

Woensdag 1 april 2020

09:30 - 11:00 uur

SYMPOSIA

S1 Samengesteld symposium 1

S1.1

ENGELSTALIGE LEZING The prodromal phase of first episode mania: the patients and caregivers perspective

Eline Regeer ^{p1} / Eva Maassen ¹ / Barbara Regeer ^{2,3} / Ralph Kupka ^{1,4,5}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Altrecht GGZ
2. VU Amsterdam
3. Athena Instituut
4. Altrecht Bipolair
5. Amsterdam University Medical Center, lokatie VU

Achtergrond

To decrease the negative consequences related to bipolar disorder, a timely diagnosis, followed by adequate treatment is necessary. However, there is an average 10-year delay in diagnosing bipolar disorder (Drancourt et al., 2013), hampering the application of effective therapeutic interventions. The aim of this study was to improve early recognition of bipolar disorder by exploring perspectives of recently diagnosed patients with bipolar I disorder and their caregivers, on symptoms in the prodromal phase. To elaborate and gain new perspectives on prodromal symptoms revealed by quantitative research (Correl et al., 2014, Feadda et al., 2015, Van Meter et al., 2016) a qualitative research method was chosen (Benti et al., 2014).

Doel

Clarify the prodromal phase of the first episode mania from the perspective of patients and the caregivers by a qualitative research method.

Methoden

Semi-structured interviews were conducted with 15 patients with bipolar I disorder, who had their first manic episode within the last 5 years and their caregivers. These interviews were developed to elicit information about early symptoms e.g. behavioral, psychological and physical changes before a first episode mania. Thematic and open coding were used to analyze the data.

Resultaten

Almost all patients experienced a depressed mood earlier in life. Within the year prior to the first manic episode patients and caregivers mentioned psychological changes (willing to achieve, mood lability), behavioral changes (increased involvement in activities, being absorbed in activities, talkativeness) and physical changes (alternating energy levels, restless, sleeplessness, distorted biorhythm). In most cases, the changes followed after a major life event (loss of loved ones, broken relationship, pressure from study or work). Caregivers additionally mentioned that the normal behavior and personality characteristics of the patient became more pronounced. Half of the patients mentioned a family member who suffers from bipolar disorder.

Conclusie

A prodromal phase before a first mania is recognized by patients and caregivers. Caregivers could name the behavioral, psychological and physical changes in the prodromal phase more precisely than patients. For clinical practice the results means that clinicians have to be alert on small changes of energy, activity, more pronounced characteristics and mood lability in patients who experienced a depressive mood episode. Especially in those with a positive family history for bipolar disorder and going through a life event. Moreover, clinicians have to actively involve caregivers for timely diagnosis.

Literatuurverwijzing

Benti, L., Manicavasagar, V., Proudfoot, J., & Parker, G. (2014). Identifying early indicators in bipolar disorder: a qualitative study. *The Psychiatric Quarterly*. 2014; 85(2), 143–53.

Correll CU, Olvet DM, Auther AM, Hauser M, Kishimoto T, Carrión RE, Snyder S, Cornblatt BA. The Bipolar Prodrome Symptom Interview and Scale-Prospective (BPSS-P): description and validation in a psychiatric sample and healthy controls. *Bipolar Disord*. 2014;16(5):505-22.

Drancourt N, Etain B, Lajnef M, Henry C, Raust A, Cochet B, Mathieu F, Gard S, Mbailara K, Zanouy L, Kahn JP, Cohen RF, Wajsbrot-Elgrabli O, Leboyer M, Scott J, Bellivier F. Duration of untreated bipolar disorder: missed opportunities on the long road to optimal treatment. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;127(2):136-44

Faedda GL, Marangoni C, Serra G, Salvatore P, Sani G, Vázquez GH, Tondo L, Girardi P, Baldessarini RJ, Koukopoulos A. Precursors of bipolar disorders: a systematic literature review of prospective studies. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(5):614-24.

Van Meter AR, Burke C, Youngstrom EA, Faedda GL, Correll CU. The Bipolar Prodrome: Meta-Analysis of Symptom Prevalence Prior to Initial or Recurrent Mood Episodes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(7):543-55.

S1.2

Predictie van behandelrespons voor de individuele patiënt met een eerste psychose

Daniël van Opstal ^{p1} / Inge Winter-van Rossum ¹ / Wiepke Cahn ¹ / René Kahn ^{1,2} / Hugo Schnack ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. UMC Utrecht
2. Icahn School of Medicine At Mount Sinai

Achtergrond

Tot op heden is het kiezen van de juiste behandeling voor een patiënt met een psychose een kwestie van uitproberen. Veel studies hebben laten zien dat beloop van ziekte en respons op behandeling een samenhang vertonen met data betreffende symptomen en demografische, klinische, cognitieve, genetische en omgevingsfactoren – meestal op het niveau van correlaties. Enkele studies hebben getracht om uitkomst [1] of behandelrespons [2,3] te voorspellen op het niveau van de individuele patiënt.

Doel

Het doel van onze studie is om een model te ontwikkelen waarmee we de behandelrespons voorspellen voor individuele patiënten met een eerste psychose. Onze hypothese was dat, met gebruik van machine learning, het mogelijk is om individuele behandelrespons te voorspellen op basis van patronen die te herkennen zijn in patiëntendata op baseline. Naast het voorspellen van behandelrespons op een binair niveau (remissie: ja/nee), onderzoeken we of een reductie van de ernst van de symptomen kan worden voorspeld op een binair niveau ($\geq 20\%$ reductie) en op een continue manier (het voorspellen van de procentuele verandering zelf).

Methoden

Deze studie omvat 446 patiënten (leeftijd: 18-40 jaar) met een eerste psychose uit de OPTiMISE-studie, een multicenter klinische onderzoektrial uitgevoerd op 27 internationale locaties [4]. In de studie werden patiënten uitgebreid beoordeeld op baseline (T0) en na 4 weken behandeling met amisulpride (dosis: 200-800 mg, open label) (T4). Op basis van de literatuur selecteerden we baselinevariabelen die relevant zijn voor het voorspellen van remissie, waaronder: PANSS-scores (individuele items), diagnose, duur van onbehandelde psychose, leeftijd bij aanvang psychose, geslacht en verschillende fysieke gezondheids- en leefstijlvariabelen. Behandelrespons op T4 werd gedefinieerd als in remissie zijn of niet, volgens de Remission Tool [5]. We pasten support vector machine (SVM) en support vector regressie (SVR) toe op de baselinevariabelen om patiëntprofielen te ontdekken die voor individuele patiënten kunnen voorspellen: (1) remissie op T4; (2) $\geq 20\%$ reductie in totale PANSS-score; (3) procentuele reductie in totale PANSS-score. We trainden volledige en 'slanke' modellen, m.b.v. recursive feature elimination (RFE). We gebruikten een genest 10-voudig kruis-validatie design, waarmee de generaliseerbaarheid van het model wordt getest op data die niet gebruikt zijn bij het trainen van het model. Daarnaast voerden we een leave-one-site-out validatie uit.

Resultaten

De prestaties van de modellen die remissie en $\geq 20\%$ symptoomreductie voorspelden werden gemeten door middel van sensitiviteit (aandeel van patiënten in remissie dat correct werd voorspeld) en specificiteit (aandeel van patiënten niet in remissie dat correct werd voorspeld) en een combinatie daarvan, de gemiddelde nauwkeurigheid. De prestaties van het model dat symptoomreductie op een continue schaal voorspelde werden berekend met een Pearson's correlatiecoëfficiënt tussen daadwerkelijke en voorspelde reductiepercentages. Gebruik van onze methode om lange-termijnuitskomst te voorspellen in een patiëntcohort van vergelijkbare grootte leidde tot nauwkeurigheden in de voorspelling van 65% (de Nijs et al, 2018). Voorlopige analyses in de huidige studie laten zien dat patiënten die wel in remissie en die niet in remissie waren significant verschillen in leeftijd, leeftijd bij aanvang psychose, duur van huidige psychotische episode en diagnose [4]. Volledige resultaten zijn beschikbaar in april 2020.

Conclusie

De resultaten van onze studie geven ons inzicht in de mogelijkheden om korte-termijn behandeluitkomst te voorspellen. Indien accuraat genoeg, kan op basis hiervan een keuze worden gemaakt tussen een bepaald medicijn (in dit geval amisulpride) of een ander medicijn, en hiermee mogelijk vertraging in herstel voorkomen worden.

Literatuurverwijzing

[1] De Nijs et al (2018), Schiz Bull 44 suppl_1, S101–S102. [2] Koutsouleris et al (2016), Lancet Psychiatry, Oct;3(10):935-946. [3] Janssen et al (2018), Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging, Sep;3(9):798-808. [4] Kahn et al (2018), Lancet Psychiatry, Oct;5(10):797-807. [5] A consensus definition which defines remission as scoring low on core DSM symptoms, based on PANSS. (Maintaining these low scores for ≥ 6 months, part of the definition, was not required for this study.) Andreasen et al (2005), Am J Psychiatry, Mar;162(3):441-9.

S1.3

Het taboe besproken: een kwalitatieve analyse van online forumdiscussies over psychiatrische problematiek bij jonge Marokkaanse Nederlanders

Madeliën van de Beek^{p1,2} / Erwin Landman³ / Wim Veling² / Robert Schoevers² / Lian van der Krieke

P: Presenterende auteur / spreker

1. Dimence
2. UCP, UMCG
3. Universiteit van Tilburg, afdeling ontwikkelingspsychologie

Achtergrond

Migranten, van zowel eerste als tweede generatie, hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychiatrische stoornissen (Cantor-Graae & Pedersen, 2013). Eerder onderzoek laat een verband zien tussen negatieve sociale factoren (zoals discriminatie, gebrek aan sociale steun) en psychiatrische klachten bij migranten (bijv. Ikram et al., 2015; Karlsen, Nazroo, McKenzie, Bhui, & Weich, 2005). Dit onderzoek is tot nu toe kwantitatief van aard. Voor de klinische relevantie van deze uitkomsten (bijvoorbeeld om te komen tot passende preventieve maatregelen) is aanvullende informatie nodig over hoe de psychiatrische problematiek en de samenhang met de sociale situatie door migranten zelf wordt ervaren.

Doel

In deze studie is ons doel om diepgaand inzicht te krijgen in: (1) de manier waarop jonge Marokkaanse Nederlanders hun sociale omgeving ervaren, (2) welke verklaringen in de doelgroep worden gegeven voor psychiatrische problemen, en (3) welke samenhang door de doelgroep wordt gezien tussen de (verklaringen voor) psychiatrische symptomen en de sociale situatie.

Methoden

Om deze vraag te beantwoorden hebben we een kwalitatieve studie verricht naar forumdiscussies die gehouden zijn op het platform www.marokko.nl. Dit online discussieplatform werd in de periode dat de discussies plaatsvonden door 70% van alle jonge Marokkaanse Nederlanders in ons land wekelijks bezocht. Deelnemers bespraken een breed scala aan onderwerpen, waaronder maatschappelijke, culturele en religieuze onderwerpen als ook psychiatrische problematiek (wat doorgaans in de doelgroep wordt beschouwd als een taboe). We hebben 22 relevante forumdiscussies (gemiddelde lengte van 100 reacties) volgens een kwalitatieve onderzoeksmethode geanalyseerd, die gebaseerd is op de 'grounded theory' methode (Hennink, Hutter, & Bailey, 2011). Hiermee was datasaturatie bereikt.

Resultaten

De deelnemers op het online discussieplatform beschrijven gevoelens van sociale isolatie en ervaringen van discriminatie in hun sociale omgeving. Er worden sociale moeilijkheden beschreven die voortkomen uit de Nederlandse cultuur (bijv. gebrek aan steun van de overheid), uit de Marokkaanse cultuur (bijv. strenge opvoedingsstijl) en negatieve gevolgen van het leven tussen twee culturen. Er wordt een verband gezien tussen deze sociale omstandigheden en psychiatrische problemen. Meest besproken onderwerpen zijn verklaringen voor en remedies tegen psychiatrische problemen. Op basis van de data hebben we een model gegenereerd waarbij verschillende verklaringsrichtingen worden verduidelijkt, te weten: religieuze verklaringen (bijv. bezetenheid door Djinn's), biomedische verklaringen (bijv. genetische oorzaak), en vaak voorkomende combinatie van beiden.

Conclusie

Met deze studie hebben we meer inzicht gekregen in hoe Marokkaanse Nederlanders hun sociaal-culturele omgeving beschrijven en de door hen ervaren samenhang met psychiatrische problematiek. Het hoofdthema van de forumdiscussies, verklaringen voor en remedies tegen psychiatrische problemen, hebben we kunnen vertalen in een model dat klinici kan helpen bij het leveren van meer cultuursensitieve psychiatrische zorg.

Literatuurverwijzing

Cantor-Graae, E., & Pedersen, C. B. (2013). Full Spectrum of Psychiatric Disorders Related to Foreign Migration. *JAMA Psychiatry*, 70(4), 427. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.441>

Hennink, M. M., Hutter, I., & Bailey, A. (2011). *Qualitative research methods*. SAGE.

Ikram, U. Z., Snijder, M. B., Fassaert, T. J. L., Schene, A. H., Kunst, A. E., & Stronks, K. (2015). The contribution of perceived ethnic discrimination to the prevalence of depression. *European Journal of Public Health*, 25(2), 243–248. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku180>

Karlsen, S., Nazroo, J. Y., McKenzie, K., Bhui, K., & Weich, S. (2005). Racism, psychosis and common mental disorder among ethnic minority groups in England. *Psychological Medicine*, 35(12), 1795–1803.

S1.4

Effectmeting klinisch transforensisch behandelaanbod

Joost à Campo^{1,2} / Alfons van Impelen^{p1} / Nicole Hamakers¹ / Henk Nijman^{3,4}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Mondriaan
2. Maastricht University
3. Fivoor
4. Radboud Universiteit

Achtergrond

In oktober 2015 werd de eerste transforensische afdeling geopend. Transforensische zorg is gericht op patiënten met zowel ernstige psychopathologie (waarnemings-, denk-, stemmings- en/of gedragsstoornis) als externaliserend en disruptief gedrag. De toebedeling van patiënten met zulke problematiek aan het reguliere (klinische) dan wel forensische zorgdomein is in hoge mate arbitrair; het doen van aangifte maakt disruptief gedrag tot delictgedrag. Hierdoor vallen 'moeilijke' patiënten vaak tussen wal en schip; ze worden op grond van hun gedrag (terecht) geweerd uit de reguliere zorg maar ook niet behandeld in een forensisch kader. Door het ontbreken van een adequaat zorgkader dreigen zulke patiënten (verder) te criminaliseren en is het vaak wachten op ongelukken, waarna er via een veroordeling alsnog behandeling binnen een forensisch kader plaatsvindt. Bij transforensische psychiatrie wordt gekeken naar psychopathologie, gedragsrepertoire en zorgbehoefte onafhankelijk van het soort rechtelijke titel (straf-, dan wel civielrechtelijk). Transforensische zorg onderscheidt zich door de specialisatie in meervoudige problematiek, de mogelijkheid tot een langer klinisch behandeltraject en de toepassing van methodes uit de forensische psychiatrie, zoals risicotaxatie, agressiehantering en intensieve begeleiding bij het zetten van stappen naar zelfstandigheid. Door te fungeren als vangnet voor patiënten met disruptief gedrag tracht de transforensische psychiatrie een lacune in de zorg op te vullen en een antwoord te zijn op een maatschappelijk probleem.

Doel

Het meten van de effecten van transforensische zorg op het risico op geweldsrecidive en op de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren.

Methoden

Bij opname en ontslag werden de risico- en beschermende factoren voor geweld in kaart gebracht met de HCR-20V3 (de Vogel e.a., 2013) en de SAPROF (de Vogel e.a., 2007) en werd de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren beoordeeld met de HoNOS (Mulder e.a., 2004).

Resultaten

(N.B. Voorlopige resultaten; er zullen nog data toegevoegd worden). Gedurende drie jaar (van oktober 2015 tot oktober 2018) werden 48 patiënten (7 vrouwen) langer dan een week opgenomen op de afdeling transforensische psychiatrie. De gemiddelde opnameduur was 30,1 weken (SD = 21,4). De gemiddelde leeftijd was 37,1 jaar (SD = 10,6). De meerderheid (n = 37; 77%) van de patiënten was eerder (losstaand van de opname) één of meerdere malen veroordeeld voor het plegen van een delict. Bij 39 patiënten (81%) was er sprake van verslavingsproblematiek (inclusief alcohol en cannabis) en bij 44 patiënten (92%) bevatte het psychiatrisch toestandbeeld symptomen van psychose. Het risico op gewelddadig gedrag bij ontslag nam over het geheel genomen in beperkte mate af ten opzichte van het risico bij opname (HCR-20v3 eindoordeel; Cohen's d = .35, p < .01; SAPROF oordeel; Cohen's d = .54, p < .001). Hierbij was er een significante toename in beschermende factoren voor gewelddadig gedrag (SAPROF oordeel; Cohen's d = .74, p < .001). De gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van patiënten nam gedurende de behandeling toe (HoNOS score; Cohen's d = .47, p < .01).

Conclusie

De behandeldoelen van transforensische psychiatrie zijn enerzijds het reduceren van disruptief en delinquent gedrag en anderzijds het verbeteren van de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van patiënten. Systematische inventarisatie van de voortgang op beide domeinen laat zien dat er op beide vlakken succes geboekt wordt. Door het ontbreken van een controlegroep kan geen uitspraak gedaan worden over de effectiviteit van de transforensische behandeling ten opzichte van alternatieve behandelingen. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat er momenteel geen alternatieven voorhanden zijn; de patiënten die opgenomen werden op de transforensische afdeling werden ófwel door aanbieders van reguliere zorg ongeschikt geacht voor opname, ófwel door aanbieders van forensische zorg niet opgenomen vanwege het ontbreken van een officieel forensisch kader.

Literatuurverwijzing

Mulder, C. L., Staring, A. B. P., Loos, J., Buwalda, V. J. A., Kuijpers, D., Sytema, S., & Wierdsma, A. I. (2004). De Health of the Nations Outcome Scale (HoNOS) in Nederlandse bewerking: Handleiding. de Vogel, V., de Ruiters, C., Bouman, Y. H. A., & de Vries Robbé, M. (2007). Handleiding bij de SAPROF. Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk Versie 1. de Vogel, V., de Vries Robbé, M., Bouman, Y. H. A., Chakhssi, F., & de Ruiters, C. (2013). Innovatie in risicotaxatie van geweld: De HCR-20V3. *Gedragstherapie*, 46, 107-118.

