

Donderdag 4 april 2019

13:30 - 15:00 uur

## SYMPOSIA

### S26 Ouderen met een bipolaire stoornis.

Achtergrond Tegenwoordig is 25% van alle patiënten met een bipolaire stoornis ouder dan 60 jaar. De verwachting is dat - als gevolg van de vergrijzing van de samenleving - het aantal ouderen met een bipolaire stoornis nog verder zal toenemen. Het is daarom belangrijk dat deze patiëntenpopulatie niet langer als een kleine subgroep gezien wordt. De behandeling van ouderen met een bipolaire stoornis vereist een gespecialiseerde benadering met extra aandacht voor aspecten van veroudering, zoals comorbide somatische aandoeningen, polyfarmacie en cognitieve achteruitgang. Bovendien hebben ouderen andere psychologische, medische en sociale behoeften dan volwassenen. Specifieke aanbevelingen in richtlijnen zijn daarom noodzakelijk. Recent Nederlands onderzoek bij ouderen met bipolaire stoornis wordt gepresenteerd en klinische implicaties worden toegelicht.

#### S26.1

##### Somatische comorbiditeit bij oudere bipolaire patiënten – een longitudinale studie.

MS Alexandra Beunders <sup>p1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZinGeest

##### Achtergrond

Patiënten met een bipolaire stoornis leven gemiddeld tien tot twintig jaar korter dan de gezonde populatie. Deze verhoogde mortaliteit kan voornamelijk worden verklaard door comorbide somatische ziekten (Laursen 2011). Helaas zijn op dit moment de oorzaken voor dit fenomeen nog onduidelijk. Sommige onderzoekers suggereren als verklaring voor deze epidemiologische bevindingen dat er bij bipolaire stoornis sprake is van versnelde veroudering (accelerated aging) (Rizzo 2014). Als hier daadwerkelijk sprake van is, zou men verwachten dat met name leeftijdsgerelateerde somatische ziekten zeer prevalent zijn onder bipolaire patiënten. Daarnaast is dan mogelijk niet alleen het aantal comorbide somatische ziekten verhoogd, maar neemt deze ook mettertijd sneller toe vergeleken met gezonde leeftijdgenoten.

##### Doel

Het vergelijken van de mate van somatische comorbiditeit en de progressie hiervan tussen oudere patiënten met een bipolaire stoornis en gezonde ouderen.

##### Methoden

Bij 101 patiënten met een bipolaire stoornis (DOBI cohort) werden middels een medisch interview gegevens verzameld over chronische somatische ziekten en cardiovasculaire risicofactoren op baseline in 2012 en na 3-jaar follow-up. Deze gegevens werden vergeleken met 2545 gezonde ouderen (LASA cohort), waarbij dezelfde somatische vragenlijst was afgenomen op baseline in 2012 en na 3-jaar follow-up.

##### Resultaten

Na correctie voor leeftijd, opleiding en geslacht bleek op baseline het aantal chronische somatische ziekten significant hoger bij de bipolaire patiënten dan bij gezonde ouderen. De prevalentie van hypertensie, cardiovasculaire ziekte en beroerte, allen leeftijdsgerelateerde aandoeningen, bleken niet verschillend tussen de groepen. Na drie jaar was het aantal chronische lichamelijke ziekten toegenomen bij de bipolaire patiëntengroep, maar stabiel gebleven bij de gezonde ouderen.

**Conclusie**

Vergeleken met de algemene populatie rapporteren bipolaire patiënten meer chronische lichamelijke aandoeningen. Onder patiënten met bipolaire stoornis was een trend te zien van snellere accumulatie van lichamelijke ziekten, hetgeen de 'accelerated aging'-hypothese ondersteunt. Goede somatische screening en preventie van verdere somatische achteruitgang is bij deze patiëntenpopulatie zeer belangrijk.

**Literatuurverwijzing**

Laursen TM. Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *Schizophr Res.* 2011; 131(1-3):101-4. Rizzo LB, Gazzi-Costa L, Mansur RB, Swardfager W, Belangero SI et al. The Theory of Bipolar Disorder as an Illness of Accelerated Aging: Implication for Clinical Care and Research. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2014; 42(1): 157-169.

## S26.2

### Is cognitief functioneren afhankelijk van huidige stemming of terugkerende episodes?

Dr. Sigfried Schouws<sup>p1,2</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZinGeest
2. UMC Amsterdam, psychiatrie VUmc

#### Achtergrond

Verschillende cross-sectionele studies laten zien dat cognitieve stoornissen bij patiënten met een bipolaire stoornis stabiel zijn in de tijd en vaak ook aanwezig zijn in de euthyme fase. Ze vormen waarschijnlijk een kern eigenschap van de bipolaire stoornis. Echter, sommige studies suggereren dat er een progressieve toename is van cognitieve problemen in oudere patiënten met een bipolaire stoornis en dat die groep een verhoogd risico hebben om dement te worden. De term “neuroprogressie” is geïntroduceerd om het proces van beschadiging van het brein een gelijktijdige klinische en neurocognitieve achteruitgang in beloop van bipolaire stoornis te beschrijven. Meerder episodes en terugvallen zouden kunnen leiden tot ernstigere psychopathologie en meer cognitieve problemen. Aan de ene kant is er dus een negatieve invloed van de huidige stemming op de cognitie in oudere patiënten met een bipolaire stoornis, aan de andere kan het optreden van meerdere stemmingsepisodes leiden tot meer cognitieve problemen.

#### Doel

Onderzoeken wat de invloed is van terugkerende episodes en huidige stemmingssymptomen op de cognitie.

#### Methoden

Voor Cohort 1 werden gedurende een periode van 3,5 jaar een groep patiënten met een bipolaire I of II stoornis van 60 jaar of ouder onderzocht in de acute fase, (hypo)manisch of depressief. Dit onderzoek werd herhaald als ze de euthyme fase bereikten. De op deze manier verzamelde euthyme (N=20), hypomane (n=20) en depressieve patiënten (N=21) werden vergeleken met een controlegroep (N=50). Voor Cohort 2 werd een groep van 119 euthyme patiënten met een bipolaire I of II stoornis van 60 jaar of ouder gevolgd en na 5 jaar opnieuw onderzocht als ze stabiel waren. Van de originele groep deden 56 patiënten mee aan het follow up onderzoek. Twee groepen worden vergeleken, een met terugkerende episodes (N=29) en een zonder terugkerende episodes (N=27) gedurende 5 jaar.

#### Resultaten

Cohort 1: met behulp van t-toetsen voor continue variabelen werden geen verschillen gevonden tussen groepen patiënten in verschillende fases, behalve een mindere aandacht bij depressieve patiënten ( $t=-2,45$ ,  $p=0.04$ ). Dezelfde patiënten die in verschillende fases werden gezien werden met gepaarde t-toetsen vergeleken. Daaruit bleek dat patiënten vooral meer geheugenproblemen vertoonden in de hypomane ( $t=-3.34$ ,  $p<0.01$ ) en depressieve ( $t=2,63$ ,  $p=0.03$ ) fase in vergelijking met de euthyme fase. Cohort 2: met behulp van onafhankelijke t-toetsen werden geen verschillende gevonden tussen patiënten met terugkerende episodes en zonder terugkerende episodes.

#### Conclusie

Hoewel patiënten met een bipolaire stoornis meer cognitieve stoornissen vertonen dan gezonde personen blijken deze wel een redelijk stabiel karakter te hebben. De cognitie is redelijk onafhankelijk van zowel de huidige stemmingssymptomen als van terugkerende stemmingsepisodes. Dit is niet in overeenstemming met studies die een geleidelijke toename van cognitieve problemen suggereren bij opeenvolgende doorgemaakte stemmingsepisodes. Dit verschil in resultaten kan worden veroorzaakt omdat eerdere studies zich baseerden op cross-sectionele groepen en wij gebruik maakten van longitudinale cohorten. Onze resultaten geven geen ondersteuning voor de neuroprogressie hypothese. Dit betekent dat het zinvol is om ook voor de ouder wordende groep bipolaire patiënten behandelprogramma's te blijven ontwikkelen gericht op herstel, zelfredzaamheid, sociaal functioneren en omgaan met cognitieve klachten.

### **Literatuurverwijzing**

Martino DJ, Samamé Cm Marengo E, Igoa A, Strejilevich SA (2016). A critical overview of the clinical evidence supporting the concept of neuroprogression in bipolar disease. *Psychiatr Res*; 235, 1-6. Schouws, SNTM, Comijs, HC, Dols, A, Beekman, AJ, A, Stek, ML (2016) Five year follow-up of cognitive impairment in older adults with bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 18, 148-54.

## S26.3

### In hoeverre bestaat er een relatie tussen het sociaal en het cognitief functioneren bij ouderen met een bipolaire stoornis?

MS Melis Orhan <sup>p1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

#### 1. GGZinGeest

#### Achtergrond

Oudere patiënten met een bipolair stoornis laten specifieke cognitieve stoornissen zien, welke verschillen van volwassenen met een bipolaire stoornis. Deze stoornissen komen vooral voor op de domeinen van aandacht, geheugen, executief functioneren en verbale fluency. Daarnaast zien we in de groep van bipolaire patiënten dat er sociale problemen bestaan in ongeveer 30 tot 60 % van deze groep. Eerdere studies laten zien dat slecht sociaal functioneren een kortere tijd tot een terugval voorspelt en dat meer depressieve symptomen leiden tot slechter sociaal functioneren. In de literatuur wordt ook wel gesproken van een kloof tussen klinische en functionele uitkomsten in volwassenen met een bipolaire stoornis, wat indiceert dat patiënten niet functioneren op het verwachte niveau, ondanks een vermindering van de klinische symptomen. Bij volwassenen wordt gezien dat er een relatie bestaat tussen cognitief en sociaal functioneren, waarbij gemengde resultaten worden gevonden. Het is echter onbekend hoe de relatie tussen het cognitief en sociaal functioneren er bij oudere patiënten uit ziet.

#### Doel

De relatie tussen het sociaal functioneren en cognitief functioneren onderzoeken.

#### Methoden

Het bekijken van de relatie tussen verschillende domeinen van het cognitief functioneren (aandacht, leren/geheugen, executief functioneren en verbale fluency) en verschillende aspecten van het sociaal functioneren (het aantal betekenisvolle contacten, SOFAS score en sociale participatie). Om het cognitief functioneren in kaart te brengen is een uitgebreid neuropsychologisch onderzoek afgenomen waarbij de Trail Making Test, cijferreeksen test (WAIS-III), 10 woorden test, Stroop test, Doolhoven (WISC), Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome, Control Oral Word Association Test (COWAT) en het woordopnoemen van de GIT zijn afgenomen. Om het sociaal functioneren in kaart te brengen is de sociale participatieschaal afgenomen, de SOFAS-score zoals beoordeeld door de behandelaar en wordt het aantal betekenisvolle contacten uitgevraagd. Om de associatie tussen de verschillende aspecten van het cognitief en het sociaal functioneren te bekijken, wordt gebruik gemaakt van verschillende lineaire regressie-analyses. Resultaten worden beschouwd als zijnde significant bij een waarde van  $p < 0.05$ .

#### Resultaten

Het aantal betekenisvolle contacten, SOFAS score en sociale participatie lijken niet onderling gerelateerd aan elkaar. Er blijkt daarentegen een positieve relatie te bestaan tussen het algemeen sociaal functioneren en het globaal cognitief functioneren ( $p = .02$ ), leren/geheugen ( $p = .02$ ) en executief functioneren ( $p < .01$ ).

#### Conclusie

Algemeen sociaal functioneren zoals beoordeeld door de behandelaar lijkt onafhankelijk te zijn van het zelf-gerapporteerde sociaal functioneren. Er bestaat een relatie tussen het cognitief functioneren en het sociaal functioneren, wat implicaties geeft voor de klinische praktijk. Zo zouden interventies die cognitieve training combineren met het verbeteren van het sociaal functioneren het dagelijks functioneren van oudere patiënten met een bipolaire stoornis kunnen verbeteren.

#### Literatuurverwijzing

The relationship between cognitive and social functioning in older patients with bipolar disorder. Orhan M, Kortten N, Stek M, Comijs H, Schouws S, Dols A. J Affect Disord. 2018 Nov;240:177-182.

## S26.4

### Coping in oudere bipolaire patiënten: welke factoren zijn van invloed?

MS Nadine Paans <sup>p1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

#### 1. GGZinGeest

#### Achtergrond

Er is weinig bekend over de persoonlijkheid en coping van oudere patiënten met een bipolaire stoornis. Bij volwassen patiënten wordt een meer passieve coping en meer neuroticisme gevonden, in vergelijking met de normale bevolking. Dit is nog niet voldoende bevestigd bij oudere patiënten. Ook is het niet duidelijk hoe cognitie en stemming de coping van oudere patiënten beïnvloeden. Voor bipolaire patiënten is een goede coping belangrijk voor inzicht in en omgaan met zowel symptomen als gevolgen van de ziekte. Dysfunctionele coping is gerelateerd aan een snellere terugval en meer stemmingsontregelingen. Dit maakt goede coping een relevant doel voor psychotherapie, en inzicht in factoren die coping beïnvloeden van groot belang.

#### Doel

Het onderzoeken van de persoonlijkheid en coping van oudere patiënten met een bipolaire stoornis, en hoe cognitie en stemming van invloed zijn op de coping.

#### Methoden

In 90 euthyme oudere bipolaire patiënten (> 60 jaar) werden coping (Utrechtse Coping Lijst), persoonlijkheid (NEO-FFI), milde depressieve (CES-D) en manische (YMRS) klachten onderzocht. De neuropsychologische testbatterij bestond uit domeinen geheugen, aandacht, executief functioneren en verbale fluency, en mat subjectieve cognitieve klachten.

#### Resultaten

Oudere bipolaire patiënten lieten een meer passieve coping stijl zien. Hun persoonlijkheid werd gekenmerkt door hoge openheid, er werden lage scores op conscientieusheid en altruïsme gevonden. Neuroticisme was gerelateerd aan meer passieve coping, en conscientieusheid aan meer actieve coping. Minder depressieve symptomen waren ook gerelateerd aan meer actieve coping, en bleken belangrijker dan subjectief en objectief cognitief functioneren.

#### Conclusie

Coping hebben (p-waardes tussen .03 en <.001), en een persoonlijkheid gekenmerkt door hoge openheid, en lage conscientieusheid en altruïsme (alle p-waardes <.001). Daar onze deelnemers onderdeel zijn van een overlevings-cohort, kan dit de verschillen verklaren tussen persoonlijkheidskenmerken die in eerdere studies zijn gevonden en de huidige resultaten. De gevonden associatie tussen neuroticisme en meer passieve coping (p<.001) is wel in overeenstemming met eerder onderzoek. Daarnaast bleken, zelfs in euthyme bipolaire patiënten, depressieve symptomen belangrijker voor coping (p=.04) dan cognitief functioneren (p=.08). Therapeutische behandeling zou zich dus altijd moeten focussen op behandeling van (sub)klinische depressieve symptomen, en daarnaast op het vergroten van adequate coping.

#### Literatuurverwijzing

Schouws, S.N.T.M., Paans, N.P.G., Comijs, H.C., Dols, A., Stek, M.L. (2015). Coping and personality in older patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 184, 67-71. Paans, N.P.G., Dols, A., Comijs, H.C., Stek, M.L., Schouws, S.N.T.M. (2018). Associations between cognitive functioning, mood symptoms and coping styles in older age bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 235, 357-361

## S26.5

### Het klinisch beloop van een bipolaire stoornis bij ouderen: terug en vooruit kijken.

dr. Nicole Korten <sup>p1,2</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZinGeest
2. UMC Amsterdam Psychiatrie

#### Achtergrond

Er is weinig bekend over het beloop van een bipolaire stoornis bij ouderen. Ook is het onduidelijk welke factoren samen hangen met een (on)gunstig beloop.

#### Doel

Het eerste doel van deze studie is om retrospectief te kijken hoe het beloop bij ouderen met een bipolaire stoornis er uit zag. De volgende vragen zullen worden beantwoord: was de eerste episode een manie of een depressie? Was het beloop meer depressief of manisch gekleurd? Welke klinische factoren hangen samen met een meer depressief of manisch beloop? Het tweede doel is om prospectief te kijken hoe vaak mensen terug vallen en wat factoren zijn die deze terugval beïnvloeden.

#### Methoden

Bij 101 ouderen (60+) met een bipolaire stoornis werd retrospectief het beloop in kaart gebracht. Na drie jaar werden 64 ouderen opnieuw gezien en werd prospectief het beloop bepaald. Doormiddel van logistische en lineaire regressie analyses werden klinische factoren gerelateerd aan het beloop.

#### Resultaten

In 44.6% van de ouderen was een depressieve stoornis de eerste episode. Een manische episode als eerste episode was geassocieerd met meer opnames (OR 1.63,  $p=0.04$ ) en meer alcohol gebruik (OR 0.17,  $p=0.03$ ). Bij 52.5% van de ouderen was het beloop met name manisch gekleurd. Dit was geassocieerd met een eerste episode van manie (OR 7.41,  $p=0.002$ ) en meer psychotische symptomen (OR 5.10,  $p=0.007$ ). Een hoger aantal episodes was gerelateerd aan een vroeger ontstaan van de bipolaire stoornis ( $B = -0.03$ ,  $p < 0.001$ ). Na drie jaar rapporteerde 37.5% een stemmingsepisode te hebben gehad, met name depressieve episodes. Verschillende klinische variabelen zoals levensgebeurtenissen, somatische ziekten en lithiumgebruik bleken niet samen te hangen met het beloop.

