

# Woensdag 17 juni 2020

## 11:00 - 11:45 uur

### SYMPOSIA

#### S1 Samengesteld symposium 1

##### S1.1

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

Eline Regeer <sup>p1</sup> / Eva Maassen <sup>1</sup> / Barbara Regeer <sup>2,3</sup> / Ralph Kupka <sup>1,4,5</sup>

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 <sup>p1</sup> / Inge Winter-van Rossum <sup>1</sup> / Wiepke Cahn <sup>1</sup> / René Kahn <sup>1,2</sup> / Hugo Schnack <sup>1</sup>

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  $\geq 6$  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<sup>p1,2</sup> / Erwin Landman<sup>3</sup> / Wim Veling<sup>2</sup> / Robert Schoevers<sup>2</sup> / 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](http://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 <sup>1,2</sup> / Alfons van Impelen <sup>p1</sup> / Nicole Hamakers <sup>1</sup> / Henk Nijman <sup>3,4</sup>

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<sup>p1,2</sup>

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 transities 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 <sup>1</sup> / Astrid Lugtenburg <sup>2</sup> / Richard Oude Voshaar <sup>1</sup>

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, Want 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 <sup>1</sup> / Sanne Booij <sup>1</sup> / Maaïke Nauta <sup>1</sup> / Agna Bartels-Velthuis <sup>2</sup> / André Aleman <sup>2</sup> / Maarten Vos <sup>2</sup> / Marieke Pijnenborg <sup>1</sup> / Hanneke Wigman-Wardenaar <sup>2</sup>

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<sup>p1</sup> / Arnout Smit<sup>1</sup> / 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 <sup>p1</sup> / Evelien Snippe <sup>1</sup> / Rogier Hoenders <sup>2</sup> / Marieke Wichers <sup>1</sup>

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 <sup>1</sup> / Harriëtte Riese <sup>2</sup> / Stefan Knapen <sup>3,2</sup> / Rixt Riemersma - van der Lek <sup>2</sup> / Sandip George <sup>1</sup> / Arie van Roon <sup>4</sup> / Robert Schoevers <sup>2</sup> / Marieke Wichers <sup>1</sup>

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<sup>1,2</sup> / Bram-Sieben Rosema<sup>3</sup> / Jacob Vorstman<sup>4</sup> / Martien Kas<sup>5</sup> / Marieke Begemann<sup>6</sup> / Martijn Kikkert<sup>7</sup> / Iris Sommer<sup>1</sup>

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 <sup>p</sup>

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 <sup>p1</sup> / Iris Sommer <sup>2</sup> / Wim Veling <sup>2</sup> / Lieuwe de Haan <sup>3</sup>

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 Chakhssi<sup>1</sup>

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 <sup>p</sup><sup>1</sup>

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<sup>p1</sup>

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 <sup>p1,2,3</sup> / Susan van Hooren <sup>3,4,5</sup> / William van der Veld <sup>6</sup> / Giel Hutschemaekers <sup>6,7</sup>

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 geadresseerde 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 <sup>p</sup>

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.

## **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<sup>p1,2</sup> / Chantal Wiepjes<sup>1,3</sup> / Martin den Heijer<sup>1,3</sup>

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 Bungener<sup>p1</sup> / Thomas Steensma<sup>1</sup> / Peggy Cohen-Kettenis<sup>1</sup> / Annelou de Vries<sup>1</sup> / Arne Popma<sup>1</sup>

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 <sup>p1</sup> / Lieke Vrouwenraets <sup>2</sup> / Annelou de Vries <sup>1</sup> / Thomas Steensma <sup>1</sup> / Sabine Hannema <sup>3</sup> / Arne Popma <sup>1</sup> / Martine de Vries <sup>3</sup>

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<sup>p1,2</sup> / Laura Hartman<sup>1</sup> / Marte Fleur Antonides<sup>1</sup> / Annelijn Wensing-Kruger<sup>2</sup> / Annelou de Vries<sup>2</sup> / Bert Molewijk<sup>1,3</sup>

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.

**S12 Hollands got Talent - Pitches promovendi**  
Pecha Kucha Presentaties van jong onderzoekstalent!

## WORKSHOPS

### W1 Subtyperen van suïcidaal gedrag

Remco de Winter <sup>w<sup>1,2</sup></sup> / Anne van den Bos <sup>w<sup>1</sup></sup> / Connie Meijer <sup>3</sup> / Marieke de Groot <sup>4</sup>

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 <sup>w1</sup> / Niels Veth <sup>2</sup> / Marten Roobol <sup>w2</sup>

W: Workshopleider

1. Etz
2. Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis

### 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 behandel mogelijkheden 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 <sup>w1</sup> / Didier Rammers <sup>w1</sup> / Bauke Koekoek <sup>2,3,4</sup> / Roel Mocking <sup>5</sup>

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 descriptieve 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



## W5 Breuken in de therapeutische relatie - maatwerk vereist

Ellen Willemsen <sup>w1,2</sup> / Marlies Soleman-Bulk <sup>w3</sup> / Elise Zijp <sup>4</sup>

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 <sup>w<sup>1,2</sup></sup> / Julia Tiemersma <sup>w<sup>1</sup></sup>

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](http://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

## **W10 Juiste tijd, juiste plaats, passende zorg: kinderpsychiatrische consultatie als precisie instrument in de zorg voor jeugdigen**

Mori van den Bergh <sup>w1</sup> / Frank Zutt <sup>w2</sup> / Rene Zijlstra <sup>3</sup> / Noor van de Beek <sup>4</sup>

W: Workshopleider

1. Karakter- Centrum Jonge Kind
2. Triversum - GGZ Noord-Holland Noord
3. Centrum Vela
4. Fivoor

### **Inhoud (wat)**

De kinder- en jeugdpsychiater is een breed opgeleide medisch professional met kennis van biologische, psychologische en sociale factoren die bijdragen aan het ontstaan van psychiatrische stoornissen. De decentralisatie van de zorg voor jeugdigen (0-18 jaar) met de komst van de Jeugdwet in 2015 heeft het werkveld van de kinder- en jeugdpsychiater beïnvloed en veranderd. Elke gemeente heeft een eigen visie op de zorg van jeugdigen, waarbij het doel is zorg dichtbij kind en gezin te organiseren en tijdig de juiste hulp op maat te bieden. Regelmatig zijn kritische geluiden over de (dure) kinder- en jeugdpsychiatrische zorg te horen. Burgers kunnen drempels ervaren in het verkrijgen van psychiatrische zorg voor hun kinderen en gezinnen. Het is al met al niet altijd makkelijk de zorg voor een kind op de juiste plaats en juiste tijd te organiseren.

Kinder- en jeugdpsychiaters kunnen door psychiatrische consultatie een waardevolle bijdrage leveren aan de zorg voor jeugdigen op allerlei plekken en op die manier aan het vinden van passende zorg binnen of buiten de psychiatrie. Denk hierbij aan consulten in de huisartsenpraktijk of het ziekenhuis, maar ook in jeugdzorginstellingen, buurtteams of gemengde zorgteams. Op die manier kunnen vroegsignalering en triage een plek krijgen buiten de muren van de GGZ. Door structurele samenwerking ontstaat een voortdurende kennisuitwisseling, die de kwaliteit van individuele professionals en de hele zorg voor kwetsbare jeugdigen bevordert. Bovendien kan de capaciteit van professionals mogelijk efficiënter ingezet worden.

Toch zijn veel kinder- en jeugdpsychiaters huiverig om aan consultatie te beginnen. Want wat zijn je verantwoordelijkheden, hoe voer je dossier buiten de muren van je instelling en welke informatie kan en mag je uitwisselen met verschillende professionals? Hoe ga je om met verschillende jargons, wetten, kennis- en opleidingsverschillen en teamculturen. Wat is een redelijke vergoeding en consulteer je vanuit een instelling of als persoon?

Een werkgroep binnen de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van de NVvP werkt aan een handreiking consultatieve kinder- en jeugdpsychiatrie, die in maart 2020 verschijnt.

### **Vorm (hoe)**

In deze workshop wordt de handreiking consultatieve kinder- en jeugdpsychiatrie in gebruik genomen. Aan de hand van casuïstiek uit de praktijk, met ervaringen van patiënten en hulpverleners, kunnen deelnemers werken met de nieuwe handreiking, ervaringen uitwisselen en inspiratie opdoen om hun eigen consultatiepraktijk op te zetten of uit te breiden.

### **Leerdoelen**

Na het volgen van de workshop:

- hebben deelnemers kennis van verschillende typen consultatie in het brede veld van de zorg voor jeugdigen
- kennen deelnemers de juridische uitdagingen die kunnen ontstaan bij het werken met verschillende wetten
- kennen de deelnemers de handreiking consultatieve kinder- en jeugdpsychiatrie en kunnen zij die gebruiken

## Literatuurverwijzing

1 . Jeugdwet:

<https://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2019-07-01>

2. De jeugd-GGZ na de Jeugdwet: een onderzoek naar knelpunten en kansen

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/07/01/de-jeugd-ggz-na-de-jeugdwet-een-onderzoek-naar-knelpunten-en-kansen>

3. Generieke module organisatie van zorg voor kind en jongere

<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/organisatie-van-zorg-voor-kind-en-jongere/organisatie-van-zorg-voor-kinderen-en-jongeren-met-psychische-klachten/samenwerken>

4. Zeidler Schreiter E, Pandhi N, Fondow MDM, Thomas C, Vonk J, Reardon CL, et al. Consulting psychiatry within an integrated primary care model. *J Health Care Poor Underserved*. 2013;24(4):1522–1530.

5. Gillies D, Buykx P, Parker AG, Hetrick SE. Consultation liaison in primary care for people with mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Sep;18(9)

6. Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments.

*World Psychiatry*. 2016;15(3):276–286.

## W12 IPT voor PTSS; een alternatief zonder exposure

Joop de Jong <sup>w1</sup> / Kosse Jonker <sup>w2</sup>

W: Workshopleider

1. ParnassiaGroep
2. Praktijk LEV

### Inhoud (wat)

Voor PTSS zijn momenteel therapieën die op exposure gebaseerd zijn in Nederland eerste keus. Dit zijn bijvoorbeeld "prolonged exposure" en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Deze zijn zeer effectief, maar niet iedereen knapt daardoor op en daarbij komt dat sommigen deze therapie niet willen omdat het vereist dat je op één of andere manier aan jouw beleefde traumatische gebeurtenis blootgesteld wordt door er over te vertellen of schrijven.

Het zou daarom mooi zijn wanneer er een therapie is die wel verbetering geeft, maar op een andere manier. IPT is een evidence-based behandeling voor depressie, dythymie en boulimie en veelbelovend wat betreft behandeling voor PTSS zonder exposure toe te passen. IPT richt zich dan ook niet op de traumatische gebeurtenis zelf, maar op de sociale gevolgen van de trauma en de PTSS.

Het voor PTSS aangepaste protocol voor IPT richt zich eerst op emoties m.n. het zich verdoofd voelen zodat patiënten daarna beter kunnen omgaan met relaties. Er is één grote RCT bekend en een aantal open studies en case-reports waaruit blijkt dat IPT een reëel behandelalternatief is voor patiënten met PTSS.

### Vorm (hoe)

In deze workshop wordt doorgenomen wat IPT is in het algemeen en welke aanpassingen gedaan zijn om IPT ook in te kunnen zetten voor PTSS. Enkele elementen worden geoefend en bediscussieerd wordt of deze methode een plaats zou kunnen krijgen in een behandelalgoritme.

### Leerdoelen

Na het volgen van deze workshop kan de deelnemer in het kort uitleggen wat IPT is en welke aanpassingen gedaan zijn om deze geschikt te maken voor behandeling van PTSS. Daarnaast heeft de deelnemer weet van literatuur over behandeling van PTSS met behulp van IPT.

### Literatuurverwijzing

Markowitz JC, Petkova E, Neria Y, Van Meter P, Zhao Y, Hembree E, Lovell K, Biyanova T, Marshall RD: Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry* 2015;172;430-440

Markowitz JC, Neria Y, Lovell K, Van Meter PE, Petkova E: History of sexual trauma moderates psychotherapy outcome for posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety* 2017 Apr 4 [Epub ahead of print]

Markowitz JC, Choo T, Neria Y: Do Acute Benefits of Interpersonal Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder Endure? (submitted for publication)

## DISCUSSIEGROEPEN

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

Rob Kok <sup>p1</sup> / Marijke Hofstra <sup>p2</sup> / Willeke van Zelst <sup>p3</sup> / Ingeborg Lindhout <sup>p4</sup> / Roos van der Mast <sup>5</sup>

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<sup>p1,2,3</sup> / Jeroen Deenik<sup>p4,5,6</sup> / Yvette Roke<sup>p4</sup> / Peter van Harten<sup>p4,5</sup>

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<sup>®</sup>), een app die tremor meet (StudyMyTremor<sup>®</sup>), een app die je energieniveau meet op basis van een aantal variabelen (Neurokeys<sup>®</sup>), en vele health apps zoals MyFitnessPal<sup>®</sup>, Headspace<sup>®</sup> en SleepCycle<sup>®</sup>. 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<sup>p1</sup> / Frank Gerritse<sup>p2</sup> / Laura de Wit<sup>p2</sup> / Thomas Pattyn<sup>p</sup> / Christiaan Vinkers<sup>3</sup> / Anouck Visscher<sup>p4</sup>

P: Debatleider / panelleden

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

#### 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 <sup>p</sup><sup>1</sup> / Gwen Dieleman <sup>p</sup><sup>2</sup> / Miranda Fredriks <sup>p</sup><sup>3</sup> / Annemarie van Elburg <sup>p</sup><sup>4</sup> / Monika Scholten <sup>p</sup><sup>5</sup>

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

## COVID-19 TRACK Advance care planning en palliatieve zorg in de GGZ ten tijde van COVID-19 en daarna

Sisco van Veen<sup>1</sup> / Tineke Vos<sup>2</sup> / Geert Smid<sup>3</sup>

P: Presenterende auteur

1. Arts in opleiding tot psychiater UMC Utrecht, promovendus medische ethiek Amsterdam UMC, locatie VUmc en eindredacteur van [www.dejongepsychiater.nl](http://www.dejongepsychiater.nl)
2. Psychiater en scen-arts Den Haag, consulent palliatieve zorg IKNL Utrecht en Leiden-Gouda
3. Bijzonder hoogleraar gecompliceerde rouw na bijzondere gebeurtenissen

### Inhoud

In deze sessie behandelen we de vraag hoe je als psychiater voorbereid kan zijn op een ernstig verlopende COVID-19 infectie bij patiënten met een psychiatrische aandoening. De lessen die we tijdens deze pandemie leren kunnen we gebruiken voor het opzetten van adequate palliatieve zorg in de psychiatrie.

Het eerste deel zal Sisco van Veen vertellen hoe te handelen wanneer je zorgt voor patiënten met een onderliggende somatische kwetsbaarheid. Hoe identificeer je ze? En hoe bespreek je de toekomstige behandel(on)mogelijkheden mochten ze besmet raken met COVID-19? Komen ze bijvoorbeeld in aanmerking voor IC-zorg? En niet te vergeten: wat willen ze zelf? Het voeren van dit belangrijke gesprek staat ook wel bekend als advance care planning en zal het hoofdthema zijn van deze lezing.

In het tweede deel van de sessie neemt Tineke Vos je mee in de wereld van de palliatieve zorg voor patiënten met een psychiatrische aandoening. Voor een deel van onze patiënten met COVID-19 zal er een indicatie zijn voor opname in het algemeen ziekenhuis voor ondersteunende behandeling, al dan niet op de Intensive Care. Andere patiënten zullen hier niet voor in aanmerking komen. Patiënten in een GGZ-instelling of thuis kunnen herstellen, maar ook ernstig ziek worden en overlijden. Wat doe je als psychiater? Hoe kunnen we het lijden van de patiënt die gaat sterven verlichten? En hoe roep je de nodige hulp in?

Aansluitend is er uitgebreid ruimte voor vragen en discussie, waar we nog aanvullende experts zullen introduceren.

### Literatuurverwijzing

[https://corona.nhg.org/achtergronden/#risicofactoren\\_voor\\_een\\_ernstig\\_beloop](https://corona.nhg.org/achtergronden/#risicofactoren_voor_een_ernstig_beloop)

<https://www.dejongepsychiater.nl/onderzoek/klinisch/1287-hoe-de-corona-crisis-advance-care-planning-ook-voor-de-psychiatrie-relevant-maakt>

<https://www.pallialine.nl/>

<https://www.palliaweb.nl/>