

Demoralisatie bij verslaving
"Tijdig herkennen is nodig"

Persoonlijkheidsstoornissen
Een nieuw model

CBD bij angst
Versterkt dat exposure?

VGct magazine

4
DECEMBER
2024

voor leden van de Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën



Selini Roozen-Vlachos
over MeToo
in de behandelkamer

**“Het lukt die
mensen vaak
niet meer om
in therapie
te komen”**

VGct

VAN GENDEREN OPLEIDINGEN BV



Van Genderen Opleidingen BV verzorgt een breed scala aan cursussen, trainingen en workshops op het gebied van schematherapie. Door de jaren heen heeft ons team van twaalf ervaren schematherapeuten ruim 7000 therapeuten opgeleid en bijgedragen aan diverse publicaties over schematherapie.

PUBLICATIES

- > 'Schematherapie voor cluster C persoonlijkheidsstoornissen'
- > 'Stapje voor Stapje'
- > 'Doorbreek je patronen in 5 stappen'
- > 'Praktijkboek Schematherapie'

Zie verdere producties:
www.schematherapie.nl



5 sterren-review door VGCT!



Beschikbaar vanaf november



**IMAGINAIRE
RESCRIPTING**
KENNISPLATFORM

CONGRES IMRS **UPCOMING**

Het internationaal consortium voor Imaginaire rescripting organiseert een congres over ImRs op 3 & 4 april 2025 in Amsterdam. **Toegang gratis!**

WWW.SCHEMATHERAPIEOPLEIDINGEN.NL

TRAININGEN/CURSUSSEN

Meer dan 20 jaar verzorgen wij 4-daagse Basiscursussen en Vervolg cursussen en 8-daagse Basis & Vervolg cursussen op het gebied van Volwassenenzorg en Kind & Jeugd zorg. Ieder jaar worden deze cursussen aangepast aan de nieuwste wetenschappelijke en klinische inzichten. In samenwerking van PsyGlobal is in september jl. een Engelstalige Basis cursus gestart voor anderstalige therapeuten. In 2025 wordt deze cursus opnieuw aangeboden, evenals een Engelstalige vervolgcursus.

WORKSHOPS

Duizenden therapeuten zijn over de afgelopen jaren getraind in schematherapie. Voor de uitdagingen in ons klinisch werk bieden we een brede keuze aan workshops van 1 of 2 dagen. Al deze workshops zijn geaccrediteerd door de VSt, VEN en VGCT als nascholingscursus waardoor de punten mee kunnen tellen voor de herregistratie bij deze verenigingen.

SCHRIJF JE NOG IN!

- > **Schematherapie bij eetstoornissen (Engelstalig)**
Data: **9 & 10 januari**
Docent: **Susan Simpson**, auteur van 'Schema therapy for eating disorders'
- > **Traumagericht werken binnen schematherapie**
Datum: **23 april**
Docenten: **Hellen Hornsveld & Hélène Bögels**
- > **Schuld en schaamte (Engelstalig)**
Datum: **25 april**
Docent: **Barbara Basile**, auteur van diverse wetenschappelijke publicaties over OCD en schuld en schaamte
- > **Schema therapy for couples (Engelstalig)**
Data: **3 & 4 juli, 2 & 3 oktober**
Docent: **Eckhard Roediger**, auteur van 'Schema therapy with couples'
- > **Vrije Blijde Kind**
Datum: **25 juni**
Docenten: **Chris Korevaar & Natalie van Oort**

Het daagt ons denken uit

Een mooi artikel in dit magazine is dat over de inzet van cannabidiol (CBD) bij de behandeling van angststoornissen. Het sluit aan bij een bredere ontwikkeling waarbij middelen – traditioneel geassocieerd met drugs en verslaving – worden inzet als geneesmiddel. Denk aan recent onderzoek naar de inzet van MDMA bij de behandeling van PTSS. En hoewel dergelijk onderzoek nog in de kinderschoenen staat en we onze behandelrichtlijnen nog niet direct hoeven aan te passen, ben ik blij dat we dit terrein wetenschappelijk verkennen. Het daagt ons denken uit. Want als een bepaalde drug ook een geneeskrachtige werking heeft, zijn er dan ook ‘gewone’ middelen die we wellicht vanuit verslavingspotentieel wat minder normaal zouden moeten vinden? Denk aan alcohol, roken maar ook recent het debat over de legalisatie van gokken.

Met grote interesse las ik ook het artikel over seksueel overschrijdend gedrag. Ik herken de emoties die Selini Roozen-Vlachos op pagina 26 omschrijft als je plotseling ontdekt dat die kundige collega gedrag vertoont heeft dat niet door de beugel kan. En het ongemak bij ‘grijs’ gedrag, het bespreekbaar maken van de ‘slippery slope’. Zelfs in de leersituatie van supervisie of werkbegeleiding kijken we te vaak weg en laten we het onderwerp liever rusten. Niet voor niets publiceerde de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) in 2022 een rapport met adviezen om bewustwording en preventie in de ggz te versterken, om seksueel grensoverschrijdend gedrag door zorgverleners te voorkomen. Een leestip, zou ik zeggen.

Tot slot ‘bruggenbouwer’ Linda Willems aan het woord. Op pagina 24 zegt zij: “...een behandelaar die alléén behandelt, heeft meer behandelervaring dan de collega die zich niet volledig op cliënten focust”. Tja dat steekt een beetje. Maar eerlijk gezegd word ik zelf ook liever geholpen door een arts met veel routine dan een arts met allerlei nevenklussen. Dit terwijl ik zelf zo’n behandelaar ben met inmiddels meer nevenklussen (management) dan behandelroutine. Goed dat we als vereniging duidelijke regels hebben over de omvang van praktijken die nodig zijn voor registratie en herregistratie.

*Ellen Vedel
Bestuurslid VGCT*



Colofon

VGCT magazine is een uitgave van de VGCT en verschijnt vier keer per jaar. Informatie over lidmaatschap en opzeggen vind je op vgct.nl.

Aan dit nummer werkten mee

Alexandra Kist, Jojanneke Bastiaansen, Mieke Ketelaars, Maria Bekendam, Esmee Hoff (VGCT), Manon Louwers, Wilbert Colet, Lieke van der Kroon, Yvette Hoogenboom, Eline Bosman, Myra Langenberg, Hilde Bout, Natascha van der Steen, Ine Kaaijk (Vrhl).



Acquisitie en drukwerk

Elma Media B.V.
Elma.nl
Silvèr Snoek:
s.snoek@elma.nl
0226 33 16 67

Art direction, redactie en productie

Vrhl Content en Creatie
In opdracht van Elma Media B.V.
In samenwerking met VGCT

Fotografie

De Beeldredacteur

Privacy

Op de verwerking van persoonsgegevens van abonnees is het privacystatement van Elma Media van toepassing.

Copyright © 2024:

Zet- en drukfouten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van VGCT verveelvoudigd of openbaar gemaakt worden. Bij het samenstellen van dit magazine is de grootste zorg besteed aan de juistheid van de hierin opgenomen informatie. VGCT is niet verantwoordelijk voor enige onjuist verstrekte informatie via dit magazine en VGCT is ook niet verantwoordelijk voor artikelen die onder de noemer 'Marktvisie' vallen. Dit zijn branded content artikelen van derden.

Inhoud

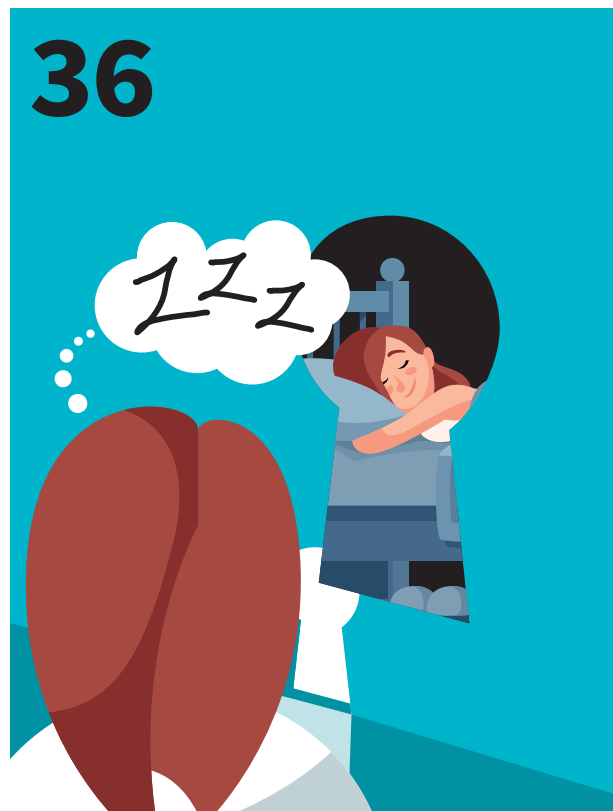


PRAKTIJK

- 8** **Mooi werkmoment**
Slaapmedicatie naar 0
- 18** **N=1**
Vermoeidheid onder controle
- 32** **Reflectie**
De kunst van achteroverleunen
- 39** **Column Mieke**
Kamikazeduif
- 47** **Leeslijst**
Boekrecensies



32



THEORIE

- 10** **Persoonlijheidsstoornissen**
Een alternatief model
- 14** **Cannabidiol (CBD)**
Versterkt dat exposure?
- 20** **Demoralisatie bij verslaving**
“Tijdig herkennen is nodig”
- 24** **Bruggenbouwers**
Een onderzoeksklimaat creëren
- 26** **Vraag en antwoord over...**
MeToo in de behandelkamer
- 36** **Slapeloosheid**
De kern van veel psychische klachten
- 40** **Virtual Reality**
Realiteit in de zorg

VGCT

- 6** **Diensten en dingen | Overkoepelend**
- 7** **Nieuwsgierig naar**
Impact eigen herstelproces
- 13** **Ter zake**
Makkelijk praten
- 44** **Najaarscongres**
Terugblik
- 46** **€ 10.000 subsidie**
Preventie-ideeën zijn subsidie waard
- 48** **Secties aan zet**
Sectienieuws
- 50** **Uitgelicht**
Agenda en kort nieuws

DIENSTEN EN DINGEN

Factsheet Mindfulness based cognitieve therapie (MBCT)

Samen met de nieuwe sectie Mindfulness based cognitieve gedragstherapie hebben we een factsheet over MBCT gemaakt. Met dank aan experts Imke Hanssen (gz-psycholoog i.o. en onderzoeker) en Anne Speckens (psychiater en hoogleraar),



beiden werkzaam bij het Radboudumc Centrum voor Mindfulness, en Susan Bögels (psychotherapeut en hoogleraar UvA).

Bekijk de factsheet via de QR-code.



Terugkijken

Heb je het Najaarscongres van 6, 7 en 8 november gemist? Of was je er wel, maar ben je niet bij het debat 'Van functie naar betekenis: een verkennend panel over FABA's in de zorg van nu' geweest? Goed nieuws! Je kunt dit debat nu terugkijken op Kennisnet. Dit debat werd gevoerd door Charlotte van der Wall, Jiska Weijermans, Nynke Boonstra, Filip Raes, Tonnie Staring en Kees Korrelboom.



Bekijk het debat.

Gedragsexperiment techniekenplaat

Bij dit magazine ontvang je een techniekenplaat over het gedragsexperiment. Gebruik de plaat als hulpmiddel om aan je patiënt uit te leggen welke stappen doorlopen worden om negatieve overtuigingen uit te testen in de praktijk. Wil je ons laten weten wat je van de plaat vindt of heb je tips? Dat horen we graag! Mail naar communicatie@vgct.nl

OVERKOEPELEND



Herijkte kennisagenda

Dit najaar is de herijkte kennisagenda van P3NL gepubliceerd. Deze is geactualiseerd en uitgebreid met vraagstukken die inspelen op de actuele uitdagingen in de ggz. De agenda biedt richting en inspiratie voor (wetenschappelijk) onderzoek en focust op vijf centrale thema's: comorbiditeit, klachtenvermindering en herstelgericht werken, wat werkt voor wie?, matched care, en specifieke elementen van behandeling.



Meer informatie over de kennisagenda kun je vinden door de QR-code te scannen.

P3NL-dag

Op 4 oktober vond de P3NL-dag plaats met het thema 'Voor de verandering'. Na de presentatie van de herijkte kennisagenda werd de jaarlijkse P3NL-prijs uitgereikt aan Michel van den Bogaard. Pauline Janse, bestuurslid van P3NL, sprak hem toe. Vervolgens gaf Michel een inspirerende lezing over zijn projecten, zoals de 'vliegende brigade', waarin domeinoverstijgende samenwerking, preventie en passende zorg centraal staan.

Oud-staatssecretaris Paul Blokhuis nam het stokje over en benadrukte de noodzaak om de zorg efficiënter te organiseren gezien de maatschappelijke uitdagingen. Het programma werd afgesloten door componist en

theatermaker Merlijn Twaalfhoven, die het belang van een creatieve mindset voor gezamenlijke verandering benadrukte. Hij pleitte voor een persoonlijke 'atelier': een ruimte om te dromen en te experimenteren.

Tot slot werd afscheid genomen van oud-directeur Marnix de Romph. Na enkele afscheidswaardes kregen de aanwezigen tijdens de borrel de gelegenheid om hem persoonlijk te bedanken en afscheid te nemen.



Scan de QR-code voor de volledige terugblik op de P3NL-dag.

VRAAG VAN: JET ALBERTS

VRAAG AAN: NICKY HEINS

In deze rubriek stelt een cgt'er of cgw'er een prangende vraag aan een vakgenoot. Misschien heb je je altijd al afgevraagd hoe iemand een bepaald probleem aanpakt of ben je gewoon heel nieuwsgierig naar waarom iemand iets op een bepaalde manier doet. In deze editie stelt gz-psycholoog Jet Alberts een vraag aan haar oud-collega Nicky Heins, gz-psycholoog en psychotherapeut.



Nicky Heins


Heeft je eigen herstelproces je kijk op werkhervatting veranderd?

Jet Alberts: “Je hebt zelf in de afgelopen periode je werk weer geleidelijk hervat na post-COVID. Ben je hierdoor anders gaan denken over hoe wij werkhervatting aanpakten toen we een aantal jaren geleden samenwerkten?”

Nicky: “Tijdens mijn herstel van post-COVID is mijn kijk op werkhervatting zeker veranderd. Ik ben na tweeënhalf jaar nog steeds herstellende, maar werk inmiddels weer twintig uur per week. Het was een lang en geleidelijk proces, waarbij ik stap voor stap mijn werk heb kunnen opbouwen. Ik heb in die tijd veel vrijheid gekregen van mijn werkgever en arbodienst om mijn eigen tempo te bepalen, dat was echt essentieel voor mijn herstel.

In mijn vorige functie waar ik cliënten met burn-out en overspannenheid behandelde, werkten we vaak volgens een strak schema: cliënten moesten tijdscontingent re-integreren, ongeacht hoe ze zich voelden. Nu zie ik dat werken op geleide van klachten, waarbij iemand zelf het tempo bepaalt, veel beter kan werken. Te veel focussen op klachten kan bovendien ziekmakend zijn. Ik merkte dit tijdens mijn eigen herstel, waarbij de nadruk vaak lag op wat niet goed ging, wat juist voor meer frustratie zorgde.

Daardoor ben ik ook meer gaan nadenken over positieve psychologie. In plaats van te focussen op wat niet goed gaat, zou ik nu

eerder vragen: ‘Waar krijg je energie van?’ of ‘Wat gaat er wel goed?’ Dat heeft mij enorm geholpen en ik merk dat dit ook mijn cliënten helpt. Momenteel werk ik met cliënten die te maken hebben met angst- en stemmingsklachten en trauma's. Het benoemen van wat goed gaat en waar je kracht uit haalt, is zo belangrijk voor herstel. Dit inzicht pas ik nu toe in mijn werk – niet alleen bij werkhervatting, maar bij alle soorten problematiek waar mijn cliënten mee te maken hebben.” 



In het volgende nummer stelt Nicky een vraag aan Hélène Bögels.



MOOI WERKMOMENT

Welk mooi moment uit de praktijk zul je niet snel vergeten? In deze editie vertelt Sanne Vink, psychiater en psychotherapeut, over een bijzondere casus.

Van hoge dosering slaapmedicatie naar nul dankzij CGT-i

Sanne Vink ziet huisartsen en psychiaters bij slaapproblemen snel naar medicatie grijpen. Hoewel zij als psychiater medicatie mag voorschrijven, probeert ze daar waar mogelijk van weg te blijven en slaapproblematiek met CGT-i op te lossen. Als CGT-docent bij de A-opleiding tot psychiater wil ze collega's inspireren dat ook te doen. Een van haar werkmomenten was zó'n mooi voorbeeld dat ze het regelmatig als *best practice* benoemt.

Het gaat om een veertigjarige man – we noemen hem voor het gemak 'Jan' – die de gewoonte had gehad om veel te blowen. Nu Jan een relatie had, vond hij het tijd om te stoppen. Dat bleek niet makkelijk: er ontstonden slaapproblemen. Die werden zo fors dat hij voor zijn gevoel overdag niet meer kon functioneren en zich ziekmeldde. Dit bracht wanhoop en suicidaliteit met zich mee. Daardoor werkte hij niet meer en durfde hij niet met zijn vriendin te slapen. "Hij kwam via de crisisdienst binnen, waar diverse medicatie werden geprobeerd: antipsychotica, diverse benzodiazepines (benzo's) en meerdere antidepressiva. Ten tijde van ons eerste contact slikte hij 7,5 mg van de benzo Lorazepam en diverse antidepressiva."

VERSLAVEND

Benzo's worden gebruikt tegen angst- en slaapproblemen. Sanne vertelt dat 7,5 mg een hoge dosering is. "Om je een beeld te geven: een huisarts schrijft meestal 1 mg voor. Psychiaters willen wel eens 2,5 mg voorschrijven, maar verder krijgen alleen opgenomen patiënten



Sanne Vink

hogere doseringen. Of het de patiënt helpt is bovendien de vraag, want benzo's staan erom bekend dat ze de gebruiker slaperig maken en dat het reactievermogen ervan vermindert. "De patiënt uit mijn voorbeeld had daardoor nog steeds niet het gevoel dat hij naar zijn werk kon en eigenlijk werkte dit medicijn dus averechts. Het probleem is dat benzo's heel verslavend zijn en dat het daardoor lastig is om te stoppen. Wie stopt, krijgt lichamelijke ontwenningssverschijnselen."

LIEGEN TEGEN HUISARTS

In het geval van Jan werkte de medicatie niet tegen de slaapproblemen – hij sliep drie tot vier uur per nacht.

“HIJ LIET HEN GELOVEN DAT IK HET NIET GOED GEREgeld HAD”



“OOK WIJ ALS BEHANDELAREN MOETEN VERDRAGEN”

Daarom kwam hij bij Sanne terecht. Hij kreeg individuele CGT voor insomnia (CGT-i). Dankzij slaaprestrictie, vaste bedtijden, ontspanningsoefeningen, *white noise*, mindfulness en helpende gedachten lukte het hem om zes uur per nacht te slapen. Helaas lukte het niet om de medicatie af te bouwen. Sanne was streng en duidelijk voor Jan en schreef in zijn dossier dat haar collega's Jan onder geen enkele omstandigheid benzo's mochten voorschrijven. Toch gebeurde het, tot ongenoegen van Sanne. “Hij belde collega's en speelde op hun gevoel in, waardoor zij tóch overstag gingen. Later vertelde hij de huisarts dat ik op vakantie was en dat ik was vergeten om zijn recept naar de apotheek te sturen. Ik voelde me bezwaard tegenover mijn collega's en de huisarts. Mijn patiënt viel hen lastig en liet hen ook nog eens geloven dat ik iets wat voor hem zo belangrijk was, niet goed geregeld had. Ik heb alle betrokkenen gebeld en nog eens benadrukt dat zij de man onder geen beding benzo's mochten geven. En dat – ook al ben ik vrij of op vakantie – mijn patiënt mijn nummer heeft en dat ik in noodgevallen altijd bereikbaar voor hem ben. Daar werd positief op gereageerd. De huisarts voelde zich in het ootje genomen.”

LICHAMELIJKE SENSATIES


Sanne heeft begrip voor Jan. “De lichamelijke sensaties die je voelt door te stoppen kunnen intens zijn. Dat moet de patiënt leren verdragen. Ook wij als behandelaren moeten verdragen, namelijk dat een patiënt steeds

een beroep op ons doet en op ons gevoel inspeelt. Ik geloof dat als wij uitstralen dat we er vertrouwen in hebben dat de patiënt het kan, dat al de helft scheelt. Ik merk dat psychiaters dit soms lastig vinden en eerder toegeven – in de CGT-opleiding is meer aandacht voor zelfregulatie.”