S1.5

Cognitieve remediatie bevordert de arbeidsdeelname van jonge mensen met een eerste psychose die deelnemen aan Individuele Plaatsing en Steun (IPS)

Daniëlle van Duin^{p1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Kenniscentrum Phrenos
2. Trimbos-instituut

Achtergrond

Jonge mensen met een psychose hebben dezelfde ambities op het gebied van opleiding en werk als hun gezonde leeftijdsgenoten. Echter, vanwege hun psychosen en de daaruit voortvloeiende beperkingen is hun arbeidsdeelname veel lager (Hendriksen et al, 2012). Het is bekend dat Individuele Plaatsing en Steun (IPS) het arbeidsfunctioneren van deze patiënten kan verbeteren. Maar velen uit deze groep lukt het niet om in een gewone baan te functioneren of een reguliere opleiding te volgen, ondanks hun deelname aan een IPS-traject . Dit kan het gevolg zijn van cognitieve beperkingen (McGurk et al., 2004). Nu heeft eerder onderzoek aangetoond dat het cognitief functioneren van mensen met een eerste psychose kan verbeteren door cognitive remediation (CR). Echter, er is geen consistent bewijs dat dit positieve effect generaliseert naar het echte leven en dat CR tot een verbetering in arbeidsparticipatie leidt. Niettemin hebben sommige studies laten zien dat CR ook positieve effecten in het echte leven teweeg kan brengen, namelijk als CR wordt gecombineerd met een algemene, doelgerichte rehabilitatiemethodiek (Wykes et al, 2011; Van Duin et al. 2019).

Doel

Het doel van de door ons uitgevoerde studie was te onderzoeken of CR het effect van een arbeidsrehabilitatieprogramma - in de zin van een toegenomen deelname aan regulier betaald werk of aan een reguliere opleiding - kan vergroten.

Methoden

We voerden een multisite randomized controlled trial (RCT) uit. Drieënzeventig jonge mensen met een eerste psychose ontvingen ofwel IPS plus een computerprogramma CR (Circuits), ofwel IPS plus een actieve controleconditie (computerspellen). Na 6 en 18 maanden werden vervolgmetingen uitgevoerd om na te gaan of patiënten vooruitgingen in arbeidsparticipatie of deelname aan opleidingen (uren actief in een reguliere baan of opleiding), cognitief functioneren, symptomen, empowerment and zelfstigma. We zullen de voorlopige resultaten van deze studie presenteren.

Resultaten

Op de verschillende meetmomenten vonden we significante verschillen tussen de Circuits groep en de controlegroep wat betreft: aantal uren gewerkt in betaald werk, aantal weken gewerkt in een betaalde baan tijdens de totale duur van het onderzoek (18 maanden) en het percentage dat betaald werk heeft gehad. Voor opleiding bleek dat mensen in de Circuits groep minder uren en een kleiner aantal weken hadden gewerkt dan in de controlegroep. Dit bleek grotendeels verklaard te worden doordat in de Circuits groep meer mensen hun opleiding hadden afgerond en/of waren overgestapt op werk.

Conclusie

De resultaten van het effectonderzoek geven aanwijzingen een indicatie dat het toevoegen van de Circuits module voor cognitieve vaardigheidstraining op de langere termijn een positief heeft op participatie in betaald werk. Voor de groep jongeren die na het doormaken van een psychose last heeft van cognitieve klachten, neemt de kans op deelname aan betaald werk toe wanneer naast IPS ook cognitieve vaardigheidstraining wordt ingezet. Om de impact van een arbeidsrehabilitatieprogramma als IPS zo groot mogelijk te maken, lijkt het daarom goed om een gerichte 'add-on' te overwegen, die aansluit bij persoonlijke klachten van de patiënt. Voor mensen met klachten op het gebied van geheugen, aandacht of planning lijkt cognitieve vaardigheidstraining hiervoor de meest aangewezen keus.

Literatuurverwijzing

Duin, D. van, Winter, L. de, Oudt, M., Veling, W., Kroon, H., Weeghel, J. van (2019). The effect of rehabilitation combined with cognitive remediation on functioning in persons with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine* 49(9): 1-12.

S2 'Waarom heb ik klachten' of 'ben ik nu vatbaar voor een symptoom transitie?' Patiënt-specifieke mogelijkheden met n=1 tijdreeksstudies

Mensen verschillen van elkaar. Clinici weten dit, maar toch zijn richtlijnen gebaseerd op studies die groepsgemiddelden berekenen (zoals de traditionele RCT). Als mechanismen die klachten veroorzaken verschillen tussen mensen, zegt een 'gemiddeld' mechanisme niet zoveel. Twee lezingen zullen uitleggen hoe met n=1 tijdreeksstudies inzicht verkregen kan worden in patiënt-specifieke mechanismen van hun klachten. Daarnaast kunnen we mogelijk met n=1 tijdreeksstudies ook, via een nieuwe wetenschappelijke invalshoek, plotselinge symptoomtransities zien aankomen op individueel niveau. Dit geeft nieuwe mogelijkheden om, bijvoorbeeld, terugval van klachten te voorzien na het stoppen met antidepressiva. De laatste drie lezingen bespreken daarom individuele patronen van terugval van klachten en patiënt-specifieke waarschuwingssignalen voor transitities in klachten bij depressie en bipolaire stoornis.

S2.1

Verbanden tussen depressie, werkgeheugen en slaap bij ouderen met depressieve klachten en cognitieve beperkingen: een serie n=1 tijdreeksstudies

Marij Zuidersma ¹ / Astrid Lugtenburg ² / Richard Oude Voshaar ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen
2. GGZ Drenthe

Achtergrond

Depressieve symptomen, cognitieve beperkingen en slaapproblemen komen vaak gezamenlijk voor bij ouderen, kunnen elkaar onderling versterken en verhogen het risico op slechte gezondheidsuitkomsten (zoals dementie, [1-3]). Minder is bekend over de dagelijkse wisselwerking tussen depressieve symptomen, slaap en cognitieve beperkingen en of dit verschilt tussen personen.

Doel

Het in kaart brengen van de dagelijkse verbanden tussen depressieve symptomen, cognitief functioneren en slaap voor iedere oudere apart door middel van een serie n=1 tijdreeksstudies.

Methoden

Elf ouderen met cognitieve beperkingen en depressieve symptomen vulden gedurende 63 dagen iedere avond een dagboek in op een laptop. Deze bevatte o.a. een vragenlijst om depressieve symptomen te meten (de Patient Health Questionnaire) en een cognitieve test om werkgeheugen te meten (de one-back taak van de Cogstate Brief Battery). Daarnaast droegen ze een actiwatch (Motionwatch8; CamnTECH), om de totale slaapduur tijdens iedere nacht vast te stellen. Met tijdreeksanalyses (vector autoregressive (VAR) modellen gepaard met Granger causality technieken) werden de dagelijkse verbanden tussen depressieve symptomen, werkgeheugen en slaap in kaart gebracht. Omdat we meer testen per persoon uitvoerden hielden we een alfa van <0.01 aan om significantie aan te duiden.

Resultaten

Meer uren slaap voorspelden bij 1 persoon een slechter werkgeheugen de volgende dag ($r = -.35$; $p=.005$) én de dag daarna ($B=-0.30$; $p=.008$). Tevens voorspelden meer uren slaap minder depressie bij 1 andere persoon ($r = -.34$; $p=.007$), en meer depressie bij nog 1 ander persoon ($r = 0.39$; $p<.001$). Meer óf minder uren slaap dan gewoonlijk voorspelde meer depressie de volgende dag bij 1 persoon ($B=0.49$; $p<.001$), minder depressie de dag ná de volgende dag bij 1 ander persoon ($B=-0.99$; $p<.001$), een slechter werkgeheugen de volgende dag bij 4 personen ($B=-0.76$; $p=.005$, $B=-0.61$; $p<.001$, $B=-0.61$; $p<.001$ en $B=-0.34$; $p=.002$ respectievelijk), en bij 1 van deze 4 personen ook nog een slechter werkgeheugen de dag ná de volgende dag ($B=-0.63$; $p<.001$). Meer depressieve symptomen in de avond voorspelden meer uren slaap in de direct volgende nacht bij 1 persoon ($B=0.42$; $p=.001$) en een slechter werkgeheugen de volgende avond bij 1 persoon ($B=-0.25$; $p=.009$). Een beter werkgeheugen voorspelde minder depressieve symptomen de volgende avond bij 1 persoon ($B=-0.45$; $p=.007$), maar meer depressieve symptomen bij 1 ander persoon ($B=0.35$; $p=.009$).

Conclusie

De dagelijkse verbanden tussen depressieve symptomen, werkgeheugen en slaap verschillen per persoon in aanwezigheid, sterkte en richting. Opvallend is dat hetgeen voor de ene persoon tot verbetering van klachten leidt, bij de andere juist een verslechtering tot gevolg heeft. Dit maakt het aannemelijk dat verschillende personen een verschillende behandelinstek nodig hebben.

Literatuurverwijzing

1. Bao YP, Han Y, Ma J, Wang RJ, Shi L, Wang TY, He J, Yue JL, Shi J, Tang XD, Lu L: Cooccurrence and bidirectional prediction of sleep disturbances and depression in older adults: meta-analysis and systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* 2017; 75: 257-273. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.01.032.
2. Hu M, Zhang P, Li C, Tan Y, Li G, Xu D, Chen L. Sleep disturbance in mild cognitive impairment: a systematic review of objective measures. *Neurol Sci* 2017; 38(8): 1363-1371. doi: 10.1007/s10072-017-2975-9
3. Ismail Z, Elbayoumi H, Fischer CE, Hogan DB, Millikin CP, Schweizer T, Mortby ME, Smith EE, Patten SB, Fiest KM. Prevalence of depression in patients with mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017; 74(1): 58-67. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.3162.

S2.2

De relatie tussen sociaal functioneren en paranoia in het dagelijks leven van mensen met een verhoogd risico op psychose

Laura Steenhuis ¹ / Sanne Booij ¹ / Maaïke Nauta ¹ / Agna Bartels-Velthuis ² / André Aleman ² / Maarten Vos ² / Marieke Pijnenborg ¹ / Hanneke Wigman-Wardenaar ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. Rijksuniversiteit Groningen
2. Universitair Medisch Centrum Groningen

Achtergrond

Uit de literatuur blijkt dat het sociaal functioneren vaak slechter is bij mensen met een psychotische stoornis en dat deze beperking zich ook al eerder kan voordoen, zoals in de verhoogde risico fase (1,2). Deze sociale beperking is vaak geïdentificeerd als risico factor voor de eerste transitie naar een psychotische episode, maar het bewijs hiervoor is niet altijd eenduidig (3,4). Het bewijs voor dit verband wordt voornamelijk gebaseerd op groepsgemiddelden, waarin verschillen tussen mensen binnen deze groepen over het hoofd worden gezien. Een verklaring voor de variatie in bevindingen is dat er verschillen tussen mensen zijn in de samenhang tussen sociaal functioneren en paranoia, die uiteindelijk van belang kunnen zijn voor de uitkomst of behandeling van psychose.

Doel

De samenhang tussen sociaal functioneren en paranoia werd vanuit een gedetailleerd individueel perspectief onderzocht bij vier mensen met een verhoogd risico op psychose. Voor elke deelnemer werd apart bekeken hoe sociaal functioneren en paranoia samenhangen en elkaar beïnvloeden van dag tot dag.

Methoden

Vier mensen met een verhoogd risico op psychose vulden elke avond een digitaal dagboek in gedurende 90 dagen. Ze werden gevraagd naar sociaal functioneren ('tijd alleen doorgebracht' en 'ervaren sociale steun') en paranoïde ervaringen ('achterdochtig' en 'het gevoel dat anderen mij niet mogen'). Tijdsreeksen (T=90) van elke deelnemer werden geanalyseerd met vector autoregressieve modellen, om het uitgestelde effect (over 1 dag tijd) van sociaal functioneren op paranoia (en andersom) in te schatten.

Resultaten

De bevindingen tonen aan dat er aanzienlijke verschillen waren in de samenhang tussen sociaal functioneren en paranoia voor de vier individuen. De meest consistente bevinding was dat de toename van paranoia op een bepaalde dag resulteerde in een toename van het sociaal functioneren (sociaal contact en ervaren sociale steun) op de volgende dag.

Conclusie

De samenhang tussen sociaal functioneren en paranoia verschilt tussen mensen met een verhoogd risico op psychose. Sociaal functioneren lijkt naast een risico factor voor de eerste psychotische episode, ook een mechanisme te zijn voor het omgaan met paranoia in het dagelijks leven. Behandelingen voor mensen met een verhoogd risico op psychose zouden meer nadruk kunnen leggen op het gebruik van (en het in stand houden van) het sociale netwerk.

Literatuurverwijzing

1. Addington J, Penn D, Woods SW, Addington D, Perkins DO. Social functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res.* 2008;99(1-3):119-24.
2. Ballon JS, Kaur T, Marks II, Cadenhead KS. Social functioning in young people at risk for schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2007;151:29-35.
3. Brandizzi M, Schultze-Lutter F, Masillo A, Lanna A, Curto M, Lindau JF, et al. Self-reported attenuated psychotic-like experiences in help-seeking adolescents and their association with age, functioning and psychopathology. *Schizophr Res.* 2014;160(1-3):110-7.
4. Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ, Schimmelmann BG, Maric NP, Van Der Gaag M, et al. EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry.* 2015.

S2.3

Generiek waarschuwingssignaal voorspelt kantelpunt in depressieve klachten bij individuele patiënt

Marieke Wichers^{p1} / Arnout Smit¹ / Evelien Snippe

P: Presenterende auteur / spreker

1. University Medical Center Groningen

Achtergrond

De afgelopen decennia van psychiatrisch onderzoek hebben geen grote en duidelijke verbeteringen gebracht in risico-inschattingen van het klachtenbeloop voor een specifieke patiënt op een specifiek moment. Als we wel die kennis zouden hebben, zouden we daarmee op tijd kunnen ingrijpen en mogelijk terugval voorkomen, bijvoorbeeld bij mensen die afbouwen van antidepressiva. Een nieuwe invalshoek komt vanuit de complexe systeem theorie en kijkt naar waarschuwingssignalen die een kantelpunt in klachten (een terugval dus) kunnen voorspellen bij een individuele patiënt. Deze methode vereist het verkrijgen van vele gedetailleerde metingen over de tijd voor iedere individuele patiënt. Eén eerdere studie (1), waarin een patiënt langdurig werd gevolgd via experience sampling (ESM) tijdens het afbouwen met antidepressiva, liet al zien dat deze waarschuwingssignalen inderdaad significant stegen precies voorafgaand aan de terugval in klachten. Een replicatie van deze studie is belangrijk om in te schatten of dit geen toeval was en of dit inderdaad bij andere patiënten ook werkt.

Doel

In deze studie onderzoeken we in een nieuwe n=1 studie of de gehypothetiseerde waarschuwingssignalen (2) inderdaad voorafgaan aan grote kantelpunten in klachten tijdens en na het afbouwen van antidepressiva.

Methoden

Tijdreeksmetingen werden uitgevoerd op frequente observaties van momentaan affect (somber, geïrriteerd, opgewekt etc) tijdens een periode waarin deelnemers (n=6) een verhoogd risico hadden op een symptoom transitie. Drie keer per dag, over een periode van 3-6 maanden, gaven deelnemers via een elektronisch dagboek op hun smartphone aan hoe ze zich voelden. Depressieve klachten werden wekelijks gemeten met de Symptom Checklist-90. Change point analyse werd gebruikt om te toetsen of er significante symptoom kantelpunten waren. Drie gehypothetiseerde waarschuwingssignalen werden onderzocht: stijgingen in autocorrelatie, variantie en netwerk connectiviteit voorafgaand aan het kantelpunt.

Resultaten

Bij één deelnemer werd er een significant en plots kantelpunt in klachten gedetecteerd. Autocorrelatie ($r=0.51$; $p<2.2e16$), en variantie ($r=0.53$; $p<2.2e16$) in momentane somberheid, gemeten met ESM, stegen significant en precies in de maand voorafgaand aan dit kantelpunt. Ook netwerk connectiviteit ($r=0.42$; $p<2.2e16$), dus de mate waarin momentane emoties elkaar over tijd beïnvloeden, steeg significant in diezelfde maand. Bovendien kwamen deze signalen eerder dan veranderingen in de mate waarin somberheid werd ervaren en het moment van inschatting van de deelnemer zelf van risico voor een terugval.

Conclusie

Deze studie repliceerde de bevindingen van een eerdere n=1 tijdreeksstudie met hetzelfde design. Hiermee bevestigt deze studie de aanwezigheid van generieke waarschuwingssignalen die patiënt-specifieke kantelpunten zien aankomen. Deze signalen lijken ook klinisch zeer relevant omdat ze eerder verschijnen dan stijgingen in simpele maten zoals de mate van somberheid en ook eerder dan dat de patiënt het zelf door heeft. Daarmee heeft deze benadering de potentie om een grote stap te zetten richting het verbeteren van personalized medicine bij het monitoren van symptoombeloop.

Literatuurverwijzing

1 Critical Slowing Down as a Personalized Early Warning Signal for Depression. *Psychother Psychosom.* 2016;85(2):114-116.

2 Scheffer M, Bascompte J, Brock WA, et al. Early-warning signals for critical transitions. *Nature.* 2009;461(7260):53-59. Wichers M, Groot PC, Psychosystems, ESM Group, EWS Group.

S2.4

Transities in depressie: hoe, wanneer, en waarom depressieve klachten terugkomen tijdens of na het afbouwen van antidepressiva

Arnout Smit ^{p1} / Evelien Snippe ¹ / Rogier Hoenders ² / Marieke Wichers ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. UMCG/RUG
2. Lentis

Achtergrond

Een gebruikelijke aanname is dat veranderingen in psychopathologie geleidelijk plaatsvinden, maar deze aanname is niet altijd terecht (Hayes et al., 2007). Ondanks dat plotselinge stijgingen in depressieve klachten eerder zijn beschreven, is dit moeilijk kwantitatief te onderzoeken omdat de precieze timing en vorm van verandering alleen onderzocht kan worden met datasets die (a) depressieve klachten met hoge frequentie meten, en (b) we deze frequente metingen al starten voor de verandering begint, en blijven volhouden tijdens de hele periode waarin de klachten veranderen (Wichers, Smit, & Snippe, ingediend). Het begrijpen van hoe veranderingen werken kan verrassende manieren brengen om positieve veranderingen in gang te zetten, en negatieve veranderingen te voorkomen (Scheffer, 2009).

Doel

Individuele verschillen in hoe, wanneer, en waarom depressieve klachten terugkomen tijdens of na het afbouwen van antidepressiva in kaart brengen.