#### Conclusie

Een terugval van 37.5% in drie jaar is hoog. Zeker gezien het feit dat het ouderen zijn die zorg en medicatie krijgen. Verdere fenotypering is belangrijk om unieke voorspellers van terugval in kaart te brengen.

#### Literatuurverwijzing

The clinical course of late-life bipolar disorder, looking back and forward. A. Dols, N. Korten, H. Comijs, S. Schouws, M. van Dijk, U. Klumpers, A. Beekman, R. Kupka, M. Stek. 2017. *Bipolar Disorders*, 20(5), 459-469.

## S26.6

### **Determinanten van cognitief functioneren bij oudere bipolaire patiënten: Neuroprogressie of cardiovasculaire belasting?**

MS Tokie Kemp <sup>p1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

#### 1. GGZinGeest

#### **Achtergrond**

Uit recent onderzoek is gebleken dat 60% van de ouderen met een bipolaire stoornis last heeft van subjectieve cognitieve klachten. Daarnaast hebben zij ook objectief gemeten méér cognitieve problemen dan gezonde leeftijdsgenoten, ook in de euthyme fase (Schouws 2011). Helaas is de onderliggende pathofysiologie van cognitieve dysfunctie bij bipolaire stoornis nog onduidelijk. Sommige onderzoekers suggereren dat cognitieve schade een gevolg is van neuroprogressie, omdat zij associaties vonden tussen cognitieve achteruitgang en het aantal doorgemaakte stemmingsepisoden. Hun 'neuroprogressiehypothese' gaat er dus vanuit dat elke stemmingsepisode toxisch is. Een alternatieve hypothese is dat de cognitieve schade veroorzaakt wordt door cardiovasculaire belasting. Cardiovasculaire risicofactoren zoals hypertensie zijn immers ook belangrijke risicofactoren voor het ontwikkelen van de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie.

#### **Doel**

Onderzoeken welke determinanten samenhangen met verminderd cognitief functioneren bij ouderen met bipolaire stoornis.

#### **Methoden**

Bij 108 euthyme oudere bipolaire patiënten (> 60 jaar) in het DOBI cohort werd een volledig neuropsychologisch onderzoek (NPO) verricht, gericht op de domeinen geheugen, aandacht, executief functioneren en verbale fluency. Daarnaast werden gegevens verzameld over de ernst van de bipolaire stoornis middels gestructureerde interviews. Cardiovasculaire risicofactoren werden uitgevraagd met behulp van een medisch interview, maar ook gecontroleerd middels lichamelijk onderzoek en bloedonderzoek. Uitkomstmaten bij multivariate regressieanalyse waren MMSE en een composite Z score gebaseerd op alle neuropsychologische testen; beide maten voor globaal cognitief functioneren. Secundaire uitkomstmaten waren het functioneren op elk van de cognitieve domeinen.

#### **Resultaten**

De MMSE en de composite Z score waren geen vergelijkbare uitkomstmaten. Zowel metabool syndroom als het aantal psychiatrische opnames was geassocieerd met verminderd globaal cognitief functioneren.

#### **Conclusie**

Zowel een marker voor neuroprogressie (aantal psychiatrische opnames) als voor cardiovasculaire belasting (metabool syndroom) bleken potentiële determinanten voor verminderd cognitief functioneren bij ouderen met bipolaire stoornis. Bij de behandeling van ouderen met bipolaire stoornis is preventie van zowel cardiovasculaire ziekte als een volgende stemmingsepisode onontbeerlijk. Vervolgonderzoek is nodig om meer inzicht te krijgen in de onderliggende neurobiologische processen van cognitieve achteruitgang bij bipolaire stoornis.

#### **Literatuurverwijzing**

Schouws SNTM. 2011, Proefschrift 'Cognitive impairment in older persons with bipolar disorder'. Te downloaden via <http://hdl.handle.net/1871/18572>.



## S27 Gebruik van Big Data voor onderzoek en behandeling

Big data betreffen grote hoeveelheden gegevens die opgeslagen zijn in onder andere elektronische patiëntendossiers (EPD). Deze data kunnen we ontsluiten en geanonimiseerd gebruiken voor diverse doeleinden. Zowel meerkeuze-velden als tekstvelden zijn toegankelijk voor analyses. Ook kunnen we koppelingen maken met andere databases, b.v. ROM of andere (behandel)uitkomsten. Aan de hand van deze data zijn meerdere vraagstellingen te beantwoorden. In dit symposium gaan we in op de wijze van anonimiseren van EPD-data en geven we voorbeelden van het gebruik van deze data, zoals het voorspellen van behandelresultaten bij depressie en het inzetten van BOPZ maatregelen.

### S27.1

#### Toepasbare data science voor psychiaters

Roel van Est <sup>p1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

#### 1. Antes

##### Achtergrond

Binnen het EPD wordt dagelijks, door veel verschillende behandelaren, een grote hoeveelheid informatie vastgelegd. Het gaat hierbij om zowel gestructureerde (diagnoses, vragenlijsten, gegevens over duur van behandeling, verblijf, contacten etc.), als ongestructureerde (rapportage, intake, geneeskundige verklaring BOPZ) data. Veel van deze gegevens worden eenmalig vastgelegd in het dossier en vervolgens niet of nauwelijks meer geraadpleegd of ingezet op overkoepelend niveau. De hypothese is dat er onontgonnen waarde voor de behandeling uit de data gehaald kan worden door het slim inzetten van data science technieken.

##### Doel

Het effectief inzetten van reeds in het EPD vastgelegde data ten behoeve van de behandeling van patiënten.

##### Methoden

- Beschrijvende analyses op de zorginhoudelijke data van patiëntgroepen
- Toepassen van Natural Language Processing (NLP) op de ongestructureerde tekstdata in het EPD, ten behoeve van het ontsluiten, organiseren en structureren van de data
- Toepassen van supervised learning (classificatie en regressie) met gestructureerde en ongestructureerde data ten behoeve van het voorspellen van categorale data (bijvoorbeeld: kans op agressie-incident, kans op langlopend traject, onderdiagnose ADHD / LVB, ...)
- Toepassen van clustering-analyse voor het vinden van onderscheidene patiëntgroepen uit de data t.b.v. gerichte inzet van behandeling

##### Resultaten

- Er blijkt voor behandelaren grote waarde te zitten in het terugkoppelen van zorginhoudelijk informatie die breed in het dossier beschikbaar is. Dit geldt specifiek in het slimmer doorzoeken, aggregeren en rapporteren van informatie die door middel van vrije tekst is vastgelegd.
- Om data science op een effectieve manier uit te kunnen voeren in de psychiatrisch praktijk is het nodig om goed na te denken over de data-infrastructuur. Denk hierbij aan aspecten als toegankelijkheid van data, anonimisering en privacy.
- Data science is ondersteunend aan de behandelaar en neemt diens rol niet over. Het kan goede ondersteuning bieden aan het laten functioneren van de behandelaar op de top van zijn/haar kunnen. Dit kan door het bieden van relevante suggesties (signaleren van potentiële onderdiagnoses) en het overnemen van routinematige, niet-waarde toevoegende activiteiten ("welke patiënten hebben somatische klachten?") .

##### Conclusie

Data science kan praktische toegevoegde waarde bieden voor de psychiatrische praktijk. Belangrijk hierbij is dat er voor een gestructureerde, integrale, aanpak wordt gekozen in nauwe samenwerking met behandelaren en patiënten.

## Literatuurverwijzing

-

## S27.2

### Voorbeeld I big data toepassing: zorggegevensonderzoek Jongeren 12-25 jaar in zorg bij de Parnassia Groep in de periode van 2011 tot en met 2016

Leontien Los <sup>p1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

#### 1. Brijder-jeugd

##### **Achtergrond**

Als psychische problemen zich voordoen, gebeurt dit vaak op jongere leeftijd. Maar liefst 75% van de psychische stoornissen manifesteert zich vóór het 25ste levensjaar (Kessler et al., 2005). De ziektelast die adolescenten en jong- volwassenen (10-29 jaar) van deze psychische problemen ervaren is zeer hoog (Whiteford et al., 2013). Voor jongeren is het echter vaak lastig om de juiste hulp te vinden. Onderzoek van Jansen et al. (2012) wees uit dat van de jongeren waarvan ouders aangaven dat zij zorg nodig hadden slechts 29% zorg had gekregen. De belangrijkste barrières voor het zoeken van hulp zijn onder meer ervaren stigma, schaamte, hun psychische problemen zelf niet herkennen en het zelf willen doen (Gulliver et al., 2010). Een deel van de jongeren vindt zijn of haar weg naar de GGz wel. In deze studie legden wij de focus op dit deel van de jongeren met psychische problemen.

##### **Doel**

Het doel van dit onderzoek is om inzicht krijgen in de zorgtrajecten die de jongeren binnen een instelling doorliepen en of eventuele verschillen in zorgtrajecten gerelateerd waren aan verschillende diagnosegroepen.

##### **Methoden**

Voor dit onderzoek zijn geanonimiseerde zorgregistratiegegevens van de ParnassiaGroep gebruikt van jongeren van 12 tot en met 25 jaar die in 2011 nieuw in zorg zijn kwamen. Hun zorgtrajecten zijn tot en met 2016 gevolgd. De gegevens betroffen achtergrondgegevens (geslacht en leeftijd), diagnostiekgegevens per inschrijving, aantal en duur van inschrijvingen, zorgbedrijven waar zij in zorg waren geweest en hoeveelheid ontvangen zorg. Tevens is gekeken bij welk zorgbedrijf van de ParnassiaGroep de jongeren waren ingeschreven. De ParnassiaGroep heeft verschillende zorgbedrijven naar specialisme ingedeeld en daarom is dit een indicatie over welk type zorg de jongeren ontvangen hebben. Voor het verkrijgen van inzicht in de populatie en de zorgtrajecten is gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek, zoals frequenties en gemiddelden. Daarnaast zijn ook Chi<sup>2</sup>-toetsen, t-tests en logistische regressies uitgevoerd.

##### **Resultaten**

Onder de 8.583 jongeren die in 2011 nieuw in zorg kwamen waren AD(H)D (14.9%) en stoornissen in middelengebruik (12.9%) de meest voorkomende aandoeningen. Vijftien procent (=1.249) van hen was langdurig in zorg (= meer dan 60 FtF-contacten). Jongeren met schizofrenie of een persoonlijkheidsstoornis hadden een verhoogde kans op een langdurig zorgtraject, evenals jongeren met een eetstoornis, en een stoornis in middelengebruik. De kans om bij twee of meer zorgbedrijven binnen de instelling zorg te hebben gehad was het grootste voor jongeren met schizofrenie of een andere psychotische stoornis, een persoonlijkheidsstoornis, een pervasieve ontwikkelingsstoornis of een depressieve stoornis. Ook bleek dat hoe meer co-morbide problemen er aan de start van de behandeling waren, hoe groter de kans was dat de jongere langdurig in zorg zou zijn en zorg zou ontvangen bij twee of meer zorgbedrijven.

## **Conclusie**

Dit onderzoek aan de hand van registratiegegevens, laat zien dat jongeren met een psychotische stoornis, persoonlijkheidsstoornis, eetstoornissen, middelenmisbruik en jongeren met veel comorbiditeit relatief lang in zorg blijven. Langer dan een jaar in zorg zijn in de adolescentie is een predictor voor psychiatrische problemen op volwassen leeftijd (Raven et al 2017). Dit roept vragen op over de organisatie van de zorg. Vanuit levensloopperspectief kan het voor jongeren met schizofrenie of een andere psychotische stoornis, een persoonlijkheidsstoornis, een eetstoornis, een stoornis in het middelengebruik en veel comorbiditeit wellicht raadzaam zijn om na afloop van een formele behandelingsperiode een langdurig laag-intensief zorgtraject aan te bieden. Gedurende dit laag-intensieve zorgtraject kunnen de jongeren worden gemonitord, zodat er 'vinger aan de pols' kan worden gehouden. Hierdoor blijven de jongeren in beeld en kan de zorg direct worden opgeschaald als daar aanleiding voor is. Hierbij zou ook overwogen kunnen worden de ouders, en in de toekomst eventuele kinderen, van de jongeren te betrekken bij de behandeling en laag-intensieve monitoring, om voldoende zicht te houden op mogelijke transgeneratiele problematiek.

## **Literatuurverwijzing**

Kessler et al. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602  
Whiteford et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. Vol 382. 9–15 November 2013, Pages 1575-1586  
D. Raven et al. Time-to-treatment of mental disorders in a community sample of Dutch adolescents. A TRAILS study *Volume 26, Issue 2 April 2017*, pp. 177-188  
Gulliver et al. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review *BMC Psychiatry* 2010, 10:113

## S27.3

### Voorbeeld II: De klinische toepassing van big dataonderzoek bij depressie: de optimalisering en validering van een decision support tool.

Drs. Dyllis van Dijk <sup>1</sup> / Dr. Michael van den Boogaard <sup>2</sup> / Dr. Bo de Lange <sup>3</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. PsyQ Parnassia Groep
2. Parnassia Groep
3. Voorheen Alan Thuring Instituut Almere

#### Achtergrond

De depressieve stoornis (major depressive disorder, MDD) is een van de meest belastende ziekten ter wereld (1). Hoewel er veel therapeutische mogelijkheden zijn (2-4), is het aantal patiënten dat daadwerkelijk herstelt teleurstellend en een groot deel van de patiënten behoudt depressieve klachten ondanks adequaat veronderstelde behandeling (5). Naar schatting leidt ca. 40-60% van de behandelingen bij depressie niet tot (blijvend) resultaat.

#### Doel

Het ontwikkelen van een Decision Support Tool (DST) door te kijken naar overeenkomsten en verschillen in eigenschappen van patiënten die wel en niet op een gegeven behandeling reageren in kaart te brengen.

#### Methoden

Vanuit de eerste fase van het Enigma project van PsyQ werden de data van 832 nieuw (her)aangemelde volwassen MDD-patiënten geanalyseerd. Patiënten werden geïncorporeerd wanneer sprake was van (1) tenminste vier behandelsessies en (2) een begin en eindmeting op de Quick Inventory of Depressive Disorders Self Rating (QIDS-SR)(6). Standaard werd bij aanmelding bij deze patiënten tevens de Dutch Measure for quantification of Treatment Resistance in Depression (DM-TRD)(7) afgenomen alsmede de Standardised Assessment of Personality-Abbreviated Scale (SAPAS)(8). De behandel- en beloopgegevens van deze patiënten werden gedurende een jaar verzameld, waarbij werd vastgelegd of sprake was van psychotherapie, antidepressiva, of een combinatie hiervan. Voor de analyse werd gebruik gemaakt van Bayesiaanse netwerken en/of case-based redeneren, technieken die patiënten classificeren op basis van individuele combinaties van eigenschappen (9, 10).

#### Resultaten

Er werden drie klinisch bruikbare predictiemodellen ontwikkeld. Voor Psychotherapie (AUC 0.761 met een accuratesse van 0.73), Farmacotherapie (AUC 0.857 met een accuratesse van 0.84) en de combinatiebehandeling (AUC 0.806 en een accuratesse van 0.73). De sensitiviteit van de modellen wordt als redelijk omschreven: 68% van de patiënten uit de validatie set die door het model voor Psychotherapie een gunstige behandeluitkomst is voorspeld, reageert inderdaad op psychotherapie (bij een sensitiviteit van 0.57). Bij Farmacotherapie is dat 81% (sensitiviteit 0.81). Bij de combinatie behandeling presteert het model op de validatie set echter maar marginaal beter dan de a priori kans op behandel succes.

#### Conclusie

De klinische bruikbaarheid van predictie modellen die in de DST worden geïncorporeerd, moet verder worden getest en de sensitiviteit moet worden verbeterd. In vergelijking met de resultaten die Sancak (10) rapporteerde (sensitiviteit van 0.993 en een accuratesse van 0.857), blijven onze resultaten nog wat achter. Een feasibility study in aanloop naar een gerandomiseerde trial is momenteel gaande. De resultaten hiervan zullen worden gepresenteerd.

## Literatuurverwijzing

### Referenties

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*. 2006;3:2011-2030.
2. Cipriani A, Furukawa P, Salanti G, Geddes P, Higgins JP, Churchill R, Watanabe N, Nakagawa A, Omori IM, McGuire H, Tansella P, Barbui C. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*. 2009;373:746-758.
3. Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2009;70:1219-1229.
4. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Archives of General Psychiatry*. 2004;61:714-719.
5. Spielmans GI, Berman MI, Usitalo AN. Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: A meta-analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2011;199:142-149.
6. Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, Carmody TJ, Arnow B, Klein DN, Markowitz JC, Ninan PT, Kornstein S, Manber R, Thase ME, Kocsis JH, Keller MB. The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biol Psychiatry*. 2003;54:573-583.
7. Peeters FPML, Ruhe HG, Wichers M, Abidi L, Kaub K, van der Lande HJ, Spijker J, Huibers MJH, Schene AH. The Dutch Measure for quantification of Treatment Resistance in Depression (DM-TRD): An extension of the Maudsley Staging Method. *Journal of Affective Disorders*. 2016:365-371.
8. Bukh JD, Bock C, Vinberg M, Gether U, Kessing LV, Id, Gether UO. Clinical utility of Standardised Assessment of Personality-Abbreviated Scale (SAPAS) among patients with first episode depression. *Journal of Affective Disorders*. 2010;.127:pp.
9. Lambin P, van Stiphout RG, Starmans MH, Rios-Velazquez E, Nalbantov G, Aerts HJ, Roelofs E, van Elmpt W, Boutros PC, Granone P, Valentini V, Begg AC, De Ruysscher D, Dekker A. Predicting outcomes in radiation oncology--multifactorial decision support systems. *Nat Rev Clin Oncol*. 2013;10:27-40.
10. Sancak EB, Kilinc MF, Yucesbas SC. Evaluation with Decision Trees of Efficacy and Safety of Semirigid Ureteroscopy in the Treatment of Proximal Ureteral Calculi. *Urol Int*. 2017;99:320-325.