SLAAPDAGBOEK WERKT

In een tweede poging om de benzo's af te bouwen, merkten Sanne en Jan dat het slaapdagboek zijn werk deed. “Elke week verminderden we de dosering. In het dagboek zag Jan een patroon ontstaan: een dag of drie na het afbouwen ging het slechter met hem, maar daarna ging het weer beter.” Door dat vooruitzicht kreeg hij het vertrouwen dat stoppen kon lukken. Na vijftien weken had Jan de benzo's afgebouwd. “Vier weken nadat hij gestopt was, merkte hij dat ook zijn angst en stress waren verdwenen. Hij gaf aan dat hij dacht dat het kwam doordat hij was gestopt met de medicatie. Inmiddels is hij ook op eigen kracht gestopt met antidepressiva, slaapt hij met zijn vriendin – ze wonen zelfs samen – en werkt hij weer. Blomen heeft hij daarna nooit meer gedaan.”

MEDICATIE GEEN HEILIGE GRAAL

Sanne vervolgt: “Als na een traject van een halfjaar je patiënt van zijn klachten af is en ook nog eens stopt met medicatie, geeft dat natuurlijk voldoening. Het sterkt me ook in mijn overtuiging dat medicatie niet alles oplost. In het geval van antidepressiva weten we bijvoorbeeld dat het in vijftig procent van de gevallen werkt – voor psychotherapie geldt hetzelfde percentage. Voor benzo's geldt dat ik eigenlijk altijd een oplossing in CGT-i zie. Ik hoop dat meer artsen mijn voorbeeld volgen.” 

DE VOORDELEN VAN HET ALTERNATIEVE MODEL

Vroegtijdig opsporen van persoonlijkheidsstoornissen



We definiëren persoonlijkheidsstoornissen al jaren op dezelfde manier: volgens het categoriale model in DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). In DSM-5 is ook een Alternatief Model voor Persoonlijkheidsstoornissen (AMPD) opgenomen. Psycholoog en onderzoeker Laura Weekers onderzoekt het AMPD in de klinische praktijk. En wat blijkt: deze werkwijze kent flink wat voordelen.

Eerst even terug naar de basis: een persoonlijkheidsstoornis is een aandoening waarbij de manier waarop iemand denkt, voelt en zich gedraagt, aanzienlijk verschilt van wat binnen de eigen cultuur of samenleving als normaal wordt gezien. Deze afwijkingen kunnen leiden tot problemen in sociale, werk-, liefdes- of gezinsrelaties en kunnen het dagelijks functioneren bemoeilijken. Kenmerkend voor een persoonlijkheidsstoornis is dat deze problemen langdurig aanwezig zijn, vaak al vanaf de adolescentie.

EEN PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS HERKENNEN

Het huidige categoriale classificatiemodel telt tien typen persoonlijkheidsstoornissen, verdeeld over drie hoofdgroepen, met elk zijn eigen kenmerken. “Volgens dit model moet iemand aan minimaal een aantal van deze kenmerken voldoen om de diagnose van die stoornis te krijgen”, legt Laura Weekers uit. Zij is psycholoog, in opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog en onderzoeker bij De Viersprong – een ggz-organisatie die is gespecialiseerd in persoonlijkheidsstoornissen en gedragsproblemen. “Laat ik de borderline persoonlijkheidsstoornis als voorbeeld nemen. Iemand krijgt deze diagnose als diegene voldoet aan minimaal vijf van de negen kenmerken.”

HET HUIDIGE CLASSIFICATIEMODEL

Het huidige model kent volgens Laura een aantal tekortkomingen. “Er is een hoge mate van comorbiditeit: patiënten voldoen vaak aan de kenmerken van meer dan één persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast voldoen veel patiënten niet aan één specifiek type. De meest voorkomende stoornis is dan ook de ‘andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis’. Dit is in feite een restcategorie. Een niet zo informatieve diagnose dus. Bovendien is er veel variatie binnen elke diagnose: omdat je aan een bepaald aantal kenmerken moet voldoen, maar niet aan alle, zijn er veel verschillende varianten mogelijk. Als ik weer de borderline persoonlijkheidsstoornis als voorbeeld neem, zijn er maar liefst 256 verschillende combinaties van symptomen mogelijk. Zo kan het zijn dat een patiënt met deze stoornis maar op één kenmerk matcht met een

andere patiënt met dezelfde stoornis. Verder is de drempel voor het toekennen van een persoonlijkheidsstoornis arbitrair: er is weinig bewijs dat mensen die net niet aan het minimale aantal kenmerken voldoen en dus onder de drempel vallen, significant minder problemen ervaren dan mensen die wel de officiële diagnose krijgen. Tot slot blijkt de diagnose niet zo stabiel als je zou verwachten: mensen voldoen vaak na verloop van tijd niet meer aan de diagnose, terwijl de sociaal-maatschappelijke problemen er vaak nog zijn.”

HET ALTERNATIEVE MODEL

Het AMPD werkt heel anders. “In het alternatieve model wordt een persoonlijkheidsstoornis op twee manieren gedefinieerd: ten eerste op basis van beperkingen in het zelf en interpersoonlijk functioneren, oftewel persoonlijkheidsfunctioneren, en ten tweede op basis van één of meer pathologische persoonlijkheidstrekken”, legt Laura uit. “Het vernieuwende van dit model zit in de eerste definitie, die vat de kern van de persoonlijkheidsproblematiek samen. Alle mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben beperkingen op het gebied van het zelf en interpersoonlijk functioneren. Ze worstelen met hun identiteit: wie ben ik? En met hun zelfbeeld: ben ik de moeite waard? Ook vinden ze het vaak lastig hun emoties te reguleren, doelen te stellen en hun leven zinvol in te richten. Ze vinden het moeilijk relaties aan te gaan en te onderhouden en zich in anderen in te leven. Hoe deze beperkingen zich uiten, verschilt per type persoon. Daar komt de tweede definitie bij kijken, met vijf domeinen: negatieve affectiviteit, afstandelijkheid, ongeremdheid, antagonisme en psychoticisme. De ene persoon is geneigd om zich terug te trekken, terwijl de ander bijvoorbeeld veel meer is geneigd om de aanval in te zetten en vijandig te worden.”

“IK KAN ANDERE PRAKTIJKEN ZEKER AANRADEN OM MET HET AMPD TE GAAN WERKEN”

“HET HUIDIGE CLASSIFICATIE-SYSTEEM VOOR PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN KENT TEKORTKOMINGEN DIE HET AMPD OPHEFT”

DE VERSCHILLEN

Een groot verschil tussen de twee modellen is volgens Laura dat het AMPD dimensionaal is. “Je kunt gezond tot zeer extreem beperkt scoren op het persoonlijkheidsfunctioneren. Er is dus een ernstmaat toegevoegd. Daarnaast is het echt een verschuiving van puur een beschrijving van gedragskenmerken naar het meer in kaart brengen van de onderliggende kwetsbaarheid. Het huidige model beschrijft bijvoorbeeld als kenmerk van een borderline persoonlijkheidsstoornis: ‘krampachtige pogingen om feitelijke of vermeende verlating te voorkomen’. Daar scoort iemand op als diegene zich ook daadwerkelijk zo gedraagt. In het AMPD gaat het niet zozeer om de pogingen, maar meer om de onderliggende kwetsbaarheid op het gebied van intimiteit: je niet veilig voelen in intieme relaties en angst dat anderen je in de steek zullen laten. Dit kan gepaard gaan met bepaald gedrag, maar dat hoeft dus niet.”

HET ONDERZOEK

Laura onderzocht het alternatieve model in de klinische praktijk. Een behoorlijke verandering in werkwijze, want er waren nog geen instrumenten om het persoonlijkheidsfunctioneren in kaart te brengen. “Het toepassen van een ongestructureerd gesprek bleek niet betrouwbaar genoeg, dus werden twee instrumenten ontwikkeld. Het eerste is het Semi-gestructureerde Interview voor Persoonlijkheidsfunctioneren, STIP 5.1, ontwikkeld vanuit het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen in samenwerking met De Viersprong. Het tweede is de LPFS-BF 2.0 vragenlijst, dit staat voor *Level of Personality Functioning Scale Brief Form*. Een korte vragenlijst om de ernst van de beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren in kaart te brengen. Vervolgens hebben we een AMPD-intake ontwikkeld, die we beschreven aan de hand van een casus. Een belangrijk onderdeel van mijn proefschrift was ook het vergelijken van het huidige classificatiemodel met het AMPD, op een aantal facetten. Het is natuurlijk nodig dat een nieuw classificatiesysteem een verbetering is ten opzichte van het huidige systeem.”

DE RESULTATEN

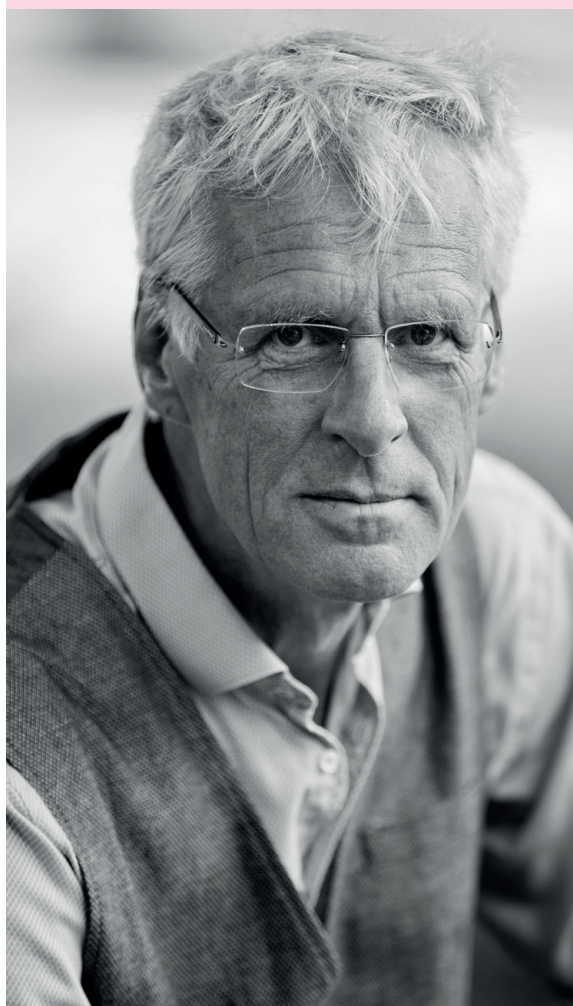
Uit het onderzoek blijkt dat het AMPD zeer zinvol is. “Het AMPD, en dan vooral het persoonlijkheidsfunctioneren,

lijkt gevoelig voor het vroegtijdig opsporen van persoonlijkheidsproblematiek”, geeft Laura aan. “Bij adolescenten en volwassenen zien we eerder signalen van persoonlijkheidsproblematiek dan met het huidige model. Een andere belangrijke bevinding is dat het AMPD beter voorspelt hoe mensen een jaar na de intake functioneren. Hoe ernstiger mensen beperkt waren in hun persoonlijkheidsfunctioneren, hoe meer klachten ze een jaar later hadden en hoe slechter ze in het algemeen functioneerden. Het huidige model voorspelde dit niet. Daarnaast bleek uit het onderzoek dat patiënten geen voorkeur hebben voor het huidige model of het AMPD – beide intakes werden als even bruikbaar gezien. De relatie met de intaker was voor hen doorslaggevend. Ondervraagde behandelaren gaven wel een voorkeur aan: zij maken liever gebruik van het AMPD-model. Behandelaren vinden deze werkwijze nuttiger voor de communicatie met de patiënt; zij leren zo hun persoonlijkheidsproblematiek beter begrijpen. Ook geeft het AMPD behandelaren handvatten voor de planning van de behandeling.”

AMPD IN DE PRAKTIJK

Ook Laura en haar collega's zijn enthousiast over het AMPD. Dit model wordt sinds kort standaard gebruikt binnen De Viersprong. “Het is echt een model met meerwaarde. Ik denk dat het beter past bij hoe we graag werken: kijken naar de hele patiënt en diens onderliggende patronen. Op dit moment zitten we in de implementatiefase: binnen De Viersprong zijn alle intakekokers getraind om met het nieuwe model te werken. Over een paar maanden gaan we evalueren hoe deze nieuwe manier van werken wordt ontvangen door de intakekokers en behandelafdelingen. De eerste signalen zijn positief. Er zijn verschillende vervolgonderzoeken gaande. We zijn bijvoorbeeld aan het onderzoeken of het persoonlijkheidsfunctioneren in de vroege adolescentie of vlak daarvoor al in kaart gebracht kan worden. We willen bekijken of persoonlijkheidsfunctioneren – of beperkingen daarin – voorspellend is voor de ontwikkeling van de adolescent, of dat iemand een volledige persoonlijkheidsstoornis ontwikkelt. Het zou mooi zijn als we op deze manier kinderen en jongeren met een hoog risico op het ontwikkelen van persoonlijkheidsproblematiek kunnen detecteren, zodat we vroeg kunnen ingrijpen en hopelijk het ontwikkelen van een persoonlijkheidsstoornis kunnen voorkomen. Ik kan het andere praktijken zeker aanraden om ook met AMPD te gaan werken. Het vergt een andere manier van denken, maar de overstap is in principe vrij snel te maken. Een intake training van twee dagen – met supervisie in de praktijk – is voldoende om ermee aan de slag te kunnen gaan.” 

Makkelijk praten



Michel Reinders is gedragstherapeut, klinisch psycholoog, supervisor en vertrouwenspersoon bij de VGCT.

Als psycholoog vind ik het eenvoudig om de vinger op de zere plek te leggen. Ik verbaas me erover hoe stug mensen vasthouden aan gedachten en gedrag dat hen niets oplevert, of hoe gemakkelijk zij zich in een doodlopende steeg wurmen. Voor anderen weet ik het altijd beter. Het is makkelijk praten.

Jaren geleden vond ik, met de bravoure van een beginnend psycholoog, dat ik erg goede adviezen gaf. Het leek me wijs om mijn eigen adviezen op te volgen. Praktiseer wat je preekt. Dat bleek ingewikkelder dan ik dacht. Aan alle kanten lonken doodlopende stegen. De poging mezelf bij te sturen, had een positief neveneffect. Ik kreeg veel waardering voor patiënten die zich in het zweet werkten om hun leven te verbeteren.

Om te praktiseren wat ik preek, stel ik me jaarlijks een doel ter verbetering van mezelf. Dit jaar heb ik me voorgenomen om mij niet langer te ergeren aan de organisatie van de ggz. Dat is lastig, want de dagelijkse realiteit is verbijsterend. Iedereen heeft de mond vol van 'meer handen aan het bed'. Automatiseren zou alles oplossen. Sinds de invoering van automatisering in de ggz zijn mijn handen gebonden: aan lijstjes, afvinkdingen of verplichte registraties. Daarom zie ik, sinds de invoering van de automatisering, minder patiënten dan voorheen. Dat soort 'ondersteunen' trekt vooral de handen weg van het bed. Als ik dit constateer, draaf ik een doodlopende steeg in en loopt de ergernis hoog op. Mijn bloeddruk stijgt en er komt een waas voor mijn ogen. Ik voel de onweerstaanbare neiging een ingezonden brief aan de krant te schrijven.

"Niet doen", zeg ik tegen mezelf. De enige die last heeft van ergernissen ben ik zelf. De wereld wordt er niet beter van. Ik weet het.

Mijn vrouw, ook psycholoog, zegt dat ik de brief in de prullenbak moet gooien. "Ga iets leuks doen met je tijd", zegt ze. "Iets waarvan je vrolijk wordt in plaats van chagrijnig." Haar advies schiet me in het verkeerde keelgat. Ik reageer korzelig. Natuurlijk weet ik dat. Dat hoeft ze me niet in te wrijven. Ze heeft makkelijk praten. **i**

Toegevoegde waarde cannabidiol bij angststoornissen



Psychotherapie en specifiek CGT is de voorkeursbehandeling bij angststoornissen. Helaas slaat bij veel patiënten de behandeling onvoldoende aan of is er terugval in klachten na een aanvankelijke verbetering. Behandelaars kijken dan ook reikhalzend uit naar ontwikkelingen die het behandelaanbod zouden kunnen versterken. Eerder dit jaar promoveerde Caroline Kwee op de toegevoegde waarde van cannabidiol (CBD) bij de behandeling van angststoornissen. Betekent haar onderzoek wellicht een stap vooruit?

CBD is een cannabinoïde die voorkomt in cannabis. Er is vrij veel onderzoek gedaan naar de werking van CBD bij dieren, maar over het effect bij mensen is eigenlijk nog weinig bekend. Caroline Kwee onderzocht daarom voor haar promotie twee dingen. Ten eerste voerde ze een meta-analyse uit naar de angstverminderende effecten van CBD om daarmee de therapeutische mogelijkheden te onderzoeken. Daarnaast wilde ze weten of de toevoeging van CBD aan exposure-behandeling van waarde kon zijn voor patiënten met een paniekstoornis met agorafobie of met een sociale angststoornis die onvoldoende van eerdere behandelingen hadden geprofiteerd.

Met de meta-analyse (honderdtwintig studies, waarvan het merendeel dieronderzoek) wilden Caroline en haar collega's onderzoeken of CBD inderdaad zo angstreducerend is als soms uit de literatuur naar voren komt. Wanneer je alle onderzoeksbevindingen bij elkaar neemt, zijn er aanwijzingen voor angstreductie door CBD (middelgrote tot grote effecten), maar de grootte van de effecten is in de loop der jaren kleiner geworden. Hoe verklaart Caroline dit? "We vermoeden diverse oorzaken. Het kan zijn dat er sprake is van bepaalde trends. Als het heersende idee is dat CBD dé methode is, dan is het waarschijnlijker dat dat soort studies een plek krijgt in de vaktijdschriften. Verder lijkt het ook zo te zijn dat de studies die gepubliceerd worden een overschatting geven van het daadwerkelijke effect. Daar vonden we wel aanwijzingen voor in deze meta-analyse. Mogelijk zijn ook de onderzoeksmethoden in de tussentijd gedegener geworden en worden de effecten die onderzoekers vinden daardoor kleiner."

DOSERING

In een ander systematisch literatuuronderzoek lag de focus op het gebruik van CBD in de klinische praktijk. Concreter gezegd: Caroline wilde achterhalen of er een

therapeutische range aan doseringen te vinden is waarbinnen je een angstverminderend effect kan verwachten. Het uitblijven van effect hoeft immers niet te betekenen dat CBD niet werkt, maar dat de dosering te laag of juist te hoog was. Hiervoor werden onderzoeken bij verschillende diersoorten (zoals ratten en muizen) en bij mensen geanalyseerd. "De verwachting was dat we een patroon zouden vinden waaruit een doseringsrange voor mensen te herleiden zou zijn." Tot Carolines spijt is het echter niet gelukt om daar helderheid over te krijgen. "De zeer diverse manieren die onderzoekers toepassen om CBD toe te dienen en om angstreacties te onderzoeken, maken de voorspelling van een optimale doseringsrange in mensen ingewikkeld. In mensen werd een beperkte range aan doseringen onderzocht, zodat niet bekend is wat er gebeurt als je hoger gaat doseren." Volgens Caroline zijn er meer studies nodig die zowel wat er gebeurt met CBD in het lichaam, als de mogelijk angstverminderende effecten van de stof meten. "Dit zou de vertaalslag van preklinisch onderzoek naar mogelijke klinische toepassingen bevorderen."

FEAR EXTINCTION

Voor haar promotie deed Caroline ook onderzoek naar de toevoeging van CBD aan exposuretherapie. CBD zou mogelijk *fear extinction*, oftewel angstuitdoving, kunnen bevorderen. Dat is een leerfase die terugkomt in een experimenteel model: in eerste instantie is tijdens

“WE ONDERZOCHTEN AUGMENTATIE VAN EXPOSURETHERAPIE DOOR CBD”

“CBD ZORGT NIET VOOR EEN HIGH EN ER ZIJN GEEN SERIEUZE NADELIGE EFFECTEN”

angstconditionering angst aangeleerd, maar hopelijk wordt die tijdens de fase van angstuitdoving ook weer afgeleerd. Dat model wordt getest bij mensen en dieren. Onderzoek bij onder andere muizen toont aan dat als cannabidoïdereceptoren onwerkzaam worden gemaakt, die muizen vervolgens een beperkte angstuitdoving laten zien.

De gedachte van Caroline en haar collega's was om, als het niet-werkzaam maken van die cannabidoïdereceptoren angstuitdoving verhindert, die receptoren te stimuleren (bijvoorbeeld door toediening van CBD) om zodoende wellicht de angstuitdoving te versterken. Dit zou onder meer behulpzaam kunnen zijn bij exposure. “Men veronderstelt dat tijdens exposure dezelfde vorm van inhibitie plaatsvindt als bij angstuitdoving in een angstconditioneringstaak, waardoor angstvermindering kan plaatsvinden. Het idee was dat het leren tijdens exposuretherapie bevordert zou worden door toediening van CBD voorafgaand aan de behandeling.”

Een RCT werd opgezet met tachtig proefpersonen, waarbij een deel van de groep gedurende acht weken eenmaal per week CBD kreeg toegediend voorafgaand aan de exposurebehandeling, en de andere groep een placebo. Opvallend genoeg leken de mensen in de placeboconditie op het gebied van angstklachten méér te verbeteren dan de CBD-groep. Caroline nuanceert dit beeld: “De hoofdanalyses lieten zien dat er geen significant verschil tussen de twee groepen was. Sommige secundaire analyses lieten dit wel zien – ook hier ging het om een beter effect van

Dr. Caroline Kwee is gepromoveerd aan de Universiteit Utrecht op de thesis *Ignorance is not all bliss: Investigating the added benefit of cannabidiol in anxiety disorder treatment*. Promotoren zijn Joke Baas, Danielle Cath en Ton van Balkom. De copromotoren zijn Neeltje Batelaan en Lucianne Groenink. Patiënten en behandelaren van het Altrecht Academisch Angstcentrum, GGZ inGeest en GGZ Drenthe/ Universitair Centrum Psychiatrie werkten aan het onderzoek mee, dat door ZonMw en de Hersenstichting werd gesubsidieerd. Momenteel werkt Caroline als psycholoog bij het Altrecht Academisch Angstcentrum en stimuleert ze met haar bedrijf ‘de Lopers van Lunetten’ bewegen bij psychische klachten.



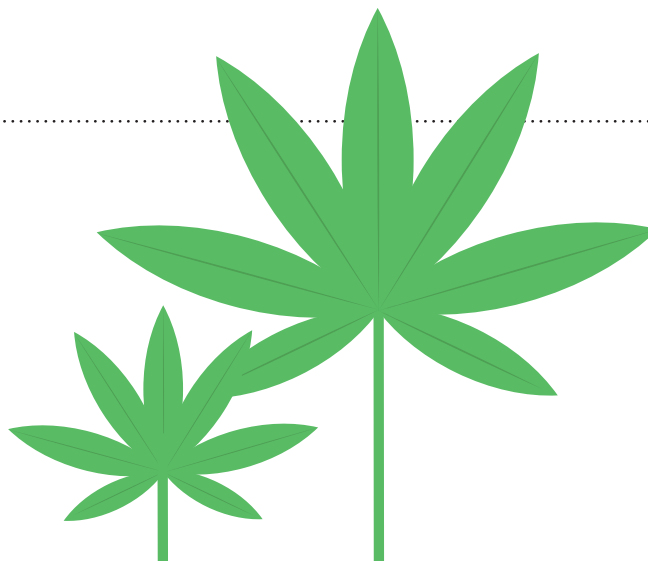
Dr. Caroline Kwee

exposurebehandeling in de placebogroep in vergelijking met de CBD-groep. We hebben bijvoorbeeld stoornis-specifieke uitkomstmaten afgenomen, speciaal voor sociale angst en paniekstoornis met agorafobie, in patiënten die de behandeling geheel volgens het studieprotocol doorliepen. Die groepen zijn echter wel veel kleiner dan bij de hoofdanalyses. Je kunt geen stevige conclusies trekken. In ieder geval verbeterde CBD, in vergelijking met de placebo, in onze onderzoeksopzet de behandeluitkomsten niet.”

Naast de al eerder genoemde onduidelijkheid over de doseringsrange, speelt mogelijk ook het aantal toedieningen een rol. In het onderzoek van Caroline kreeg men eenmaal per week CBD toegediend. De vraag is of dat voldoende is voor extra stimulans van de anandamidelevels (zie kader rechts op pagina 17). Niettemin is verder onderzoek naar CBD zinvol. Caroline stelt: “In onze meta-analyse hebben we ook gekeken naar verschillen in effect bij dieren, wat betreft toediening op verschillende momenten van zo'n angstconditioneringstaak, dus of er op verschillende momenten van toediening al dan niet effect zou optreden. Daar vinden we geen verschil in. Wat die meta-analyse echter wél liet zien, is dat als dieren blootgesteld zijn aan een stressor of verschillende stresserende omstandigheden en daarna meer defensief gedrag gaan vertonen, toediening van CBD op die dieren een sterker effect heeft dan op dieren waarbij dat allemaal niet is gebeurd. De grote vraag is natuurlijk hoe zich dat dan naar de klinische praktijk vertaalt.”

ANGSTCONDITIONERINGSTAAK

Caroline en haar collega's onderzochten ook of aan de hand van reacties op een angstconditioneringstaak die werd afgenomen voorafgaand aan de behandeling, de behandeluitkomst te voorspellen zou zijn. Dit gebeurde



ook weer bij patiënten met angststoornissen of angstgerelateerde stoornissen als posttraumatische stressstoornis (PTSS). Eerder onderzoek van Puck Duits was hierbij leidend¹. Dat onderzoek liet namelijk wel wat aanwijzingen zien voor een verband tussen beperkingen in het leren wat veilig is tijdens angstconditionering en angstitdoving tijdens de angstconditioneringstaak en een slechtere behandeluitkomst. Aangezien de groepen die met elkaar werden vergeleken erg klein waren, werd met Bayesiaanse statistiek het onderzoek nogmaals uitgevoerd én werd geprobeerd om de bevindingen te repliceren in een onafhankelijke steekproef. “Onze bevindingen sluiten een eenduidige conclusie uit”, aldus Caroline. “Er was enerzijds ondersteuning in de data voor de nulhypothese, dus dat het voor de behandeluitkomst niet uitmaakt wat mensen op die angstconditioneringstaak doen. Anderzijds ondersteunden de data ook de verwachting dat patiënten met meer beperkingen in het leren wat veilig is tijdens de angstconditioneringstaak ook slechtere behandeluitkomsten hebben. Eigenlijk impliceert dit dat we toch grotere steekproeven nodig hebben om meer duidelijkheid te krijgen.”

VERTALING NAAR DE PRAKTIJK


Er zijn nog te veel vragen onbeantwoord om te kunnen voorspellen of CBD in de toekomst ingezet gaat worden bij de behandeling van angststoornissen. Hoe vaak en in welke dosering dien je het precies toe? Voor wie is het effectief en voor wie niet? “Het effect van het van buitenaf beïnvloeden van lichaamseigen cannabinoïden heeft een zekere mate van onvoorspelbaarheid aangezien het nou eenmaal om mensen gaat. Het endocannabinoïdesysteem heeft bijvoorbeeld een belangrijke rol in onze reactie op stress. De mate van blootstelling aan stressoren zal van persoon tot persoon verschillen, net als de reactie op stress én dus ook wat voor effect een stof als CBD heeft. Dus ik denk dat het nog veel onderzoek vergt voordat je een toepassing hebt die doet wat je ervan verwacht.”

Betekent dit dat de behandelaar in de praktijk eigenlijk niets wijzer is geworden? Caroline stelt dat er met haar promotieonderzoek wel degelijk mooie stappen zijn gezet naar mogelijke therapeutische toepassingen van CBD. “In de literatuur ontbreken op dit moment voldoende

Anandamide, CBD en THC

Anandamide is een lichaamseigen stof die in de hersenen aan de cannabinoïdereceptoren bindt. Het endocannabinoïdesysteem, waar de cannabinoïdereceptoren deel van uitmaken, speelt onder andere een rol bij pijn, het verwerken van emoties, geheugen, vruchtbaarheid en het hongergevoel. CBD remt de enzymen die voor de afbraak van anandamide zorgen en verhoogt daarmee indirect de hoeveelheid aanwezige anandamide. THC, het psychoactieve ingrediënt in cannabis, bindt net als anandamide aan de cannabinoïdereceptoren en is verantwoordelijk voor de ‘high’ die gebruikers voelen.

Op de vraag waarom Caroline ervoor heeft gekozen om CBD te bestuderen en niet tetrahydrocannabinol (THC), antwoordt zij: “THC en CBD zijn inderdaad allebei bestanddelen van cannabis. THC is de stof die ervoor zorgt dat je high wordt. In hoge doseringen kun je zelfs angstig worden door THC. Het veroorzaakt een verhoogde hartslag en ook op lange termijn zijn nadelige effecten bekend. Dat is niet het geval bij CBD. Dat zorgt niet voor een high en er zijn geen serieuze nadelige effecten bij de doseringen die wij onderzochten. Dat maakt CBD dus veel geschikter voor een mogelijke klinische toepassing.”

aanwijzingen om CBD aan te raden voor het behandelen van angststoornissen. De toepassing die wij onderzochten, 300 mg CBD wekelijks voorafgaand aan exposure-behandeling bij sociale angst en paniekstoornis en agorafobie, leidde in ieder geval niet tot betere behandelresultaten in vergelijking met de placebo. Het is goed als een behandelaar deze kennis heeft en niet afgaat op ongefundeerde claims over CBD. Tegelijkertijd is het een feit dat veel mensen CBD gebruiken. Dat alleen al maakt het de moeite waard om de werking ervan verder te onderzoeken. Naast onderzoek naar CBD zijn er tegenwoordig ook onderzoeken bij mensen die zich richten op andere stoffen die (zeer gericht) anandamide verhogen – stoffen die voorheen alleen bij dieren werden onderzocht. Maar nogmaals, het onderzoek bij mensen staat nog in de kinderschoenen en voorzichtigheid is geboden, zoals bij alle medicatie.” 

Bron

1. Duits, P., Baas, J.M.P., Engelhard, I.M. et al (2021). Latent class growth analyses reveal overrepresentation of dysfunctional fear conditioning trajectories in patients with anxiety-related disorders compared to controls. *J Anxiety Disord.*78,102361.

N=1

Wie de opleiding tot cgt'er volgt, bewijst zijn of haar bekwaamheid onder meer met een N=1. In deze rubriek blikt een cgt'er terug op de eigen bekwaamheidsproef.

Miriam van Pelt

Functie:

Klinisch psycholoog

Werk:

Miriam werkt sinds 2010 als klinisch psycholoog bij het Catharina Ziekenhuis in de afdeling Medische Psychologie Kind & Jeugd. Daar voerde ze ook haar N=1 uit en rondde ze – na eerdere opleidingen tot gz-psycholoog en klinisch psycholoog – begin 2024 ook haar opleiding tot cognitief gedragstherapeut af.

Vermoeidheid onder controle

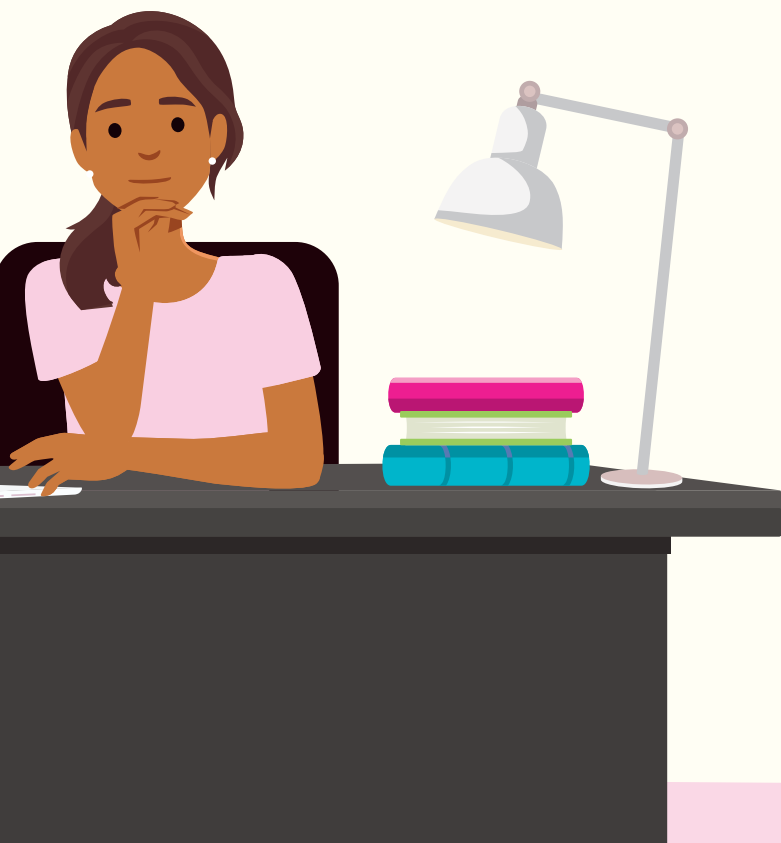
De 17-jarige Kim (gefingeerde naam) kampt met de gevolgen van *Inflammatory Bowel Disease (IBD)*, een chronische aandoening die haar gezondheid en dagelijks functioneren beïnvloedt. Ze ervaart extreme vermoeidheid, wat vaker voorkomt bij jongeren met IBD. Dit bemoeilijkt haar dagelijkse activiteiten en veroorzaakt extra stress in de aanloop naar haar eindexamen. Omdat Kim hulp nodig heeft bij het managen van haar energieniveau om haar examenjaar succesvol af te ronden, verwijst haar kinderarts haar naar Miriam.

VERMOEIDHEID EN PERFECTIONISME

Hoewel de ziekte zelf in remissie is, blijft haar vermoeidheid een groot obstakel. Het lukt Kim echter niet om de eisen die ze aan zichzelf stelt aan te passen aan de beperkte energie die ze heeft. Mede door haar voorgeschiedenis als 'modelleerling' uit een gezin met een niet-westerse migratieachtergrond is haar zelfwaardering in hoge mate afhankelijk geworden van haar inzet voor school. Ze negeert signalen van vermoeidheid en als dat niet meer lukt heeft ze veel last van zelfkritiek, piekeren en gaat ze nóg meer plannings maken.

CGT MET FOCUS OP PERFECTIONISME

Miriam past het behandelprotocol voor klinisch perfectionisme toe, zoals beschreven door Van Beveren en Van Malderen. Dit protocol omvat cognitief gedragstherapeutische interventies zoals psycho-educatie, gedragsmanagement, exposure en cognitieve herstructurering. Het eerste onderdeel van de behandeling is psycho-educatie, waarbij Kim leert dat te veel inspanning juist averechts kan werken. Ze monitort haar gedrag en neemt met steun van haar ouders vaste pauzes. Hierdoor neemt de angst om rust te



nemen langzaam af. Voor Kim, die gewend is om door te werken ongeacht haar vermoeidheid, is dit een grote verandering. Het geeft haar voor het eerst de ruimte om zich bewust te worden van hoe streng ze voor zichzelf is en om te werken aan haar zelfwaardering.

SPONTAAN GEDRAGSEXPERIMENT

Halverwege de behandeling vindt een spontaan gedrags-experiment plaats, grotendeels dankzij de steun van Kims medestudenten. Tijdens het online studeren met vrienden merkt Kim dat zij veel vaker en langer pauze nemen dan zij gewend is. Tijdens deze pauzes heeft ze het zo naar haar zin dat zelfkritiek en stress tijdens de pauzes snel afnemen. Ook wordt er in de groep veel openlijker gesproken over prestatiedruk. Doordat ze perfectionistische denkfouten bij haar vrienden wél kan zien, komt cognitieve herstructurering meer binnen handbereik.

ZELFWAARDERING


In de volgende fase van de behandeling ligt de focus op het versterken van Kims zelfwaardering. Door middel van socratische dialoog, het leren ontdekken van denkfouten en meerdimensionaal evalueren, begint ze te begrijpen dat ze meer is dan haar studieresultaten en dat zij net zo veel recht

Terugblik

Miriam: “Ik kijk met trots terug op deze casus. Het klinisch perfectionisme als uitgangspunt nemen was een goede keuze, omdat het nauw verweven was met Kims vermoeidheidsklachten en haar behoefte om voortdurend te blijven presteren. Het was belangrijk om eerst aan te sluiten bij haar concrete hulpvraag – hoe kan ik genoeg energie vinden om mijn eindexamen te halen? – en van daaruit de focus langzaam te verbreden naar haar zelfwaardering. Door op deze manier stap voor stap te werken, bleef Kim gemotiveerd en konden we de behandeling succesvol afronden. Wat ik achteraf misschien anders had willen doen, is meer gebruikmaken van de therapeutische relatie om haar te laten zien dat ze niet altijd perfect hoeft te zijn, zelfs niet in therapie. Het was een harmonieuze, hardwerkende relatie, maar als ik daar iets meer frictie had gecreëerd, had ik haar nog beter kunnen laten groeien in haar acceptatie dat ze waardevol is, ook als niet alles altijd perfect verloopt. Ondanks dat, ben ik heel blij met het resultaat: Kim leerde zichzelf te waarderen, mede dankzij de steun van haar ouders en vrienden. Dit heeft me ook weer laten zien hoe krachtig het is om nieuw gedrag in een natuurlijke, sociale setting te bekrachtigen. De positieve invloed van de mensen om je heen kan echt enorm zijn, en dat was in deze casus heel duidelijk zichtbaar.”

heeft op goede zelfzorg als ieder ander. Kim leert niet alleen hoe ze haar vermoeidheid beter kan managen, maar ook om milder te zijn voor zichzelf. Ze ontwikkelt meer zelfcompassie en leert om haar prestaties niet meer te zien als de enige maatstaf voor haar eigenwaarde.

TERUGVALPREVENTIE

Kim slaagt met een realistische inzet voor haar eindexamen en zet haar nieuwe vaardigheden voort tijdens haar eerste jaar op haar vervolgopleiding. Ze integreert zelfzorg in haar dagelijkse leven, met voldoende tijd voor ontspanning, koken en sociale activiteiten. In de laatste fase van de behandeling wordt ook een terugvalpreventieplan opgesteld, waarin Kim leert haar gezonde copingmechanismen vast te houden, zelfs in stressvolle tijden zoals een examenperiode. 

De VGct geeft niet alleen het *VGct magazine* uit, maar is ook betrokken bij het *Tijdschrift voor gedragstherapie & cognitieve therapie*. In dit wetenschappelijke tijdschrift vinden cgt'ers en cgw'ers wetenschappelijk onderzoek, theoretische artikelen, literatuuroverzichten, casestudies en boekbesprekingen op het gebied van cognitieve gedragstherapie. In het *VGct magazine* is een van de nieuwe artikelen uit het *Tijdschrift voor gedragstherapie* toegankelijk samengevat, met aandacht voor de betekenis voor de praktijk.



‘HET HEEFT WEL DEGELIJK ZIN’

Aanpak van demoralisatie bij verslavingsbehandeling

“Het is als trekken aan een dood paard.” Zo omschrijft Marjolein Morselt van Tongeren het gevoel dat je als behandelaar kan hebben als je een cliënt behandelt die demoraliseert. Je ziet misschien op tegen afspraken met die bewuste cliënt en helpt liever mensen die wél gemotiveerd zijn – een bekende en onnodige valkuil. Want, vindt Marjolein, als je bij deze mensen de juiste snaar weet te raken, verbeteren behandelresultaten zichtbaar en kunnen deze sessies juist veel voldoening geven.

Marjolein begon als verpleegkundige in de verslavingszorg en kwam daar voor het eerst in aanraking met een gedemoraliseerde cliënt. Ze herkende het niet direct: in de tijd dat ze studeerde, kwam psychiatrie – laat staan demoralisatie – vrijwel niet aan bod in de opleiding tot verpleegkundige en bovendien staat demoralisatie niet in de DSM. “Het kan op een depressie lijken, dus dat is ook waar ik de wanhoop en het keer op keer terugvallen mee associeerde. Tegelijkertijd waren er lichtpuntjes van hoop en positieve gevoelens, wat maakte dat ik verder zocht.” Marjolein legt uit dat die lichtpuntjes, het vermogen om nog plezier te beleven aan dingen die de cliënt leuk vindt, misschien wel het grootste verschil zijn met een depressie. “Bij een depressie beleeft iemand nergens meer plezier aan en is er weinig energie om iets te ondernemen, wat vaak leidt tot een overheersende negatieve stemming. Bij demoralisatie wíl iemand wel, maar weet de cliënt gewoonweg niet hóé. Dit verlangen om dingen te verbeteren, maar het onvermogen om stappen te zetten, zorgt vaak voor een gevoel van machteloosheid en frustratie bij de cliënt, waardoor die zich gevangen voelt in de situatie.”

