

Woensdag 3 april 2019

16:00 - 17:30 uur

SYMPOSIA

S11 Op weg naar een betere herkenning van bipolaire stoornissen in de toekomst – noodzaak en adviezen voor de klinische praktijk

De bipolaire stoornis wordt gemiddeld 10 jaar na aanvang van de klachten gediagnosticeerd. Effectieve behandelinterventies worden daardoor te laat ingezet en zijn mogelijk minder effectief in de latere fase van de stoornis. Progressieve neurobiologische veranderingen in de hersenen zouden hierbij een rol kunnen spelen. Onderkenning van de tendens tot ziekteprogressie heeft geleid tot de ontwikkeling van stadiëringsmodel van de bipolaire stoornis (Kupka & Hillegers 2012). In dit symposium bespreken wij vanuit het perspectief van de clinicus de mogelijkheden en beperkingen van vroegtijdige herkenning van de bipolaire stoornis in de eerste stadia van dit model, aangevuld met een beschouwing vanuit het cliëntperspectief, en geven aanbevelingen voor de praktijk.

S11.1

Waarom is tijdige herkenning van bipolaire stoornissen van belang?

Drs. Marc Lochmann van Bennekom ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Pro Persona

Achtergrond

De diagnose bipolaire stoornis (BS) wordt gemiddeld pas na 10 jaar gesteld, vaak na jaren van stemmingklachten waarbij (hypo)manische episoden veelal niet als zodanig worden herkend (Drancourt e.a. 2013). Het belang van tijdige herkenning en behandeling van (onder andere) de BS wordt breed onderkend door behandelaars, onderzoekers, zorgverzekeraars en niet in de laatste plaats de patiënten en naastbetrokkenen.

Doel

In deze inleidende voordracht wordt het belang van tijdige herkenning van de BS toegelicht. Daarnaast wordt, gebaseerd op het stadiëringsmodel (Kupka & Hillegers 2012), een kader geboden voor de verdere bespreking in dit symposium van mogelijkheden en beperkingen van tijdige herkenning van de BS in de verschillende stadia.

Methoden

Literatuuroverzicht.

Resultaten

Er zijn aanwijzingen dat farmacologische en psychosociale interventies effectiever zijn in vroege stadia van de BS (Joyce e.a. 2016). Verder blijkt dat met toename van het aantal stemmingsepisoden de kans op terugval naar een nieuwe episode toeneemt (Berk e.a. 2011a). Progressieve neurobiologische veranderingen in de hersenen spelen hierbij mogelijk een rol (Berk e.a. 2011b).

Conclusie

Er is een groot klinisch en maatschappelijk belang het diagnostisch delay bij de BS te bekorten.

Literatuurverwijzing

Berk M, Brnabic A, Dodd S, Kelin K, Tohen M, Malhi GS, e.a. Does stage of illness impact treatment response in bipolar disorder? Empirical treatment data and their implication for the staging model and early intervention. *Bipolar Disord* 2011a; 13: 87-98. Berk M, Kapczinski F, Andreazza AC, Dean OM, Giorlando F, Maes M, e.a. Pathways underlying neuroprogression in bipolar disorder: Focus on inflammation, oxidative stress and neurotrophic factors. *Neurosci Biobehav Rev* 2011b; 35: 804-17. Drancourt N, Etain B, Lajnef M, Henry C, Raust A, Cochet B, e.a. Duration of untreated bipolar disorder: Missed opportunities on the long road to optimal treatment. *Acta Psychiatr Scand* 2013; 127: 136-44. Joyce K, Thompson A, Marwaha S. Is treatment for bipolar disorder more effective earlier in illness course? A comprehensive literature review. *Int J Bipolar Disord* 2016; 4: 19. Kupka RW, Hillegers MH. Stagering en profilering bij bipolaire stoornissen. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 949-56.

S11.2

Stadium 0, at risk: predisponerende factoren voor bipolariteit, focus op neurobiologie

Dr. Max de Leeuw ^{p1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Leids Universitair Medisch Centrum
2. Rivierduinen

Achtergrond

De neurobiologische veranderingen die worden vooraf gegaan aan de bipolaire stoornis zijn onderzocht in eerstegraads familieleden die een sterk verhoogd risico hebben op de ontwikkeling van de ziekte. Zij delen genen die verwant zijn aan de bipolaire stoornis met hun aangedane familielid. Onder andere ontwikkelen mensen vóór het ontstaan van een bipolaire stoornis specifieke activiteitspatronen in bepaalde hersengebieden.

Doel

Inzicht verkrijgen in neurobiologische voorstadia van de bipolaire stoornis door middel van hersenscans (neuro-imaging).

Methoden

Functionele MRI bij eerstegraads familieleden van bipolaire patiënten die een sterk verhoogd risico hebben op de ontwikkeling van de ziekte (stadium 0).

Resultaten

De niet-zieke kinderen van bipolaire patiënten vertonen op een hersenscan hogere amygdala-activiteit tijdens emotieverwerking vergeleken met kinderen van ouders zonder stoornis. Deze afwijking in amygdala-activiteit wordt ook gevonden bij patiënten met een bipolaire stoornis maar ook bij hun broers en zussen.

Conclusie

De amygdala is onderdeel van het fronto-limbische netwerk en is betrokken bij emotieregulatie. De bevindingen in dit netwerk in eerstegraads familieleden suggereren dat deze gerelateerd zijn aan de kwetsbaarheid voor een bipolaire stoornis. Of deze neuro-anatomische veranderingen bij mensen met een verhoogd risico voor een bipolaire stoornis daadwerkelijk bruikbaar zijn voor vroege herkenning zal in de toekomst moeten blijken.

Literatuurverwijzing

Craddock N, Jones I. Genetics of bipolar disorder. *J Med Genet.* 1999 Aug;36(8):585-94. Olsavsky AK, Brotman MA, Rutenberg JG, Muhrer EJ, Deveney CM, Fromm SJ, Towbin K, Pine DS, Leibenluft E. Amygdala hyperactivation during face emotion processing in unaffected youth at risk for bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012 Mar;51(3):294-303. Surguladze SA, Marshall N, Schulze K, Hall MH, Walshe M, Bramon E, et al. Exaggerated neural response to emotional faces in patients with bipolar disorder and their first-degree relatives. *Neuroimage* 2010; 53: 58-64.

S11.3

Herkenning in het prodromale stadium bij (jong)volwassen

Dr. Eline Regeer ^{p1} / PhD Eva Maassen

P: Presenterende auteur / spreker

1. Altrecht GGZ

Achtergrond

De lange tijd tussen de eerste stemmingsepisode en het stellen van de diagnose en start van de behandeling kan deels verklaard worden doordat de eerste episode in 40-60% van de gevallen een depressie is. Bezien vanuit het stadiëringsmodel voor bipolaire stoornissen bevinden deze mensen zich nog in stadium 1 en is de diagnose bipolaire stoornis per definitie nog niet te stellen, reden waarom een depressieve stoornis wordt gediagnosticeerd. Analoog aan de vroege herkenning van psychotische stoornissen wordt ook bij de bipolaire stoornis gezocht naar een risicoprofiel voor patiënten met een verhoogde kans om een bipolaire stoornis te ontwikkelen.

Doel

Verhelderen van het bipolaire prodroom en het risicoprofiel voor de bipolaire stoornis.

Methoden

Literatuur onderzoek, resultaten uit het NEMESIS onderzoek en kwalitatief onderzoek bij 15 mensen met een eerste manie en hun naastbetrokkenen naar de prodromale symptomen in het jaar voor de eerste manie.

Resultaten

Bechdolf en collega's (2014) onderzochten en valideerden een profiel van 'bipolar at-risk' (BAR) criteria. Dit profiel betreft mensen in de leeftijd van 15-25 jaar die in de afgelopen 12 maanden voldeden aan tenminste een van de volgende criteria: - Subsyndromale manie - Depressie met cyclothyme kenmerken - Depressie en een 1e graads familielid met een bipolaire stoornis. In een follow-up periode van 12 maanden ontwikkelde 14.3% van de jongeren die voldeden aan de BAR criteria een bipolaire stoornis versus geen van de jongeren die hieraan niet voldeden. In het onderzoek in de Nederlandse bevolking naar het voorkomen van psychische stoornissen (NEMESIS) waren geïsoleerde lifetime manische kenmerken voorspellend voor zowel het ontwikkelen van een depressie (17.9%) als een manie (7.1%) in de follow-up periode van 3 jaar (Regeer e.a. 2006). Uit het kwalitatieve onderzoek bleek dat er in het jaar voor de eerste manie zich openbaarde, veranderingen waren die scherper door de naasten dan door de patiënten geformuleerd konden worden. Naast milde manische symptomen (emotionele instabiliteit, bewijsdrang, verhoogde activiteit, meer praten, wisselende energie en slapeloosheid) werd genoemd dat persoonlijkheidstrekken en gedragspatronen zich versterkten.

Conclusie

Voor herkenning en behandeling in het prodromale stadium zijn er vooralsnog weinig klinisch toepasbare aanknopingspunten. Belangrijke mogelijkheden liggen bij een betere herkenning van een bipolaire stoornis bij mensen die zich aanmelden met depressieve klachten door zorgvuldige (hetero)anamnese gericht op (subtiele) manische symptomen, de familiale belasting en toepassing van screeningsinstrumenten.

Literatuurverwijzing

Bechdolf A, Ratheesh A, Cotton SM, Nelson B, Chanen AM, Betts J, e.a. The predictive validity of bipolar at-risk (prodromal) criteria in help-seeking adolescents and young adults: A prospective study. *Bipolar Disord* 2014; 16: 493-504. Regeer EJ, Krabbendam L, de Graaf R, ten Have M, Nolen WA, van Os J. A prospective study of the transition rates of subthreshold (hypo)mania and depression in the general population. *Psychol Med* 2006; 36: 619-27.

S11.4

Hoe kunnen we de bipolaire stoornis zo adequaat mogelijk (h)erkennen?

Bart Geerling p¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Dimence

Achtergrond

Uit onderzoek blijkt dat de bipolaire stoornis vaak slecht herkend wordt. Screeningsinstrumenten zoals de MDQ zijn voorgesteld als mogelijke ondersteuning om een bipolaire stoornis eerder te herkennen en te diagnosticeren. Aan de andere kant is zijn er ook aanwijzingen dat er soms sprake is van overdiagnostiek.

Doel

Het bespreken van de (on)bruikbaarheid van de MDQ bij het herkennen van bipolaire stoornissen. En het bespreken van het risico op onder- en overdiagnostiek bij bipolaire stoornissen.

Methoden

Literatuuroverzicht.

Resultaten

Verschillende onderzoeken naar de waarde van de MDQ als screeningsinstrument in de herkenning van de bipolaire patiënten concludeerden dat de MDQ een bruikbaar instrument is om te differentiëren tussen unipolaire depressies en bipolaire stoornissen, en daarom een plek verdient in de psychiatrische praktijk. In een studie onder patiënten van vijf ambulante stemmingspoliklinieken is voor de MDQ een redelijke sensitiviteit (0,73) en een goede specificiteit (0,90) gevonden (Hirschfeld et al., 2000)¹. Bij de bruikbaarheid van de MDQ zijn echter ook vraagtekens gezet. Zimmerman (2012) concludeerde dat eerdere onderzoekers de MDQ ten onrechte hebben gebruikt hebben als een diagnostisch instrument². Daardoor zijn er onterechte conclusies getrokken uit diverse onderzoeken. De validiteit van de MDQ als screeningsinstrument in het herkennen van een lifetime-bipolaire stoornis wordt verder beperkt omdat het goed mogelijk is er recente (hypo)manische episoden mee te herkennen, maar niet (hypo)manische episoden langer geleden. Daarnaast bestaat er, naast het risico op onderdiagnostiek, ook een risico op overdiagnostiek (Zimmerman, Ruggero, Chelminski & Young, 2008) hetgeen betekent dat er in de diagnostische fase eisen gesteld moeten worden aan de professional die de intake uitvoert.

Conclusie

Het gebruik van de MDQ is alleen dan adequaat als deze gebruikt wordt als screeningsinstrument in risicogroepen (zoals patiënten met depressies) en wanneer deze herhaald gebruikt wordt, waarbij er bij een positieve screeningsuitkomst aanvullend psychiatrisch onderzoek dient plaats te vinden om te bepalen of echt sprake is van een bipolaire stoornis. Om over- en onderdiagnostiek te voorkomen dienen er eisen te worden gesteld aan de professionals in de intakefase .

Literatuurverwijzing

1. Hirschfeld, R.M.A., et al. Am J Psychiatry. 2000; 157: 1873-1875.
2. Zimmerman M. Bipolar Disorders. 2012; 14: 127-134.
3. Boschloo L., et al. J Aff Disorders. 2013; 151: 203-208.
4. Zimmerman, M., Ruggero, J., Chelminski, I., & Young, D., Journal of Clinical Psychiatry. 2008; 69; 935-940

S11.5

Wat zijn de voor- of nadelen van vroege herkenning van de bipolaire stoornis voor de cliënt?

Drs. Ing. Marieke van Eijkelen ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen

Achtergrond

Vanuit het cliëntperspectief is tijdige herkenning en behandeling van de bipolaire stoornis een belangrijk thema. Naast de voordelen die inspanningen tot betere herkenning kunnen hebben zijn hieraan ook risico's en ethische dilemma's verbonden. Beide aspecten zullen hier aan bod komen.

Doel

Verhelderen van de voor- of nadelen van vroege herkenning van de bipolaire stoornis vanuit het cliëntperspectief.

Methoden

Cliëntperspectief, ervaringen en wensen met betrekking tot vroege herkenning en/of behandeling zullen worden uitgediept aan de hand van casuïstiek. Tevens zullen de risico's en ethische dilemma's die hieraan verbonden zijn besproken worden.

Resultaten

Tijdige herkenning en behandeling van een bipolaire stoornis kunnen bijdragen zelfregie, zelfcontrole en zelfvertrouwen te hervinden. Eerdere bekendheid met de diagnose en de bijbehorende verschijnselen kan de omvang en gevolgen van verstoorde sociale omgeving (gezin, familie, vriendenkring, opleiding of werk) beperken. De bipolaire stoornis debuteert vaak in een fase waarin school of vervolgopleiding belangrijk zijn. Stemningswisselingen kunnen studieprestaties belemmeren en leiden tot geen of een onvoltooide (vervolg)opleiding. Tijdige herkenning en behandeling kan een gunstig effect hebben op de studieresultaten. Een vroege diagnose bipolaire stoornis plaatst iemand in een andere, niet-normale categorie, wat (zelf)stigma kan bevorderen. Ook medicatie en bijwerkingen daarvan kunnen hieraan bijdragen. Daarnaast kan een vroege diagnose er voor zorgen dat er te weinig naar iemands kwaliteiten wordt gekeken en teveel op de stoornis wordt ingezoomd.

Conclusie

Potentiele voordelen van vroege herkenning zijn meer 'grip op jezelf', minder verstoorde sociale verhoudingen door beter begrip, en minder problemen met voltooien van school en opleiding. Potentiele nadelen van vroege herkenning zijn risico op (zelf)stigma en vroeg in een ziekterol terecht komen. Prospectief wetenschappelijk onderzoek zal de verwachting moeten bevestigen dat vroege herkenning van de bipolaire stoornis de lijdensdruk zal verminderen en tot betere behandeluitkomsten zal leiden. Waarbij het voor de cliënt belangrijk is of en zo ja welke behandeling passend en wenselijk is.

Literatuurverwijzing

-

S11.6

Vroeg detectie van bipolaire stoornissen; werkt een screeningsinstrument bij een hoog risico populatie?

Prof. dr. Manon Hillegers^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis

Achtergrond

Bij veel patiënten met een bipolaire stoornis begon de stoornis reeds tijdens de vroege adolescentie met milde stemmingsklachten. Deze klachten vertonen echter overlap met 'normale' puberteitskenmerken en blijken pas retrospectief prodromen te zijn van een zich ontwikkelende bipolaire stoornis. De behoefte aan een goed screeningsinstrument voor de vroeg detectie van bipolaire stoornissen wordt breed gedragen, maar is nog niet beschikbaar.

Doel

- Overzicht presenteren van huidige stand van zaken rondom beschikbare vroeg detectie instrumenten voor bipolaire stoornissen.
- Resultaten van vroeg detectie met General Behavior Inventory (GBI) in kinderen van ouders met een bipolaire stoornis.
- Plannen voor screening met behulp van MARIO check in MARIO studie presenteren.

Methoden

Aan de hand van recente literatuur, resultaten van The Dutch Bipolar Offspring Study (DBOS) en de plannen vanuit de MARIO studie zal worden stilgestaan bij de mogelijkheden van screenen op bipolaire stoornissen bij hoog risico populaties. In de DBOS werd ontwikkeling van psychopathologie bij 140 kinderen van een ouder met een bipolaire stoornis gedurende vier metingen nauwkeurig vastgesteld, tevens vulden de deelnemers de GBI-zelfinvulvragenlijst in. Areas under the curve (AUC) werden berekend om na te gaan of de GBI kan differentiëren tussen deelnemers met en zonder een bipolaire stoornis op de vierde meting.

Resultaten

Resultaten van de DBOS studie laten zien dat de AUC's van de GBI voor de detectie van bipolaire stoornissen variëren van .70 tot .92 over de 4 metingen. Hierbij hebben de depressieve kenmerken op jonge leeftijd een belangrijke voorspellende waarde. De odds-ratio voor de ontwikkeling van een bipolaire stoornis gedurende 12 jaar follow-up was 1.14 (CI 1.03-1.26). Binnen de MARIO studie zal gebruikt gemaakt worden van de MARIO check die is samengesteld uit vragen vanuit het depressieve en manische domein.