## S27.4

### Voorbeeld III: Het gebruik van de psychiatrische decursus in het beschrijven en verklaren van dwangopnames in de GGZ

ir. Eline Nap <sup>p1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

#### 1. Antes

##### **Achtergrond**

In Nederland zien we een trend in toename van BOPZ maatregelen (1). Het meemaken van een gedwongen opname kan een traumatische ervaring zijn voor persoon en de klinische opnames die voort kan komen vanuit de wet BOPZ zijn relatief lange opnames. Tijdens de behandeling in de GGZ wordt over patiënten geschreven in het elektronisch patiënten dossier. Die data wordt op dit moment niet of nauwelijks gebruikt op overkoepelend niveau. Natural Language Processing biedt de mogelijkheid om de ongestructureerde tekstdata (decursus) te verrijken en bruikbaar te maken voor analyses. Als afdeling toegepaste data science gebruiken we deze kennis om nieuwe inzichten op te doen over dwangopnames.

##### **Doel**

Het leveren van toegevoegde waarde aan de kennis over patiënten met dwangopname(s) in de GGZ door gebruik te maken van de teksten, geschreven door behandelaars in de EPD's waarmee we de BOPZ nader kunnen verklaren en wellicht effectiever kunnen inzetten of zelfs kunnen voorkomen.

##### **Methoden**

- Beschrijvende analyses op grote volumes data
- Natural Language Processing om ongestructureerde data te ontsluiten
- Clusteralgoritmen om groepen te beschrijven
- Correlatie en regressie analyse om invloed van variabelen op trends vast te stellen

##### **Resultaten**

Met toegepaste data science is het mogelijk grote volumes van data in een keer te onderzoeken en nieuwe variabelen te creëren uit vrije tekst velden. Grote data volumes maken dat trends in de tijd zichtbaar worden zoals een verandering in doel van de maatregel in de tijd. Ook worden verschillen op afdelingsniveau of zelfs niveau van de BOPZ rechter/district, inzichtelijk. Een ander voorbeeld is dat in de tijd de mix van de hoofddiagnoses van deze patiëntengroep verandert. Daarnaast geeft analyse van de beschreven gevaarscriteria ons op geaggregeerd niveau meer inzicht krijgen in onze patiëntenpopulatie die onder dwang opgenomen is (geweest). Met nieuwe variabelen beschrijven we kenmerken van patiënten die we niet op een gestructureerde wijze vastleggen in het dossier, waaronder schuldenproblematiek. Door de bestaande kenmerken te verrijken met nieuwe kenmerken op patiënt niveau krijgen we data die geschikt is om clusteranalyse op toe te passen en voorspellende modellen te trainen.

##### **Conclusie**

Het resultaten laten zien dat de teksten zoals geschreven in de patiënten dossiers toegevoegde waarde kunnen hebben in het beschrijven van de groep patiënten met dwangopname(s), het verklaren van trends en uiteindelijk hopelijk ook op het effectiever inzetten van dwang.

##### **Literatuurverwijzing**

1) Stijgende trend in dwangtoepassing onder de Wet Bopz zet door; implicaties voor de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, J. Broer, H. Koetsier, C.L. Mulder, Tijdschrift voor Psychiatrie 57 (2015) 4, 240 - 247

## **S28 Wanhopig wakker: nieuw Nederlands onderzoek naar slaap en slapeloosheid in de psychiatrie**

Gezonde slaap lijkt onontbeerlijk voor psychisch welzijn. De psychiatrie en slaap kennen dan ook een langdurige en wederkerige relatie. Enerzijds vormen slaapproblemen een belangrijk diagnostisch criterium bij tal van psychiatrische stoornissen. Anderzijds is slaap ook oorzakelijk betrokken bij psychiatrische aandoeningen door de cruciale rol die het speelt in verschillende mentale functies, zoals geheugen, emotieregulatie, en het handhaven van een circadiaans ritme. De slaap-gerelateerde verstoring van deze functies leidt (in)direct tot psychiatrische symptomen en ziekten, terwijl het herstel ervan een belangrijk aangrijpingspunt vormt voor (nieuwe) therapieën. In dit symposium krijgt u een update van recent en spannend Nederlands onderzoek naar de rol van slaap en het gebrek eraan over verschillende psychiatrische stoornissen heen. Speciale aandacht is er voor de behandeling van slapeloosheid en de positieve effecten daarvan op psychisch welbevinden en psychiatrische klachten.

### **S28.1**

#### **Digitale CGT voor insomnie: effect en mediatie op functionele gezondheid, psychologisch welbevinden en slaap-gerelateerde kwaliteit van leven**

Dr. Annemarie Luik <sup>1,2,3</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Department of Epidemiology, Erasmus MC University Medical Center, Rotterdam, Netherlands
2. Sleep & Circadian Neuroscience Institute, Nuffield Department of Clinical Neurosciences, University of Oxford, Oxford, United Kingdom
3. Big Health Ltd, London, United Kingdom

#### **Achtergrond**

Insomnie is veelvoorkomend [1] en beïnvloedt onze gezondheid en kwaliteit van leven substantieel. Cognitieve Gedragstherapie (CGT) is de aanbevolen behandeling voor insomnie en is effectief in het verbeteren van nachtelijke symptomen van insomnie [2]. Personen met insomnie zoeken echter veelal hulp vanwege klachten over hun functioneren gedurende de dag, zoals vermoeidheid, psychologische stress en functionele gezondheid [3].

#### **Doel**

Wij onderzochten het effect van digitale CGT op functionele gezondheid, psychologisch welbevinden, en slaap-gerelateerde kwaliteit van leven, en of eventuele verbeteringen in deze constructen gemedieerd werden door een verbetering in insomnie symptomen. Wij onderzochten eveneens het effect van digitale CGT op constructen zoals slaperigheid, vermoeidheid, depressie, angst, en cognitieve klachten.

#### **Methoden**

In deze online, gerandomiseerde en gecontroleerde studie [4] werden 1.711 deelnemers (77,7% vrouw, gemiddelde leeftijd  $48,0 \pm 13,8$  jaar) met klachten over insomnie gerandomiseerd in twee groepen. De interventie groep ontving digitale CGT (zes volledig geautomatiseerde sessies) [5] en de controle groep ontving educatie over slaaphygiëne (webpagina). Aan het begin van de studie en na 4 weken (mid-behandeling), 8 weken (post-behandeling) en 24 weken (follow-up) werden functionele gezondheid (Patient-Reported Outcome Measurement Information System: Global Health Scale), psychologisch welbevinden (Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale) en slaap-gerelateerde kwaliteit van leven (Glasgow Sleep Impact Index) gemeten. Insomnie symptomen werden gemeten met de Sleep Condition Indicator. De overige constructen werden eveneens gemeten met gevalideerde vragenlijsten.



## Resultaten

Digitale CGT was geassocieerd met kleine tot middelgrote verbeteringen in functionele gezondheid (Cohen d week 4: 0.16; week 8: 0.31; en week 24: 0.31, allen  $p < 0.001$ ) en psychologisch welbevinden (Cohen d week 4: 0.13; week 8: 0.35; en week 24: 0.38, allen  $p < 0.01$ ) in vergelijking met educatie over slaaphygiëne. De verbetering in slaap-gerelateerde kwaliteit van leven was groot (Cohen d week 4:  $-0.69$ ; week 8:  $-1.38$ ; en week 24:  $-1.46$ , allen  $p < 0.001$ ). Een grote verbetering in insomnie symptomen medieerde deze verbeteringen (bereik: 45.5% to 83.8%). Ook slaperigheid, vermoeidheid, depressie, angst en cognitieve klachten verbeterden na digitale CGT.

## Conclusie

Het behandelen van mensen met insomnie klachten met digitale CGT leidt tot verbeteringen in functionele gezondheid, psychologisch welbevinden en slaap-gerelateerde kwaliteit van leven. De vermindering van insomnie symptomen medieert deze verbeteringen. Deze resultaten laten zien dat CGT voor insomnie de symptomen van insomnie gedurende de nacht alsook de dag verbetert en versterken het bewijs voor CGT als de aanbevolen behandeling voor insomnie.

## Literatuurverwijzing

- [1] Kerkhof GA (2017). Epidemiology of sleep and sleep disorders in The Netherlands. *Sleep Med* 32:229-239.
- [2] Zachariae R et al. (2016). Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Med Rev* 30:1-10.
- [3] Morin CM et al. (2007). Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Med* 7:123-130.
- [4] Espie CA ... Luik AI (2018). Effect of Digital Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on Health, Psychological Well-being, and Sleep-Related Quality of Life. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* (Publ. online September 25).
- [5] Espie CA, Kyle SD, Williams C, Ong JC, Douglas NJ, Hames P, Brown JS (2012). A randomized, placebo-controlled trial of online cognitive behavioral therapy for chronic insomnia disorder delivered via an automated media-rich web application. *Sleep* 35:769-81.

## S28.2

### Effect van online behandeling van insomnia op depressieve klachten

Prof. dr. Annemieke van Straten <sup>1</sup> / Dr. Els Dozenman <sup>1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Amsterdam UMC, location VUmc, Department of Psychiatry, Amsterdam, the Netherlands

#### Achtergrond

Depressie en slaapproblemen komen vaak samen voor. Patiënten met slapeloosheid én een depressie hebben een aanzienlijk verminderde kwaliteit van leven en slechtere behandelresultaten [1]. Mensen die na een succesvolle depressiebehandeling nog slaapproblemen hebben, hebben een grotere kans op terugval [2-3]. Slaapproblemen worden gedurende een depressiebehandeling voornamelijk farmacologisch behandeld. De voorkeursbehandeling voor slapeloosheid is cognitieve gedragstherapie (CGT-I). Een interessante ontwikkeling is dat deze interventie het laatste decennium als, al dan niet begeleide, eHealth interventie is ontwikkeld en uitgebreid is onderzocht [4-5]. Hierbij valt op dat bij populaties die ook depressieve klachten hadden, deze klachten afnamen onder invloed van de slaap interventie.

#### Doel

Haalbaarheid en effectiviteit onderzoeken van een online slaapmodule (I.Sleep) bij patiënten met matig tot ernstig depressieve klachten.

#### Methoden

Twee verschillende studies onderzochten het effect van I.Sleep op depressie. De eerste studie is een gerandomiseerde trial onder studenten met slaapproblemen en depressieve klachten. I.sleep werd vergeleken met een controle groep die alleen een slaapdagboek bijhield. De tweede studie is een pilot studie naar haalbaarheid en effect van I.Sleep bij depressie behandeling binnen de specialistische GGZ. Effectiviteit werd in beide studies gemeten met het verschil in depressieve symptomen (PHQ-9) voor en na behandeling met I.Sleep.

#### Resultaten

Beide studies vonden grote effectsizes op depressie. Bij depressieve studenten (n=104) werd een groot significant between effect gevonden (d = 0.76). Binnen de kleinere pilot in de specialistische GGZ (n=31) werd een groot significant within effect gevonden van d =1.05.

#### Conclusie

Uit deze studies blijkt dat online slaap behandeling een zinvol aanbod kan zijn bij mensen met een depressie. Mogelijk zou het zelfs de voorkeur hebben te beginnen met de behandeling van de slapeloosheid bij depressieve patiënten die ook slapeloosheid symptomen hebben. De online slaapmodule is korter en minder belastend voor patiënten dan reguliere depressie behandeling.

#### Literatuurverwijzing

[1] Troxel WM et al. Insomnia and objectively measured sleep disturbances predict treatment outcome in depressed patients treated with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2012; 73(4):478-85.

[2] Manber R et al Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid MDD and insomnia. *Sleep*. 2008; 31(4):489-495.

[3] Franzen PL, Buysse DJ, Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogues Clinical Neuroscience*. 2008;10(4):473-81.

[4] van Straten A et al. Guided Internet-delivered cognitive behavioural treatment for insomnia: a randomized trial. *Psychological Medicine*. 2013;44(7):1521-32.

[5] Zachariae R et al. Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*. 2016; 30:1-10.

## S28.3

### **Big data en netwerk interventie analyse onthullen subtypen van slapeloosheid en hoe behandeling op depressieve symptomen aangrijpt**

Drs. Tessa Blanken <sup>1,2</sup> / Drs. Tanja van der Zweerde <sup>3</sup> / Dr. Jeroen Benjamins <sup>4</sup> / Prof. Dr. Denny Borsboom <sup>5</sup> / Prof. Dr. Jeroen Vermunt <sup>6</sup> / Prof. Dr. Annemieke van Straten <sup>3</sup> / Dr. Jaap Lancee <sup>7</sup> / Prof. Dr. Eus van Someren <sup>1,2</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Department of Sleep and Cognition, Netherlands Institute for Neuroscience, Amsterdam, The Netherlands
2. Departments of Integrative Neurophysiology and Psychiatry, Amsterdam Neuroscience, VU University and Medical Center, Amsterdam, The Netherlands
3. Department of Clinical Psychology & EMGO Institute for Health and Care Research, VU University, Amsterdam, the Netherlands
4. Departments of Social, Health and Organizational Psychology, and of Experimental Psychology, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands
5. Department of Psychological Methods, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands
6. Department of Methodology and Statistics, Tilburg School of Behavioral Sciences, Tilburg University, Tilburg, The Netherlands
7. Department of Clinical Psychology, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

#### **Achtergrond**

Slapeloosheid (insomnie) is de tweede meest voorkomende psychiatrische stoornis [1]. Deze slaapproblemen komen zelden alleen en naar schatting 13% van de mensen met insomnie ontwikkelt binnen een jaar een depressie [2]. Ook bij mensen met comorbide slaap en depressie klachten lijkt slaap een belangrijke rol te spelen: het effectief behandelen van slaapproblemen met cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CBTI) leidt namelijk ook tot een blijvende afname in depressiviteit [3]. Slapeloosheid lijkt dus een bepalende rol te hebben in zowel de ontwikkeling als de behandeling van depressie en biedt daarmee mogelijkheden voor preventie en behandeling.

#### **Doel**

In twee losse en gerelateerde projecten hadden we (1) ten behoeve van preventie het doel om binnen de groep slapelozen de mensen te identificeren met een verhoogd risico op depressie; en (2) ten behoeve van behandeling het doel om inzicht te krijgen in de volgorde en ontwikkeling van het effect van CBTI op slaap en depressie klachten.

#### **Methoden**

Voor het eerste project vulden N=2,224 deelnemers van het Nederlands Slaap Register [4] met insomnie online vragenlijsten in over hun levensgeschiedenis, cognitie, affect en persoonlijkheid. Met latente klasse analyse werden data-gedreven subtypen van insomnie geïdentificeerd, waarna met online gestructureerde interviews het risico op depressie werd bepaald. Voor het tweede project gebruikten we data van een gerandomiseerde studie waarin mensen met comorbide slaap en depressie klachten CBTI kregen (N=52) of alleen slaapdagboekjes invulden (N=52). Met Network Intervention Analysis (NIA) bepaalden we de volgorde en specificiteit waarin CBTI de verschillende symptomen van insomnie en depressie beïnvloedde.

#### **Resultaten**

Insomnie lijkt in tenminste vijf subtypen onder te verdelen. De subtypen verschillen in de incidentie en prevalentie van depressie ( $\chi^2=94.5$ ,  $p<.001$ ) [5]. NIA toonde aan dat CBTI meteen en direct invloed had op voornamelijk de dominante slaapklachten 'moeite met doorslapen' en 'te vroeg wakker worden' [6].

## **Conclusie**

De subtypen van slapeloosheid kunnen gebruikt worden om de slapelozen te identificeren met het hoogste risico op depressie, welke wellicht het meeste baat hebben bij preventieve behandeling. CBTI heeft direct effect op de slaapklachten, waarna vervolgens de depressie klachten afnemen. De bevindingen benadrukken het belang van slapeloosheid als drijvende factor van depressie en als aangrijpingspunt voor optimalisering van behandeling.

## **Literatuurverwijzing**

- [1] Wittchen, H.U., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 21, 655-679.
- [2] Baglioni, C., et al. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord*, 135, 10-19.
- [3] Blom, K., et al. (2017). Three-year follow-up comparing cognitive behavioral therapy for depression to cognitive behavioral therapy for insomnia, for patients with both diagnoses. *Sleep*, 40:zsx108.
- [4] Benjamins, J.S., et al. (2017). Insomnia heterogeneity: Characteristics to consider for data-driven multivariate subtyping. *Sleep Med Rev*, 36, 71-81.
- [5] Blanken, T.F., et al. (revision under review). Robust Insomnia Disorder subtypes revealed by traits and life history.
- [6] Blanken, T.F., et al. (revision under review). Introducing Network Intervention Analysis to investigate sequential, symptom-specific treatment effects: A demonstration in co-occurring insomnia and depression.

