

Donderdag 18 juni 2020

13:45 - 14:30 uur

## SYMPOSIA

### S37 Eetstoornissen: nieuwe onderzoeksontwikkelingen

De behandeling van mensen met een eetstoornis verloopt nog altijd vaak niet voorspoedig, ligt dat aan het feit dat we nog altijd maar zeer beperkt weten wat een eetstoornis veroorzaakt? Aan de bevinding dat mensen met een eetstoornis dikwijls zeer ambivalent gemotiveerd zijn voor behandeling? Of dat de behandelingen op zich niet goed genoeg zijn? In dit symposium hoort u over achtergronden, het narratief van de patiënt, behandelresultaten, de overgang van kieskeurig eten naar een voedingsstoornis en negatief werkende omgevingsinvloeden.

#### S37.1

### De longitudinale relatie tussen set-shifting op de leeftijd van vier jaar en anorectische kenmerken op de leeftijd van negen jaar

Gwen Dieleman<sup>p1</sup> / Cathelijne Steegers<sup>1</sup> / Vera Moskalenko<sup>1</sup> / Tonya White<sup>1</sup> / Sandra Moreira da Silva Santos<sup>1</sup> / Manon Hillegers<sup>1</sup> / Pauline Jansen<sup>1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Erasmusmc

#### Achtergrond

Adolescente meisjes en jonge vrouwen met anorexia nervosa vertonen starheid in gedrag en gedachten. Dit wordt ook cognitieve inflexibiliteit genoemd. Eén element van cognitieve inflexibiliteit is set-shifting. Set-shifting omvat de mogelijkheid om te schakelen tussen taken of entale sets. Verminderde set-shiftingsvaardigheden worden bij patiënten met anorexia geassocieerd met een minder gunstige prognose. Er zijn aanwijzingen dat dit tekort blijft bestaan na gewichtsherstel. Tevens wordt in de wetenschappelijke literatuur gesuggereerd dat verminderde set-shiftingsvaardigheden op jonge leeftijd redisponerend zouden kunnen zijn voor de ontwikkeling van anorexia nervosa.

#### Doel

Een epidemiologische benadering is nodig om de vraag te beantwoorden of er al vóór het begin van anorexia nervosa problemen met set shifting zijn of dat deze een gevolg zijn van de ziekte. De huidige studie had als doel om meer inzicht te geven in de relatie tussen set-shiftingsvaardigheden en het ontwikkelen van anorexia.

#### Methoden

De huidige studie gebruikte gegevens van 3987 deelnemers aan de Generation R Study, een Nederlands bevolkingsgeboortecohort. Set-shiftingsvaardigheden op de leeftijd van 4 jaar werden beoordeeld met behulp van de Shift-index uit de Behavior Rating Inventory of Executive Function – preschool versie, ingevuld door de moeder. Body mass index werd gemeten op de leeftijd van vier en negen jaar. Dieet en lichaamsbeeld werden op negenjarige leeftijd beoordeeld met de Nederlandse eetgedragvragenlijst (gerapporteerd door moeder) en de lichaamsbeeldschaal voor kinderen (zelfrapportage van kinderen).

#### Resultaten

Afzonderlijke lineaire regressieanalyses toonden aan dat verminderde set-shiftingsvaardigheden op de leeftijd van vier jaar een significant lagere body mass index ( $\beta = -0.004$ ,  $t = -2.7$ ;  $p = 0.007$ ) voorspelden bij meisjes en meer diëten ( $\beta = 0.03$ ,  $t = 3.06$ ),  $p = 0,002$ ) op negenjarige leeftijd bij jongens en meisjes. Multinomiale logistische regressieanalyses lieten geen significant verband zien tussen set-shifting op de leeftijd van 4 jaar en lichaamsontevredenheid of vervorming van het lichaamsbeeld op 9-jarige leeftijd.

## **Conclusie**

Verminderde set-shiftingsvaardigheden in de vroege kindertijd voorspellen een lagere body mass index bij meisjes en meer diëten op de basisschoolleeftijd bij jongens en meisjes, maar geen ontevredenheid of verstoring van het lichaamsbeeld. Deze longitudinale associatie draagt bij aan het idee dat set-shiftingsproblemen een risicofactor voor het ontwikkelen van anorexia nervosa zou kunnen zijn. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op het onderzoeken van set-shifting bij jongeren met anorectische kenmerken en met volledige anorexia.

## **Literatuurverwijzing**

1. Tchanturia K, Davies H, Roberts M, Harrison A, Nakazato M, Schmidt U, et al. Poor cognitive flexibility in eating disorders: examining the evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. *PLoS One*. 2012;7(1):e28331.
2. Sato Y, Saito N, Utsumi A, Aizawa E, Shoji T, Izumiyama M, et al. Neural basis of impaired cognitive flexibility in patients with anorexia nervosa. *PLoS One*. 2013;8(5):e61108.
3. Allen KL, Byrne SM, Hii H, van Eekelen A, Mattes E, Foster JK. Neurocognitive functioning in adolescents with eating disorders: A population-based study. *Cognitive Neuropsychiatry*. 2013;18(5):355-75.
4. Jauregui-Lobera I. Neuropsychology of eating disorders: 1995-2012. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:415-30.
5. Lang K, Stahl D, Espie J, Treasure J, Tchanturia K. Set shifting in children and adolescents with anorexia nervosa: An exploratory systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 2014;47(4):394-9.

## S37.2

### 'Pro-ana coaches' azen op patiënten met een eetstoornis

Eric van Furth <sup>p1</sup> / Emma Simons <sup>2</sup> / Scarlet Hemkes <sup>1</sup> / Martine de Vries <sup>3</sup> / Frank Noteboom <sup>2</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Rivierduinen
2. Fier
3. LUMC

#### Achtergrond

Een 'pro-ana coach' is iemand die hulp aanbiedt bij afvallen, met het doel seksueel expliciet materiaal te bemachtigen en/of seksueel misbruik.

#### Doel

Samen met het CKM, Centrum tegen Kinder- en Mensenhandel, hebben wij onderzoek gedaan om (1) de mogelijke relatie tussen seksuele kindermisbruik (SKM) en meisjes met een eetstoornis te onderzoeken, (2) bewustzijn te creëren in het eetstoornisveld, bij justitie en in de maatschappij over het risico voor patiënten met een eetstoornis op SKM en (3) patiënten met een eetstoornis beter te beschermen, misbruikers op te sporen en SKM te voorkomen.

#### Methoden

In de eerste fase van het onderzoek hebben wij drie nepprofielen van minderjarige meisjes opgesteld. Namens hen hebben wij een kort bericht op een pro-ana forum geplaatst met het verzoek om hulp bij afvallen. Dit resulteerde in interacties met 45 pro-ana coaches.