Methoden

De steekproef bestaat uit 56 deelnemers die bij de start van het onderzoek geen depressieve klachten hadden, en in overleg met hun behandelaar antidepressiva gingen afbouwen of stoppen. Depressieve klachten werden gedurende een periode van 6 maanden wekelijks gemeten met de depressie schaal van de SCL-90 (26 metingen per persoon, i.e. 1456 metingen totaal); sombere stemming werd gedurende een periode van 4 maanden dagelijks 5 keer gemeten met een ESM-protocol (516 metingen per persoon, i.e. 28903 metingen totaal). De kwalitatieve ervaringen van deelnemers werden uitgevraagd in 3-4 wekelijkse telefoongesprekken tijdens de onderzoeksperiode, en in een evaluatiegesprek aan het eind van de onderzoeksperiode.

Resultaten

Van de 56 deelnemers voldeden 33 aan de criteria voor een relevante en significante toename in depressieve klachten ten opzichten van de klachten op baseline ($p < 0.05$). Bij 10 deelnemers stegen de depressieve klachten significant ($p < 0.05$) in minder dan 1 week, waarbij deze patiënten de stijging ook als plotseling beschreven. Bij meerdere deelnemers nam sombere stemming significant toe ($p < 0.005$) in een tijdsbestek van minder dan één dag.

Conclusie

De resultaten laten zien dat depressieve klachten en sombere stemming in sommige gevallen geleidelijk, maar in andere gevallen ook plotseling kunnen toenemen. Plotselinge veranderingen kwamen ook zonder duidelijke aanleiding voor. Deze plotselinge veranderingen zouden verklaard kunnen worden als kritische transities (Scheffer, 2009). Deze theorie achter kritische transities impliceert onder andere dat (a) grote dalingen in dosis antidepressiva soms weinig gevolgen kunnen hebben, terwijl kleine dalingen in dosis soms tot grote stijgingen in depressieve klachten kunnen leiden, en (b) veranderingen in depressieve klachten niet altijd omkeerbaar zijn door terug te keren naar de laagste dosis die nog werkzaam was.

Literatuurverwijzing

Hayes, A. M., Laurenceau, J. P., Feldman, G., Strauss, J. L., & Cardaciotto, L. (2007). Change is not always linear: The study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 27(6), 715-723. Scheffer, M. (2009). *Critical transitions in nature and society* (Vol. 16). Princeton University Press. Wichers, M., Smit, A.C., & Snippe, E. (submitted). Early warning signals based on momentary affect dynamics can expose nearby transitions in depression: a confirmatory single-subject time-series study.

S2.5

Individuele activiteitspatronen als waarschuwingssignalen voor stemmingstransities in bipolaire patiënten

Yoram Kunkels ¹ / Harriëtte Riese ² / Stefan Knapen ^{3,2} / Rixt Riemersma - van der Lek ² / Sandip George ¹ / Arie van Roon ⁴ / Robert Schoevers ² / Marieke Wichers ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. University of Groningen, University Medical Center Groningen, Groningen, Department of Psychiatry, ICPE, The Netherlands.
2. University of Groningen, University Medical Center Groningen, Department of Psychiatry, Research School of Behavioural and Cognitive Neurosciences (BCN. Groningen, the Netherlands).
3. University of Groningen, University Medical Center Groningen, Groningen, Department of Psychiatry, ICPE, The Netherlands.
4. Department of Vascular Medicine, University of Groningen, University Medical Center Groningen, Groningen, The Netherlands.

Achtergrond

Het voortijdig kunnen zien aankomen van grote stemmingswisselingen in patiënten met bipolaire depressie biedt interessante mogelijkheden voor het op tijd inzetten van de juiste interventies. Geavanceerde voorspellingstechnieken die met succes zijn toegepast in andere velden - zoals ecologie en biologie [1] – zouden wellicht ook grote veranderingen in stemming kunnen zien aankomen.

Doel

Het doel van deze studie is om te onderzoeken of dit soort Early-warning signals (EWS) en spectraal maten indicatief zijn voor aankomende episodes in patiënten met bipolaire depressie, gebaseerd op hun fysieke activiteit.

Methoden

In deze studie onderzochten wij de data van acht bipolaire patiënten die elk 180 dagen lang gemeten werden. Drie patiënten ervoeren een manische episode gedurende de meetperiode, terwijl vijf patiënten een depressieve episode ervoeren.

Resultaten

Resultaten lieten zien dat 83% van de EWS inderdaad een significante stijging lieten zien tot wel vier weken voor het begin van een episode. Echter, visuele inspectie van de resultaten suggereerde dat deze maten wellicht nog niet specifiek genoeg zijn voor directe toepassing in de klinische praktijk. Een exploratieve analyse van de spectraal maten liet in enkele patiënten zien dat veranderingen in zowel euthymische als episodische fases voorspeld worden door grote veranderingen in fysieke activiteitspatronen.

Conclusie

Samengevat vonden wij evidentie er significante stijgingen in EWS gevonden kunnen worden voorafgaand aan transities in stemming binnen bipolaire patiënten, alhoewel EWS specificiteit nog verder onderzocht en verbeterd moet worden. Daarnaast biedt deze studie aanknopingspunten voor vervolgonderzoek naar verstoringen in fysieke activiteitspatronen van bipolaire patiënten.

Literatuurverwijzing

[1] Scheffer, M., Bascompte, J., Brock, W., Brovkin, V., Carpenter, S., & Dakos, V. et al. (2009). Early-warning signals for critical transitions. *Nature*, 461(7260), 53-59. doi: 10.1038/nature08227

S3 HAMLETT (Handling Antipsychotic Medication: Long-term Evaluation of Targeted Treatment): de eerste resultaten

De richtlijnen adviseren minstens een jaar antipsychotica na remissie van een eerste psychose. Veel patiënten willen echter eerder afbouwen, vanwege bijwerkingen, maar ook omdat zij op eigen kracht willen herstellen. Recent zijn deze richtlijnen in twijfel getrokken op basis van onderzoek dat vond dat het lange termijn-effect op herstel juist beter was in een groep patiënten die antipsychotica eerder afbouwde. Dat maakt dat patiënten, naast en behandelaren in onzekerheid verkeren over de juiste aanpak: doorgaan of stoppen. Om dit probleem verder te onderzoeken loopt in 24 centra in Nederland sinds twee jaar het HAMLETT onderzoek. In drie lezingen wordt ingegaan op deelaspecten van het onderzoek: de zorgbehoefte van patiënten met een eerste psychose, de invloed van dosisreductie op subjectief welbevinden, en het medicatiebeleid in de dagelijkse praktijk. In de vierde lezing worden de eerste resultaten van HAMLETT gepresenteerd, mede in de context van lopende internationale onderzoeken.

S3.1

HELP! Zorgbehoefte na een eerste psychose - het patiënt-perspectief

Inge van der Heijden-Hobus^{1,2} / Bram-Sieben Rosema³ / Jacob Vorstman⁴ / Martien Kas⁵ / Marieke Begemann⁶ / Martijn Kikkert⁷ / Iris Sommer¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Universitair Medisch Centrum Groningen
2. Janssen-Cilag BV
3. Anoiksis
4. University of Toronto, Canada
5. RijksUniversiteit Groningen
6. Universitair Medisch Centrum Utrecht
7. Arkin

Achtergrond

Over zorgbehoeften bij mensen die vaker een psychose hebben gehad is al een en ander bekend. Dit in tegenstelling tot kennis over zorgbehoeften van mensen die voor het eerst een psychose doormaken. Een eerste psychose is vaak een heftige ervaring, en gezien de onbekendheid met de zorgmogelijkheden, ook anders dan een volgende psychose. Er blijkt weinig bekend over zorgbehoeften van deze jonge mensen. Niet over de behoeftes tijdens de eerste psychose, maar ook niet over behoefte aan zorg na een psychotische episode, om de draad van leven weer op te kunnen pakken.

Doel

Door meer kennis te vergaren vanuit het patiënt-perspectief hopen we de zorg voor mensen die voor het eerst een psychose mee maken beter aan te kunnen laten sluiten op hun voorkeuren en behoeften.

Methoden

Er worden kwalitatieve interviews afgenomen bij mensen (n=20) die in remissie zijn na hun eerste psychose over hun persoonlijke zorgbehoefte. Interviews zijn afgenomen door een ervaringsdeskundige en een onderzoeker.

Resultaten

De voorlopige resultaten (n=11) van de tot nu toe uitgevoerde interviews laten zien dat mensen met een eerste psychose grote behoefte hebben aan informatie over hun klachten en verschijnselen. Daarnaast vinden zij dat medicatie een belangrijke houvast is om de draad van het leven weer op te pakken. Een opname, wordt in de meeste gevallen als beangstigend ervaren. Eén persoon gaf aan dat de rust zeer welkom was. Ervaringsdeskundigen worden in dit stadium nog niet gezocht, ook aan maatschappelijk werk is nog niet een duidelijke behoefte. De geïnterviewden ontvangen tijdens en kort na hun eerste psychose vooral graag steun van hun naasten.

Conclusie

Heldere informatie over een eerste psychose werd als eerste behoefte genoemd. Familie en naasten wordt het meest gewaardeerd als hulpverleners. Ondersteuning van familie is dus een belangrijk punt voor zorg. Aanvullend onderzoek wordt aanbevolen om verder in kaart te brengen welke informatie dit exact moet zijn, en hoe deze tot bij de patiënt en zijn naasten te brengen.

Literatuurverwijzing

Lal, S et al. Preferences of Young Adults With First-Episode Psychosis for Receiving Specialized Mental Health Services Using Technology: A Survey Study. *JMIR Ment Health*. 2015 May 20;2(2): e18. Welsh, P et al. Assessing adolescent preference in the treatment of first-episode psychosis and psychosis risk. *Early Interv Psychiatry*. 2014 Aug;8(3):281-5.

S3.2

Subjectief welbevinden en psychotische ervaringen bij antipsychotische dosisreductie: subtiele veranderingen op individueel niveau

Evita Goossens ^p

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

De multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie adviseert om bij antipsychotische behandeling te streven naar de laagste effectieve dosis (van Alphen et al., 2012). In de praktijk blijkt echter dat de voorgeschreven dosering vaak hoger is dan noodzakelijk, met negatieve gevolgen voor het welzijn van patiënten. Uit onderzoek blijkt dat antipsychotische dosisoptimalisatie een positief effect kan hebben op het subjectief welbevinden.

Gepersonaliseerde dosisoptimalisatie is gebaseerd op de assumptie dat de gemiddelde adequate dosis niet wezenlijk de optimale dosis is voor het individu. Derhalve is er behoefte aan casestudies waarbij de titratie van antipsychotische dosering wordt gestuurd door veranderingen in de toestand van de cliënt, zoals veranderingen in welbevinden.

Doel

Het doel van deze studie was om te onderzoeken wat het effect is van antipsychotische dosisreductie op het subjectief welbevinden en psychotische ervaringen voor het individu (N=1 trial). Wij veronderstelden dat antipsychotische dosisreductie zou leiden tot een toename in subjectief welbevinden in het dagelijks leven (bestaande uit positief en negatief affect en fysiek welzijn). Voor psychotische ervaringen werd een lichte toename of geen verandering verwacht tijdens en na dosisreductie.

Methoden

Vier patiënten met een psychotische stoornis in stabiele remissie namen deel aan een longitudinale multiple casestudie. De PsyMateTM, een mobiele applicatie waarmee data realtime verzameld kan worden volgens de Experience Sampling Methode (ESM), werd ingezet voor zelfmonitoring tijdens dosisreductie van antipsychotica. Subjectief welbevinden omvatte momentele affectieve ervaring (opgesplitst in positief en negatief affect) en fysiek welzijn (vermoeidheid, niet lekker voelen en pijn); momentele psychotische ervaringen werden gemeten met vier vragen. Regressieanalyses werden voor elke uitkomstmaat apart uitgevoerd met de fase van titratie als predictor.

Resultaten

De resultaten verschillen voor de vier participanten. Vergeleken met baseline nam positief affect toe voor drie participanten, maar niet voor participant 3. Negatief affect verminderde voor twee participanten en was bij baseline al vrijwel afwezig voor participant 3 en 4. Vermoeidheid verminderde voor participant 2 en 3, 'niet lekker voelen' verminderde voor participant 1 en pijn nam tijdens dosisreductie tijdelijk toe voor participant 4. Alleen participant 2 rapporteerde een vermindering van psychotische ervaringen.

Conclusie

Zoals verwacht neemt subjectief welbevinden toe tijdens dosisreductie. Dit geldt voor alle participanten op minstens één domein. Psychotische ervaringen stijgen niet tijdens dosisreductie, maar nemen tegen verwachting af bij één van de participanten. De participanten verschillen in de domeinen van subjectief welzijn waarop zij vooruitgang rapporteren. Dit benadrukt het belang van een gepersonaliseerde benadering omtrent antipsychotische dosis-optimalisatie.

Literatuurverwijzing

Van Alphen, A., Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., Bruggeman, R., ... & van der Gaag, M. (2012). Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie.

S3.3

Medicatiebeleid na een eerste psychose in de praktijk

Martijn Kikkert p

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Richtlijnen adviseren om patiënten na herstel van een eerste psychose minimaal een jaar onderhoudsmedicatie te geven (Van Alphen et al., 2012). We weten echter dat deze richtlijn in de praktijk niet altijd wordt gevolgd en dat bij sommige patiënten antipsychotica eerder wordt afgebouwd. Daar kunnen verschillende redenen voor aan ten grondslag liggen. Onbekend is echter hoe vaak van de richtlijn wordt afgeweken.

Doel

In dit onderzoek proberen we in kaart te brengen hoe medicatiebeleid er in de praktijk uit ziet voor mensen die zijn hersteld van een eerste psychose. Daarnaast zijn we geïnteresseerd in onder andere kenmerken van het afbouwen en redenen om eerder af te bouwen.

Methoden

Bij 47 psychiaters is een vragenlijst afgenomen. In deze vragenlijst zijn verschillende scenario's voorgelegd en is gevraagd welk medicatiebeleid men hier in de praktijk hanteert. Bij de verschillende scenario's zijn aanvullende vragen gesteld over onderliggende overwegingen en de uitwerking van het beleid.

Resultaten

Uit de resultaten blijkt dat in circa de helft van alle cliënten de richtlijn wordt gevolgd. Deze patiënten krijgen gedurende ten minste 12 maanden na herstel van een eerste psychose antipsychotica voorgeschreven. Bij de overige cliënten wordt medicatie deels of volledig afgebouwd. Dit wordt gemiddeld na 4 maanden herstel ingezet. De helft van de behandelaren hanteert deze strategie wel eens. Bij patiënten die behandeld worden volgens de richtlijn, en inmiddels 12 maanden stabiel hersteld zijn, wordt medicatie bij een derde van de cliënten tot gemiddeld 16 maanden voorgeschreven. Bij de overweging om medicatie eerder af te bouwen spelen onder andere gevaarscriteria en voorkeur van de cliënt een belangrijke rol.

Conclusie

In ongeveer de helft van alle patiënten die zijn hersteld van een eerste psychose worden het advies van de richtlijn om medicatie minstens 12 maanden voor te schrijven gevolgd.

Literatuurverwijzing

van Alphen, A., Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., Bruggeman, R., ... & van der Gaag, M. (2012). Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie.

S3.4

Onderhoudsbehandeling of afbouw van antipsychotica na remissie van een eerste psychose

Marieke Begemann ^{p1} / Iris Sommer ² / Wim Veling ² / Lieuwe de Haan ³

P: Presenterende auteur / spreker

1. UMC Utrecht
2. UMC Groningen
3. UMC Amsterdam

Achtergrond

De richtlijnen adviseren minstens een jaar antipsychotica als onderhoudsmedicatie na remissie van een eerste psychose. Veel patiënten willen echter eerder afbouwen, gezien de bijwerkingen, maar ook omdat zij op eigen kracht willen herstellen. Recent zijn deze richtlijnen in twijfel getrokken op basis van één (Nederlands) onderzoek (Wunderink et al 2013) die vond dat het lange termijneffect op functioneel herstel juist beter was in een groep patiënten die antipsychotica eerder afbouwde. Die ene studie onderzocht echter een relatief klein aantal patiënten en de bevinding is niet gerepliceerd. Dat maakt dat zowel patiënten, naasten en behandelaren in onzekerheid verkeren over de juiste aanpak: doorgaan of stoppen, 'that's the question'. Het HAMLETT onderzoek wordt ondersteund door Anoksis, de belangenvereniging van mensen met een psychose kwetsbaarheid, en het 'psychose-consortium', een open netwerk van Nederlandse psychose onderzoekers. Naast het HAMLETT onderzoek wordt soortgelijk onderzoek in het buitenland verricht (TAILOR in Denemarken, RADAR in Groot-Britannië en REDUCE in Australië).

Doel

Het doel van de HAMLETT studie is te onderzoeken of functioneel herstel op de lange termijn beter is als patiënten vroegtijdig (3-6 maanden na remissie van de eerste psychotische episode) antipsychotica verminderen en/of stoppen vergeleken met continueren van medicatie gedurende ten minste een jaar. Het doel van de presentatie is de psychiatrische gemeenschap een stand van zaken te geven van het onderzoek, waaraan, verspreid over geheel Nederland, 24 GGZ instellingen meedoen, alsmede het internationale perspectief te belichten.

Methoden

HAMLETT is een multicenter, pragmatisch, enkelblind gerandomiseerde studie van twee parallelle behandelcondities (1:1) waarin onderhoudsbehandeling met antipsychotica (continuering) wordt vergeleken met stoppen/dosisreductie van antipsychotische medicatie (discontinuering) na remissie van een eerste psychose, met als uitkomstmaten persoonlijk en sociaal functioneren, psychotische symptomen en kwaliteit van leven. Er zullen 524 patiënten worden geïncludeerd, in 24 deelnemende centra.

Resultaten

Twee jaar na de start van het onderzoek blijkt dat de inclusie niet makkelijk verloopt. Op dit moment zijn 172 patiënten geïncludeerd, hetgeen slechts een beperkt percentage is van het totale aantal patiënten met een eerste psychose dat gezien wordt in de deelnemende centra. Onze interim analyses laten zien dat Ernstige Ongewenste Voorvallen (EOV - Eng 'Serious Adverse Events') voorkwamen in 13 patiënten (18,6%) die gerandomiseerd waren naar continuering, vergeleken met 7 patiënten (9,1%) in de discontinuering groep. Opname ten gevolge van verergering van psychotische symptomen was het meest voorkomende EOV (8 patiënten [11,4%] in de continueringsgroep, vergeleken met 5 patiënten [9,1%] in de discontinueringgroep). Eén patiënt was opgenomen wegens suicidale ideatie en suicidepoging (in de continueringsgroep), en één geval van overlijden door suicide werd gerapporteerd dat niet gerelateerd was aan de onderzoeksbehandeling (in de discontinueringgroep). Twee EOV-en die betrekking hadden op vrijwillige opnames voor andere psychiatrische symptomen werden gerapporteerd, beide in de continueringsgroep. Drie patiënten werden opgenomen in het ziekenhuis voor een somatische aandoening (twee patiënten in de continuerings-, en één in de discontinueringgroep).