## S28.4

### Insomnie in de forensische psychiatrie

Prof. Dr. Marike Lancel <sup>1,2,3</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. RuG, Afdeling klinische psychologie en experimentele psychopathologie, Groningen, Nederland
2. GGZ Drenthe, Slaapcentrum voor Psychiatrie, Assen, Nederland
3. GGZ Drenthe, Forensisch Psychiatrische Kliniek, Assen, Nederland

#### Achtergrond

De forensische psychiatrie is gericht op het reduceren van de kans op een terugval in delictgedrag door het behandelen van dynamische risico factoren. Bij het merendeel van de forensische populatie staan impulsiviteit en agressiviteit hierbij op de voorgrond. Uit onderzoek bij forensisch psychiatrische patiënten blijkt chronische insomnie geassocieerd te zijn met zowel zelf-gerapporteerde impulsiviteit en agressiviteit als met agressief gedrag op de afdeling en is dus een potentiële risicofactor [1-3]. Gerichte aandacht voor en effectieve aanpak van slaapproblemen kan dus juist bij deze groep patiënten van groot belang zijn: naast het verbeteren van het cognitief functioneren en het verhogen van de motivatie voor de forensische behandeling, kan het bijdragen aan een verbetering van de emotieregulatie en agressiecontrole.

#### Doel

Het doel van dit multicenter onderzoek, gesubsidieerd door Kwaliteit Forensische Zorg, is het bepalen van de prevalentie van chronische insomnie en de factoren die insomnie uitlokken en onderhouden bij patiënten opgenomen in een forensisch psychiatrische setting.

#### Methoden

281 patiënten (8.2% vrouw, gemiddeld 40.5 jaar) van elf forensisch psychiatrische instellingen hebben deelgenomen aan het onderzoek en 6 vragenlijsten ingevuld waaronder: de Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Insomnia Severity Index (ISI), Holland Sleep Disorders Questionnaire (HSDQ) en een slaaphygiëne lijst. Daarnaast werd – met hun toestemming - informatie over psychopathologie en gebruikte psychofarmaca overgenomen uit het EPD.

#### Resultaten

De deelnemers liggen gemiddeld van 23:16 tot 7:34 uur in bed en schatten 6:59 uur te slapen (slaap efficiëntie 84.1%). De totale PSQI score is  $7.8 \pm 4.3$ . 70% van de deelnemers is ontevreden over hun slaapkwaliteit (PSQI>5). In vergelijking met de goede slapers, hebben ze een hogere PSQI totaal score ( $3.1 \pm 1.5$  versus  $9.8 \pm 3.4$ ,  $t=16.385$ ,  $p<.0001$ ) en ervaren zij significant meer problemen met het inslapen, doorslapen, slaperigheid en functioneren overdag. Slaapverstorende factoren zijn o.a. piekeren, pijn, nachtmerries, ademhalingsproblemen en een inadequate kamertemperatuur. Uit de ISI komt naar voren dat bij 44.1% in de voorafgaande maand sprake was van insomnie ( $ISI \geq 10$ ). In vergelijking met de anderen rapporteren zij een significant langere slaaplantentie ( $31.2 \pm 39.5$  versus  $60.4 \pm 39.5$ ) en kortere totale slaaptijd ( $7:45 \pm 1:22$  versus  $6:01 \pm 2:15$ ). Insomnie blijkt, middels logistische regressie analyse, het best voorspeld te worden door 5 slaapverstorende factoren uit de PSQI: problemen met inslapen en/of doorslapen, het te warm hebben, nachtmerries en pijn ( $p<.0001$ ,  $R=.544$ ) en 3 subschalen van de slaaphygiëne lijst: onjuiste planning van de slaap, gebruik van het bed voor andere activiteiten dan slapen en omgevingsfactoren als te veel licht en geluidsoverlast 's nachts ( $p<.0001$ ,  $R=.178$ ). Volgens de scores op de HSDQ lijdt 15.7% aan chronische insomnie. Het wordt voorspeld door overeenkomstige factoren als insomnie.

#### Conclusie

Acute en chronische insomnie komen vaker voor bij forensisch psychiatrische patiënten dan bij de algemene bevolking. Hieraan dragen factoren op meerdere domeinen bij, zoals gedrag, cognities, leefomgeving, psychopathologie en medicatie. De resultaten van dit onderzoek leveren belangrijke informatie voor het optimaliseren van de meest effectieve interventie, cognitieve gedragstherapie voor insomnie, op deze populatie.

### **Literatuurverwijzing**

[1] Kamphuis J et al. The relationship between poor sleep, impulsivity and aggression, in forensic psychiatric patients. *Physiol Behav* 2014;123:168-173.

[2] Kamphuis J, Lancel M. The interrelations between sleep, anger, and loss of aggression control. In: Babson & Feldner (eds) *Sleep and Affect. Assessment, Theory, and Clinical Implications*. 2015. London: Academic Press, pp. 247-271.

[3] Veen van MM, Karsten J, Lancel M. Poor sleep and its relation to impulsivity in patients with antisocial or borderline personality disorders. *Behav Med* 2017;43:218-226.

## S28.5

### De spectrale vingerafdruk van slaapproblemen in post-traumatische stress stoornis

Dr. Lucia Talamini <sup>p1,2</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Sleep and Memory Lab, Department of Psychology, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands
2. ABC – Amsterdam Brain and Cognition, The Netherlands

#### Achtergrond

Speelt slaap een rol in de herverwerking en consolidatie van belangrijke herinneringen. Juist emotionele herinneringen worden tijdens slaap geconsolideerd; echter, in de gezonde situatie wordt tegelijkertijd de emotionele lading ervan verzwakt. Hoe belangrijk deze processen zijn voor het behoud van een gezonde mentale en emotionele balans blijkt uit situaties met slaap verstoring, welke gelinkt zijn aan cognitieve problemen, emotionele labiliteit en een trager herstel van emotionele impact. Slaap problemen lijken bovendien bij te dragen aan de totstandkoming en handhaving van verschillende affectieve stoornissen.

#### Doel

Een aandoening die direct gerelateerd is aan persistentie van emotionele herinneringen is post-traumatische stress stoornis (PTSS). In deze aandoening vormen - naast herbeleving, intrusies en overgeneralisatie van de trauma herinnering - slaapproblemen een centraal symptoom. De fysiologische grondslag van deze slaapproblemen, en de relatie met geheugenconsolidatie, werd onderzocht in een samenwerkingsverband tussen Centrum 45, de AMC angststoornissen poli en onze onderzoeksgroep.

#### Methoden

Slaap fysiologie werd geregistreerd middels polysomnografie met EEG over verschillende hersengebieden. Macrostructuur van de slaap werd geanalyseerd via slaap-waak scoring (AASM). Daarnaast werd, voor non-REM slaap en REM slaap afzonderlijk, een analyse van spectrale power over de verschillende hersengebieden uitgevoerd.

#### Resultaten

De resultaten tonen ernstige verstoringen van de slaapfysiologie, en van slaap-gerelateerde hersenactiviteit in het bijzonder. De meest opvallende abnormaliteiten betreffen verstoring van trage slaap oscillaties en een verhoogde activiteit van slaapspoeltjes.

#### Conclusie

Zowel trage oscillaties als slaapspoeltjes zijn oorzakelijk gelinkt aan geheugenconsolidatie tijdens slaap. De aard van deze abnormaliteiten, ook in het licht van bevindingen uit andere labs, suggereert derhalve een excessieve en aberrante reactivatie en consolidatie van emotionele herinneringen tijdens de slaap. In mijn lezing zal ik de relatie tussen de emotionele geheugen problematiek en slaapproblemen verder toelichten, en een tentatief model presenteren omtrent de neurofysiologische grondslag van PTSS. Daarnaast zullen implicaties van het recente onderzoek voor mogelijke nieuwe, slaap-gerichte, therapeutische strategieën, besproken worden.

#### Literatuurverwijzing

-

## S29 Promovendi senieur

Tijdens dit symposium presenteren recent of bijna gepromoveerde onderzoekers een samenvatting van het door hun verrichte promotieonderzoek, specifiek gericht op ouderen. Op deze wijze krijgen de aanwezigen in korte tijd een overzicht van belangrijke wetenschappelijke ontwikkelingen in ons vak, vanuit meerdere disciplines. Aan de orde komen o.a. depressie, angst, persoonlijkheid, trauma, dementie en kwetsbaarheid.

### S29.1

#### Jeugdtrauma en depressie op latere leeftijd

Ilse Wielaard <sup>1</sup> / Dr. MD Didi Rhebergen <sup>1</sup> / Dr. Hannie Comijs <sup>1</sup> / Prof.dr. MD Max Stek <sup>1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ inGeest

#### Achtergrond

Negatieve jeugdervaringen als verwaarlozing en mishandeling kunnen ernstige en langdurige consequenties hebben, waaronder psychische problemen. Jeugdtrauma vergroot ook bij ouderen de kans op een slechte(re) geestelijke gezondheid, waaronder depressie. Er is echter weinig bekend over de (mediërende) effecten van jeugdtrauma's op depressie op latere leeftijd. Mogelijk spelen bij ouderen onderliggende factoren die samenhangen met veroudering een rol bij het ontwikkelen van een depressie.

#### Doel

Het hoofddoel is dan ook om de associatie tussen jeugdtrauma en depressie bij ouderen verder te ontrafelen. Hierbij is gekeken naar de rol van twee mogelijke biologische mechanismen, de HPA-as en telomeerlengte, en naar de rol van chronische somatische ziekten, psychosociale- en leefstijl factoren. Hierbij is ook gekeken naar het effect van jeugdtrauma op het dagelijks functioneren. De associatie tussen jeugdtrauma en het beloop van depressie op latere leeftijd hebben we eveneens onderzocht. 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, 387 depressieve en 132 niet-depressieve oudere volwassenen van 60 jaar en ouder (gemiddeld 70,6 jaar). Twee jaar later deed nog 83,4% (401 volwassenen) mee aan het tweede interview. Zes jaar na de basismeting deden nog 299 van de 510 deelnemers mee aan het derde interview. Iedere meting omvatte diagnostische instrumenten voor depressie. Op meetmoment 1 en 3, met 6 jaar ertussen, werd gevraagd naar 4 typen jeugdtrauma's (emotionele verwaarlozing, psychologische, fysieke en seksuele mishandeling). Daarnaast werden vragenlijsten afgenomen om de lichamelijke en psychische gezondheid en het dagelijks functioneren in kaart te brengen.

#### Resultaten

Op latere leeftijd is jeugdtrauma geassocieerd met een dysregulatie van de HPA-as, maar niet met telomeerlengte. De associatie tussen jeugdtrauma en dysregulatie van de HPA-as is onafhankelijk van depressie. Jeugdtrauma is geassocieerd met een vroeg(er) ontstaan van de depressie, ernstiger depressieve symptomen, meer chronische somatische ziekten en meer functionele beperkingen in het dagelijks leven. Psychosociale factoren waren voornamelijk geassocieerd met een vroeg ontstane depressie. Jeugdtrauma heeft een sterk negatief verband met het beloop van depressie op latere leeftijd. Dit verband werd volledig verklaard door kenmerken van de depressie, eenzaamheid, neuroticisme en chronisch somatische ziekten. 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**

Jeugdtrauma geeft veel lijdensdruk gedurende het leven, ook op latere leeftijd: een hoger risico op depressie, een slechter beloop van depressie, meer chronische somatische ziekten en meer functionele beperkingen. Het is dus belangrijk om aandacht te hebben voor jeugdtrauma's, onafhankelijk van timing en aard van het probleem. Bij het vragen naar jeugdtrauma's is het van belang om 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.

Wielgaard, I., Schaakxs, R., Comijs, H. C., Stek, M. L., & Rhebergen, D. (2017). The influence of childhood abuse on cortisol levels and the cortisol awakening response in depressed and nondepressed older adults. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 1-10.

Wielgaard, I., Comijs, H. C., Stek, M. L., & Rhebergen, D. (2017). Childhood abuse and the two-year course of late-life depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(6), 633-643.

Schaakxs, R., Wielgaard, I., Verhoeven, J. E., Beekman, A. T., Penninx, B. W., & Comijs, H. C. (2016). Early and recent psychosocial stress and telomere length in older adults. *International Psychogeriatrics*, 28(3), 405-413.

## S29.2

### **Kwetsbaarheid, multimorbiditeit, functieverlies in de ouderenpsychiatrie: prevalentie, invloed op behandeluitkomsten en vijf jaars mortaliteit.**

drs. Carolien Benraad <sup>1,2</sup> / drs Luc Disselhorst <sup>2</sup> / drs Nicky Laurensen <sup>2,1</sup> / dr. Peter Hilderink <sup>3</sup> / dr. René Melis <sup>1</sup> / prof. dr. Jan Spijker <sup>2,4</sup> / prof. dr. Marcel Olde Rikkert <sup>1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Radboudumc
2. Pro Persona GGZ
3. Senior Beter
4. Radboud Universiteit

#### **Achtergrond**

Kwetsbaarheid (frailty), multimorbiditeit en functionele status zijn onderzocht bij ouderen in de huisartspraktijk en ziekenhuispopulaties, maar nog weinig bij patiënten in de ouderenpsychiatrie.

#### **Doel**

Onderzoeken of kwetsbaarheid, multimorbiditeit en functionele status onafhankelijke voorspellers zijn van behandeluitkomsten en vijf jaars mortaliteit bij ouderen die opgenomen worden op opname afdelingen ouderenpsychiatrie.

#### **Methoden**

Een prospectief observationeel onderzoek onder ouderen die (n = 120) die in de periode februari 2009 – september 2010 opgenomen werden op acute opname afdelingen voor ouderen in Pro Persona Nijmegen. Bij opname werd kwetsbaarheid met een Frailty Index (FI) en loopsnelheid gemeten; multimorbiditeit met de CIRS-G en functionele status met de Barthel Index. Als psychiatrische uitkomstmaat werd de Clinical Global Impressions Improvement Scale (CGI-I) gebruikt. Met behulp van ANOVA analyseerden we of de geriatrische variabelen geassocieerd waren met verbeteren van de psychiatrische stoornis bij ontslag, gemeten met de de Clinical Global Impressions of Improvement scale (CGI-I) (range: 1: heel sterk verbeterd tot 7: heel veel verslechterd, 4: geen verandering). Met logistische regressie analyseerden we de associatie tussen dezelfde geriatrische variabelen met niet kunnen terug keren naar de eigen woonsituatie na ontslag of overlijden tijdens opname. Met logistische regressie analyseerden we vijf jaars mortaliteit.

#### **Resultaten**

De gemiddelde leeftijd was 74.6 jaar, 62 % vrouw. 50% van de populatie was kwetsbaar met een  $FI \geq 0,25$ , en een loopsnelheid  $< 0,8$  m/s. De gemiddelde CIRS-G was 13.5 (sd 5.4) en Barthel 15.4 (sd 5.3). De gemiddelde CGI-I was (2.75 (sd 1.0)). Zes (5%) mensen overleden tijdens opname en 37 (31%) van de patiënten konden niet naar de eigen woonsituatie terug keren na ontslag. Loopsnelheid, CIRS-G, Barthel waren niet geassocieerd met de CGI-I in de hele studie populatie. Een hogere FI score was wél voorspellend voor minder verbeteren van de CGI-I ( $p = 0.018$ ) bij patiënten met een depressie. De FI (per 0,1 stijging OR 1.91, 95%CI 1.09–3.37), loopsnelheid (per 0,1 m/s daling OR 1.35 95%CI 1.06-1.72 ) en de CIRS-G (per punt stijging OR 1.19 95% CI 1.06- 1.34) waren onafhankelijke voorspellers voor niet kunnen terugkeren naar de eigen woonsituatie na ontslag of overlijden tijdens opname. Vijf jaar na ontslag waren er nog 61 (51%) patiënten in leven: 61% van de vrouwen en 35% van de mannen. De FI was voorspellend voor mortaliteit (HR 1.78, 95% CI 1.06 – 2.98 per 0.1 FI stijging, samen met bekende factoren als leeftijd (HR 1.10 95% CI 1.05 – 1.16 per jaar), en mannelijk geslacht (HR 2.29 95 % CI 1.17 – 4.45).

#### **Conclusie**

De helft van de opgenomen patiënten was kwetsbaar. Kwetsbaarheid draagt bij aan de uitkomst van de psychiatrische behandeling bij patiënten met een depressie én samen met multimorbiditeit kan het helpen om ouderen te identificeren die waarschijnlijk niet terug kunnen keren naar hun eigen woonsituatie of mogelijk overlijden tijdens opname. Daarnaast draagt kwetsbaarheid sterk bij aan voorspellen van mortaliteit. De impact van geriatrische syndromen in de ouderenpsychiatrie vraagt om meer systematische aandacht hiervoor om te kunnen komen tot betere herkenning en behandeling zoals gerealiseerd is in de algemene ziekenhuizen.