In de tweede fase hebben wij individuen met een eetstoornis, met ervaring met pro-ana coaches, gevraagd een vragenlijst in te vullen. Wij publiceerden een blog op onze e-community Proud2Bme.nl met het verzoek aan bezoekers hun ervaringen met pro-ana coaches met ons te delen door een online vragenlijst in te vullen (n=79). Follow-up interviews werden uitgevoerd met 12 individuen. Daarnaast hebben wij 10 pro-ana sites 'gecrawled' en analyseerden 2.000 berichten van 625 pagina's over een periode van 9½ jaar.

#### Resultaten

De modus operandi van pro-ana coaches zal worden gepresenteerd en geïllustreerd aan de hand van chat interacties. Daarnaast zullen de resultaten van de slachtoffers enquête en interviews worden gepresenteerd.

#### Conclusie

Het doel is bewustzijn te vergroten van dit online, potentieel crimineel gedrag gericht op patiënten met een eetstoornis. De belangrijkste vraag is hoe wij kunnen voorkomen dat onze patiënten slachtoffer worden van 'pro-ana coaches'.

#### Literatuurverwijzing

Geen

### S37.3

#### **Behandeling van PTSS bij anorexia nervosa patiënten met ernstig ondergewicht: Een pilot-study, serial randomized single-case study design (n=10)**

Marieke ten Napel<sup>p1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGNet

#### **Achtergrond**

We kunnen co morbiditeit niet behandelen bij ernstig ondergewicht, vanwege de veronderstelling dat psychologische behandeling ten tijde van ernstig ondergewicht niet aanslaat. Het behandelbeleid bij patiënten met Anorexia Nervosa (AN) en comorbide klachten is eerst de AN te behandelen. Bij comorbide posttraumatische stress-stoornis (PTSS) lijkt deze behandelvolgorde echter ongunstig. Bij toename van gewicht wordt regelmatig ook een toename van PTSS symptomen gezien wat verdere gewichtsstijging bemoeilijkt en terugval in gewicht kan veroorzaken (o.a. Brewerton, 2007; Reyes-Rodríguez et al., 2011).

Om te onderzoeken of de PTSS toch gelijktijdig behandeld kan worden naast de eetstoornis, tijdens ernstig ondergewicht, hebben wij deze pilot-studie uitgevoerd.

#### **Doel**

In deze studie is primair onderzocht of het mogelijk is om PTSS te behandelen (Raabe et al., 2011) bij AN-patiënten met ernstig ondergewicht. Hiernaast is onderzocht of succesvolle vermindering van PTSS-klachten bij AN-patiënten leidt tot vermindering van eetstoornis pathologie.

#### **Methoden**

De studie is een n=10, opgezet volgens een serial randomized single-case study design. Hiernaast zijn ook kwalitatieve data verzameld.

#### **Resultaten**

Op basis van voorlopige kwantitatieve analyses is er een duidelijke trend zichtbaar waarbij PTSS-behandeling bij AN-patiënten met ernstig ondergewicht mogelijk lijkt. Momenteel leggen we de laatste hand aan de uiteindelijke analyses.

#### **Conclusie**

Deze innovatieve studie levert nieuwe kennis op over psychologische behandelmogelijkheden bij een tot nu toe zeer moeilijk behandelbare groep patiënten.

#### **Literatuurverwijzing**

Brewerton, T.D. (2007). Eating disorders, trauma, and comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders*, 15, 285-304. Charmaz, K. (2000). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Raabe, S., Ehring, T., Marquenie, L., Olf, M., & Kindt, M. (2015). Imagery rescripting as stand-alone treatment for post-traumatic stress disorder related to childhood. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 48:170-176.

Reyes-Rodríguez, M. L., Von Holle, A., Ulman, T. F., Thornton, L. M., Klump, K. L., Brandt, H., ... Bulik, C. M. (2011). Posttraumatic stress disorder in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 73, 491-497

## S37.4

### Resultaten van een gerandomiseerde studie naar de effectiviteit van een transdiagnostische behandelmethode voor eetstoornissen

Martie de Jong <sup>1</sup> / Wijbrand Hoek <sup>2</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Psyq
2. Parnassia

#### Achtergrond

CBT-E (Cognitive Behav Therapy Enhanced) is een transdiagnostische behandelmethode geschikt voor alle eetstoornissen (Fairburn, 2008). Alhoewel er internationaal robuust bewijs is voor de effectiviteit van CBT-E bij boulimia nervosa en de eetbuistoornis (de Jong et al., 2018), worden CGT interventies (waaronder CBT-E) in de praktijk minder vaak toegepast dan men zou verwachten (Mulkens et al., 2018). Er is in Nederland weinig bekend over de inhoud en effectiviteit van de regulier toegepaste behandelingen in eetstoornissen centra.

#### Doel

Om dit te onderzoeken werd een studie opgezet waarbij de effectiviteit, intensiteit en duur van CBT-E werd vergeleken met 'treatment as usual' (TAU) voor patiënten met een eetstoornis en een BMI boven de 17.5.

#### Methoden

Er werd een effectiviteitsstudie opgezet in 3 gespecialiseerde eetstoornissen centra in Nederland waarbij 143 patiënten met een eetstoornis en een BMI boven de 17.5 werden geïncludeerd en gerandomiseerd over 2 behandelcondities; CBT-E (20 sessies in 20 weken) en TAU (de behandeling die aangeboden werd op de betreffende afdeling). Er zijn 5 metingen verricht (bij start, 6 weken, 20 weken, 40 weken en 80 weken). The primaire uitkomstmaat was herstel van de eetstoornis (SCID of EDE-Q  $\leq$  2.77) en de secundaire uitkomstmaten waren eetstoornis psychopathologie (EDE-Q), zelfbeeld (RSES), perfectionisme (FMPS), interpersoonlijke problemen (IIP-32) en angst- en depressieve klachten (MASQ). Daarnaast zijn de duur en intensiteit van de beide behandelcondities gemeten.

#### Resultaten

Na 80 weken bleken beide behandelcondities even effectief ten aanzien van herstel van de eetstoornis en vermindering van de eetstoornis psychopathologie. Echter CBT-E bleek deze effecten sneller te bereiken in significant minder tijd en sessies. Daarnaast bleek CBT-E op alle tijdstippen effectiever in het verbeteren van het zelfbeeld. Er zijn geen verschillen in effectiviteit tussen de condities gevonden op perfectionisme, interpersoonlijke problemen & angst en depressieve klachten.

#### Conclusie

Hoewel beide condities leiden tot vergelijkbare afname van eetstoornis pathologie, bereikt CBT-E deze resultaten sneller, in minder sessies en is CBT-E effectiever in het verbeteren van het zelfbeeld. Met een brede implementatie van CBT-E in de klinische praktijk kan de efficiëntie, toegankelijkheid en effectiviteit (op zelfbeeld) van zorg voor mensen met een eetstoornis (zonder ondergewicht) verbeterd worden.