Conclusie

Op basis van recente literatuur wordt duidelijk dat zowel depressieve als milde manische kenmerken in een hoog risico populatie voorspellend zijn voor de ontwikkeling van een bipolaire stoornis. De populatie, informant en context waarin deze klachten zich presenteren en hoe ze gemeten worden zijn hierbij van groot belang.

Literatuurverwijzing

Mesman E, Youngstrom EA, Juliana NK, Nolen WA, Hillegers MHJ. Validation of the Seven Up Seven Down Inventory in bipolar offspring: screening and prediction of mood disorders. Findings from the Dutch Bipolar Offspring Study. *J Affect Disord.* 2017 Jan 1;207:95-101. Maciejewski D, Hillegers M, Penninx B. Offspring of parents with mood disorders: time for more transgenerational research, screening and preventive intervention for this high-risk population. *Curr Opin Psychiatry.* 2018 Jul;31(4):349-357.

S12 Naar een persoonlijke, trans-diagnostische psychiatrie met de experience sampling methode

In de psychiatrie van de (nabije) toekomst zullen diagnostiek en behandeling vooral vanuit een trans-diagnostisch perspectief worden benaderd. Een dimensionele, dynamische benadering van psychisch functioneren vraagt om meetinstrumenten die persoonlijke kwetsbaarheden en kracht in kaart brengen en meten hoe deze variëren in reactie op dagelijkse ervaringen. De Experience Sampling Methode (ESM) is een mobile health-meetmethode waarbij een app (bijv. de PsyMate™) wordt gebruikt om klinisch relevante ervaringen, zoals betekenisvolle variatie in stemming en gedrag, te beoordelen in de dagelijkse context. ESM biedt hiermee mogelijkheden voor een dimensionele diagnostiek en behandeling op maat. In dit symposium zal met verschillende studies worden geïllustreerd hoe brede, trans-diagnostische kwetsbaarheden zoals stressgevoeligheid, angst en psychotische ervaringen gemeten met ESM bijdragen aan inzicht in onderliggende mechanismen, en hoe dit beïnvloed wordt door therapeutische interventies.

S12.1

Stress- en cortisolreactiviteit bij volwassenen met ASS en gezonde controles

drs. Kim van der Linden ¹ / dr. Claudia Simons ^{1,2} / dr. Machteld Marcelis ^{1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGzE
2. Maastricht University

Achtergrond

Personen met een autismespectrumstoornis (ASS) zijn kwetsbaarder voor stress (1) en beschikken over minder vaardigheden om met stress om te gaan (2). Diverse studies hebben aangetoond dat, bij kinderen met ASS, een verhoogde activiteit aanwezig is in de hypothalamus-hypofyse-bijnier-as (HPA-as) tijdens stressvolle gebeurtenissen (3, 4). Ondanks dat in de klinische praktijk aanwijzingen gezien worden voor moeite met het hanteren van stress bij volwassenen met ASS, weten we nog weinig over de interactie tussen negatief affect en dagdagelijkse stress, ofwel stressreactiviteit, en de samenhang met fysiologische reactiviteit. Om meer inzicht te krijgen in de fenomenologie van stressreactiviteit bij volwassenen met ASS hebben we gebruik gemaakt van de Experience Sampling Method (ESM), een gestructureerde dagboektechniek.

Doel

Het hoofddoel van de huidige studie was om te onderzoeken of dagdagelijkse stressoren, groep en hun interactie van invloed zijn op negatief affect (NA) en cortisolrespons. Daarnaast werd onderzocht of er een samenhang bestaat tussen fysiologische en psychologische reactiviteit op stress.

Methoden

Het betreft een observationele studie, waarbij een groep van 50 volwassenen met ASS vergeleken is met 51 gezonde controles. Gedurende 10 dagen zijn participanten gevraagd om meerdere keren per dag, na een willekeurig signaal op hun smartphone, de vragenlijst in te vullen die de applicatie (PsyMate) weergeeft. Om meer zicht te krijgen op fysiologische stressreactiviteit werden, naast ESM, speekselmonsters afgenomen om de mate van het stresshormoon cortisol te meten.

Resultaten

Multilevel analyses laten zien dat stress tijdens activiteiten, groep en hun interactie een significant effect heeft op veranderingen in NA. Hetzelfde effect wordt gevonden voor stress door gebeurtenissen. Beide stressoren hebben een sterkere associatie in de ASS-groep. Ondanks dat er significant hoofdeffect is van sociale stress op NA, werd er geen significante interactie gevonden tussen sociale stress en groep op NA. Desondanks blijkt er wel een significant effect van sociale stress, groep en hun interactie op cortisolrespons. Hierbij werd een daling van cortisol gezien bij de ASS-groep, terwijl er een stijging was bij de controlegroep. Na verdere analyses bleken deze associaties niet significant voor zowel de ASS-groep als de controles. Verder zijn er geen significante effecten van stress door activiteiten en gebeurtenissen op cortisolrespons. Tenslotte blijkt cortisol een mediërend effect te hebben op de associatie tussen stress en NA.

Conclusie

Dagdagelijkse stressoren leiden tot een hoger NA in beide groepen. Volwassenen met ASS rapporteren een hoger NA door stress tijdens activiteiten en gebeurtenissen in vergelijking met controles. Er zijn enige aanwijzingen gevonden voor een verminderde reactie van de HPA-as tijdens sociale stress bij ASS, echter niet significant. Daarentegen blijkt cortisol een mediërende rol te spelen in stressreactiviteit.

Literatuurverwijzing

1. Baron, M.G., Lipsitt, L.P., & Goodwin, M.S. (2006). Scientific foundations for research and practice. In M.G. Baron, J. Groden (Eds.) & G. Groden & L. Lipsitt (Ed.), *Stress and coping in autism* (pp. 42-67). New York, NY, US: Oxford University Press.
2. White, S.W., Oswald, D., Ollendick, T., Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology Review*, 29(3):216-29.
3. Spratt, E.G., Nicholas, J.S., Brady, K.T., Carpenter, L.A., Hatcher, C.R., Meekins, K.A., et al. (2012). Enhanced cortisol response to stress in children in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(1):75-81.
4. Corbett, B.A., Schupp, C.W., Lanni, K.E. (2012). Comparing biobehavioral profiles across two social stress paradigms in children with and without autism spectrum disorders. *Molecular Autism*, 3(1):13.

S12.2

Stressgevoeligheid en neuroticisme bij autismespectrumstoornissen

drs. Jeroen van Oosterhout ^{p1} / dr. Claudia Simons ^{1,2} / dr. Marcelis Marcelis ^{1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGzE
2. Maastricht University

Achtergrond

Neuroticisme is een algemene risicofactor voor het ontwikkelen van psychische klachten. Bij autismespectrumstoornissen (ASS) speelt stressgevoeligheid een belangrijke rol, maar er is binnen deze groep geen eerder onderzoek naar de associatie tussen stressgevoeligheid als trek (neuroticisme) en affectieve reacties op dagelijkse stressoren.

Doel

Het doel van dit onderzoek was om (1) neuroticisme in patiënten met ASS te vergelijken met gezonde controles en om in deze twee groepen te onderzoeken (2) hoe neuroticisme samenhangt met affectieve reacties op alledaagse stressoren in deze groepen en (3) welke impact neuroticisme heeft op negatief affect in verschillende sociale contexten.

Methoden

De studie werd uitgevoerd in een groep van 50 volwassenen met ASS en 51 gezonde controles. De patiënten werden geïncludeerd als zij een beperkte (max. 2 jaar) behandelgeschiedenis hadden. Neuroticisme werd gemeten met de NEO-FFI en negatief affect en stress werden gemeten met de experience sampling methode (ESM). Hierbij monitorde de proefpersonen 10 dagen lang hun dagelijks leven via een app. Met (multilevel) regressieanalyses werd onderzocht of de groepen verschilden in neuroticisme-scores en stressgevoeligheid (de samenhang tussen stress en negatief affect), welk effect neuroticisme had op de associatie tussen stress en negatief affect en welk effect neuroticisme had op negatief affect binnen verschillende sociale contexten (alleen, met bekenden, met minder bekende mensen).

Resultaten

Neuroticisme en stressgevoeligheid waren groter in patiënten met ASS dan in gezonde controles. Neuroticisme ging in beide groepen gepaard met een sterkere samenhang tussen stress en negatief affect, hoewel de interactie tussen neuroticisme en stress niet voor alle stressoren significant was. Bij patiënten met ASS was sprake van een toename van negatief affect wanneer zij in minder bekend gezelschap waren terwijl er bij gezonde controles geen associatie was tussen sociale context en negatief affect.

Conclusie

Patiënten met ASS scoren hoger op neuroticisme dan gezonde controles en dit gaat gepaard met een grotere stressgevoeligheid in het dagelijks leven. ESM levert inzicht in interacties tussen persoon en context en geeft daarmee specifiekere informatie over stressgevoeligheid dan neuroticisme-scores. Op het individuele niveau zou ESM als zelfmonitoring ingezet kunnen worden om individuele patronen van negatief affect in kaart te brengen, waardoor gerichtere interventies mogelijk worden.

Literatuurverwijzing

Hintzen, A., Delespaul, P., Van Os, J., & Myin-Germeys, I. (2010). Social needs in daily life in adults with pervasive developmental disorders. *Psychiatry Research*, 179:75-80. Jacobs, N., Van Os, J., Derom, C., Thiery, E., Delespaul, P., & Wichers, M. (2011). Neuroticism explained? From a non-informative vulnerability marker to informative person-context interactions in the realm of daily life. *British Journal of Clinical Psychology*, 50:19-32.

S12.3

Het ontrafelen van de risicofactor neuroticisme bij patiënten met een psychotische stoornis

drs. Digna Schilder¹ / dr. Claudia Simons^{1,2} / dr. Machteld Marcelis^{1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGzE
2. Maastricht University

Achtergrond

Patiënten met een psychotische stoornis hebben hogere neuroticisme-scores dan gezonde controles. Neuroticisme lijkt een risicofactor voor het ontstaan van psychotische stoornissen en is binnen psychotische stoornissen geassocieerd met meer positieve en emotionele symptomen en met een groter risico op terugval. Het is echter onduidelijk via welk mechanisme neuroticisme leidt tot psychische klachten, daarvoor is het nodig om neuroticisme te deconstrueren tot het niveau van alledaagse affectieve processen.

Doel

Te onderzoeken hoe neuroticisme zich uit in emotionele processen in het dagelijks leven van patiënten met een psychotische stoornis en om te onderzoeken of dit anders is dan in gezonde controles.

Methoden

Bij 66 patiënten met een psychotische stoornis en 75 gezonde controles werd neuroticisme gemeten met de Eysenck persoonlijkheidsschaal. Dagelijkse affectieve dynamische processen werden in kaart gebracht met de experience sampling methode (ESM). Met regressieanalyses werden associaties tussen neuroticisme en relevante affect dynamieken (positief en negatief affect, variabiliteit van affect, stressgevoeligheid, beloningservaring) onderzocht in patiënten en controles.

Resultaten

De regressieanalyses lieten een trendverschil zien tussen patiënten en gezonde controles: in patiënten droeg alleen negatief affect significant bij in het model van neuroticisme, terwijl in de controlegroep beloningservaring overeind bleef als voorspeller voor variatie in neuroticisme-scores.

Conclusie

Deze studie laat zien dat er mogelijk verschillen zijn in de manier waarop neuroticisme zich uit in dagelijkse affectieve processen in patiënten met een psychotische stoornis in vergelijking met gezonde controles. Neuroticisme is waarschijnlijk geassocieerd met een verstoorde emotieregulatie in het dagelijks leven. Interventies waarbij patiënten leren hun negatieve emoties beter te reguleren, verminderen mogelijk de mate van neuroticisme in patiënten waardoor psychische klachten minder zullen persisteren.

Literatuurverwijzing

Boyette L.L., Korver-Nieberg N., Verweij K., et al. (2013). Associations between the Five-Factor Model personality traits and psychotic experiences in patients with psychotic disorders, their siblings and controls. *Psychiatry Research*, 210:491-497. Komulainen E., Meskanen K., Lipsanen J., et al. (2014). The effect of personality on daily life emotional processes. *PLoS One*, 9:e110907.

S12.4

Stressgevoeligheid bij mensen met een verhoogd risico op een psychotische stoornis

dr. Yori van der Steen ¹ / Dr. Claudia Simons ¹ / Prof. dr. Inez Myin-Germeys ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGzE
2. KU Leuven

Achtergrond

Eerder onderzoek met de Experience Sampling Methode (ESM) vond dat stress reactiviteit in het dagelijks leven verhoogd is in psychotische patiënten (1) en hun onaangedane 1e graad familieleden (2). Verhoogde stressgevoeligheid is daarom mogelijk een onderliggend mechanisme voor transitie naar psychose. Recente ESM studies (3, 4) met groepen patiënten met verhoogd risico op psychose (CHR), psychotische patiënten en controles, onderschrijven dat verhoogde stressgevoeligheid al plaatsvindt voorafgaand aan het optreden van de eerste psychotische episode.

Doel

Het doel van de huidige studie was om meer bewijs vinden voor de hypothese dat verhoogde stressgevoeligheid een onderliggend mechanisme is voor het ontwikkelen van psychose. De associaties tussen dagelijkse stressoren en affectieve symptomen alsook psychotische symptomen werden onderzocht binnen en tussen de groepen met CHR patiënten, chronisch psychotische patiënten en gezonde controles. Tevens werd onderzocht of psychotische ervaringen zelf een bron van stress waren.

Methoden

De ESM methode werd gebruikt om de affectieve en psychotische reactiviteit voor dagelijkse onplezierige activiteiten, gebeurtenissen en sociale situaties te onderzoeken in 22 CHR patiënten, 24 chronisch psychotische patiënten en 26 gezonde controles.

Resultaten

Multilevel modellen laten zien dat associaties tussen negatief affect (NA) en activiteitstress significant sterker was in de groep CHR patiënten dan in chronisch psychotische patiënten ($p=0.008$) alsook de groep gezonde controles ($p<0.001$). Daarnaast was de associatie tussen activiteitstress en psychotische symptomen sterker in CHR patiënten dan in psychotische patiënten ($p=0.02$). Tevens werd gevonden dat dat psychotische symptomen een bron van stress zijn, en dat de associatie tussen NA en symptomen ($p<0.001$) sterker was in CHR patiënten dan in chronisch psychotische patiënten.

Conclusie

Stressgevoeligheid lijkt een belangrijke rol in de vroege fase van de ontwikkelingen van psychose te spelen, aangezien patiënten met een verhoogd risico op psychose gevoeliger zijn voor dagelijkse stressoren dan chronisch psychotische patiënten. In deze vroege fase dragen psychotische symptomen ook bij aan de ervaring van stress. Persoonlijke diagnostiek naar stressgevoeligheid met behulp van ESM in praktijk kan belangrijke aanwijzingen geven om de effectiviteit van (gepersonaliseerde) behandeling te vergroten.

Literatuurverwijzing

1. Myin-Germeys, I., Delespaul, P., van Os, J. (2005). Behavioural sensitization to daily life stress in psychosis. *Psychological Medicine*, 35:733-741. 2. Myin-Germeys, I., van Os, J., Schwartz, J.E., Stone, A.A., Delespaul, P. (2001). Emotional reactivity to daily life stress in psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 58:1137-1144. 3. Palmier-Claus, J.E., Dunn, G., Lewis, S.W. (2012). Emotional and symptomatic reactivity to stress in individuals at ultra-high risk of developing psychosis. *Psychological Medicine*, 42:1003-1012. 4. Reininghaus, U., Kempton, M.J., Valmaggia, L., Craig, T.K.J., Garety, P., Onyejiaka, A., . . . Morgan, C. (2016). Stress sensitivity, aberrant salience, and threat anticipation in early psychosis: an experience sampling study. *Schizophrenia Bulletin*, 42:712-722.

S12.5

Cognitie in het dagelijks leven – Hoe meet je dit betekenisvol?

drs. Simone Verhagen ¹ / drs. Naomi Daniëls ¹ / drs. Sara Bartels ¹ / drs. Sulina Tans ¹ / Dr. Claudia Simons ² / Prof. dr. Philippe Delespaul ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Maastricht University
2. GGzE

Achtergrond

Cognitie wordt vaak gezien als stabiel over tijd en wordt gemeten onder gestandaardiseerde omstandigheden. Deze metingen leveren waardevolle informatie over iemands cognitief vermogen. Echter, het levert geen informatie over hoe cognitie varieert gedurende een dag, welke invloed stemming heeft op cognitie en wat de rol is van omgevingsfactoren. Cognitie speelt een belangrijke rol in het adaptief vermogen van mensen en dus ook in herstel.

Doel

Het ontwikkelen en uittesten van een objectieve cognitietaak binnen de Experience Sampling Methode (ESM) op een mobiele applicatie (PsyMate™).

Methoden

De moment-Symbool Substitutie taak (mSST) is een aangepaste versie van de originele WAIS-taak, duurt 30 seconden en was toegevoegd aan het einde van een ESM-vragenlijst. Het ESM-protocol bestond uit 8 beeps per dag, voor 6 opeenvolgende dagen. Bruikbaarheid en initiële validiteit is beoordeeld in de algemene populatie (N = 40). De data is multilevel geanalyseerd.

