



Ochtendworkshops

GIT-PD Guideline Informed Treatment for Personality disorders

Thera Koetsier en Horusta Freije

Thema

Therapeutische relatie en persoonlijkheidspatronen veranderen

Doelgroep

mensen met weinig ervaring met het onderwerp

Workshop

De GIT-PD is een algemene richtlijn voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. De generalistische factoren die werkzaam zijn binnen de specialistische psychotherapieën zijn hierin verenigd tot een samenhangend behandelkader. Algemeen werkzame factoren zijn een goede werkrelatie, het voorkomen en herstellen van breuken in de relatie, een duidelijk behandelplan met smart geformuleerde doelen, een heldere werkwijze om de doelen te behalen en regelmatig evalueren.

Psychotherapie is de aangewezen vorm van behandeling bij persoonlijkheidsstoornissen. Echter maar 23% van de patiënten ontvangt dit ook. De GIT-PD probeert daarom, evenals andere algemene richtlijnen, zoals van Gunderson met de GPM (2014), Livesly SCM (2012), Chanen (2009)), behandelaren en afdelingen die niet de specialistische behandelingen aan kunnen bieden een kader voor goede zorg te bieden. In de loop der tijd is uit onderzoek echter gebleken, dat de algemene richtlijnen voor behandeling het vrijwel even goed doen als de specialistische behandelingen. Binnen de GIT-PD worden behandelmodules in algemene termen uitgewerkt, zoals voor emotieregulatie, zelfbeeld, interpersoonlijke vaardigheden, patronen herkennen en veranderen. Dit valt goed te vertalen in CGT termen. Deze vertaalslag zal ook in de workshop worden gemaakt.

Na een algemene inleiding richt de workshop zich op het oefenen met de basishouding en het voorkomen en herstellen van breuken en het uitdiepen van persoonlijkheidspatronen. Na een videovoorgebeeld wordt hiermee geoefend in rollenspelen.

Leerdoel

Kennis en ervaring opdoen met de GIT-PD. Ervaring opdoen met de basishouding in de therapeutische relatie en herkennen en uitwerken van persoonlijkheidspatronen.

Literatuur

Fact-sheet GIT-PD

Fact-sheet persoonlijkheidsstoornissen (Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen)

GIT-PD korte samenvatting



Expose yourself! Intensieve en kortdurende poliklinische traumabehandeling voor jongeren en jongvolwassenen van 12 tot 25 jaar met PTSS

Elvira Rentinck en Sanneke Koekkoek

Thema

Een combinatie van imaginaire exposure, exposure in Vivo, EMDR 2.0 en imaginaire rescripting in een zesdaagse ambulante traumabehandeling.

Doelgroep

mensen met veel ervaring met het onderwerp

Workshop

Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) heeft grote gevolgen voor de ontwikkeling van jongeren en jongvolwassenen. Als PTSS niet behandeld wordt, vergroot dat onder meer de kans op het opnieuw meemaken van traumatische ervaringen, schooluitval, stemmingsklachten en andere psychiatrische problematiek.

Reguliere poliklinische traumabehandeling van PTSS bij jongeren bestaat over het algemeen uit één behandelingsessie van één uur per week. EMDR en traumagerichte cognitieve gedragstherapie zijn de eerste keuze behandelingen met positieve resultaten. Toch zijn er genoeg redenen om de traumabehandeling efficiënter en effectiever vorm te geven. Zeker wanneer de jongeren aan meervoudig en ernstig trauma blootgesteld zijn geweest. Zij zien op tegen een langdurige traumabehandeling waardoor ze er niet aan willen beginnen en als ze gestart zijn is de drop out hoog (gemiddeld 30%). Ook behandelaren kunnen ontmoedigd raken of weten niet waar te beginnen door de veelheid aan traumata. In de behandelingsessies kunnen stagnaties ontstaan, bijvoorbeeld wanneer jongeren vermijden om de herinnering te activeren en deze hierdoor niet bewerkt kan worden. Of ze gaan 'uit hun raampje' en dissociatie treedt op. Internationaal en nationaal onderzoek geeft aanwijzingen dat het intensiveren van de behandeling deze nadelen kan verminderen.

Bij GGZ-NHN, Divisie Triversum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, is in maart 2019 gestart met een pilot intensieve, kortdurende traumabehandeling voor jongeren en jongvolwassenen: 'Expose Yourself!'. In dit programma worden de specialistische behandeltechnieken imaginaire exposure, exposure in vivo, EMDR 1.0, EMDR 2.0 en imaginaire rescripting tijdens EMDR gecombineerd in twee behandelingsessies per dag, 3 dagen per week, twee weken lang. Er wordt één traumatische herinnering per dag behandeld. Er wordt gewerkt met therapeutenrotatie: de jongere ziet drie therapeuten in twee weken, iedere therapeut voert twee behandelingsdagen uit. De behandelingsdagen sluiten de jongeren af met een PMT-sessie. Tweemaal per week zijn er systeemgesprekken voor het netwerk.

In deze workshop zullen we de deelnemers door het behandelprogramma meenemen aan de hand van een aantal casussen. We staan stil bij de diagnostiek en indicatiestelling voor een dergelijk programma. Hoe stel je de traumaconceptualisatie op en waar dien je op te letten bij het samenstellen van de traumaplanning? Aan de hand van videomateriaal van behandelingsessies worden de verschillende behandeltechnieken gedemonstreerd. Tevens gaan we deze verschillende technieken ook oefenen met elkaar.



Leerdoel

Na afloop van de workshop hebben deelnemers kennis opgedaan over het opstellen van een traumaconceptualisatie en het maken van een traumaplanning.

Deelnemers zijn in staat om hun traumabehandelingen te intensiveren en weten waar ze hierbij op moeten letten.

Tevens zijn zij in staat om in (lopende) traumabehandelingen eerder de noodzaak te herkennen om aanvullende technieken in te zetten.

Deelnemers hebben kennis opgedaan over wanneer welke combinatie van technieken geïndiceerd is en kunnen deze technieken, afhankelijk van vooropleiding, integreren in hun behandeling.

De deelnemers zijn op de hoogte van de nieuwste kennis wat betreft de werkzame elementen van (imaginaire) exposure en hebben geoefend met deze technieken.

Literatuur

- Hendriks, L. et al. (2017). Intensive prolonged exposure treatment for adolescent complex posttraumatic stress disorder: A single-trial design. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Woudenberg, C. van, et al. (2018). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing for severe post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*.
- Vgct Factsheet Exposure: Nieuwe inzichten.
- Minnen, A. van, & Arntz, A. (2017). Protocolaire behandeling van patiënten met een posttraumatische stressstoornis: Imaginaire exposure en exposure in vivo. In: *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten*. 317-331.
- Dijk, J. van, Hornsveld, H., & Koolstra, T. (2016). EMDR en Schematherapie. In: *Praktijkboek EMDR deel II. Toepassingen voor nieuwe patiëntengroepen en stoornissen*. 524-527.
- Minnen, A. van, et al. (2018) Therapist rotation: a novel approach for implementation of trauma-focused treatment in post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*.



De vertaling van de herstelvisie naar de praktijk!

Sanne de Kleijn en Joriene van der Kolk

Thema's

Herstelgerichte benadering, traumagerelateerde problematiek, transdiagnostisch en transcultureel

Doelgroep

Mensen met weinig ervaring met het onderwerp

Workshop

Deze workshop is gericht op het ondersteunen van het persoonlijk herstelproces bij cliënten met trauma- en stressgerelateerde problematiek. Het gaat hier met name om klachten die al langdurig bestaan en waarvoor het reguliere behandelaanbod onvoldoende tot verbeteringen heeft geleid. Juist dan is het van toegevoegde waarde om in de behandeling aandacht te geven aan het versterken van veerkracht, hervinden van een betekenisvol leven en vergroten van het vermogen tot zelfregie.

We zullen jullie in vogelvlucht meenemen in het gedachtegoed over herstelprocessen en herstelondersteunende zorg. Daarna gaan we aan de slag en oefenen we met concrete interventies, bijvoorbeeld gericht op hoop en optimisme.

Persoonlijk herstel is een individueel proces waarin mensen veerkracht ontwikkelen, leren omgaan met en het leven weer oppakken na ontwrichtende ervaringen (Anthony, 1993). Dit draagt bij aan de beleving van 'positieve gezondheid' zoals omschreven door Huber (2011) waarin niet de afwezigheid van klachten centraal staat, maar het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Daarnaast gaan we dieper in op het theoretisch CHIME Framework (Leamy et al., 2011) over persoonlijke herstelprocessen. Hierin komen de kernelementen Connectedness, Hope, Identity, Meaning en Empowerment aan bod.

We gaan jullie meenemen in de concrete vertaling van deze theorie naar een werkwijze en interventies die toepasbaar zijn in de klinische praktijk. Hierbij leggen we o.a. de link naar de positieve cognitieve gedragstherapie (PCGT) en oplossingsgerichte therapie (OT). De voorbeelden uit onze klinische praktijk komen voornamelijk uit het traumagerelateerde en interculturele werkveld, maar deze technieken zijn zowel transdiagnostisch als transcultureel toepasbaar.

De oefeningen hebben als algemeen doel om mensen bewust te maken van hun eigen vermogen om regie te voeren en actief invloed uit te oefenen op levensgebieden die er voor hen toe doen (self-efficacy; self-agency). Dit vraagt van therapeuten een specifieke benadering van cliënten en hun hulpvraag. Daarom zullen we uitgebreid reflecteren op de eigen therapeutische houding en gespreksvaardigheden. De combinatie van attitude, bejegening en technieken, maakt dat therapeuten deze werkwijze vaak als prettig en verfrissend ervaren.

Kortom, de focus ligt meer op krachten dan op klachten én meer op de mens achter de stoornis.

Leerdoel

Kennismaken met de herstelgerichte benadering en vaardigheden vergroten om herstelgericht te werken binnen de cognitief gedragstherapeutische behandelsetting.



Oefenen met een herstelgerichte attitude in de therapeutische relatie.

Literatuur

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11- 23.

Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AJ, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JWM, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. (2011) How should we define health? *BMJ*, 343(4163), 235–237.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452.

Potentieel aanvullende literatuur voor deelnemers:

(Een) hoofdstuk(ken) uit Handboek positieve psychologie (Bohlmeijer et al., 2015) of Posttraumatisch succes (Bannink, 2014) of Positieve psychotherapie (Seligman & Rashid, 2020)



Behandeling van eetbuistoornissen bij obesitas, dit kun jezelf doen in de basis ggz!

Bernou Melisse en Mignon van Bruggen

Thema

Eetbuistoornis bij obesitas

Doelgroep

mensen met weinig ervaring met het onderwerp

Workshop

Vaak krijgen mensen met obesitas te horen dat ze minder moeten eten en meer moeten bewegen. Maar is het zo simpel? Het ontstaan van obesitas is complex en hangt samen met verschillende factoren. Naast obesitas kan er bijvoorbeeld sprake zijn van een eetbuistoornis.

Kenmerk van een eetbuistoornis is onder andere het regelmatig eten van grote hoeveelheden waarbij controle verlies ervaren wordt. Deze zogenoemde eetbuien worden niet gecompenseerd, waardoor deze in veel gevallen lijden tot gewichtstoename. Eetbuien hebben ernstige psychologische en sociale gevolgen (Hay, Girosi, & Mond, 2015) en komen bij ongeveer 3.5% van de bevolking voor (Mustelin, Lehtokari, Keski-Rahkonen, 2016). Bij mensen met obesitas is dit echter 30% (van der Horst & van Elburg, 2019). Eetbuistoornissen worden echter onvoldoende (h)erkend en het huidige advies is meestal meer bewegen en minder eten, terwijl dit echter juist eetbuien in de hand werkt.

Er zijn verschillende behandelmethode beschikbaar voor een eetbuistoornis, waaronder CBT-E. Deze behandeling gaat uit van het trans diagnostische model van Fairburn en is bewezen effectief (Fairburn et al., 2015). Begeleide zelfhulp is de aangeraden behandeling, gevolgd door groepsbehandeling of CBT-E (Health & Excellence, 2017). Omdat online begeleide zelfhulp verschillende voordelen heeft voor de client, is binnen Novarum een online begeleide zelfhulp variant

van CBT-E ontwikkeld, genaamd BEDonline. Daarnaast is er binnen Novarum ook een groepsvariant van CBT-E bij obesitas ontwikkeld. Op deze manier wordt aan alle zorgstandaarden voor eetstoornissen voldaan.

Ook zien we dat veel cliënten met obesitas kiezen voor een maagoperatie Tijdens de workshop zullen we bespreken hoe CBT-E interventies kunnen bijdragen aan het positieve resultaat van deze ingreep.

Leerdoel

Ook jij kunt binnen de Basis ggz een eetbuistoornis expert worden! In deze workshop leer je alles omtrent diagnostiek van eetbuistoornis bij obesitas en welke CBT-E interventies je kunt inzetten in de basis ggz.

Tijdens deze interactieve workshop zullen theorie en oefeningen met elkaar worden afgewisseld. We zullen middels afwisselende actieve werkvormen gaan oefenen met specifieke cognitief gedragstherapeutisch interventies, zodat jij als behandelaar je meer vertrouwd zal voelen om deze interventies in je dagelijkse praktijk uit te voeren.



Literatuur

- Fairburn, C. G., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behav Res Ther*, 70, 64-71.
- Hay, P., Girosi, F., & Mond, J. (2015). Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *Journal of Eating disorders*, 3(1), 19.
- Health, N. I. f., & Excellence, C. (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment: NICE*.
- Mustelin, L., Lehtokari, V. L., & Keski-Rahkonen, A. (2016). Other specified and unspecified feeding or eating disorders among women in the community. *International Journal of eating disorders*, 49(11), 1010-1017.
- van der Horst, H., & van Elburg, A. (2019). De patiënt met een eetprobleem. In *De dokter en de patiënt met psychische problemen* (pp. 181-193): Springer.



Positieve cognitieve gedragstherapie: leuker en effectief. Meer glimlach dan traan

Hidde Kuiper

Thema

Focus op uitzonderingen op de klacht; focus op wat er (al is het maar iets) beter of zelfs goed gaat

Doelgroep

mensen met weinig ervaring met het onderwerp

Workshop

Inleiding Positieve CGT - Hidde Kuiper

Praktische uitvoering - Marjolein Geldermans en Rebecca Warner.

Deelnemers worden geacht in duo's te oefenen met Doelanalyse, FA's van de uitzonderingen en 'opwaartse pijn' techniek

Leerdoel

Aan het einde van de workshop heeft de deelnemer een paar handige tools om de focus te verleggen van 'problem-talk' naar een meer positieve focus. Dit kan niet alleen bij de cliënt de hoop op verandering verhogen maar ook bij de hulpverlener. Op die manier heeft de hulpverlener samen met de patiënt meer behandelkeuzen. "Gaan we 't hebben over problemen en obstakels in uw leven of wilt u meer stil gaan staan bij wat u al wel kan?"

De deelnemer maakt een doelanalyse in de plaats van probleemanalyse en leert functieanalyses van uitzonderingen op problemen in plaats van problemen te maken; gebruikt de opwaartse pijn techniek in

plaats van de neerwaartse en focust op gedragsbehoud in plaats van terugvalpreventie.

Literatuur

- Positieve cognitieve gedragstherapie - van reduceren van distress naar bouwen aan succes.

Pearson Benelux B.V. | 2014 |

- Behandelprotocol positieve CGT. Boom | 2019 |

- Positive cognitive behavior therapy in the treatment of depression: A randomized order within-subject comparison with traditional cognitive behavior therapy. Behav Res Ther. 2019 May;116:119-130. doi: 10.1016/j.brat.2019.03.005. Epub 2019 Mar 9



De kurk op de fles houden: veiligheidsplanning met suïcidale patiënten

Sander de Vries

Thema

suïcidaal gedrag, veiligheidsplanning

Doelgroep

mensen met weinig ervaring met het onderwerp

Workshop

In deze workshop leren deelnemers om veiligheidsplanning te integreren in een cognitief-gedragstherapeutische behandeling. Het maken van een veiligheidsplan is een belangrijk onderdeel van de behandeling van suïcidaal gedrag. Toch blijkt in de praktijk dat veel suïcidale patiënten niet over een veiligheidsplan beschikken of dat het gebruik ervan niet verankerd is in de vervolgbehandeling. Na een korte introductie van de wetenschappelijke evidentie voor het gebruik van veiligheidsplanning om suïcidepogingen tot voorkomen, gaan deelnemers zelf aan de slag met het maken van een functionele en topografische analyse van suïcidaal gedrag en het maken van een daarop afgestemd veiligheidsplan. Verder zal geoefend worden met het uitvoeren van interventies gericht op het verminderen van wanhoop en met interventies die de kans op effectief gebruik van de in het veiligheidsplan opgenomen vaardigheden zo groot mogelijk maken.

Leerdoel

Deelnemers kunnen een functionele analyse maken van het suïcidale gedrag van hun patiënt.
Deelnemers kunnen een topografische analyse maken van het suïcidale gedrag van hun patiënt.
Deelnemers kunnen een veiligheidsplan maken om de kans op een suïcidepoging te verminderen.
Deelnemers kunnen interventies toepassen om de wanhoop van suïcidale patiënten te verminderen
Deelnemers kunnen effectief samenwerken met suïcidale patiënten

Literatuur

Bryan, C.J. & Rudd, M.D. (2018). Brief cognitive behavioral therapy for suicide prevention. Hoofdstuk 8 t/m 10: p. 86-126.



Middagworkshops

Behandeling van een negatief zelfbeeld, de fijne kneepjes van het vak

Manja de Neef

Thema

Negatief zelfbeeld, therapeutische vaardigheden

Doelgroep

mensen met weinig ervaring met het onderwerp

Workshop

Het cognitieve model ziet een negatief zelfbeeld als een schema dat de informatieverwerking stuurt. Selectieve aandacht, selectieve waarneming, selectief geheugen en cognitieve vervormingen bevestigen telkens het negatieve beeld. Om niet geconfronteerd te worden met de negatieve emoties waarmee een negatief zelfbeeld gepaard gaat, ontwikkelt de cliënt leefregels en gedrag waarmee hij de schade beperkt kan houden. Een kortetermijnoplossing met op de lange termijn veel nadelige gevolgen, zoals onder andere angst en somberheid. In plaats van te proberen het negatieve zelfbeeld af te breken (wat toch niet lukt), lijkt het vruchtbaarder om een concurrerend positief zelfbeeld op te bouwen of te versterken. Het oude, negatieve zelfbeeld komt daardoor meer op de achtergrond te staan.

De interventie, beschreven in 'Negatief zelfbeeld' (de Neef, 2010), kent drie stappen: - Beïnvloeden van de selectieve informatieverwerking. De cliënt leert, door consequent een 'witboek' bij te houden, op een positievere manier naar zichzelf te kijken. - Ontwikkelen van nieuwe leefregels en experimenteren met gedrag dat past bij het nieuwe, positieve zelfbeeld en incompatibel is met het oude schemabevestigende gedrag. - Activatie van het oude, negatieve zelfbeeld voorkomen, zodat opslag van positieve informatie in het geheugen niet in gevaar komt.

Door anders te kijken en zich anders te gedragen, zal de cliënt nieuwe ervaringen opdoen, die zijn nieuwe zelfbeeld zullen versterken.

Doel van de workshop is 'de fijne kneepjes van het vak' te leren. Hoe kun je meer halen uit het bijhouden van een witboek? En nog meer, en nog meer. Hoe kun je cliënt stimuleren om nieuw gedrag uit te proberen zonder angst om te falen? Wat zijn manieren om het oude negatieve zelfbeeld te couperen? En hoe kun je de cliënt helpen niet alleen met zijn verstand te weten dat hij oké is maar het ook echt te voelen? (de Neef, 2018).

Leerdoel

Doel van de interventie is de cliënt te helpen de negatieve bias in het kijken naar en beoordelen van zichzelf te veranderen in een positieve. Om dat te bereiken moet de therapeut eerder minder doen dan meer. Geen positieve feiten of eigenschappen opdringen, cliënt moet ze zelf ontdekken, want dan pas gaat hij ze echt doorvoelen. Geen moeilijke stiltes opvullen als de cliënt gespannen raakt van positieve informatie. Hij moet er juist aan blootgesteld worden, dus de therapeut moet leren zijn mond te houden. Geen overdreven complimenten geven aan de cliënt, want dan gaat hij juist op



zoek naar (negatieve) tegenbewijzen. Ondanks de beperkingen die een online congres oplegt oefenen de cursisten zoveel als mogelijk in rollenspellen met deze vaardigheden. Als de cursisten in de workshop het verschil tussen meer en minder in hun aanpak ervaren, is mijn doel bereikt.

Literatuur

Neef, M. de (2010). Negatief zelfbeeld. Amsterdam: Boom.

Neef, M. de (2018). Negatief zelfbeeld behandelen. Tips en tools voor therapeuten. Amsterdam: Boom.

www.negatiefzelfbeeldbehandelen.nl



Efficiënt behandelen

Michel Reinders en Katja Boot

Thema

Verbetering van de hulpverlening

Doelgroep

mensen met weinig ervaring met het onderwerp

Workshop

Zaken die niet gerelateerd zijn aan de therapeutische methode maar aan de manier waarop de hulpverlening georganiseerd is, zijn van invloed op de uitkomsten van behandelingen (Clark et al., 2018). Daarom pleiten wij ervoor dat behandelaars zich actief bemoeien met de organisatie van de zorg. Dat we in staat zijn om op effectieve wijze psychische problemen te behandelen, is geen nieuws: psychotherapie werkt en wat dat betreft gaat er al veel goed in de GGZ. Een verbeteringslag valt te maken op het gebied van de efficiëntie van de hulpverlening. Efficiënte hulpverlening betekent dat zoveel mogelijk patiënten toegang hebben tot effectieve behandelingen. Dat vergt keuzes en een scherp oog voor de effectiviteit van behandelingen. Soms betekent dat ook pijnlijke keuzes zoals het stoppen van behandelingen die niet langer bijdragen aan het levensgeluk van de patiënt ook al heeft deze nog veel klachten.

In deze workshop zullen we voorbeelden van inefficiëntie en efficiëntie in de GGZ bespreken (Reinders & Boot, 2019). We nemen een aantal aspecten onder de loep, waaronder verwachtingsmanagement, te lang door behandelen (zowel standaard als in extreme gevallen), verwijzen, overbruggen, wachtlijsten en patiënten die maar niet goed in behandeling willen komen. In het bijzonder zullen we stil staan bij wachtlijsten en het nemen van rationele beslissingen over wie we wanneer in behandeling nemen.

Van de deelnemers wordt gevraagd de eigen afdeling of behandelprogramma te analyseren en een voorstel te maken dat tot verbetering van de efficiëntie moet leiden.

Leerdoel

Aan het eind van de workshops hebben de deelnemers een plan gemaakt waarmee ze de efficiëntie van hun eigen team kunnen verbeteren.

Literatuur

Arts, W. & Reinders, M. (2012) Het afsluiten van eindeloze behandelingen, *Gedragstherapie*, 405-416.

Clark, D.M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Pilling, S. & Janecka M. (2018) Transparency about the outcome of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data, *Lancet*, 17; 39: 679-686.

Reinders, M. & Boot, K. (2019) Korter behandelen of efficiënter behandelen, *Gedragstherapie*, 53-2, 103-113.



Cognitieve Gedragstherapie 'vertalen' voor Jeugd met LVB en psychiatrie

Juliette Liber en Floor Sauter

Thema

CGT, jeugd, LVB, aanpassen en toepassen

Doelgroep

Mensen met weinig ervaring met het onderwerp, bijvoorbeeld omdat ze alleen incidenteel jeugd met LVB tegenkomen

Workshop

Als een van de meest onderzochte behandelmethodes bij zowel volwassenen als jeugdigen, kent cognitieve gedragstherapie talloze evidence-based behandelprogramma's. Jeugd met een licht verstandelijke beperking (LVB) wordt helaas vaak uitgesloten uit deze studies. Dit terwijl deze doelgroep juist kwetsbaar is voor het ontwikkelen van psychiatrische problematiek. Recente bevindingen suggereren echter dat jeugd met LVB wel kan profiteren van CGT (o.a. Hronis, Roberts, & Kneebone, 2017; Moskowitz et al., 2017). Kenmerkend voor deze studies is dat er een vertaalslag in de behandeling heeft plaatsgevonden naar de mogelijkheden en behoeftes van jeugd met LVB. CGT aanpassen op inhoud en toepassing kan er voor zorgen dat er beter rekening gehouden wordt met de verschillen tussen jeugdigen onderling bij het vaststellen van behandel mogelijkheden en behandelbehoeftes (De Wit, Moonen, & Douma, 2012; Van den Bogaard, Boven, Berg, van den Blokenhoeve, & Drost, 2019). Hierdoor is de kans groter dat ze succesvol betrokken worden en blijven bij de therapie, en er meer profijt van hebben.

Het doel van deze workshop is om cognitief gedragstherapeuten die niet dagelijks met LVB-jeugd werken te informeren en stimuleren om de vertaalslag van reguliere CGT naar CGT voor LVB-jeugd te maken en handvatten te bieden om die verstaalslag te kunnen maken. De workshop bestaat uit drie gedeelten:

Deel 1. Theoretisch kader: besproken wordt welke kenmerken specifiek bij LVB-jeugd met psychiatrie aanpassingen vergen van de behandelaar en hoe behandelaren kunnen inspelen op deze kenmerken bij het aanpassen van CGT. Ter illustratie en inspiratie zullen enkele voorbeelden gegeven worden.

Deel 2. Materialen voorbereiden en vertalen naar de behoeften van de doelgroep: dit deel van de workshop bestaat uit twee onderdelen, a) casus-analyse (inhoud) b) CGT 'vertalen' en c) vormgeven. Deelnemers wordt gevraagd om een eigen casus voor te bereiden en te brainstormen over het CGT materiaal dat ze bij deze casus zouden gebruiken indien er geen sprake zou zijn van LVB. Deelnemers gaan na welke specifieke LVB-kenmerken zij in hun casus herkennen waarvoor aanpassingen nodig zijn. Bij onderdeel b en c gaan de deelnemers aan de slag om hun eigen materialen om te zetten naar materialen geschikt voor hun client.

Deel 3. Toepassing en oefenen met het gebruik van eigen materialen: hier gaan de deelnemers de zelfontwikkelde materialen op elkaar oefenen, testen, evalueren en bijstellen.

Leerdoel

Kennis over de kenmerken van LVB-jeugd met psychiatrie leren gebruiken om CGT de inhoud en toepassing van CGT aan te passen op de behandel mogelijkheden en behandelbehoeftes van deze jeugd.

Literatuur

De Koning, N. D., & Collin, P. J. (2007). Behandeling van jeugdigen met een psychiatrische stoornis



en een verstandelijke beperking. *Kind en adolescent*, 28(3), 138-147.

De Wit, M., Moonen, X., & Douma, J. (2012). *Richtlijn effectieve interventies LVB*. Landelijk Kenniscentrum LVB.

Hronis, A., Roberts, L., & Kneebone, I. I. (2017). A review of cognitive impairments in children with intellectual disabilities: Implications for cognitive behaviour therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 189-207.

Hronis, A., Roberts, R., Roberts, L., & Kneebone, I. (2019). Fearless Me!©: A feasibility case series of cognitive behavioral therapy for adolescents with intellectual disability. *Journal of Clinical Psychology*, 75(6), 919-932.

Moskowitz, L. J., Walsh, C. E., Mulder, E., McLaughlin, D. M., Hajcak, G., Carr, E. G., & Zarccone, J. R. (2017). Intervention for anxiety and problem behavior in children with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(12), 3930-3948.

Van den Bogaard, Boven, Berg, van den Blokenhoeve, & Drost (2019). *Cognitieve gedragstherapie bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en een psychische stoornis*. Academische werkplaats Kajak.



MANTRA: Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults: praktische kennismaking met een behandelmethod voor behandeling van Anorexia Nervosa

Alberte Jansingh en Femke van den Boomen

Thema

cognitief-interpersoonlijke ambulante behandeling voor AN; behandeling gebaseerd op model dat instandhouding AN inzichtelijk maakt. werken vanuit patiënt-werkboek.

Doelgroep

mensen met veel ervaring met het onderwerp

Workshop

MANTRA is een cognitief - interpersoonlijke behandeling voor AN ontwikkeld door Ulrike Schmidt e.a.

(2014). In onderzoek zijn de behandelresultaten van MANTRA vergelijkbaar met die van CBT-E en SSCM (Byrne e.a.,2017).

De behandeling is gebaseerd op een model dat het ontstaan en de instandhouding van de AN inzichtelijk maakt. In deze behandeling wordt zowel aandacht besteed aan het eetpatroon en gewicht,

maar daarnaast ook aan andere onderwerpen waarvan we weten dat deze samenhangen met ANproblematiek:

- Een denkstijl die wordt gekenmerkt door starheid, gericht zijn op details en de angst om fouten te maken.
- Beperkingen in het sociaal-emotionele functioneren, in de vorm van het vermijden van emoties en relaties met andere mensen.
- Positieve ideeën van patiënten over het nut van de AN in hun leven.
- Reacties van naasten, vaak gekenmerkt door veel emoties en bijvoorbeeld gedrag dat toegeeft aan de AN of deze ondersteunt.

MANTRA is een ambulante behandelmethod, bestaande uit 20 tot 40 (afhankelijk van de ernst van de AN) individuele behandelsessies. In het patiënt-werkboek staan negen modules, bestaande uit schrijfopdrachten en gedragsexperimenten en opdrachten om te oefenen met nieuw gedrag.

In de workshop zal kort aandacht worden besteed aan kennismaking met de MANTRA behandelmethod: de theoretische achtergrond en de resultaten uit wetenschappelijk onderzoek worden besproken, daarnaast komt de behandelinhoud aan bod. In de workshop zal de behandelinhoud worden toegelicht middels praktische oefeningen van bijvoorbeeld de bloem (model met verklarende en in standhoudende aspecten), gedragsexperimenten en de brief van de behandelaar aan de patiënt.

Altrecht Eetstoornissen, Rintveld is sinds 2017 bezig met de implementatie van MANTRA.

Leerdoel

Doel is een praktische kennismaking met de MANTRA-behandelmethod voor deelnemers die in hun dagelijks werk geregeld met patiënten met AN werken. Het betreft zowel een kennismaking met de



inhoud van de behandeling, als wel met de vorm (het werkboek voor de patiënt waarvan uit wordt gewerkt), als met de houding van de therapeut (welke minder sturend/directief is als bij de CBT-E behandeling).

Literatuur

- Byrne, S., Wade, T., Hay, P., Touyz, S., Fairburn, C.G., Treasure, J., e.a. (2017). A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 47, 2823-2833.
- Schmidt, U., Wade, T.D. & Treasure, J. (2014). The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): Development, Key Features, and Preliminary Evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 28, 48-71.



Herstelgerichte CGT: verdieping met vier herstelfasen en een interview

Klaas Huijbregts

Thema

De herstelbeweging heeft inmiddels verschillende methodieken opgeleverd. Deze zijn prima te combineren met uiteenlopende therapievormen. CGT kan hiermee worden aangevuld.

Doelgroep

mensen met weinig ervaring met het onderwerp

Workshop

De herstelbeweging is inmiddels niet meer weg te denken uit de GGZ. Toch zijn het vooral nog de ervaringsdeskundigen die met herstelmethodieken werken en moet je als psychotherapeut uit je bubbel stappen om te zoeken naar praktische aanknopingspunten. In deze workshop komen eerst theorieën als de vier herstelfasen van Spaniol&Gagne en de dimensies van herstel aan bod waarna de vertaalslag naar de klinische praktijk gemaakt wordt. Er wordt o.a. geoefend met een herstelgericht interview en met strategieën om steeds een herstelfase verder te komen. Inmiddels is er enige wetenschappelijke evidentie voor deze aanpak. Dit zal kort worden aangestipt. Tot slot komt aan bod hoe CGT kan verdiepen door aan te sluiten bij herstelgerichte methoden, zodat wat goed aansluit kan worden meegenomen bij terugkeer naar de CGT-bubbel.

Leerdoel

- Leren hoe CGT kan profiteren van verschillende methodieken die door de herstelbeweging zijn ontwikkeld om zo therapie verder te verdiepen en aan te sluiten bij deze ontwikkeling.
- Kennismaken met een andere manier van (herstel)doelen stellen en (herstelgericht) monitoren.

Literatuur

- Huijbregts KM, Grobbink LH, Jansen M, Verhoeven L, Van Dijk FE. Monitoren met vier herstelfasen. Eerste ervaringen binnen FACT. Tijdschrift voor Psychiatrie 2020; geaccepteerd voor publicatie.
- Spaniol L, Wewiorski NJ, Gagne C, Anthony WA. The process of recovery from schizophrenia. Int Rev Psychiatry 2002; 14(4): 327-336.
- Van Gestel-Timmermans JAWM, Brouwers EPM, Bongers IL, Van Assen MALM, Van Nieuwenhuizen Ch. Profiles of individually defined recovery of people with major psychiatric problems. Int J Soc Psychiatry 2012; 58(5): 521-531.
- Van der Stel JC. Psychische gezondheidszorg op maat. Op weg naar een precieze en persoonlijke psychiatrie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum (Springer media); 2016.



Stemmen horen bij borderline en andere (persoonlijheids)stoornissen

José de Jager en Janneke Ferwerda

Thema

Behandeling van stemmen horen in een transdiagnostische context

Doelgroep

Behandelaren die meer willen weten over de behandeling van stemmen bijvoorbeeld in een schematherapie of traumabehandeling

Workshop

Disfunctionele oudermodi zijn kritische of negatieve stemmen in je hoofd die lijken op de stemmen van mensen uit je jeugd. Soms worden deze stemmen hardop gehoord en kunnen ze worden beschouwd als auditieve hallucinaties (AVH). Binnen de algemene Nederlandse bevolking hoort ongeveer 1 op 10 mensen stemmen. Het horen van stemmen an sich hoeft dan ook geen probleem te zijn. Echter, voor sommige mensen is het horen van stemmen een bron van lijdensdruk. Het idee dat het horen van stemmen thuishoort binnen het domein van de psychotische stoornissen is verouderd. Stemmen horen kan onderdeel zijn van een PTSS, stemmingsklachten, psychose en persoonlijkheidsproblematiek en hangt vaak sterk samen met lijdensdruk. Uit een recente Australische studie bleek bijvoorbeeld dat jonge mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis de stemmen hetzelfde ervoeren als hun leeftijdsgenoten met schizofrenie. Echter, bij hen die wel stemmen hoorden was er significant meer zelfverminking, paranoia, dissociatie, angsten en stress. Vanwege de hoge prevalentie en het transdiagnostische karakter kan stemmen horen in iedere spreekkamer verwacht worden. Weten hoe hier handen en voeten aan te geven binnen een behandeling is dan ook voor iedere therapeut zinvol.

Opzet workshop:

- Inleiding op basis van de meest recente wetenschappelijke literatuur, geïllustreerd aan de hand van casuïstiek.
- Demonstratie van het bespreekbaar maken en uitvragen van stemmen horen.
- Oefenen in drietallen
- Demonstratie van een cognitieve techniek gericht op stemmen horen
- Oefenen in drietallen
- Videodemonstratie (of live) van experiëntiele techniek
- Oefenen in drietallen

Leerdoel

Na afloop weten de deelnemers:

- Inzicht in samenhang ingrijpende levenservaringen en stemmen horen
- Welke psychologische behandelingen en technieken toepasbaar zijn in de behandeling van stemmen horen
- Hoe je deze behandeling en technieken integreert in een behandeling zoals schematherapie of een traumabehandeling

Na afloop hebben de deelnemers concreet geoefend met:

- het bespreekbaar maken en in kaart brengen van het stemmen horen
- cognitieve technieken en gedragsexperimenten voor stemmen horen
- een experiëntiele techniek die toepasbaar is bij stemmen horen



Literatuur

McGrath, J. J., Saha, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., ... & Florescu, S. (2015). Psychotic experiences in the general population: a cross-national analysis based on 31 261 respondents from 18 countries. *JAMA psychiatry*, 72(7), 697-705.

Slotema e.a. (2017) Negative Beliefs about Voices in Patients with Borderline Personality Disorder Are

Associated with Distress: A Plea for Cognitive-Behavioural Therapy? *Psychopathology* 2017; 50:255–261

Cavelti M, Thompson KN, Hulbert C, Betts J, Jackson J, Francey S, Homan P, Chanen AM (2018). Exploratory comparison of auditory verbal hallucinations and other psychotic symptoms among youth with borderline personality disorder or schizophrenia spectrum disorder. *Early Intervention In Psychiatry* November 2018



Op zoek naar een sexy state of mind

Ingeborg Timmerman

Thema

seksualiteit, graadmeter voor geestelijke gezondheid?!

Doelgroep

Therapeuten die gewend zijn seksualiteit van cliënten bespreekbaar te maken.

Therapeuten die trauma en persoonlijkheidsproblematiek behandelen.

Workshop

Ons seksuele systeem is zeer ontvankelijk. Bij het zien van seksuele prikkels gaat er meer bloed naar onze geslachtsdelen en kunnen we een prettig gevoel van opwinding gewaar worden. Een beetje prikkeling op de goede plekken, positieve associaties en voldoende positieve ervaringen en de seksuele respons start automatisch.

Zorgen, stress of relatieproblemen remmen ons seksuele systeem. Onze focus wordt verlegd, prikkels worden niet waargenomen. Een avondje uit met je geliefde of een warm bad kan het systeem weer resetten.

Wanneer de reset-knop niet meer werkt en seksuele gevoelens niet meer oproepen kunnen worden is er meer aan de hand. Hoe kan een systeem dat zo sensitief is, zo ongevoelig raken? Hoe kan het zijn dat iemand wel opgewonden kan raken en een orgasme kan bereiken, maar er niet zoveel bij voelt? “ t is mechanisch” . “ Spanningsontlading” . “ Op zich heerlijk, -morgen weer-, maar de ervaring leert dat het weer drie maanden duurt voordat ik weer zin heb” . “ T is een klusje, dat ook op het to do lijstje staat” .

Het ontwikkelen van seksualiteit is een fase in de puberteit en jong volwassenheid. Deze ontwikkelingstaak kan negatief beïnvloed worden door stress in het gezin van herkomst, verlies, pesten, misbruik en trauma. Na een tijd seksueel gezond te lijken functioneren, kunnen in latere fasen seksuele gevoelens volledig naar de achtergrond gaan.

Niet iedereen stoort zich aan het gemis van seksualiteit in het leven. Maar stel dat seksuele ontvankelijkheid een teken van gezond functioneren is, zou jij als behandelaar dan willen weten hoe trauma, schema's en persoonlijkheidsproblematiek seksualiteit negatief beïnvloeden? Ook disbalans in de persoonlijkheid vanuit gedrevenheid, een hoog streef-niveau en controle-behoefte kan remmend zijn voor seksualiteit en uiteindelijk leiden tot burn-out klachten.

In een persoonlijkheidsmodel maak ik op een landkaartje letterlijk zichtbaar waar je sexy state of mind zit, hoe het minder/meer toegankelijk is en wat er nodig is om in een gezonde balans te komen/zijn.

Dit model is bruikbaar voor iedereen en ook voor mensen met trauma en persoonlijkheidsproblematiek. Ervaring leert dat deze inzichten goed gecombineerd worden met schematherapie, trauma-behandeling en burn-out behandelingen.

Leerdoel

In deze workshop krijg je uitleg over

- zin in seks of seksuele motivatie



- het verschil tussen lust en verlangen
- het seksuele respons-model
- contact maken met je gevoelens vs los van je gevoelens leven

Je leert het persoonlijkheidsmodel toe te passen op jezelf en je cliënten.

Na deze workshop ben je je bewust dat seksuele gezondheid een vitaal onderdeel is van mentale gezondheid.

NB Als we praten over seksualiteit is een veilige sfeer in de workshop cruciaal. Het is niet de bedoeling of opzet dat we iets over onze eigen seksualiteit prijs geven. Het is echter niet te vermijden dat we bij het praten over de seksuele gezondheid van anderen, ons ook bewust worden/zijn van onze eigen seksualiteit.

Literatuur

Boek: Zin in seks, zo ontwikkel je een sexy state of mind
Ingeborg Timmerman, Carlie van Tongeren
Uitgeverij AnderZ