### Literatuurverwijzing

- Benraad Carolien E.M. , Disselhorst Luc, Laurensen Nicky C.W., Hilderink Peter H., Melis René J.F., Spijker Jan, Olde Rikkert Marcel G.M. Frailty, Multimorbidity and Functional status as Predictors for Health Outcomes of Acute Psychiatric Hospitalisation in Older Adults. *Ageing and Mental Health* 2018: DOI: 10.1080/13607863.2018.1515888.
- Busner, J., Targum, S. D. The Clinical Global Impressions Scales: Applying a research tool in Clinical Practice. 2007. *Psychiatry* 4, 28-37.
- Guy, W. Clinical Global Impressions. In: GUY, W. (ed.) ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville: US Department of Health, Education, and Welfare Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, 1976
- Miller, M., Paradis, C., Houck, P., ea. Rating Chronic Medical Illness Burden in Geropsychiatric Practice and Research: Application of the Cumulative Illness Rating Scale. *Psychiatry Research*, 1992;41:237-248.
- Rockwood, K., Howlett, S.E., MacKnight, C. ea. Prevalence, Attributes, and Outcomes of Fitness and Frailty in Community-Dwelling Older Adults: Report From the Canadian Study of Health and Aging. *J Gerontol: MED SC* 2004;59A:1310–1317
- Searle, S. D., Mitnitski, A., Gahbauer, E. A., Gill, T. M. & Rockwood, K. A standard procedure for creating a frailty index. *BMC Geriatr*, 2008;8:24
- Studenski, S., Perera, S. Patel, K., ea Gait Speed and Survival in Older Adults. *JAMA*. 2011; 305:50–58

## 29.3

### Angst als risicofactor voor cognitieve stoornissen dan wel dementie

Drs. Bernice Gulpers <sup>1,2</sup> / Prof. Dr. Richard Oude Voshaar <sup>3</sup> / Dr. Sebastian Köhler <sup>2</sup> / Prof. Dr. Frans Verhey <sup>2</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Met-GGZ
2. MUMC
3. UMCG

#### Achtergrond

Angst is eerder geopperd als een mogelijke risicofactor voor cognitieve stoornissen dan wel dementie. Eerdere onderzoeken toonden wisselende resultaten, mogelijk op basis van verschillende settingen waarbinnen het onderzoek plaats vond (algehele populatie versus poliklinische populaties).

#### Doel

Angst als mogelijke risicofactor voor cognitieve stoornissen dan wel dementie werd nader onderzocht.

#### Methoden

Er werd een systematische review en meta-analyse uitgevoerd op basis van de reeds bestaande literatuur om na te gaan of angst een risicofactor is voor cognitieve stoornissen, dan wel dementie. Daarna werd met behulp van het Lifelines cohort in 82.360 personen vanuit de algehele populatie (leeftijd 18-93) de cross-sectionele relatie onderzocht tussen angststoornissen en executief functioneren, waarbij tevens gekeken werd of leeftijd invloed had op deze relatie. Als laatste werd in een longitudinaal cohort met een follow-up duur van 12 jaar (Maastricht Aging Study) in 918 personen met een leeftijd van 50 jaar en ouder, opnieuw de relatie tussen angst en executief functioneren in de loop van de tijd onderzocht. Tevens werd de relatie tussen angst en overige cognitieve domeinen (geheugen, snelheid van informatieverwerking en fluency) in de loop van de tijd onderzocht.

#### Resultaten

Angst in de algehele populatie is een risicofactor voor cognitieve stoornissen (RR= 1.77, [95% CI 1.38-2.26],  $p < .001$ ), en ook voor dementie (RR 1.57, [95% CI 1.02-2.42],  $p = .040$ ), in tegenstelling tot angst in poliklinische populaties. Verder waren angststoornissen geassocieerd met een slechter executief functioneren in het cross-sectionele onderzoek in het Lifelines cohort ( $B = -.078$ ,  $SE = 0.316$ ,  $p = 0.015$ ), onafhankelijk van de leeftijd. In het longitudinale onderzoek middels de Maastricht Aging Study zagen we een significant verschil tussen mannen en vrouwen ( $X^2 = 6.63$ ,  $df = 2$ ,  $p = .036$ ), waarbij vrouwen achteruit gingen in de loop van de tijd ten aanzien van het executief functioneren bij een hogere mate van angstklachten, en mannen niet. Ook ten aanzien van de snelheid van informatieverwerking en fluency was er een significant verschil tussen mannen en vrouwen (snelheid van informatieverwerking  $X^2 = 8.83$ ,  $df = 2$ ,  $p = .012$ ; fluency  $X^2 = 6.89$ ,  $df = 2$ ,  $p = .032$ ), waarbij de vrouwen slechter scoorden in vergelijking tot de mannen. Er werden verder geen significante geslachtsverschillen gevonden. Wel was leeftijd van invloed op de relatie tussen angst en het geheugen. Het geheugen in de groep ouderen met een leeftijd van boven de 65 jaar en een hogere mate van angstklachten, ging sneller achteruit, dan in de groep ouderen met een leeftijd tussen de 50 en 65 jaar (delayed recall  $X^2 = 9.30$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.01$ ; immediate recall  $X^2 = 11.81$ ,  $df = 2$ ,  $p = .003$ ).

#### Conclusie

Angst is een risicofactor voor cognitieve stoornissen, en ook voor dementie. Het is belangrijk hier alert op te zijn als een oudere zich meldt met angstklachten, voornamelijk als de angstklachten pas op late leeftijd ontstaan zijn. Of er sprake is van een causaal verband, of dat angst een prodromaal symptoom is van dementie, blijft onduidelijk. Mocht er sprake zijn van een causaal verband, kan adequate behandeling van angstklachten het risico op cognitieve stoornissen verlagen.

### **Literatuurverwijzing**

1. Gulpers B, Ramakers J, Hamel R, Köhler S, Oude Voshaar R, Verhey F. Anxiety as a Predictor for Cognitive Decline and Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016 Oct;24(10):823-42
2. Gulpers B, Lugtenburg A, Zuidersma M, Verhey FRJ, Voshaar RCO. Anxiety disorders and figural fluency: A measure of executive function. *J Affect Disord*. 2018 Jul;234:38-44.
3. Gulpers B, Oude Voshaar RC, van Boxtel M.P.J., Verhey F.R.J., Köhler S. Anxiety as a risk factor for cognitive decline: a twelve year follow-up cohort study. *Am J Geriatr Psychiatry*. Accepted for publication 07-09-2018.

## S29.4

### Depressie gedurende de levensloop

Dr. Roxanne Schaakxs<sup>1,2</sup> / Dr. Hannie Comijs<sup>1,2</sup> / Dr. Femke Lamers<sup>1,2</sup> / Dr. Rob Kok<sup>3</sup> / Prof. Dr. Roos van der Mast<sup>4,5</sup> / Prof. Dr. Robert Schoevers<sup>6</sup> / Prof. Dr. Aartjan Beekman<sup>1,2</sup> / Prof. Dr. Brenda Penninx<sup>1,2</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Amsterdam UMC, Vrije Universiteit, Psychiatry, Amsterdam Public Health research institute, The Netherlands
2. GGZ inGeest Specialized Mental Health Care, Amsterdam, The Netherlands
3. Department of Old Age Psychiatry, Parnassia Psychiatric Institute, the Hague, Netherlands
4. Department of Psychiatry, Leiden University Medical Center, Leiden, The Netherlands
5. the Department of Psychiatry, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), University of Antwerp, Antwerp, Belgium
6. University Medical Center Groningen, Department of Psychiatry and Interdisciplinary Center for Psychopathology and Emotion Regulation, University of Groningen, Groningen, The Netherlands

### Achtergrond

Er zijn aanwijzingen dat depressie op latere leeftijd zich anders kan presenteren, andere oorzaken kan hebben en een ander beloop heeft dan bij mensen met een depressie op jongere leeftijd. Nu de levensverwachting steeds hoger wordt en meer mensen een hoge leeftijd zullen bereiken, is het belangrijk om de preventie, diagnose en behandeling van depressie goed te laten aansluiten op een ieders levensfase.

### Doel

Onderzoeken of leeftijd samenhangt met 1) kenmerken van depressie, 2) risicofactoren van depressie, en 3) het beloop van depressie.

### Methoden

Alle deelnemers kwamen uit twee vergelijkbare, longitudinale cohortstudies: de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA, 18-65 jaar) en de Nederlandse Studie naar Depressie bij Ouderen (NESDO, 60-93 jaar), en waren gerekruteerd via de algemene populatie, huisartsen, of instellingen voor geestelijke gezondheid. Deelnemers hadden een huidige klinische depressie diagnose (bepaald door een klinische diagnostisch interview tijdens de eerste meting) of waren juist nooit eerder depressief of angstig geweest. Door de twee cohorten samen te voegen, konden deelnemers in de leeftijd van 18 tot en met 93 jaar in verschillende leeftijdsgroepen bestudeerd worden. Kenmerken en risicofactoren werden cross-sectioneel onderzocht. Daarnaast is het depressiebeloop gedurende twee jaar bestudeerd.

### Resultaten

Depressie op oudere leeftijd verschilt qua kenmerken, oorzaken en beloop van depressie op jongere leeftijd. Depressie bij ouderen kenmerkt zich door somatische symptomen terwijl jongere volwassenen meer stemmingssymptomen laten zien. Tevens kent depressie op oudere leeftijd een ongunstiger beloop. Dit ongunstigere beloop kan niet worden verklaard door verscheidene klinische, sociale en gezondheidsfactoren. Risicofactoren die optreden in een levensfase waarin ze het minst verwacht worden, lijken in die levensfase het sterkste verband met depressie te laten zien. Zo komen gezondheidsproblemen bij ouderen met een depressie vaak voor, maar zijn ze nog sterker gerelateerd aan depressie bij jongere volwassenen.

### Conclusie

Depressie bij ouderen verschilt van depressie bij mensen op jongere leeftijd. Doordat de depressie zich op oudere leeftijd vaker somatisch presenteert, loopt men het risico om depressiediagnoses over het hoofd te zien als deze symptomen simpelweg worden toegeschreven aan veroudering of somatische ziektes. Het is nog onduidelijk welke factoren de grootste bijdrage leveren aan het ongunstigere beloop van depressie op oudere leeftijd. Al met al geven deze onderzoeken aanknopingspunten om de diagnostiek en behandeling van depressies af te stemmen op leeftijd.

### **Literatuurverwijzing**

- 1) Schaakxs R, Comijs HC, Lamers F, Beekman AT, Penninx BW. Age-related variability in the presentation of symptoms of major depressive disorder. *Psychol Med.* 2017;47(3):543-552
- 2) Schaakxs R, Comijs HC, van der Mast RC, Schoevers RA, Beekman ATF, Penninx BWJH. Risk factors for depression: Differential across age? *Am J Geriatr Psychiatry.* 2017;25(9):966-977
- 3) Schaakxs R, Comijs HC, Lamers F, Kok RM, Beekman ATF, Penninx BWJH. Associations between age and the course of major depressive disorder: a 2-year longitudinal cohort study. *Lancet Psychiatry.* 2018;5(7):581-590

## S29.5

### De Gerontologische Persoonlijkeitsstoornissen Schaal (GPS): Een hulpmiddel in de huisartsenpraktijk

MSc Krystle Penders <sup>p1,2</sup> / Dr. Inge Duimel-Peeters <sup>1</sup> / Prof. dr. Job Metsemakers <sup>1</sup> / Prof. dr. Bas van Alphen <sup>3,4,5</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Maastricht University
2. Envida
3. Vrije Universiteit Brussel
4. Tilburg University
5. Mondriaan

#### Achtergrond

Naar schatting heeft ongeveer een op de twaalf zestigplussers in de algemene bevolking een persoonlijkheidsstoornis. Hoewel huisartsen en praktijkondersteuners (POH-ers) geregeld geconfronteerd worden met deze senioren, wordt persoonlijkheidsproblematiek niet altijd als zodanig herkend. Naast factoren als agisme, afwijkende fenomenologische manifestaties en een hoogcomplex klinisch beeld als gevolg van comorbide psychische en somatische aandoeningen, speelt ook het gebrek aan geschikte (diagnostische) instrumenten hierin een rol.

#### Doel

Het valideren van de Gerontologische Persoonlijkeitsstoornissen Schaal (GPS), een 16-items tellend leeftijdsspecifiek screeningsinstrument, alsmede het beoordelen van de bruikbaarheid ervan binnen de huisartsenpraktijk.

#### Methoden

Er werden in vijf Zuid-Limburgse huisartsenpraktijken bij in totaal 302 zestigplussers zonder bekende ernstige psychopathologie en 302 door hen gekozen informanten de GPS afgenomen. Daarnaast werden vier huisartsen en vier POH-ers uit eerdergenoemde huisartsenpraktijken geïnterviewd nadat zij ervaring hadden opgedaan met het instrument. Tevens kregen 329 zestigplussers (mondeling) en 329 informanten (schriftelijk) de gelegenheid hun ervaringen met de GPS te delen.

#### Resultaten

De interne consistentie van de subschalen en de totale score van de GPS-patiënt versie (pv) en -informantversie (iv) was respectievelijk 0.12 (HAB), 0.16 (BIO) en 0.10 (totaal); en 0.16 (HAB), 0.15 (BIO) en 0.12 (totaal). De test-hertest betrouwbaarheid van zowel de GPS-pv ( $r_s = 0.56$  [HAB],  $r_s = 0.67$  [BIO],  $r_s = 0.66$  [totaal]) als de GPS-iv ( $r_s = 0.52$  [HAB],  $r_s = 0.65$  [BIO],  $r_s = 0.68$  [totaal]) was goed. De sensitiviteit en specificiteit van de patiënt versie was respectievelijk 0.83 en 0.27 bij een afkapwaarde van  $\geq 1$ . Voor de GPS-iv bleek een afkapwaarde van  $\geq 3$  het meest voorspellend met een sensitiviteit van 78% en een specificiteit van 65% (Penders, Rossi et al. 2016). Zowel huisartsen als POH-ers gaven aan dat persoonlijkheidsproblematiek bij senioren een thema was dat leefde binnen hun praktijk en waarin behoefte was aan handvatten voor de herkenning ervan. Ten aanzien van de GPS werden overwegend pluspunten benoemd, zoals duidelijk en eenvoudige geformuleerde items. Hoewel de professionals enkele items als zeer intiem en mogelijk gevoelig ervoeren en met name POH-ers het lastig vonden deze items af te nemen, leek dit niet als zodanig te spelen bij de zestigplussers en informanten. Het gros van hen gaf aan de items niet vervelend of confronterend te vinden (Penders, van Zadelhof et al. 2018).

#### Conclusie

De GPS-informantversie blijkt een adequaat hulpmiddel in de detectie van persoonlijkheidsstoornissen bij zestigplussers in de huisartsenpraktijk. Huisartsen, POH-ers, evenals zestigplussers en informanten vinden de GPS een bruikbaar, gebruiksvriendelijk en acceptabel screeningsinstrument. Scholing betreffende persoonlijkheidsproblematiek bij deze leeftijdsgroep alsmede in het gebruik van de GPS zal de (vroeg)detectie van ouderen met persoonlijkheidsstoornissen bevorderen.



### **Literatuurverwijzing**

Penders, K. A. P., Rossi, G., Metsemakers, J. F. M., Duimel-Peeters, I. G. P., & van Alphen, S. P. J. (2016).

Diagnostic accuracy of the Gerontological Personality Disorder Scale (GPS) in Dutch general practice. *Aging & Mental Health*, 20(3), 318-328. doi:10.1080/13607863.2015.1008989

Penders, K. A. P., van Zadelhof, E., Rossi, G., Duimel-Peeters, I. G. P., van Alphen, S. P. J., & Metsemakers, J. F. M. (2018). Feasibility and Acceptability of the Gerontological Personality Disorders Scale (GPS) in General Practice: A Mixed Methods Study. *Journal of Personality Assessment*. doi:10.1080/00223891.2018.1441152

**S35 Samengesteld symposium: Neurobiologische aspecten van etiologie en behandeling van autisme, slaapstoornissen en depressie**  
(*gewijzigde sessie t.o.v. programmaboek, verplaatst van vrijdag 5 april naar donderdag 4 april 13:30-15:00*)

S35.1

**Bumetanide in Autism Medication and Biomarker study (BAMBI): van groepsverschillen naar individueel behandelingseffect**

Jan Sprengers <sup>1</sup> / Dr. Bob Oranje <sup>1</sup> / Drs. Dorinde van Andel <sup>1</sup> / Drs. Erika Juarez Martinez <sup>1,2</sup> / Prof. Klaus Linkenkaer-Hansen <sup>2</sup> / Dr. Hilgo Bruining <sup>1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Department of Psychiatry, Brain Centre Rudolf Magnus, University Medical Centre Utrecht, Utrecht, Netherlands
2. Department of Integrative Neurophysiology, CNCR, Neuroscience Campus Amsterdam, VU Amsterdam, Netherlands

**Achtergrond**

De medicamenteuze behandelmogelijkheden voor kinderen met autisme spectrum stoornis (ASS) zijn gericht op het behandelen van comorbide symptomen zoals boosheid, verminderde concentratie of affectieve klachten. Er bestaat geen behandeling voor de kernsymptomen van ASS. Eerder uitgevoerd onderzoek toont aan dat bumetanide, een middel met effecten op GABAerge transmissie, een mogelijke behandeling biedt voor de kernsymptomen van autisme en met name die gerelateerd aan de prikkelverwerking [1,2]. Hier presenteren we de resultaten van een grote placebo gecontroleerde RCT inclusief EEG analyses om effecten van bumetanide te testen alsmede resultaten van de mogelijkheid om individuele behandelingseffecten te voorspellen.