Conclusie

Samen met de resultaten van de drie andere onderzoeken in Denemarken, Groot-Britannië Australië zal het HAMLETT onderzoek waardevolle informatie opleveren om patiënten en klinici meer evidentie te geven ten aanzien van de optimale duur van behandeling met antipsychotica. In Nederland vind dit plaats met grote inzet van alle betrokken instellingen. Er zijn echter duidelijke uitdagingen in dit onderzoeksveld, in alle vier de genoemde studies, waaronder lage aantallen van inclusie en met betrekking tot de generaliseerbaarheid van de resultaten.

Literatuurverwijzing

Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, Sytema S, Nienhuis FJ. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial.

S4 Behandeling van patiënten met therapieresistente persoonlijkheidsstoornissen

In dit symposium staat de behandeling centraal van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen waarbij behandeling in de reguliere specialistische GGz onvoldoende resultaat heeft opgeleverd. We presenteren in verschillende lezingen de resultaten van verschillende klinische en deeltijd behandelprogramma's bij deze doelgroep.

S4.1

Het effect van psychotherapie voor borderline persoonlijkheidsstoornis op de kwaliteit van leven: een systematische review en meta-analyse

Farid Chakhssi¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGNet

Achtergrond

Een lage kwaliteit van leven bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis is van significante invloed op de uitkomsten na therapie. Zelfs bij symptomatische remissie kan een lage kwaliteit van leven het herstel verhinderen en vergroot het de kans op terugval. De algehele effecten van therapie op kwaliteit van leven zijn nog onbekend.

Doel

Het in kaart brengen van de effecten van psychotherapie op de kwaliteit van leven bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis.

Methoden

Een pre-geregistreerde systematische review en meta-analyse volgens PRISMA richtlijnen. PsychINFO en PubMed werden doorzocht naar gecontroleerde interventie studies bij volwassenen met een borderline persoonlijkheidsstoornis die kwaliteit van leven als uitkomstmaat hadden.

Resultaten

Veertien studies werden geïncludeerd met totaal 1370 patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. De resultaten lieten zien dat psychotherapie een matig effect (Cohen's $d = 0.43$) had op de symptomen en een klein effect ($d = 0.31$) had op de kwaliteit van leven aan het einde van de behandeling. Het effect op de kwaliteit van leven werd niet gemodereerd door het effect op de symptomen.

Conclusie

Deze meta-analyse laat zien dat kwaliteit van leven minder verbetert dan symptomen na therapie. Verbetering in symptomen lijkt niet te leiden tot een verbetering in kwaliteit van leven. Om herstel te vergroten en kans terugval te verkleinen wordt aanbevolen om interventies expliciet gericht op het verhogen van de kwaliteit van leven onderdeel te laten zijn van de behandeling voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis.

Literatuurverwijzing

Chakhssi F, Zoet JM, Oostendorp JM, Noordzij ML, Sommers-Spijkerman M. Effect of Psychotherapy for borderline personality disorder on quality of life: A systematic review and meta-Analysis. *J Pers Disord.* 2019 Oct 14:1-15. doi: 10.1521/pedi_2019_33_439.

Chakhssi F, Kraiss JT, Sommers-Spijkerman M, Bohlmeijer ET. The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):211.

S4.2

Acceptance and commitment therapie, groepsbehandeling voor patiënten met therapieresistente persoonlijkheidsstoornissen

Silvia Pol ^p¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGNet

Achtergrond

Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen die niet reageerden op voorgaande tweedelijns behandeling behoren tot de meest uitdagende patiënten om te behandelen en worden veelal verwezen naar gespecialiseerde instellingen. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is een innovatieve behandeling die effect heeft laten zien bij therapieresistente chronische of terugkerende depressie bij patiënten met of zonder co-morbide persoonlijkheidsstoornis. De centrale rol die ACT toebedeelt aan positieve waarden en experiëntiële vermijding kan wellicht de responsiviteit van behandeling verhogen bij patiënten die niet profiteerden van eerdere behandelingen.

Doel

Het onderzoeken van de waarde van ACT voor de behandeling van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

Methoden

De huidige studie onderzocht de effectiviteit van een 26 weken durende op ACT-gebaseerde groepsbehandeling (n = 60) voor persoonlijkheidsstoornissen vergeleken met behandeling zoals gewoonlijk (n = 21) gebaseerd op Cognitieve Gedragstherapie (CBT-TAU) in een gespecialiseerde dagklinische setting voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen met volgende vragenlijsten: Severity indices of personality problems - Short form (SIPP-SF), Outcome Questionnaire 45 (OQ-45), Utrechtse Coping List (UCL), Positive Outcome Scale (POS) en The World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQoL).

Resultaten

Deelnemers in beide condities verbeterden significant op persoonlijkheidspathologie als primaire uitkomstmaat (SIPP-SF; $F = 6.98$, $p < .05$), en op de secundaire uitkomstmaten: kwaliteit van leven (WHOQoL; $F = 7.81$, $p < .01$), algemeen functioneren (OQ-45; $F = 13.85$, $p < .01$), positieve waarden (POS; $F = 6.20$, $p < .05$) en actieve coping (UCL; $F = 14.21$, $p < .01$). Er was geen significant verschil tussen beide therapiecondities.

Conclusie

Over het geheel genomen suggereren de resultaten dat ACT is een behandeloptie kan zijn voor individuen met therapieresistente persoonlijkheidspathologie. Verder onderzoek is echter gewenst.

Literatuurverwijzing

Chakhssi F, Janssen W, Pol SM, van Dreumel M, Westerhof GJ. Acceptance and commitment therapy group-treatment for non-responsive patients with personality disorders: An exploratory study. *Personal Ment Health*. 2015 Nov;9(4):345-56. doi: 10.1002/pmh.1311.

S4.3

Residentiele dialectische gedragstherapie voor patiënten met een therapieresistente borderline persoonlijkheidsstoornis

Zillah Loderus^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGNet

Achtergrond

Dialectische gedragstherapie (DGT) is een effectieve behandeling voor veel patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) en chronische suïcidaliteit. Indien ambulante behandeling echter ontoereikend is gebleken, worden patiënten met BPS veelal verwezen voor een residentiële behandeling. Over de werkzaamheid van de residentiële DGT is nog weinig bekend.

Doel

Bestuderen van de behandeluitkomsten van een residentiële DGT voor patiënten met een BPS op psychologisch functioneren, coping, hechtingsstijl en kwaliteit van leven.

Methoden

Bij 64 patiënten met een BPS die deelnamen aan een residentiële DGT werden aan het begin en aan het einde van de behandeling (gemiddelde lengte behandeling = 7.2 maanden) door middel van de volgende zelfrapportage vragenlijsten: Outcome Questionnaire 45 (OQ-45), Hechtingsstijl-vragenlijst (HSL), Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II), Utrechtse Coping Lijst (UCL) en de World Health Organization Quality of Life vragenlijst (WHOQoL).

Resultaten

Patiënten die een residentiële DGT behandeling volgden verbeterden significant op psychologisch functioneren (OQ-45; Cohen's $d = 1.84$), coping (UCL; $d = 0.26 - 2.36$), hechtingsstijlen (HSL; $d = 0.18 - 1.20$) en kwaliteit van leven (WHOQoL; $d = 0.66 - 1.88$).

Conclusie

Residentiële behandelingen voor mensen met een BPS worden steeds schaarser in Nederland, maar lijken goede resultaten te hebben bij patiënten met een therapieresistente BPS. Er wordt bediscussieerd welke mechanismen hier een rol in kunnen spelen.

Literatuurverwijzing

Oostendorp JM, Chakhssi F. Inpatient dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: effect on symptoms, coping, attachment and quality of life]. Tijdschr Psychiatr. 2017;59(12):750-758.

S4.4

Effecten van beeldende therapie bij personen met persoonlijkheidsstoornissen cluster B / C: een gerandomiseerde gecontroleerde studie

Suzanne Haeyen^{p1,2,3} / Susan van Hooren^{3,4,5} / William van der Veld⁶ / Giel Hutschemaekers^{6,7}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGNet
2. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
3. Kenvak, lectoraat kennisontwikkeling Vaktherapieën
4. Zuyd Hogeschool
5. Open Universiteit
6. Radboud Universiteit Nijmegen
7. ProPersona

Achtergrond

Multidisciplinaire behandelingsprogramma's voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen bevatten vaak beeldende therapie, maar de effectiviteit van deze interventie is nauwelijks geëvalueerd.

Doel

Het doel van deze studie was om de effecten van een beeldende therapie-interventie op het psychologisch functioneren van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis te evalueren. De duur van de interventie is 10 weken en betreft een beeldend therapeutisch interventieprotocol, waarin vooral gewerkt wordt met beeldend materiaal en beeldende technieken, gericht op emotieregulatie en zelfbeeld.

Methoden

In deze gerandomiseerde gecontroleerde studie werden 57 volwassen deelnemers met de diagnose persoonlijkheidsstoornis cluster B / C (SCID-II) willekeurig toegewezen aan (1) wekelijkse beeldende groepstherapie (1,5 uur, 10 weken) of (2) wachtlijstgroep. Uitkomstmaten Outcome Questionnaire 45, Acceptance and Action Questionnaire-II en Schema Mode Inventory werden afgenomen bij baseline, na de interventie (10 weken na baseline) en bij de follow-up (5 weken na de interventie). Trial registratie: NTR3925; CCMO-register: NL44394.091.13.

Resultaten

Beeldende therapie vermindert niet alleen het algemeen psychische klachtniveau, de symptomen en het disfunctioneren in de sociale rol (resp. $\Delta d = -1.67$, $\Delta d = -1.94$, $\Delta d = -1.25$) maar het vermindert ook de aanwezigheid van maladaptieve schemamodi (Kwetsbare kind $\Delta d = -1.24$; Impulsieve kind $\Delta d = -1.66$; Onthechte beschermer $\Delta d = -1.31$; Bestraffende ouder $\Delta d = -1.29$) maar verhoogt ook de geestelijke gezondheid bij positieve uitkomstmaten met betrekking tot acceptatie en adaptieve schemamodi (Blijde kind $\Delta d = 1.55$; Gezonde volwassene $\Delta d = 1.60$). Dit betekent een meer optimale persoonlijke prestatie, verhoogde autonomie en zelfacceptatie.

Conclusie

Beeldende therapie voor patiënten met persoonlijkheidsstoornis cluster B / C is effectief gebleken. De waarde van beeldende therapie kan zijn het experiëntiële karakter, het hier-en-nu-bewustzijn en het gedresseerde emotionele proces dat zowel positief als negatief geladen kan zijn.

Literatuurverwijzing

Haeyen S, van Hooren S, van der Veld W, Hutschemaekers G. Efficacy of art therapy in individuals with personality disorders cluster B/C: A randomized controlled trial. *J Pers Disord.* 2018;32(4):527-42.

S4.5

Klinische schematherapie bij therapieresistente cluster B en/of C persoonlijkheidsstoornissen

Adinda Gregoire ^p

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Schematherapie is een effectieve behandeling voor patiënten met een cluster B en/of cluster C persoonlijkheidsstoornis. Indien ambulante behandeling ontoereikend is gebleken, worden patiënten verwezen naar specialistische klinische behandelingen in derdelijns behandelsettingen.

Doel

Bestuderen van de behandeluitkomsten van een specialistische klinische schematherapeutische behandeling voor patiënten met cluster B en/of C persoonlijkheidsstoornissen op psychologisch functioneren, schema modi en hechtingsstijl.

Methoden

Bij 88 patiënten met cluster B en/of C persoonlijkheidsstoornissen die deelnamen aan klinische schematherapie werden aan het begin, aan het einde van de behandeling (gemiddeld 7.6 maanden) en na 32 maanden follow-up na ontslag door middel van de volgende zelfrapportage vragenlijsten: Outcome Questionnaire 45 (OQ-45), Schema Modi Inventory (SMI) en de Hechtingsstijlvragenlijst (HSL).

Resultaten

Patiënten die een klinische schematherapie behandeling volgden verbeterden op psychologisch functioneren als primaire uitkomst aan het einde van de behandeling (OQ-45; Cohen's $d = 0.39$; intention to treat) en op de secundaire uitkomstmaten schema modi (SMI; $d = 0.02 - 0.61$) en hechtingsstijlen (HSL; $d = 0.13 - 0.38$). Het effect op de primaire uitkomstmaat nam toe bij de follow-up van 32 maanden ($d = 0.75$).

Conclusie

Klinische schematherapie kan bijdragen aan een verbetering in het functioneren bij een groep patiënten met cluster B en/of C persoonlijkheidsstoornissen die onvoldoende profiteerden van eerdere behandelingen. Er wordt bediscussieerd welke mechanismen hier een rol in kunnen spelen.

Literatuurverwijzing

van Hazendonk TA, Chakhssi F, Hulshof-Banus R. Klinische schematherapie bij volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen. Tijdschrift voor Psychotherapie. 2018;44(4):241.

Schaap GM, Chakhssi F, Westerhof GJ. Inpatient schema therapy for nonresponsive patients with personality pathology: Changes in symptomatic distress, schemas, schema modes, coping styles, experienced parenting styles, and mental well-being. Psychotherapy. 2016; 53(4):402.

S5 Verstandelijke beperking & psychiatrie: update en nieuwe ontwikkelingen

In november 2019 verschijnt het Themanummer van het Tijdschrift voor Psychiatrie over Verstandelijke beperking (VB). Ter gelegenheid hiervan hebben we een symposium samengesteld met de Nederlandse experts op dit gebied die een bijdrage hebben geleverd aan het Themanummer. Het doel van het symposium is om in 6 presentaties de deelnemers op de hoogte te brengen van de 'state of the art' op het gebied van VB-psychiatrie en van recente ontwikkelingen op gebied van bijvoorbeeld traumabehandeling, verslaving, agressie en organisatie van zorg. De presentaties worden gegeven door 5 psychiaters en een GZ-psycholoog die allen jarenlange ervaring hebben met mensen met VB en psychiatrische stoornissen. Alle presentatoren zijn wetenschappelijk actief op het gebied van VB-psychiatrie, zowel nationaal als internationaal.

S5.1

LVB, SCIL en agressie

Jeanet Nieuwenhuis ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. VGGNet

Achtergrond

De SCIL is een korte screener van (licht) verstandelijke beperking en is ontwikkeld onder verschillende populaties [1]. Het is recent gevalideerd voor de EPA doelgroep [2] in Nederland. De SCIL geeft een snelle eerste indruk van het cognitieve niveau van de patiënt, een belangrijke eerste stap voor een op maat gemaakte behandeling en precisiepsychiatrie.

Doel

Exploreren of lage intelligentie/LVB geassocieerd is met hoger risico op agressie bij mensen in behandeling bij een GGZ instelling.

Methoden

In een sample van polikliniek, opname afdeling, FACT en long-stay behandel afdelingen werden 1718 patiënten met de SCIL gescreend tussen 2014 en 2018. Agressie incidenten werden qua datum en tijd aan de sample gekoppeld.

Resultaten

Prevalentie van LVB was bij de poliklinieken 27.2%, bij de opname afdelingen 43.2%, bij de Fact teams 41.6% en bij de long stay afdelingen 67.1%. Bij 285 patiënten werd een agressie incident vastgesteld. Hiervan waren 22 patiënten (8%) poliklinisch in behandeling, 135 (47%) in behandeling bij opname afdelingen, 31 (11%) in behandeling bij FACT teams en 97 (34%) in behandeling bij long stay afdelingen. Een LVB indicatie (SCIL<19) liet alleen bij de opname afdelingen een toegenomen kans zien op agressie (Chisquare= 18.8; OR=1.8, p<0.001). Bij de langdurige verblijfsafdelingen kwam agressie voor in 45% van de patiënten, echter vrijwel gelijkelijk verdeeld over mensen met (52%) en zonder (43%) een LVB indicatie (Chisquare= 1.02; OR=1.4, p<0.200).

Conclusie

De studie laat zien dat met name in de opname setting een LVB indicatie geassocieerd is met een verhoogde kans op een agressie incident. De spreiding van het aantal agressie incidenten per patiënt en de betekenis van al deze bevindingen voor de dagelijkse praktijk wordt in de presentatie besproken.

Literatuurverwijzing

1. Nijman H, Kaal H, van Scheppingen L, Moonen X. Development and Testing of a Screener for Intelligence and Learning Disabilities (SCIL). J Applied Research Intellectual Disability 2018 Jan;31(1):e59-e67.
2. Seelen-de Lang BL, Smits HJH, Penterman BJM, Noorthoorn EO, Nieuwenhuis JG, Nijman HLI. Screening for intellectual disabilities and borderline intelligence in Dutch outpatients with severe mental illness. J Applied Research Intellectual Disability. 2019 Sep;32(5):1096-1102.

S5.2

Aandacht voor zwakbegaafdheid in de geestelijke gezondheidszorg

Jannelien Wieland ^p1

P: Presenterende auteur / spreker

1. Poli+

Achtergrond

In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Nederland wordt zelden de aandacht gericht op mensen met zwakbegaafdheid als aparte groep. Ondertussen blijkt in toenemende mate juist zwakbegaafdheid een belangrijke kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van psychische stoornissen.

Doel

Het doel van deze presentatie is om aandacht te vragen voor zwakbegaafdheid als belangrijke kwetsbaarheid en veelvoorkomende co-morbiditeit in de GGZ.

Methoden

De kwetsbaarheid voor psychische stoornissen van mensen met zwakbegaafdheid wordt beschreven aan de hand van wetenschappelijke literatuur, recente rapporten en beschikbare praktijkkennis.

Resultaten

Mensen met zwakbegaafdheid hebben een hoog risico op het ontwikkelen van psychische stoornissen en een specifiek klinisch profiel, waarbij naast de cognitieve beperkingen, gestapelde problematiek (een combinatie van psychosociale problemen, psychische en/of somatische aandoeningen) een belangrijk kenmerk is.

Conclusie

Zwakbegaafdheid is een belangrijke co-morbiditeit in de GGZ. Door een expliciete aandacht voor zwakbegaafdheid, in onderzoek, onderwijs en in de klinische praktijk, leren behandelaren in de GGZ zwakbegaafdheid bij hun patiënten beter herkennen en kunnen zij beter rekening houden met het specifieke klinische profiel van deze grote minderheid in de GGZ.

Literatuurverwijzing

Emerson E, Einfeld S & Stancliffe RJ. The mental health of young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45(5): 579-587.

Fenning RM, Baker JK, Baker BL, & Crnic KA. Parenting children with borderline intellectual functioning: A unique risk population. *Am J Ment Retard* 2007; , 112(2): 107-121.

Hassiotis A, Strydom A, Hall I. Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. *J Intellect Disabil Res* 2008; 52(2): 95-106.

Salvador-Carulla, L., García-Gutiérrez, J. C., Gutiérrez-Colosía, M. R., Artigas-Pallarès, J., Ibáñez, J. G., Pérez, J. Ge.a. Borderline intellectual functioning: consensus and good practice guidelines. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)* 2013; 6(3), 109-120.

Wieland J & Zitman FG (2016). It is time to bring borderline intellectual functioning back into the main fold of classification systems *BJPsych Bull*; 40(4):204-6

Wieland J, Aldenkamp EA & Vd Brink A. Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ. *Beperkt begrepen*. Bohn, Stafleu en van Loghum; 2017.

S5.3

Verslaving bij mensen met een verstandelijke beperking: goed blijven kijken!

Joanneke van der Nagel ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Tactus Verslavingszorg

Achtergrond

Mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid vormen een risicogroep voor verslaving. Problematisch gebruik binnen deze groep blijft echter vaak lang onopgemerkt, en behandeling wordt frequent gecompliceerd door comorbiditeit en handelingsverlegenheid. Zorg op maat, aansluiten bij de individuele patiënt en scherp blijven in diagnostiek zijn noodzakelijk om met deze uitdagende casus verder te komen.

Doel

Deze presentatie geeft inzicht in prevalentie en risicofactoren voor verslaving bij mensen met een LVB op basis van eigen onderzoek in Nederland en Vlaanderen, alsmede houvast aan professionals bij het vormgeven van diagnostiek en behandeling van mensen met een LVB en verslaving.

Methoden

We presenteren de bevindingen van een aantal epidemiologische studies uitgevoerd in de Nederlandse gehandicaptenzorg en verslavingszorg naar prevalentie en risicofactoren van verslaving bij LVB. Op basis van een casus worden vaak voorkomende obstakels geïllustreerd, en in interactie met het publiek worden oplossingsrichtingen geformuleerd.

Resultaten

Bezoekers aan deze presentatie hebben na deze presentatie inzicht in prevalentie en risicofactoren voor LVB en verslaving, en nieuwe inspiratie voor het werken met LVB en verslaving. Ze zijn bekend met de beschikbare methoden voor diagnostiek en behandeling, en weten bronnen voor meer informatie en ondersteuning te vinden.

Conclusie

Nederland loopt voorop in het aanbod van interventies voor mensen met een LVB en verslaving. Bestaande methodieken worden echter nog onvoldoende gebruikt, professionals moeten hun vaardigheden om met deze groep te werken aanscherpen, en samenwerkingsverbanden moeten verder worden uitgebreid.

Literatuurverwijzing

- Luteijn, I., Didden, R. VanDerNagel, J. E. L. (2017). Individuals with Mild Intellectual Disability or Borderline Intellectual Functioning in a Forensic Addiction Treatment Centre: Prevalence and Clinical Characteristics, *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 240-251.
- Swerts, C., Vandeveldde, S., VanDerNagel, J. E. L., Vanderplasschen, W., Claes, C., & DeMayer, J. (2017). Substance Use among Persons with Intellectual Disabilities (ID) Living Independently in the Community in Flanders. *Research in Developmental Disabilities*, 63, 107 – 117.
- VanDerNagel JEL, Kiewik M, van Dijk M, de Jong CAJ, Didden R. Handleiding SumID-Q. Meetinstrument voor het in kaart brengen van middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Deventer: Tactus; 2011.
- VanDerNagel JEL, Kiewik M, Didden R, Korzilius HPLM, van Dijk M, Van der Palen J, e.a. Substance use in individuals with mild to borderline intellectual disability in the Netherlands: An exploration of Risks and Rates. *Adv Neurodev Disord* 2017a: 283-293.
- VanDerNagel JEL, Kiewik M, Didden R. Handboek LVB en verslaving. Amsterdam: BOOM; 2017b.
- VanDerNagel JEL, Van Dijk M, Kemna LEM, Barendregt C, Wits, E. (H)erkend en juist behandeld, Handreiking voor implementatie en uitvoering van een LVB-vriendelijke intake in de verslavingszorg. Utrecht: Perspectief; 2017c.

S5.4

Recente ontwikkelingen in genetisch onderzoek en gedragsfenotypes

Karlijn Vermeulen p¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Karakter Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Achtergrond

Recente ontwikkelingen in de genetica maken het mogelijk om bij neurobiologische ontwikkelingsstoornissen in ~60-70% van de gevallen een genetische oorzaak te vinden.

Een genetische oorzaak kan inzicht geven in geassocieerde psychopathologie, somatische comorbiditeit, beloop en handvatten geven voor behandeling.

Doel

Een overzicht van de ontwikkelingen in de genetica en hoe deze in de dagelijkse psychiatrische praktijk van toepassing kunnen zijn, aangevraagd kunnen worden en geïnterpreteerd kunnen worden.

Deelnemers krijgen een update van de ontwikkelingen die gaande zijn op dit vlak.

Methoden

Klinische expertise in combinatie met een search gedaan in Pubmed met als trefwoorden “behavioural phenotype”, “intellectual disability”, “exome” en “genome”.

Resultaten

Er wordt een overzicht gegeven van ontwikkelingen in de genetica. Enkele nieuwe syndromen worden uitgelicht (Prader-Willi like syndrome, KBG syndroom en Kleefstra syndroom) met hun klinische implicaties.

Conclusie

In toenemende mate worden er genetische diagnoses gesteld bij patiënten met neurobiologische ontwikkelingsstoornissen. Basiskennis over recente genetische technieken is helpend voor psychiaters in het afwegen van zowel verwijzing voor genetische diagnostiek alsmede het plaatsen van een genetisch syndroom in de psychiatrische behandelcontext.

Deze nieuwe technieken zullen in de toekomst gebruikt worden als standaard genetisch onderzoek bij patiënten met neurobiologische ontwikkelingsstoornissen.

Literatuurverwijzing

Deciphering Developmental Disorders Study. Prevalence and architecture of de novo mutations in developmental disorders. Nature 2017; 542: 433-8.

Willemsen MH, Kleefstra T. Making headway with genetic diagnostics of intellectual disabilities. Clin Genet 2014; 85: 101-10.

Press KR, Wiczorek L, Hoover-Fong J, Bodurtha J, Taylor L. Overview: referrals for genetic evaluation from child psychiatrists. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2016; 10: 7.

S5.5

Wilsbekwaamheid bij mensen met een verstandelijke beperking

Irma Hein ^p1

P: Presenterende auteur / spreker

1. Amsterdam UMC locatie AMC en de Bascule

Achtergrond

Wilsbekwaamheid is een complex begrip binnen de contexten van ethiek, recht, psychologie en geneeskunde. Wilsbekwaamheid is een voorwaarde om geïnformeerde toestemming te kunnen geven voor een medische interventie. Het gaat niet om een categorische eigenschap van een bepaalde groep mensen, maar moet per beslissing en per situatie vastgesteld worden. Hoe ingrijpender een beslissing is, hoe zorgvuldiger hulpverleners naar wilsbekwaamheid moeten kijken.

Doel

In deze presentatie wordt ingegaan op de betekenis van het begrip wilsbekwaamheid bij mensen met een verstandelijke beperking, de juridische kaders in Nederland en België, het beoordelen van wilsbekwaamheid en het ondersteunen ervan.

Methoden

Overzicht van de theorie en recent onderzoek op het gebied van wilsbekwaamheidsbeoordelingen bij mensen met een verstandelijke beperking aan de hand van een overzicht van internationaal verschenen onderzoek en literatuur, en eigen onderzoek en publicaties op dit gebied.

Resultaten

Beoordelingen van wilsbekwaamheid zijn regelmatig gebaseerd op het subjectieve oordeel van een hulpverlener en hebben daarmee een lage betrouwbaarheid (Frederiks & Koopman, 2017; Hein & Hondius, 2017). Praktische handvatten zijn van groot belang om het handelen van de hulpverlener toetsbaar te maken voor zowel patiënten, vertegenwoordigers en collega's. Recent empirisch onderzoek naar wilsbekwaamheid toont aan dat de MacArthur Competence Assessment Tool een valide en betrouwbaar instrument is om wilsbekwaamheid mee te beoordelen (Hein, 2015a). Intelligentie is, naast leeftijd, een bepalende factor voor wilsbekwaamheid (Hein, 2015b). Uit onderzoek bij normaal begaafde minderjarigen blijkt dat kinderen vanaf 11,2 jaar over het algemeen wilsbekwaam zijn om mee te beslissen over deelname aan medisch onderzoek, en kinderen onder de 9,6 jaar meestal niet (Hein, 2015a).

Conclusie

De beoordeling van wilsbekwaamheid ter zake een medische beslissing kan lastig zijn en verstrekkende gevolgen hebben en dient daarom zorgvuldig en goed onderbouwd te gebeuren. Daarnaast verdient het aanbeveling om mensen met een verstandelijke beperking te ondersteunen om zoveel mogelijk zelf beslissingen te kunnen nemen.

Literatuurverwijzing

- Frederiks, B.J.M. en I. Koopmans. Mensen met een verstandelijk beperking. In: Hein, I. en A. Hondius. Wilsbekwaamheid in de medische praktijk. De Tijdstroom, Utrecht 2017.
- Hein IM, Blankman C, Vellinga A, Hondius A.J.K. (2019). Wilsbekwaamheid beoordelen. Ned Tijdschr Geneeskd. 2019;163:D3731
- Hein, I.M. (2015a). Children's competence to consent to medical treatment and research (proefschrift Universiteit van Amsterdam). Amsterdam University Press.
- Hein, I.M., Hondius, A. (2017). Wilsbekwaamheid in de Medische Praktijk. Redactie. Uitgeverij de Tijdstroom, Utrecht, 2017.
- Hein IM, Troost PW, Lindeboom R, Goudoever JBv, Lindauer RJL. (2015b). Key factors in children's competence to consent to clinical research. BMC Medical Ethics 2015, 16:74. doi:10.1186/s12910-015-0066-0

S5.6

Behandeling van PTSS bij mensen met een laag IQ

Erica Aldenkamp ^p1

P: Presenterende auteur / spreker

1. Poli Plus Leiden

Achtergrond

Patiënten met een laag IQ hebben een grotere kans op het ontwikkelen van een PTSS. Als het lage IQ én de PTSS klachten herkend worden, leidt dit in de GGZ tot exclusie voor behandeling.

Doel

Zijn reguliere behandelingen voor PTSS bruikbaar bij patiënten met een lager IQ?

Methoden

Kwalitatieve review van praktijkervaring, wetenschappelijke literatuur en recente rapporten over verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid, PTSS en de GGZ.

Resultaten

Kijkend naar de evidence based behandelingen voor PTSS, (Tf-CGT en EMDR) toegepast op bovengenoemde doelgroep, is terughoudendheid niet nodig, mits in de bejegening en communicatie afgestemd wordt op de gevolgen van het lage IQ.

Conclusie

Er is reden om aan te nemen dat reguliere behandeling ook bruikbaar is bij patiënten met een lager IQ. Onderzoek om deze aanname te bevestigen is zeer noodzakelijk, zeker als gekeken wordt naar de omvang van deze groep.

Literatuurverwijzing

Aldenkamp, EA, van den Brink A. Stabiliserend EMDR. EMDR Magazine 2015 (3): pag 10 -13.
Karatzias et al. A mixed-methods, randomized controlled feasibility trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) plus Standard Care (SC) versus SC alone for DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in adults with intellectual disabilities. Journal of applied Research. 2019: 32(5).
Mevisen L, Didden R, de Jongh A. EMDR voor trauma- en stressor- gerelateerde klachten bij patiënten met een verstandelijke beperking. Overzicht en casusbespreking 2016. Directieve therapie, 2016, (36): 5-26.
Mevisen L, Didden R, de Jongh A. DITS-LVB voor volwassenen. Diagnostisch Interview Trauma en Stressoren Licht Verstandelijke Beperking. 2018.
Stenfert Kroese, B. et al. Trauma-focussed cognitive-behaviour therapy for people with intellectual disabilities: Outcome of a pilot study. Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities. 2016. 10(5):299-310.
Vereenoghe et al. Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. Research in developmental disabilities. 2013. 34(11):4085-4102
Vervoort-Schel J, Mercera G, Wissink I, Mink E, van der Hel P, Lindauer R, Moonen X. Adverse Childhood Experiences in Children with Intellectual Disabilities: An Exploratory Case-File Study in Dutch Residential Care.2018.

S6 ENGELSTALIG SYMPOSIUM Bridging data to clinical practice; what brings new research to transgender care?

The Center of Expertise on Gender Dysphoria (CEDG) in Amsterdam has a long history for providing medical affirming treatment to transgender persons and for conducting scientific research. The aim of this research is to better understand the development of gender identity, to gain more insight in treatment-outcomes and to improve transgender care. Recent years have shown an increased attention regarding transgender persons. This increase is paralleled by a sharp rise in the amount of CEDG referrals. The number of yearly assessed persons increased 20-fold from 34 in 1980 to 686 in 2015 and even larger numbers of referrals at present. Now that gender dysphoria appears to be no longer a rare phenomenon, clinicians in non-transgender specialized care will likely be confronted with this topic. Research results that will be discussed in this symposium are all very relevant and gaining more insight in these topics can lead to clinical consequences that can further improve transgender care.

S6.1

Trends in suicide death risk in transgender people: results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972-2018)

Marijke Bremmer^{p1,2} / Chantal Wiepjes^{1,3} / Martin den Heijer^{1,3}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Center of Expertise on Gender Dysphoria, Amsterdam UMC, VU University Medical Center, Amsterdam, the Netherlands
2. Department of Psychiatry, Amsterdam UMC, VU University Medical Center, Amsterdam, the Netherlands
3. Department of Endocrinology, Amsterdam UMC, VU University Medical Center, Amsterdam, the Netherlands

Achtergrond

Numbers of people who identify as transgender or non-binary are increasing. Small studies indicate increased risks of suicide and para suicidal behavior in transgender people. Evidence on suicide risk in trans women (Male to Female transgender) compared to trans men (Female to Male transgender), stage of transition, as well as trends over time, are lacking.

Doel

To explore the overall suicide death rate in trans women and trans men, to study the change in incidence of suicide death rate over time, and at what stage in transition (pre-treatment, during hormonal treatment and/or surgical phase, or post-treatment) suicide deaths were observed.

Methoden

Cohort study between 1972 and 2018 among 8,263 patients visiting the Center of Expertise on Gender Dysphoria of the Amsterdam University Medical Centers. Information on suicide death occurrence (event), and time and cause of death was obtained by cross-checking multiple sources: the National Civil Record Registry 21, the hospital registration system, and medical and psychological files. Cox regression analyses were performed with date of first visit as start date of follow-up and date of death or date of closing the database (December 31, 2017) as end date. Incidence was expressed as number of events per 100.000 person years for each calendar year.

Resultaten

Out of 5,107 trans women and 3,156 trans men, 41 trans women (0.8%) and 8 trans men (0.3%) died by suicide, which is 64 per 100,000 person years in trans women and 29 per 100,000 person years in trans men. In trans women, suicide death rates decreased over time (per year: HR 0.96, 95% CI 0.93 – 0.99), while it did not change in trans men (per year: HR 1.10, 95% CI 0.97 – 1.25). Of all suicide deaths, 14 people were no longer in active counseling at our clinic, whereas 35 had a face-to-face contact with the clinic in the previous two years. Sixteen of these 35 people only came for a medical check-up, as they were post-surgery (vaginoplasty or phalloplasty), while two people were in the surgery trajectory, and 17 were still in the diagnostic or hormonal phase. The mean number of suicides in the years 2013-2017 was higher in the trans population (40 per 100,000 person years) compared with the Dutch population (11 per 100,000 person years).

Conclusie

We observed no increase in suicide death risk over time and even a decrease in suicide risk in trans women was observed. However, since the suicide risk in the transgender population is still higher than in the general population and seems to occur during every stage of transitioning, it is of great importance to pay specific attention to this in the counseling of this population and in providing adequate suicide prevention programs.

Literatuurverwijzing

Marshall, E., Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G. L., Arcelus, J. Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: A systematic review of the literature. (2016). *International Review of Psychiatry*, 28(1), 58-69. Wiepjes, C. M., Nota, N. M. de Blok, C. J., et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment and Regrets. (2018). *Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 582-590.

S6.2

Sexual and romantic experiences of transgender youth before, during and after gender affirmative treatment

Sara Bungener¹ / Thomas Steensma¹ / Peggy Cohen-Kettenis¹ / Annelou de Vries¹ / Arne Popma¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Center of Expertise on Gender Dysphoria, Amsterdam UMC, VU University Medical Center, Amsterdam, the Netherlands

Achtergrond

Early gender affirmative treatment for adolescents may consist of puberty suppression, affirming hormones and gender affirmative surgeries. This treatment potentially may influence sexual development.

Doel

The aim of the current study is to describe sexual and romantic development before, during and after gender affirming treatment.

Methoden

To 137 gender-identity clinic referred adolescents (mean age 14.69 years, SD 2.20), 60 transboys (birth assigned females) and 77 transgirls (birth assigned males) a questionnaire was administered on sexual experiences (kissing, petting while undressed, sexual intercourse), romantic experiences (falling in love, romantic relationships), sexual orientation, negative sexual experiences and sexual satisfaction. They were assessed twice, before and one year after gender affirmative treatment. Experiences of the transgender adolescents were compared with data of same-aged youth of a Dutch general population study (N = 8520).

Resultaten

Of the untreated transgender adolescents at time of referral, 77 % had fallen in love, 50% had had a romantic relationship, 26% had experienced petting while undressed and 5 % had had sexual intercourse. Transboys had more sexual experience than transgirls. In comparison with the general population, transgender adolescents were sexually less experienced in all sexual areas. One year post surgery young transgender adults reported a significant increase in experiences on all types of sexual activities: Masturbation increased from to 81.7%, petting while undressed to 78.7% and sexual intercourse from to 37.6%, compared to pre-surgery. Young transmen and transwomen were almost equally experienced. young transgender adults were still less experienced on all types of sexual activities compared to their peers from the Dutch population.

Conclusie

Early gender affirmative treatment (including puberty suppression, affirmative hormones and surgeries) may provide young transgender adults the opportunity to increase their romantic and sexual experiences.

Literatuurverwijzing

Bungener, S. L., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. (2017). Sexual and Romantic Experiences of Transgender Youth Before Gender-Affirmative Treatment. *Pediatrics*, 139(3). Bungener, S. L., de Vries, A. L., Popma, A., Steensma, T. D. (2019). Sexual experiences of young transgender persons during and after gender affirmative treatment, *Pediatrics*, under review.

S6.3

A follow up study of transgender adolescents who stopped their medical treatment with puberty blockers

Marijn Arnoldussen ^{p1} / Lieke Vrouwenraets ² / Annelou de Vries ¹ / Thomas Steensma ¹ / Sabine Hannema ³ / Arne Popma ¹ / Martine de Vries ³

P: Presenterende auteur / spreker

1. Center of Expertise on Gender Dysphoria, Amsterdam UMC, VU University Medical Center, Amsterdam, the Netherlands
2. Department of Pediatric and Adolescent Psychiatry, Curium-Leiden University Medical Centre, Oegstgeest, The Netherlands
3. Department of Pediatrics, Leiden University Medical Centre, Leiden, The Netherlands

Achtergrond

Since the 1970s, medical gender affirming treatment with hormones and surgeries has been an accepted treatment for transgender adults. However, medical treatment including puberty blockers (PB) in young transgender adolescents who enter puberty is still under debate. One of the reasons for this debate is the possibility that the gender identity of children and adolescents still may change over time. Another point of concern is the fact that there are no data on the long-term physical outcome of this treatment. Up until now, there are only a few evaluative studies that have focused on the effect of PB on mental-health related outcomes. These studies showed that behavioural and emotional problems decreased, while general functioning significantly improved during PB with a further increase after introducing gender affirming hormone treatment and surgeries. The participants in these studies, however, were all adolescents who started gender affirming hormonal therapy after their treatment with PB. Little is known about the adolescents who stopped their treatment with PB and did not start with gender affirming hormonal therapy. Between 2000 and 2017, At the Amsterdam UMC, 15 of the 864 adolescents (1.74%) that started with PB stopped their treatment and at Leiden University MC, between 2010 and 2018, 6 of the 139 (4.32%) adolescents stopped their treatment with PB. It is unknown what their considerations were for starting and stopping with PB and how they experienced their treatment.

Doel

The aim of our study is to further improve the care for young transgender adolescents and to gain a better understanding in the development of their gender-identity. The objectives are to: 1) examine what the reasons were for the transgender adolescents to start and stop their medical treatment with PB; 2) examine how these adolescents further developed with regard to their gender-identity; 3) examine how these adolescents look back on their treatment with PB.

Methoden

Semi-structured interviews were conducted with 7 (2 AMAB's, 5 AFAB's) of the adolescents who stopped PB to identify their considerations regarding the treatment. Themes that were discussed were, among others, reasons for starting and stopping their treatment with PB, the development of their gender-identity and how they look back on their treatment now. After transcribing the qualitative data, the main ideas for each question or topic were formulated and eventually different themes were identified. These themes were described in a descriptive narrative.

Resultaten

For the interviewed adolescents, one reason for starting with PB was to create thinking time, other adolescents experienced their treatment with PB as the first step into the transitioning of their gender. An often mentioned reason for stopping treatment was that adolescents experienced that they did experience dysphoria towards their assigned gender and found out during PB treatment that they did not desired a cross-gender identification, as they indicated before starting with PB treatment. So, they found out that they did not identify themselves as exclusively male or female but in a more non-binary way (i.e. gender neutral, agender etc). None of the interviewed adolescents regret their treatment with PB.

Conclusie

The gender-identity of the majority of the interviewed adolescents was still developing at the time of treatment with PB and different aspects influenced this development. None of the adolescents regret their treatment with PB, but rather consider it as a contribution to the development of their identity. It can be concluded that it is important that adolescents get the time and space to explore their gender-identity. Clinicians must be aware that the development of gender identity continues for a part of the group who is getting PB and may change over time.

Literatuurverwijzing

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869-3903. Costa, R., Carmichael, P., Colizzi, M. (2016). To treat or not to treat: puberty suppression in childhood-onset gender dysphoria. *Nature Reviews Urology*, 13(8), 456-462. Richards, C., Maxwell, J., McCune, N. (2019). Use of puberty blockers for gender dysphoria: a momentous step in the dark. *Archives of Disease in Childhood*, 104(6), 611-612. de Vries, A. L., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A., Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2276–2283. de Vries, A. L., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C., Doreleijers, T. A., Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young Adult Psychological Outcome After Puberty Suppression and Gender Reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696-704.

S6.4

Moral challenges in transgender care: a thematic analysis based on a focused ethnography

Karl Gerritse^{p1,2} / Laura Hartman¹ / Marte Fleur Antonides¹ / Annelijn Wensing-Kruger² / Annelou de Vries² / Bert Molewijk^{1,3}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Department of Medical Humanities, Amsterdam UMC, VU University Medical Center, Amsterdam, the Netherlands
2. Center of Expertise on Gender Dysphoria, Amsterdam UMC, VU University Medical Center, Amsterdam, the Netherlands
3. Center for Medical Ethics, Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway

Achtergrond

Treatment teams providing transgender affirming medical care are inherently faced with various kinds of moral and ethical dilemmas and questions, which are becoming even more pressing due to increasing treatment numbers and public attention for transgender care. Little is known about what kinds of moral and ethical challenges manifest in clinical practice.

Doel

The aim of the present research was to map the moral and ethical challenges of healthcare professionals working in a specialized multidisciplinary transgender care center.

Methoden

Over a period of 7 months, during a focused ethnographic study, data were collected through participant observation of multidisciplinary team meetings, observation of individual psycho-diagnostic assessment sessions with clients, and analysis of transcripts and reports of a series of moral case deliberations.

Resultaten

A thematic content analysis of the data identified various implicit and explicit moral and ethical challenges around the following six themes: (1) assessing eligibility; (2) content of treatment; (3) sequential order of the treatment steps; (4) role of the clinical guidelines; (5) differing notions regarding gender identity, and (6) decision-making process.

Conclusie

Our research provides a detailed insight into the way healthcare professionals experience these moral and ethical challenges and how they are related to (local) guidelines, the multidisciplinary character of GD care, and its inherent implicit and explicit gender norms. Our findings suggest that good transgender care may profit from continuous multidisciplinary deliberation of and sensitivity toward the normative dimension of transgender care. The paper ends with recommendations for ethics support mechanisms in transgender care.

Literatuurverwijzing

Gerritse, K., Hartman, L. A., Antonides, M. F., Wensing-Kruger, A., de Vries, A., Molewijk, A. C. (2018). Moral challenges in transgender care: A thematic analysis based on a focused ethnography. *Archives of Sexual Behavior*, 47(8), 2319–2333.

WORKSHOPS

W1 Subtyperen van suïcidaal gedrag

Remco de Winter ^{w1,2} / Anne van den Bos ^{w1} / Connie Meijer ³ / Marieke de Groot ⁴

W: Workshopleider

1. GGZ Rivierduinen
2. Vrije Universiteit Amsterdam
3. Sussex Partnership NHS Foundation Trust
4. Lentis

Inhoud (wat)

Suïcidaliteit wordt in de regel als een uniform verschijnsel gedefinieerd en er is weinig onderzoek naar differentiatie bij suïcidaal gedrag verricht in de heterogene groep van patiënten met psychiatrische symptomatologie. In de psychiatrische praktijk zien we echter verschillende vormen van suïcidaal gedrag en is ons handelen in de regel op het klinisch oordeel gebaseerd. Ook wordt er in richtlijnen geen goed onderscheid gemaakt. Om meer precies het risico te beoordelen, maar ook om beter te kunnen behandelen is het belangrijk dat we suïcidaal gedrag nauwkeuriger differentiëren. De auteurs hebben op basis van klinische ervaring en vanuit een wetenschappelijke achtergrond een model voor differentiatie ontwikkeld. Uit dit model komen 4 vormen van suïcidaal gedrag. Het model is getoetst en is daarop ook aangepast. Voor de differentiatie is een vragenlijst ontwikkeld de SUICIDI (SUICIdality Differentiation).

Vorm (hoe)

Het eerste gedeelte van de cursus bestaat uit een theoretisch gedeelte waarbij de kandidaten het model wordt uitgelegd.

de kandidaten leren 4 subtypen

In het 2e gedeelte wordt er aan de hand van casuïstiek geoefend met de SUICIDI en wordt er gekeken of de kandidaten op basis van de vragenlijsten en klinische ervaring suïcidaal gedrag kunnen differentiëren in een subtype

- 1) Perceptuele Desintegratie,
- 2) Primair Depressieve Cognitie
- 3) Psychosociale "Entrapment"
- 4) Inadequate Communicatie(coping)

Leerdoelen

U kunt suïcidaal gedrag beter differentiëren. U leert om suïcidaal gedrag in te kunnen delen in een subtype waarbij u meer precies een uitspraak kunt doen over een eventuele behandeling. Verder kunt u daarbij ook een betere inschatting doen over de mate van verantwoordelijkheid en bij wie dit kan liggen. Ook heeft u geleerd wat de beperkingen kunnen zijn om suïcidaal gedrag te dichotomiseren in verschillende subtypen.

Literatuurverwijzing

- Bernanke J, Galfalvy HC, Mortali MG, Hoffman LA, Moutier C, Nemeroff CB, Stanley BH, Clayton P, Harkavy-Friedman J, Oquendo MA. Suicidal ideation and behavior in institutions of higher learning: A latent class analysis. *J Psychiatr Res.* 2017; 9;95:253-259
- Colpe LJ, Pringle BA. Data for building a national suicide prevention strategy: what we have and what we need. *Am J Prev Med.* 2014 Sep;47(3 Suppl 2):S130-6.
- Van Hemert, A., Kerkhof, A., de Keijser, J., Verwey, B., van Boven, C., Hummelen, J., de Groot M, Lucassen P e.a.. Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom 2012.
- Klonsky ED, Qiu T, Saffer BY. Recent advances in differentiating suicide attempters from suicide ideators. *Curr Opin Psychiatry* 2017; 30:15–20.
- Dawson D, MacMillan HL. Relationship Management of the Borderline Patient: From Understanding to Treatment. New York: Brunner/ Mazel; 1993.
- Jobs, DA., Gregorian, MJ., Colborn, VA.. A Stepped Care Approach to Clinical Suicide Prevention. *Psychological Services* 2018; 15(3), 243–250
- de Groot MH, de Winter RF. De beoordeling van het suïciderisico in: van Heeringen, Portzky, de Beurs & Kerkhof (red). *Handboek suïcidaal gedrag*, de Tijdstroom 2019.
- De Winter, R.F. Proefschrift Towards an improvement of the differentiation of depressive disorders. A multidimensional approach. 2009 doctorate thesis Universiteit Leiden
- De Winter RF, van de n Bos A. Differentiatie van suïcidaal gedrag. Discussiegroep Voorjaarscongres NVVP 2018, vrijdag 13 april 2018 Maastricht.
- De Winter RF., de Groot MH., van Dassen M, Deen ML, de Beurs DP. Het vóórkomen van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen bij de psychiatrische crisisdienst. *Tijdschr Psychiatr* 2017, 59(13), 140-149
- Meijer, C. Psycho-social contributing factors and suicidal behaviour of patients who committed suicide between March 2016 and March 2017 Adult mental health services. Sussex partnership, NHS foundation trust, April 2018

W2 “Diagnostiek en behandelopties bij Functioneel-neurologische stoornis / Conversiestoornis”; Precisie-Psychiatrie!

Sabine Swolfs w¹

W: Workshopleider

1. Etz

Inhoud (wat)

Onverklaarde motorische of sensorische symptomen worden in de DSM-5 aangeduid als conversiestoornis; “functioneel-neurologische-symptoomstoornis” (FNS/CS). De klachten kunnen zich onder andere manifesteren als spierzwakte, spierspasmen, moeite met praten, ongevoeligheid voor pijn, doofheid, visusklachten, toevallen en convulsies (PNEA).

Zeker binnen de neurologische en ziekenhuis-psychiatrische populatie komen conversieve klachten veelvuldig voor.

Het sluit goed aan bij het vergezicht “van DSM naar transdiagnostisch/dimensioneel”; het betreft een heterogene patiënten-populatie, waarbij gestructureerde diagnostiek, en vervolgens goede uitleg aan de patiënt en zijn netwerk essentieel zijn voor een goede start van een behandeling en herstel.

Bovenop de langer bestaande interventies, zijn er nieuwe ontwikkelingen te melden. De ervaring leert dat deze complexe casuïstiek altijd behandelingen op maat vraagt; “precisie-werk” dus!

We laten n.a.v. een casus, achtereenvolgens passeren;

- Korte update m.b.t. achtergrondinformatie conversie (ouderenpsychiater N.Veth)
- Want wat zijn do’s en don’ts in een conversie-consult? Welke reattributie-modellen kunnen helpen? (aios M.Heesterbeek en ziekenhuispsychiater S.Swolfs)
- Hoe kan een neurologisch onderzoek helpen onderscheid te maken tussen een neurologische ziekte, conversie, nabootsen of simulatie? Hoe kan je “positive signs” benutten in je uitleg? Zijn beeldvormende technieken van meerwaarde? (ziekenhuispsychiater M.Roobol)
- Waar bestaat het actuele therapeutisch aanbod bij conversie uit? Hier komen o.a. psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie, fysiotherapie, psychomotore therapie (doel; lichaamsmentaliteit bevorderen) en ook het toepassen van hypnotische interventies (o.a. katalepsie) aan bod. (gz-psychologe mw Broekhuizen-Dijksman)

Vorm (hoe)

We laten bewust in workshop-format, de hierboven genoemde thema’s op praktisch toepasbare wijze aan bod komen;

op een manier die sterk de interactie met de participanten vergroot.

Leerdoelen

State-of-the-art update t.a.v. de achtergronden, diagnostische- en behandelmogelijkheden van conversie. Het oefenen met een “conversie-consult”; hoe krijgen we het goed uitgelegd? Hoe het neurologisch onderzoek max. te benutten ter diagnostiek en reattributie? En wat zijn vervolgens de persoons- danwel klachtgerichte behandelopties?

Literatuurverwijzing

Beilen van, M., e.a., Functionele bewegingsstoornissen, Tijdschrift voor Neurologie en Neurochirurgie, 2005, pg.100-107.

K.Hoogduin, Psychologische interventies bij conversiestoornissen.

Kanaan, R.A. e.a., The role of psychiatrists in diagnosing conversion disorder; a mixes-method analysis. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2016, 1181-1184.

Moene, F.C., Rumke, M., Behandeling van de conversiestoornis. 2004, Praktijkreeks Gedragstherapie deel 20.

Moene, F.C., Roelofs, K., Hypnosis in the treatment of conversion and somatization disorders. The Oxford Handbook of hypnosis, theory, research and practice, 2008, 625-647.

Schaik van, A., e.a., Simulatie in het algemeen ziekenhuis, Ned.Tijdschrift voor Geneeskunde, 2012.

Stone J, e.a., Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria". BMJ; October 2005.

Thema-nummer Directieve therapie, 2015, nr.3; toepassing van hypnose en katalepsie bij conversiestoornis

Vermeulen, M., Conversiestoornis, Ned.Tijdschrift voor Geneeskunde, 2012.

Zorgstandaard Conversiestoornissen, 2017.

W3 Ervaringen van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE): van handelingsverlegenheid naar herstel door precisie in context

Barbara Stringer ^{w1} / Didier Rammers ^{w1} / Bauke Koekkoek ^{2,3,4} / Roel Mocking ⁵

W: Workshopleider

1. Centrum voor Consultatie en Expertise
2. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
3. Politieacademie Apeldoorn
4. Pro Persona GGZ
5. Amsterdam UMC, locatie AMC

Inhoud (wat)

Iedere clinicus heeft wel eens te maken met een vastgelopen casus. Een situatie waarbij de kwaliteit van leven van de patiënt ernstig in het geding is, er sprake is van een hoge lijdensdruk en naasten onmachtig zijn. Behandelprotocollen schieten te kort; er blijft sprake van frequente en ernstige uitingen van agressie, zelfbeschadiging, suicidaliteit of juist extreme passiviteit of zelfverwaarlozing. Het betreft patiënten die ongewild en ongewenst uitstoting oproepen, ingegeven door onmacht, gebrek aan kennis en/of uitputting. Uitstoting in de vorm van veelvuldige overplaatsingen, langdurende separaties, opnames op (forensische) afdelingen met een hoog beveiligingsniveau of ontslag richting dak- en thuisloosheid zonder adequate zorg en begeleiding. Second opinion levert geen nieuwe inzichten op, als clinicus weet je niet meer wat te doen. Je voelt je handelingsverlegen, net als je collega's en de zorgprofessionals die je voorgingen.

Voor deze vastgelopen situaties is in Nederland, op voordracht van het ministerie van VWS, het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) beschikbaar. Het CCE biedt een onafhankelijk perspectief aan handelingsverlegen teams, om te komen tot hernieuwd inzicht bij vastgelopen situaties en daardoor het vergroten van de kwaliteit van bestaan. Het CCE wordt jaarlijks 1350 keer geconsulteerd, waarvan ongeveer 250 keer in de GGZ.

Door transdiagnostisch en multidimensioneel te kijken wordt de casus opnieuw in beeld gebracht. Vervolgens wordt onderzocht hoe het patiënt-narratief en het perspectief van naasten en de behandelaren dichter bij elkaar gebracht kunnen worden. Hieruit volgt een gepersonaliseerd advies, wat bijvoorbeeld in de vorm van een N=1 trial kan worden geïmplementeerd.

Vorm (hoe)

In deze workshop bespreken we bevindingen van recent onderzoek naar de aard van deze consultatietrajecten. Om welke patiënten gaat het, welke vragen worden gesteld, en welke oplossingsrichtingen worden aangedragen? Zo ontstaat een uniek beeld van (1) situaties waar behandelaren handelingsverlegen zijn om (persoonlijk) herstel te realiseren en (2) mogelijke inzichten om de impasse te doorbreken.

Aan de hand van exemplarische casussen worden deelnemers door de experts uitgenodigd om vanuit het perspectief van het CCE naar de ingebrachte casus te kijken. Er worden voorbeelden gegeven van gepersonaliseerde interventies die de vastgelopen situatie vlot hebben kunnen trekken. Tevens is er ruimte om eigen casuïstiek in te brengen

Leerdoelen

Door het volgen van deze workshop leren deelnemers vanuit het perspectief van het CCE naar vastgelopen casussen te kijken, en wordt het deelnemers duidelijk wanneer consultatie een mogelijke meerwaarde kan hebben. Ten slotte zijn we benieuwd hoe we beter kunnen aansluiten binnen de psychiatrie, om het effect van onze consultaties verder te maximaliseren.

Literatuurverwijzing

- Handelingsverlegenheid in de GGZ: een beschrijvende studie. B. Stringer, R. Mocking, D. Rammers, et al. In preparation.
- Zelfverwonding. B. Hendrikse. 2017
- De relatie tussen organisatiecontext en probleemgedrag bij mensen met een verstandelijke beperking: het perspectief van gedragskundigen, managers en teamleiders. V.C. Olivier-Pijpers, J.M. Cramm, en A.P. Nieboer. NTZ (2); 87-109; 2019.
- Influence of the organizational environment on challenging behaviour in people with intellectual disabilities: Professionals' views. Olivier-Pijpers VC, Cramm JM, Nieboer AP. J Appl Res Intellect Disabil. 2019 May;32(3):610-621. doi: 10.1111/jar.12555

W4 De therapieresistente patiënt met PTSS. Ben je ooit “uitbehandeld”?

Joop de Jong ^{w1} / Carien de Kloet ² / Ingrid Wigard ^{w1}

W: Workshopleider

1. Parnassia Groep
2. Centrum 45

Inhoud (wat)

De lifetime - prevalentie van PTSS is ongeveer 8% en het voorkomen is afhankelijk van vele variabelen. Het leed dat gepaard gaat met het hebben van PTSS is fors en de vaak voorkomende comorbiditeit is daar mede debet aan. Er zijn gelukkig vele, goede, evidence-based psychotherapeutische en farmacotherapeutische behandelingen. De efficiëntie van de therapieën uitgedrukt in number needed to treat is in onderzoek tussen 2 en 4. Dat is mooi, maar betekent ook dat er een aanzienlijk aantal is dat na behandeling nog steeds kampt met PTSS. In de praktijk blijkt dat sommige therapeuten dan zeggen dat deze patiënt uitbehandeld is, maar is dit wel terecht? Zijn er alternatieven? en wat als iemand twee of drie verschillende therapieën gehad heeft en nog steeds PTSS heeft? Wanneer zeg je dat het genoeg is en moet je dan nog iets bieden? zo ja, wat?

Vorm (hoe)

Casuïstiek wordt gepresenteerd waardoor het probleem concreet, herkenbaar en bespreekbaar wordt. Kort wordt relevant onderzoek doorgenomen waarna discussie en bespreking volgt wat goede zorg zou kunnen zijn voor PTSS-patiënten die niet opknappen. Hierbij wordt stilgestaan bij de diversiteit in de presentatie en mogelijkheden om hier op aan te sluiten in de behandeling en de integratie van psychotherapeutische en farmacotherapeutische behandelingen. Uiteraard komt ook behandelalgoritme bij comorbide stoornissen aan bod en worden farmacotherapeutische behandelstappen besproken die nog onvoldoende zijn onderzocht, maar in de klinische praktijk wel effect sorteren. Uiteraard wordt ook het advies vanuit de zorgstandaard (indien bekend) besproken.

Leerdoelen

Na het volgen van de workshop heeft de deelnemer meer zicht op mogelijke keuzes in de vervolgbehandeling van de patiënt met PTSS die niet of niet voldoende verbetert op een eerstekeus behandeling.

Literatuurverwijzing

de Vries GJ, Olff M.

The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. J Trauma Stress. 2009 Aug;22(4):259-67. doi: 10.1002/jts.20429.

Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines C, Sonis J, Middleton JC, Feltner C, Brownley KA, Olmsted KR, Greenblatt A, Weil A, Gaynes BN.

Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2016 Feb;43:128-41. doi: 10.1016/j.cpr.2015.10.003.

Koek RJ, Schwartz HN, Scully S, Langevin JP, Spangler S, Korotinsky A, Jou K, Leuchter A.

Treatment-refractory posttraumatic stress disorder (TRPTSD): a review and framework for the future. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2016 Oct 3;70:170-218. doi: 10.1016/j.pnpbp.2016.01.015.

W5 Breuken in de therapeutische relatie - maatwerk vereist

Ellen Willemsen ^{w1,2} / Marlies Soleman-Bulk ^{w3} / Elise Zijp ⁴

W: Workshopleider

1. Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen
2. Parnassia Groep
3. Altrecht, afdeling GIT-PD Zeist
4. Altrecht, Zorgseenheid Persoonlijkheidsstoornissen Nieuwegein

Inhoud (wat)

Kenmerkend voor persoonlijkheidsstoornissen zijn tekortkomingen in het interpersoonlijk functioneren. Bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen is vaak sprake van interpersoonlijke gevoeligheid.

Beperkingen in de vorming van gezonde relaties doen zich ook gelden in de therapeutische relatie. Breuken in de therapeutische relatie komen dan ook veel voor bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Het repareren van deze breuken leidt tot betere uitkomsten van behandeling (1). Professionals moeten in het werken met patiënten met persoonlijkheidsstoornissen daarom steeds alert zijn op aanwijzingen voor breuken in de therapeutische relatie. Dit kunnen grote breuken zijn, b.v. een patient die woedend wordt of de deur uit loopt, maar ook kleine breuken, waarbij iemand minder betrokken lijkt, of de aandacht er niet meer goed bij heeft. Doel van deze workshop is om technieken aan te reiken om breuken in de therapeutische relatie te herkennen en op te lossen.

Deze workshop is gebaseerd op de principes van de "Guideline Informed Treatment for Personality Disorders" (GIT-PD) zoals die door het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen is ontwikkeld.

Vorm (hoe)

In de workshop wordt kort ingegaan op de theorie achter breuken in de therapeutische relatie en op manieren om deze breuken te hanteren en op te lossen. In de workshop zal daarna ruime gelegenheid zijn om het herkennen en repareren van breuken in de therapeutische relatie zelf te oefenen in rollenspelen.

Leerdoelen

Doel van deze workshop is vertrouwd te raken met:

- het monitoren van de kwaliteit van de therapeutische relatie tijdens een gesprek met een patiënt met persoonlijkheidsproblematiek
- het herkennen van (dreigende) breuken in de therapeutische relatie
- het bespreekbaar maken van een breuk
- het in samenspraak met de patiënt onderzoeken van de breuk
- het repareren van een breuk in de therapeutische relatie

Literatuurverwijzing

1. Safran JD, Muran JC, Eubanks-Carter C. Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy* 2011 Mar;48(1):80-7. doi: 10.1037/a0022140

W6 Gewetensontwikkeling bij kinderen en jongeren: naar een individuele, praktijkgerichte benadering

Reino Stoffelsen ^{w1,2} / Julia Tiemersma ^{w1}

W: Workshopleider

1. de Bascule
2. Amsterdam UMC, vakgroep kinderpsychiatrie

Inhoud (wat)

In de klinische praktijk van de kinder- en jeugdpsychiatrie vragen ouders, verzorgers, onderwijspersoneel en verwijzers regelmatig expliciet naar (een beoordeling) van de gewetensontwikkeling bij kinderen en jeugdigen. Psychiaters worden geacht in een klinisch onderzoek een beschrijving van de gewetensontwikkeling te geven, zeker waar het gedragsstoornissen betreft (Doreleijers et al., 2013; richtlijn Nederlands Jeugdinstituut, 2013). Echter, een handleiding daarvoor ontbreekt. Psychologen en psychiaters blijken bij een eerste dossierinventarisatie door J. Tiemersma (2018) de gewetensontwikkeling dan ook heel verschillend te formuleren. De behoefte naar standaardisatie bleek groot. In de forensische wetenschappen is de moeizame diagnostiek van de gewetensontwikkeling in Pro Justitia rapportages eveneens onderwerp van discussie en onderzoek. Het promotie-onderzoek van Le Sage (2005) maakte zichtbaar dat de kwaliteit van de diagnostiek mager was: er bestond geen heldere theorie om het functioneren van het geweten diagnostisch valide en betrouwbaar te objectiveren. Mede daardoor was ook de klinische relatie tussen diagnostiek en adviezen voor behandeling onduidelijk. In reactie op het proefschrift van Le Sage ontwikkelde Schalkwijk (2011; Spruyt, Schalkwijk, 2016) op basis van literatuurstudie, empirisch onderzoek en klinische ervaring een theorie van het geweten: het geweten is een psychische functie die de zelfwaardering of de identiteit in evenwicht houdt. Domeinen van deze psychische functie zijn domeinen empathie, zelfbewuste emoties (schaamte, schuld, trots, e.d.) en morele ontwikkeling. In deze workshop zal de gewetensontwikkeling met name voor de JeugdGGZ-praktijk worden besproken en genoemde verschillende aspecten worden uitgelegd en toegelicht. Vervolgens zal de huidige stand van zaken voor de individuele casus in de praktijk worden besproken en geoefend. De eerste resultaten van een kwalitatief onderzoek als basis voor een protocol zullen worden gedeeld.

Vorm (hoe)

In het eerste deel staat de theoretische uitleg en toelichting centraal. Deze zal op levendige wijze en met voorbeelden worden gepresenteerd. Daarbij is ruimte voor discussie en vragen. Het tweede deel staat de praktijk centraal. Aan de hand van casuïstiek van een kind en een jongere worden de diagnostische mogelijkheden en consequenties voor behandeling besproken.

Leerdoelen

1) Verkrijgen van kennis van de gewetensontwikkeling van kinderen en jongeren
2) Kennis verkrijgen en toepassen van begrippen empathie, zelfbewuste emoties en morele ontwikkeling als onderdeel van de gewetensontwikkeling
3) Praktische toepassing (oa. in kinderpsychiatrisch onderzoek) van deze benadering van gewetensontwikkeling leren en oefenen, en verdiepend onderzoek te kunnen indiceren
4) Kennis nemen van de opzet en eerste resultaten van kwalitatief onderzoek naar de gewetensontwikkeling volgens deze theorie.

Literatuurverwijzing

- Doreleijers, T., Boer, F., Huisman, J., & de Haan, E. (2013). Leerboek psychiatrie kinderen en adolescenten. Utrecht: De Tijdstroom (2e, geheel herziene druk).
- Matthys, W. C. H. J., & van de Glind, G. (Eds.). (2013). Richtlijn oppositioneel-opstandige stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD) bij kinderen en jongeren. De Tijdstroom. www.nji.nl
- Sage, L. Ie (2005). De gebrekkige gewetensontwikkeling in het jeugdstrafrecht. Implicaties voor de toerekening en behandeling. Amsterdam: SWP
- Schalkwijk, F. (2011). Emoties bij jongeren. Theorie en diagnostiek van het geweten. Amsterdam: Boom
- Spruyt, A., Schalkwijk F., Van Vugt, E. & Stams, G.J. (2016). The relation between self-conscious emotions and delinquency: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior* 28, 12-20

W7 Chronotherapie in de klinische praktijk als additionele behandeling bij affectieve stoornissen

Harm Pieter Spaans ^{w1} / Esmée Verwijk ^{w1,2,3}

W: Workshopleider

1. Parnassia
2. Afdeling Psychologie, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam
3. Afdeling Medische Psychologie, AMC, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam

Inhoud (wat)

Chronotherapie betekent dat bij een behandeling rekening wordt gehouden met de tijd van de dag en met de “interne tijd”. Met interne tijd wordt bedoeld de fase van de biologische klok, gelokaliseerd in de nucleus suprachiasmaticus (SCN).

Dat het belangrijk is om rekening te houden met “tijd” blijkt ook uit het feit dat verstoringen van de biologische klok, het slaap/waakritme en hieraan gerelateerde energieproblematiek vaak (mede) ten grondslag kunnen liggen aan (psychische) gezondheidsproblemen. Het aanpakken van b.v. slaapproblemen in de klinische praktijk vanuit een chronobiologische hoek zal een grote verbetering kunnen betekenen in therapiesucces.

Chronotherapie is een gepersonaliseerde aanpak van de behandeling waarbij rekening wordt gehouden met individuele verschillen in “biologische tijd” en de relatie met het slaap-waak ritme.

Vanaf de jaren '70 is het gebruik van waaktherapie (destijds slaapdeprivatie genoemd) meer en minder populair geweest bij de behandeling van depressie. Inmiddels is deze additionele vorm van therapie uitgebreid met andere chronotherapeutische interventies, als sociale ritme therapie, lichttherapie en melatonine gebruik.

Chronotherapie blijkt breder van toepassing dan alleen bij slaap-waak problematiek en depressie, o.a. bij de behandeling van bipolaire stoornissen, A(D)HD, bij angst, premenstrueel syndroom, borderline problematiek, eetstoornissen, dementie en bij somatische ziekten (o.a. kanker, Parkinson).

Vorm (hoe)

In deze workshop geven we informatie over de achtergronden van de chronotherapie, maar gaan we ook direct in op de praktische toepassingen, de mogelijkheden en drempels, bij behandeling van affectieve problematiek a.d.h.v. casus. We hopen daarbij het publiek te enthousiasmeren voor deze effectieve klinische toepassing van chronotherapie en ze handvatten te bieden waarmee men direct aan de slag kan. De deelnemers worden door middel van vragen geprikkeld te participeren.

Leerdoelen

Inzicht en kennis m.b.t. de basisbeginselen van chronotherapeutische principes; herkenning van chronotherapeutische ontregeling bij patiënten en mogelijkheden van additionele chronotherapie. Bekendheid vergroten van het zich ontwikkelend Chronotherapie Netwerk in Nederland (CNN).

Literatuurverwijzing

- Luik, A.I., Gordijn, M.C.M., Verwijk E., Van Someren E.J.W. Slaaptekort, verschoven slaap en slapeloosheid. Tijdschrift voor Neuropsychologie (2019 in press)
- Chellappa S.L., Gordijn M.C.M., Cajochen C. (2011) Can light make us bright? Effects of light on cognition and sleep. Progress in Brain Research. Elsevier Publishers, Kerkhof G.A. and Van Dongen H. (eds). Chapter 7; Vol 190: 119-133.
- Dallaspezia S., and F. Benedetti (2011). Chronobiological therapy for mood disorders. Expert Rev. Neurother. 11(7), 961–970
- Dallaspezia, S. and A. van Jaarsveld (2016). "Antidepressant chronotherapeutics in a group of drug free outpatients." Psychiatry Res 241: 118-121.
- Gordijn, M.C.M. Melatonine voor slaapwaakstoornissen (2018). Psyfar 13(2), 9-17.
- Hickie I.B., Naismith S.L., Robillard R., Scott E.M. and Daniel F Hermens D.F. (2013). Manipulating the sleep- wake cycle and circadian rhythms to improve clinical management of major depression. BMC Medicine 11(79) 1-27.
- Lieverse, R., Riemersma-van der Lek, R. F., Voermans, J. M., & Hoogendijk, W. J. (2012). Chronotherapy for affective disorders. Tijdschr Psychiatr, 54(6), 527-537.
- Meesters, Y., Gordijn, M.C.M., Spaans, H.P., Verwijk, E. Chronotherapeutische interventies (2016). Psyfar, 11(4), 18-24.
- Roenneberg, T. (2012). Het innerlijk uurwerk / druk 1: alles over onze bioritmes (A. Witteveen, Trans.): Babel & Voss. vertaling van Internal Time: Chronotypes, Social Jet Lag, and Why You're So Tired: Harvard University Press.
- Wirz-Justice, A., Benedetti, F., & Terman, M. (2013). Chronotherapeutics for Affective Disorders: A Clinician's Manual for Light and Wake Therapy: S. Karger AG.

W8 Behandeling van insomnie in de psychiatrie

Jeanine Kamphuis ^{w1,2} / Maaïke van Veen ^{w1} / Inge Ensing ¹ / Mardien Oudega ³ / Tanja Su ³

W: Workshopleider

1. GGZ Drenthe, Slaapcentrum voor Psychiatrie Assen
2. UMCG, Universitair Centrum voor Psychiatrie, Stemningsstoornissen
3. GGZ inGeest

Inhoud (wat)

Slapeloosheid is een veel voorkomende klacht bij allerlei psychiatrische stoornissen en één van de belangrijkste transdiagnostische symptomen die we in de spreekkamer tegenkomen. In plaats van de behandeling alleen te richten op de kernsymptomen van een stoornis, is er toenemende evidentie voor het parallel of zelfs primair behandelen van de slaapproblemen om op die manier ook de psychiatrische stoornis te verbeteren. Zo leidde bij een groep depressieve patiënten met insomnie een behandeling gericht op de insomnie tot een minstens even sterke afname van depressieve symptomen dan een behandeling direct gericht op de depressieve symptomen (Blom et al., 2015; Carney et al., 2017).

De eerste keuze behandeling voor slapeloosheid is de speciaal hiervoor ontwikkelde cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i) (Riemann et al., 2017). Het toepassen van dit behandelprotocol bij psychiatrische patiënten is bewezen effectief (meta-analyse Wu et al., 2015) maar vergt vaak wel aanpassingen, afhankelijk van de specifieke stoornis, leefomstandigheden en individuele patiëntkenmerken. In deze workshop zullen dergelijke aanpassingen aan de orde komen, vanuit de praktijkervaring in het toepassen van CGT-i bij patiënten met psychiatrische problemen en comorbide insomnie.

Soms is het aanbieden van CGT-i niet mogelijk, vanwege een gebrek aan voldoende getrainde behandelaren, of blijkt de therapie onvoldoende haalbaar of effectief. Dan kan gekozen worden voor het inzetten of aanpassen van psychofarmaca. In de praktijk wordt naast benzodiazepines frequent gebruik gemaakt van sederende antidepressiva en antipsychotica, welke off-label worden ingezet (Kamphuis et al., 2015). Kennis over de werking van en evidentie voor het gebruiken van diverse psychofarmaca voor slaapverbetering (Atkin et al., 2018; Riemann et al., 2017) is onontbeerlijk voor elke psychiater.

Vorm (hoe)

Plenaire workshop, aan de hand van casuïstiek

Leerdoelen

In deze workshop verkrijgt u kennis over

- het belang van CGT-i voor de behandeling van insomnie
- welke aanpassingen in CGT-i noodzakelijk zijn afhankelijk van individuele (psychiatrische) patiëntkarakteristieken
- medicamenteuze behandelmogelijkheden van insomnie bij psychiatrische patiënten

Literatuurverwijzing

Atkin T, Comai S, Gobbi G (2018) Drugs for insomnia beyond benzodiazepines: pharmacology, clinical applications, and discovery. *Pharmacol Rev* 70: 197-245.

Blom K, Jernelöv S, Kraepelien M, Bergdahl MO, Jungmarker K, Ankartjärn L, Lindefors N, Kaldo V (2015) Internet treatment addressing either insomnia or depression, for patients with both diagnoses: a randomized trial. *Sleep* 38: 267-77.

Carney CE, Dinger JD, Kuchibhatla M, Lachowski AM, Bogouslavsky O, Krystal AD, Shapiro CM (2017) Cognitive behavioral insomnia therapy for those with insomnia and depression: a randomized controlled clinical trial. *Sleep* 40 (4): 1-13

Kamphuis J, Taxis K, Schuilng-Veninga CC, Bruggeman R, Lancel M (2015) Off-label prescriptions of low-dose quetiapine and mirtazapine for insomnia in the Netherlands. *J Clin Psychopharmacol* 35: 468-70.

Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, et al. (2017) European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res* 26: 675-700.

Wu JQ, Appleman ER, Salazar RD, Ong JC (2015) Cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with psychiatric and medical conditions. A meta-analysis. *JAMA Intern Med* 175(9): 1461-1472.

DISCUSSIEGROEPEN

D1 Opleiden op maat: wat betekenen de nieuwe opleidingseisen voor de kinder&jeugd- en de ouderenpsychiatrie?

Rob Kok ^{p1} / Marijke Hofstra ^{p2} / Willeke van Zelst ^{p3} / Ingeborg Lindhout ^{p4} / Roos van der Mast ^{p5}

P: Debatleider / panelleden

1. Parnassia Groep
2. Erasmus MC
3. UMCGroningen
4. GGZ Noordholland-Noord
5. LUMC

Inhoud (wat)

In de nieuwe opleidingseisen zijn er geen aandachtsgebieden meer maar profielen, waarbij de aios zich kan profileren in de K&J of ouderenpsychiatrie. Het is voor een aios mogelijk de opleiding dusdanig vorm te geven dat zij/hij de interne aantekening voor het profiel kinder&jeugd- of ouderenpsychiatrie behaalt. In deze discussiegroep willen wij de volgende vragen bespreken. Welke kansen zien we, welke zorgen? Hoe is een profiel KJP/OP logistiek te organiseren met alle andere veranderingen in het nieuwe opleidingsplan? In het nieuwe opleidingsplan zijn geen leerdoelen competenties of eindtermen voor een profiel opgenomen, wat betekent dat we dit zelf kunnen vormgeven. Aan welke eisen moet zo'n profiel volgens ons voldoen, wat betreft ervaring, settingen en psychotherapie in de speciale doelgroepen? Op welke wijze gaan we zorgen dat de psychiaters straks de competenties hebben die wij nodig vinden voor het betreffende profiel? Daarnaast worden straks alle aios opgeleid in de levensloop, oftewel, elke aios zal stage gaan lopen in de kinder&jeugd-, volwassenen- en ouderenpsychiatrie, hoe gaan we dat organiseren? Welke eisen stellen we aan een stage, welke eisen stellen we aan de begeleiding/supervisie hiervan? Welke best-practices kunnen voor de betreffende supervisoren behulpzaam zijn om een goede stage in te richten? Hoe gaan we elkaar helpen hiermee? Is een netwerkgroep wenselijk via LinkedIn of Whatsapp?

Vorm (hoe)

Korte inleidingen vanuit vertegenwoordigers voor de K&J en ouderenpsychiatrie in de werkgroep Nieuw Opleidingsplan, gevolgd door discussie met de deelnemers.

Leerdoelen

Na afloop hebben deelnemers een beter beeld m.b.t. de gevolgen van de nieuwe opleidingseisen voor de opleiding in het betreffende profiel.

Literatuurverwijzing

De Psychiater; medisch expert, sociaal maatschappelijk betrokken, professional. Landelijk opleidingsplan voor de medisch specialistische vervolgopleiding Psychiatrie.

D2 Precisie psychiatrie: de rol van de smartphone en andere elektronische meetmethoden – Een discussiegroep georganiseerd door psychiatrienet.nl

Wijbrand Hoek^{p1,2,3} / Jeroen Deenik^{p4,5,6} / Yvette Roke^{p4} / Peter van Harten^{p4,5}

P: Debatleider / panelleden

1. Parnassia Groep
2. UMC Groningen
3. Columbia University, New York
4. GGz Centraal
5. Maastricht University
6. Hogeschool Windesheim

Inhoud (wat)

Bij precisie diagnostiek en behandeling speelt de individuele context van de patiënt een grote rol. Die context kent veel aspecten die meestal uitgevraagd worden of met klinische meetschalen worden vastgelegd. Een deel kan echter ook instrumenteel gemeten worden. Voordelen daarvan zijn de objectiviteit (geen observer bias), hoge betrouwbaarheid, en de mogelijkheden voor interactie [1]. Daarnaast zijn er meetmethoden die continu meten en daarmee het beloop van de symptomen in real life vastleggen. Met elektronisch meten worden veel meer variabelen verzameld dan alleen de specifieke uitkomstvariabele. Een voorbeeld is een beweegmeter die bij leefstijl ingezet kan worden. Deze meet het aantal stappen, maar ook de intensiteit van bewegen, hoe lang deze periodes duren, hoe vaak zitperiodes onderbroken worden en slaapritmes. Dit kan gekoppeld worden aan hartfrequentie en de (sociale) omgeving waarin iemand zich bevindt en kan onderling gedeeld worden. Dat zijn belangrijke variabelen in het kader van leefstijlverbetering en het schept mogelijkheden om een programma persoonlijk toe te spitsen en bij te sturen [2,3].

Een interactieve app is SAM (Stress Autism Mate) die in ontwikkeling is. SAM is een gepersonaliseerde app gemaakt door en voor patiënten met autisme. SAM meet met vier vaste vragenlijsten de opgelopen stress binnen de vier uur, en geeft op maat tips hoe die stress weer te verlagen. SAM registreert ook wat goed gaat en geeft positieve feedback aan de patiënt. SAM zal als volgende ontwikkelstap ook fysieke stress gaan meten met parameters als zweetgeleiding en heart rate variability.

Een probleem bij elektronisch meten met specifieke apparaten is de beschikbaarheid en de kosten. Daarom is het aantrekkelijk om na te gaan wat een smartphone aan mogelijkheden biedt, omdat de meeste patiënten hierover beschikken. Een smartphone verzamelt continu data van activiteit, locatie, sociale betrokkenheid, en meet ook nog omstandigheden als luchtdruk, temperatuur en vochtigheid. Met al die sensoren zijn veel symptomen continu te meten. Denk aan een app als 'Experience Sampling Methode' [4] (PsyMate[®]), een app die tremor meet (StudyMyTremor[®]), een app die je energieniveau meet op basis van een aantal variabelen (Neurokeys[®]), en vele health apps zoals MyFitnessPal[®], Headspace[®] en SleepCycle[®]. We laten zien welke sensoren van een smartphone ingezet kunnen worden voor het meten en vervolgen van symptomen [5] en hopen op input van deelnemers.

Precisie diagnostiek met meetinstrumenten opent voor de zorg vele nieuwe mogelijkheden. De centrale vraag in deze discussiegroep is 'Wat zijn de mogelijkheden voor uw dagelijks werk en gaat u dat ook daadwerkelijk toepassen?'

Vorm (hoe)

De sprekers laten zien hoe instrumentele metingen kunnen bijdragen aan precisie psychiatrie. Elke spreker zal een stelling poneren voor discussie.

Leerdoelen

De deelnemers hebben meer zicht op de mogelijkheden van elektronisch meten bij precisie psychiatrie en wat de mogelijke nadelen zijn.

Literatuurverwijzing

1. Docx L, Sabbe BG, Koning J, Mentzel TQ, van Harten PN, Morrens M. Instrumenteel meten van psychomotorische symptomen bij schizofrenie: klaar voor de praktijk? Tijdschr Psychiatr 2015; 57(2): 148-53.
2. Naslund JA, Aschbrenner KA. Digital technology for health promotion: Opportunities to address excess mortality in persons living with severe mental disorders. Evid Based Ment Health 2019; 22(1): 17-22.
3. Meyer N, Kerz M, Folarin A, et al. Capturing Rest-activity profiles in schizophrenia using wearable and mobile technologies: Development, implementation, feasibility, and acceptability of a remote monitoring platform. JMIR Mhealth Uhealth 2018; 6(10): e188.
4. Trull TJ, Ebner-Priemer UW. Using experience sampling methods/ecological momentary assessment (ESM/EMA) in clinical assessment and clinical research: Introduction to the special section. Psychol Assess 2009; 21(4): 457-62.
5. Insel TR. Digital phenotyping: Technology for a new science of behavior. JAMA 2017; 318(13): 1215-6.

D3 De toekomst van de psychiater

Joeri Tijdink ^{p1} / Frank Gerritse ^{p2} / Laura de Wit ^{p2} / Thomas Pattyn _p / Christiaan Vinkers ^{p3}

P: Debatleider / panelleden

1. Amsterdam UMC (VUmc) en VU Universiteit
2. UMC Utrecht
3. Amsterdam UMC, location VUmc

Inhoud (wat)

Hoe gaat het eigenlijk met u? U gaf eerder aan trots op uw vak te zijn in onze vragenlijst Proud2bPsy. U was trots op het patiëntencontact en onze psychotherapeutische en farmacotherapeutische mogelijkheden. Maar bent u tevreden met uw takenpakket op uw afdeling, en hoe zit het met uw productiedruk? Hoe houdt u het vol in tijden van overvloedige administratie, negatieve aandacht en bureaucratie? De Jonge Psychiater heeft in “De PsychiaterThermometer” de temperatuur gemeten van onze beroepsgroep: hoe gaat het met ons? Zijn we onderkoeld, aangebrand of precies op de juiste temperatuur? In dit onderzoek geven we antwoord op de volgende vragen:

Wat inspireert u en wat kost u energie in de uitoefening van ons vak, en hoe komt dat? Wat gaat er volgens u goed, wat stemt u hoopvol en wat stemt u somber, en vooral: wat moeten we doen om het beter te krijgen? Door te meten wat er onder u leeft en hoe u zich verhoudt tot ons prachtige vak, hebben we meer inzicht te krijgen hoe het met onze beroepsgroep gaat en wat er nodig is om ons vak de goede en positieve richting op te sturen. Aan de hand van de antwoorden van meer dan 900 psychiaters bespreken we de toekomst van de psychiater.

Vorm (hoe)

In de eerste presentatie worden de belangrijkste resultaten van de psychiaterThermometer weergegeven waarna er onder leiding van een debatleider een drietal Bekende Psychiaters (BPers) via een korte uiteenzetting aangeven wat voor hun de belangrijkste ontwikkelingen van ons vak zijn en hoe onze beroepsgroep daarop zou moeten anticiperen. Daarbij geven ze aan wat de beroepsgroep nodig heeft voor een gelukkig en waardevolle uitoefening van ons vak. Na hun inspirerende uiteenzetting sluiten we het debat af aan de hand van enkele stellingen waarin de zaal wordt aangemoedigd om deel te nemen aan het debat.

Leerdoelen

Na deze discussiegroep weet u:

- Wat de belangrijkste uitkomsten zijn uit het grootste onderzoek onder onze beroepsgroep
- Hoe psychiaters aankijken tegen de torenhoge bureaucratie, de inzet van interim-psychiaters, de dienstenbelasting voor psychiaters in loondienst,
- In hoeverre emotionele uitputting voorkomt in onze beroepsgroep
- Hoe wij de psychiater gelukkig kunnen houden in de uitoefening van ons vak
- Wat instellingen kunnen doen om psychiaters positief te stimuleren in de uitoefening van ons vak

Literatuurverwijzing

<https://www.dejongepsychiater.nl/opinie/proudtobepsy/1187-de-psychiater-thermometer>

D4 K-Eet, landelijke ketenaanpak eetstoornissen bij kinderen en jongeren: een voorbeeld?

Peter Dijkshoorn ^{p1} / Gwen Dieleman ^{p2} / Miranda Fredriks ^{p3} / Annemarie van Elburg ^{p4} / Monika Scholten ^{p5}

P: Debatleider / panelleden

1. Accare
2. Erasmusmc
3. AmsterdamUmc
4. Altrecht
5. K-EET

Inhoud (wat)

K-EET is als project in april 2019 gestart met als doel een inhoudelijk gedragen, duurzaam fundament te leggen onder de ketenaanpak bij eetstoornissen onder kinderen en jongeren, landelijk, bovenregionaal en in de gemeentelijke regio's. Hiermee wordt beoogd:

- 1) op korte termijn de zorg voor hele zieke kinderen te verbeteren;
- 2) op langere termijn zoveel mogelijk te voorkomen dat kinderen ziek worden;
- 3) de eetstoornissen problematiek en de behandeling ervan van een realistisch frame te voorzien.

Voor het oplossen van de huidige ketenproblematiek en het welslagen van een ketenaanpak bij eetstoornissen voor kinderen en jongvolwassenen is daarnaast een lerend systeem nodig dat wordt gedragen en gevoed met data vanuit behandelingen, met onderzoeksgegevens en met ervaringen van patiënten en ouders.

De visie van K-EET

Aan de routekaart die K-EET voorstelt ligt de visie ten grondslag dat kinderen, jongeren en volwassenen met een (potentiële) eetstoornis steeds eerder worden herkend, steeds beter worden begrepen en eerder en beter worden behandeld. Over 10 jaar is er een significante daling van het aantal ernstig zieke, met de dood bedreigde patiënten.

De aanpak en werkwijze binnen K-EET

Startpunt voor K-EET was de constatering dat de knelpunten en problematiek als het gaat om de (vroeg)detectie, diagnostiek en behandeling van eetstoornissen bij kinderen niet alleen hardnekkig zijn (ze zijn bijvoorbeeld ten dele, maar zeker niet uitsluitend, terug te voeren op de decentralisatie van de jeugdhulp naar de gemeenten), maar ook meerdere dimensies hebben. Het probleem is ingewikkeld, en kan niet vanuit een centraal punt worden opgelost.

Binnen K-EET is gekozen voor een aanpak vanuit netwerkregie. De professionals binnen K-EET – allen gezaghebbende professionals in het veld van eetstoornissen – hebben zich in gezamenlijkheid en gelijkwaardigheid gecommitteerd aan het zo doelgericht mogelijk oplossen van de problemen. De stuurgroep formuleert oplossingsrichtingen, verbindt en structureert deze oplossingsrichtingen, bevordert de ontwikkeling ervan, en treedt zo nodig als K-EET naar buiten toe. De professionals hebben zodoende niet alleen de gelegenheid om aan zet te zijn, maar nemen ook de verantwoordelijkheid om vanuit de inhoud het systeem te beïnvloeden.

De bouwstenen

De koers en aanpak van K-EET hebben vormgekregen in een routekaart met bouwstenen. Deze bouwstenen vormen elk afzonderlijk een stukje van de oplossing, maar dragen daar vooral in sterke samenhang aan bij. De volgende bouwstenen (oplossingsrichtingen) zijn geïdentificeerd:

- Versterking (regionale) netwerken
- Implementatie&scholing zorgstandaard eetstoornissen
- Actueel overzicht evidence based behandelaanbod
- Samenwerking in het voorkomen en toepassen dwangvoeding
- Meten&leren
- Realistischer framen van eetstoornissen

Vorm (hoe)

vier korte inleidingen over de bouwstenen, daarna aan de hand van die inleidingen discussie over dit model en voorstel, ook over de reactie van VWS op het rapport.

Leerdoelen

Hoe kun je op een constructieve wijze omgaan met een ogenschijnlijk te netelig en onoplosbaar probleem dat zich uitstrekt over de grenzen van de sggz en het sociaal domein? Dit model en de werkwijze waarmee het is opgebouwd leveren een voorbeeld.

Literatuurverwijzing

Rapport: K-Eet, landelijke ketenaanpak eetstoornissen bij kinderen en jongeren Zorgstandaard Eetstoornissen

D5 Precisie Psychiatrie aan patiënten tijdens en na detentie

Aukelien van Nijen ^{p1} / Ineke Troost ^{p1,2} / Claar Mooij ^{p3}

P: Debatleider / panelleden

1. NIFP
2. De Onafhankelijke Psychiater
3. Lentis

Inhoud (wat)

Tussen de psychiatrische behandeling in gevangenissen/ huis van bewaring en de vervolgbehandeling binnen de reguliere GGZ ligt een hoge muur. Veel gedetineerden stromen (daarom) door naar de forensische psychiatrie. Zorgverleners binnen detentie vinden dat niet altijd nodig. De wetgever heeft met de Wet verplichte GGZ de doorstroming van Justitie naar de GGZ willen vergemakkelijken. Is dit mogelijk nu de GGZ steeds meer ambulante behandeld en separatie op de afdelingen wordt teruggedrongen?

Ondertussen wordt door het openbaar ministerie vanuit de opdracht om 'verwarde personen' van de straat te halen toenemend gevraagd om verdachten, van soms relatief lichte delicten, door te plaatsen naar de GGZ.

In deze discussiegroep willen we stilstaan bij de overdacht van gedetineerden met psychiatrische problemen uit detentie. Op reguliere afdelingen van penitentiaire inrichtingen (PI) verblijven gedetineerden met psychiatrische aandoeningen. Zij worden geplaatst op een Extra Zorg Voorziening afdeling (EZV). Indien er sprake is van ernstige psychiatrische ontregelingen kunnen deze patiënten worden opgenomen in een Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC), waarvan er vier in Nederland zijn. Op het moment dat er stabiliteit is bereikt, worden zij teruggeplaatst naar reguliere Pi's is.

De psychiatrische zorg is georganiseerd binnen een psychomedisch overleg PMO. Dit overleg is een multidisciplinair overleg van huisarts, verpleegkundige, psychologen, SPV'er en de psychiaters. De psychiaters zijn in dienst van het Nederlands Instituut voor Forensische psychiatrie en psychologie (NIFP).

Als zorgpsychiaters binnen de Pi's werken we zoveel mogelijk volgens bestaande richtlijnen. Dat vergt soms enige improvisatie, omdat de beheersomgeving van een PI niet altijd aansluit bij hoe een ideale behandeling eruit zou moeten zien. Het lukt echter vaak niet om na detentie deze ingezette behandeling te continueren binnen de reguliere GGZ.

Graag gaan wij in gesprek over de verschillende obstakels die deels binnen het GGZ-systeem maar ook in het justitie-systeem liggen

Vorm (hoe)

Aukelien van Nijen, psychiater NIFP werkzaam als zorgpsychiater in PI Veenhuizen zal een korte inleiding verzorgen. Claar Mooij, geneesheer directeur van Lentis en Ineke Troost zullen casuïstiek voorleggen welke onder leiding van Ineke Troost met de zaal zullen worden besproken.

Leerdoelen

- Deelnemers krijgen een beeld van de psychopathologie van gedetineerden
- Deelnemers krijgen een beeld van de behandelingsmogelijkheden binnen detentie
- Deelnemers krijgen inzicht in de redenen om te verwijzen naar een forensische vervolgafdeling of de reguliere psychiatrie
- Deelnemers krijgen een beeld van het werk van de psychiaters in de Pi's.

Literatuurverwijzing

Geen