Resultaten

Deelnemers ervoeren de app als gebruiksvriendelijk en duidelijk te gebruiken en niet tot matig belastend. De mSST sub-taak werd ervaren als makkelijk en redelijk plezierig. Gemiddeld vulden deelnemers 11 trials in binnen 30 seconden met 97% correct. Hoger positief affect is geassocieerd met het invullen van meer trials en een hoger percentage correct, terwijl hoger negatief affect is geassocieerd met een lager percentage correct. Er is geen relatie gevonden met vermoeidheid.

Conclusie

Het implementeren van een cognitieve taak binnen ESM is veelbelovend en cognitie kan worden gemeten in het moment en toont betekenisvolle variatie. Voor optimaal gebruik dienen de taken wel verder ontwikkeld te worden. Toekomstig onderzoek is nodig om uit te zoeken welke cognitieve modaliteiten voldoende zijn om dagelijks leven variatie te begrijpen. Inzicht in cognitief functioneren is waardevol in het herstelproces, met name in relatie tot andere relevante domeinen.

Literatuurverwijzing

Chinner, A., Blane, J., Lancaster, C., Hinds, C., & Koychev, I. (2018). Digital technologies for the assessment of cognition: a clinical review. *Evidence-based Mental Health, 21*(2), 67-71. van Os, J., Verhagen, S., Marsman, A., Peeters, F., Bak, M., Marcelis, M., Drukker, M., Reininghaus, U., Jacobs N., Lataster, T., Simons, C.; ESM-MERGE Investigators, Lousberg, R., Gülöksüz, S. Leue, C., Groot P.C., Viechtbauer, W., Delespaul, P. (2017). The experience sampling method as an mHealth tool to support self-monitoring, self-insight, and personalized health care in clinical practice. *Depression and Anxiety, 34*(6), 481-493.

S12.6

Acceptance and Commitment Therapy en witte stof plasticiteit bij jongeren met subklinische psychotische ervaringen: een RCT

drs. Stijn Michielse¹ / dr. Jindra Bakker^{1,2} / dr. Iris Lange¹ / dr. Tim Batink¹ /
dr. Liesbet Goossens¹ / Prof. dr. Marieke Wichers³ / dr. Ritsaert Lieveise¹ /
Prof. dr. Koen Schruers¹ / Prof. dr. Therese van Amelsvoort¹ / dr. Wolfgang Viechtbauer¹ /
Prof. dr. Jim van Os^{4,1} / dr. Machteld Marcelis^{5,1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Maastricht University
2. KU Leuven
3. UMCG
4. UMC Utrecht
5. GGzE

Achtergrond

Onderzoek laat zien dat Acceptance and commitment therapy (ACT) effectief is in het verminderen van symptomen van depressie, angst en psychose. Tijdens de adolescentie piekt de kwetsbaarheid voor psychopathologie en is daarmee een belangrijke periode voor vroege interventie.

Doel

Deze studie onderzoekt microstructurele witte stof, symptomen en hun onderlinge relatie voor en na psychologische interventie (ACT vergeleken met een controle interventie), bij jongeren met milde psychopathologie.

Methoden

Vijfenveertig individuen met milde psychopathologie werden gerandomiseerd en dubbelblind gealloceerd naar een vijf-weekse interventie (ACT (n=20)) of controle conditie (thema discussie (TD, n=25)). Symptomatologie werd gemeten met de Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE), Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) en, op dagelijks leven niveau, met de Experience Sampling Methode (ESM). Diffusion Weighted Imaging (DWI) en netwerk-connectiviteit parameters werden verkregen via diffusie-gewogen MRI scans. De symptoom- en brein parameters werden vergeleken voor en na de interventie/controle conditie. Interacties tussen microstructurele witte stof verandering en conditie werden onderzocht in modellen van CAPE positieve symptomen en ESM subklinische psychotische ervaringen (PE), evenals in modellen van stemming (MADRS depressie scores en ESM negatief affect (NA) scores).

Resultaten

ACT, vergeleken met TD, was geassocieerd met een verlaging van MADRS depressieve symptomen ($B=-5.08$, $p=0.03$), geen verandering in NA ($B=-0.31$, $p=0.24$), geen verandering in CAPE positieve symptomen (frequentie; $B=0.38$, $p=0.54$, distress; $B=0.0007$, 0.99) en een lichte verhoging van PE-score ($B=0.33$, $p=0.03$). Er was geen significante verandering in DWI-parameter of netwerk connectiviteit in een van de twee condities en geen significant verschil tussen de condities. Er waren geen significante interacties tussen de DWI-parameters en conditie in de modellen van CAPE positieve symptomen, MADRS en PE. In de NA modellen werden verschillende significante regionale interacties tussen conditie en netwerk-connectiviteit gevonden, maar stratificatie per conditie leverde geen significante associaties op (onvoldoende variantie in de ACT-conditie).

Conclusie

De resultaten suggereren dat gedragsmatige (symptoom) veranderingen gevoeliger zijn dan structurele witte stof veranderingen ten gevolge van een vijf-weekse psychologische training. Er waren geen significante witte stof veranderingen detecteerbaar over dit tijdsbestek. De lichte stijging in ESM-gemeten subklinische PE laat mogelijk zien dat de ACT-interventie zorgde voor meer omgevings-/zelfbewustzijn en zelfreflectie, terwijl de verandering in subklinische PE (nog) niet detecteerbaar was met meer traditionele (CAPE) vragenlijsten. De vermindering van depressieve symptomen ten gevolge van de ACT-interventie impliceert een relevante verandering in termen van persoonlijk welbevinden.

Literatuurverwijzing

Batink, T., Bakker, J., Vaessen, T., Kasanova, Z., Collip, D., van Os, J., Wichers, M., Germeys, I., Peeters F. (2016). Acceptance and Commitment Therapy in Daily Life Training: A Feasibility Study of an mHealth Intervention. *JMIR Mhealth Uhealth* 15;4(3):e103.

S14 Wereldwijde analyses naar hersenstructuur bij ontwikkelingsstoornissen

Binnen het wereldwijde consortium ENIGMA (Enhancing NeuroImaging and Genetics through Meta-Analyses) zijn 3 werkgroepen (1. OCD, 2. ADHD, 3. autisme) bezig te onderzoeken welke afwijkingen in structuur en functie van de hersenen zichtbaar zijn in de verschillende levensfasen van de patiënten t.o.v. gezonde controles. De afwijkingen die gezien worden zijn klein, en deels afhankelijk van leeftijd, ziekteduur, leeftijd bij ontstaan, comorbiditeit, en medicatie-status. Gezien de overeenkomsten tussen de betrokken aandoeningen, is het interessant de bevindingen binnen een trans-diagnostische context te beschouwen.

S14.1

ADHD brein in beeld gebracht; resultaten van mega-analyses, familie-en populatie studies

dr. Martine Hoogman ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Radboud UMC

Achtergrond

Al jarenlang wordt er hersenonderzoek gedaan om de kenmerken in de hersenen van mensen met ADHD bloot te leggen. Er is al veel bekend, maar het repliceren van de resultaten blijft lastig en resultaten spreken elkaar soms tegen.

Doel

Het in kaart brengen van de hersenkenmerken behorend bij ADHD over de levensloop.

Methoden

Er wordt gebruik gemaakt van data uit diverse grootschalige studies. ENIGMA-ADHD bevat data van 36 hersenstudies wereldwijd. Binnen deze samenwerking worden de subcorticale en corticale hersenvolumes vergeleken tussen mensen met (n=2246) en mensen zonder ADHD (n=1934) van 4 tot 63 jaar oud. Daarnaast worden dezelfde hersenstructuren onderzocht in het licht van ADHD symptomen in de algemene populatie (Generation R, n=2707). Tot slot wordt er gekeken naar hoe deze hersenstructuren zich verhouden binnen families van aangedane en niet aangedane personen (n=506).

Resultaten

De groep kinderen met ADHD kenmerkte zich door kleinere volumes van striatale en limbische structuren. Daarnaast was de oppervlakte van de cortex minder groot bij kinderen met ADHD. Opvallend was dat de oppervlakte van de cortex ook geassocieerd was met ADHD symptomen in de populatiestudie en ook verschillen liet zien tussen niet aangedane siblings en gezonde controles. Alle gevonden verschillen zijn klein. In adolescenten en volwassenen werden geen verschillen gevonden.

Conclusie

Subtiele verschillen in de subcortex en de cortex werden gevonden tussen mensen met ADHD en gezonde controles, maar alleen in kinderen. De overlap tussen de aangedane hersenregio's in de klinische, populatie en familiestudies laat zien dat, naast vanuit een genetisch en gedragsperspectief, nu ook vanuit een neuroimaging perspectief, er aanwijzingen zijn voor het ADHD continuüm.

Literatuurverwijzing

-

S14.2

Voorspellingen van Autisme diagnose en geslacht op basis van hersenstructuur met Logistische Regressie modellen in het ENIGMA-ASD cohort

dr. Daan van Rooij ^{p1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Radboud UMC
2. Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour

Achtergrond

Eerdere resultaten van het ENIGMA-ASD cohort laten verschillen in hersenstructuur op groepsniveau zien tussen deelnemers met Autisme en controles [1]. Echter, als we iets willen zeggen over het individu, moeten we af van groepsstatistiek en richting voorspellende modellen.

Doel

In dit onderzoek zullen we met behulp van logistische regressie modellen de diagnose (Autisme/controle) en het geslacht (man/vrouw) van de proefpersonen in dit cohort voorspellen.

Methoden

Het cohort bestaat uit 1319 patiënten met Autisme en 1349 controles, van tussen de 2 en 64 jaar. MRI scans werden met een geharmoniseerd protocol per site verwerkt. Regions of Interest (ROIs) verder geëxtraheerd en verzameld voor het hele cohort. Zowel corticale dikte, corticaal oppervlak als subcorticaal volume werden verzameld. We gebruiken een iteratief logistisch regressie model met 1000 permutaties op al deze ROI waardes tegelijk, om de optimale classificatie te vinden van diagnose en geslacht. De samples zijn gebalanceerd op het gebied van leeftijd en diagnose per site.

Resultaten

De analyses voor dit project zijn nog gaande, maar preliminaire resultaten laten zien dat we diagnose kunnen voorspellen met een balanced accuracy tussen de 0.57 en 0.69.

Conclusie

De volgende stappen in deze analyse zijn het optimaliseren van de feature selection, al dan niet binnen subgroepen. Dit is nodig om te kijken hoe we de voorspelling kunnen optimaliseren, om te zien welke features het meest voorspellend zijn, en om te kijken of bepaalde subgroepen beter voorspelbaar zijn dan anderen. De uitkomsten van deze studie zijn erg belangrijk om te bepalen in hoeverre structurele hersenverschillen op een individueel niveau samenhangen met Autisme en voor het onderzoeken van normatieve geslachtsverschillen in hersenstructuur in Autisme.

Literatuurverwijzing

[1] van Rooij, D., Anagnostou, E., Arango, C., Auzias, G., Behrmann, M., Busatto, G. F., ... Buitelaar, J. K. (2017). Cortical and Subcortical Brain Morphometry Differences Between Patients With Autism Spectrum Disorder and Healthy Individuals Across the Lifespan: Results From the ENIGMA ASD Working Group. *American Journal of Psychiatry*, appi.ajp.2017.1.

S14.3

Machine learning classificatie van obsessieve-compulsieve stoornis met behulp van structurele neuroimaging: ENIGMA-consortium

drs. Willem Bruin ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Amsterdam UMC, locatie AMC

Achtergrond

Recente meta-analyses van structurele neuroimaging data binnen het ENIGMA-consortium laten significante maar kleine groepsverschillen zien in corticale dikte, oppervlakte en subcorticale volumes tussen OCS-patiënten en gezonde controles^{1,2}. Deze groepsverschillen hebben weinig onderscheidend vermogen op individueel niveau.

Doel

Wij proberen te bepalen of we met behulp van multivariate patroonanalyse beter in staat zijn om patiënten van controles te onderscheiden.

Methoden

Structurele T1 scans van 2.304 OCS-patiënten en 2.066 gezonde controlepersonen werden verkregen van 34 onderzoekscentra over de hele wereld. FreeSurfer werd gebruikt om corticale dikte, corticale oppervlakte en subcorticale volumes te bepalen. Alle 158 FreeSurfer-variabelen werden gebruikt als features voor classificatie, met leeftijd, geslacht en onderzoekscentrum als covariaten. Er werden acht machine learning algoritmen gebruikt met verschillende cross-validatie (CV) procedures om de generaliseerbaarheid van de resultaten te bepalen.

Resultaten

Classificatie scores voor elk onderzoekscentrum afzonderlijk varieerde sterk, met een oppervlakte onder de receiver-operator curve (AUC middels 10-fold CV; range (SD)) van 0,21 (0,15) -0,89 (0,08). Classificatie over de verschillende onderzoekscentra heen was laag (0,57 (0,02) -0,60 (0,02)) en op kans niveau voor leave-one-site-out CV (0,51 (0,08) -0,54 (0,08)). Verschillen tussen machine learning algoritmen waren minimaal, met name bij grotere steekproefgroottes. Verdere classificaties uitgevoerd in homogener steekproeven (gestratificeerd op basis van ziekte ernst, chroniciteit en medicatiestatus) laten zien dat medicatiestatus en leeftijd van OCS ontwikkeling de classificatie het meest beïnvloeden.

Conclusie

Classificatie scores over verschillende onderzoekscentra heen zijn slecht, en dit lijkt te worden verklaard door grote heterogeniteit tussen patiënten en steekproeven. Wanneer rekening wordt gehouden met klinische variabelen, kunnen de hersenen van patiënten die medicatie gebruiken goed worden onderscheiden van patiënten die geen medicatie gebruiken en gezonde controles.

Literatuurverwijzing

-

S14.4

Transdiagnostisch onderzoek naar hersenstructurele afwijkingen bij ADHD, autisme en OCD

prof.dr. Odile van den Heuvel ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Amsterdam UMC, locatie VUmc

Achtergrond

ADHD, autisme en OCD zijn veel voorkomende stoornissen in de kindertijd, met veelal een chronisch beloop tot in de volwassenheid. Tot op heden heeft veel onderzoek plaatsgevonden naar structurele hersenafwijkingen binnen specifieke stoornissen (ten opzichte van controles), maar niet eerder heeft op grote schaal analyse van MRI scans plaats gevonden over stoornissen heen. Binnen het wereldwijde ENIGMA (Enhancing Neuro-Imaging and Genetics through Meta-Analysis) consortium is dat nu goed mogelijk.

Doel

Overlap en verschillen vaststellen in veranderde hersenstructuur in gerelateerde ontwikkelingsstoornissen.

Methoden

Structurele T1-gewogen MRI scans van gezonde controles (n=5.659) en patiënten met ADHD (n=2.181), autisme (n=1.678), en OCD (n=2.282) o.b.v. 135 samples wereldwijd werden geanalyseerd met FreeSurfer (gestandaardiseerde protocollen). We onderzochten subcorticaal volume en regionale corticale dikte en oppervlakte verschillen, gebruikt makend van een mega-analyse op gepoolde geëxtraheerde hersenmaten van alle deelnemers. Analyses zijn apart uitgevoerd voor kinderen, adolescenten en volwassenen, m.b.v. lineaire mixed-effects modellen, gecontroleerd voor leeftijd, geslacht en deelnemend centrum. FDR was gebruikt voor correctie voor multipale vergelijkingen.

Resultaten

Volwassen OCD patiënten hebben een groter pallidum t.o.v. ADHD patiënten. Adolescenten met OCD hebben een grotere thalamus, putamen en pallidum t.o.v. adolescenten met autisme. Kinderen met OCD hebben een grotere hippocampus en amygdala t.o.v. ADHD patiënten. Kinderen en adolescenten met ADHD hebben een kleiner totaal intracranieel volume dan OCD patiënten. Geen subcorticale verschillen zijn gevonden tussen autisme en ADHD. Corticaal laten volwassen patiënten met autisme een dikkere cortex zien (in verschillende frontale gebieden) t.o.v. OCD en ADHD patiënten. De subcorticale en corticale verschillen tussen de groepen zijn significant, maar subtiel (Cohen's d -0.16-0.35).

Conclusie

Deze voorlopige resultaten laten zien dat 1) de subcorticale afwijkingen erg afhankelijk zijn van de levensfase, 2) de corticale verschillen tussen de groepen m.n. op volwassen leeftijd zichtbaar zijn en 3) dat de afwijkingen binnen de groepen en de verschillen tussen de groepen klein zijn.

Literatuurverwijzing

-

S15 Hoe de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen te verbeteren? Pleidooi voor het behandelen van psychotische verschijnselen en trauma

Ondanks het uitgebreide aanbod voor persoonlijkheidsstoornissen profiteert een deel van onze patiënten onvoldoende van behandeling. Op basis van eigen resultaten bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) heeft 91% tenminste 1 comorbide stoornis, 43% hallucinaties en rapporteren alle patiënten traumatische ervaringen op de kindertijd. Doel van dit symposium is om het behandelingsaanbod van persoonlijkheidsstoornissen te verbeteren door psychotische verschijnselen en trauma's te behandelen. Tijdens de eerste twee presentaties wordt aandacht besteed aan hallucinaties bij BPS en de relatie met schizotypie, eenzaamheid, comorbide stoornissen en trauma's. Vervolgens worden de resultaten van een literatuuronderzoek naar interventies, en met name antipsychotica, voor psychotische verschijnselen bij BPS gepresenteerd. Tot slot worden de resultaten gedeeld van een pilot studie naar het effect van EMDR op de posttraumatische stressstoornis bij persoonlijkheidsstoornissen.