**Doel**

1. Meten van het behandelingseffect van bumetanide op sociaal gedrag, gemeten met de Social Responsiveness Scale (SRS-2), het primaire eindpunt.
2. Meten van veranderingen in andere gedragsdomeinen, EEG parameters en neurocognitieve testen.
3. Integreren van verschillende uitkomstmaten in een biomarker voor het voorspellen van individueel behandelingseffect.

**Methoden**

In dit dubbel-geblindeerde, gerandomiseerde onderzoek kregen 92 medicatievrije kinderen met ASS (7-15 jaar oud) 91 dagen bumetanide (2dd1.0mg) of een placebo, gevolgd door 28 dagen wash-out. De testbatterij (i.e., neurocognitie, EEG met rust en event related potential paradigma's en gedragsvragenlijsten) werden op baseline, na 91 dagen behandeling en na de wash-out periode herhaald.

**Resultaten**

Tijdens deze presentatie zullen de resultaten worden gepresenteerd van deze unieke trial, die in december 2018 zal worden gedeblindeerd.

**Conclusie**

Er zal worden uitgelegd wat de implicaties kunnen zijn van het voorspellen van individueel behandelingseffect. Zowel positieve als negatieve uitkomsten zullen interessant en waardevol zijn om te presenteren.

**Literatuurverwijzing**

- [1] Lemonnier E., Degrez C., Phelep M., Tyzio R., Josse F., Grandgeorge M., Hadjikhani N. and Ben-Ari Y. (2012). A randomised controlled trial of bumetanide in the treatment of autism in children. *Transl Psychiatry*, 2, e202.
- [2] Lemonnier E., Villeneuve N., Sonie S., Serret S., Rosier A, Roue M., Brosset P., Viellard M., Bernoux D., Rondeau S., Thummler S., Ravel D. and Ben-Ari Y. (2017). Effects of bumetanide on neurobehavioral function in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Translational Psychiatry*, 7, e1056.

## S35.2

### **Bumetanide om gedragsproblemen bij Tubereuze Sclerose te behandelen: een open-label multiple n=1 interventie in een genetische ontwikkelingsstoornis**

MSc. Dorinde van Andel <sup>p1</sup> / MD Jan Sprengers <sup>1</sup> / Dr. Floor Jansen <sup>2</sup> / Dr. Bob Oranje <sup>1</sup> / Dr. Klaus Linkenkaer-Hansen <sup>3</sup> / Prof. Dr. Floortje Scheepers <sup>1</sup> / Dr. Hilgo Bruining <sup>1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Brain Center Rudolf Magnus, Afdeling Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Utrecht
2. Brain Center Rudolf Magnus, Afdeling Kinderneurologie, Universitair Medisch Centrum Utrecht
3. Center for Neurogenomics and Cognitive Research, Afdeling Integrative Neurophysiology, Vrije Universiteit Amsterdam

#### **Achtergrond**

Tubereuze Sclerose Complex (TSC) is een zeldzame, erfelijke aandoening waarbij goedaardige tumoren ontstaan op verschillende plaatsen in het lichaam, waaronder de hersenen. De lijdensdruk bij TSC is enorm: veel patiënten hebben (refractaire) epilepsie, een verstandelijke beperking, leerproblemen en/of autisme (1). De genetische en structurele afwijkingen bij TSC worden in verband gebracht met een verstoorde balans in neuronale excitatie en inhibitie (E/I), o.a. door verstoorde chloride concentraties in en rond tuberweefsel (2-7). Bumetanide, een selectieve chloride importer (NKCC1) antagonist en voorheen bekend als diureticum, kan mogelijk de E/I-balans herstellen (7-8). Gezien de grote lijdensdruk, de monogenetische etiologie en het kleine aantal TSC-patiënten in Nederland is een klassiek RCT-design voor deze groep ethisch ingewikkeld en minder geschikt. Hier presenteren wij een multipel n=1 design met karakterisatie van neurofysiologische, cognitieve en gedragsdomeinen dat ons informatie kan verschaffen over de effectiviteit en verdraagbaarheid van een rationeel en hypothese gerichte interventie bij TSC.

#### **Doel**

1. Het testen van bumetanide bij kinderen met TSC om gedragsproblemen te behandelen
2. Het objectiveren van response-meting door middel van neurofysiologische-, cognitieve- en gedragsbepalingen

#### **Methoden**

In het BATSCH-onderzoek (Bumetanide to Ameliorate Tuberous Sclerosis Complex Hyperexcitable Behaviors) kregen 15 TSC-patiënten (8-21 jaar oud) 3 maanden een behandeling met bumetanide (2dd0.5-1mg, tabletten), gevolgd door 1 maand wash-out periode. Door middel van EEG-onderzoek (zowel event related potentials als rust-EEG), neuropsychologische tests en gedragsvragenlijsten (o.a., Aberrant Behaviour Checklist [ABC], Social Responsiveness Scale [SRS-2] en Repetitive Behaviour Scale-revised [RBS-R]), is onderzocht in welke domeinen verandering optreedt en voor welke patiënten bumetanide effectief lijkt. Epilepsie-gerelateerde variabelen en subjectieve ervaringen van ouders en patiënten waren andere uitkomstmaten.

#### **Resultaten**

Bumetanide heeft een gunstig effect op hyperactiviteit en irritabiliteit (subschalen ABC), sociale problemen (SRS-2) en repetitief gedrag (RBS-R). Verschillende ERP en resting-state EEG maten lijken te normaliseren. Bumetanide heeft geen effect op epilepsieaanvalsfrequentie en er worden milde reversibele bijwerkingen gerapporteerd. Ouders en deelnemers zijn overwegend positief over de behandeling en >50% continueert off-label bumetanide behandeling. Overige resultaten, implicaties en limitaties zullen besproken worden.

#### **Conclusie**

Bumetanidebehandeling is een potentiële nieuwe additieve interventiemogelijkheid, met milde en controleerbare bijwerkingen, om gedragsproblemen bij TSC-patiënten te verbeteren.

### Literatuurverwijzing

- 1) Crino , P.B., K.L. Nathanson , and E.P. Henske The Tuberous Sclerosis Complex. *New England Journal of Medicine*, 2006. 355(13): p. 1345-1356.
- 2) Bateup, H.S., et al., Excitatory/inhibitory synaptic imbalance leads to hippocampal hyperexcitability in mouse models of tuberous sclerosis. *Neuron*, 2013. 78(3): p. 510-22.
- 3) Cepeda, C., et al., Immature neurons and GABA networks may contribute to epileptogenesis in pediatric cortical dysplasia. *Epilepsia*, 2007. 48 Suppl 5: p. 79-85.
- 4) Cepeda, C., et al., Enhanced GABAergic network and receptor function in pediatric cortical dysplasia Type IIB compared with Tuberous Sclerosis Complex. *Neurobiol Dis*, 2012. 45(1): p. 310-21.
- 5) Coghlan, S., et al., GABA system dysfunction in autism and related disorders: from synapse to symptoms. *Neurosci Biobehav Rev*, 2012. 36(9): p. 2044-55.
- 6) Ruffolo, G., et al., Functional aspects of early brain development are preserved in tuberous sclerosis complex (TSC) epileptogenic lesions. *Neurobiol Dis*, 2016. 95: p. 93-101.
- 7) Talos, D.M., et al., Altered inhibition in tuberous sclerosis and type IIB cortical dysplasia. *Ann Neurol*, 2012. 71(4): p. 539-51.
- 8) Ben-Ari Y. NKCC1 Chloride Importer Antagonists Attenuate Many Neurological and Psychiatric Disorders. *Trends in Neuroscience*, 2017. 40(9): p. 536-554.

### S35.3

#### Slapeloosheid, depressie en angst: overlap in kwetsbaarheid door verstoorde nachtelijke emotie-regulatie?

Prof. Eus van Someren <sup>1,2</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Nederlands Instituut voor Hersenonderzoek
2. Amsterdam UMC, VU, afdeling Psychiatrie

#### Achtergrond

Slapeloosheid is de belangrijkste risicofactor voor het ontwikkelen van depressie en veel voorkomend bij zowel depressie als angststoornissen. In de afgelopen 10 jaar zijn een aantal neurobiologische mechanismen ontdekt die er op wijzen dat slaap helpt bij het verwerken van emotionele ervaringen.

#### Doel

Deze presentatie bespreekt de meest recente bevindingen over hoe rusteloze REM slaap het verwerken van emoties over de nacht heen belemmert.

#### Methoden

GWAS, functionele annotatie, EEG, fMRI, psychometrie, experimentele inductie van de zelfbewuste emotie van schaamte.

#### Resultaten

Er is sterke overlap in de genetische risico's voor slapeloosheid, depressie en angst. Functionele annotatie suggereert betrokkenheid van specifieke hersengebieden en celtypen. Het slaap-EEG van alle drie de stoorniscategorieën wordt gekenmerkt door fragmentatie van REM slaap. fMRI laat zien dat deze rusteloze REM slaap het verwerken van emoties en aanpassingen in betrokken hersencircuits belemmert.

#### Conclusie

De verkregen inzichten suggereren transdiagnostische mechanismen met relevantie voor het ontwikkelen van interventies.

#### Literatuurverwijzing

Wassing R, Benjamins JS, Dekker K, Moens S, Spiegelhalder K, Feige B, Riemann D, van der Sluis S, Van Der Werf YD, Talamini LM, Walker MP, Schalkwijk F and Van Someren EJW (2016) Slow dissolving of emotional distress contributes to hyperarousal. *PNAS* 113:2538-2543. Hammerschlag AR, Stringer S, de Leeuw CA, Sniekers S, Taskesen E, Watanabe K, Blanken TF, Dekker K, te Lindert BHW, Wassing R, Jonsdottir I, Thorleifsson G, Stefansson H, Gislason T, Berger K, Schormair B, Wellmann J, Winkelmann J, Stefansson K, Oexle K, Van Someren\* EJW and Posthuma\* D (2017) Genome-wide association analysis of insomnia complaints identifies risk genes and genetic overlap with psychiatric and metabolic traits. *Nat Genet* 49:1584–1592. Jansen PR, Watanabe K, Stringer S, Skene N, Bryois J, Hammerschlag AR, de Leeuw CA, Benjamins J, Munoz-Manchado AB, Nagel M, Savage JE, Tiemeier H, White T, Tung JY, Hinds DA, Vacic V, Sullivan PF, van der Sluis S, Polderman TJ, Smit AB, Hjerling-Leffler J, van Someren\* EJ and Posthuma\* D (2018) Genome-wide analysis of insomnia (n=1,331,010) identifies novel loci and functional pathways. *Nat Genet* in press Wassing R, Benjamins J, Schalkwijk F and Van Someren EJW (under review) Insomnia and emotion: haunted by the ghost of Christmas past. Wassing R, Schalkwijk F, Kamal O, Ramautar J, Stoffers D, Mutsaerts H-J, Talamini LM and Van Someren EJW (under review) Haunted by the past: old emotions remain salient in insomnia disorder.

## S35.4

### Student en Psychose

Willem Rijks <sup>p1,2</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Psychiater, Praktijk Maastricht
2. Supervisor, Studentenpsychologen Student Service Centrum, Universiteit Maastricht

#### Achtergrond

Psychotische stoornissen (eenmalig of meermaals in kader van schizofreen proces of in kader van schizo-affectieve of bipolaire stoornis) komen bij studenten net zo vaak voor als bij de normale bevolking. In veel gevallen leidt het tot een opname en verder behandeling binnen een FACT-team. Bij een eenmalige psychose kan daarna de studie met enige moeite worden hervat. Bij recidiverende psychotische decompensaties lijkt de prognose aanzienlijk slechter. Dit hoeft echter niet per se zo te zijn...

#### Doel

In de voordracht worden alternatieven voor standaard behandeling bij psychose besproken, die er toe leiden dat studenten met recidiverende psychotische decompensaties, in staat zijn hun leven en studie weer de rails te krijgen, studie af te ronden en daarna ook in de maatschappij werk te vinden.

#### Methoden

Hierna wordt vanwege de leesbaarheid steeds over patiënt gesproken, kan echter een patiënte zijn. Idem dito kan 'zijn' ook 'haar' betekenen. Aan de hand van voorbeelden uit de praktijk wordt een analyse gegeven van de verschillende factoren die een rol spelen in het succesvol behandelen en grip krijgen op patiënts eigen psychose (zijn eigen ziekte) en zijn eigen behandeling en zijn eigen verantwoordelijkheid voor zijn eigen leven.

#### Resultaten

De afgelopen 8 jaar hebben meerdere studenten met recidiverende psychosen hun studie succesvol kunnen afronden, en zijn ze succesvol werkzaam binnen hun vakgebied. Bij ca. 2/3 van deze studenten is er nog een behandelrelatie met de behandelaar, omdat overname elders niet mogelijk was of niet gewenst.

#### Conclusie

Bij psychotische stoornissen is een studie en maatschappelijke carrière wel degelijk mogelijk (onder voorwaarde dat medicatie of ECT enigszins aanslaat in het begrenzen van opvallend gedrag cq. gedragsproblemen), mits adequate behandeling en begeleiding. De patiënt is dan uiteindelijk zelf in staat (al dan niet met sGGZ-hulpverlening) zijn ziekte goed in te schatten, zijn gedrag hierop aan te passen en indien nodig zelf zijn medicatie aan te passen en zo weer grip te krijgen op zijn leven.

#### Literatuurverwijzing

Is cognitive impairment associated with antipsychotic dose and anticholinergic equivalent loads in first-episode psychosis? *Psychological Medicine*, Volume 48, Issue 13 October 2018 , pp. 2247-2256  
Influence of Antipsychotic and Anticholinergic Loads on Cognitive Functions in Patients with Schizophrenia, *Schizophr Res Treatment*. 2016; 2016: 8213165. Published online 2016 Apr 10. doi: 10.1155/2016/8213165

## **WORKSHOPS**

### **W33 De Wet Verplichte GGZ vanuit kinderpsychiatrisch perspectief**

Dr. Chaim Huijser <sup>p1</sup>

P: Workshopleider

1. De Bascule

#### **Inhoud (wat)**

Per 1-1-2020 is de WVGZ een feit. De inhoud en de uitvoering van de wet in de kinder- en jeugdpsychiatrie zal worden besproken. De verschillen met de huidige BOPZ, de verhouding met de jeugdwet en kindbeschermingsmaatregelen.

#### **Vorm (hoe)**

De workshop bestaat uit drie delen: Theorie, quiz en een doorloop van de processen aan de hand van een rollenspel met alle actoren.

#### **Leerdoelen**

Kennis van de nieuwe wet verplichte ggz Vaardigheden om de wet goed toe te passen Implementatie instrumenten

#### **Literatuurverwijzing**

Wet Verplichte GGZ: <https://www.dwangindegzorg.nl/nieuwe-wetgeving/wet-verplichte-ggz>

## W34 Depressie met co-morbide persoonlijkheidsstoornis: Heeft geïntegreerd behandelen de toekomst?

Dr. Rien Van P<sup>1</sup> / Drs. Marit Kool<sup>1</sup> / Dr. Theo Ingenhoven<sup>2</sup> / Drs. Linda Dil<sup>2</sup> / Drs. Odile Bremer<sup>2</sup> / Dr. Anna Bartak<sup>2</sup>

P: Workshopleiders

1. Arkin
2. Arkin NPI

### Inhoud (wat)

Vrijwel alle studies en richtlijnen beschouwen een depressie en een persoonlijkheidsstoornis als twee aparte condities. In de praktijk komen ze echter bij meer dan 50% van de depressieve patiënten gezamenlijk voor. Comorbiditeit is tevens gelieerd aan een ongunstige beloop zoals ernst en duur van depressieve episodes, risico op relapse en slecht psychosociaal functioneren. Omgekeerd hebben patiënten met een persoonlijkheidsstoornis een verhoogd risico op een depressie. De gerapporteerde life time prevalentie loopt op tot 90%. Behandelresultaten worden fors beïnvloed door deze co-morbiditeiten. In een omvangrijke meta-analyse werd een tweemaal lagere kans op behandel succes gevonden, zowel bij psychotherapie als farmacotherapie. Ook behandelingen voor een persoonlijkheidsstoornis zijn minder succesvol als tegelijkertijd depressieve klachten aanwezig zijn. Dit alles wijst op een verwevenheid tussen depressie en persoonlijkheidspathologie, zoals conceptueel uitgewerkt in een aantal psychotherapeutische benaderingen. Er zijn echter tot op heden geen behandelstudies gedaan die op deze co-morbiditeit gericht zijn. Daarom is het in de praktijk lastig te bepalen waarop het behandelbeleid gebaseerd kan worden. Deze workshop is bedoeld om meer inzicht te verkrijgen hoe depressie en persoonlijkheidspathologie geïntegreerd te behandelen. We gaan in op de waarde van de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij depressie en op benodigde aanpassingen in psychodynamische- en schematherapie. Daarbij worden de eerste bevindingen van een nieuwe RCT gepresenteerd. Tot slot komen consequenties voor het farmacotherapeutische beleid aan de orde.