#### Literatuurverwijzing

Fairburn, C.G. (2008). Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York: Guilford Press. De Jong, M., Schoorl, M., Hoek, H.W. (2018). Enhanced cognitive behavioural therapy for patients with eating disorders; a systematic review. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(6), 436–444. Mulkens, S., de Vos, C., de Graaff, A., Waller, G. (2018). To deliver or not to deliver cognitive behavioral therapy for eating disorders: Replication and extension of our understanding of why therapists fail to do what they should do. *Behaviour Research and Therapy*, 106, 57-63.

## Het externaliseren van de eetstoornis binnen de behandeling van anorexia nervosa: het perspectief van de patiënt

Marthe Voswinkel <sup>p1</sup> / Hans van Delden <sup>2</sup> / Annemarie van Elburg <sup>1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Altrecht
2. UMCU

### Achtergrond

Kenmerkend voor anorexia nervosa (AN) is het feit dat deze stoornis door veel patiënten egosyntoon ervaren wordt. Het egosyntone karakter van AN heeft tot gevolg dat het onderscheid tussen gedachten en gedrag voortkomend uit AN en gedachten en gedrag voortkomend uit de patiënt zelf vervaagt. Zodoende is het binnen de behandeling noodzakelijk om patiënten te leren herkennen welke gedachten en gedrag voortkomen uit AN en welke gedachten en gedrag onderdeel zijn van de patiënt. Een manier om dit onderscheid te verhelderen is door bepaald gedrag te bestempelen als 'de stoornis' of 'de ziekte', en ander gedrag te bestempelen als 'gezond'. Hierin worden termen als 'ziek' en 'gezond' gebruikt als descriptieve termen. Deze termen hebben echter ook een normatief karakter en dragen daardoor een waardeoordeel met zich mee.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat patiënten AN kunnen ervaren als (deel van) hun identiteit (Tan et al, 2003). Het bestempelen van bepaalde gedachten of gedrag als ziek, wanneer deze door de patiënt als (een deel van) de identiteit wordt beleefd, kan worden ervaren als een negatief waardeoordeel en zou een gevoel van afwijzing als persoon kunnen veroorzaken. Eerder onderzoek heeft inzicht gegeven in hoe patiënten met AN behandeling in het algemeen ervaren, echter ontbreekt onderzoek naar specifiek het externaliseren van de stoornis binnen de behandeling.

### Doel

Het doel van deze studie was tweeledig: enerzijds het verkrijgen van meer inzicht in de variatie aan ervaringen van patiënten betreffende de relatie tussen AN en de eigen identiteit, anderzijds het in kaart brengen van de ervaring van patiënten met een externaliserende benadering binnen de behandeling van AN. Er werd gekozen voor deze twee doelen, aangezien de eigen visie op de relatie tussen AN en eigen identiteit van invloed kan zijn op hoe iemand het externaliseren van AN ervaart.

### Methoden

Er werd een explorerende kwalitatieve interview studie verricht waarin vijftien patiënten met AN werden geïncludeerd. Om een grote variatie aan ervaringen te verkrijgen werden patiënten met verschillende behandelvormen geïncludeerd: 'Family Based Treatment', 'Maudsley Model for Anorexia Nervosa Treatment for Adults', 'Specialist Supportive Clinical Management-Severe Enduring' en 'Cognitive Behavioural Therapy-Enhanced'. Deelnemers aan het onderzoek waren allen ouder dan zestien en hadden minimaal een jaar klachten passend bij AN.

Binnen deze studie werd identiteit gezien als 'narratieve identiteit' (McAdams, 1993; Ricoeur, 1992).

### Resultaten

De resultaten van de studie tonen grote variatie in hoe patiënten de relatie tussen AN en hun eigen identiteit ervaren. Deze ervaringen kunnen worden gezien als een spectrum, variërend van AN als de eigen identiteit, als verweven met de identiteit, als een andere kant van de persoon of als iets wat vreemd is aan de eigen identiteit of de eigen identiteit heeft overgenomen.

Het externaliseren van AN binnen de behandeling werd zowel positief als negatief ervaren. Het werd beschreven als noodzakelijk en als een manier om op den duur zelf te kunnen herkennen wat hoort bij AN en wat niet.

Negatieve ervaringen bestonden uit het gevoel te worden afgewezen als persoon en het gevoel dat gedrag te snel of te vaak werd bestempeld als onderdeel van AN. Bij patiënten veroorzaakte dit het gevoel dat zij, vanwege de diagnose AN, niet werden geloofd, niet serieus werden genomen of onterecht werden beschuldigd.

## **Conclusie**

Ten eerste toont de studie dat de variatie in hoe patiënten de relatie tussen AN en hun eigen identiteit ervaren groot is. Ten tweede geeft deze studie inzicht in de ervaringen die patiënten hebben ten gevolge van het externaliseren van AN binnen de behandeling en laat de studie zien dat externaliseren van AN kan leiden tot 'epistemisch onrecht', waarbij iemand ten onrechte negatief wordt beoordeeld, niet serieus wordt genomen of niet wordt geloofd vanwege een bepaald kenmerk, in dit geval AN, met bijbehorend stereotype, zoals in dit geval bijvoorbeeld de patiënt met AN die niet te vertrouwen is. (Fricker, 2007)

## **Literatuurverwijzing**

- Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford: Oxford University Press.
- McAdams, D.P. (1993). *The Stories We Live By: Personal Myths and the Making of the Self*. New York: William Morrow & Co.
- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as another*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Tan, J.O.A., Hope, T. & Stewart, A. (2003). Anorexia nervosa and personal identity: the accounts of patients and their parents. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 533-548. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(03\)00085-2](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(03)00085-2)

## **S40 Electroconvulsie therapie bij stemmingsstoornissen, welke factoren helpen bij een scherpere indicatiestelling en optimale behandeling?**

Electroconvulsie therapie (ECT) biedt nog los van de inmiddels bewezen effectiviteit interessante mogelijkheden om ernstige stemmingsstoornissen nader te typeren. In 5 studies worden relevante parameters voor profilering aan de hand van actueel onderzoek belicht: factoren verbonden met terugval in de eerste 6 maanden, cerebrale kwetsbaarheid, psychomotoriek, inflammatie- en neurotrofe indicatoren en karakteristieken verbonden met autobiografische geheugen klachten.

Er is ruime gelegenheid voor discussie over het betreffende onderzoek en een plaatsbepaling voor de klinische praktijk, die idealiter kan leiden tot daadwerkelijke 'precisie psychiatrie'.

### **S40.1**

#### **Terugval binnen 6 maanden na ECT bij oudere patiënten met een ernstige depressie**

Mardien Oudega <sup>p1</sup> / Margot Wagenmakers <sup>1</sup> / Annemieke Dols <sup>1</sup> / Didi Rhebergen <sup>1</sup> / Eric van Exel <sup>1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZinGeest

#### **Achtergrond**

De remissie cijfers na ECT zijn hoog en variëren van 50-70% bij oudere patiënten met een ernstige depressie (Van der Wurff et al. 2003). Helaas valt een substantieel aantal patiënten, 37-51%, binnen 6 maanden terug in een nieuwe depressie (Jelovac et al. 2013).