S15.1

Hallucinaties bij de borderline persoonlijkheidsstoornis: karakteristieken, fenomenologie, en relatie met schizotypie en eenzaamheid

Dr. Karin Slotema ¹ / Prof. dr. Iris Sommer ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. Parnassia Groep
2. UMCG Groningen

Achtergrond

De literatuur omtrent hallucinaties bij de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) in andere modaliteiten dan het auditieve (verbale) type is beperkt. Ook is de relatie tussen hallucinaties en de ernst van depressieve klachten, angstklachten, schizotypie en eenzaamheid niet bekend.

Doel

Doel van deze studie is het vergroten van kennis op het gebied van hallucinaties bij BPS en de relatie tussen hallucinaties en ernst van depressieve klachten, angstklachten, schizotypie en eenzaamheid.

Methoden

In een dwarsdoorsnede onderzoek werden bij 60 vrouwelijke patiënten met BPS (waarvan 37 met hallucinaties) de Questionnaire for Psychotic Experiences, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Schizotypal Personality Questionnaire and de De Jong Gierveld Loneliness Scale afgenomen.

Resultaten

Van de patiënten met hallucinaties had 80% hallucinaties in meer dan 1 modaliteit. De karakteristieken van deze verschillende hallucinaties waren vergelijkbaar. Bij 81% van de patiënten met hallucinaties en 48% van de patiënten zonder hallucinaties was sprake van eenzaamheid. Patiënten met hallucinaties hadden hogere scores voor ernst van depressie, angst, schizotypie en eenzaamheid. De ernst van de hallucinaties was geassocieerd met de ernst van schizotypie en eenzaamheid.

Conclusie

Patiënten met BPS ervaren hallucinaties in verschillende modaliteiten die vergelijkbaar zijn met auditieve verbale hallucinaties. De hogere scores voor schizotypie en eenzaamheid impliceren dat patiënten met hallucinaties meer karakteristieken hebben die passen bij een cluster A persoonlijkheidsstoornis dan de patiënten zonder hallucinaties.

Literatuurverwijzing

Slotema CW, Bayrak H, Linszen MMJ, Deen M, Sommer IEC. Hallucinations in patients with borderline personality disorder: characteristics, severity and relationship with schizotypy and loneliness, submitted. Schroeder K, Fisher HL, Schäfer I. Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder: prevalence and clinical management. *Curr Opin Psychiatry* 2013;26:113-9.

S15.2

Hallucinaties bij de borderline persoonlijkheidsstoornis: relatie met comorbide diagnoses en trauma

Drs. Marieke Niemantsverdriet ¹ / Dr. Karin Slotema ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. Pro Persona
2. Parnassia Groep

Achtergrond

Vaak wordt verondersteld dat comorbide psychiatrische diagnoses de oorzaak zijn van het voorkomen van hallucinaties bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS). De resultaten van onderzoek naar een associatie tussen comorbide stoornissen en hallucinaties spreken elkaar echter tegen. Daarnaast bestaat er een sterke relatie tussen misbruik op de kinderleeftijd en psychotische symptomen in patiënten met psychotische stoornissen en individuen zonder psychiatrische diagnose. Ondanks de hoge prevalentie van zowel hallucinaties als misbruik op de kinderleeftijd bij de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) is nog weinig bekend over de relatie tussen deze twee.

Doel

Onderzoek naar de associatie van comorbide psychiatrische diagnoses, trauma op de kinderleeftijd en levensstressoren op de volwassen leeftijd met hallucinaties. Vergroten van de kennis op het gebied van etiologie van hallucinaties bij BPS.

Methoden

Honderdzeven patiënten werden geïnccludeerd voor dit dwarsdoorsnede onderzoek. De Psychotic Symptom Rating Scales, MINI-International Neuropsychiatric Interview Plus, Childhood Trauma Questionnaire Short Form en Life Stress Checklist Revised werden gebruikt als uitkomstmaten. Patiënten behoorden tot de hallucinatiegroep wanneer zij op het hallucinatie-item van de Positive And Negative Syndrome Scale (P3) een score van ≥ 4 hadden en tot de groep zonder hallucinaties wanneer zij een score kleiner dan 4 hadden.

Resultaten

Patiënten met hallucinaties hadden meer comorbide psychiatrische diagnoses dan patiënten zonder hallucinaties (respectievelijk mediaan 5 en 2) en vaker een posttraumatische stressstoornis (respectievelijke 63 en 28%). Een significante relatie werd gevonden tussen zowel de aanwezigheid als de ernst van hallucinaties en PTSS; stemmingstoornissen en misbruik van middelen waren niet geassocieerd met hallucinaties. Seksueel, fysiek en emotioneel misbruik en fysieke en emotionele verwaarlozing waren aanwezig bij 57 tot 82% van de patiënten. Een positieve correlatie werd gevonden tussen de ernst van de hallucinaties en misbruik op de kinderleeftijd in het algemeen, en emotioneel misbruik in het bijzonder. Ook was de ernst van hallucinaties geassocieerd met het aantal stressvolle gebeurtenissen op de volwassen leeftijd.

Conclusie

Aanwezigheid en ernst van hallucinaties bij patiënten met BPS zijn geassocieerd met PTSS en aantal comorbide diagnoses. Advies is dan ook om deze te behandelen. Emotioneel misbruik op de kinderleeftijd en stressvolle gebeurtenissen op de volwassen leeftijd zijn geassocieerd met de ernst van hallucinaties bij patiënten met BPS. Deze bevindingen suggereren een gemeenschappelijke etiologie voor hallucinaties bij patiënten met psychiatrische stoornissen en individuen zonder psychiatrische diagnoses.

Literatuurverwijzing

Tschoeke S, Steinert T, Flammer E, Uhlmann C. Similarities and differences in borderline personality disorder and schizophrenia with voice hearing. *J Nerv Ment Dis* 2014;202:544–549. Niemantsverdriet MBA, Slotema CW, Blom JD, Franken IH, Hoek HW, Sommer IEC, van der Gaag M. Hallucinations in borderline personality disorder: Prevalence, characteristics and associations with comorbid symptoms and disorders. *Scientific Reports*, 2017, 7:13920. doi: 10.1038/s41598-017-13108-6.

S15.3

Het effect van interventies op psychotische verschijnselen bij de borderline persoonlijkheidsstoornis: een systematisch literatuuronderzoek

Dr. Karin Slotema ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Parnassia Groep

Achtergrond

Hallucinaties komen veelvuldig voor bij de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS). Deze gaan gepaard met een hoge lijdensdruk en de gevolgen kunnen ernstig zijn. Desondanks is het aantal studies naar het effect van interventies ter reductie van de ernst van psychotische verschijnselen beperkt tot enkele studies met antipsychotica.

Doel

Presenteren van een overzicht van de literatuur omtrent het effect van interventies op de ernst van psychotische verschijnselen bij patiënten met BPS.

Methoden

Een systematisch literatuuronderzoek werd uitgevoerd met behulp van Pubmed en de Ovid databases van 1806 tot heden naar interventies voor psychotische verschijnselen bij patiënten met BPS.

Resultaten

Eenentwintig studies (waarvan 9 gerandomiseerde, gecontroleerde studies) met een totaal van 572 patiënten werden geïnccludeerd. In 4 studies werden patiënten met BPS en psychotische verschijnselen geïnccludeerd; bij de andere studies werden patiënten met BPS zonder onderscheid voor psychotische verschijnselen geïnccludeerd. Bij de meerderheid van de studies gaven zowel typische als atypische antipsychotica een afname van de ernst van psychotische verschijnselen en achterdocht. Het effect van antipsychotica op de ernst van hallucinaties werd in slechts één studie onderzocht met een positief resultaat. Een effect op de ernst van auditieve verbale hallucinaties werd niet onderzocht. Het gemiddelde dropout percentage was 36% voor typische en 43% voor atypische antipsychotica. De meest voorkomende bijwerkingen waren droge mond, duizeligheid en sedatie voor typische antipsychotica en toegenomen eetlust/gewichtstoename, sedatie en kwijlen voor atypische antipsychotica. Studies naar het effect van cognitieve gedragstherapie of hersenstimulatie ontbreken.

Conclusie

Ondanks het beperkte aantal studies waarin patiënten werden geïnccludeerd met BPS en psychotische verschijnselen, zijn aanwijzingen te vinden voor een positief effect van antipsychotica op de ernst van psychotische verschijnselen. Meer studies zijn nodig naar het effect van antipsychotica, cognitieve gedragstherapie en hersenstimulatie op psychotische verschijnselen bij patiënten met BPS en psychotische verschijnselen en naar andere interventies voor psychotische verschijnselen zoals cognitieve gedragstherapie en hersenstimulatie.

Literatuurverwijzing

Slotema CW, Blom JD, Niemantsverdriet MBA, Sommer IEC. Auditory verbal hallucinations in borderline personality disorder and the efficacy of antipsychotics: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry* 2018;31;9:347. doi: 10.3389/fpsy.2018.00347. Ingenhoven TJ, Duivenvoorden HJ. J Clin Psychopharmacol. Differential effectiveness of antipsychotics in borderline personality disorder: meta-analyses of placebo-controlled, randomized clinical trials on symptomatic outcome domains. 2011;31:489-96.

S15.4

Uitvoerbaarheid van EMDR voor een posttraumatische stressstoornis bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis: een pilot studie

MSc Bobbie Wilhelmus ^{p1} / Dr. Karin Slotema ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Parnassia Groep

Achtergrond

Trauma's en de posttraumatische stressstoornis (PTSS) komen veel voor bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Ondanks de vastgestelde effectiviteit van eye movement desentization and reprocessing (EMDR) voor PTSS, is EMDR nauwelijks onderzocht bij patiënten met PTSS en persoonlijkheidsstoornissen.

Doel

Het doel van de studie is te onderzoeken welke veranderingen optreden tijdens behandeling met EMDR bij patiënten met PTSS en een persoonlijkheidsstoornis.

Methoden

Deze ongecontroleerde, open, haalbaarheidsstudie was een additie aan reguliere behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Uitkomstmaten waren de Posttraumatic Diagnostic Scale, Dissociative Experience Scale, Insomnia Severity Index, Deliberate Self-Harm Inventory en de Auditory verbal Hallucinations Rating Scale.

Resultaten

Bij 47 patiënten (22 met een borderline persoonlijkheidsstoornis en 25 met een andere persoonlijkheidsstoornis) werd een significante afname van de ernst van PTSS symptomen, dissociatie en insomnie gevonden tijdens EMDR-behandeling. Veertig procent van de participanten voldeed niet meer aan de diagnose PTSS. Er werden geen verschillen gevonden tussen patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis en patiënten met andere persoonlijkheidsstoornissen. EMDR-behandeling werd afgerond bij 68% van de participanten. Bij de 11 patiënten met auditieve verbale hallucinaties werd een significante afname van de ernst van deze verschijnselen gevonden.

Conclusie

EMDR kan effectief zijn voor de behandeling van PTSS bij persoonlijkheidsstoornissen. Ondanks een dropout percentage van 32%, zijn geen ernstige complicaties opgetreden zoals suïcidaal gedrag of een opname. Gecontroleerde studies zijn nodig om het effect van EMDR verder te onderzoeken.

Literatuurverwijzing

Slotema CW, van den Berg DPG, Driessen A, Wilhelmus B, Franken IHA. Feasibility of EMDR for posttraumatic stress disorder in patients with personality disorders: a pilot study, submitted. Sin J, Spain D, Furuta M, Murrells T, Norman I. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder (PTSD) in people with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2017;24;1:CD011464. doi: 10.1002/14651858.CD011464.pub2.

S16 Trauma en depressies op latere leeftijd. Hoe het verleden de toekomst bepaalt

Jeugdtrauma, bestaande uit emotionele verwaarlozing, emotioneel misbruik, lichamelijk misbruik en seksueel misbruik, is geassocieerd met depressies op volwassen leeftijd. Echter, onderzoek naar de relatie tussen jeugdtrauma en de zogenaamde late-life depressies (depressies na het 60ste jaar), is nog beperkt. In dit symposium worden de resultaten gepresenteerd van studies naar jeugdtrauma en late-life depressie, gebaseerd op de Nederlandse Studie naar Depressie bij Ouderen (NESDO). NESDO is een cohort bestaande uit 378 depressieve en 132 niet-depressieve mensen van 60 tot 93 jaar. Een viertal aspecten worden belicht: het effect van jeugdtrauma op de relatie tussen BDNF en depressie, op het beloop, op subtypes en de rol van psychosociale factoren op de associatie tussen jeugdtrauma en late-life depressie. Tevens zullen de resultaten vertaald worden naar de klinische praktijk, waarbij adviezen gegeven worden hoe jeugdtrauma onderzocht kan worden in de spreekkamer.

S16.1

Neuroplasticiteit bij depressieve ouderen; een bepalende rol voor vroege traumatisatie?

Menelaos Dimitriadis ¹ / PhD Rob van den Brink ¹ / PhD Hannie Comijs ² / Prof. Richard Oude Voshaar ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Department of Psychiatry, University of Groningen, University Medical Center Groningen, Groningen, The Netherlands.

2. Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam, Psychiatry, Amsterdam Public Health, De Boelelaan 1117, Amsterdam, The Netherlands & GGZ inGeest Specialized Mental Health Care, Research and Innovation, Oldenaller 1, Amsterdam, The Netherlands.

Achtergrond

De neurotrofe hypothese van depressie veronderstelt dat een verstoring van neuronale plasticiteit, welke onder controle staat van groeifactoren, zoals Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF), ten grondslag ligt aan een depressie. De expressie van BDNF wordt beïnvloed door (externe) stressoren, zoals vroege traumatisatie (downregulatie) en specifieke depressiebehandelingen zoals SSRI gebruik of ECT (upregulatie).

Doel

In deze presentatie worden de volgende empirische vragen beantwoord: 1) verschillen serum BDNF spiegels tussen depressieve en niet-depressieve ouderen, 2) is een hogere serum BDNF spiegel op baseline geassocieerd met een beter beloop van de depressie, en 3) in welke mate worden de bevindingen aan vraagstelling 1 en 2 gemodereerd door gebruik van SSRIs en vroege traumatisatie.

Methoden

In NESDO worden 378 depressieve ouderen vergeleken met 132 niet-depressieve ouderen. De huidige studies is gebaseerd op de baselinemeting en 2-jaar follow-up. De primaire uitkomst maat is de aanwezigheid van een depressieve stoornis conform DSM-IV-TR criteria. De primaire determinant is de serum BDNF spiegel op baseline. Als modererende factoren werd SSRI gebruik op baseline en vroege traumatisatie (fysiek of seksueel misbruik voor het 16e levensjaar) onderzocht. Analyses werden gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, cognitief functioneren, alcoholgebruik, roken, fysieke activiteit en Body Mass Index.

Resultaten

Op baseline hadden depressieve ouderen geen significant lagere serum BDNF spiegels t.o.v. niet-depressieve ouderen. Echter, ANCOVA toonde dat depressieve SSRI-gebruikers een significant hogere BDNF spiegel hadden vergeleken met depressieve ouderen die geen SSRI gebruikten (Cohen's $d=.31$, $p=.006$) en niet-depressieve ouderen (Cohen's $d=.40$, $p=.003$). Deze relatie met SSRI gebruik werd gemodereerd door vroege traumatisatie: BDNF serum spiegels waren niet verhoogd bij getraumatiseerde SSRI gebruikers. De serum BDNF-spiegel op baseline bleek niet voorspellend voor remissie op 2 jaar follow-up. Toevoeging van een drieweg interactie tussen BDNF, SSRI-gebruik en vroege traumatisatie bleek echter significant ($p=.009$). Een hogere BDNF-spiegel was geassocieerd met een hogere kans op remissie na 2 jaar bij getraumatiseerde, depressieve ouderen die geen SSRI gebruiken (OR=1.20 [95% BI: 1.01-1.43], $p=.040$) en bij niet-getraumatiseerde, depressieve ouderen die wel een SSRI gebruikten (OR=1.17 [95% BI: 0.99 – 1.38], $p=.075$).

Conclusie

Hoewel gebaseerd op observationeel klinisch onderzoek, lijkt bij depressieve ouderen de responsiviteit van BDNF op SSRI-gebruik, oftewel de neuronale plasticiteit, blijvend veranderd als gevolg van vroege traumatisatie.

Literatuurverwijzing

Van der Meij A, et al. BDNF in late-life depression: Effect of SSRI usage and interaction with childhood abuse. *Psychoneuroendocrinology* 2014;43:81-89. Dimitriadis M, Van den Brink RHS, Comijs HC, Oude Voshaar RC. Prognostic effects of BDNF in late-life depression moderated by SSRI usage and childhood abuse. *Psychoneuroendocrinology*, accepted for revision.

S16.2

Trauma als risicofactor voor depressie gedurende de levensloop

PhD Roxanne Schaakxs ¹ / PhD Hannie Comijs ¹ / Prof. Roos ² / Prof. Robert Schoevers ³ / Prof. Aartjan Beekman ⁴ / Prof. Brenda Penninx ⁴

P: Presenterende auteur / spreker

1. Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Psychiatry, GGZ inGeest, Amsterdam Public Health, de Boelelaan 1117, Amsterdam, Netherlands;
2. Department of Psychiatry, Leiden University Medical Center, Leiden, The Netherlands; and Department of Psychiatry, CAPRI-University of Antwerp, Belgium.
3. University of Groningen, University Medical Center Groningen, Center for Psychiatry & Interdisciplinary Center of Psychopathology of Emotion regulation (ICPE), Groningen, The Netherlands.
4. Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Psychiatry, GGZ inGeest, Amsterdam Public Health, de Boelelaan 1117, Amsterdam, Netherlands

Achtergrond

Er is een verscheidenheid aan risicofactoren die vooraf kan gaan aan een depressieve episode; negatieve levensgebeurtenissen (waaronder trauma in de kindertijd en recente negatieve levensgebeurtenissen) zijn voorbeelden hiervan. Mogelijk zijn echter niet alle risicofactoren gedurende elke levensfase even sterk gerelateerd aan depressie. Kennis hierover kan leeftijdsspecifieke preventie van depressie verbeteren.

Doel

Nagaan of een reeks bekende risicofactoren van depressie, waaronder trauma in de kindertijd en recente negatieve levensgebeurtenissen, vaker voorkomen in bepaalde leeftijdsgroepen en sterker samenhangen met depressie in specifieke leeftijdsgroepen.

Methoden

Voor dit onderzoek werden 2215 deelnemers uit de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA), en de Nederlandse Studie naar Depressie bij Ouderen (NESDO) in de leeftijd van 18 tot en met 93 jaar onderzocht. Dit waren zowel deelnemers met een huidige depressieve episode als deelnemers die nog nooit een angst- of depressiediagnose hadden gekregen. Naast trauma (negatieve levensgebeurtenissen) hebben we ook sociaaleconomische status, persoonlijkheidskenmerken, sociale factoren, leefstijl, en gezondheidsfactoren onderzocht. Deelnemers werden ingedeeld in drie leeftijdscategorieën: 18-39 jaar, 40-59 jaar, en 60 jaar en ouder.

Resultaten

Hoewel trauma in de kindertijd per definitie voor het 16e jaar plaats had gevonden en de timing voor alle deelnemers dus gelijk was, werd deze risicofactor uit het verleden het vaakst gerapporteerd door deelnemers tussen de 40 en 59 jaar. Trauma in de kindertijd liet de sterkste samenhang met depressie zien voor deelnemers tussen de 18 en 39 jaar, hoewel het gedurende elke levensfase een voorspeller voor depressie was. Deze jongste groep rapporteerde tevens het hoogste aantal recente negatieve levensgebeurtenissen, hoewel het verband met depressie bij alle leeftijdsgroepen significant en van gelijke sterkte was. Voor de overige risicofactoren gold overigens: hoe meer een risicofactor optrad in een levensfase waarin deze het minst werd verwacht (zoals een chronische ziekte op jonge leeftijd), hoe sterker het verband met depressie

Conclusie

Trauma in de kindertijd en recente negatieve levensgebeurtenissen zijn risicofactoren voor depressie gedurende de gehele levensloop. Hoewel meegemaakt trauma in de kindertijd het sterkst gerelateerd was aan depressie bij jongere volwassenen, is het nog steeds een belangrijke risicofactor op oudere leeftijd – wat laat zien dat de gevolgen van trauma in de kindertijd nog lang merkbaar blijven.

Literatuurverwijzing

Schaakxs R, Comijs HC, Van der Mast RC, Schoevers RA, Beekman ATF, Penninx BWJH. Risk factors for depression: differential across age? *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2017; 25:966-977

S16.3

Vroeg en laat ontstane depressies bij ouderen en hun relatie met trauma. Een admixture analyse

Hester Roelfsema ¹ / MD PhD Annette Hegeman ¹ / PhD Idan Aderka ² / MD PhD Neeltje Batelaan ³ / MD PhD Didi Rhebergen ³

P: Presenterende auteur / spreker

1. Department of Psychiatry, St. Antonius Ziekenhuis, Utrecht, The Netherlands

2. Department of Psychology, Boston University, Boston, MA, USA; Department of Psychology, University of Haifa, Mount Carmel, Haifa, Israel.

3. Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Psychiatry, GGZ inGeest, Amsterdam Public Health, de Boelelaan 1117, Amsterdam, Netherlands

Achtergrond

Eerder onderzoek toonde aan dat leeftijd van belang is met betrekking tot etiologie en beloop van depressies. Zo is oudere leeftijd een voorspeller voor een ongunstig beloop van de depressieve stoornis. Over de invloed van de ontstaansleeftijd (age of onset) van depressies is echter nog veel minder bekend, terwijl deze factor bij andere ziektebeelden vaak geassocieerd is met etiologie en beloop van de aandoening. Verschillende studies onderzochten reeds de relatie tussen de 'age of onset' en de kenmerken van depressie, maar vonden wisselende resultaten. Een van de resultaten die in verschillende studies terugkwam was dat trauma in de kindertijd gerelateerd was aan een depressie bij ouderen met een vroege 'age of onset'. De wisselende resultaten van de studies kunnen waarschijnlijk worden verklaard doordat de afkapwaarden voor 'age of onset' vaak arbitrair zijn gekozen, en verschillen per studie. Slechts één studie heeft de verdeling van de 'age of onset' bij depressies onderzocht middels een datagedreven, admixture analysis (Zhua et al. 2012), waaruit een verdeling met drie groepen naar voren kwam met afkapwaarden van 21 en 40 jaar. Aangezien deze studie participanten tot 65 jaar includeerde, was het niet mogelijk de verdeling van de 'age of onset' bij de depressieve stoornis te onderzoeken over de gehele levensloop.

Doel

-Het bepalen van de verdeling van de 'age of onset' van de depressieve stoornis over de gehele levensloop op basis van een datagedreven analyse methode: de admixture analysis.

-Onderzoeken of het hebben doorgemaakt van trauma op de kinderleeftijd en overige karakteristieken gerelateerd zijn aan de 'age of onset' van depressies bij ouderen.

Methoden

Voor deze studie werden 357 participanten uit NESDO met een leeftijd van 60-93 jaar geïnccludeerd die in de afgelopen zes maanden voldeden aan de criteria van een matig-ernstige depressieve stoornis. Middels een admixture analyse werd de verdeling van de 'age of onset' bepaald. Vervolgens werd middels een logistische regressie analyse onderzocht of trauma op kinderleeftijd, alsmede overige karakteristieken, aan de verschillende 'age of onset' leeftijdsgroepen zijn gerelateerd.

Resultaten

Er is sprake van een bimodale verdeling van de 'age of onset' van de depressieve stoornis, waarbij het afkappunt van 40 jaar de grens is tussen een vroege en een late 'age of onset'. Het hebben doorgemaakt van trauma gedurende de kinderleeftijd blijkt gerelateerd aan (of een risicofactor voor) het hebben van een depressie bij ouderen met een vroege 'age of onset'. Tevens heeft de groep ouderen met een depressie met een vroege 'age of onset' vaker een comorbide dysthyme stoornis.

Conclusie

In eerdere studies werd al aangetoond dat het doormaken van trauma op kinderleeftijd een risicofactor is voor het ontwikkelen van depressie op jonge leeftijd. Ons onderzoek bevestigt dat bij ouderen met een depressieve stoornis, trauma op kinderleeftijd gerelateerd is aan een vroege 'age of onset' van de depressie. Er lijkt sprake van een groep patiënten met een slechte prognose wat betreft recidiefkans, waarbij vroege preventie zinvol zou kunnen zijn.

Literatuurverwijzing

- Brodaty et al. Early and late onset depression in old age: different aetiologies, same phenomenology. *Journal of Affective Disorders* 2001; 66:225-236
- Zisook et al. Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry* 2007;164:1539-1546
- Bukh et al. Differences between early and late onset adult depression. *Clinical Practice&Epidemiology in Mental Health* 2011;7:140-147
- Gade et al. Neuroticism in remitted major depression: elevated with early onset but not late onset of depression. *Psychopathology* 2015;48:400-407
- Gallagher et al. Late life depression: a comparison of risk factors and symptoms according to age of onset in community dwelling adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2010; 25:981-987
- Grace J, O'Brien JT. Association of life events and psychosocial factors with early but not late onset depression in the elderly: implications for possible differences in aetiology. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2003; 18:473-478
- Janssen et al. Late-life depression: the differences between early- and late-onset illness in a community-based sample. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2006; 21:86-93
- Schaakxs et al. The course of major depressive disorder across the life span. *The Lancet* 2018; 5(7):581-590
- Korten et al. Early and late onset depression in young and middle aged adults: differential symptomatology, characteristics and risk factors? *Journal of Affective Disorders* 2012; 138:259-267
- Zhua et al. Admixture analysis of age at onset in major depressive disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 2012;34(6): 686-691

S16.4

Jeugdtrauma en depressie op latere leeftijd: mediërende effecten van psychosociale factoren op een vroeg- of laat-ontstane depressie

Ilse Wielaard ¹ / Mathijs Hoyer ² / Dr. Didi Rhebergen ² / Dr. Hannie Comijs ² / Prof.dr. Max Stek ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. Amsterdam UMC, Vrije Universiteit, Psychiatrie, Amsterdam Public Health research institute, The Netherlands.
2. Amsterdam UMC, Vrije Universiteit, Psychiatrie, Amsterdam Public Health research institute, The Netherlands.

Achtergrond

Traumatische gebeurtenissen als verwaarlozing en mishandeling in de jeugd kunnen ernstige en langdurige consequenties hebben, waaronder kwetsbaarheid om op latere leeftijd een depressie te ontwikkelen. Er is echter weinig bekend over de mediërende factoren in de associatie tussen jeugdtrauma's en depressie op latere leeftijd. Mogelijk dat psychosociale factoren, zoals het hebben van een partner, de grootte van het sociale netwerk of eenzaamheid, een verklarende factor zijn. Daarnaast is veel discussie over de betrouwbaarheid van de informatie die mensen geven over hun jeugdtrauma's.

Doel

Het hoofddoel is dan ook om te kijken of psychosociale factoren (wel/geen partner, klein of groot sociaal netwerk en mate van eenzaamheid) de associatie tussen jeugdtrauma en depressie op latere leeftijd kunnen verklaren. Hierbij is specifiek gekeken naar vroeg- en laat-ontstane depressie. Tevens is gekeken naar de betrouwbaarheid van retrospectieve zelfrapportages over jeugdtrauma.

Methoden

Er is gebruik gemaakt van data uit de Nederlandse Studie naar Depressie bij Ouderen (NESDO). Dit is een longitudinale cohortstudie. Bij aanvang waren er 510 deelnemers: 242 met een vroeg-ontstane (<60 jr) en 125 met een laat-ontstane (≥60 jr) depressie, en 132 niet-depressieve ouderen (totaal gemiddeld 70,6 jaar). Zes jaar na de basismetaling deden nog 299 van de 510 deelnemers mee aan het derde interview. Iedere meting omvatte diagnostische instrumenten voor depressie, evenals aanvullende vragenlijsten, o.a. omtrent de psychosociale factoren. Beide metingen werd ook gevraagd naar 4 typen jeugdtrauma's: emotionele verwaarlozing, psychologische, fysieke en seksuele mishandeling.

Resultaten

Op latere leeftijd is jeugdtrauma geassocieerd met zowel vroeg- als laat-ontstane depressie. Psychosociale factoren waren voornamelijk geassocieerd met een vroeg ontstane depressie. De grootte van het sociale netwerk en eenzaamheid verklaarden slechts een deel van het verband tussen jeugdtrauma en vroeg-ontstane depressie, voornamelijk voor emotionele verwaarlozing en psychologische mishandeling. Retrospectieve zelfrapportages over jeugdtrauma zijn voldoende betrouwbaar en grotendeels consistent. Om de betrouwbaarheid te vergroten is het belangrijk om concrete en specifieke vragen te stellen die aangevuld kunnen worden met voorbeelden.

Conclusie

Een kleiner sociaal netwerk en gevoelens van eenzaamheid verklaren de associatie tussen jeugdtrauma en vroeg-ontstane depressie op latere leeftijd. De ontstaansleeftijd en psychosociale factoren kunnen relevante informatie geven in de behandeling van depressie. Uit deze studie blijkt ook dat het belangrijk is om aandacht te hebben voor jeugdtrauma's en deze goed uit te vragen, voornamelijk door concrete vragen te stellen en naar aanvullende voorbeelden te vragen.

Literatuurverwijzing

Wielgaard, I., Stek, M. L., Comijs, H. C., & Rhebergen, D. (2018). Reliability of retrospective reports on childhood abuse and its determinants in older adults during a 6-year follow-up. *Journal of Psychiatric Research*, 105, 9-16.

Wielgaard, I., Hoyer, M., Rhebergen, D., Stek, M. L., & Comijs, H. C. (2018). Childhood abuse and late-life depression: Mediating effects of psychosocial factors for early-and late-onset depression. *International journal of geriatric psychiatry*, 33(3), 537-545.

S17 Samengesteld symposium: Diverse aspecten van psychiatrie in de GGZ

S17.1

TREAT als koppeling tussen ROM en richtlijn, de (zorg)standaard van de toekomst?

Drs. Lukas Roebroek ^{p1} / Dr. Jozanneke Bruins ¹ / Prof. Stynke Castelein ^{1,2} / Prof. Philippe Delespaul ^{3,4} / Dr. Edith Liemburg ⁵ / Drs. Magda Tasma ¹ / Dr. Marte Swart ¹ / Dr. Henderikus Knegtering ¹ / Prof. Albert Boonstra ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. Lentis
2. Rijksuniversiteit Groningen
3. Mondriaan
4. Universiteit Maastricht
5. Rob Giel Onderzoekcentrum

Achtergrond

Het regelmatig monitoren van symptomen en zorgbehoeftes kan ondersteunend zijn bij de behandeling van problemen bij mensen met psychische aandoeningen. Er is echter een kloof tussen de problemen die door Routine Outcome Monitoring (ROM) worden geïdentificeerd, en de zorg die patiënten in de dagelijkse praktijk hiervoor ontvangen. TREAT is een gecomputeriseerde beslistool, die gepersonaliseerde aanbevelingen doet voor de zorg van iemand met een psychotische aandoening op basis van diens ROM-uitkomsten. TREAT biedt hulpverleners mogelijk de kans om ROM in de toekomst optimaal in te zetten in de behandeling om zo de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Doel

We presenteren de pilotstudie naar de haalbaarheid van TREAT in de dagelijkse praktijk en evaluatie van de ervaringen van behandelaren met deze beslistool.

Methoden

De algoritmes voor de beslistool zijn ontwikkeld op basis van (inter)nationale richtlijnen voor de behandeling van schizofrenie, de zorgstandaard Psychose en de input van multidisciplinaire expertpanels uit verschillende GGZ-organisaties. De uitkomsten van de jaarlijkse ROM Phamous-screening –een uitgebreide ROM screening ontwikkeld voor mensen psychotische aandoeningen in GGZ instellingen in noord Nederland- werden gepresenteerd aan behandelaren in combinatie met de zorg-aanbevelingen uit TREAT. In de pilot werkten n=6 behandelaren (psychiaters en verpleegkundigen) van Lentis (Groningen) met de TREAT-applicatie. Ervaringen van de behandelaren met TREAT werden geëvalueerd met interviews en zelfinvul-vragenlijsten.

Resultaten

TREAT werd gebruikt bij n=16 patiënten met een psychotische aandoening. Alle zes behandelaren vonden TREAT gemakkelijk in het gebruik en willen de applicatie graag blijven gebruiken in de toekomst. Zij rapporteerden dat TREAT hen ondersteunde in het gebruik van ROM-informatie bij het opstellen van behandelplannen, doordat het meer bewustzijn creëerde van verschillende bestaande behandelopties.

Conclusie

TREAT is een haalbare applicatie om in de dagelijkse praktijk te gebruiken. TREAT lijkt op het eerste gezicht behandelaren effectief te kunnen helpen bij het gebruiken van ROM-informatie in de behandeling van mensen met een psychotische aandoening. Op basis van de pilotinformatie zijn enkele aanpassingen gedaan aan de algoritmes en de applicatie. De effectiviteit van TREAT wordt momenteel in een grootschalige multicenter trial onderzocht.

Literatuurverwijzing

Tasma M, Roebroek LO, Liemburg EJ, Knegtering H, Delespaul PA, Boonstra A, e.a. The development and evaluation of a computerized decision aid for the treatment of psychotic disorders. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 163,018-1750-7.

S17.2

Behandelresultaten van vrijwillige en onvrijwillige opnames in een grootstedelijke acuut psychiatrische kliniek

MD Hans Nusselder ¹ / Prof. Jack Dekker ² / Dr. Jaap Peen ³ / Dr. Udo Nabitz ³

P: Presenterende auteur / spreker

1. Mentrum
2. VU University
3. Arkin

Achtergrond

Een klinische opname en behandeling in een kliniek voor acuut psychiatrische ontregeling is een ingrijpende gebeurtenis voor de patiënt en voor de naastbetrokkenen. Het behandelproces tijdens de opname werd lange tijd bestempeld als een "black-box". In het kader van het kwaliteitsbeleid werden gedurende de laatste jaren voor de ernstig psychiatrische patiënten (EPA) drie zorgpaden ontwikkeld, geïmplementeerd en de behandelresultaten gemeten. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen vrijwillige opnames, opnames met een BOPZ maatregel en opnames waarbij tijdens de BOPZ opname ook dwang wordt toegepast.

Doel

Inzicht geven in het resultaat van de drie zorgpaden. Wat is het behandelresultaat bij de patiënten die vrijwillig, onvrijwillig of onvrijwillig met een dwangmaatregel opgenomen waren? Welke problematiek verandert het meest?

Methoden

In 2012 werd de HoNOS (Health of Nation Outcome Scale) in de kliniek in het kader van de reguliere outcome monitoring (ROM) geïntroduceerd. De 12 schalen plus de 3 addendum schalen zijn de landelijke standaard voor de meting van psychiatrische problematiek bij EPA patiënten. De beoordeling wordt bij opname (pre-meting) en bij ontslag (post-meting) door twee van elkaar onafhankelijke klinici gedaan. Zij beoordelen de meest ernstige toestand gedurende een observatieperiode van twee weken (Nugter e.a. 2012). Als maat voor de verandering van de problematiek (Beurs e.a. 2016) werd een halve Effect Size (ES = 0,5) aangehouden. Er wordt een onderscheid gemaakt in verslechterd (< - 0,5 ES), stabiel (> - 0,5 en < + 0,5) en verbeterd (> + 0,5 ES)

Resultaten

Het onderzoekcohort van vijf jaar (2013 tot 2017) omvat 1407 patiënten. Daarvan waren 492 patiënten vrijwillig opgenomen, 511 onvrijwillig opgenomen (BOPZ opnames, IBS en RM) zonder dwang en 404 waren onvrijwillig met een dwangbehandeling (separeer, medicatie en kamerprogramma) opgenomen. De opname in de kliniek duurde voor de vrijwillige patiënten gemiddeld 52 dagen en voor de gedwongen opgenomen patiënten 59 dagen (2 maanden). Voor de gedwongen opgenomen patiënten met dwangbehandeling was de opnameduur 3 maanden (88 dagen). Er zijn grote verschillen in de pre-scores op de HoNOS tussen de groepen. Op alle 12 HoNOS schalen behalve 'depressieve stoornissen' en 'zelfverwonding' is het beeld van de vrijwillige patiënten veel gunstiger dan dat van de onvrijwillig opgenomen patiënten. Na de opname is de gemiddelde score van de HoNOS met 9,1 verbeterd (pre-score 17,8 en post-score 8,7). De Effect Size is 1,2 of Delta T is 12. Het opvallendste resultaat is dat er geen statistisch significant verschil in het behandelresultaat tussen de drie groepen aangetoond kan worden (Effect Size vrijwillige opnames = 1,3, onvrijwillige opnames = 1,2, onvrijwillige opname met dwang = 1,2). 74% van de patiënten verbetert, 16% is stabiel, 10% verslechtert. Ook is de Effect Size gedurende 5 jaar onveranderd. De klinische verbetering is het grootst op de HoNOS-schalen 'hyperactiviteit en agressie', 'hallucinaties en wanen' en 'problemen met sociale contacten'. De verbeteringen zijn het minst op de schalen 'lichamelijke problemen', 'depressie' en 'problemen met woning'.

Conclusie

De patiënten die de zorgpaden van een grootstedelijke kliniek voor acuut psychiatrie volgen gaan na een korte behandeling aanzienlijk vooruit: 74% verbetert, 16% is stabiel en 10% verslechtert. De behandelresultaten voor vrijwillige en onvrijwillige opgenomen patiënten komen overeen.

Literatuurverwijzing

Nugter, MA, Buwalda, VJA, Dhondt ADF, Draaisma S. Gebruik van de HoNOS bij de behandeling van patienten. Tijdschr Psychiatr 2012, 54, 153-159
Beurs E de, Barendregt M, Heer A de, Duijn E van, Goeree B, Kloos M, Kooiman K, Lionarons H, Merks A, Comparing Methods to Denote Treatment Outcome in Clinical Research and Benchmarking Mental Health Care Clin Psychol Psychother 2016, 23, 308–318

S17.3

Behandeleffect van een Transforensisch Psychiatrisch zorgaanbod

Prof. dr. Joost á Campo ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Mondriaan

Achtergrond

Transforensische Psychiatrie is een nieuw onderzoeks- en behandeldomein binnen de psychiatrie. Ze richt zich op mensen met ernstige waarneming-, denk-, stemmings en/of gedragsstoornissen met daaraan gekoppeld disruptief gedrag. Ze vallen vooralsnog buiten het strafrecht doch dreigen zonder adequate behandelinterventie te criminaliseren. In feite behoeven ze een behandelkader met de voor de forensische psychiatrie kenmerkende aandacht voor delict preventie. Ze zijn een maat te groot voor de reguliere GGZ en vooralsnog niet door Politie en Justitie binnen een Forensisch zorgkader geplaatst. Vaak heeft dit simpel te maken met zaken als, het doen van aangifte, of niet. De toebedeling van patienten aan reguliere GGZ of het Forensische zorgdomein is in hoge mate arbitrair. Transforensische Psychiatrie overbrugt de kloof tussen de reguliere en forensische psychiatrie. Er is daarbinnen aandacht voor zowel de psychopathologie alsook voor delict preventie.

Doel

Het doel van onderhavige studie is het bestuderen van de behandeleffectiviteit van de Transforensisch Psychiatrische aanpak. Deze zal beoordeeld worden op basis van de resultaten van de risicotaxatie in combinatie met de beschermende factoren. Aanvullend worden de scores van de HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) opgenomen in het beoordelen van de behandeleffectiviteit. Zo kan aangetoond worden of de kwaliteit van leven is toegenomen gedurende de behandeling van de patiënten. Verwacht wordt dat het risico op recidive zal dalen gedurende de behandelperiode, de beschermende factoren toenemen en de kwaliteit van leven zal stijgen.

Methoden

Binnen de Transforensisch Psychiatrische afdeling ligt sterk de nadruk op preventie en via die weg het verlagen van het delict risico. Vandaar dat binnen het huidige onderzoek hier ook op gefocust zal worden, door het afnemen van risicotaxaties (de Historical Clinical Risk Management – 20 Versie 3, HCR 20 en de Historisch Klinisch Toekomst-30, HKT-30). Als aanvulling kijken we ook naar beschermende factoren (de Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk (SAPROF 2e editie; De Vries Robbé & De Vogel) en de kwaliteit van leven. Aanvullend worden de scores van de HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) opgenomen in het beoordelen van de behandeleffectiviteit.

Resultaten

Het risico op toekomstig agressief gedrag neemt significant af door behandeling op de Transforensisch Psychiatrische afdeling. Bij een langere opnameduur zien we een toename in beschermende factoren

Conclusie

Transforensische Psychiatrie overbrugt de bestaande kloof tussen reguliere GGZ en Forensische zorg en draagt bij aan het voorkomen van criminalisering van mensen met serieuze psychopathologie in combinatie met disruptief gedrag

Literatuurverwijzing

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2012). Stoornis en delict: forensische en verplichte geestelijke gezondheidszorg vormen een keten. Den Haag Raes, B.C.M., Miedema, A.G. & Paesen, L.J. (2001). De grenzen tussen de algemene en de forensische geestelijke gezondheidszorg. Tijdschrift voor Psychiatrie, 43, 575-578.

S17.4

Vluchtelingen met PTSS; van klacht- naar krachtgericht. Eerste resultaten van een nieuwe behandelmethode

Drs. Jetske van Heemstra¹ / Drs. Fieke Felix²

P: Presenterende auteur / spreker

1. Universiteit van Utrecht
2. Stichting Equatorfoundation

Achtergrond

Equator Foundation behandelt vluchtelingen met PTSS. In deze doelgroep is vaak sprake van ernstige en multi-pele doorgemaakte trauma's in combinatie met actuele stressoren (gedwongen migratie, acculturatie, verlies van steunsysteem, juridische en maatschappelijke problemen). Behandeling volgens de bestaande richtlijnen, trauma focussed therapy, leidt zelden tot volledig herstel op symptoom-niveau. Onderzoek en klinische ervaring benadrukken de wenselijkheid van een krachtgericht behandelaanbod, waarbij maatschappelijke en persoonlijk herstel een prominente rol krijgen. Binnen een Europees consortium van zeven rehabilitatiecentra voor slachtoffers van mensenrechtenschendingen, is een nieuwe herstelmethodiek ontwikkeld onder de naam 7ROSES. Het betreft een groepsaanbod bestaande uit 9 sessies van 2,5 uur. De methode is gebaseerd op Leamy et al.'s CHIME framework¹ (Connectedness, Hope, Identity, Meaning, Empowerment), uitgebreid met de pijlers 'Recognition' en 'Safety'. De werkwijze is systematisch rehabilitatiegericht: de deelnemers zijn actief en selecteren zelf het onderwerp van de sessie. Als behandelaars komen professionals in aanmerking met minimaal een HBO of universitaire opleiding in zorg en welzijn.

Doel

Pilot-effectmeting van de eerste implementatie. Observaties over de haalbaarheid van de interventie bij deze doelgroep.

Methoden

Een cohort-studie onder 38 vluchtelingen met PTSS die deelnamen aan 7ROSES en dit onderzoek. Voor- en nametingen met de General Self-Efficacy Scale en de Brief Symptom Inventory. Analyses op groepsniveau (t-toets) en individueel niveau (reliable change index).

Resultaten

De uitkomsten suggereren een positieve impact op self-efficacy te weten een stijging van de GSES ($Z=2.16$; $p=.03$) en algeheel mentaal welzijn te weten een daling van de BSI ($Z=2.05$; $p=.04$)².

Conclusie

7 ROSES lijkt goed begrepen en gewaardeerd te worden door de deelnemers, is uitvoerbaar met tolken en een minder (Westers) opgeleide doelgroep, is te geven door HBO + opgeleide zorgprofessionals en lijkt een verbetering zelf effectiviteit en een vermindering van klachten te geven bij vluchtelingen met PTSS.

Literatuurverwijzing

1 Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733 2 H.E. van Heemstra, W.F. Scholte, J.F.G. Haagen, P.A. Boelen: 7ROSES, a novel method for promoting Self-Efficacy in Traumatized Refugees. Aangeboden voor publicatie.

S17.5

Symptomatisch, maatschappelijk én persoonlijk herstel in 1 model! Een latent mixture Markov-model van herstelbeloop

Prof.dr. Stynke Castelein ^{1,2} / Prof.dr. Marieke Timmerman ² / Prof.dr. Mark van der Gaag ^{3,4} / Dr. Ellen Visser ^{2,5,6}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Lentis
2. Rijksuniversiteit Groningen
3. Parnassia
4. Vrije Universiteit Amsterdam
5. Rob Giel Onderzoekcentrum
6. Universitair Medisch Centrum Groningen

Achtergrond

Herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen kan optreden in drie domeinen: symptomatisch, maatschappelijk en persoonlijk herstel. In nagenoeg alle onderzoeken naar beloop van herstel, en predictoren voor dit beloop, worden deze drie domeinen los van elkaar geanalyseerd. Hierbij ontbreekt het inzicht in de samenhang tussen herstel in de verschillende domeinen. Om inzicht te krijgen in deze samenhang moeten de domeinen tegelijkertijd geanalyseerd worden.

Doel

Dit onderzoek heeft tot doel om tot een integraal herstelmodel te komen. We doen dit door een aantal stadia te identificeren, zodanig dat een patiënt in een bepaald stadium vergelijkbare hersteluitkomsten op alle drie domeinen heeft; verder bepalen we de transitiekansen om van het ene stadium in het andere te komen. Deze aanpak geeft inzicht in het herstelbeloop op de drie domeinen.

Methoden

ROM Phamous screent jaarlijks mensen met psychotische aandoeningen op meerdere uitkomsten in Noord-Nederland. In deze ROM wordt symptomatisch herstel werd gemeten met de PANSS-R (8 items), maatschappelijk herstel met de functionele remissie tool (3 items, Wiersma e.a.) en persoonlijk herstel met de Happiness Index (1 item). In totaal zijn hiermee 12 hersteluitkomsten geïnccludeerd. Data vanaf 2006 tot en met 2017 zijn gebruikt in de latent mixture Markov-analyse (N totaal=2327).

Resultaten

De latent mixture Markov-analyse identificeerde op basis van de BIC waarde 4 stadia en 1 klasse. Een patiënt in stadium 1 laat op alle drie vormen van herstel zien dat zij (redelijk) goed zijn hersteld (36%); in stadium 2 zijn er duidelijke zorgbehoeften op het gebied van maatschappelijk herstel en heeft de patiënt met name last van positieve symptomen (22%); in stadium 3 heeft de patiënt eveneens maatschappelijke zorgbehoeften, maar vooral daarbij negatieve symptomen (24%); in stadium 4 heeft de patiënt op alle drie vormen duidelijke zorgbehoeften (18%). Het stadium waarin een patiënt op een bepaald meetmoment is, hangt sterk samen met het stadium 1 jaar later (79-90% kans op hetzelfde stadium). Een transitie van stadium 1 (meeste herstel) naar stadium 4 (minste herstel) en v.v. komt bijna niet voor (0.3-0.5%). De hoogste kans op transitie zit tussen de andere groepen (4-12%).

Conclusie

Het latent mixture Markov-model van de ROM Phamous-data toont aan dat er vier verschillende stadia met vergelijkbare hersteluitkomsten te onderscheiden zijn in het integrale herstelmodel. Transitie tussen de stadia is mogelijk, maar de kans dat een patiënt van jaar-op-jaar in hetzelfde stadium blijft, is erg groot. Het is een uitdaging om deze transitiekansen in de goede richting te verhogen in de toekomst. Of zijn we al een tijdje op de goede weg?

Literatuurverwijzing

Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, Veijola J, Miettunen J. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2013 Nov;39(6):1296-306.

WORKSHOPS

W16 Behandel me als een dame! Alles wat u moet weten over autismespectrumstoornissen bij meisjes en vrouwen

dr. Rogier Hoenders ^{p1}

Dr. Janneke Zinkstok ^{p1} / Dr. Els Blijd-Hogewys ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. UMC Utrecht
2. INTER-PSY

Inhoud (wat)

Autismespectrumstoornissen (ASS) lijken minder vaak voor te komen bij meisjes en vrouwen dan bij jongens en mannen. Er is steeds meer aandacht voor het feit dat ASS bij meisjes en vrouwen waarschijnlijk minder herkend wordt. Oorzaken hiervoor zijn o.a. dat autisme bij vrouwen zich ogenschijnlijk anders presenteert, waardoor symptomen enerzijds als minder beperkend worden beoordeeld en anderzijds als 'niet typisch ASS'. Velen doen er ook alles aan om maar 'normaal' gevonden te worden, maar het constante compenseren en camoufleren eist een hoge tol. Dit kan resulteren in allerlei co-morbide lichamelijke en psychische problemen (bijvoorbeeld angst, depressie, eetstoornissen). Behandeling van deze problematiek sluit vervolgens niet goed aan, of werkt zelfs averechts, omdat er geen rekening wordt gehouden met de onderliggende ASS. In de DSM-5 staat vermeld dat vrouwen inderdaad een grote kans hebben niet opgemerkt te worden, omdat hun sociale en communicatieve problemen zich subtieler uiten. In de workshop gaan we in op man-vrouwverschillen in de klinische presentatie van ASS, staan we stil bij de gevolgen van misdiagnose en bespreken specifieke aandachtspunten voor de behandeling van vrouwen met ASS.

Vorm (hoe)

Tijdens de workshop wordt ingegaan op de wetenschappelijke en klinische kennis over ASS bij meisjes en vrouwen, en er worden theoretische achtergronden gegeven. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van videofragmenten die interactief met de deelnemers van de workshop besproken worden. Het is nadrukkelijk de bedoeling om eventuele inbreng en vragen van de deelnemers aan bod te laten komen.

Leerdoelen

Het hoofddoel van deze workshop is om kennis en vaardigheden m.b.t. sekse- en genderspecifieke aspecten van ASS te vergroten en daarmee de kans op gemiste diagnoses te verkleinen. Een sekse- en gendersensitieve benadering van diagnostiek en behandeling van psychiatrische stoornissen hoort bij de psychiatrie van de toekomst!

Literatuurverwijzing

Wilson CE, Murphy CM, McAlonan G, Robertson DM, Spain D, Hayward H, Woodhouse E, Deeley PQ, Gillan N, Ohlsen JC, Zinkstok J, Stoencheva V, Faulkner J, Yildiran H, Bell V, Hammond N, Craig MC, Murphy DG. Does sex influence the diagnostic evaluation of autism spectrum disorder in adults? *Autism* 2016, Oct;20(7):808-19.

Rieffe, C., Bülow, A., Willems, D., Blijd-Hogewys, E., & Stockmann, L. (2017). Meisjes met autisme, hoe empathisch zijn ze? *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 16, 2, 2-14.

Lai MC, Lombardo MV, Ruigrok AN, Chakrabarti B, Auyeung B, Szatmari P, Happé F9 Baron-Cohen S; MRC AIMS Consortium. Quantifying and exploring camouflaging in men and women with autism. *Autism*. 2017 Aug;21(6):690-702.

W17 Benzodiazepinen: langdurend en hoge-dosis gebruik van benzodiazepinen door patiënten in de verslavingszorg: hoe gaan we hiermee om?

Dr. Gerdien de Weert ¹ / Dr. Victor Buwalda ¹ / drs Mariska Hoff ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. Novadic-Kentron
2. Novadic--Kentron

Inhoud (wat)

Het gebruik van benzodiazepinen is, sinds hun introductie in de zestiger jaren, sterk toegenomen. In 2016 gebruikte in Nederland een op de tien mensen in de leeftijd van 15-64 jaar ooit BZD-en. 62% gebruikte de BZD-en meer dan twee jaar (1). Bijwerkingen van BZD-en zijn cognitieve en psychomotorische beperkingen, verhoogde sterfte (ca. 15 keer zo hoog), afhankelijkheid, tolerantie en ontweningsverschijnselen na langdurend gebruik en hoge dosis (2). De prevalentie van (langdurend) gebruik is nog groter onder patiënten die te maken hebben met middelenafhankelijkheid (3). De combinatie van BZD-en en andere psychoactieve middelen, alsmede de medicatie die patiënten voorgeschreven krijgen, gaat gepaard met veel risico's en bijwerkingen.

Vorm (hoe)

In deze workshop worden recente onderzoeksresultaten gepresenteerd en komen prevalentie en risicofactoren voor BZD-gebruik onder verslaafde patiënten en van afhankelijkheid van BZD onder deze populatie aan de orde. Tevens zullen de resultaten van een narratieve studie onder verslaafde patiënten, met hun opvattingen over BZD-en en BZD-gebruik, als wel pogingen om het gebruik te minderen worden besproken. Als laatste worden de resultaten gepresenteerd van een onderzoek onder patiënten bij wie het detoxificatieproces (van andere psychoactieve middelen) ondersteund werd met BZD-en. Na deze presentaties zal het panel het gesprek aangaan met de toehoorders en hen uitnodigen om te reageren op de presentaties: welke ontwikkelingen rond BZD-gebruik en –afhankelijkheid zijn relevant en hoe kunnen we deze afhankelijkheid behandelen in detoxificatie klinieken

Leerdoelen

De deelnemer aan de workshop zal 1) inzicht verwerven in de prevalentie en omvang van benzodiazepinengebruik door verslaafde patiënten; 2) begrip verkrijgen over de opvattingen van patiënten over BZD-en en het gebruik ervan; 3) kennis vergaren over de risicofactoren van BZD-en gebruik, misbruik en afhankelijkheid bij verslaafde patiënten en 4) meer te weten komen over tapering protocollen bij de afbouw van BZD-en gedurende het detoxificatie-proces.

Literatuurverwijzing

Van Laar MW, Van Ooyen-Houben MMJ. (2016). Slaap- en kalmeringsmiddelen en andere psychoactieve medicijnen. In: Van Laar, M.W., 2016. Nationale Drug Monitor – Jaarrapport 2015 (Nationale Drug Monitor - Jaarrapport 2015). Trimbos Instituut, Utrecht, pp 241- 258. Lader M, (2011). Benzodiazepines revisited--will we ever learn? *Addiction* 106, 2086-2109. Jones JD, Mogali S, Comer SD. (2012). Polydrug abuse: A review of opioid and benzodiazepine combination use. *Drug Alcohol Depend.* 125, 8-18. Day C. (2014). Benzodiazepines in Combination with Opioid Pain Relievers or Alcohol: Greater Risk of More Serious ED Visit Outcomes. In: The CBHSQ Report. 2014:1-6.

W18 Benutten van geprofessionaliseerde ervaringsdeskundigheid in de behandelpraktijk. Waar blijven de ervaringsdeskundige psychiaters?

MSc Simona Karbouniaris ¹ / dr. Gustaaf Bos ² / dr. Alie Weerman

P: Presenterende auteur / spreker

1. Kenniscentrum Sociale Innovatie
2. VUMC

Inhoud (wat)

De afgelopen vijftien jaar heeft ervaringsdeskundigheid een vlucht genomen. Het initiatief hiervoor lag bij de internationale cliëntenbeweging. In Nederland werd ervaringsdeskundigheid onder leiding van Wilma Boevink vooral door de HEE-beweging (Herstel Empowerment & Ervaringsdeskundigheid) succesvol uitgezet. Tegelijkertijd groeide een breed arsenaal aan herstel georiënteerde initiatieven waarin steeds nadrukkelijker aandacht kwam voor de bijdrage van ervaringskennis (Hendriksen-Favier, Nijens & van Rooijen, 2012) die moest leiden tot een kwalitatieve verbetering van de zorg. Inmiddels heeft de NZA het beroep van 'ervaringsdeskundige' erkend, is er een beroepscompetentieprofiel ervaringsdeskundigheid en een landelijk leerplan dat in 2017 door het Trimbosinstituut in samenwerking met het Kenniscentrum Phrenos werd gelanceerd. In 2017 is eveneens door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (NKO) een landelijke module herstelondersteunende zorg uitgebracht, waarin ervaringsdeskundigheid een noodzakelijke plaats krijgt toebedeeld (Trimbos e.a., 2017). Ervaringsdeskundigheid professionaliseert zich zo tot een nieuwe en complementaire deskundigheid binnen de GGZ. In de beweging van De Nieuwe GGZ aangevoerd door Jim van Os, Philippe Delespaul spreekt men van 'multideskundigheid' of wel een complementaire deskundigheid (Boevink, 2017 en Delespaul e.a., 2016). Er wordt gepleit voor een kruisbestuiving van verschillende bronnen van kennis onder verschillende disciplines binnen de ggz. De zorgprofessional met ervaringsdeskundigheid is een relatief nieuw fenomeen waar momenteel onderzoek naar plaatsvindt. Een groot aandeel van de zorgprofessionals heeft ervaringen met een vorm van ontwrichting die parallel loopt aan die van hun cliënten (Weerman 2016; Colijn & Thunissen, 2009). In ons lopende onderzoek zien we [mede door de inzet van ervaringsdeskundigen] een versnelde readiness onder professionals om eigen levensontwrichtende ervaringen op het werk te benutten als derde bron van kennis, naast evidence based practice en practice based evidence. Waar eerder de inzet van eigen ervaringen in een professionele rol meestal niet als zodanig geprofileerd werd en ook geen plek kreeg in opleidingen en de behandelpraktijk, wordt nu verkend op welke plekken en hoe deze kennis ten dienste kan worden gesteld aan de behandelpraktijk. Soms wordt aan professionele zelfonthulling gedaan, hoewel het nog niet voldoende evident is of een opener klimaat ook daadwerkelijk bijdraagt aan herstel van cliënten. Daarbij komt dat veel professionals handelingsverlegen zijn, schaamte voelen of onvoldoende toegerust zijn om eigen ervaringen in te zetten (Van Meekeren e.a., 2017). Soms zorgt het werken met ervaringsdeskundigheid voor ethische dilemma's in het licht van beroepscode. De professionele standaard en beroepsopvattingen van psychiaters en andere ggz-professionals kunnen op gespannen voet staan met de kennis vanuit doorleefde ervaringen. Hoe staan psychiaters en psychotherapeuten in deze ontwikkeling? In hoeverre maken zij gebruik van ervaringskennis- en deskundigheid? Wat roept het werken met ervaringskennis op onder behandelaren? In project RAAK! Ervaringsdeskundigheid is gedurende 2 jaar door 20 professionals in verschillende proeftuinen gewerkt aan en onderzoek gedaan naar het professionaliseren van ervaringsdeskundigheid binnen o.a. de GGZ. E.e.a. werd begeleid in een trainingstraject, gevolgd door onderzoek, versterkt in ontwikkelgroepen binnen de betreffende organisaties en gemonitord door een stuurgroep. Deze proeftuinen zullen de komende jaren een vervolg krijgen in een regionaal samenwerkingsverband en worden beschouwd als belangrijke vernieuwende ontwikkelingen binnen de ggz. Het onderzoek betreft een wetenschappelijk handelingsonderzoek vanuit Hogeschool Windesheim, VU-medisch centrum, Hogeschool Utrecht en vijf zorginstellingen (Dimence, GGNet, RIBW-GO, MEE en Trajectum) waarbij in samenwerking met betrokkenen een praktijkinnovatie wordt uitgevoerd die tevens leidt tot kennisontwikkeling. De centrale onderzoeksvraag luidde: Op welke manier kan de ervaringsdeskundigheid van zorgprofessionals een bijdrage leveren aan het persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met psychiatrische problemen en verslaving?

Vorm (hoe)

Plenaire aftrap met introductie thematiek en onderzoeksproject gevolgd door korte oefening en aansluitend discussie.

Leerdoelen

- 1) Kennis van ervaringsdeskundigheid als complementaire bron van deskundigheid in de ggz.
- 2) Deelnemers reflecteren op de mogelijke voor- en nadelen in het werken met geprofessionaliseerde ervaringskennis. Dit betreft o.a. reflecties op de eigen beroepsidentiteit, beroepsopvatting, handelingsverlegenheid en weerstanden binnen de eigen organisatiecultuur.
- 3) Uitwisselen van ervaringen, o.a. in het doorlopen van een persoonlijk professionele ontwikkeling in een parallelproces en kennisuitwisseling (knelpunten en successen uit empirisch materiaal van het lopende onderzoek).
- 4) Hoe nu precies? Handvatten in het werken met PEPER: ervaringskennis is Praktisch, Existentieel, Politiek-kritisch, Ethisch en Responsief van aard.

Literatuurverwijzing

Boevink, W. (2017). HEE! Over Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie. Utrecht: Trimbos-Instituut.

Boevink, W. & Droës, J. (2005). Herstelwerk van mensen met een psychiatrische beperking en wat kunnen hulpverleners doen om hen te ondersteunen? *Psychopraxis*, 7, 14-20.

Boertien, D., Bakel, M. van & Weeghel, J. van (2012). Wellness Recovery Action Plan in Nederland – Een herstelmethode bij psychische ontwrichting. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 67, 276- 283.

Colijn, S., & Thunissen, M. (2009). De attitude van de psychotherapeut. In: Colijn, S., Snijders, H., Thunissen, M., Bögels, S. & Trijsburg, W. (red.) *Leerboek Psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom, 693-703

Erp, N. van, Hendriksen, A. & Boer, M. (2009). Begeleiders met ervaringsdeskundigheid in ggz-teams. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 64, 638-651

Fact sheets RAAK! Ervaringsdeskundigheid (2017). *Opvattingen van cliënten over zorgprofessionals met ervaringsdeskundigheid*. Zwolle: Windesheim GGZ Nederland, HEE, Kenniscentrum Phrenos (2013).

Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid. Utrecht: Trimbos-instituut.

Karbouniaris, S. & Brettschneider, E. (2008). Inzet en waarde van ervaringsdeskundigheid in de GGZ. Utrecht: Lectoraat Participatie, Zorg en Ondersteuning.

Meekeren, E. van (red.) (2017). *Zelfonthulling. Openheid van professionals in de GGZ*. Amsterdam: Boom.

Oosterhoff, M. (2017). Vals Alarm. Hilversum: Uitgeverij Lucht

Schnellbacher, J. & Leijssen, M. (2008). Kenmerken van helpende zelfonthulling, een kwalitatief onderzoek naar de cliëntbeleving van zelfonthulling van de therapeut. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 34, 27-44.

Snijder, A., Doornbos, P., Luyendijk, E., Moolen, van der C., Mul, H. & Wolters, H. (2017). Maximale toenadering met optimale distantie: zelfonthulling van de psychotherapeut. *Tijdschrift Persoonsgerichte Experientiele Psychotherapie*, 55 – 4, p. 199-206.

Trimbos-instituut, LPPGGZ en werkgroep herstelondersteuning (2017). *Generieke module Herstelondersteuning*. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.

Vernimmen, R.H.M. (2009). Hulpverleners en ervaringsdeskundigen gaat dat samen? Discussiegroep. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 51, 3

Weerman, A. Barendsen, P., Koster, C., Meijer, R., Nieuwenhuizen, R. van den, Oude Bos, J., Rietveld, D. & Stollenga, M. (2012). *Deskundig door de Ver-slaving. Praktijken en dilemma's bij de inzet van ervaringsdeskundigheid*. Amsterdam: SWP.

Weerman, A. (2016). *Ervaringsdeskundige Zorg- en Dienstverleners. Stigma, verslaving en existentiële transformatie*. Academisch proefschrift. Delft: Eburon.

W19 Kinderpsychiater van de toekomst; basaal neurologisch denken als onderdeel van medisch psychiatrische beoordeling

drs Lieke van Brakel ¹ / drs Mori van den Bergh ¹ / drs Jolanda Schieving ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. Karakter
2. Kinderneuroloog: UMC Radboud

Inhoud (wat)

De kinderpsychiater onderscheidt zich van andere disciplines in de zorg voor jeugd, door haar medische achtergrond en uitstekende biologische kennis die zij kan plaatsen in het bio-psycho-sociale model waarin de kinderpsychiatrie haar diagnostiek bedrijft. Van stoornissen als epilepsie, ticstoornissen en verschillende syndromen, is bekend dat ze zowel neurologische als psychiatrische problemen kunnen geven. Kinderen die wij zien in de kinderpsychiatrie tonen regelmatig bredere ontwikkelingsproblemen. Zowel op het gebied van cognitie, motoriek en spraak, als op het gebied van eten, slapen, horen en zien. Kinderen met dergelijke problematiek komen soms bij een kinderarts- of neuroloog terecht, soms bij een psychiater. Over en weer kunnen we van elkaars kennis en kunde profiteren. Verwijzing naar een kinderneuroloog kan zinvol en helpend zijn om de ontwikkelingsproblemen van een kind beter te begrijpen. Om te screenen op circumschripte neurologische stoornissen is een neurologisch denkkader en screenend neurologisch onderzoek een welkome aanvulling op het kinderpsychiatrisch- en algemeen somatisch onderzoek.

Vorm (hoe)

Aan de hand van voorbeelden uit de psychiatrische en neurologische praktijk onderzoeken we de overlap tussen kinderneurologie en kinderpsychiatrie. We laten zien waar verwijzing en samenwerking over en weer zinvol is. Ook tonen we eenvoudig screenend neurologisch onderzoek voor in de spreekkamer.

Leerdoelen

Na het volgen van deze workshop: -weet u meer over het grensvlak tussen kinderpsychiatrie en kinderneurologie -bent u in staat een (screenend) neurologisch denkkader te hanteren bij de beoordeling van een kind met ontwikkelingsproblemen -heb u kennis van eenvoudig neurologisch onderzoek dat u kunt inpassen in uw psychiatrisch onderzoek NB: vraag aan de organisatie: als deze workshop geselecteerd wordt voor het programma, hebben wij een praktisch verzoek: ivm aanwezigheid van een externe spreker, is ons verzoek de workshop dan op vrijdag te plannen op een 'aanrijdbaar' (vanuit Nijmegen) tijdstip. Veel dank voor het in overweging nemen van dit verzoek.

Literatuurverwijzing

- Hijdra e.a., Neurologie
- Zonneveld, Het neurologisch onderzoek - Verhulst e.a., Kinder- en Jeugdpsychiatrie
- Verhey, Wat is Neuropsychiatrie, Tijdschrift voor Psychiatrie, 2013
- Boer, Terugkeer van de neuropsychiatrie in de kinder- en jeugdpsychiatrie, Tijdschrift voor Psychiatrie, 2008
- Martin, The Integration of Neurology, Psychiatry, and Neuroscience in the 21st Century, AM J Psychiatry 2002

W20 Positieve psychiatrie

rof. dr. Frenk Peeters^{1,2} / Drs. Fredrike Bannink^{p3}

P: Presenterende auteur / spreker

1. MUMC
2. Maastricht University
3. Eigenaar praktijk Bannink

Inhoud (wat)

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) heeft, zeker in de afgelopen decennia, veelal een medisch model gevolgd. De GGZ richtte zich op het verminderen van psychopathologie, het bestrijden van de psychische ziekte en had weinig tot geen aandacht voor het welbevinden van diegene die zich voor hulp aanmeldde. Lang is gedacht dat een hoge mate van welbevinden gelijkstaat aan afwezigheid van psychopathologie, maar dat blijkt in de praktijk toch wat ingewikkelder te liggen. Mensen met psychische klachten blijken in staat om te kunnen functioneren en hun bestaan als zinvol te ervaren, mensen zonder psychische klachten ervaren hun leven niet automatisch als waardevol en als de moeite waard. Positieve psychiatrie, als aanvulling op het ziektegerichte model, is een nieuwe benadering in de psychiatrie die zich richt op het bevorderen van emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. Positieve psychiatrie is een nieuwe benadering van psychische problemen waarin de patient geen probleem is (borderline of schizofreen is) maar een persoon met vele kanten die een of meerdere problemen heeft; het hanteert een persoonsgerichte en niet een ziektegerichte visie. Het is een aanvulling op het meer reguliere psychiatrisch denken en handelen, en onderscheidt zich door het hanteren van visie en kennis uit de positieve psychologie, het hanteren van een herstelbenadering, oplossingsgericht werken en het maximaal hanteren van specifieke factoren. Recensies boek Positieve psychiatrie: Positive psychiatrie: de toekomst is begonnen! Jim van Os Concluderend is positieve psychiatrie een fascinerend boek waarin je leert een mooie, energieke gesprekshouding aan te meten en, ook al ontbreekt vooralsnog de wetenschappelijke onderbouwing, iedere behandelaar krijgt wel direct het gevoel dat de positieve gesprekshouding je patient verder kan helpen. Joeri Tijdink

Vorm (hoe)

Korte keynote presentaties en oefenen in subgroepen met enkele toepassingen

Leerdoelen

Aan het einde van de workshop hebben de deelnemers:

- kennis van de grondbeginselen van de positieve psychiatrie;
- kennis hoe de positieve psychiatrie een aanvulling kan zijn op de traditionele psychiatrie;
- geoefend met enkele praktische toepassingen, die zij de volgende dag al in hun praktijk kunnen inzetten.

Literatuurverwijzing

Fredrike Bannink & Frenk Peeters (2018). Positieve psychiatrie. Amsterdam, Boom. Bannink, F.P. (2013, 3e gewijzigde druk). Oplossingsgerichte vragen. Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering. Amsterdam: Pearson. Bannink, F.P. (2016). Positieve psychologie - de toepassingen. Amsterdam: Boom. Bannink, F.P. & Jansen, P. (2017). Positieve gezondheidszorg. Amsterdam: Pearson. Delleman, O. (2013). Positieve psychiatrie als visie voor de praktijk van de ggz. MGv, 69, 3, 16-23.

W21 Moreel Beraad

dr. Andrea Ruissen ^{1,2,3} / Dr. Yolande Voskes ^{3,4}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Amedea
2. HMC+
3. VUmc metamedica
4. GGZ Breburg

Inhoud (wat)

De psychiatercompetenties zijn gedefinieerd in de CanMeds, waarbij ook professionaliteit en ethiek een definitieve plek innemen. Hoewel het de vraag is of psychiaters zelf ten alle tijden een Moreel Beraad moeten kunnen leiden, is het wel relevant dat psychiaters het Moreel Beraad kennen en kunnen 'indiceren': als klinisch leiders zijn psychiaters, met kennis en vaardigheden op het gebied van pathologie, wetgeving en dynamiek bij uitstek in staat en in de positie om ethische dilemma's te herkennen en te erkennen

Vorm (hoe)

Na een korte presentatie over de theoretische achtergronden en de 'evidence base' van Moreel Beraad, gaan we met elkaar een Moreel Beraad doen. We maken gebruik van de dilemmamethode zoals ontwikkeld door het VUmc.

Leerdoelen

Na het volgen van deze workshop:

- kent u de uitgangspunten, achtergronden en wetenschappelijke onderbouwing van Moreel Beraad
- weet u hoe het is om als deelnemer mee te doen met een Moreel Beraad
- kunt u Moreel Beraad voor uzelf en uw team en anderen 'indiceren'

Literatuurverwijzing

Kijkt u om in de stemming te komen op <https://www.vumc.nl/afdelingen/moreel-beraad/>.

W22 Stigmatisering binnen de jeugd GGZ

drs Sara van der Weerd ¹ / Prof. Floor Scheepers ² / Mink de Vries ³

P: Presenterende auteur / spreker

1. Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie
2. UMC Utrecht
3. Samen Sterk zonder Stigma

Inhoud (wat)

GGZ-professionals hebben vooroordelen, net als iedereen. Zij kunnen de mensen die zij behandelen stigmatiseren, vaak zonder zich ervan bewust te zijn. Hoe kunnen we samen bijdragen aan het verminderen van stigma binnen onze praktijken? Meer dan de helft van de mensen met psychische klachten ervaart stigma bij familie, in persoonlijke relaties en/of door zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg. Jongeren die in de jeugd-ggz behandeld zijn, zien stigmatisering als een van de belangrijkste knelpunten in de zorg. Onderzoek heeft aangetoond dat (angst voor) stigma ertoe bijdraagt dat jongeren met psychische problemen vaak onnodig laat adequate hulp krijgen. Stigmatisering heeft negatieve gevolgen voor het persoonlijke, sociale en maatschappelijke leven van de betrokkenen. Een veelgehoorde klacht van jeugdigen is dat naast het stigma van de psychische problemen, ook de zorg die ze daarvoor hebben ontvangen stigmatiserend werkt (een 'jeugdzorgverleden', 'pleegkind' of het stigma van opgroeien in een instelling). In deze workshop stellen we stigmatisering binnen de jeugd ggz centraal en kijken we naar mogelijkheden om dat tegen te gaan.

Vorm (hoe)

De workshopleiders zijn Floor Scheepers (UMCU), Sara van der Weerd (Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie) en Mink de Vries (ambassadeur van Samen Sterk zonder Stigma). Zij gaan de dialoog met de deelnemers aan vanuit de eigen ervaring, kennis uit de wetenschap en de ambities van het nieuwe Kennisconsortium Destigmatisering en Sociale Inclusie. Aan de hand van een film over stigmatisering binnen de ggz en de interventie Beyond the Label, wordt gewerkt aan bewustwording en worden handelingsperspectieven aangereikt.

Leerdoelen

- Verhogen van kennis over stigmatisering binnen de jeugd ggz.
- Jeugdhulpprofessionals bewuster maken van het bestaan van vormen van stigmatisering in hun dagelijkse hulpverlening en het thema beter bespreekbaar maken.
- Gezamenlijk van gedachten wisselen over mogelijkheden en moeilijkheden om stigmatisering in de GGZ in de toekomst tegen te gaan.

Literatuurverwijzing

Benson A, O'Toole S, Lambert V, Gallagher P, Shahwan A, Austin JK: To tell or not to tell: a systematic review of the disclosure practices of children living with epilepsy and their parents. *Epilepsy Behav* 2015;51:73-95 Bolt I & Schermer M: Psychopharmaceutical Enhancers: Enhancing Identity? *Neuroethics* 2009;2:103-111 Dos Reis S, Barksdale CL, Sherman A, Maloney K, Charach A: Stigmatizing experiences of parents of children with a new diagnosis of ADHD. *Psychiat Serv* 2010;61:811-816 Casey BJ, Oliveri ME, Insel T: A neurodevelopmental perspective on the research domain criteria (RDoC) framework. *Biological Psychiatry* 2014; ;76(5):350-353 Durston S, van Belle J, de Zeeuw P: Differentiating fronto-striatal and fronto-cerebellar circuits in ADHD. *Biol psychiatry* 2011;69(12):1178-1184 Durston S: Of mind and matter. Inaugural address, Utrecht University 2012 Franklin JC, Jamieson JP, Glenn CR, Nock MK: How Developmental Psychopathology Theory and Research Can Inform the Research Domain Criteria (RDoC) Project. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2015;44(2):280-290 Hacking I: Making up people. *London Review of Books* 2006;28(16):23-26 Hens K, Robeyns IAM, Schaubroeck K: The ethics of autism. Under review. Hinshaw HP: The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and research needs. *J Child Psychol Psychiatry* 2005;46(7):714-734 Kaufmann M: Tools for Constructive Disability Management: A Pragmatic Approach to Label Use within Disability Discourse. Bachelor Thesis in Philosophy, Utrecht University, 2016 Lebowitz MS: Stigmatization of ADHD: A Developmental Review. *J Attention Dis* 2016; 20(3) 199-205 Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 511-541. Livingston JD, Boyd JE (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71, 2150-2161 Van Weeghel J, Pijnenborg M, Van 't Veer J, Kienhorst G (eds.) (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen. Principes, perspectieven en praktijken*. Bussum: Uitgeverij Coutinho. Sikkema P (2018). *Psychische diversiteit op school*. Amsterdam: Qrius. Uitgave van Samen Sterk zonder Stigma. National Institute of Mental Health: Research Domain Criteria (RDoC). 2014. Available from: <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml> Peterson BS: Research Domain Criteria (RDoC): a new psychiatric nosology whose time has not yet come (editorial). *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56(7):719-722 Silberman S: Neurotribes. Avery Publishing Group, 2015 Sonuga-Barke E: 'What's up, (R)DoC?' – can identifying core dimensions of early functioning help us understand, and then reduce, developmental risk for mental disorders? (editorial). *J Child Psychol Psychiatry* 2014;55(8):849-851 Stuart H.L., Arbodleda-Florez J., Sartorius N.: *Paradigms Lost: Fighting stigma and the lessons learned*. New York: Oxford University Press, 2012 Verhoeff B: *Autism's anatomy: A dissection of the structure and development of a psychiatric concept*. PhD thesis in Philosophy, Groningen University, 2015 Weinberger DR & Goldberg TE: RDoc Redux. *World Psychiatry* 2014;13:36-38

DISCUSSIEGROEPEN

D10 Tijdschrift voor Psychiatrie discussie - Onderwijs en Opleiding

dr. Boudewijn Bus ^{p1} / dr. Robbert Duvivier ^{2,3} / drs. Nikander Rühl ⁴ / dr. Nel Draaijer

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Oost Brabant - hoogspecialistisch centrum hersenletsel Huize Padua
2. Vakgroep Onderwijsontwikkeling & Onderzoek, Faculty of Health Medicine and Life Sciences, Universiteit Maastricht
3. Parnassia Groep, Den Haag
4. GGZ Ingeest

Inhoud (wat)

Het tijdschrift voor psychiatrie brengt na 18 jaar weer een themanummer uit over onderwijs en opleiding. Er is in die tijd veel veranderd. De kwaliteit van de opleiding tot psychiater is in Nederland hoog en wordt goed bewaakt door middel van de opleidingsvisitaties. Desondanks zijn er verschillende invalshoeken nog allerlei onbeantwoorde vragen. Hoe evidence based zijn onze opleidingsmethoden eigenlijk? Wat is de functie van leertherapie? Hoe houden we de kwaliteit van de opleidingen en supervisors op hoog niveau? In de discussiegroep zal op deze, en andere relevante vragen, worden ingegaan door auteurs van artikelen uit het themanummer "onderwijs en opleiding".

Vorm (hoe)

Verschillende auteurs van artikelen uit het themanummer "onderwijs en opleiding" zullen een korte presentatie geven waarin ze hun artikel toelichten. In verschillende artikelen uit het themanummer wordt stelling genomen over uiteenlopende onderwerpen aangaande onderwijs en opleiding. Tijdens de discussie is er gelegenheid om deze stellingen te bediscussiëren. Tevens is er de gelegenheid om verdiepende vragen te stellen aan de auteurs van de artikelen.

Leerdoelen

Na het volgen van deze discussiegroep is de deelnemer:

- Op de hoogte van relevante ontwikkelingen op het gebied van onderwijs en opleiding
- In staat om een standpunt te bepalen over belangrijke vraagstukken mbt de genoemde ontwikkelingen

Literatuurverwijzing

-

D11 Doorbreking van het beroepsgeheim bij gevaarlijke personen met psychiatrische problematiek: noodzakelijk of ongewenst?

Prof. Dr. Robbert-Jan Verkes ^{1,2} / Prof. Dr. Ko Hummelen ^{3,4} / Mr. Dr. Michiel van der Wolf ^{5,6} / Drs. Mirjam van Haaren ⁷ / Mr. Drs. Rembrandt Zuijderhoudt ⁸

P: Presenterende auteur / spreker

1. Radboudumc
2. Pompestichting voor Forensische Psychiatrie
3. Rijksuniversiteit Groningen
4. FPA de Boog/GGNet
5. Rijksuniversiteit Groningen
6. Erasmus Universiteit
7. Pieter Baan Centrum - NIFP
8. Zuijderhoudt Consultancy

Inhoud (wat)

De helft van de verdachten die voor een psychiatrisch pro Justitia onderzoek worden opgenomen in het Pieter Baan Centrum (PBC) weigert medewerking, meestal in de hoop daarmee het opleggen van een tbs-maatregel te voorkomen. Verdachten verkiezen de zekere duur van alleen detentie boven de onzekere duur van de tbs. Voor het opleggen van een tbs-maatregel moet de rechter kunnen vast stellen dat er een psychiatrische stoornis aanwezig was tijdens het ten laste gelegde. Deze vaststelling baseert de rechter liefst op een rapportage pro Justitia. In de nieuwe Wet forensische zorg is het mogelijk gemaakt gegevens te verkrijgen van voorgaande behandelaars zonder toestemming van betrokkene. Het idee is dat daarmee voor de pro Justitia rapporteur toch informatie beschikbaar komt om onderbouwd aan te kunnen geven of er sprake was van een psychiatrische stoornis. Voorstanders van deze doorbreking van het beroepsgeheim stellen dat daarmee vaker tbs opgelegd kan worden. Dit is mede ingegeven naar aanleiding van een aantal geruchtmakende zaken door daders die eerder geen tbs kregen vanwege weigering. Voorstanders wijzen erop dat de doorbreking van het beroepsgeheim op een zorgvuldige en proportionele wijze zal gebeuren. Vanuit de KNMG, NVvP en NIP kwam echter forse kritiek. Men vreest dat deze wet de drempel hoger maakt voor het zoeken van hulp in de GGZ en dat er vele verzoeken komen om dossiers te vernietigen. Aan zo'n verzoek moet volgens de wet AVG binnen een maand gehoor worden gegeven. Sommigen wijzen erop dat er vooral ingezet moet worden om langs andere weg informatie te verzamelen. Een voorbeeld is een andere bejegening van weigeraars in het PBC en een verlenging van de duur van de observatie. Er wordt ook op gewezen dat rechters waarschijnlijk meer mogelijkheden hebben om een stoornis vast te stellen dan zij zichzelf realiseren [1]. Er zou ook meer dan tot dusver gebruik kunnen worden gemaakt van door verdachten zelf aangedragen pro Justitia rapporteurs [2]. Dit zou het vertrouwen ten goede kunnen komen en wellicht leiden tot minder weigeringen. Er zijn ook andere wettelijke aanpassingen voorgesteld, zoals de mogelijkheid om binnen twee jaar na het onherroepelijk worden van een detentiestraf, als er meer informatie is over de veroordeelde, het OM alsnog de mogelijkheid te geven een de rechter te vragen tbs op te leggen [3]. Anderen wijzen erop dat het voorbeeld van Duitsland gevolgd kan worden. Daar kent men het fenomeen van de weigeraar nagenoeg niet. Dit heeft mede te maken met de mogelijkheid om een preventieve vrijheidsbenemende maatregel op te leggen bij gedetineerden die nog steeds als zeer gevaarlijk worden beschouwd bij het aflopen van hun gevangenisstraf. De maatregel wordt opgelegd ter bescherming van de maatschappij.

Vorm (hoe)

De vier panelleden zullen elk in 10 minuten hun standpunt over een mogelijke deeloplossing van het probleem van de weigerende observandus toelichten en daarbij duidelijk maken hoe zij belangen tegen elkaar afwegen. Daarna wordt er met alle aanwezigen gediscussieerd over de voor en nadelen van verschillende oplossingsrichtingen.

Leerdoelen

- inzicht in de bestaande problematiek rond weigerende observandi;
- na afloop zal duidelijker zijn hoe in de beroepsgroep gedacht wordt over bepaalde afwegingen, in het bijzonder het doorbreken van het beroepsgeheim.

Literatuurverwijzing

1. Van der Wolf M.J.F., Gielesen N. & Kaat F.J. (2018) Wat wil de rechter met de weigeraar en waarom? Sancties 42: 1-11
2. Hummelen J.W. (2018) Gedragsdeskundig rapporteren op verzoek van de verdediging. Expertise en Recht 2: 69-70
3. Wolfsen A. (2018) Brief aan de vaste commissies voor Justitie & Veiligheid en voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Eerste Kamer der Staten-Generaal

D12 De medische staf, de toekomst

drs Leontien Los ¹ / drs Audrey van Schaik ² / drs Annemarie Ludwig ³

P: Presenterende auteur / spreker

1. Parnassia/Brijder
2. Kennemerhart
3. Federatie Medisch Specialisten

Inhoud (wat)

Workshop onder leiding van Leontien Los, lid van De BBC (Beroepsbelangencommissie) en Annemarie Ludwig (senior jurist arbeidsrecht Federatie Medisch Specialisten (FMS). De Beroepsbelangencommissie van de NVVP heeft met de FMS een 'toolkit' ontwikkeld met handreikingen hoe een Medische Staf in de ggz kan worden opgericht en aandachtspunten hoe te komen tot optimale afspraken over het functioneren van een Medische Staf. Ook zullen zij via een discussie benoemen welke keuzes tot welke dilemma's kunnen leiden. Vervolgens gaan deelnemers uit eigen ervaring aan de slag om de dilemma's te ervaren die kunnen ontstaan tussen stafleden onderling en tussen bestuurder en staf. Vertrouwen opbouwen in de medische staf en het leren met één mond spreken zodat een gezamenlijk punt gemaakt kan worden zijn daarin net zo belangrijk als vertrouwen creëren met het Bestuur.

Vorm (hoe)

Discussievorm. Educatie over de toolkit 'Oprichting Medische Staf' met praktische handvatten vanuit de Federatie en collega's aanwezig tijdens de discussie.

Leerdoelen

Do's en don'ts mbt ontstaan/oprichting en vooral behoud van een medische staf.

Literatuurverwijzing

De psychiater mei 2017: 'De medische staf bundelt waardevolle denkkraft'. Standpunt NVVP: MEDISCHE STAF IN DE GGZ Een manier om de positionering van de psychiater bij de besluitvorming binnen een ggz-instelling te versterken en de noodzaak om psychiaters als medisch specialisten binnen een instelling beter te organiseren is het oprichten en in stand houden van een Medische Staf: een vertegenwoordiging van een belangrijke werknemersgroep, de medisch specialisten. Samenstelling en werkwijze moeten passen binnen de structuur van de ggz-instelling. Omdat in de cao ziekenhuizen de medische staf een welomschreven rol heeft, hebben alle algemene ziekenhuizen een medische staf. In de cao ggz is de medische staf niet geregeld. Ook omdat directies van ggz-instellingen geen directe toegevoegde waarde zien. Tot op heden zijn er maar een beperkt aantal ggz-instellingen met een medische staf. Maar de manier waarop binnen algemene ziekenhuizen een medische staf functioneert, kan ook positief zijn voor ggz-instellingen. Naar aanleiding van ondersteuning bij diverse ggz-instellingen heeft de Federatie een model voor statuten en een model Document Medische Staf (hierin worden afspraken tussen raad van bestuur en medische staf vastgelegd) gemaakt. De FMS kan adviseren bij het oprichten en instandhouden van een medische staf. WAT VINDT DE NVVP? Goede medisch-specialistische zorg binnen ggz-instellingen kan alleen ontstaan als professionals adequaat samen optrekken en professionals en management structureel samenwerken. Een medische staf kan daartoe een belangrijke leveren. Het is eigenlijk de normaalste zaak van de wereld dat ook zij op strategisch niveau structureel worden gehoord en met de raad van bestuur overleggen over belangrijke kwesties als concentratie en spreiding van zorg, het verbeteren van de samenwerking met de algemene ziekenhuizen in de regio, kwaliteitsvisitaties, het opleidings- en onderzoeksklimaat en de personeelsplanning.