### Vorm (hoe)

In de presentatie worden op basis van de beschikbare kennis en illustratieve casuïstiek de volgende vragen met de deelnemers besproken:

- Hoe kan persoonlijkheidspathologie bij depressie worden herkend en gediagnosticeerd? (Rien Van)
- Welke aanpassingen behoeft schematherapie en korte psychodynamische therapie (KPSP) om het toe te passen bij depressies met persoonlijkheidspathologie? (Odile Bremer/ Linda Dil)
- Wat kunnen we leren uit de eerste bevindingen van een nieuwe RCT naar psychotherapie bij depressie met een co-morbide persoonlijkheidsstoornis? (Marit Kool, Anna Bartak)
- Wat zijn de consequenties voor het farmacotherapeutische beleid bij depressie en persoonlijkheidspathologie (Theo Ingenhoven)

### Leerdoelen

1. Leren herkennen van relevante persoonlijkheidspathologie bij depressie
2. Inzicht verwerven in de verwevenheid van depressie en persoonlijkheidspathologie en de gevolgen voor het behandelbeleid
3. Kennis vergroten van de consequenties voor de medicamenteuze behandeling van depressie in geval van een co-morbide persoonlijkheidsstoornis.

### Literatuurverwijzing

1. Van HL, Kool M (2018). What we do, do not and need to know about comorbid depression and personality disorders. *Lancet Psychiatry* 5: 776-778.
2. Kool M, Van HL, Bartak A et al. (2018) Optimizing psychotherapy dosage for comorbid depression and personality disorders (PsyDos): a pragmatic randomized factorial trial using schema therapy and short-term psychodynamic psychotherapy. *BMC Psychiatry* 18:252
3. Newton-Howes G, Mulder R, Ellis PM et al (2018) Predictive utility of personality disorder in depression: comparison of outcomes and taxonomic approach *J Pers Dis* 32:513-526.



## **W35 Hoe ontwikkel ik mijzelf en blijf ik groeien?**

Drs. Maurits Nys <sup>P</sup> / Dr. Jolien Bueno de Mesquita

P: Workshopleiders

### **Inhoud (wat)**

Als je droomt van een verre reis, en het blijft bij dromen, dan is de kans groot dat je op de bank blijft zitten en nergens komt. Een goed uitgestippeld reisplan daarentegen staat garant voor succes. Je kunt ervan dromen een succesvol psychiater te worden met een mooi individueel opleidingsplan (IOP) in het hand, of je vergapen aan een mooi persoonlijk ontwikkelplan (POP) in de hoop een excellent psychiater te blijven, maar als je niet in actie komt is de kans blijft gering dat je een goed psychiater wordt of blijft. En de kans is groot dat je bij een cyclische evaluatie van je functioneren (IFMS= Individueel Functioneren Medisch Specialisten) door de mand valt. De ervaring leert dat IOP's of POP's mooie plannen bevatten en goede voornemens uitspreken, maar dat het voor psychiaters (in opleiding) moeilijk is om de IOP's of POP's tot een bruikbaar instrument te maken voor de dagelijkse praktijk. Hoe zorg je ervoor dat plannen worden uitgevoerd? Hoe vertaal je leerdoelen in leeractiviteiten (de kleine stappen op weg naar de ultieme bestemming)? Hoe monitor je voortgang (het leren van fouten)? Hoe mobiliseer je voldoende steun voor verandering om te voorkomen dat je terugvalt in oud gedrag? Hoe toets je het eindresultaat? In deze workshop worden de deelnemers meegenomen in het hele proces van verandering, en blijft het niet bij plannen.

### **Vorm (hoe)**

Na een korte inleiding door één van de docenten worden de deelnemers aan het werk gezet. AIOS gaan hun IOP uitwerken, psychiaters gaan hun POP handen en voeten geven, met duidelijke instructies van de docenten. Er zal in tweetallen en in kleine groepen worden gewerkt, zodat er maximaal gebruik kan worden gemaakt van elkaars professionele feedback.

### **Leerdoelen**

De deelnemers zijn in staat om

1. een IOP of POP op te stellen die dagelijks bruikbaar is.
2. hun IOP of POP SMART te formuleren
3. hun leerdoelen te vertalen in leeractiviteiten, tijdpad te bewaken en leerdoelen te toetsen
4. een support-plan op te stellen die het succes van het IOP of POP moeten verzekeren

### **Literatuurverwijzing**

Alice Langeveld- Wildschut, Peter Joosten, Obbe Norbruis, Anthon Hulsmann. Een goed maatschap, een goede specialist. Medisch Contact, 09 april 2014. De leidraad IFMS. Uitgave Orde van medisch specialismen, september 2014. Henk Maassen. Nieuwe eisen herregistratie. Medisch Contact, 13 mei 2015. Deborah van der Stoep. Nieuwe eisen voor herregistratie. Medisch Contact, 31 juli 2018.

## W36 De Psychiater van de toekomst: schrijven voor en door psychiaters

prof.dr. Robert Vermeiren p<sup>1</sup>

P: Workshopleider

1. Curium LUMC

### **Inhoud (wat)**

Communiceren over het vak, laten zien wat je doet en delen wat je bezighoudt, wordt een steeds belangrijker competentie voor de psychiaters en onderzoekers van de toekomst. De Psychiater nodigt uit om de stap te zetten 'van de spreekkamer naar online' door verhalen met elkaar te delen. De Psychiater is een platform (gedrukt vaktijdschrift en online) voor en door psychiaters waar je informatie en ervaringen kunt uitwisselen onder vakgenoten: vakinhoudelijke vernieuwingen, beleidsvraagstukken, onderzoek en onderzoeksbehoeften, werkdruk en werkplezier. In deze workshop doorlopen we de stappen van idee tot publicatie. Hoe deelt je je onderwerp of artikel met de redactieraad van De Psychiater? Hoe werkt de selectie van onderwerpen en artikelen voor De Psychiater en wat zijn de criteria? Wat is precies jouw boodschap en hoe brengt je die het beste over? Welke rubrieken en vormen zijn er en wat past het beste bij uw verhaal? Hoe vind je de balans tussen toegankelijkheid en diepgang in uw tekst? Deze en andere vragen worden behandeld in het streven de drempels in het schrijfproces te beslechten. Hoofdredacteur Robert Vermeiren verkent de mogelijkheden van De Psychiater als platform voor en door vakgenoten: hoe ervaar je het blad, wat zou je graag meer of anders zien, welke bijdrage zou je zelf willen leveren en hoe kan de redactie daarin ondersteunen? Wetenschapsjournalist Maurice Timmermans (o.a. De Psychiater, De Volkskrant) vertelt hoe nieuwsselectie werkt en hoe je je verhaal het beste kunt 'brengen'. Samen met de redactie van De Psychiater stel je doorheen deze workshop een checklist op van do's en don'ts voor het schrijven van journalistieke (niet-wetenschappelijke) artikelen. Ter afsluiting nodigen we je uit om aan de hand van deze schrijftips concreet met jouw idee aan de slag te gaan en zo een bijdrage te leveren aan De Psychiater van de toekomst.

### **Vorm (hoe)**

Workshop waarbij een drietal sprekers een korte presentatie geeft, waarna telkens veel ruimte is voor vragen, uitwisseling en discussie, en concrete oefeningen. Gezamenlijk wordt een checklist ontwikkeld.

### **Leerdoelen**

Inzicht krijgen in de verschillen tussen wetenschappelijk en journalistiek publiceren; inzicht krijgen in het redactie- en schrijfproces; versterken van de competentie communicatie.

### **Literatuurverwijzing**

[www.depsychiater.nl](http://www.depsychiater.nl)

## W37 De toekomst van roken in de psychiatrie: eindspel tabak?

Drs. Wendela ter Meulen <sup>1</sup> / Dr. Victor Buwalda <sup>2</sup> / Dr. Gerdien de Weert <sup>2</sup> / Drs. Arjen Neven <sup>3</sup> / Drs. Jentien Vermeulen <sup>4</sup>

P: Workshopleiders

1. GGZ inGeest
2. Novadic Kentron
3. Fivoor
4. Amsterdam UMC

### Inhoud (wat)

We weten het allemaal eigenlijk wel: de relatie tussen roken en het hebben van een psychiatrische aandoening, inclusief de aan middelen gerelateerde stoornissen, is intens en weerbarstig. De prevalentiecijfers van roken zijn 2-3 keer zo hoog onder mensen met een psychiatrische aandoening, en vice versa [1]. Wereldwijd is er, mede dankzij overheidsbemoeienis, een overwegend dalende trend in het roken te zien [2] [3]. Door actief rookbeleid binnen de verslavingszorg is er bij patiënten in de verslavingszorg een toename in het begrip en een trend om ook deze verslaving, tot voor kort een blinde vlek, aan te pakken. Dit is echter nog niet van toepassing op patiënten met een psychiatrische aandoening [1] [4]. En dat terwijl in deze groep het roken de belangrijkste beïnvloedbare risicofactor is van morbiditeit en een verkorte levensverwachting, die voor sommige patiënten oploopt tot wel 20 jaar [5]. Mensen met schizofrenie overlijden bijvoorbeeld 10x vaker aan COPD dan de algemene bevolking [6]. Waarom wordt het roken desondanks nog maar zo beperkt behandeld in de psychiatrie? De organisatoren van deze workshop zijn van mening dat, ondanks de schokkende feiten, roken binnen de psychiatrie en soms de verslavingszorg vaak nog de “elephant in the room” is. Het wordt tijd wordt dat juist psychiaters zich sterk maken voor het eindspel tabak.

### Vorm (hoe)

In deze workshop worden de diverse aspecten van stoppen met roken (SMR) bij patiënten met een psychiatrische stoornis en/of een aan middelen gerelateerde stoornis besproken. Hierbij wordt gebruik gemaakt van eigen onderzoek, wetenschappelijk bewijs, en praktijk kennis (“best practices”).

- Victor Buwalda (voorzitter): De zorgprofessional aan zet: Presentatie data over mate waarin zorgprofessionals SMR adresseren; en hoe dit te verbeteren (eigen data, evidence based, best practices).
- Gerdien de Weert-van Oene. Nicotine afhankelijkheid bij patiënten met middelen gerelateerde stoornis en veranderingen in het gebruik van nicotine gedurende de behandeling (eigen data).
- Jentien Vermeulen: Zelf-medicatie bestaat niet en niet denken maar doen: Wat is de evidence over de zelf-medicatie hypothese? Hoe implementeren we SMR in een klinische setting? Lessons learned van een implementatieprogramma op een afdeling (eigen data [7], plus evidence based, best practices).
- Wendela ter Meulen (mede-voorzitter): Gepersonaliseerde SMR benadering bij mensen met depressie: Bespreking van risicofactoren voor roken onder mensen met een depressieve stoornis (eigen data); en handvatten voor personalized SMR binnen deze subgroep (literatuur, experienced based).
- Arjen Neven – Een niet gefaciliteerde roker blijkt niet per se een onruststoker. Bespreking van de voordelen en risico's van een rookvrij psychiatrisch ziekenhuis en de medicamenteuze behandeling van SMR bij EPA patiënten. (eigen literatuurstudie).

### Leerdoelen

- Praktisch toepasbare kennis over de mate waarin SMR wordt besproken en welke hindernissen en mogelijkheden er zijn binnen de verslavingszorg en psychiatrie.
- Praktisch toepasbare kennis over kansen en belemmeringen in de implementatie van SMR binnen een klinische afdeling in de verslavingszorg en psychiatrie.
- Praktisch toepasbare kennis van risicofactoren voor SMR binnen specifieke doelgroepen, zoals depressie.
- Praktisch toepasbare kennis van farmacologische behandeling van SMR binnen subgroepen.
- Risico analyse van rookvrije zorg in de psychiatrische klinieken.

### Literatuurverwijzing

F. Dickerson et al., "Cigarette Smoking by Patients With Serious Mental Illness, 1999–2016: An Increasing Disparity," *Psychiatr. Serv.*, no. 26, p. appi.ps.2017001, 2017. [2] "Factsheet Roken Trimbos (volwassenen)." [3] A. Weinberger, J. Streck, L. Pacek, and R. Goodwin, "Nondaily Cigarette Smoking Is Increasing Among People With Common Mental Health and Substance Use Problems in the United States: Data From Representative Samples of US Adults 2005–2014," *J Clin Psychiatry*, vol. 79, no. 5, pp. e1–e7, 2018. [4] B. L. Cook, G. F. Wayne, E. N. Kafali, Z. Liu, C. Shu, and M. Flores, "Trends in Smoking Among Adults With Mental Illness and Association Between Mental Health Treatment and Smoking Cessation," *JAMA*, 2014. [5] Royal College of Physicians; Royal College of Psychiatrists, "Smoking and mental health A joint report by the Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists," *Smok. Ment. Heal.*, pp. 195–201, 2013. [6] M. Olfson, T. Gerhard, C. Huang, S. Crystal, and T. S. Stroup, "Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States," *JAMA Psychiatry*, 2015. [7] J. Vermeulen et al., "Association Between Smoking Behavior and Cognitive Functioning in Patients With Psychosis, Siblings, and Healthy Control Subjects: Results From a Prospective 6-Year Follow-Up Study," *Am. J. Psychiatry*, vol. 2, 2018.

## **W38 Behandeling van jongeren met gameverslaving: De Gezinsbeeldschermanalyse en de Gameanalyse als aanvulling op Cognitieve Gedragstherapie**

MD Marianne Post <sup>1</sup> / MD Mariken Muller <sup>1</sup>

P: Workshopleiders

1. Brijder Jeugd/Parnassia Groep

### **Inhoud (wat)**

De verslavingszorg zag de afgelopen jaren een enorme toename van het aantal jongeren die zich aanmeldden met problematisch gamegedrag of een gameverslaving. Binnen de verslavingszorg is Cognitieve Gedragstherapie (CGT) de standaardbehandeling voor jongeren en volwassenen die problemen hebben met het gebruik van middelen, gokken of gamen. CGT helpt hen om de situaties te herkennen waarin zij geneigd zijn om te gaan gebruiken, om deze situaties te vermijden, of om in deze situaties hun gebruik of gokgedrag te weerstaan. Daarnaast richt CGT zich op het beter om leren gaan met problemen die met de problematiek van het gebruik of het gamen samenhangen. Voor jongeren met een gameverslaving is het van belang om naast de standaard CGT ook aanvullende modules in te zetten. Deze groep loopt op een aantal leefgebieden vast; zonder aandacht voor die problemen, heeft de behandeling minder kans van slagen. Er zijn diverse aanvullende modules ontwikkeld op het gebied van slapen, invulling van (vrije) tijd en identiteit en zelfbeeld. Er zijn ook twee instrumenten ontwikkeld, de gameanalyse en de gezinsbeeldschermanalyse, die beiden behulpzaam kunnen zijn in de behandeling. Gamen en beeldschermgebruik kan allerlei uiteenlopende functies hebben. Samen met de cliënt erachter komen wat voor hem of haar de specifieke functie is, kan met de Gameanalyse. Door met de jongere samen een spel analyse te maken komen ook problemen rond sociale aspecten, financiën en identiteit in beeld. Deze aanvullend module van het CGT protocol voor verslaving in het begin van het behandeltraject, stelt direct scherp waar de behandeling over zou moeten gaan en wat er nodig is. Het geeft handvatten en richting voor het gesprek en vergemakkelijkt het maken van een goede functie analyse op het gamen. Het helpt om concrete doelen en acties te formuleren. De gezinsbeeldschermanalyse is een aanvullende module waarbij met het gezin wordt stilgestaan bij het beeldschermgebruik van alle gezinsleden. De functie van deze module is om enerzijds als behandelaar een inzicht te krijgen hoe er binnen het gezin wordt gedacht en wordt omgegaan met beeldschermen. Welke afspraken zijner in huis als het gaat over beeldschermgebruik en gelden deze afspraken voor iedereen? Anderzijds kan de gezinsbeeldschermanalyse dienen als interventie waarbij de gezinsleden aan het denken worden gezet over hun eigen beeldschermgebruik, regels en afspraken.

### **Vorm (hoe)**

In de workshop wordende verschillende onderdelen van het CGT protocol en de aanvullende modules gepresenteerd. Deelnemers gaan zelf actief aan de slag met de schermanalyse en de gezinsbeeldschermanalyse.

### **Leerdoelen**

Deelnemers zijn na de workshop op de hoogte van de behandelmogelijkheden van jongeren met een gameverslaving in Nederland. Deelnemers hebben oog voor de speciale aandacht die deze doelgroep behoeft.

### **Literatuurverwijzing**

De Jonge, J. M., Spijkerman, R., & Müller, M. (in press). Handleiding CGT-J voor middelen, gokken en gamen. Utrecht: Perspectief Uitgevers Kisjes, H. Nijs, D. & Van Rooij, A.J. (2015) Internetverslaving. Uitgeverij Boom

## **W39 Van tuchtklacht naar uitspraak**

Anne-Marie van Dam <sup>1</sup> / mr. Jeroen Recourt <sup>2</sup> / mr. Hans Heeren <sup>3</sup>

P: Workshopleiders

1. Arkin
2. Ministerie van VWS
3. Advocatenkantoor Heeren

### **Inhoud (wat)**

Elke psychiater zal statistisch gezien een keer in haar werkzame leven een tuchtklacht krijgen. Aangezien dit een enorme impact kan hebben op de behandelaar, is het van belang om meer kennis te hebben over de gehele procedure. De procedure bij het tuchtcollege na ontvangst van de klacht wordt besproken. Dit betreft verzoeken om verweerschrift, mondeling vooronderzoek, behandeling in de raadkamer of ter zitting. Wat is het toetsingskader, hoe weegt het tuchtcollege een klacht en hoe wordt een beslissing genomen. Er worden adviezen voor de aangeklaagde psychiater gegeven en de wijzigingen in de wet BIG, betreffende het tuchtrecht worden behandeld. Tevens worden de meest voorkomende redenen van gegrondverklaring behandeld.