#### **Doel**

Van de huidige studie is om te evalueren welke patiënten een hoog risico hebben op een terugval. Onze hypothese is dat een langere indexepisode, een eerste depressieve episode op jongere leeftijd, een ernstige depressie score en meer cognitieve achteruitgang op baseline, geassocieerd zijn met een terugval binnen 6 maanden. We verwachten een minder hoge terugval bij patiënten met comorbide psychotische symptomen.

#### **Methoden**

We voerden een prospectieve naturalistische follow-up studie uit bij 67 patiënten die initieel in remissie waren na ECT behandeling. De patiënten werden geïnccludeerd voor de MODECT studie (Mood Disorders in Elderly treated with Electro-Convulsive Therapy). Terugval binnen 6 maanden na ECT werd gedefinieerd middels een Montgomery Åsberg Depression Scale (MADRS)-score > 15, heropname of herstart ECT. Logistische regressie analyses werden uitgevoerd om de associaties te onderzoeken tussen patiënten karakteristieken en terugval.

#### **Resultaten**

In totaal vielen 22 patiënten (32.8%) terug binnen 6 maanden na ECT. Patiënten met psychotische symptomen bij baseline hadden een lagere kans op een terugval (odds ratio = 0.34, p = .047), in vergelijking met patiënten zonder co-morbide symptomen. Andere patiëntenkarakteristieken waren niet geassocieerd met een terugval.

#### **Conclusie**

Patiënten van 55 jaar en ouderen met een ernstige depressie met psychotische symptomen hadden een lagere kans op terugval binnen 6 maanden na ECT. Mogelijk is de depressie met psychotische kenmerken een apart subtype dat blijvend goed reageert op ECT behandeling.

#### **Literatuurverwijzing**

Van der Wurff FB, Stek ML, Hoogendijk WL, Beekman AT. Electroconvulsive therapy for the depressed elderly. Cochrane Database Syst Rev. 2003(2):CD003593Jelovac A, Kolshus E, McLoughlin DM. Relapse following successful electroconvulsive therapy for major depression: a meta-analysis. Neuropsychopharmacology. 2013;38(12):2467-2474



## S40.2

### Structurele hersenschade en cognitieve achteruitgang tijdens elektroconvulsieve therapie bij ouderen met een depressie

Margot Wagenmakers <sup>p1</sup> / Annemieke Dols <sup>2,1</sup> / Harm Pieter Spaans <sup>3</sup> / Eric van Exel <sup>2</sup> / Didi Rhebergen <sup>2</sup> / Pascal Sienaert <sup>4</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Amsterdam UMC
2. GGZinGeest
3. Parnassia
4. UPC KU Leuven

#### Achtergrond

Uit een eerdere studie van Oudega et al. (2014) komt naar voren dat bilaterale ECT behandeling bij depressieve patiënten met ernstige witte stof schade een verhoogd risico geeft op tijdelijke cognitieve achteruitgang. Deze tijdelijke cognitieve achteruitgang verdwijnt bij het continueren van de ECT behandeling.

#### Doel

Het doel van de huidige studie is om in een nieuw groter cohort de cognitieve status tijdens de ECT kuur te onderzoeken in samenhang met witte stof schade bij ernstig depressieve ouderen.

#### Methoden

In de huidige studie werden 80 patiënten geïnccludeerd van 55 jaar en ouder die behandeld werden met ECT. Magnetic Resonance Imaging (MRI) scans werden gemaakt voor ECT om structurele afwijkingen te bepalen in de hersenen. De cognitieve voor, tijdens en na ECT werd bepaald middels de Mini-Mental State Examination (MMSE).

#### Resultaten

Voor de ECT behandeling was de mediane MMSE-score 26.0 (IQR = 6), de laagste MMSE-score tijdens ECT was 24.0 (IQR = 7), en meteen na ECT 27.0 (IQR = 5). Patiënten met witte stof schade hadden een significant lagere mediane MMSE-score tijdens ECT: 21.0 (IQR = 7) in vergelijking met patiënten zonder WMH: 24.0 (IQR = 6),  $p = 0.03$ . Na correctie voor leeftijd verdween dit significante effect. Stratificatie voor ECT methode liet geen significante verschillen zien tussen de laagste MMSE-scores tijdens ECT voor patiënten die bilateraal of unilateraal werden behandeld. Bij alle patiënten met en zonder witte stof schade zagen we een verbetering van de MMSE-scores na ECT in vergelijking met baseline MMSE.

#### Conclusie

Patiënten van 55 jaar en ouder met witte stof schade hebben een hoger risico op tijdelijke cognitieve achteruitgang tijdens ECT. Oudega et al (2014) vonden een toegenomen kwetsbaarheid bij patiënten die bilateraal werden behandeld, maar deze bevinding kon niet gerepliceerd worden in de huidige studie. Mogelijk komt dit doordat de patiënten in de huidige studie minder vaak bilateraal werden behandeld. In overeenstemming met de resultaten van Oudega et al (2014) zagen we ook in de huidige studie dat de cognitieve van alle patiënten verbeterde na afronding van de ECT behandeling.

#### Literatuurverwijzing

Oudega ML, van Exel E, Wattjes MP, et al. White matter hyperintensities and cognitive impairment during electroconvulsive therapy in severely depressed elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2014;22(2):157-166

## S40.4

### Depressie in beweging ECT bij ouderen, de effectiviteit, en de voorspellende waarde van psychomotore symptomen

Eveline Veltman <sup>1</sup> / Didi Rhebergen <sup>2</sup> / Roos van der Mast <sup>3</sup> / Annemieke Dols <sup>2</sup> / Eric van Exel <sup>2</sup> / Max Stek <sup>2</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Rivierduinen
2. GGZinGeest
3. LUMC

#### Achtergrond

Electroconvulsie therapie (ECT) kan een zeer effectieve behandeling zijn bij stemmingsstoornissen, en oudere leeftijd is geassocieerd met een gunstig behandelresultaat (Spaans et al 2016). Ook depressie met melancholische kenmerken wordt gezien als voorspeller voor een positieve ECT-uitkomst (Fink et al. 2007), waarbij mogelijk vooral psychomotore verschijnselen dit effect voorspellen, en niet zozeer melancholie als gespecificeerd in de DSM-5 (Parker et al. 2010; American Psychiatry Association 2013). Er is echter nog geen eenduidigheid over hoe psychomotore verschijnselen te meten in de kliniek om ECT-uitkomst te kunnen voorspellen. Daarnaast is onderzocht of alle symptomen van depressie goed reageren op ECT, omdat soms gedacht wordt dat ECT vooral een dopaminerge 'boost' geeft, waardoor mogelijk vooral symptomen die in verband worden gebracht met dopaminerge verstoringen (zoals psychomotore verschijnselen en anhedonie) goed reageren op ECT.

#### Doel

Het doel van deze lezing is om de toehoorders te informeren over de mogelijkheden om psychomotore verschijnselen te meten en zo effect van ECT te kunnen voorspellen voor individuele patiënten, en om te onderzoeken op welke depressieve symptomen ECT effect heeft, en hoe snel.

#### Methoden

We hebben gekeken naar de voorspellende waarde van psychomotore symptomen van depressie op een succesvolle ECT-behandeling. Hierbij is gebruik gemaakt van data van de Mood Disorders in Elderly treated with Electro Convulsive Therapy (MODECT) studie (Dols et al. 2017). Dit is een naturalistische longitudinale studie waarbij 118 depressieve ouderen zijn geïncludeerd die behandeld zijn met ECT. Psychomotore symptomen werden gemeten met de CORE (Parker and Hadzi-Pavlovic 1996), een 18-item vragenlijst die psychomotore remming en agitatie meet, zowel motorisch als verbaal. Daarnaast is gekeken of alle symptomen (tegelijk) verbeterden met ECT, en of ernstige psychomotore symptomen, als gemeten met de CORE (Parker en Hadzi-Pavlovic 1996), een voorspeller waren voor remissie met ECT. Hiervoor is een factoranalyse uitgevoerd, om verschillende symptoomdimensies in kaart te brengen en deze vervolgens te vergelijken op snelheid van verbetering.

#### Resultaten

Er werden drie symptoomdimensies gevonden met de factoranalyse; een factor met vooral stemmingsitems (somberheid, verminderde concentratie, anhedonie), een factor met vooral melancholische items (innerlijke spanning, verminderde slaap en eetlust, energieverlies), en een factor met het item suïcidaliteit. Alle patiënten die met ECT werden behandeld, lieten in de eerste twee weken een snelle daling van alle drie de factoren zien (Veltman et al. 2019a). Verder werd gevonden dat psychotische symptomen een voorspeller waren voor een succesvolle ECT-behandeling (Veltman et al. 2019b). De CORE vragenlijst liet geen significant verband zien, maar naderde wel significantie ( $p=0.06$ ) als de psychotische patiënten (47.3%) werden geëxcludeerd.

#### Conclusie

Allereerst kan worden geconcludeerd dat ECT een snelle en effectieve behandeling is van alle depressieve symptomen. Eerder is soortgelijk onderzoek gedaan naar het effect van psychotherapie en psychofarmaca. Hoewel de cohorten niet één-op-één te vergelijken zijn wordt in al deze studies gevonden dat niet alle depressieve symptomen (even snel) opknappen, zeker niet binnen twee weken (Bhar et al. 2008; Alonzo et al. 2013; Spaans et al. 2015).

Verder is psychose de sterkst gevonden voorspeller voor verbetering op ECT. De CORE naderde slechts een significant voorspellende waarde als de psychotische patiënten werden geëxcludeerd. Dit past in de hypothese van Parker et al. (2010), die psychomotoriek (als gemeten met de CORE) zien als een belangrijk kenmerk van melancholie, maar psychose als de overtreffende trap. De CORE lijkt dan weinig meerwaarde te hebben in een psychotisch-depressieve patiënt, maar kan mogelijk wel depressieve patiënten zonder psychose identificeren die baat zouden hebben bij ECT.

### **Literatuurverwijzing**

- American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Washington DC, 2013, print.
- Bhar SS, Gelfand LA, Schmid SP, et al. Sequence of improvement in depressive symptoms across cognitive therapy and pharmacotherapy. *J Affect Disord* 2008; 110:161-166
- Dols A, Bouckaert F, Sienaert P, et al. Early- and late-onset depression in late life: a prospective study on clinical and structural brain characteristics and response to electroconvulsive therapy. *Am J Geriatr Psychiatry* 2017; 25:178-189
- Parker G, Hadzi-Pavlovic D: *Melancholia: a disorder of movement and mood*. New York: Cambridge University Press, 1996
- Parker G, Fink M, Shorter E, et al. Issues for DSM-5: whither melancholia? The case for its classification as a distinct mood disorder. *Am J Psychiatry* 2010; 167:745-747
- Spaans HP, Sienaert P, Bouckaert F, et al. Speed of remission in elderly patients with depression: electroconvulsive therapy versus medication. *British J Psychiatr* 2015; 206:67-71
- Spaans HP, Verwijk E, Stek ML, et al. Early complete remitters after electroconvulsive therapy: profile and prognosis. *J ECT* 2016; 32:82-87
- Veltman EM, Van Hulten S, Twisk J, et al. Differences in speed of response of depressive symptom dimensions in older persons during electroconvulsive therapy. *J ECT* 2019a; 35:35-39
- Veltman EM, De Boer PA, Dols A, et al. Melancholia as predictor of ECT outcome in later life. *J ECT* 2019b

## S40.5

### Is ofwel remissie na ECT ofwel het aantal ECT behandelingen geassocieerd met autobiografisch geheugen verlies bij depressieve patiënten?

Marc Burgers <sup>p1</sup> / Eric van Exel <sup>2</sup> / Harm Pieter Spaans / Esmee Verwijk

P: Presenterende auteur / spreker

1. Parnassia
2. GGZinGeest

#### Achtergrond

Tot de meest ingrijpende bijeffecten van electroconvulsietherapie (ECT) behoren cognitieve beperkingen, in het bijzonder die van het autobiografische geheugen.

#### Doel

Bepalen welke factoren autobiografisch geheugenverlies kunnen verklaren bij depressieve patiënten die behandeld worden met ECT. Waarbij aangenomen wordt dat remissie en het aantal ECT behandelingen, van belang zijn bij het al dan niet ontwikkelen van autobiografische geheugen problemen.

#### Methoden

Bij 68 unipolaire depressieve patiënten die deelnamen aan een RCT, werden veranderingen in het autobiografisch geheugen en het feitelijk geheugen onderzocht. Bij deze RCT kregen patiënten die niet in remissie kwamen 12 behandelingen en patiënten die wel in remissie kwamen maximaal 12 of minder behandelingen. Met onder andere een lineair regressie model werd onderzocht of remissie of non-remissie geassocieerd was met veranderingen in het (autobiografisch) geheugen. Daarnaast werd na stratificatie voor remissie of non-remissie onderzocht of het aantal ECT behandelingen van invloed was op veranderingen in het (autobiografisch) geheugen.

#### Resultaten

Patiënten die in remissie kwamen hadden gemiddeld 8 ECT behandelingen nodig terwijl patiënten die niet in remissie kwamen gemiddelde 11 behandelingen nodig hadden. Bij patiënten die in remissie kwamen (n=36), was er 7% verbetering in het autobiografisch geheugen ten opzichte van baseline, gemeten met het Kopelman's Autobiographical Memory Interview. Bij patiënten die niet in remissie kwamen was er een 6% verslechtering van het autobiografisch geheugen. Soortgelijke veranderingen waren er ook wanneer het feitelijk geheugen werd onderzocht. Na stratificatie voor het al dan niet in remissie komen, bleek dat het aantal behandelingen in de groep die in remissie kwam significant samenhang met achteruitgang in het autobiografisch geheugen (beta - 0.07, p=0.001). Voor de groep die niet in remissie kwam kon deze relatie niet bepaald worden aangezien alle patiënten die niet in remissie kwamen 11 tot 12 behandelingen kregen.

#### Conclusie

Het ontwikkelen van autobiografische geheugen problemen lijkt nauw gerelateerd aan het aantal ECT behandelingen. Remissie van depressie verbetert het autobiografisch en feitelijk geheugen, waarschijnlijk komt dit doordat patiënten die in remissie komen minder ECT behandelingen krijgen dan patiënten die niet in remissie komen. De relatie tussen het aantal ECT behandelingen en het nadelige effect op problemen van het autobiografisch geheugen vind je ook terug in de groep patiënten die in remissie komt.

#### Literatuurverwijzing

Doctor will I get my memory back? Verwijk et al. Tijdschr Psychiatr 2017; 59: 632-637. Subjective memory complaints after electroconvulsive therapy: systematic review. BJPsych Bull 2019; 73-80.

## **S41 De focus op (uw) leefstijl in de psychiatrie!**

Leefstijlgerelateerde factoren spelen een belangrijke rol bij de slechtere gezondheid en levensverwachting van mensen met (ernstige) psychiatrische aandoeningen. Onderzoek hiernaar zit in de lift. Na de primaire focus op lichamelijke gezondheid is steeds meer bekend over de rol van voeding bij psychiatrische aandoeningen en de (transdiagnostische) relatie tussen beweging en geestelijke gezondheid. Het cliëntperspectief en het perspectief en de leefstijl van behandelaren zijn essentiële factoren gebleken in de huidige leefstijl in de psychiatrie en het gericht veranderen daarvan, maar dit is nog zelden betrokken in onderzoek. In dit symposium lichten we recente studies uit naar 1) de rol van voeding bij depressie, 2) fysieke fitheid bij psychose in relatie tot lichamelijke en geestelijke gezondheid, 3) het cliëntperspectief bij leefstijlverandering en 4) de fysieke fitheid, attitudes en verwijsgedrag ten aanzien van beweeginterventies van deelnemers van het NVVP Voorjaarscongres 2019

### **S41.1**

#### **Fysieke activiteit en fitheid bij mensen met schizofrenie vergeleken met gezonde controles en relaties met geestelijke en lichamelijke gezondheid**

Thomas Scheewe<sup>1,2</sup> / Frederike Jörg<sup>3,4</sup> / Tim Takken<sup>5</sup> / Jeroen Deenik<sup>6,7,2</sup> / Davy Vancampfort<sup>8</sup> / Frank Backx<sup>9</sup> / Wiepke Cahn<sup>10</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Rudolf Magnus instituut voor Neurowetenschappen, UMC Utrecht
2. Hogeschool Windesheim
3. Rob Giel onderzoekscentrum, UMCG
4. GGZ Friesland
5. Wilhelmina Kinderziekenhuis
6. GGz Centraal
7. Maastricht University
8. KU Leuven
9. Afdeling revalidatie, fysiotherapie en sportgeneeskunde, UMC Utrecht
10. Rudolf Magnus instituut voor Neurowetenschappen, UMCU, Utrecht

#### **Achtergrond**

Mensen met een diagnose schizofrenie overlijden 7-20 jaar eerder dan de algemene bevolking, voor een groot deel door hart- en vaatziekten en luchtwegaandoeningen. Het verhoogde risico hierop komt deels voort uit bijwerkingen van antipsychotica, zoals gewichtstoename, verstoorde bloedwaarden en diabetes. Onderzoeken laten zien dat fysieke activiteit, sedentair gedrag hierin een belangrijke rol spelen. Echter zijn in veel van deze onderzoeken zelfrapportage lijsten gebruikt die bij deze doelgroep vaak onvoldoende betrouwbaar en valide zijn. Bovendien zijn er aanwijzingen dat ook fysieke fitheid (cardiorespiratoire fitheid) gerelateerd is aan de fysieke en geestelijke gezondheid van mensen met schizofrenie, maar deze uitkomstmaat is in eerdere onderzoeken zelden meegenomen.

#### **Doel**

Het objectief meten van fysieke activiteit, sedentair gedrag en fysieke fitheid bij mensen met schizofrenie, vergeleken met gezonde controles, gematcht voor leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status. Associaties met zowel fysieke activiteit en fitheid en geestelijke en lichamelijke gezondheid werden onderzocht bij mensen met schizofrenie.

#### **Methoden**

Matig tot hoog intensieve fysieke activiteit, matig intensieve fysieke activiteit, hoog intensieve fysieke activiteit, totaal en actief energieverbruik, aantal stappen, tijd waarin men ligt en slaapt, werden elektronisch gemeten met de SenseWear Pro-2, voor 24 uur bij mensen met schizofrenie (n=63) en gezonde controles, gematcht voor leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status (n=55). Ernst van symptomen (Positive and Negative Syndrome Scale en de Montgomery en Åsberg Depression Rating Scale), cardiorespiratoire fitheid (maximale zuurstofopname, VO<sub>2</sub>max), BMI en metabool syndroom werden gemeten.

## **Resultaten**

Patiënten met een diagnose schizofrenie waren minder matig tot hoog en matig intensief actief en hadden een lager totaal en actief energieverbruik, besteedden meer tijd per dag liggend en slapend, en hadden een slechtere cardiorespiratoire fitheid, vergeleken met gezonde controles. De mate van matig tot hoog intensieve fysieke activiteit, maar vooral cardiorespiratoire fitheid was gerelateerd aan de ernst van negatieve symptomen bij mensen met een diagnose schizofrenie. Enkel cardiorespiratoire fitheid werd geassocieerd met BMI, waarbij patiënten met een hogere BMI minder fit waren.

## **Conclusie**

De uitkomsten dragen bij aan de evidentie voor interventies die tot doel hebben om de fysieke activiteit te verhogen en sedentair gedrag te verminderen bij mensen met een diagnose schizofrenie. Gezien de sterke associaties van cardiorespiratoire fitheid met zowel negatieve symptomen en BMI, kan een behandeling gericht op het verbeteren van deze fitheid mogelijk effectief zijn.

## **Literatuurverwijzing**

Scheewe TW, Jörg F, Takken T, Deenik J, Vancampfort D, Backx FJG, Cahn W: Low Physical Activity and Cardiorespiratory Fitness in People With Schizophrenia: A Comparison With Matched Healthy Controls and Associations With Mental and Physical Health. *Frontiers in psychiatry* 2019, 10:87-87.

Bueno-Antequera J, Oviedo-Caro MA, Munguia-Izquierdo D. Sedentary behaviour, physical activity, cardiorespiratory fitness and cardiometabolic risk in psychosis: the psychiactive project. *Schizophr Res.* (2018) 195:142–8.

Stubbs B, Chen LJ, Chung MS, Ku PW. Physical activity ameliorates the association between sedentary behavior and cardiometabolic risk among inpatients with schizophrenia: a comparison versus controls using accelerometry. *Compr Psychiatry.* (2017) 74:144–50.

## S41.2

### De rol van voeding en voedingsgerelateerd gedrag bij depressie: resultaten van het NESDA onderzoek

Mariska Bot <sup>1,2,3</sup> / Carisha Thesing <sup>1,2,3</sup> / Deborah Gibson-Smith <sup>1,2,3</sup> / Nadine Paans <sup>1,2,3</sup> / Brenda Penninx <sup>1,2,3</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Amsterdam UMC
2. VU Amsterdam
3. GGZ inGeest

#### Achtergrond

Recent is er veel aandacht voor de rol van nutriënten, voeding en voedingsgerelateerd gedrag bij depressie.

#### Doel

Het onderzoeken van de rol van drie voedingsaspecten (omega-3 vetzuren, voedingskwaliteit en eetstijlen) bij depressie.

#### Methoden

Data kwam van de Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA), een longitudinale cohort studie van mensen met en zonder depressieve en angststoornissen (baseline n=2981). Omega-3 vetzuren in het plasma werden gemeten op baseline. Voedingsgerelateerde data (voedselfrequentie vragenlijst en de Nederlandse vragenlijst voor eetgedrag; DEBQ) werd verzameld op de 9-jaars follow-up meting (n=1634-1750). Op alle meetmomenten werd de aanwezigheid van depressie bepaald middels de Composite International Diagnostic Interview (CIDI), en werden depressieve symptomen gemeten met de Inventory of Depressive Symptomatology (IDS) vragenlijst.

#### Resultaten

Cross-sectionele analyse lieten zien dat depressie samenhangt met 1) lagere omega-3 vetzuren in het plasma, 2) een lagere voedingskwaliteit (lagere score van het Mediterrane Dieet), en 3) meer emotioneel en extern eten, beiden voorbeelden van ongezonde eetstijlen.

#### Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat er verbanden zijn tussen depressie en verschillende aspecten van voeding. De implicaties voor toekomstig onderzoek en de praktijk en zullen worden besproken.

#### Literatuurverwijzing

Thesing, C. S., Bot, M., Milaneschi, Y., Giltay, E. J., & Penninx, B. W. (2018). Omega-3 and omega-6 fatty acid levels in depressive and anxiety disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 87, 53-62.

Paans, N. P., Bot, M., van Strien, T., Brouwer, I. A., Visser, M., & Penninx, B. W. (2018). Eating styles in major depressive disorder: Results from a large-scale study. *Journal of psychiatric research*, 97, 38-46.

Gibson-Smith, D., Bot, M., Brouwer, I. A., Visser, M., & Penninx, B. W. (2018). Diet quality in persons with and without depressive and anxiety disorders. *Journal of psychiatric research*, 106, 1-7.

### S41.3

#### Helpende factoren voor deelname aan een multidisciplinaire leefstijl bevorderende behandeling

Jacqueline Juffer-Zeevat <sup>p1</sup> / Geny Sibon <sup>1</sup> / Jeroen Deenik <sup>1,2,3</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGz Centraal
2. Maastricht University
3. Hogeschool Windesheim

#### Achtergrond

De levensverwachting van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) is tot 20 jaar korter vergeleken met de algemene bevolking, hoofdzakelijk door lichamelijke aandoeningen. Een ongezonde leefstijl speelt hierin een belangrijke rol. Het lukt mensen met EPA moeilijk hier zelfstandig verandering in aan te brengen. Alleen motivatie is geen garantie voor participatie en er is betere ondersteuning gewenst om hen te activeren. Dit is de reden geweest om bij GGz Centraal een multidisciplinaire leefstijl bevorderende behandeling bij mensen met EPA in de kliniek (MULTI) te ontwikkelen. Naar het perspectief van patiënten zelf over wat zij als helpend ervaren in leefstijlinterventies is echter nog weinig onderzoek gedaan.

#### Doel

Inzicht krijgen in wat mensen met EPA in de klinische langdurige zorg bij GGz Centraal, locatie Veldwijk, als helpend ervaren om deel te nemen aan MULTI.

#### Methoden

Een kwalitatief fenomenologisch onderzoek door middel van diepte-interviews (N=12). Data-analyse werd gedaan volgens de stappen van Colaizzi.

#### Resultaten

Er bleken hoofdzakelijk vier factoren die patiënten als helpend ervaren voor deelname aan MULTI: motivatie, begeleiding, praktische voorwaarden en samen doen. Hun motivatie ligt in het verbeteren van hun lichamelijke gezondheid, het opdoen van sociale contacten en het verdienen van geld (in het geval van werk-gerelateerde activiteiten). Zij ervaren wel belemmeringen die vooral betrekking hebben op symptomen van de ziekte en bijwerkingen van medicatie. Als begeleiding hen stimuleert, uitnodigt voor activiteiten, pusht, aan de hand meeneemt, opdrachten en complimenten geeft wordt dit als helpend ervaren. Daarnaast zijn praktische voorwaarden als gezonde voeding, voorlichting, een dagplanning, gezellige sfeer, aansluiting bij wat men leuk vindt, goede voorzieningen qua sporten en het samen doen van activiteiten helpend.

#### Conclusie

Het onderzoek laat zien dat klinisch opgenomen mensen met EPA de motivatie hebben om deel te nemen aan een leefstijl bevorderende behandeling. Behalve het bieden van praktische voorwaarden hiervoor binnen de kliniek, blijkt sociale steun van groepsgenoten onderling en in het bijzonder (de steun van) de zorgprofessional hierin essentieel. Het scholen en ondersteunen van zorgprofessionals in (de toepassing van) kennis en vaardigheden voor leefstijlbevordering in de GGZ kan mogelijk sterk bijdragen aan de noodzakelijke verbetering van de leefstijl en daarmee de gezondheidstoestand van mensen met EPA in de kliniek.

#### Literatuurverwijzing

Deenik J: Thinking inside the box: changing lifestyle to improve the health status of inpatients with severe mental illness. Maastricht: Maastricht University; 2019.

Deenik J, Tenback DE, Tak ECPM, Blanson Henkemans OA, Rosenbaum S, Hendriksen IJM, van Harten PN: Implementation barriers and facilitators of an integrated multidisciplinary lifestyle enhancing treatment for inpatients with severe mental illness. The MULTI study IV. in revision.