VERLIES VAN PERSPECTIEF

Hoewel Marjolein als strateeg kwaliteit en veiligheid niet langer zelf cliënten behandelt, ligt het demoralisatie-onderwerp haar nog steeds na aan het hart. Desgevraagd schrijft ze er artikelen over, zoals onlangs in het Tijdschrift voor Gedragstherapie. Daarin omschrijft ze demoralisatie als een gemoedstoestand

“BIJ DEMORALISATIE WÍL IEMAND WEL, MAAR WEET DE CLIËNT GEWOONWEG NIET HÓÉ”

Demoralisatie

Demoralisatie wordt gekenmerkt door hopeloosheid, hulpeloosheid, wanhoop en isolement¹. Volgens Marjolein Morselt van Tongeren gaat daar eigenlijk altijd een stressvolle gebeurtenis, die de toekomst onzeker maakt, aan vooraf. Het komt veel voor bij middelengebruik en levensbedreigende ziekten, maar het kan ook voorkomen bij andere medische, psychiatrische en niet-klinische settings, zoals de palliatieve zorg. Demoralisatie kan lijken op een depressie, maar is wezenlijk anders en dient ook apart behandeld te worden. In het artikel lees je wat de verschillen zijn en hoe de behandeling eruitziet.

van hulpeloosheid, wanhoop, en een gebrek aan betekenis en richting in het leven¹. Verlies van perspectief, ofwel het onvermogen om een positieve toekomst of verbetering van de huidige situatie te zien, maakt daar integraal deel van uit. Dit kan een belangrijke voorspeller zijn van suïcidale gedachten². Voor mensen die vastzitten in deze emotionele toestand kan het gebrek aan perspectief en steun hen uiteindelijk doen geloven dat er geen uitweg meer is³.

VERSLAVING

Demoralisatie kan worden beïnvloed door herhaalde tegenslagen, stressvolle gebeurtenissen en gebrek aan zelfvertrouwen. Patiënten met een stoornis in middelengebruik lopen een verhoogd risico^{4,5}. Vaak hebben zij moeite met het omgaan met stressvolle gebeurtenissen of met het nastreven van levensdoelen^{6,7}. Veel patiënten krijgen daardoor een hopeloos en hulpeloos gevoel over hun toekomst en hun vooruitzichten. Deze psychologische aspecten van verslaving zijn nauw verbonden met de kenmerken van demoralisatie^{5,8}. ➔

GEEN ONWIL

De wanhoop die een gedemoraliseerde cliënt voelt, kan de behandeling lastig maken. Tenzij een behandeling wordt ingezet die zich specifiek richt op de demoralisatie. Volgens Marjolein verbeteren daarvoor de behandeluitkomsten. Ze zegt: “Een sterke motivatie of een duidelijk doel is niet altijd nodig om behandeling bij demoralisatie te starten, maar het is wel belangrijk dat iemand ontevreden is over de situatie waarin hij zit.” In de behandelkamer kan het voor de behandelaar voelen als een passieve cliënt die niets lijkt te willen. Volgens Marjolein is het echter belangrijk om te begrijpen dat het hier vaak gaat om gedemoraliseerde cliënten die zich machteloos voelen en weinig vertrouwen hebben in het behandelproces of in de zorgverlener. “Het gaat hier niet om een gebrek aan wilskracht, maar eerder om een diepe ontmoediging”, legt ze uit. “Veel gedemoraliseerde cliënten dragen gevoelens van schaamte, angst en schuld met zich mee.”

Als voorbeeld noemt Marjolein een cliënt die vaak terugviel in alcoholgebruik en tegen haar zei: “Waarom zou ik stoppen? Het loopt toch altijd mis, en niemand gelooft echt dat ik het kan.” Dit soort uitspraken weerspiegelden volgens haar hoe diep het gevoel van machteloosheid kan zitten, wat een barrière vormt voor vertrouwen in het behandelproces. Een andere cliënt die zij begeleidde was tijdens gesprekken extreem terughoudend en vermeed contact uit angst om fouten te maken – een reactie die vaak voortkwam uit schaamte voor eerdere mislukkingen.

Marjolein benadrukt dat gedemoraliseerde cliënten vaak hun negatieve gevoelens projecteren op zorgverleners. “Dat negatieve gevoel kan je als behandelaar overnemen: alleen al denken aan die cliënt geeft dan een zwaar gevoel.” Dat kan onbedoeld een negatieve invloed hebben op de behandeling. In het ergste geval leidt het ertoe dat de zorgverlener interactie met de cliënt vermijdt en dat de cliënt niet de hulp krijgt die hij nodig heeft. “Een menselijke reactie als je het gevoel hebt dat je cliënt niets wil – er zijn immers ook cliënten die gemotiveerd zijn om aan hun herstel te werken. Het gevaar is dat je afstand neemt, terwijl je cliënt juist hulp nodig heeft om destructief gedrag – zoals terugval in drugsgebruik en suïcidaal gedrag – te verminderen.”

ERNAAST GAAN STAAN

De sleutel zit hem in het tijdig herkennen van demoralisatie – daarvoor is de Demoralisatieschaal, daarover later meer – zodat de relatie kan worden

“HET GEVAAR IS DAT JE AFSTAND NEEMT, TERWIJL JE CLIËNT JUIST HULP NODIG HEEFT”

verbeterd en het vertrouwen in de behandeling kan worden vergroot. Marjolein benadrukt het belang van een houding waarin de behandelaar naast de cliënt staat. “Het is ontzettend belangrijk dat de cliënt zich gehoord en begrepen voelt. Door een veilige omgeving te creëren waarin open communicatie mogelijk is, kunnen behandelaren cliënten helpen om hun gevoelens van hulpeloosheid, schaamte en schuld te delen. Zo kan een cliënt bijvoorbeeld uiten: ‘Ik kan het toch niet, dus waarom zou ik het proberen?’ of ‘Iedereen verwacht dat ik faal, en daar hebben ze vast gelijk in.’ Deze negatieve gedachten versterken het gevoel van machteloosheid en ontmoediging.”

“Een empathische houding, gecombineerd met het vermijden van druk, is belangrijk om te voorkomen dat cliënten zich tekortgedaan voelen of ontmoedigd raken. Te veel druk kan daarentegen het gevoel versterken dat de cliënt niet voldoet aan de verwachtingen van zichzelf of van anderen en daarmee de demoralisatie verergeren. Een cliënt die bijvoorbeeld vertelt: ‘Ik heb het eerder geprobeerd en ben toch weer teruggevallen’, kan zich door subtiele ondersteuning en kleine successen gesterkt voelen.”

Het stellen van kleine, haalbare doelen werkt goed. Marjolein: “Ondersteun je cliënt bij het zetten van kleine stappen, zodat een cliënt die na een mislukte poging met de opmerking ‘Ik kan dit niet, ik stel alleen maar teleur’ toch de motivatie terugvindt om opnieuw een stap te zetten. Ga met je cliënt op zoek naar activiteiten die diegene plezier geven en help hem om zo’n activiteit te ondernemen, bijvoorbeeld door een oude hobby opnieuw op te pakken, zoals schilderen of muziek luisteren. Sta erbij stil als het lukt en vier successen, hoe klein ze ook zijn. Door positieve momenten uit te lichten en mislukkingen eerder toe te schrijven aan externe factoren dan aan de cliënt zelf, voorkomt de behandelaar dat gevoelens van schuld en tekortschieten de overhand nemen. Elke kleine stap voorwaarts kan het zelfvertrouwen versterken en de cliënt motiveren om door te gaan met de behandeling.”

GEDACHTEN OMBUIGEN

De behandeling van demoralisatie richt zich op het verbeteren van copingstrategieën, het terugvinden

van betekenis in het leven en het verminderen van gevoelens van hulpeloos- en zinloosheid. Er wordt veelal gebruikgemaakt van CGT. “CGT is effectief, omdat het zich richt op het identificeren en veranderen van negatieve gedachten en gevoelens van hulpeloosheid.” Marjolein herinnert zich een cliënt die bij tegenslagen direct dacht: zie je wel, het mislukt toch altijd, wat leidde tot een neerwaartse spiraal van moedeloosheid. “Door CGT leerde hij deze gedachte te vervangen door een meer constructieve interpretatie, zoals: dit is moeilijk, maar ik heb eerder dingen overwonnen en kan dat nu ook weer proberen. CGT helpt destructieve denkpatronen te herkennen en te veranderen, zodat de cliënt weer grip krijgt op zijn leven. Voor een cliënt die bij elke tegenslag naar middelen greep, bood CGT hem de kans om alternatieven te vinden voor deze destructieve copingmechanismen. Hij oefende met het inzetten van alternatieven, zoals het bellen van familie bij moeilijke momenten als vervanging voor zijn eerdere strategie om met stress om te gaan.”

DEMORALISATIE HERKENNEN

Demoralisatie is afhankelijk van contextuele invloeden. Denk aan persoonlijke omstandigheden, werkdruk, sociale steun en zelfs fysieke gezondheid. Tijdelijke verbeteringen, zoals positieve feedback kunnen de demoralisatie verminderen, terwijl die ook snel kan verergeren door tegenslagen. Dat zorgt ervoor dat demoralisatie van dag tot dag – zelfs van uur tot uur – kan fluctueren. Daardoor kan het lastig zijn om demoralisatie te herkennen, terwijl dat juist zo belangrijk is. In haar artikel pleit Marjolein er daarom voor dat behandelaren gevalideerde zelfrapportage-instrumenten gebruiken, zoals de Demoralisatieschaal (DS)⁹. De Demoralisatieschaal bestaat uit 16 (DS II, de korte variant) of uit 24 vragen (DS I) die meten op vijf factoren: 1) verlies van betekenis en doel, 2) dysforie, 3) ontmoediging, 4) hulpeloosheid en 5) gevoel van falen. Cliënten geven aan hoe vaak ze deze gevoelens hadden in de afgelopen twee weken. Bij wie hoog scoort, is sprake van demoralisatie.

MINIMALE TIJDSINVESTERING

Volgens Marjolein levert het afnemen van de Demoralisatieschaal niet veel extra werk op. “De vragen kunnen eenvoudig worden toegevoegd aan bestaande vragenlijsten en screeningsmethoden. Denk aan ROM, DAS of screeningsinstrumenten die suiciderisico uitvragen. Je zou ervoor kunnen kiezen om dit alleen te doen bij groepen waarvan we weten dat ze een grotere kans hebben om te demoraliseren, zoals cliënten met een verslaving of die ernstig ziek zijn, en bij mensen die signalen vertonen van de vijf factoren

waarop de Demoralisatieschaal toetst.” Het klinische oordeel van zorgverleners is dus nodig en daarom is kennis van wat demoralisatie is en hoe je het kan herkennen belangrijk. Marjolein wil benadrukken dat demoralisatie niet alleen voorkomt bij middelengebruik en levensbedreigende ziekten, maar ook bij verschillende medische, psychiatrische en niet-klinische settings, zoals in de palliatieve zorg. “Als meer zorgverleners zich erin verdiepen, kunnen we behandeluitkomsten – en in het geval van palliatieve zorg de kwaliteit van leven – verbeteren. Een protocol voor depressie volstaat niet: demoralisatie is echt iets heel anders en vraagt dus om een andere aanpak.”¹⁰

“DEMORALISATIE KOMT NIET ALLÉÉN VOOR BIJ MIDDELENGEBRUIK EN LEVENSBEDREIGENDE ZIEKTEN”

Bronnen

1. Kissane, D.W., Wein, S., Love, A., Lee, X.Q., Kee, P.L., & Clarke, D.M. (2004). The Demoralization Scale: a Report of Its Development and Preliminary Validation. *Journal of Palliative Care*, 20(4), 269-276.
2. Adler A., Bush A., Barg F. K., Weissinger G., Beck A. T., Brown G. K. (2016). A Mixed Methods Approach to Identify Cognitive Warning Signs for Suicide Attempts. *Arch Suicide Res*, 20(4), 528-538. doi: 10.1080/13811118.2015.1136717
3. Stoffer, R. Demoralisatie en de mislukte missie. In de voetsporen van Jerome D. Frank. *PSIE* 27, 161-168 (2001). <https://doi.org/10.1007/BF03061952>
4. Robinson, S., Kissane, D. W., Brooker, J., Michael, N., Fischer, J., Franco, M., ... & Burney, S. (2016). Refinement and revalidation of the demoralization scale: the DS-II—internal validity. *Cancer*, 122(14), 2251-2259.
5. van Tongeren, M. J., Markus, W., Stringer, B., de Man, J. M., de Jong, C. A. J., & van Meijel, B. (2022). Clinical judgement versus self-rating of demoralization in outpatients with a substance-use disorder: A cross-sectional study. *Perspect Psychiatr Care*, 58(3), 1138-1143. doi:10.1111/ppc.12912.
6. Fenley, J. M., & Williams, J. E. (1991). A comparison of perceived self among drug addicts and nonaddicts. *International journal of the addictions*, 26(9), 973-979.
7. Koob GF, Sanna PP, Bloom FE. Neuroscience of addiction. *Neuron*. 1998 Sep;21(3):467-76. doi: 10.1016/s0896-6273(00)80557-7. PMID: 9768834.
8. De Weert GH, Markus W, Kissane DW, De Jong CAJ. Demoralization in Patients With Substance Use and Co-Occurring Psychiatric Disorders. *J Dual Diagn*. 2017 Apr-Jun;13(2):136-143. doi: 10.1080/15504263.2017.1287457. Epub 2017 Jan 27. PMID: 28129100.
9. DeJong, C.A.J., Kissane, D.W., Geessink, R.J., & VanderVelden, D. (2008). Demoralization in Opioid Dependent Patients: A Comparative Study with Cancer Patients and Community Subjects. *The Open Addiction Journal*, 1, 7-9.

BRUGGENBOUWERS

Werken in de praktijk sluit wetenschappelijk onderzoek niet uit. Dat bewijzen *scientist-practitioners* in 'Bruggenbouwers'. Hoe combineren ze de wetenschap met de praktijk en wat levert die combinatie op?



“We hebben met elkaar een onderzoeksklimaat gecreëerd”

Linda Willems vindt continu verbeteren belangrijk. Daar is wetenschappelijk onderzoek volgens haar onmisbaar voor. Hoewel ze zelf recent een wetenschappelijk artikel heeft gepubliceerd, zou ze zichzelf geen onderzoeker noemen. Wel faciliteert ze als Manager Behandelen haar collega's in het doen van – of meewerken aan – onderzoek.

JE BENT BEHANDELAAR ÉN MANAGER. HOE COMBINEER JE JOUW ROLLEN?

“Als manager ben ik het eerste aanspreekpunt voor behandelaren en denk ik mee over beleid en de praktische uitvoerbaarheid daarvan. De afgelopen jaren was een belangrijk gespreksonderwerp hoe we onderzoek duurzaam integreren in onze TOPGGz-afdeling. In het kader van mijn opleiding tot klinisch psycholoog heb ik zelf wetenschappelijk onderzoek gedaan en ervaren

wat er nodig is om dit te kunnen doen. Ik benader beleid dus vanuit drie perspectieven: die van behandelaar, onderzoeker en manager. Mijn twee rollen lopen door elkaar heen: zo kan ik zoveel mogelijk beschikbaar zijn voor de teamleden en een rolmodel voor hen zijn, bijvoorbeeld door tijdens multidisciplinaire overleggen te benadrukken wat ik inhoudelijk belangrijk vind. Deze werkwijze is alleen mogelijk dankzij een secretaresse die precies weet wat ik nodig

“ONDERZOEK VRAAGT VEEL VAN BEHANDELAREN, GELUKKIG STAAT ER OOK VEEL TEGENOVER”

heb om mijn taken te combineren en door met haar af te stemmen welke managementafspraken en welke klinische afspraken prioriteit hebben.”

WAAROM IS ONDERZOEK ONMISBAAR?

“Ik vind het belangrijk dat behandelaren nieuwsgierig blijven en zich afvragen of wat zij wanneer doen en met welke frequentie, ook écht effect heeft. Die brug – tussen wat doen we en wat is bewezen effectief – mist soms. Behandelaren handelen dan op basis van gevoel en opgedane ervaring. Aan de andere kant weten wetenschappers vanuit hun laboratorium niet altijd hoe het er in de praktijk aan toe gaat. Dus dat gat dichten, die brug slaan, is heel belangrijk. Los daarvan levert onderzoek een belangrijke bijdrage aan het verbeteren van effectiviteit van behandelingen en het draagt bij aan innovatie en de ontwikkeling van nieuwe behandelmethoden. Voor een TOPGGz-afdeling móét dat onderzoek op een procesmatige manier geborgd zijn om het keurmerk te mogen blijven voeren.”

HOE DOEN JULLIE DAT: ONDERZOEK BORGEN?

“Het begint bij erkenning van het belang ervan, in alle lagen van de organisatie. Onze directie en de Raad van Bestuur vinden het belangrijk genoeg om er financiële middelen en tijd voor vrij te maken. Op deze manier kunnen we met elkaar een onderzoeksklimaat creëren. In praktische zin betekent dit dat onderzoekers onderzoeksuren en klinische uren krijgen en dat er mogelijkheden zijn om flexibel met die uren om te gaan – bijvoorbeeld omdat zij zich op een kritisch punt in hun onderzoek bevinden. Eens in de zoveel maanden kunnen onderzoekers een schrijfwEEK met elkaar hebben. Ze huren dan een huis waar ze er met elkaar de vaart in kunnen zetten en met elkaar kunnen sparren. Ook dat laatste is belangrijk, omdat je er als onderzoeker – zeker in de analyse- en schrijfperiode – voor je gevoel vaak alleen voor staat. Daarom is vrijdag de vaste onderzoeksdag op onze afdeling. Zo kunnen ze elkaar makkelijk opzoeken.”

HOE ZORG JE DAT IEDEREEN ONDERZOEK EVEN BELANGRIJK VINDT?

“Dat is soms een zoektocht. Het is belangrijk om te investeren in een team dat bestaat uit professionals die veel ervaring hebben met behandelen en professionals die naast behandelaar ook wetenschappelijk onderzoek doen. Een ‘bruggenbouwer’ zoals jullie iemand noemen die behandelt én onderzoekt, heeft een sterk analytisch




De therapeut

Linda Willems combineert haar baan als klinisch psycholoog en psychotherapeut met de rol als Manager Behandelzaken. Als inhoudelijk manager Kind en Jeugd bij GGZ Oost-Brabant faciliteert en stimuleert zij wetenschappelijk onderzoek in het kader van hun Depressie Expertise Centrum Jeugd (TOPGGz).

vermogen, maar heeft soms minder ervaring met het behandelen. Toch vind ik het belangrijk om deze bruggenbouwers aan te nemen. Zij kunnen aan collega’s die juist veel ervaring hebben met behandelen uitleggen wat de wetenschappelijke evidentie is van een bepaalde interventie en wat het belang van onderzoek is. Ook dat is belangrijk, omdat ook van behandelaren die weinig affiniteit met onderzoek hebben wordt verwacht dat zij cliënten enthousiast krijgen voor onderzoeksdeelname, en dat zij niet afwijken van het te onderzoeken protocol en cliënten meetinstrumenten laten invullen.”

WILLEN ‘HARDCORE’ BEHANDELAREN WEL BIJ JULLIE WERKEN?

“Onderzoek vraagt veel van behandelaren, maar gelukkig staat er ook veel tegenover. Er is veel ruimte voor opleidingen en trainingen, bijvoorbeeld als je vanuit onderzoek een nieuwe methodiek mag toepassen. Bovendien bevinden onze behandelaren zich in een omgeving waar het laatste onderzoek als eerste wordt toegepast. Als je ambitieus bent en net zo gedreven wordt door de werkelijke effectiviteit van behandelingen als onderzoekers, dan is een TOPGGz-instelling ook voor niet-onderzoekers een inspirerende werkplek.” 



VRAAG EN ANTWOORD OVER...

MeToo in de behandelkamer

Met de opkomst van de *MeToobeweging* werd een groot maatschappelijk probleem aan de kaak gesteld. Een afhankelijkheidsrelatie die daarbij niet over het hoofd gezien mag worden is die tussen de zorgverlener en de patiënt. Ook in de ggz zijn seksuele grensoverschrijdingen een reëel risico, juist door de intensieve band die zich vormt in de behandelkamer. Hoe ontstaat seksueel grensoverschrijdend gedrag in de zorgrelatie? Waar kun je als behandelaar alert op zijn? Selini Roozen-Vlachos, deskundige op dit thema, beantwoordt deze en andere vragen.

Vanwaar jouw belangstelling voor dit onderwerp?

“Ik denk dat het is ontstaan toen ik nog werkte als gz-psychooloog. Ik heb toen zelf van dichtbij meegemaakt dat een collega verliefd werd op een patiënt, resulterend in seksueel contact. Dat bracht een schok teweeg bij mij en het team waar ik destijds werkte. Je vraagt je af hoe het kan dat een goede, deskundige zorgverlener zoiets doet. Zelf ben ik gespecialiseerd in seksueel geweld. Het feit dat ook zorgverleners seksueel de grens overschrijden intrigeerde mij. Ik ging me erin verdiepen en ontdekte niet alleen dat het regelmatig voorkomt, maar ook dat we vooral reactief handelen: een voorval gebeurt, daar schrikken we van en dán treden we op. We doen echter heel weinig aan preventie. Dat kan en móét beter.”

“WERKGEVERS MOETEN ERKENNEN DAT HET EEN RISICO IS IN DE ZORGSECTOR”

Waar komt de toename van het aantal meldingen vandaan?

“Bij de inspectie zie je dat de meldingen van grensoverschrijdend gedrag in de zorg van ongeveer 130 naar 330 zijn gegaan in drie jaar tijd – dat is een enorme stijging. Opvallend is dat de ggz al jaren een van de sectoren is waar de meeste meldingen over binnenkomen^{1,2}. Een verdere stijging sluit ik niet uit. Na het schandaal van *The Voice* is er veel meer aandacht voor de vraag wanneer iets seksueel misbruik is. Ook bij patiënten wordt het bewustzijn steeds groter. Ze realiseren zich: wat mij is overkomen is niet oké. Dat leek misschien een liefdesrelatie, maar er is misbruik van mij gemaakt. Ook onder collega’s is er een groter bewustzijn over wat er allemaal valt onder seksueel grensoverschrijdend gedrag. Een aantal jaar geleden werd over grensoverschrijdingen door collega’s in de directe werkomgeving vaker gedacht: dat is misschien niet helemaal in de haak, maar ik laat het maar. Dat soort situaties worden nu ook gemeld.”

Wat valt er onder seksueel grensoverschrijdend gedrag, specifiek in de zorgrelatie?

“We hebben een richtlijn in de zorg die definieert wat er allemaal onder valt. Seksueel geweld in de zorgrelatie begint bij seksueel getinte opmerkingen van een zorg- ➔

“DE ANGST VOOR EEN OORDEEL VAN COLLEGA’S IS ERG GROOT”

verlener richting de patiënt. Ook seksueel getinte berichten sturen via WhatsApp of sociale media horen daarbij. Het spectrum loopt door naar onnodige aanrakingen, onnodig ontkleden, onnodig inwendig en uitwendig onderzoek. We zien zelfs aanranding en verkrachting door zorgverleners. Wat ook voorkomt, zeker in de ggz, zijn verliefde zorgverleners die seksueel contact aangaan met hun patiënt.”

Wat is de prevalentie hiervan?

“Naar de prevalentie van grensoverschrijdingen in de zorg is in Nederland nog weinig onderzoek gedaan. Het prevalentieonderzoek onder Duitse patiënten³ is interessant om te noemen. Daarin zei 1 op de 25 vrouwelijke patiënten dat ze te maken hadden gehad met seksueel grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener. Daarbij werden artsen en verpleegkundigen veel genoemd als degenen die de grens overschreden. Verder gaf 3 tot 7 procent van de zorgverleners aan ooit seksueel contact te hebben gehad met een patiënt⁴. Ook interessant is dat 38 tot 52 procent zegt⁵: ‘Ik heb ooit meegemaakt dat mijn collega seksueel de grens overschreed met een patiënt’. De kans dat je er in je loopbaan mee te maken krijgt is dus heel reëel en een goede reden om je als zorgverlener in dit onderwerp te verdiepen.”

De meeste behandelaars zullen afwijzend reageren als het hierover gaat...

“De eerste reflex is inderdaad: ‘dat gebeurt niet bij ons’ en ‘ik zou dat zelf helemaal niet doen’. Veel mensen schrikken dan ook als die leuke, kundige collega wel in zo’n situatie terecht komt en zoiets gedaan heeft. Ik probeer ‘m altijd op een andere manier aan te vliegen: seksueel grensoverschrijdend gedrag is een maatschappelijk probleem en het komt in elke sector voor, dus dan komt het óók voor in de zorg en juist in een zorgrelatie. De factoren die daarbij een rol spelen zijn onder andere dat in een zorgrelatie sprake is van een afhankelijkheidsrelatie én een scheve machtsverhouding. Op zichzelf zijn dat al grote risicofactoren voor seksueel grensoverschrijdend gedrag. Een van de meest scheve verhoudingen is die tussen zorgverlener en patiënt. Daarnaast is er veel een-op-eencontact en niet altijd collegiaal toezicht. Een andere hele belangrijke, en dat is zeker zo in de ggz,

is dat je een hele bijzondere band aangaat met je patiënt. Je loopt mee in iemands leven, soms gedurende een hele lange periode. Daarin kan overdracht en tegenoverdracht een rol gaan spelen.”

“Ik benoem ook altijd het taboe van gevoelens in de zorgrelatie. Zorgverleners zijn ook mensen en als mens kun je gevoelens krijgen. Dat kan variëren van betrokken zijn of denken dat er ‘wel een vriendschap had kunnen ontstaan als het niet mijn patiënt was geweest’, tot aan aantrekkingskracht en verliefdheid. Wetenschappelijk onderzoek onder verschillende zorgdisciplines wereldwijd laat zien dat zestig tot negentig procent van de zorgverleners⁶ aangeeft: ‘Ik heb me weleens aangetrokken gevoeld tot een patiënt’. Het is dus niet afwijkend dat die gevoelens voorkomen. Belangrijk is wel dat dat soort gevoelens besproken wordt met de supervisor of in de intervisiegroep, maar de angst voor een oordeel van collega’s is erg groot. Hulp vragen is daarom moeilijk en sommige zorgverleners glijden in zo’n geval langzaam aan af naar onprofessioneel gedrag. Ik noem dat de ‘glijdende schaal’. Het begint met kleine dingen die op het randje zitten en in een periode van maanden of zelfs jaren glijden mensen af tot onprofessioneel gedrag en kan seksueel contact het gevolg zijn.”

Op welke gedragingen zou je alert moeten zijn?

“Denk aan nét wat harder lopen voor die ene patiënt, je afspraken met hem of haar wat vaker uit laten lopen, of je wordt er gewoon net wat blijer van als je ziet dat een bepaalde patiënt weer in je agenda staat. Dat zijn dingen die alle behandelaars wel eens hebben en die op zichzelf niet direct een rode vlag hoeven te zijn. Het gaat om de opeenstapeling van dat soort gedragingen. Als die gedragingen langere tijd aanhouden en je het opmerkt, dan is dat eigenlijk een aanleiding om het juist wél te bespreken tijdens een intervisie en het ongemak op te zoeken.”

“De grenzen rekken namelijk steeds verder op als je het laat bestaan. Als behandelaar merk je bijvoorbeeld dat er wat aantrekkingskracht is. Buiten werktijd denk je steeds vaker aan die patiënt. Op een gegeven moment kan het zijn dat een patiënt een vriendschapsverzoek op sociale media stuurt. Normaal zou je dat als behandelaar niet accepteren, maar bij die ene patiënt denk je dat het geen kwaad kan. Af en toe tóch een WhatsAppje of een belletje buiten kantooruren. Het contact wordt persoonlijker en professionele grenzen vervagen. Ik zou vooral willen stimuleren om als behandelaars met elkaar het gesprek te voeren over dat grijze gebied en die glijdende schaal. Wat hoort daar allemaal bij? En wanneer begint het voor jou te kantelen? Dat ervaart iedereen weer





Selini Roozen-Vlachos

Selini Roozen-Vlachos schrijft en spreekt over seksueel grensoverschrijdend gedrag in de zorg. Ze publiceerde diverse wetenschappelijk artikelen en is auteur van het boek *#MeToo in de zorgrelatie* (Boom, 2023). Ze is werkzaam als inspecteur coördinator seksueel grensoverschrijdend gedrag in de zorgrelatie bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Als gz-psycholoog werkte ze jarenlang met plegers en slachtoffers van seksueel geweld.

anders. Het gesprek daarover voeren is echter heel belangrijk en dat mag best een beetje schuren.”

Wat kunnen gevolgen zijn van een liefdesrelatie tussen zorgverlener en patiënt?

“Je zoekt hulp bij een behandelaar op een moment dat het minder goed met je gaat. Met al je kwetsbaarheid ga je jouw levensverhaal vertellen. De persoon tegenover je weet dus veel van jou en weet vaak jouw diepste geheimen. Je stelt je open en kwetsbaar op. Dat gaat vanuit veiligheid en vertrouwen. Als een patiënt en een zorgverlener een relatie met elkaar aangaan dan kunnen ze in eerste instantie verliefd zijn en een fijne ‘relatie’ hebben. Toch zie je best vaak dat dit na een tijdje niet goed gaat, omdat het vanuit ongelijkwaardigheid is gestart, met als

gevolg dat het dus geen standhoudt. De patiënt beseft zich vaak later: maar wacht even, jij moest mij helpen’. Ik zie regelmatig patiënten die zeggen: ‘Ik had al een nare seksuele ervaring meegemaakt en dat was ook met iemand die in scheve verhouding tot mij stond. Nu ben ik zorg gaan zoeken, en is er eigenlijk wéér misbruik van mij gemaakt’. Dat is zo vernietigend voor deze patiënten. Het effect daarvan is dat zij het vertrouwen in hulpverleners verliezen. Ze kwamen met psychische problemen bij deze behandelaar en hebben nu meer problemen waarvoor ze eigenlijk therapie nodig hebben. Het moment waarop de nieuwe behandelaar intieme vragen gaat stellen, kan enorm *triggeren* door wat er is gebeurd met die vorige behandelaar. Het lukt die mensen vaak niet goed meer om in therapie te komen. Dat is erg schrijnend.” ➔



Waarom worden misbruik of relaties vaak stilgehouden?

“Collega’s kunnen vaak niet geloven dat zoiets echt gebeurt. Je wil iemand niet vals beschuldigen, want er komt veel ellende van als je zoiets meldt. Als je in een team zit of in een hiërarchische verhouding, dan zet dat de boel behoorlijk op scherp. Ik weet ook dat collega-behandelaars soms twijfelen wanneer ze zoiets hebben gehoord van een patiënt: ‘mag ik dan mijn beroepsgeheim schenden?’ Soms wordt de ernst toch nog onderschat: ‘het is een relatie, ze lijken gelukkig met elkaar, dus hoe erg is dit eigenlijk?’ Als een collega weet dat het ‘echt’ seksueel misbruik is, dan wordt het vaak gemeld. Als het een ‘liefdesrelatie’ is, gebeurt dat minder snel. Het is ook makkelijk voor te stellen waarom veel patiënten er geen melding van maken. Een van de grootste redenen is de bijzondere band die er vaak was met de zorgverlener, soms jarenlang.”


Wat is de rol van de werkgever?

“Werkgevers moeten erkennen dat seksueel grensoverschrijdend gedrag een risico is in de zorgsector – óók in de ggz. Dat moet geborgd worden met beleid en dat betekent ook dat je als werkgever normaliseert dat het onderwerp bespreekbaar is. Een mooi voorbeeld is een

“HET LUKT DIE MENSEN VAAK NIET MEER OM IN THERAPIE TE KOMEN”

werkgever waarbij collega’s openlijk met elkaar bespreken voor welke patiënten zij een zwak hebben. Is het dan moeilijk om de professionele balans te bewaren? Hoe kunnen we je daar de volgende keer beter bij helpen? Dan gaat het dus echt om het inbouwen van dit onderwerp in de normale werkprocessen, zodat het niet in de taboesfeer blijft. Dán ben je preventief bezig.”

Wat zijn actiepunten op dit gebied, specifiek voor de ggz?

“Het belangrijkste is dat het op de agenda komt en dat we er niet meer onze ogen voor sluiten. Al in de basisopleiding zou het aan bod moeten komen. Seksueel grensoverschrijdend gedrag komt voor tussen patiënten, maar ook tussen zorgverleners richting patiënten. In de vervolopleidingen – de gz-opleiding, de kp-opleiding en psychotherapie – komt het vanuit de beroepscode waarschuwend aan bod: pas op, kijk uit, het mag niet. Dan denkt iedereen natuurlijk dat dat ze tóch niet zal overkomen. Toch ontbreekt het ervaren van romantische gevoelens en aantrekkingskracht in de professionele relatie en hoe we daarmee omgaan – de preventieve kant. Beroepsverenigingen kunnen ook een rol spelen door bijvoorbeeld in een vakblad erover te publiceren. Ervaringsdeskundige patiënten aan het woord laten is ook een manier om het onderwerp onder de aandacht te brengen. Dat zijn vaak pijnlijke verhalen waarvan ik vind dat ze gehoord moeten worden.” 

Bronnen

- <https://www.igj.nl/over-ons/igj-in-cijfers/cijfers-over-meldingen/cijfers-meldingen-seksueel-grensoverschrijdend-gedrag>
- <https://www.igj.nl/onderwerpen/seksueel-grensoverschrijdend-gedrag/documenten/rapporten/2023/06/14/factsheet-sgog-ggz-en-forensische-zorg>
- Clemens V, Brähler E, Fegert JM. #patientstoo - Professional sexual misconduct by healthcare professionals towards patients: a representative study. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021 Jun 21;30:e50. doi: 10.1017/S2045796021000378. PMID: 34402421; PMCID: PMC8220485.
- Martin, G. M., & Beaulieu, I. (2024). Sexual Misconduct: What Does a 20-Year Review of Cases in Quebec Reveal about the Characteristics of Professionals, Victims, and the Disciplinary Process? *Sexual Abuse, 36*(5), 511-545. <https://doi.org/10.1177/10790632231170818>
- Halter, M., Brown, H., & Stone, J. (2007). Sexual boundary violations by health professionals—an overview of the published empirical literature. *Council for Healthcare Regulatory Excellence.*
- Vesentini L, Van Puyenbroeck H, De Wachter D, Matthys F, Bilsen J. Sexual Feelings Toward Clients in the Psychotherapeutic Relationship: The Taboo Revealed. *Qualitative Health Research.* 2021;31(5):999-1011. doi:10.1177/1049732321990654

Ken jij ons al?

Iedere dag zetten wij – Mental Care Group – ons in voor de beste mentale zorg. Als krachtige eenheid zorgen we voor oplossingen in alle fases van het leven. We versterken elkaar waar mogelijk en maken het verschil waar nodig.

Werk jij samen met ons mee aan de toekomst? Lees meer over onze organisatie en bekijk onze vacatures op www.mentalcaregroup.nl.



FORTA OPLEIDINGEN

EEN GREEP UIT ONS AANBOD:

Doelgestuurd behandelen

Exposure en EMDR bij PTSS

ACT, IBSR en MBCT

Basis EMDR

Schematherapie

CGT bij insomnie

Scan de code voor
meer informatie
en meer aanbod.



www.fortaopleidingen.nl



Basicursus cognitieve gedragstherapie

- 100, 30 of 70 uur
- Blended of volledig online
- Samen met je collega's volgen? Kies voor incompany



ONTDEK WAT
BIJ JOU PAST

**RINO
GROEP**

REFLECTIE

Een supervisor en een supervisant gaan intensief met elkaar om. Een tijd van jezelf tegenkomen, reflectie en heel veel leren. En dat geldt meestal voor beide partijen.

Foto's: De Beeldredacteur

De kunst van achteroverleunen en genieten

Klaas werkt al twintig jaar als klinisch psycholoog en supervisor, onder meer bij Accare waar hij zijn passie voor gedragstherapie deelt met supervisanten. Thomas was tot voor kort een van hen: een gedreven therapeut in opleiding die door Klaas werd geholpen om theorie en praktijk van de gedragstherapie met elkaar te verbinden. Klaas daagde Thomas vooral uit om losser om te gaan met protocollen en meer als persoon aanwezig te zijn in de therapiekamer, waardoor hij uiteindelijk effectiever kon behandelen.

“**T**oen ik aan het supervisietraject met Klaas begon, stond ik nog redelijk aan het begin van mijn ontwikkeling als behandelaar. Ik had al wel ervaring met diagnostiek en mediërende behandelingen, maar als het op direct behandelen aankwam, vond ik het lastig om protocollen soepel te hanteren, bijvoorbeeld onder invloed van FABAs. Ik plande mijn sessies tot in de puntjes van minuut tot minuut, precies wetend wat ik wilde doen. Dat gaf me een gevoel van veiligheid, maar in de praktijk merkte ik dat ik daardoor niet altijd kon doen wat nodig was voor de cliënt. Als een cliënt iets inbracht wat ik niet had voorzien, kon ik moeilijk schakelen. Klaas zei al snel: ‘Je hebt zoveel kennis, vertrouw erop dat je die kunt inzetten als het nodig is. Hang maar wat meer achterover en geniet van het proces, en onthoud ook: gedragstherapie is zoveel méér dan een verzameling protocollen’. Met dit in gedachten gingen we samen aan de slag.

Het was mijn eerste supervisietraject en ik had positieve verhalen over Klaas gehoord. Binnen Accare staat hij bekend als een kundige en gewilde supervisor. Dat kan ik nu alleen maar beamen. Ik zei vaak gekscherend: ‘Bij Klaas gooi je er een dubbeltje in, en er komt een rijksdaalder uit.’ Als ik hem iets vroeg, bijvoorbeeld over een dwangbehandeling, kreeg ik niet een kort antwoord, maar bijna een hoorcollege afgestemd op mijn casus. Dat was prachtig, vooral omdat ik zelf ontzettend leergierig ben. In het begin dacht ik vooral dat ik alleen zou leren hoe ik technieken kon toepassen, maar hij heeft me veel meer geleerd over hoe

ik me tot het werk kan verhouden: vertrouwen hebben in mijn eigen kunnen, de tijd nemen, en vooral plezier beleven aan het proces.

Een ander belangrijk leerdoel was om de kernstappen van het CGT-proces goed onder de knie te krijgen. Die stappen vormen de basis van elk traject. Het gaat erom dat je tijdens een behandeling constant weet waar je staat: is er een goede probleemsamenhang? Hebben we de juiste probleemselectie gemaakt? Dat zijn cruciale vragen die je steeds weer moet stellen. In het begin vond ik dat lastig, ik wilde vaak te snel vooruit. Klaas heeft me geleerd om elke stap goed te zetten, zonder te haasten. Nu zie ik die kernstappen als een kompas dat ik in elke therapie kan gebruiken, ongeacht de problematiek.

De sessies met Klaas waren altijd gestructureerd. We werkten met casussen, waarbij ik de stappen die ik had genomen uitgebreid besprak. Klaas gaf vervolgens niet alleen inhoudelijke feedback, maar vroeg me ook telkens: ‘Waarom heb je deze keuze gemaakt? Wat had je anders kunnen doen?’ Dit maakte dat ik niet alleen leerde van wat goed ging, maar ook inzicht kreeg in waar ik nog kon groeien.

Waar we onder meer aan gewerkt hebben is exposure met responspreventie (ERP) bij dwang- en ticbehandelingen. Waar ik vroeger geleerd had om te werken aan de hand van een duidelijke hiërarchie van moeilijke situaties, leerde ik nu de hiërarchie los te laten en de cliënt te motiveren

“DANKZIJ KLAAS STA IK RELAXTER IN MIJN WERK”



Supervisor

Thomas Veenman houdt zich als orthopedagoog bij Accare bezig met de diagnostiek en behandeling van kinderen en jongeren met uiteenlopende problematiek. Denk aan ADHD, autisme en angst- en stemmingsstoornissen. Hij gaat binnenkort starten met zijn N=1 en hoopt zijn opleiding tot cognitief gedragstherapeut eind 2025 af te ronden.

om situaties aan te gaan met een heel verschillende moeilijkheidsgraad. Het was fijn om samen na te denken over verschillende oefeningen.

Klaas hielp me ook bij casussen waar ik twijfels had over de diagnose, zoals bij een jongen met sociale angst en vermoedelijk autisme. ‘Of het nou alleen angst is of ook autisme, dat maakt eigenlijk niet zoveel uit. Het belangrijkste is dat je de cliënt helpt’, zei Klaas. Hij leerde me dat je soms niet precies weet waar iets vandaan komt, maar dat een behandeling toch effectief kan zijn als de juiste gedragingen worden bekrachtigd. Soms kan een behandeling anders uitpakken dan verwacht, maar dat betekent niet automatisch dat je het als therapeut niet goed hebt gedaan. Hoewel CGT een hele effectieve vorm van therapie is, werkt het niet altijd bij ieder probleem. Soms is bijvoorbeeld (aanvullend) EMDR of schematherapie heel zinvol. Dit inzicht hielp me om relaxter in mijn werk te staan.

Wat ik het meest waardeer aan het traject met Klaas is hoe hij me heeft laten ontspannen in mijn rol als behandelaar. In het begin legde ik mezelf veel druk op om alles perfect te doen. Ik plande mijn agenda vol en liep mezelf soms voorbij. Het advies van Klaas om ook tijd in te plannen om te reflecteren heeft me enorm geholpen om rust te vinden en met meer zelfvertrouwen het werk te doen. Ondanks dat Klaas en ik elkaar alleen via beeldbellen hebben gesproken, voelt het alsof er een hele warme en persoonlijke band is ontstaan. Hij is niet alleen een hele fijne supervisor, maar ook een betrokken man. Elke sessie voelde als een waardevol moment, en ik keek er echt naar uit.

Nu, aan het einde van dit traject, kijk ik veel rustiger naar mijn werk. Ik vertrouw meer op mijn eigen kunnen, en ik geniet ook echt meer van een therapieproces. Over een aantal jaren hoop ik zelf ook supervisor te worden, zodat ik deze waardevolle lessen door kan geven aan anderen.” ➔

Supervisor

Klaas Molenkamp is klinisch psycholoog en onder meer als supervisor werkzaam bij Accare. Hij speelde een belangrijke rol in het opzetten van gedrags-therapeutische opleidingen binnen de organisatie. Hij mag inmiddels met pensioen, maar gaat volgend jaar als zzp'er in de zorg werken.

“**T**oen ik Thomas voor het eerst online ontmoette, zag ik meteen zijn vastberadenheid om het goed te doen. Hij had protocollen en theorieën van voor naar achteren bestudeerd. Dat is als supervisor natuurlijk prachtig om te zien, want je wilt iemand begeleiden die gemotiveerd is. Thomas had zich enorm goed voorbereid op zijn eerste casus: dwanghandelingen, een cliënt met een OCS. Hij kende een behandelprotocol uit zijn hoofd en was helemaal klaar om die toe te passen in de praktijk. Maar juist daar lag een van de belangrijkste ontwikkelpunten voor hem: leren dat het in een therapie niet gaat om het zomaar uitvoeren van een protocol. Een protocol mag je qua tempo aanpassen, maar vaak mag je ook spelen met de inhoud op grond van FABAs: je mag een protocol mooi op maat maken. Je moet dan ook in zekere zin durven loslaten.

Thomas hield in het begin erg vast aan het idee dat hij in elke sessie zoveel mogelijk moest doen. En begrijp me niet verkeerd: voldoende vaart maken kan zeker een waardevol element zijn in therapie. Waar ik hem echter op heb gewezen, is dat hij ook ruimte mag nemen om als persoon in de therapiekamer aanwezig te zijn. Cliënten – kinderen, jongeren, hun opvoeders – mogen voelen dat er iemand tegenover hen zit die meer is dan een uitvoerder van een protocol – hij is ook iemand die een tijdje meeloopt op hun levenspad en zich inleeft in hun wereld. We hebben veel aandacht besteed aan de balans tussen het vasthouden aan het gedragstherapeutische plan en tegelijkertijd aanwezig blijven als mens. Het was mooi om te zien hoe hij gaandeweg zelf meer ging genieten van het therapeutische werk.

Voor Thomas was het dus ook belangrijk dat hij het gas- en rempedaal bewust leerde hanteren in een therapie.



“GEDRAGSTHERAPIE IS ZOVEEL MÉÉR DAN EEN VERZAMELING PROTOCOLLEN”


Daar hebben we veel op ingezoomd: hoe snel kun je gaan? Wanneer moet je even afremmen en extra aandacht besteden aan wat een cliënt tegenhoudt om te doen wat hij eigenlijk wil doen? We hebben de kernstappen van het gedragstherapeutische proces keer op keer doorgenomen, als houvast biedend kader. Ik vind het prachtig hoe hij dat heeft opgepakt. Het lukte hem steeds beter om te blijven zien ‘waar hij zat’ in het therapeutisch proces. Beslissingen durfde hij zodoende ook sneller en makkelijker te nemen.

Ik heb de indruk dat Thomas nu goed in staat is om op metaniveau naar z’n eigen handelen te kijken. Zijn laatste casus die ik superviseerde betrof een trauma-behandeling. Het was mooi om te zien hoe duidelijk hij de verschillende denkstappen kon zetten om vanuit een goede conceptualisatie tot weloverwogen interventie-keuzen te komen.

Terugkijkend kun je zeggen dat Thomas in het begin last had van onzekerheid. Zijn strategie om die onzekerheid te bestrijden, was zich grondig inlezen en alles perfect willen doen. Dat is een hele begrijpelijke reactie, maar gaandeweg heeft hij gemerkt dat je als therapeut ook mag vertrouwen op wat je al weet en kan. ‘Je mag ervan genieten’, zei ik vaak. Therapie geven is natuurlijk werken, maar het is ook iets dat je voldoening kan geven, zelfs als niet altijd alles gaat zoals je had verwacht.

Motivatie kun je zien als een verschijnsel dat in interactie ontstaat. Ik denk dat Thomas’ zin om zich optimaal te bekwamen in de gedragstherapie tijdens onze supervisie nog verder gegroeid is. Tegelijkertijd motiveerde Thomas mij om soms best wel complexe begrippen zo helder

mogelijk te verwoorden. Hij daagde me bijvoorbeeld uit om een concept als inhibitor leren heel *to the point* te illustreren als we mogelijke FABA’s bespraken in zijn cases. Zijn enthousiasme werkte aanstekelijk.

Wat ik altijd hoop mee te geven aan therapeuten in opleiding, zoals Thomas, is dat het vakgebied voortdurend in ontwikkeling is. Je bent nooit uitgeleerd. Ikzelf dus zeker ook nog lang niet. Gedragstherapieën blijven zich uitbreiden met nieuwe inzichten en nieuwe procedures. Je daarin verdiepen, zowel theoretisch als praktisch, is toch geweldig mooi. Thomas heeft laten zien dat hij voortdurend wil leren, en hij heeft er een duidelijke lach op z’n gezicht bij gekregen. Prachtig! 

Mooie supervisieverhalen gezocht

Kijk jij ook positief terug op een supervisietraject? Heb je er iets geleerd wat je je hele carrière meeneemt? Of is er een andere reden dat je jullie verhaal met ons wil delen? Stuur een e-mail naar communicatie@vgct.nl.

Pak slapeloosheid bij psychische klachten aan



“Slaapt u niet goed? Vervelend, maar dat hoort er nou eenmaal bij.” Voor mensen met depressie, PTSS of andere psychische klachten is daarmee vaak de kous af. Dat terwijl slaap een cruciale rol speelt in het verloop van deze aandoeningen. In veel gevallen is er met wat simpele aanpassingen grote verbetering mogelijk. Het is de missie van gz-psycholoog en somnoloog Inge Ensing om meer aandacht te richten op het behandelen van slaapproblematiek bij psychische klachten.

Iemand die stemmen hoort, heeft daar vaak 's avonds meer last van. Daardoor kan zo iemand slecht in slaap komen. Dan begint ook het gepieker. Door het slaapttekort nemen de klachten en het gepieker verder toe en dan slaapt iemand nog slechter. Volgens Inge is deze vicieuze cirkel van slecht slapen bij psychische klachten al lang bekend, maar wordt onterecht aangenomen dat de slaap vanzelf zal verbeteren als de behandeling van de psychische klachten aanslaat. Tijdens haar werk bij het Expertisecentrum Slaap en Psychiatrie van GGZ Drenthe deed ze veel kennis op over het succes van het apart behandelen van slaapproblemen bij psychische klachten. “Gelukkig is er steeds meer aandacht voor slaap in het algemeen. Dat zie je ook in de gz-opleidingen. Dat slaap meespeelt in het slagen of mislukken van een behandeling is een belangrijk besef.”

RISICOFACITOR

De voorbeelden waarbij een verbeterde nachtrust bijdroeg aan vermindering van de psychische klachten zijn talrijk. “Als iemand last heeft van zowel depressie als slapeloosheid, kun je het beste eerst de slapeloosheid aanpakken. Dat gaat in tegen wat tot nu toe altijd gedacht werd, maar we weten inmiddels dat als de slapeloosheid blijft bestaan, dat een grote risicofactor vormt voor het (opnieuw) ervaren van de depressie. Bij een verbeterde nachtrust neemt de depressie vaak vanzelf af.”

Volgens Inge kan slapeloosheid of slecht slapen zelfs een voorspeller zijn. “Achteraf zien we vaak dat een ontregeling zoals een manie of een psychose voorafgegaan werd door slecht slapen. Het is moeilijk te achterhalen of het slaapttekort deze ontregeling heeft getriggert of dat het juist een uiting was van een proces dat al gaande was, maar het bewijst wel dat slecht slapen een versterking is van de psychische kwetsbaarheid.”

PREVENTIE

Er kan ook een somatische oorzaak zijn zoals slaapapneu, waarbij mensen ademtekort hebben in de nacht en daardoor geen kwaliteitsslaap hebben. “Slaapapneu komt veel voor in de ggz. Risicofactoren zijn onder andere

overgewicht, roken en alcoholgebruik. Het wordt lang niet altijd door de omgeving of de persoon zelf opgemerkt, terwijl slaapproblemen een psychische stoornis die er al is flink kunnen verergeren. Slaapbehandeling kan daardoor werken als preventie. Als ik bijvoorbeeld iemand op televisie zie met al die risicofactoren, denk ik altijd: laat die persoon zich alsjeblieft testen op slaapapneu.”

Een stoornis die Inge ook vaak tegenkomt is de circadiane ritme-slaap-waakstoornis. Hierbij is sprake van een verschuiving van het biologische 24-uursritme. Gemiddeld slapen mensen tussen elf uur 's avonds en zeven uur 's ochtends. Bij een circadiane ritme-slaap-waakstoornis is er een duidelijke afwijking van dit patroon. “We zien dit vaak bij mensen met ADHD, autisme en bipolaire stoornissen. Ik geef altijd mee aan behandelaren: als iemand met dergelijke problematiek vertelt over slaapproblemen, dan moet er een rood vlaggetje omhooggaan. Als die slaapritmeverstoring jaren aanhoudt, is de impact groot. Iemand kan niet meedoen in de maatschappij. Dan is het onvoldoende om wat tips te geven. Behandelaren hoeven niet meteen door te verwijzen, maar het kan wel raadzaam zijn om ruggespraak te houden met een deskundige.”

OVERTUIGING KLOPTE NIET

Voordat ze zes jaar geleden bij het slaapcentrum in Assen kwam werken, had Inge zelf weinig oog voor slaap. “Je vraagt er eens naar en je hoort het aan, maar het heersende idee was dat het er gewoon bij hoort dat iemand bijvoorbeeld veel wakker ligt of nachtmerries heeft. Bij andere depressie en PTSS staan slaapproblemen bij de criteria van de diagnose. Ik richtte me op wat er overdag gebeurde met de cliënt. Dat had deels te maken met de overtuiging dat als de psychische klachten zouden verminderen, de slaap wel weer beter zou worden, ➔

“SLAAP SPEELT MEE IN HET SLAGEN OF MISLUKKEN VAN EEN BEHANDELING”



In haar *Praktijkboek slapeloosheid in de ggz* beschrijft Inge Ensing waarom en hoe we slaapproblemen apart zouden moeten behandelen. Dit boek is een samenvatting van alle kennis die ze in de afgelopen zes jaar heeft vergaard en staat vol concrete actiepunten waarmee behandelaars aan de slag kunnen.

en deels ook met de aanname dat je er niet zo veel aan kunt doen. Dat klopt allebei niet.”

Min of meer toevallig kwam er een vacature bij het slaapcentrum voorbij. Inge sloeg er meteen op aan. “Ik had er nog nooit van gehoord en juist daarom wilde ik er meer over weten. Ik had bovendien zelf een paar jaar last gehad van slapeloze nachten. Ik wist dus goed hoe het was om slecht te slapen en hoeveel impact dat heeft.”

GOED TE BEHANDELEN

Al snel zag de ggz-psycholoog bewijs voor de positieve effecten van het behandelen van slaapproblemen bij psychische klachten. “Ik sprak een man uit een forensische kliniek. Mensen die daar zitten hebben een delict gepleegd én hebben een psychische stoornis. Ze hebben weinig bewegingsruimte in hun kleine kamer, waar ze alles moeten doen: slapen, lezen, even alleen zijn, tv-kijken. Er staat ook wel een bureautje, maar de meeste mensen liggen veel op hun bed, ook als ze niet slapen. Deze man had last van slapeloosheid. Ik adviseerde hem om zo min mogelijk op dat bed te doen, ook al is dat het meest comfortabel. Je brein weet dan: als je op bed ligt is het tijd om te slapen. Hij vond het maar een raar advies, maar wilde het wel een kans geven. Twee weken later zag ik hem weer en toen sliep hij al veel beter. Hij was zelf ook verbaasd. Na die eerste sessie waren we al klaar. Ik was onder de indruk van hoe snel iets kan werken.”

MEER ZELFVERTROUWEN ALS BEHANDELAAR

Vijftig procent van mensen met een psychische stoornis heeft last van slapeloosheid. Dat wordt lang niet altijd gediagnostiseerd. Haar belangrijkste aanbeveling voor ggz-behandelaars is dan ook: als iemand er niet zelf over begint, vraag ernaar. “Als je ergens weinig van afweet, dan hoor je het ook niet. Je bent gefocust op wat je al kent en waar je naartoe wilt in het gesprek. Heb oog voor slaap en vraag door. Er is veel meer dan alleen: ‘Ligt u wel eens wakker?’ Zoals: ‘Hoe vaak en hoe lang ligt u wakker? Wat zijn uw bedtijden? Wat doet u vlak voordat u gaat slapen? Welke gedachten heeft u over slaap?’ De invloed van middelen en medicatie kan ook groot zijn.” Inge vervolgt: “Tijdens mijn opleiding bij het slaapcentrum was ik verbaasd over hoeveel er te vragen is over slaap. Als je dat weet, heb je ook meer zelfvertrouwen als behandelaar dat je er iets mee kan. Hoor je dat iemand tien uur per etmaal in bed ligt, bijvoorbeeld omdat iemand daar ook leest of ontspanningsoefeningen doet, dan geeft dat direct aanknopingspunten. Je kunt als een soort detective uitpluizen wat er speelt, dat vind ik er zo leuk aan. Dat is eigenlijk niet anders dan bij andere onderwerpen.”

VAST ONDERDEEL

Inge behandelt vanuit het slaapcentrum puur de slaapproblemen zoals slapeloosheid, een verschoven ritme en nachtmerries. “De comorbide psychische klachten behandelen wij hier niet. Dat heb ik in het verleden natuurlijk wel veel gedaan. En hoewel we bijvoorbeeld niet de depressie meten, zie ik dagelijks aan de hand van vragenlijsten en de gesprekken die we met cliënten voeren, hoe mensen ervan opknappen als ze beter slapen.” De somnoloog beseft dat haar intakegesprekken volledig slaapperelateerd zijn en dat dit bij de meeste ggz-therapeuten niet zo is. Daarom pleit ze ervoor dat het een vast onderdeel van de intake is. “Ik merk hoe opgelucht cliënten zijn dat er eindelijk aandacht voor is. En je hoeft niet meteen een zwaar CGTI-traject op te zetten. Begin met wat tips en basics over slaaphygiëne. De grootste winst is dat de cliënt zich serieus genomen voelt en inziet dat het er niet zomaar bij hoort, maar dat er wat aan te doen valt, en wat het belang daarvan is.”

Beter slapen heeft op meerdere fronten een positieve impact. “Het ligt voor de hand dat je met een goede nachtrust weerbaarder bent, een betere stemming hebt en fysiek beter gaat functioneren. Het heeft ook effect op je relaties met eventueel een partner, kinderen en collega's, en daar komt nog een niet te onderschatten aspect bij. Werken aan je nachtrust is heel praktisch: je gaat aan de slag met gewoontes, bedtijden en overtuigingen die je hebt over slapen. Het is geen hogere wiskunde. Mensen ervaren daardoor dat ze zelf iets kunnen doen aan hun probleem en krijgen vertrouwen in hun eigen vermogen. Dat is veel waard.” 



Kamikazeduif

Wat hebben dronken wormen, kamikazeduiven en koe-katstapels gemeen? Precies. De Ig Nobelprijs van 2024.

De Ig Nobelprijzen worden jaarlijks uitgereikt aan onderzoek dat eerst een glimlach op je gezicht tovert en je daarna aan het denken zet. Nu kan dat effect bij mij ook vrij eenvoudig worden bereikt met een kop koffie, maar daar win je kennelijk geen prijs mee – behalve wanneer je zo'n stomend bakkie inzet om te onderzoeken hoe erg je knoeit als je er achteruit mee loopt. Tip: gebruik een wijnglas of pak je kop van boven vast, anders is het resultaat vooral een pijnlijke grimas en een door pijn beperkt denkvermogen.

Enfin, terug naar de Ig Nobelprijzen van dit jaar. Een goed jaar voor de leertheorie, want niemand minder dan B.F. Skinner – *de man himself* – kreeg postuum de Ig Nobelprijs voor de Vrede toegekend. Maar voordat je nu glimlachend achteroverleunt, is het wel goed te weten welk onderzoek hij daarvoor deed. Hij onderzocht namelijk de mogelijkheid om duiven in te zetten als raketpiloot. Ik hoor je al denken: hoe kan je daar een vredesprijs mee

winnen? Welnu, het inzetten van duiven zou pilotenlevens kunnen redden en dus kan het met recht een nobel idee genoemd worden. Als je geen duivenmelker, ornitholoog of lid van de Partij voor de Dieren bent, tenminste.

Mocht je tot een van die laatste categorieën behoren, is er een klein lichtpuntje: ook onderzoek naar menselijk leed viel dit jaar in de prijzen. Onderzoekers van het medisch centrum van Hamburg – Eppendorf ontdekten namelijk dat placebo's nóg beter werken als ze licht pijnlijke bijwerkingen hebben. Iets wat niet werkt én pijn doet, heeft dus meer effect dan iets wat 'alleen maar' niet werkt. En met een beetje mazzel werkt het zelfs beter dan iets wat wel werkt.

Voor wie inmiddels hoofdpijn krijgt van deze ingewikkelde materie, heb ik nog één tip. Bevind je je ooit in een kop-of-munt-wedstrijd, kies dan voor de zijde die vóór het opgooien boven ligt. Die Ig Nobelprijzen, lang zo gek nog niet. **i**

Mieke Ketelaars is kennisredacteur en teamleider Kennis en opleiden bij de VGCT.



Is virtual reality in de zorg al realiteit?

Roos Pot-Kolder woont en werkt inmiddels drie jaar in Australië. Ze is Senior Research Fellow bij de Universiteit van Melbourne en bij Orygen Youth Health, waar onderzoek gedaan wordt naar de mentale gezondheid van jongeren.

Haar klinische stage liep Roos op de psychosekliniek van de Parnassia Groep Den Haag bij professor Mark van der Gaag. Daar kreeg ze haar eerste CGT-training. “We werden in het diepe gegooid, maar dat beviel juist erg goed! Daarna ben ik afgestudeerd en was het de vraag waar ik werk kon krijgen. Ik wilde graag onderzoek doen en heb eerst gekeken of dat lokaal kon. Dat bleek geen optie.” Het was 2008: er waren allerlei bezuinigingen in de ggz. Toch vond Roos een baan als psycholoog op de poli van de Universiteit van Amsterdam. “Ik gaf bijvoorbeeld nieuwe therapieën voor angststoornissen. Er werd met theoretische kaders gestooid en met nieuwe medicijnen geëxperimenteerd. Een van de lopende studies was van Paul Emmelkamp en ging over virtual reality-therapie voor sociale angst.” Vooraf was Roos wat sceptisch. De apparatuur en software stonden nog in de kinderschoenen in vergelijking met nu. Net op dat moment ontstond er een vacature bij Mark van der Gaag en Wim Veling. Deze mannen wilden aan de slag met virtual reality bij psychoses.

PROMOVEREN VANUIT DE WOONKAMER

“Het was een sollicitatiegesprek, maar al snel leek het meer op een werkbespreking”, vertelt Roos. “Het is mijn PhD geworden, waarbij ik één dag in de week klinisch bleef werken. Na vier jaar ging ik fulltime klinisch aan de slag en heb ik de gz-opleiding gedaan. Ik heb daarnaast in mijn vrije tijd mijn proefschrift afgeschreven, en in 2021 ben ik cum laude gepromoveerd¹. Het was helaas een slechte periode om dat te doen – met Zoom vanuit m’n woonkamer, tijdens de strengste coronabeperkingen.”

“DIT BEN IK EN IK ZOEK EEN BAAN”

Het bleek ook een lastige tijd om een baan te vinden. Uiteindelijk zette Roos uit frustratie een oproep op Twitter en LinkedIn: “Dit ben ik en ik zoek een baan.” Dr. Imogen Bell, van de Universiteit van Melbourne, had net een VR-lab

geopend in Australië. De expertise van Roos konden ze goed gebruiken. Inmiddels zit ze daar drie jaar. “Ik heb eerst in quarantaine in een hotel gezeten. De eerste negen maanden mochten mensen geen VR-headset opzetten vanwege de kans op besmetting. Ik heb mijn tijd toen gebruikt om fondsen te werven.”

HET GAAT OM DE ERVARING ZELF

“Als je VR gebruikt voor cognitieve gedragstherapie, gaat het nadrukkelijk om de ervaring zelf, de cognitieve en gevoelsmatige ervaring. Het gekke is, in die virtuele wereld wéét je dat het niet echt is en tóch roept het van alles op – in je lichaam en in je gedachten. Dat gebeurt ook als je met mensen werkt in een sociale situatie waarin ze verwachten afgewezen of zelfs vermoord te worden, en dat gebeurt dan niet^{1,2}. De geloofwaardigheid dat het wél zal gebeuren neemt af. Tegelijkertijd neemt het idee ‘ik kan het aan’ of ‘het zal wel loslopen’, toe. De verwachtingsdisconfirmatie die nodig is voor cognitieve verandering en afname van de angst treedt op in de virtuele omgeving. Daarmee maak je het eenvoudiger voor mensen om die stappen vervolgens ook ‘in het echt’ te zetten³.”

“MET VR KAN JE OOK EEN SPIN VAN DRIE METER MAKEN, DUS ÉCHT OVEREXPOSURE”

AANSLUITING BIJ DE BELEVING VAN DE CLIËNT

Roos vertelt dat dit een van de redenen is waarom ze bij Orygen en de Universiteit van Melbourne blijft, want juist aan die aansluiting en samenwerking met ervaringsdeskundigen wordt heel veel waarde gehecht. “Niet alleen werken we met cliënten met soortgelijke ervaringen. Ook in het kernteam, bij het schrijven van het onderzoeksvoorstel, bij het nemen van beslissingen... In alle lagen zitten ervaringsdeskundigen. Dat is heel waardevol. Een van hen had last van psychotische ervaringen en werkt nu als onderzoeker aan ons project. We ontwikkelen al onze behandelingen en VR-software samen met jonge ervaringsdeskundigen in de leeftijd van 14 tot 25 jaar.”

Roos Pot-Kolder is Senior Research Fellow bij de Universiteit van Melbourne en bij Orygen Youth Health



“NU KAN IK IN EEN VR-SESSIE WEL DRIE KEER MET ZE NAAR DE SUPERMARKT”

SOCIALE COGNITIE

Binnen het CGT-framework is het de bedoeling dat mensen bepaalde sociale situaties in gaan, oogcontact maken en gezichten bekijken in plaats van de grond. Het gaat om exposure. Als tweede stap wordt voor een groot project (de VISOR-studie) gekeken of ook de sociale cognitie verbeterd kan worden. “Denk aan het zich kunnen verplaatsen in andermans schoenen en het begrijpen van sociale situaties. De jongeren betrokken in het project nemen hun eigen ervaringen mee voor de co-productie van de behandeling. Wij leggen uit wat sociale cognitie is – wat ze daarvan herkennen of niet. Vervolgens zijn zij de scenario’s gaan scripten over wat voor hen in die tijd behulpzame oefeningen zouden zijn geweest. Dat heeft ertoe geleid dat de therapie nu uit twee delen bestaat: uit zowel een semi-geautomatiseerde sociale cognitie training als een gepersonaliseerd exposure deel. We kunnen *live role-playing* doen: met één druk op de knop kan ik iedere persoon in de virtuele wereld worden. Zonder de intensieve samenwerking met klinici en onderzoekers, en zeker ook ervaringsdeskundigen en computerontwikkelaars, was dit nooit zo’n goed product geworden. Van protocol tot werkboek en software.”

EEN EENVOUDIGERE EERSTE STAP

“Wat er tot nu toe aan onderzoek heeft plaatsgevonden laat zien dat behandeling met VR-programma’s net zo effectief is als gewone CGT bij angst⁴. Wat we tot nu toe ontwikkeld hebben is niet effectiever, maar het blijkt voor mensen wel een wat eenvoudiger eerste stap om aan een therapie deel te nemen – vooral als mensen angstig zijn. Dat heb ik als

therapeut vaak ervaren. Daarom was ik ook een ‘doe-therapeut’, in de zin van ‘we gaan samen naar de supermarkt’. Het is voor mensen heel zwaar om dat alleen zelf te oefenen. Nu kan ik in een VR-sessie wel drie keer met ze naar de supermarkt.”

EEN SPIN VAN DRIE METER

“Je kan met VR zoveel méér dan de behandelingen die we al deden. Om een voorbeeld te geven: je kan een spinnenfobie behandelen met een gewone spin, maar met VR kan je ook een spin van drie meter maken. Dus écht ‘overexposure’. In eerste instantie levert dat veel angst op, maar ook hele goede resultaten. Er kan steeds meer, zeker gezien de ontwikkelingen rondom *Artificial Intelligence*. Het maakt de therapeut niet overbodig, maar dat soort middelen maken de therapie wel sterker.”

CYBERSICKNESS

Roos vertelt dat recent een rapport gepubliceerd is over nadelige effecten die voorkomen bij behandeling met VR⁵. Het meest gevonden is *cybersickness*, ook wel *simulator sickness* genoemd. “Het lijkt op wagenziekte, je lichaam heeft door dat je beweegt in VR, maar in werkelijkheid beweegt je lichaam niet. Er zijn mensen die daar niet zo goed op reageren. Zorg in ieder geval dat je cliënt goed gegeten heeft, dat er voldoende zuurstof is en dat er een glaasje koud water in de buurt is. Daarnaast is er een enorme overlap met angstsymptomen. We hebben een onderzoek gedaan waarbij we de *cybersickness* meten. We hebben dat zowel vóór als na de VR gedaan. Dan zie je dat veel van die klachten door angst veroorzaakt worden. Je hebt het dan over zweten, hoofdpijn, een naar gevoel in de buik. We stellen dan voor om gewoon door te gaan, want die angst zal echt afnemen. Ik heb maar één of twee keer in een grote Nederlandse studie gezien dat iemand er echt héél slecht tegen kon. Dan kan je beter gewone CGT toepassen.”

UITDAGINGEN BIJ DE IMPLEMENTATIE VAN VR-CGT

Beschikbare kennis over software en training blijken nog uitdagingen op te leveren bij de implementatie van VR-CGT. Er worden wel trainingen gegeven, maar zeker in Nederland is de software nog erg duur. “Denk aan 10.000 euro per jaar voor één licentie. Voor een kleine kliniek is dat niet te betalen. Er zouden meer betaalbare opties beschikbaar moeten komen. Overigens wordt deze behandeling nog niet structureel vergoed onder de ziektekostenverzekering. Sommige ggz-instellingen, bijvoorbeeld GGZ Delfland, zijn daarover wel in onderhandeling gegaan met zorgverzekeraars. Een aantal zorgverzekeraars vergoedt inmiddels een deel van de kosten. Maar om de kosten structureel vergoed te krijgen dien je de kosteneffectiviteit te laten zien, stelt Roos. Het moet een vraag vanuit de cliënt worden. “Ik krijg uit Nederland wel berichtjes van ‘goh, mijn kind heeft dit, waar kan ik terecht?’ Helaas is ‘nergens’ vaak het antwoord. Ik denk dat het enorm zou helpen als er meer goede aanbieders met betaalbare software op de markt komen, maar het moet wel in het aanbod opgenomen worden. Je hebt meer therapeuten nodig die een training willen krijgen. En uiteraard is er financiële steun nodig vanuit de zorgverzekeraars.”

VERKRIJGBAARHEID VAN DE THERAPIE

Roos is niet precies op de hoogte waar in Nederland de therapie gegeven wordt – ze woont immers al drie jaar aan de andere kant van de wereld. “Maar ik denk dat de kans het grootst is bij onderzoeksinstituten die de software hebben en behandelingen kunnen doen. Ik weet dat GGZ Delfland trainingen geeft en behandelingen aanbiedt aan psychopatiënten. Wim Veling doet dat bij de Rijksuniversiteit Groningen.”

HET GEDROOMDE EINDSTATION VAN VR-CGT

“Ik heb wel dromen over de toekomst. Recent zijn we op bezoek geweest bij een andere universiteit om te bekijken wat de mogelijkheden zijn op het gebied van AI. Daar bleek dat men al met AI bezig is om VR-modellen in 3D te genereren, ook wel ‘generatieve AI’ genoemd. Ter plekke een volledig nieuwe en unieke omgeving genereren, die gecreëerd wordt

op basis van een tekst prompt, dus niet een vooraf gebouwde wereld met beperkte opties. Nu is deze techniek alleen nog beschikbaar voor 2D, zoals openart.ai. Waarin je een prompt kan schrijven als ‘Een grote spin met een gek hoedje op’ en dan wordt er een plaatje gemaakt. Voorlopig zit 3D generatieve AI nog in het lab, maar op lange termijn is het volledig personaliseren een van de sterkste punten van virtual reality. Iedere angst is namelijk uniek. Zelfs elke spinnenangst is anders. De een is bang dat er eitjes gelegd worden, de ander is bang dat het beestje in diens oor kruipt. Als je met je therapeut samen een prompt kan maken over wat jij wilt oefenen, en er komt een unieke VR-omgeving uit, met misschien zelfs een AI-therapeut of coach die je er doorheen helpt, al dan niet als aanvulling op je wekelijkse therapie, dat lijkt me fantastisch!”

WALK THE PLANK

“Ga het zelf eens proberen, zou ik tenslotte nog willen zeggen. Ik kan heel veel over virtual reality vertellen, maar als je het zelf uitprobeert, ervaar je het verschil. Je hebt leuke, kleine oefeningen zoals ‘Walk the Plank’. Op een hoogte van tachtig verdiepingen gaan de liftdeuren open en sta je op een smal plankje boven een enorm hoge afgrond. Durf jij naar het eind van de plank te lopen?”



Bij Xtreme kan je VR zelf ontdekken.

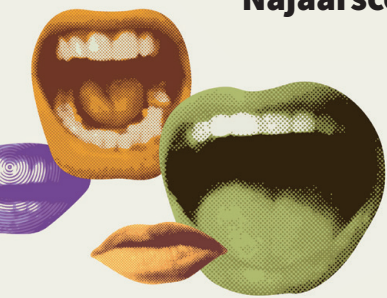
Bronnen

- Jop van Kempen (2018). Psychose behandelen met VR-bril blijkt effectief. Jop van Kempen (2018). <https://www.parool.nl/nieuws/psychose-behandelen-met-vr-bril-blijkt-effectief-b0c6a7/>
- Pot-Kolder, R. M., Geraets, C. N., Veling, W., van Beilen, M., Staring, A. B., Gijsman, H. J., ... & van der Gaag, M. (2018). Virtual-reality-based cognitive behavioural therapy versus waiting list control for paranoid ideation and social avoidance in patients with psychotic disorders: a single-blind randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(3), 217-226. [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(18\)30053-1/abstract?TB_iframe=true&width=921.6&height=921.6](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(18)30053-1/abstract?TB_iframe=true&width=921.6&height=921.6)
- Pot-Kolder & Zandee (2015). Virtual Reality Exposure Therapie bij psychose: een casus (35-1-3). <https://www.directievetherapie.nl/artikelen/jaargang35/virtual-reality-exposure-therapie-bij-psychose-eeen-casus-35-1-3/>
- Bell, I. H*, Pot-Kolder, R*, Rizzo, A., Rus-Calafell, M., Cardi, V., Cella, M., ... & Valmaggia, L. (2024). Advances in the use of virtual reality to treat mental health conditions. *Nature Reviews Psychology*, 3(8), 552-567. <https://www.nature.com/articles/s44159-024-00334-9>
- Lundin, R. M., Yeap, Y., & Menkes, D. B. (2023). Adverse effects of virtual and augmented reality interventions in psychiatry: systematic review. *JMIR Mental Health*, 10, e43240. <https://mental.jmir.org/2023/1/e43240>

“MET ÉÉN DRUK OP DE
KNOP KAN IK ELKE GEDAANTE
AANNEMEN”

VGct-Najaarscongres 2024: een terugblik Breaking the silence

Zoals elk jaar doet lid van verdienste Ed Berretty verslag van het Najaarscongres VGct, voor wie het heeft moeten missen en voor wie nog even wil nagenieten.



‘**B**reaking the silence’ trok in totaal bijna 1.700 bezoekers dit jaar en verbreekt daarmee het record van 2023. Van dit aantal volgden 250 deelnemers het online programma. Het ledental van de VGct blijft intussen groeien (van 10.000 naar bijna 11.000). ‘Silent’ is het in de Koningshof allesbehalve, behalve bij de *silent disco*. Door de keynotesprekers worden levendige discussies geopend over ongemakkelijke onderwerpen, zoals armzalige doses exposure door therapeuten (Brett Deacon) en vermijding van onderwerpen als suicidaliteit (Gwendolyn Portzky), seks (Marieke Dewitte) en vroeg trauma (Iva Bicanic). Naadloos in deze rij past de paneldiscussie met Gerty Casteelen en Monique Kammeraat van het Expertisecentrum Euthanasie over het controversiële thema ‘euthanasie bij mensen met psychisch lijden’.

EXPOSURE

Deacon, een Amerikaanse klinische psycholoog werkzaam in Melbourne, zet een volgende stap bij het terugdringen van de al langer bekende ‘*therapist drift*’: het door de therapeut te weinig (intensief) uitvoeren van exposure bij de behandeling van angststoornissen. Hij ontwikkelt en valideert de TBES (*Therapist Beliefs about Exposure Scale*)



Het kaderledendiner op woensdagavond.

om ‘*exposaphobia*’ bespreekbaar te maken. Negatieve ideeën over exposure bij de therapeut (onveilig, onverdraaglijk en onethisch) voorstellen redelijk tot goed de mate van exposure in behandelingen, terwijl patiënten zelf daar significant minder bezorgd over zijn. Expliciete behandeling van *exposaphobia* in de training van therapeuten net zoals bij andere fobische problematiek vermindert de negatieve ideeën meer dan standaardtraining ($p < .01$).



Fotografie: Roy Borghouts

Nieuwe leden van verdienste: Hanneke Schuurmans en Carla Steeman.

DOODSWENS

Portzky, een Vlaamse klinisch psychologe, moedigt het gesprek over suïcidaliteit aan omdat juist verbinding in de acute fase, ongeacht de psychiatrische stoornis, nog de enige beschermende factor is. Het samen met een patiënt opstellen van een veiligheidsplan vermindert suïcidaal gedrag zelfs met 43%. Focus in de (sociale) media op pijnloze suïcide anderzijds verhoogt het risico juist met 25%.


De stilte is in Nederland de laatste maanden ook verbroken over euthanasie bij uitzichtloos psychisch lijden, met name wanneer het jongeren betreft. Casteelen en Kammeraat nodigen ons uit om psychiatrische patiënten in hun behandeling toestemming te geven over hun euthanasiewens te spreken, ongeacht onze eigen positie in dezen. Neem een doodswens serieus teneinde inhumane suïcidepogingen te verminderen. In Nederland vinden bijna 2.000 suïcides per jaar plaats, waarbij gemiddeld 158 anderen psychische schade oplopen.



SEKS EN VROEG TRAUMA

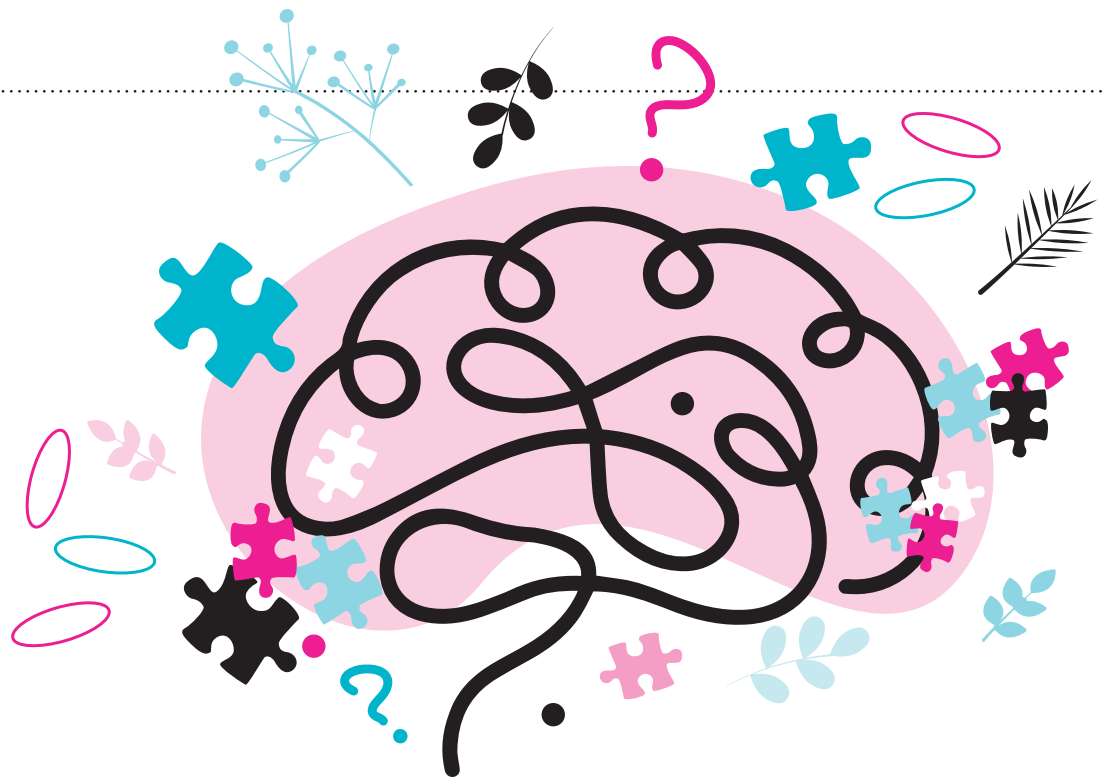
Dewitte, een Vlaamse seksuologe werkzaam in Maastricht, adviseert al bij het eerste intakegesprek belangstellend naar seks (beleving) te vragen. Zelfs bij SSRI's (met 80% risico op vertraagde seksuele respons) is dat niet vanzelfsprekend. Dan weet de patiënt in elk geval dat het gespreksonderwerp toegestaan is. Volgens haar kan behandeling vaak bij de huisarts of in de BGGz plaatsvinden. Leg bijvoorbeeld uit dat seks net zomin als ander menselijk gedrag spontaan plaatsvindt, maar start met een prikkel die een beloning doet verwachten, of dat voor het vrouwelijk orgasme penetratie het dessert is, en niet het hoofdgerecht.

Bicanic, een ook buiten onze professie bekende Nederlands-Kroatische klinisch psychologe, bouwt haar spetterende wetenschappelijk betoog over onthulling van langdurig seksueel misbruik voor het achttiende levensjaar op vanuit het kinderlijk perspectief. Dit gebeurt aan de hand van het recentelijk uitgekomen kinderboek 'Charlie', van de hand van Pieter Melsen, zeden-rechercheur-illustrator en haarzelf. Onthulling is schaamtevol, omdat bij een kwart van de patiënten hun misbruik een automatische genitale respons oproep. Bij ruim 66% verslechtert onthulling, gemiddeld twaalf jaar na dato, de verhouding met de omstander (betekenisvolle derde). Haar advies luidt de patiënt te laten nadenken over motieven van onthulling en de regie over het tempo bij de patiënt te houden.

Heel wat – vaak zware – kost waar niet over gezweven mag worden dit jaar. Volgend jaar gaan we nog een stapje verder: 'Beyond belief!' 



Bekijk de aftermovie van het najaarscongres.



GOEDE PREVENTIE-IDEEËN ZIJN SUBSIDIE WAARD

VGct stelt € 10.000 beschikbaar


Als lid van de VGct, een wetenschappelijke vakvereniging, wil je natuurlijk dat jouw vereniging hét kenniscentrum is en dat je daar de inspiratie vindt om je vak zo goed mogelijk te kunnen uitoefenen. Dat willen wij zelf ook! Daarom investeren we in verschillende thema's die in het beleidsplan zijn vastgesteld, waarvan preventie er één is.

Landelijk wordt steeds meer nadruk gelegd op het voorkomen van geestelijke gezondheidsproblemen en het tijdig interveniëren om erger te voorkomen. De overheid heeft bijvoorbeeld de aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal' opgezet en roept iedereen op om actief mee te denken over de verbetering van de mentale gezondheid in Nederland. Als VGct denken we dat het cognitief gedragstherapeutisch gedachtegoed ook een belangrijke preventieve rol kan vervullen. Bijvoorbeeld door het versterken van mentale veerkracht en het toepassen van leefstijlinterventies, maar ook door het vroegtijdig signaleren van (risicofactoren voor) psychische problemen.

Soms kosten goede ideeën geld. Daarom stelt de VGct een budget van € 10.000 beschikbaar voor één of meer preventieprojecten. Zo startte Leonie Vreeke in 2024 met het opnemen van een podcastserie over de mogelijke preventie van het ontwikkelen van een angststoornis bij

angstgevoelige peuters en kleuters. In deze serie onderzoekt Leonie een preventieve interventie gebaseerd op CGT-technieken door in gesprek te gaan met ouders en therapeuten. Dit project wordt gefinancierd door een gecombineerde subsidie.

Voor 2025 zijn wij op zoek naar een project dat de potentie heeft (nu of in de toekomst) om breed ingezet te worden: voor onze leden en/of cliënten. We willen je daarvoor vragen om een voorstel te schrijven aan de hand van ons format. Deze kan je vinden via onze website. Hier vind je ook meer voorbeelden van succesvolle preventieprojecten en praktische informatie zoals de startdatum en looptijd van het project.

Heb jij als lid, commissie of sectiebestuur een goed idee voor een project gericht op preventie? Vraag dan vóór 15 januari 2025 subsidie aan. 



Subsidieaanvraag preventie.



Iedereen kan het verschil maken – Trauma en veerkracht bij kinderen

Auteurs/redactie: Leony Coppens

ISBN: 9789025912901

Recensie door: Hester den Daas is werkzaam als gz-psycholoog, cognitief gedragstherapeut en supervisor CGW binnen de afdeling medische psychologie in ziekenhuis Tjongerschans met daarnaast jarenlange werkervaring binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie.

In *Iedereen kan het verschil maken* deelt klinisch psycholoog en ervaren traumatherapeut Leony Coppens inzichten over trauma en veerkracht, geïllustreerd met persoonlijke verhalen en inspirerende praktijkvoorbeelden. Als je dit boek hebt gelezen, dan begrijp je wat de impact is van trauma en opgroeien in onveiligheid en stress: hoe dit invloed heeft op hoe je naar jezelf, de ander en de wereld kijkt en hoe het je gedrag, persoonlijkheid en verdere leven vormt. Je leest ook waar deze kinderen hun veerkracht vandaan halen en hoe je als behandelaar, leraar, ouder van een vriendje of buurvrouw (lees: als mens) een positieve impact kunt hebben op het leven van deze kinderen. Jij kunt het verschil maken.



Klimaatpsychologie – Hoe psychologie bijdraagt aan een duurzaam leven

Auteurs/redactie: Jaap van der Stel, Sara Helmink en Sara Wortelboer

ISBN: 9789024463855

Recensie door: Mariëtte ten Veldhuis is gz-psycholoog en cognitief gedragstherapeut, werkzaam bij Noordwest Ziekenhuisgroep en freelance docent bij RINO Amsterdam.

Dit boek beschrijft machteloosheid, angst, boosheid: voorbeelden van gevoelens die het klimaatprobleem bij onze patiënten én bij onszelf op kan roepen. In het eerste deel zetten de auteurs uiteen wat klimaatpsychologie omvat en welke plek dit binnen bestaande disciplines inneemt. Het vormt een theoretisch kader, wat soms even taai is om door te komen, maar waarbij langzamerhand een steeds concreter beeld ontstaat van wat klimaatpsychologie nou eigenlijk is en waarom het nodig is. Vervolgens wordt de informatie uit het boek een stuk concreter en praktisch toepasbaar. Beschreven staat hoe wij als psychologen kunnen bijdragen en wat we op verschillende vlakken kunnen betekenen: van onderwijs tot media, van klimaatemoties begrijpen, kaderen en, als het nodig is, behandelen, tot kennis en kunde over verandergedrag.



**Meer recensies lezen?
Scan de code.**



Terugblik op de studiedag 'Relight your fire'

Op 27 september organiseerden wij vanuit de sectie Werk & gezondheid de studiemiddag 'Relight your fire'. Aanleiding was de enquête over werkdruk, vitaliteit en veerkracht, waar meer dan zevenhonderd leden aan hadden deelgenomen. Daaruit bleek dat zorgverleners binnen de ggz veel werkdruk ervaren, maar tegelijkertijd ook veel voldoening en trots. Het omgaan met werkdruk voor hulpverleners is een actueel thema.

De studiemiddag werd geopend door Daniëlle van Gulp (team Heartbeats) om ons te inspireren over het thema veerkracht in de zorg. Daarna volgden de workshops over sensomotorische therapie (lichaamsgerichte interventies om werkdruk te verminderen), hypnotherapie voor jezelf en ACT in balans. Er werd met veel enthousiasme en deelgenomen aan de middag en de reacties waren positief. We kijken terug op een geslaagde studiemiddag!



Nieuwsgierig geworden? De presentatie en workshops kunnen nog online teruggekeken worden. Scan daarvoor de QR-code.

Bekijk de presentatie en workshops.

De nieuwe brochure 'Samen is alles beter, kom je mee naar therapie?'

Als sectie voelen we ons verbonden met het thema van het afgelopen najaarscongres: *Breaking the silence*. We merken dat het betrekken van een partner of een naaste bij de behandeling nog geen standaard is tijdens cognitieve gedragstherapie. Echter, psychische klachten heb je niet alleen: ook je directe leefomgeving wordt ermee geconfronteerd. Om iedereen uit te nodigen om hiervoor aandacht te hebben, hebben we als hulpmiddel een brochure geschreven voor jou als therapeut, voor de cliënt en voor diens naaste.

Een greep uit de tekst: "Als partner, familie of goede vriend kun je een belangrijke bijdrage hebben in de behandeling. We weten uit onderzoek dat wanneer naasten al vroeg in de behandeling betrokken worden, er sneller herstel optreedt en de kans groter is dat nieuwe patronen bestendigen. Deze betrokkenheid helpt om gevoelens als machteloosheid, verdriet en boosheid (bij cliënt en naaste) te verminderen waardoor mogelijke negatieve onderlinge interacties verminderen

wat het herstel ten goede komt."

Bekijk en download de brochure door de QR-code te scannen.



Download de brochure.



Ook wij behandelaren zijn nooit te oud om te leren

Met grote interesse lezen we vanuit de sectie Ouderen het artikel 'Nooit te oud voor therapie' in het vorige VGct magazine. Wat fijn dat dergelijke succesverhalen rondom het behandelen van ouderen een plek hebben in het magazine. De leden van de sectie keken er niet van op dat deze behandeling zo goed uitpakte. We hebben de ervaring dat juist ouderen erg gemotiveerd kunnen zijn om de laatste jaren van hun leven waardevol te laten verlopen. Hiervoor zijn ze bereid bij te sturen op hun gedrag, gedachten en gevoelens. Het is uit onderzoek ook al meermaals gebleken dat behandelen minstens net zo goed werkt bij ouderen als bij jongere volwassenen. Mooi was het dus om te lezen dat ook behandelaren, die niet specifiek gericht zijn op het werken met ouderen, zulke mooie (leer)ervaringen op kunnen doen. Dan blijkt maar weer, ook wij zijn nooit te oud om te leren! Dus wie volgt?

Ontbijtsessie sectie Positieve CGT: Positiviteit in relaties en relatietherapie

De sectie Positieve CGT nodigt je uit voor een ontbijtsessie op 29 januari – dit keer met Aerjen Tamminga, over positiviteit in relaties en relatietherapie. Hij zal de kracht van positieve technieken binnen relatietherapie belichten, bekeken door de lens van *Integrative Behavioral Couple Therapy*. Je zult weer gevoed worden met praktische positieve technieken die je kunt gebruiken in partnergesprekken en relatietherapie: onder andere oefeningen voor verbindende emoties, positief herformuleren, ontschuldigen en normaliseren. Onze sectie wil handvatten bieden aan therapeuten die klachtgericht werken, om naast de klacht aandacht te besteden aan wat er al goed gaat in het leven (Model of Sustainable Mental Health, Bohlmeier & Westerhof, 2021). De ontbijtsessie duurt van 9.00 tot 9.45 uur. Je kunt je inschrijven via de QR-code.



Schrijf je in voor de ontbijtsessie.

Zet grensoverschrijdend gedrag op de kaart

Naar aanleiding van een onderzoek naar grensoverschrijdend gedrag onder coassistenten (2022), ontwikkelde de Co-Raad van het LUMC in Leiden het Grensoverschrijdend Gedrag-kaartspel. Geïnspireerd door dit spel heeft het bestuur van de sectie Supervisoren een eigen versie ontwikkeld. Met deze versie is het onderwerp 'grenzen' op een speelse manier bespreekbaar gemaakt onder supervisoren tijdens een precongresworkshop van het Najaarscongres. Supervisoren kregen inzicht in hun eigen grenzen en die van anderen. Het sectiebestuur wil dit spel de komende tijd verder vormgeven en ervoor zorgen dat het beschikbaar wordt voor alle VGCT-leden.

Effectiviteit en verdraagbaarheid van I-CBT (voorheen IBA) in vergelijking met CGT voor mensen met een dwangstoornis

Inference Based Cognitive Behavior Therapy (I-CBT) leert mensen met dwangklachten om zich als hun obsessie opspeelt, op dezelfde manier op waarneming te baseren als dat zij dat doen in neutrale situaties. Er komt geen exposure met responspreventie (ERP) aan te pas. In een Nederlandse studie (N=197, zie QR) is getoetst of twintig sessies I-CBT even effectief (*non-inferior*) is als twintig sessies CGT en of het beter verdragen wordt. *Non-inferiority* kon niet aangetoond maar ook niet uitgesloten worden. In beide behandelcondities werd een grote, blijvende vooruitgang op alle uitkomstmaten gemeten zonder dat een van beide therapieën superieur was. I-CBT bleek wel veel beter verdragen te worden dan CGT en is daarmee een veelbelovend alternatief voor mensen met dwangklachten die bezwaar hebben of erg opzien tegen ERP, of dit niet vol kunnen houden. Het hoofdartikel over deze studie vind je via de QR-code.



Lees het artikel.



UITGELICHT

Kort nieuws en agenda



Per 2025: intervisie ook nascholing

Vanaf 1 januari 2025 mag intervisie meetellen als nascholing van cgt'ers en cgw'er. Dit zijn de voorwaarden:

- De intervisiegroep bestaat uit drie t/m tien cgt'ers en/of cgw'ers (dit mag een gemengde groep zijn);
- De intervisiegroep heeft minimaal vijf bijeenkomsten per jaar;
- Eén bijeenkomst staat voor één nascholingspunt;
- Per herregistratieperiode mogen maximaal tien nascholingspunten meetellen voor het volgen van intervisie.

Doe er je voordeel mee!

14 JANUARI
ONLINE

Supervisorencursus CGW (cgw'er) bijeenkomst 2

29 JANUARI
ONLINE

Ontbijtsessie Positieve CGT

Leer deze ochtend alles over het inzetten van positieve technieken binnen relatietherapie met gastspreker relatietherapeut Aerjen Tamminga.

7 FEBRUARI
VEENENDAAL

Symposium Onontgonnen terrein

Over uitzonderlijkheidswanen, psychose en LVB, forensische zorg en psychose, POD en meer, door de sectie SAABB.

11 FEBRUARI
ONLINE

Supervisorencursus CGW (cgw'er) bijeenkomst 3

4 MAART
UTRECHT

Supervisorenintervisie CGW (cgw'er) bijeenkomst 4 (afsluiting)

21 MAART
VEENENDAAL

VGCT-voorjaarscongres 2025 'The heat is on!'

Heb je genoten op het afgelopen NJC 2024? Zet dan snel het VJC 2025 in je agenda!

Meer informatie en inschrijven: vgct.nl/agenda



Petit BamBou

Even een adempauze

Eenvoudige ademhalingsoefeningen kunnen voor verlichting zorgen bij stress en spanningsklachten. Lees meer over de impact van stress en wat je kunt doen.

De impact van stress

Chronische stress is een van de factoren waardoor een korte borstademhaling kan ontstaan. Als je 'hoog' ademt, met je borstkas, veroorzaak je onbewust een ademtekort. Er wordt minder zuurstof opgenomen en kooldioxide wordt niet volledig afgevoerd. Dit heeft een negatieve invloed op onder meer onze stofwisseling en zelfherstellend vermogen.

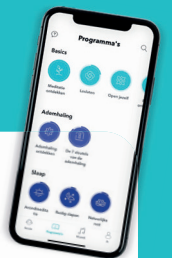
Het belang van goed ademen

Een goede ademhaling bevordert de ontspanning. Het stimuleert de nervus vagus, een onderdeel van het zenuwstelsel dat zorgt voor rust en herstel van het lichaam. Via neurostimulatie zorgt de nervus vagus voor de productie van stoffen als dopamine, noradrenaline en serotonine, wat ook invloed heeft op onze emotionele en cognitieve toestand.

Door ademhalingsoefeningen te doen, geef je een extra stimulans aan de nervus vagus om emoties te reguleren en tot rust te komen. Alsof je jezelf even een pauze geeft.

Oefenen met Petit BamBou

De app Petit BamBou biedt vele ademhalingsoefeningen aan. En vele mindfulness-oefeningen waarbij de focus op de ademhaling als een van de technieken toegepast wordt. Simpel in gebruik en daardoor een ideale ondersteuning in het dagelijks leven van jou en je cliënten.

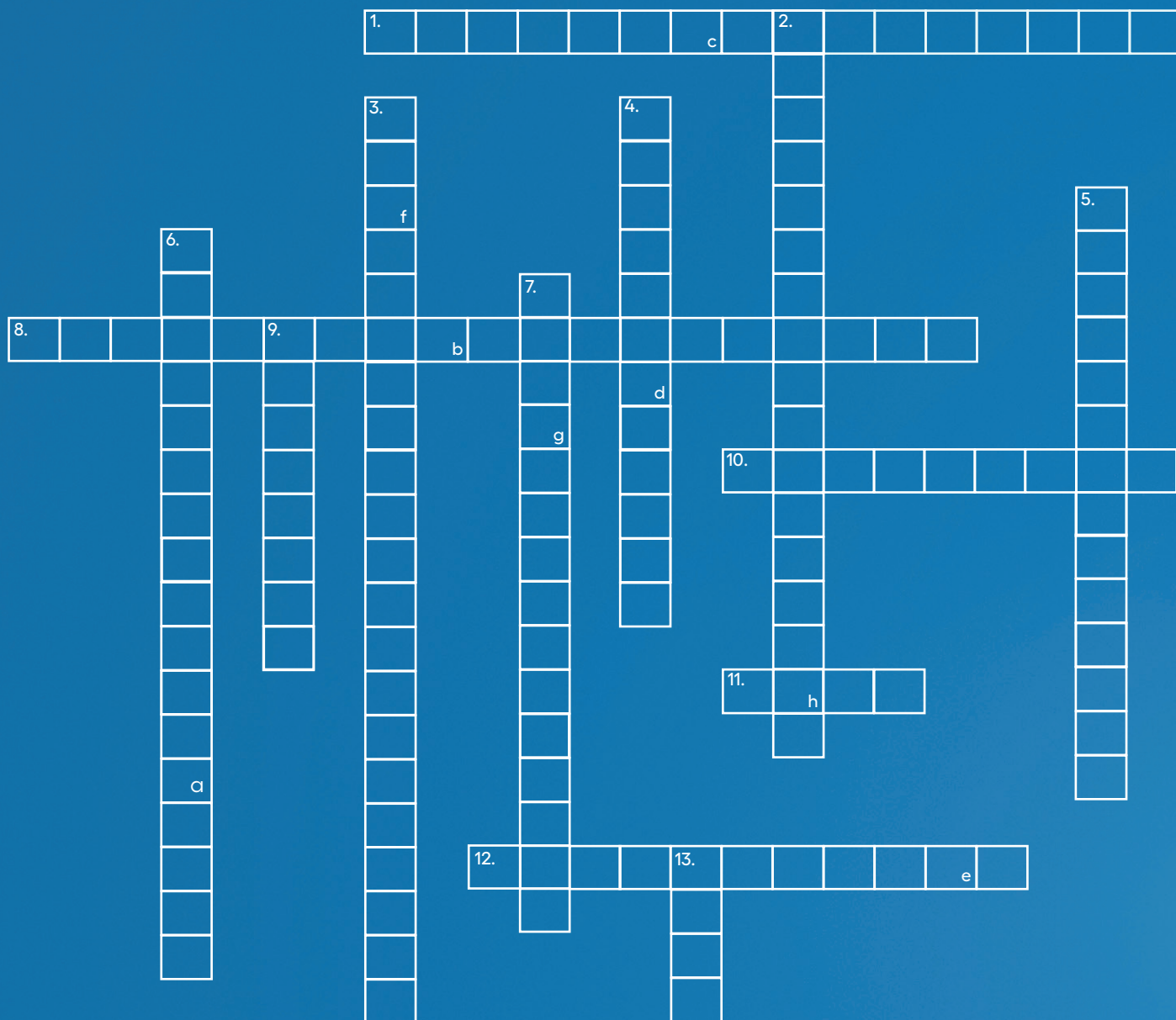


Ademhalen met Petit BamBou

- De meditatie-app Petit BamBou heeft al meer dan 10 miljoen gebruikers in Europa begeleid bij meditatie- en ademhalingsoefeningen
- Naast basisoefeningen komen veel verschillende thema's aan bod: stress, slaap, angst, zelfvertrouwen...
- Alle meditaties worden ontwikkeld met artsen, psychologen en mindfulness-trainers.
- Gratis kennismakingssessies voor kinderen en volwassenen (en onbeperkt!).

Zelf ook eens proberen?
Vind de app op iOS, Android
en petitbambou.com.
Of download meteen hier:





Stuur je oplossing en een foto van de ingevulde puzzel naar welkom@vlokhovenopleidingen.nl. Onder alle correcte inzendingen wordt één GGZ boekenpakket verloot t.w.v. €150.

Horizontaal

1. Leer van de psychische ziekte.
8. Testen van nieuwe gedragingen en gedachten om vastgeroeste opvattingen te doorbreken.
10. Meest voorkomende stoornis bij CGT-behandeling.
11. Een van de grondleggers van CGT.
12. Oefening om op een niet-oordelende manier aandacht te besteden aan het huidige moment.

Oplossing

a	b	c	d	e	f	g	h
---	---	---	---	---	---	---	---

Verticaal

2. Visualisatietechniek om een probleem in onderdelen te splitsen.
3. Omzetten van ongewenst naar gewenst gedrag door associatie.
4. Stroming waar CGT onder valt.
5. Aanleren van associaties.
6. Ontlopen van gevreesde situaties.
7. Therapeutische werkwijze die zich richt op het veranderen van gedragspatronen.
9. Gebeurtenis, Gedachten, Gevoelens, Gedrag en Gevolg.
13. Analyse van gedrag en gevolgen.