### **Vorm (hoe)**

Tuchtrechterlijke dilemma's worden inzichtelijk gemaakt door te starten met een aantal vragen aan de zaal. Er is een interactieve voordracht van een psychiater/ lid-beroepsgeenoot tuchtcollege, de voorzitter van het tuchtcollege Amsterdam en een gezondheidsrechtadvocaat, die vele collega's in tuchtzaken heeft bijgestaan. Er is ruimte voor vragen en het delen van ervaringen.

### **Leerdoelen**

Na deze workshop heeft de deelnemer kennis van: - de wijzigingen in de wet BIG, voor waar het gaat om het tuchtrecht - het proces bij het tuchtcollege vanaf binnenkomst tot en met uitspraak - wat te doen als men een klacht krijgt voor wat betreft het betrekken van collega's, invoeren van juridische ondersteuning, opbouw van verweerschrift en opstelling bij mondeling vooronderzoek en behandeling ter zitting.

### **Literatuurverwijzing**

- Wijziging wet BIG, hoofdstuk Tuchtrechtspraak via [www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl)
- Eerste hulp bij Medische Tuchtzaken, Esther Pans, Huisarts en Wetenschap, september 2017
- Zorgverleners en burgers over het openbaarmaking van door de tuchtrechter opgelegde berispingen en geldboetes, Roland Friele, Michelle Hendriks ea Nivelonderzoek 2017

## DISCUSSIEGROEPEN

### D13 De psychiater van de toekomst: het opleidingsplan

Dr. Ursula Klumpers <sup>p1</sup>

P: Debatleider / panelleden

1. GGZ inGeest

#### **Inhoud (wat)**

De NVvP heeft opdracht gegeven tot het ontwerpen van een nieuw en toekomstbestendig opleidingsplan voor de opleiding tot psychiater in Nederland. Teneinde uitvoerbaar te zijn, heeft dit plan een breed draagvlak binnen de opleidings- en beroepsgroep.

#### **Vorm (hoe)**

Discussie tussen NVvP leden, met de kerngroepleden van de NVvP werkgroep herziening opleiding psychiatrie, aan de hand van de opbrengst uit de verschillende focusgroepen die hebben plaatsgevonden in het land in het eerste kwartaal van 2019. Knelpunten en dilemma's worden aan de aanwezigen voorgelegd. De input uit deze discussie wordt meegenomen in het aanscherpen van het opleidingsplan.

#### **Leerdoelen**

In deze bijeenkomst -vernemen de aanwezigen de stand van zaken ten aanzien van de ontwikkeling van het opleidingsplan en kunnen zij de plannen mede beoordelen en becommentarieren -worden aanwezigen actief betrokken om aan de hand van stellingen mee te denken over knelpunten en dilemma's ten aanzien van de voortgang en implementatie van het opleidingsplan -dragen we gezamenlijk zorg voor draagvlak binnen de NVvP

#### **Literatuurverwijzing**

HOOP en HOOP 2.0, via [www.psychiatrieonderwijs.nl](http://www.psychiatrieonderwijs.nl) en NVvP website

## D14 Wetten van de toekomst: Wat betekent de WZD voor patiënten met comorbiditeit

dr Didi Rhebergen <sup>1</sup> / mr. dr. Brenda Frederiks <sup>2</sup> / Mr. Roy Knuiman <sup>3</sup> / Houkje Tamsma <sup>4</sup> / Michiel Vermaak <sup>5</sup>

P: Debatleider / panelleden

1. GGZ inGeest, Amsterdam UMC
2. Amsterdam UMC, locatie VUmc
3. Verenso
4. GGZ Friesland, Voorzitter bestuur Afdeling Geneesheer-directeuren NVVP
5. Arts Verstandelijk Gehandicapten NVAVG

### Inhoud (wat)

Per 1 januari 2020 zullen zowel de Wet Zorg en Dwang (WZD) alsmede de Wet Verplichte GGZ (WVGGZ) worden ingevoerd. Deze wetten zullen de Wet BOPZ vervangen, en de rechten van patiënten regelen die te maken hebben met zorg en dwang of met verplichte zorg in de GGZ. De beide wetten sluiten niet naadloos op elkaar aan. Zo is er discussie ten aanzien van afstemming en samenloop, maar ook van verantwoordelijkheden en rollen van zorgaanbieders, waaronder die van de psychiater. Dit heeft met name voor patiëntengroepen, die zich op het grensvlak tussen beide wetten begeven, potentiële nadelige gevolgen. Te denken valt aan mensen met LVB-problematiek, bij wie tevens sprake is van psychiatrische problematiek. Te denken valt aan ouderen, die op latere leeftijd bijvoorbeeld een psychotische stoornis ontwikkelen, welke dwangbehandeling vergt, waarbij tevens sprake is van dementie. Naast de WVGGZ is de WZD dus ook bepalend voor de rol van de psychiater in de toekomst. Met name omdat ook voor de WZD geldt dat de nadruk ligt op de mogelijkheid van dwangbehandeling in de thuissituatie. Hiermee is nog geen of heel weinig ervaring opgedaan.

### Vorm (hoe)

Via een discussiegroep met panelleden uit diverse gremia (Ouderenpsychiatrie, Jurist, Verenso, NVAVG) worden, aan de hand van voorbeelden van (categorieën van) patiënten, diverse thema's en potentiële knelpunten besproken en uitgediept en wordt gekeken wat de beste aanpak is om passende zorg te leveren. Hierbij worden de deelnemers aangemoedigd te participeren in de discussie. Tevens zijn zowel VWS als IGJ uitgenodigd aanwezig te zijn bij de discussie. Doelgroepen zijn ouderenpsychiaters en psychiaters die zich richten op mensen met een verstandelijk beperking en psychiatrische problematiek. Deze discussiegroep is bedoeld als aanvullend op de workshop, ingediend door mr dr B. Freriks, die op donderdagochtend zal plaatsvinden, en komt voort uit een afspraak die eerder dit jaar gemaakt is tussen de NVvP, Verenso, NVAVG, LHV en KNMG.

### Leerdoelen

Het doel van deze discussiegroep is kennis omtrent de WZD te verspreiden, knelpunten te signaleren en potentiële oplossingen aan te dragen, dan wel onvolkomenheden te signaleren en terug te koppelen aan ministerie van VWS, om derhalve leidraad te krijgen voor toepassing in de praktijk. Een tweede leerdoel is de samenhang verduidelijken tussen de WZD en de Wvvgz.

### Literatuurverwijzing

<https://www.dwangindezorg.nl/nieuwe-wetgeving/wet-verplichte-ggz>

<https://www.zorgvoorbeter.nl/vrijheidsbeperking/stappenplan-zorg-en-dwang>

<https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/publicaties/wet-zorg-en-dwang.pdf>

<https://www.venvn.nl/Portals/1/Thema's/Wijkverpleging%20Toolbox/Stappenplan%20Wet%20Zorg%20en%20Dwang%20-%20VWS%20-%202016.pdf> Position Paper GGZ Nederland – Wet verplichte ggz



## D15 Complex science en de klinische psychiatrische praktijk

Dr. Roberto Doornebal-Bakker <sup>1,2,3</sup> / Dr. Lynn Boschloo <sup>4</sup> / Dr. Angélique Cramer <sup>5</sup> / Karin Hagoort <sup>6</sup> / Prof. dr. Floortje Scheepers <sup>6</sup>

P: Debatleider / panelleden

1. GGz Centraal
2. UMC Utrecht
3. Universiteit Maastricht
4. Vrije Universiteit Amsterdam
5. Universiteit Tilburg
6. UMC Utrecht

### Inhoud (wat)

Complexe dynamische systemen krijgen steeds meer aandacht. Ook binnen de psychiatrie is men er zich steeds meer van bewust dat (i) psychische aandoeningen complex en dynamisch zijn; en (ii) dat men binnen de psychiatrische praktijk in een complex en dynamisch veld opereert. Het idee is dat men beter in staat is deze complexe dynamische systemen in beeld te brengen als men verschillende data met elkaar koppelt en vanuit verschillende invalshoeken analyseert met inbreng van patiënten, professionals en onderzoekers. Big data lijkt het meest waardevol voor predictie (wie er het meeste baat heeft bij welke behandeling, welke onbekende risicofactoren op populatieniveau zijn voorspellend, etc.), en kan a-theoretisch zijn in de zin dat we vele variabelen in een algoritme stoppen zonder van tevoren te theoretiseren over hoe en waarom dat relevante variabelen zijn. Het idee van een psychische aandoening als complex dynamisch systeem is juist wel theoretisch - waarbij de theorie is dat een stoornis het mogelijke gevolg is van symptomen die direct met elkaar interacteren in een netwerkstructuur - en is mogelijk waardevol voor predictie in de toekomst maar is tot nu toe vooral gebruikt als een explanatory model. Tot slot zijn er nog andere technieken om complexe dynamische systemen te benaderen zoals machine- en deep learning. Als eenmaal via complex modeling deze systemen beter in beeld worden gebracht en te interpreteren zijn, dan hoopt men (i) diagnostiek, behandeling en preventie te verbeteren van psychische aandoeningen; (ii) de zorg te verbeteren.

### Vorm (hoe)

Wij geven een presentatie over dynamische complexe systemen en complex science. Wij bediscussiëren de mogelijkheden van complex science voor de klinische psychiatrische praktijk. Aan de hand van een aantal stellingen zullen wij het debat voeren met u. Stellingen Complex science is een methode om diagnostiek, behandeling en organisatie van zorg te verbeteren Complex science-methoden zijn makkelijk te leren en toe te passen, ook op n-1 niveau Complex science zal een aantal van onze taken als professional beter doen en daarom van ons overnemen

### Leerdoelen

U maakt kennis met aspecten van complex science en hoe deze de zorg kan verbeteren Het debat maakt u meer bewust omtrent de rol van complex science in de klinische praktijk De discussiegroep geeft inzicht in concrete mogelijkheden voor complex science

### Literatuurverwijzing

Fernandes BS, Williams LM, Steiner J, Leboyer M, Carvalho AF, Berk M. (2017) The new field of 'precision psychiatry'. BMC Med. Apr 13;15(1):80. doi: 10.1186/s12916-017-0849-x. Menger V, Hagoort K, Scheepers F. Transitioning to a Data Driven Mental Health Practice: Collaborative Expert Sessions for Knowledge and Hypothesis Finding. (2017) Comput Math Methods Med. 2016;2016:9089321. doi: 10.1155/2016/9089321. Epub 2016 Aug 17. F.E. Scheepers, V. Menger, K. Hagoort. (2018) Data science in psychiatry Tijdschrift voor psychiatrie, MarchVincent Menger, Floor Scheepers, Marco Spruit (2018). Comparing deep learning and classical machine learning approaches for predicting inpatient violence incidents from clinical text. vol. 8, issue 6. Applied Sciences (Switzerland) Link to publication in Scopus. DOI

## D16 Psychiatrie van de Toekomst: toekomstmuziek of snelle praktijkveranderingen?

Dr. Roel Mocking<sup>1</sup> / MD Jeroen Steenmeijer<sup>2</sup> / Dr. Lineke Tak<sup>3</sup> / MD Thomas Pattyn<sup>4</sup> / Dr. Jurjen Luykx<sup>5</sup>

P: Debatleider / panelleden

1. Amsterdam UMC, Locatie Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam
2. Bascule
3. Dimence, locatie Rielerenk
4. Universiteit van Antwerpen
5. Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU)

### Inhoud (wat)

De Jonge Psychiater (DJP) verzorgt sinds enkele jaren een maandelijks rubriek in het Tijdschrift voor Psychiatrie genaamd "Psychiatrie van de Toekomst". In deze rubriek worden samenvattingen gegeven van vernieuwend toponderzoek in de Psychiatrie. In de discussiegroep die we in dit abstract voorstellen, zullen recente bijdrages door de auteurs worden ingebracht ter discussie met het publiek. Centrale vraag is in hoeverre verwacht kan worden dat de beschreven wetenschappelijke toekomst doordringt tot de dagelijkse klinische realiteit en zo ja wanneer. Onderwerpen die o.a. aan bod zullen komen omvatten ketamine als behandeling van suicidaliteit, digitale fenotypering van psychiatrische ziektes, suïcide voorspellen middels machine learning met fMRI data, het achterwege laten van antipsychotica bij delier, voedingsinterventies in de psychiatrie en diverse vormen van hersenstimulatie.

### Vorm (hoe)

Per topic zal een korte pitch van de meest recente literatuur (meestal: één wetenschappelijk artikel) worden gegeven in ongeveer 3-5 minuten. Deze auteur is enthousiast over de topic en zal beargumenteren waarom de besproken bevinding(en) de praktijk zullen veranderen, hoe en wanneer. Een opponent (tevens redactielid van DJP) zal één of meer argumenten inbrengen tegen het nut van de bevinding (2-3 minuten). Het publiek wordt daarna betrokken door een moderator die actief de zaal langsgaat en mensen zal aanspreken hun visie te geven (5 minuten). Deze discussies zullen zo meer duidelijkheid verschaffen ten aanzien van welke (on)mogelijkheden er worden voorzien voor de vertaling van deze nieuwe wetenschappelijke resultaten naar de dagelijkse klinische praktijk.

### Leerdoelen

- Kennis ten aanzien van verschillende nieuwe resultaten van (inter)nationaal toponderzoek in de psychiatrie
- Inzicht in de (on)mogelijkheden van de vertaling van onderzoek naar de klinische praktijk
- Inzicht in hiaten in de wetenschappelijke kennis
- Inhoudelijk wetenschappelijk debat voeren ten aanzien van implementatie van onderzoek

### Literatuurverwijzing

1. Bergink V, Mocking R. Antipsychotica bij delier? Tijdschrift voor Psychiatrie(60):644. September 2018.
2. Bertens AS, Strous J, van Noorden M. Intranasale ketamine, de eerste farmacologische behandeling van acute suïcidaliteit? Tijdschrift voor Psychiatrie(60):423. Juni 2018.
3. Van Veen S. Kunnen we suïcidaliteit herkennen met fMRI? Tijdschrift voor Psychiatrie(60):126. Februari 2018.
4. Van Gorsel E. Kunnen we suïcidepogingen bij bipolaire stoornis voorspellen met MRI-scans? Tijdschrift voor Psychiatrie(59):732. November 2017.
5. Vinkers C. Is non-invasieve diepe hersenstimulatie mogelijk? Tijdschrift voor Psychiatrie(59):503. Augustus 2017.
6. Luykx JJ, van den Bergh M. Antidepressiva kiezen op basis van symptoomclusters: het begin van personalised medicine? Tijdschrift voor Psychiatrie(59):380. Juni 2017.

## **D17 Intensieve (crisis)zorg in de adolescentie: HIC en IHT samen vormen de toekomst.**

Dr. Pierre Herpers<sup>1</sup> / Drs. Loes Stouthamer<sup>1</sup> / Drs. Liesbeth Hoekstra<sup>1</sup> / Drs. Marlène Laanen<sup>1</sup> / Dr. Heddeke Snoek<sup>p1</sup>

P: Debatleider / panelleden

### **1. Karakter**

#### **Inhoud (wat)**

Deze discussiegroep richt zich op hoe de jeugd-GGz toekomstgericht zorg biedt aan een relatief kleine groep van adolescenten die ernstig zelfdestructief en therapieresistent gedrag vertoont. Deze jongeren vertonen vaak emotie-regulatieproblemen, waarbij in de praktijk veel zelfbepalend gedrag wordt gezien om vermijding te kunnen continueren. Deze groep jongeren lijkt niet alleen ouders machteloos te maken, maar ook de jeugd-GGz. Het gaat dan vaak om de combinatie van psychiatrische symptomatologie en gedragsproblemen. Dat maakt het van belang om crisis- en spoedzorg aan deze jongeren verder te ontwikkelen. Dit gebeurt nu toenemend middels de ontwikkeling van HIC-afdelingen en IHT voor adolescenten. Daarmee zijn we er niet en rijst de vraag: wat zijn belangrijke thema's om intensieve zorg voor deze moeilijke doelgroep verder te verbeteren? Wat is er al bekend en hoe pas je dit toe? Kan een transdiagnostische benadering helpen? En wat zou nog meer kunnen?

#### **Vorm (hoe)**

Discussiegroep Panelleden zullen in een korte presentatie het onderwerp vanuit een verschillend perspectief belichten. Na afloop kan gediscussieerd worden aan de hand van dilemma's die gezien worden bij diagnostiek en behandeling van deze doelgroep, m.n. gericht op het ontwikkelen van een gezamenlijk gedragen toekomstbeleid.

#### **Leerdoelen**

Deelnemers hebben meer zicht op de werkwijze van HIC en IHT voor jeugd. Deelnemers hebben meer zicht op de mogelijkheden voor verdere ontwikkeling van dit zorgaanbod.

#### **Literatuurverwijzing**

Beauchaine, T. P., Klein, D. N., Crowell, S. E., Derbidge, C., & Gatzke-Kopp, L. (2009). Multifinality in the development of personality disorders: a Biology x Sex x Environment interaction model of antisocial and borderline traits. *Development and Psychopathology*, 21(3), 735-770. doi:10.1017/s0954579409000418 Prinsen, E., van Wel, B., Mulder, N., & de Koning, N. (2016). *Handboek IHT: intensive home treatment*. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij. Van Mierlo, T., Bovenberg, F., Voskes, Y., & Mulder, N. (2013). *Werkboek HIC: high en intensive care in de psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij.