkomst bieden. In de laatste jaren zijn een aantal online psycho-oncologische interventies ontwikkeld. Online interventies zijn laagdrempelig voor de patiënt en bieden potentie om druk op de capaciteit van de zorgverleners te verlichten. Maar welke vorm van deze online psycho-oncologische zorg is nu het meest effectief, en in welke setting? Online interventies kunnen aangeboden worden als zelfhulp of met begeleiding. Deze begeleiding kan online zijn of face-to-face ('blended'). En de begeleiding kan worden aangeboden door een (gespecialiseerde) psycholoog zijn, maar ook door een andere zorgverlener, zoals de POH-GGZ bij de huisarts.

In dit symposium bespreken we de effectiviteit van online interventies bij psychische klachten rondom kanker en welke setting en welke vorm van begeleiding geschikt zijn.

De volgende studies zullen worden besproken:

- De resultaten van een RCT naar een niet-begeleide online interventie op basis van cognitieve gedragstherapie om ATK te behandelen.
- De opzet van een RCT naar een blended care variant van de online interventie voor ATK in de eerstelijnszorg.
- De resultaten van een contentanalyse naar therapeutische gedragingen binnen een online mindfulness therapie voor chronische kanker-gerelateerde vermoeidheid.

1. Online behandelen van angst voor terugkeer van kanker, begeleid en onbegeleid.

Dr. M.L. van der Lee (Marije)
Helen Dowling Instituut

Introductie

Angst voor terugkeer van kanker (ATK) is één van de meest voorkomende lange termijn gevolgen na kanker. Wanneer de angst hoog is, kan dit leiden tot verminderde kwaliteit van leven en hogere zorgkosten. Gezien de verwachte toename van mensen die succesvol voor kanker behandeld worden zou het goed zijn deze groeiende groep een gemakkelijk toegankelijke interventie te kunnen bieden (Lebel et al., 2017). We hebben daartoe een online CGT zelfhulpprogramma 'Minder Angst na Kanker' ontwikkeld en onderzocht. We presenteren onze inzichten uit deze trial naast resultaten uit ander onderzoek naar een begeleide online interventie gericht op vermindering van angst (Compen et al., 2018; van Helmond, van der Lee, & de Vries, 2016).

Materiaal en methodes

Voor de onbegeleide online interventie werden 262 patiënten, curatief behandeld voor borstkanker, geworven bij 8 ziekenhuizen en zij werden willekeurig toegewezen aan de zelfhulp (n=132) of gebruikelijke zorg (n=130). We registreerden login tijden en hielden semi-gestructureerde interviews. Aan het onderzoek naar een begeleide interventie deden 245 patiënten met kanker mee die willekeurig werden ingedeeld in één van de drie groepen: face-to-face interventie (n=77),



begeleide online interventie (n=90), of wachtlijst controlegroep (n=78). Uitkomstmaat was ernst van de angst, gemeten met de Nederlandse versie van de Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI-NL).

Resultaten

Gemiddeld volgde men 2 modules (van de 3 basismodules en 4 keuzemodules) en 87 patiënten (van de 128 in de interventiegroep) bleken ten minste eenmaal te zijn ingelogd bij het zelfhulp programma. Coping stijl en positieve verwachtingen voorspelde gebruik van het programma. Uit de interviews kwam naar voren dat men persoonlijke begeleiding had gewenst. Begeleide online interventie bleek effectief in het verminderen van de ernst van de angst in vergelijking met de wachtlijst controle groep ($d = .53$).

Discussie en conclusie

Online behandelen van angst voor terugkeer van kanker vraagt om begeleiding.

Klinische implicaties

Om een grote groep patiënten een toegankelijke online interventie te kunnen bieden is het belangrijk te onderzoeken wie daarbij het beste kan begeleiden.

Referenties en literatuur

Compen, F., Bisseling, E., Schellekens, M., Donders, R., Carlson, L., van der Lee, M., & Speckens, A. (2018). Face-to-Face and Internet-Based Mindfulness-Based Cognitive Therapy Compared With Treatment as Usual in Reducing Psychological Distress in Patients With Cancer: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 0(0), JCO.2017.76.5669.

<https://doi.org/10.1200/JCO.2017.76.5669>

Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Thewes, B., Prins, J., Dinkel, A., & Butow, P. (2017). Current state and future prospects of research on fear of cancer recurrence. *Psycho-Onc*, 26(4), 424-427.

<https://doi.org/10.1002/pon.4103>

van Helmond, S. J., van der Lee, M. L., & de Vries, J. (2016). Study protocol of the CAREST-trial: a randomised controlled trial on the (cost-) effectiveness of a CBT-based online self-help training for fear of cancer recurrence in women with curatively treated breast cancer. *BMC Cancer*, 16(1), 527.

<https://doi.org/10.1186/s12885-016-2562-0>

2. CGT en de rol van de huisartsenpraktijk bij psychische klachten na kanker: een protocol

MSc Y. Luigjes (Yvonne)

Helen Dowling Instituut

Introductie

Ongeveer een derde van de patiënten die een succesvolle behandeling voor kanker heeft afgerond houdt last van psychische klachten, zoals angst voor terugkeer van kanker (ATK). Dit beïnvloedt hun kwaliteit van leven en hun fysieke, emotionele, cognitieve en sociale functioneren. Voor deze angst bestaan effectieve psychologische interventies (Chen et al., 2018), maar deze worden met name door gespecialiseerde psycho-oncologische professionals aangeboden en zijn daardoor niet breed toegankelijk. Gelijktijdig verschuift steeds meer zorg rondom kanker richting de huisartsenpraktijk (Rubin et al., 2015). Daarbij aansluitend kunnen de huisarts en de POH-GGZ begeleiding bij ATK bieden. In de BLANKET-studie wordt de effectiviteit van een eerstelijns CGT-interventie voor ATK onderzocht.

Materiaal en methodes

De BLANKET-studie is een cluster gerandomiseerde trial met als primaire uitkomst ernst van ATK, gemeten met de Nederlandse versie van de Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI-NL). Secundaire uitkomsten zijn aan ATK-gerelateerde distress, zorggebruik en zorgkosten. Deelnemende praktijken worden gerandomiseerd in de interventiegroep of de controlegroep. Alle praktijken sturen brieven naar al hun volwassen patiënten die tussen de 3 maanden en 10 jaar geleden een



succesvolle behandeling voor kanker hebben afgerond. Patiënten die behoefte hebben aan begeleiding bij ATK worden gevraagd om deel te nemen aan de studie. In de controlegroep krijgen patiënten gebruikelijke zorg. In de interventiegroep krijgen patiënten een op CGT-gebaseerde interventie ondersteund door e-health modules. Huisartsen en POH-GGZ volgen een training over het bieden van de interventie.

Discussie en conclusie

Patiënten met ATK worden hierdoor beperkt in hun dagelijks leven. Op CGT-gebaseerde interventies kunnen hen helpen om anders met hun angst om te gaan en er minder door belemmerd te worden.

Klinische implicaties

Door blended care voor ATK bij de POH-GGZ aan te bieden wordt deze zorg mogelijk toegankelijker, laagdrempeliger en (kosten)-efficiënter. Omdat de huisarts zijn patiënten kent en daardoor overzicht heeft van de gezondheid van de patiënt en de zorg die de patiënt ontvangt, kan deze interventie ook bijdragen aan geïntegreerde zorg.

Referenties en literatuur

Chen, D., Sun, W., Liu, N., Wang, J., Zhao, J., Zhang, Y., ... Zhang, W. (2018). Fear of cancer recurrence: A systematic review of randomized, controlled trials. *Oncology Nursing Forum*, 45(6), 703-712. <https://doi.org/10.1188/18.ONF.703-712>

Rubin, G., Berendsen, A., Crawford, S. M., Dommett, R., Earle, C., Emery, J., ... Zimmermann, C. (2015). The expanding role of primary care in cancer control. *The Lancet Oncology*, 16(12), 1231-1272. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(15\)00205-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00205-3)

3. Therapeutische gedragingen in online Mindfulness-based Cognitieve Therapie voor vermoeidheid na kanker - Content-analyse van e-mailcorrespondentie

MSc A Maas (Anne)

Helen Dowling Instituut

Introductie

Online Mindfulness-Based Cognitieve Therapie (eMBCT) is effectief bij het verminderen van vermoeidheid na kanker (Bruggeman-Everts e.a., 2017). Online interventies blijken effectiever onder begeleiding van een therapeut. Dit onderzoek bestudeert (1) welke therapeutische gedragingen voorkomen tijdens eMBCT en (2) in hoeverre deze gedragingen samenhangen met afname van vermoeidheid.

Materiaal en methodes

Met een content-analyse van de e-mailcorrespondentie van therapeut naar cliënt zijn therapeutische gedragingen geïdentificeerd. De samenhang tussen de gekwantificeerde gedragingen en de afname van vermoeidheid wordt onderzocht. In totaal zijn er 537 e-mails geanalyseerd van 5 therapeuten die wekelijks feedback gaven op logboeken van 32 patiënten.

Resultaten

De volgende 9 therapeutische gedragingen zijn vastgesteld: informeren (informatie verstrekken over organisatie en inhoud van de training); empathie tonen (medeleven betuigen), parafraseren (herhalen/ samenvatten wat de cliënt heeft geschreven); aanmoedigen (de cliënt motiveren oefeningen uit te voeren); belonen (complimenten/ erkenning geven over voltooide oefeningen); psycho-educatie (algemene informatie aanreiken over psychologische processen); aansturen op zelfreflectie (op interactieve wijze patronen van de cliënt exploreren); groepscontext bieden (het delen van ervaringen van anderen); versterken van de therapeutische relatie (blijk geven van persoonlijke betrokkenheid). De resultaten van de samenhang van deze therapeutische gedragingen met de afname van vermoeidheid worden gepresenteerd.

Discussie en conclusie



De geïdentificeerde gedragingen komen deels overeen met gedragingen die bij andere online cognitieve therapieën aan bod komen (e.g. Paxling e.a., 2013). Uniek voor eMBCT blijken aansturen op zelfreflectie en groepscontext bieden.

Klinische implicaties

Het overzicht aan therapeutische gedragingen kan therapeuten inzicht bieden in hun handelen tijdens de therapie. Daarnaast biedt deze studie aanknopingspunten voor welke gedragingen het meest helpend zijn bij het ondersteunen van patiënten in online therapie.

Referenties en literatuur

Bruggeman-Everts, F., Wolvers, M.D.J., van de Schoot, R., Vollenbroek-Hutten, M.M.R & Van der Lee, M.L. (2017). Effectiveness of Two Web-Based Interventions for Chronic Cancer-Related Fatigue Compared to an Active Control Condition: Results of the "Fitter na kanker" Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 19, 10.

Paxling, B., Lundgren, S., Norman, A., Almlov, J., Carlbring, P., Cuijpers, P. & Andersson, G. (2013). Therapist behaviours in internet-delivered cognitive behaviour therapy: analyses of e-mail correspondence in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behav. Cogn. Psychother*, 41, 280-289.



Clinical Masterclass: Werken met materialen: het gebruik van visuele (en andere materialen) in de schematherapie bij adolescenten, kinderen en hun ouders

M. Boots (Mieke), M. Blokland (Marian)

Inhoud

Beelden zeggen vaak meer dan 1000 woorden. Materialen (visuele) kunnen in alle stappen van het schematherapeutisch proces ingezet worden. Binnen het modusmodel (het kader waarbinnen schematherapeutisch gewerkt wordt met jongeren en kinderen) nodigt dit de jongere/het kind uit om op een narratieve, beeldende manier naar zichzelf, de klachten, en zijn/haar geschiedenis te kijken. Enerzijds kan de jonge cliënt afstand nemen van hetgeen zich op de tafel (met figuurtjes, popjes,) of de tekening ontvouwt, anderzijds raakt hij/zij er ook meer betrokken op, juist omdat het meer afstand geeft. Dit maakt het geheel meer speels, uitnodigend, overzichtelijk. Ook verder in de therapie is het gebruik van materiaal helpend om op een meer beeldende, betrokken en ont-schuldigende manier met zichzelf om te gaan. Tevens helpen allerlei materialen om toegang te krijgen tot het gekwetste kind (vasthouden van een knuffeltje).

De wolf, die niet anders kan dan boos uit de hoek te komen wanneer het kleine poesje bedreigd wordt. De grote dino, die torenhoog boven alles uitstijgt en vernietigende boodschappen uitspreekt tegen het hondje.

In de masterclass wordt het modusmodel gedemonstreerd met gebruik van materialen. Hierbij komen concrete handvatten, maar ook valkuilen, bij het gebruik van materialen aan bod. Ook andere technieken uit de schematherapie, in het werken met de verschillende modi en het gebruik van materiaal, worden gedemonstreerd en besproken. Hierdoor krijgt de therapie een speelse, uitnodigende diepgang, waarbij moeilijke (de schema's van het gekwetste kind), maar ook leuke (voor de gezonde adolescent/blijde kind) onderwerpen aan de orde kunnen komen. In de masterclass ligt de nadruk op de toepassing hiervan. Van de deelnemers wordt verwacht dat ze zicht hebben op het kader van de schematherapie (de schema's en de modi).

Literatuur

Loose, C. , Graaf, P. en Zarbock, G. (2015). *Schematherapie met kinderen en jongeren*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.



Symposium: Over de behandeling van angst en depressie: doen we de goede dingen en doen we de goede dingen goed?

Prof. dr. C van der Heiden (Colin)

Parnassia Groep - Erasmus Universiteit Rotterdam

Beknopte samenvatting van het symposium

Angst- en depressieve stoornissen zijn goed behandelbaar. Niet alleen psychotherapie, maar ook medicamenteuze behandeling of een combinatiebehandeling is werkzaam in de behandeling van angst- en depressieve klachten (van Balkom et al., 2013). Toch zijn er een aantal knelpunten met betrekking tot de behandeling van deze stoornissen.

Ten eerste handelt slechts een minderheid van de professionals in de ggz naar eigen zeggen volgens de richtlijnen (Sinnema, Franx, & van 't Land, 2009). Dit heeft tot gevolg dat maar een derde van de patiënten in de ggz adequate psychotherapie ontvangt, zo bleek uit een recent Nederlands onderzoek naar de toepassing van behandelrichtlijnen (van Fenema, Giltay, Noorden, Hemert, & Zitman, 2015).

Een tweede knelpunt is dat er zowel vanuit de literatuur als vanuit klinische indrukken aanwijzingen zijn dat wanneer een geïndiceerde richtlijnbehandeling aangeboden wordt, de interventies niet altijd op adequate wijze aan patiënten aangeboden worden.

Maar zelfs als de goede dingen goed gedaan worden, wordt niet elke patiënt met een angststoornis beter. Een weg die de afgelopen twee decennia in toenemende mate is bewandeld, is de ontwikkeling van diverse nieuwe therapievormen. Tot nu toe hebben die nieuwe therapieën echter niet geleid tot doorbraken in de effectiviteit van de behandeling van psychische aandoeningen (Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008). Ze zijn hooguit ongeveer even effectief. Het lijkt daarom zinvol om een transitie te maken binnen onderzoek door de beschikbare bronnen (tijd, energie en geld) te besteden aan het ontwikkelen van manieren om de effectiviteit van *beschikbare* effectieve behandelingen te vergroten. In dit symposium zullen we drie onderzoeken bespreken die zich richten op deze transitie.

1. Doelmatiger behandelen door doelgestuurd behandelen

MSc P.R. van Santen-Bauer (Paulette)

Parnassia Groep

Introductie

Om tegemoet te komen aan een groeiende zorgvraag terwijl het politieke draagvlak ontbreekt om het macrobudget voor zorg te laten groeien en er tevens een tekort is aan goed opgeleide professionals op de arbeidsmarkt, moet de GGZ doelmatiger gaan werken. Er zijn opnieuw wachtlijsten in de GGZ, wat een negatieve impact heeft op de volksgezondheid: patiënten moeten langer wachten op behandeling, zullen derhalve later herstellen en herstel komt vaak moeilijker tot stand, omdat onbehandelde psychopathologie in veel gevallen ernstiger of hardnekkiger wordt. Doelmatiger werken kan door doelgestuurd te behandelen. Door meer getrouw de richtlijnen te werken, concretere doelen te stellen vooraf en door beter gebruik te maken van ROM informatie over het klachtverloop om tot doelrealisatie te komen. Onze studie onderzoekt of Doelgestuurd behandelen tot een beter behandelresultaat leidt, dat sneller wordt bereikt, zonder dat bij de behandelaar en patiënt tevredenheid over de werkwijze afneemt.

Materiaal en methodes

Binnen een quasi experimentele gecontroleerde studie zullen we bovenstaande vraagstellingen trachten te beantwoorden. Op 4 angst/depressie afdelingen van PsyQ zullen in totaal 28 behandelaren, 15 patiënten met een primaire angst of stemmingsstoornis behandelen middels deze methodiek. Als controlegroep kijken we naar de 15 eerder uitgevoerde behandelingen van deze behandelaren, maar ook naar 28 andere behandelaren die in eenzelfde periode hun gangbare therapieën hebben uitgevoerd. Data over de effectiviteit/klanttevredenheid wordt geanalyseerd vanuit het bestaande ROM netwerk.



Behandelaars binnen de experimentele groep zullen getraind en gesuperviseerd worden in doelgestuurd behandelen.

Resultaten

Er zijn nog geen resultaten bekend. De dataverzameling is volop gaande. Het doel van het symposium is stilstaan bij de manier waarop wij nu onze behandelingen uitvoeren en hoe wij hierin vermoedelijk tot een kwaliteitsverbetering kunnen komen.

Discussie en conclusie

Kwaliteitsverbetering in de GGZ kan vermoedelijk tot stand komen door meer doelgestuurd te behandelen.

Concrete doelstellingen, geformuleerd bij de start van de behandeling, die gekoppeld kunnen worden aan voortgangsmetingen, zoals ROM gegevens, dienen het baken te zijn waarop de behandeling is gericht. Regelmatig monitoren van de voortgang in doelrealisatie essentieel voor het tijdig bijsturen van behandelingen die dreigen te mislukken. Ook is het van belang om evidence based te behandelen getrouw de richtlijnen.

Doelgestuurd behandelen vergt een gedragsverandering bij behandelaren en een cultuurverandering in de GGZ.

Klinische implicaties

Kwaliteitsverbetering in de GGZ kan vermoedelijk tot stand komen door meer doelgestuurd te behandelen.

Concrete doelstellingen, geformuleerd bij de start van de behandeling, die gekoppeld kunnen worden aan voortgangsmetingen, zoals ROM gegevens, dienen het baken te zijn waarop de behandeling is gericht. Regelmatig monitoren van de voortgang in doelrealisatie essentieel voor het tijdig bijsturen van behandelingen die dreigen te mislukken. Ook is het van belang om evidence based te behandelen getrouw de richtlijnen.

Doelgestuurd behandelen vergt een gedragsverandering bij behandelaren en een cultuurverandering in de GGZ.

Referenties en literatuur

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

Dijk, M. K. van (2014). *Applicability and effectiveness of the Dutch Multidisciplinary Guidelines for the treatment of Anxiety Disorders in everyday clinical practice*. (PhD), Vrije Universiteit, Amsterdam.

Keijsers, G., van Minnen, A., & Hoogduin, K. (2011). Toepassing van protocollaire behandelingen bij psychische stoornissen. In G. Keijsers, A. v. Minnen, & K. Hoogduin (Eds.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* (pp. 13-34). Amsterdam: Boom.

2. Metacognitieve therapie bij obsessief-compulsieve stoornis

K Melchior (Kim)

Parnassia Groep - Erasmus Universiteit Rotterdam

Introductie

De obsessief-compulsieve stoornis (OCS) is een veel voorkomende en invaliderende stoornis. Cognitieve gedragstherapie in de vorm van exposure met responspreventie (ERP) is de psychologische behandeling van eerste voorkeur (multidisciplinaire richtlijn angststoornissen Trimbos, 2015). Ondanks de aangetoonde werkzaamheid van ERP is verbetering van effectiviteit gewenst, gezien het relatief bescheiden percentage patiënten dat na ERP daadwerkelijk hersteld is van de klachten (60%). Hoewel dat geen slecht resultaat is, betekent dit ook dat 40% minder of geen baat heeft bij psychologische behandeling (Clark, 2004). Ook is het drop-out percentage binnen een ERP behandeling hoog (30%). Verbetering van deze therapie-effecten kan mogelijk bereikt worden



door therapie meer te baseren op theorie betreffende cognitieve processen waarvan aangetoond is dat ze een belangrijke rol spelen bij het ontwikkelen en in stand houden van OCS, zoals bijvoorbeeld het metacognitieve model van OCS.

Metacognitieve therapie voor de obsessief-compulsieve stoornis gaat ervan uit dat niet de dwangklachten zelf het probleem zijn, maar de manier waarop men denkt over zijn of haar dwanggedachten-en handelingen, metacognities genoemd (Adrian Wells; 1997; 2000). Voorbeelden hiervan zijn 'als ik aan inbrekers denk, dan wordt er ook ingebroken' of 'ik moet controleren anders kan ik me niet meer ontspannen'. In een metacognitieve behandeling leert de patient metacognities over dwangklachten op te sporen en te vervangen door alternatieve gedachten. Metacognitieve therapie is geen nieuwe therapie: om dit doel te bereiken wordt er gebruik gemaakt van reeds bekende cognitief gedragstherapeutische technieken, enkel dan volledig toegespitst op het onderzoeken van metacognitieve opvattingen.

Vanuit kleine onderzoeken is gebleken dat metacognitieve therapie voor OCS een veelbelovende therapie-methode is, mogelijk effectiever dan de huidige gouden standaard in de vorm van ERP. Een pilot onderzoek van onze eigen onderzoeksgroep onder 25 OCS patiënten heeft aangetoond dat na afloop van de therapie 74% van de patiënten geclassificeerd kon worden als hersteld (van der Heiden et al., 2016). RCT's zijn echter nodig om MCT en ERP op een directe manier met elkaar te vergelijken. Een eerste RCT wordt momenteel uitgevoerd.

Materiaal en methodes

Een RCT is gaande. Resultaten van het pilot onderzoek worden besproken tijdens symposium. Opzet van lopende RCT zal tevens besproken worden.

Resultaten

Een pilot onderzoek van onze eigen onderzoeksgroep onder 25 OCS patiënten heeft aangetoond dat na afloop van de therapie 74% van de patiënten geclassificeerd kon worden als hersteld (van der Heiden et al., 2016).

Discussie en conclusie

Vanuit kleine onderzoeken is gebleken dat metacognitieve therapie voor OCS een veelbelovende therapie-methode is, mogelijk effectiever dan de huidige gouden standaard in de vorm van ERP. Een pilot onderzoek van onze eigen onderzoeksgroep onder 25 OCS patiënten heeft aangetoond dat na afloop van de therapie 74% van de patiënten geclassificeerd kon worden als hersteld (van der Heiden et al., 2016). RCT's zijn echter nodig om MCT en ERP op een directe manier met elkaar te vergelijken. Een eerste RCT wordt momenteel uitgevoerd.

Klinische implicaties

Verbetering van deze therapie-effecten kan mogelijk bereikt worden door therapie meer te baseren op theorie betreffende cognitieve processen waarvan aangetoond is dat ze een belangrijke rol spelen bij het ontwikkelen en in stand houden van OCS, zoals bijvoorbeeld het metacognitieve model van OCS.

Referenties en literatuur

Heiden van der, C., Rossen van, K., Dekker, A., Damstra, M., & Deen, M. (2016). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Journal of obsessive compulsive and related disorders*, 9, 24-29.

Wells A (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practise manual and conceptual guide*. Chichester UK: Wiley. (Chapter 9-treatment manual for OCD).

3. Het belang van het in een vroeg stadium van de behandeling voorspellen van stagnerende behandelingen.

V. Peerbooms (Vivian)

PsyQ



Introductie

Stagnerende behandelingen leggen een onevenredig groot beslag op de beschikbare behandelcapaciteit in de specialistische GGZ. Cijfers variëren van 10-50% nonresponse (Fischer-Klepsch et al., 2009). Het in een vroeg stadium kunnen herkennen van slechte responders (stagnerende behandelingen) kan de efficiëntie van onze behandelingen verbeteren. Daarom zijn we geïnteresseerd in de vraag of therapeuten in een vroeg stadium van de behandeling stagnerende behandelingen kunnen identificeren. Daarnaast zijn we op zoek naar voorspellers van stagnerende behandelingen. In dit onderzoek kijken we naar patiënt-behandeling incompatibiliteit (van den Boogaard, 2012), en/of onvoldoende motivatie afgemeten aan de bereidheid tot verandering van de patiënt (Norcross et al., 2011).

Materiaal en methodes

Bij de afdelingen angststoornissen en depressie van PsyQ Rotterdam worden alle individuele CGT en IPT behandelingen benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Stagnerende behandelingen worden op basis van de afname van depressieve of angstsymptomen gemeten met klachtspecifieke vragenlijsten. Daarnaast wordt de patiënt-behandeling compatibiliteit en bereidheid tot verandering gemeten. Bij sessie 4 wordt zowel behandelaar als patiënt gevraagd een uitspraak te doen over het verloop van de behandeling.

Resultaten

Dataverzameling wordt momenteel afgerond, mogelijk kunnen eerste gevonden resultaten gepresenteerd worden. Het doel van het symposium is echter meer bewustwording van het belang van anders naar onze behandelingen kijken en het belang van onderzoek doen naar voorspellers en wat we hiermee kunnen.

Klinische implicaties

Indien we meer zicht krijgen op voorspellers van stagnerende behandeling in een vroeg stadium kunnen we behandelingen beter aanpassen aan individuele patiënten en kunnen we een transitie maken in behandelen door minder stagnerende behandelingen op de lange termijn te voorkomen. Dit leidt tot minder wachtlijsten, minder kosten en meer positieve ervaringen van patiënten met behandelingen. Daarnaast kunnen we als behandelaren gaan inzien dat meten belangrijker is om te doen dan onze klinische indruk te gebruiken om vooruitgang te meten en indicaties te maken voor behandelingen. Waardoor we onze patiënten meer recht aandoen en hen beter kunnen helpen.

Referenties en literatuur

Fischer-Klepsch, M., Münchau, N., & Hand, I. (2009). Misserfolge in der Verhaltenstherapie. In *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (pp. 261-275). Springer Berlin Heidelberg.

Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 143-154.

van den Boogaard, T. M. (2012). *The Negotiated Approach in the Treatment of Depressive Disorders; the impact on patient-treatment compatibility and outcome* (, VU University, Amsterdam, The Netherlands). Available from Dissertation series Department of Psychiatry, VU University Medical Center. Retrieved from <http://dare.uvu.vu.nl/handle/1871/39328>



Bestuurssymposium

H.J. van der Kleij (Hubert)
VGCT

Introductie
Meer informatie volgt.



Lezingencyclus: Machine Learning & VR

1. [Lezing: Effectiveness of Self-guided App-Based Virtual Reality Cognitive Behavior Therapy for Acrophobia: A Randomized Clinical Trial](#)

dr. T Donker (Tara)

Vrije Universiteit / GGZ inGeest

Introductie

Globally, access to evidence-based psychological treatment is limited. Innovative self-help methods using smartphone applications and low-cost virtual reality have the potential to significantly improve the accessibility and scalability of psychological treatments. The aim of this study was to examine the effectiveness of ZeroPhobia, a fully self-guided app-based virtual reality cognitive behavior therapy (VR CBT) using low-cost (cardboard) virtual reality goggles compared with a wait-list control group and to determine its user friendliness.

Materiaal en methodes

In a single-blind randomized clinical trial, participants were enrolled between March 24 and September 28, 2017, and randomly assigned (1:1) by an independent researcher to either a self-guided VR-CBT app or a wait-list control group. A total of 193 individuals aged 18 to 65 years from the Dutch general population with acrophobia symptoms and access to an Android smartphone participated. The 6 animated modules of the VR-CBT app and gamified virtual reality environments were delivered over a 3-week period in participants' natural environment. Assessments were completed at baseline, immediately after treatment, and at 3-month follow-up. Analysis began April 6, 2018, and was intention to treat. The primary outcome measure was the Acrophobia Questionnaire. The hypothesis was formulated prior to data collection.

Resultaten

In total, 193 participants (129 women [66.84%]; mean [SD] age, 41.33 [13.64] years) were randomly assigned to intervention (n = 96) or a wait-list control group (n = 97). An intent-to-treat analysis showed a significant reduction of acrophobia symptoms at posttest at 3 months for the VR-CBT app compared with the controls (b = -26.73 [95%CI, -32.12 to -21.34]; P < .001; d = 1.14 [95%CI, 0.84 to 1.44]). The number needed to treat was 1.7. Sensitivity and robustness analysis confirmed these findings. Pretreatment attrition was 22 of 96 (23%) because of smartphone incompatibility. Of the 74 participants who started using the VR-CBT app, 57 (77%) completed the intervention fully.

Discussie en conclusie

A low-cost fully self-guided app-based virtual reality cognitive behavioral therapy with rudimentary virtual reality goggles can produce large acrophobia symptom reductions. To our knowledge, this study is the first to show that virtual reality acrophobia treatment can be done at home without the intervention of a therapist.

Klinische implicaties

Acrophobia cognitive behavioral therapy can be effectively delivered without therapist intervention through standard smartphones and low-cost virtual reality goggles at a fraction of the cost of current face-to-face treatment or high-end virtual reality exposure therapy.

Referenties en literatuur

Donker, T., Cornelisz, I., van Klaveren, C., van Straten, A., Carlbring, P., Cuijpers, P. (2019). Self-guided App-based Virtual reality cognitive behaviour therapy for acrophobia: a randomized controlled trial. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.0219.

2. [Lezing: Machine Learning? Niets voor mij!](#)



dr. S.M. van Es (Saskia)¹, P. van der Pol (Peggy)²

¹Parnassia Groep

²NetQ

Introductie

Met de toename van computerpower en datastromen neemt Machine Learning een vlucht, al wordt dit nog zeer beperkt toegepast in de ggz. De huidige studie past machine learning toe om de behandelduur van patiënten met een somatisch symptoomstoornis (SSS) te voorspellen. Het maakt gebruik van bestaande data over het behandelproces en -uitkomstmaten. De hypothese is dat gegevens gerelateerd aan het intakeproces met veel indirecte tijd voorspellend is voor een lange behandelduur.

Deze lezing beschrijft zowel het analyseproces als de (on)mogelijkheden vanuit het oogpunt van een onderzoekend zorgprofessional.

Materiaal en methodes

In totaal zijn 6287 behandelcontactrecords van patiënten met een SSS, eerste zorgtoewijzing sinds 1 jan 2014 en afgeronde intake op 15 April 2019 geïnccludeerd. Dit betrof 1515 unieke patiënten, waarvan 913 inclusief behandeluitkomstmaat (tevredenheid (KKL/KLANT) en RAND-36 (26% missing)).

Uitkomstmaat is het totaal aantal geregistreerde behandelminuten in directe tijd, minus de directe en indirecte tijd voor de intake.

Resultaten

“Traditionele” regressieanalyses laten zien dat het aantal adviesmomenten; dagen tussen intake en start van de behandeling; Mentale gezondheid; Fysiek functioneren de behandelduur voorspellen. Ten tijde van de abstract-deadline van de VGCT zijn de resultaten van de machine learning predicties nog niet beschikbaar.

Discussie en conclusie

Machine learning voorspelt een uitkomst ‘as seen in the real world’ en dus geen causale verbanden. Toch kan het behandelaren assisteren door patiënten at high risk van een lange behandelduur te ‘vlaggen’. Daarnaast kunnen de voorspellers in het algoritme hypothesen genereren voor traditioneel onderzoek.

Klinische implicaties

Dit project richt zich uitdrukkelijk ook op het belang van het meten van behandeluitkomsten in het klinische proces en de meerwaarde voor Machine Learning.

Referenties en literatuur

An Introduction to Statistical Learning With Applications in R Gareth James et al., 8th printing, 2017

3. [Lezing: Moet ik verwijzen? Ondersteuning van de transitie van de Specialistische GGZ naar de generalistisch Basis GGZ met machine learning.](#)

Prof.dr. B.G. Tiemens (Bea)

Pro Persona, Indigo, Radboud Universiteit



Introductie

Met de invoering van de generalistische Basis GGZ (GBGGZ) zou de Specialistische GGZ (SGGZ) ontlast worden. Er zijn echter nog steeds lange wachtlijsten in de SGGZ. Een eerste studie laat zien dat behandeling in de GBGGZ kosteneffectief is (Van Mens et al. 2018). Het vermoeden is dat een grotere groep cliënten die nu behandeling krijgen in de SGGZ, succesvol behandeld zou kunnen worden in de GBGGZ. We hebben echter geen eenduidige criteria om te bepalen voor welke cliënten dat geldt. Het lijkt daarom voor de hand te liggen het stepped-care principe weer te introduceren: eerst standaard een lichtere, of in dit geval generalistische, zorgstap aanbieden voordat een cliënt naar de specialistische zorg gaat. Ook in Nederland is het stepped-care aanbieden van geestelijke gezondheidszorg effectief en kosteneffectief gebleken, ook op lange termijn (Van Straten et al. 2006; Van Orden et al. 2016).

Echter, ook als de GBGGZ als eerste behandelstap wordt aangeboden, moeten we bij start van de behandeling of al vroeg in de behandeling beter kunnen inschatten of een behandeling in de GBGGZ succesvol kan zijn. Stepped-care aanbieden van GBGGZ, betekent 'GBGGZ tenzij' en vereist zorgvuldig monitoren of dit inderdaad een passende behandelstap is (VonKorff & Tiemens, 2000). De vraag is of huidige beschikbare gegevens en de nieuwere machine learning technieken kunnen helpen om bij start of vroeg in de behandeling deze 'tenzij's' vast te kunnen stellen.

Doel: Bij start van de behandeling of vroeg in de behandeling voorspellen met machine learning technieken welke cliënten succesvol behandeld kunnen worden in de GBGGZ.

Co-auteurs

Margot Kloos, Joran Lokkerbol, Kasper van Mens

Materiaal en methodes

Er wordt gebruik gemaakt van geanonimiseerde gegevens van cliënten die tussen 2014 en 2018 zijn behandeld in de GBGGZ. De te voorspellen uitkomstmaat is 'tijdens of na afsluiting van een behandeling in de GBGGZ verwezen naar de SGGZ'. De uitkomstmaat wordt voorspeld aan de hand van de beschikbare inputvariabelen bij start enerzijds en ten tijde van de eerste helft van de behandeling anderzijds, met behulp van verschillende machine learning algoritmen (James et al. 2017).

Bij start van de behandeling wordt de startmeting van de ROM-vragenlijst, de Outcome-Questionnaire-45.2 gebruikt, zowel de totaal- en schaalscores als de itemscores.

Andere gegevens over de ernst en aard van de problematiek zijn de DSM-classificatie, kwaliteit van leven (EQ-5D), recente life-events en of er een eerdere behandeling is geweest. Daarnaast worden demografische gegevens gebruikt, gegevens over werk en werkverzuim, leefsituatie en opleiding.

Om na start in de eerste helft van de behandeling een signaal te kunnen krijgen dat verwijzing naar de SGGZ geïndiceerd is, worden verschijscores, gemeten met de vragenlijsten, aan de modellen toegevoegd. Het betreft hier de zogenaamde 'early change', het verschil tussen start en tussenmeting in de eerste helft van de behandeling, die in het algemeen zeer voorspellend is voor de behandeluitkomst (o.a. Schibbye et al. 2014).



Resultaten

Tijdens het congres worden de resultaten gepresenteerd.

Discussie en conclusie

Aan de hand van de resultaten zal besproken worden hoe naar dergelijke modellen gekeken moet worden als deze daadwerkelijk toegepast gaan worden. Er is niet één enkelvoudig criterium op basis waarvan de waarde van een predictie-algoritme wordt beoordeeld. De waarde van een model hangt onder andere af van de keuzes die vooraf worden gemaakt. Willen we op safe spelen, weinig mensen missen bij wie de behandeling niet met succes zal worden afgesloten, waardoor mogelijk veel cliënten onnodig worden doorverwezen (hoge sensitiviteit)? Of willen we veel zekerheid over de noodzaak van een verwijzing waardoor mogelijk veel cliënten ten onrechte niet snel worden doorverwezen en later alsnog moeten worden verwezen (hoge positief predictieve waarde)?

Klinische implicaties

De klinische dilemma's bij de verschillende opties zoals onder discussie besproken, zullen aan de orde komen.

Referenties en literatuur

James, G., Witten, D., Hastie, T., & Tibshirani, R. (2017). *An Introduction to Statistical Learning with Applications in R*. New York, Springer.

Schibbye, P., Ghaderi, A., Ljöf tsson, B., Hedman, E., Lindefors, N., e.a. Using Early Change to Predict Outcome in Cognitive Behaviour Therapy: Exploring Timeframe, Calculation Method, and Differences of Disorder-Specific versus General Measures. *PLOS ONE* 2014: doi:10.1371/journal.pone.0100614.

Van Mens, K., Lokkerbo, J., Janssen, R., Van Orden, M., Kloos, M., Tiemens, B. (2018). A Cost-Effectiveness Analysis to Evaluate a System Change in Mental Healthcare in the Netherlands for Patients with Depression or Anxiety. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, doi.org/10.1007/s10488-017-0842-x.

Van Orden, M.L. van, Deen, M.L., Spinhoven, P., Haffmans, J., Hoencamp, E. Five-Year Mental Health Care Use by Patients Referred to Collaborative Care or to Specialized Care. *Psychiatr Serv.* 2016; 66(8): 840-4.

Van Straten, A., Tiemens, B., Hakkaart, L., Nolen, W., & Donker, M. (2006). Stepped care vs. matched care for mood and anxiety disorders: a randomized trial in routine practice. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(6), 468-476.

VonKorff, M., Tiemens, B. Individualized stepped care of chronic illness. *West J Med.* 2000; 172(2): 133-7.