## S41.4

### En u, dokter?! De leefstijl van de deelnemers van het Voorjaarscongres 2019 en attitudes en verwijsgedrag ten aanzien van beweginginterventies

Jeroen Deenik<sup>1,2,3,4</sup> / Thomas Scheewe<sup>3</sup> / Frank van Deursen<sup>3</sup> / Wiepke Cahn<sup>4</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGz Centraal
2. Maastricht University
3. Hogeschool Windesheim
4. UMC Utrecht

#### Achtergrond

Leefstijlinterventies (bijv. beweginginterventies) hebben laten zien zowel de somatische als geestelijke gezondheid te kunnen verbeteren bij verschillende diagnoses, vooral als die werden gegeven door gekwalificeerde professionals. Ook de voorbeeldfunctie en ondersteuning van zorgprofessionals blijken belangrijk bij de leefstijlverbetering en het volhouden ervan. Naar de kennis en attitude ten aanzien van somatiek en beweginginterventies en fitheid van zorgprofessionals zelf is echter nog niet veel onderzoek gedaan.

#### Doel

Het onderzoeken van de kennis en attitudes van behandelaren ten aanzien van somatiek en leefstijl binnen de psychiatrie en hun eigen fitheid.

#### Methoden

Een cross-sectioneel onderzoek op het Voorjaarscongres 2019. Persoons- en beroepskenmerken, mate van fysieke activiteit, ervaren stress, attitudes en kennis rondom somatiek en verwijsgedrag ten aanzien van bewegingsinterventies werden uitgevraagd middels een online vragenlijst. Aanvullend werden deelnemers uitgenodigd voor de Astrand fietstest, waarmee hun fitheid (maximale zuurstofopname; VO<sub>2</sub>max) kon worden geschat. Met lineaire en logistische regressiemodellen is geanalyseerd in hoeverre persoons- en beroepskenmerken de fitheid van deelnemers voorspelden en in hoeverre deze factoren en de eigen fitheid de kennis, attitudes en het verwijsgedrag voorspelden.

#### Resultaten

Uiteindelijk vulden 133 mensen de vragenlijst in en deden 78 mensen de fietstest. Men had een gemiddeld BMI van 24 en bewoog 188min/week matig-intensief. Vrouwelijke deelnemers en psychiaters/psychologen in opleiding bewogen minder. 45% voldeed aan de Nederlandse bewegrichtlijnen en 6% rookte. De beweegnorm werd minder gehaald door deelnemers met hoge stress en meer door deelnemers die zelf al eens een beweegexpert bezochten. Mensen die de fietstest deden hadden een bovengemiddeld goede fitheid, welke lager was voor vrouwen en oudere deelnemers. Kennis en attitudes ten aanzien van somatiek en beweginginterventies waren positief en verschilden niet op persoons- en beroepskenmerken en fitheid. Deelnemers die iemand hadden doorverwezen naar een beweegprogramma of -activiteit (80%), verwezen vooral naar een psychomotorisch therapeut (39%). Deelnemers die zelf aan de bewegrichtlijnen voldeden, verwezen vaker. Er werd evenveel verwezen voor lichamelijke als geestelijke gezondheid en minder voor sociaal welbevinden. Verwijzen naar gemeentelijke voorzieningen en schriftelijke toelichting werden als meest effectieve methoden gezien om patiënten te adviseren.

**Conclusie**

Het is positief dat de kennis en attitudes rondom somatiek en beweeginterventies hoog scoren en dat positieve effecten voor lichamelijke en geestelijke gezondheid niet afzonderlijk van elkaar worden gezien. Het percentage deelnemers dat voldoet aan de beweegrichtlijnen komt overeen met de algemene bevolking. Gevonden voorspellers voor beweging/fitheid en verwijsgedrag bieden aanknopingspunten om bewegingsstimulering beter toe te spitsen voor zowel behandelaren als patiënten. Dit betreffen voorlopige resultaten. Uitkomsten zullen nog worden vergeleken met eerder (internationaal) onderzoek bij psychiaters en patiënten.

**Literatuurverwijzing**

Fibbins H, Czosnek L, Stanton R, Davison K, Lederman O, Morell R, Ward P, Rosenbaum S: Self-reported physical activity levels of the 2017 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP) conference delegates and their exercise referral practices. *J Ment Health* 2018:1-8.

## **S43 Op weg naar meer precisie in diagnostiek en behandeling bij Angst en Depressie - Nijmegen Centre for Anxiety and Depression Expertise NijCa2re**

Non-respons en terugval zijn in 30-50% aanwezig bij patiënten met angst-, obsessieve compulsieve, posttraumatische stressstoornis en depressies. Het verkrijgen van meer inzicht in diagnostische profielen en het mechanisme van verandering is belangrijk om bestaande behandelingen te veranderen of aan te passen aan meer specifieke diagnostische kenmerken. Hiermee kan respons toenemen en terugval verminderen. In dit symposium worden de resultaten gepresenteerd van een aantal studies die bij kunnen gaan dragen aan het ontwikkelen van meer precisie in diagnostiek en behandeling.

### **S43.2**

#### **Stoornis versus Ernst: rol van Comorbide depressie bij klachtafname door angstbehandeling**

Joppe Klein Breteler<sup>1,2</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Radboud Universiteit Behavioural Science Institute
2. Pro Persona, Expertisecentrum "Overwaal" voor Angst-, Dwangstoornissen en PTSS

#### **Achtergrond**

Patiënten die behandeling volgen voor angststoornissen hebben in 60% van de gevallen een comorbide depressieve stoornis (Lamers et al., 2011). Alhoewel de ernst van klachten bij het start- en eindpunt van een angstbehandeling vaak hoger zijn bij comorbiditeit, vinden de meeste studies dat de afname van klachten tijdens een behandeling vergelijkbaar is voor mensen met of zonder comorbide depressie. De meeste studies zijn echter gebaseerd op de DSM-IV categorisatie van angststoornissen en/of op een kleine steekproef, waardoor het onduidelijk is of een comorbide depressie mogelijk kleine (negatieve) effecten kent.

#### **Doel**

Nagaan of ernst van de depressie interfereert met de behandeluitkomst bij angst-, dwangstoornissen en PTSS.

#### **Methoden**

In de huidige studie is het verband tussen angst en depressie (diagnose en zelf-rapportage) en symptoomreductie als gevolg van reguliere behandeling onderzocht. Hiertoe is gebruikt gemaakt van geanonimiseerde Routine Outcome Measuring (ROM) data van de specialistische GGZ binnen Pro Persona, waar onderscheid is gemaakt tussen DSM-5 angststoornissen (n = 315), obsessief-compulsieve stoornissen (OCS; n = 157) en posttraumatische stressstoornissen (PTSS; n = 268).

#### **Resultaten**

Resultaten op basis van multiple lineaire regressie modellen laten zien dat comorbiditeit van depressie (diagnose) bij angststoornissen, OCS, en PTSS geen significant verband heeft met klachtenafname als gevolg van behandeling. Hogere zelfgerapporteerde depressieve symptomen bij start van behandeling daarentegen, zijn wel geassocieerd met minder afname van klachten. Specifiek is gevonden dat meer depressieve symptomen voorafgaand aan behandeling samenhangen met minder afname van zelfgerapporteerde angstsymptomen ( $F(8, 680) = 44.2, p < .001, \Delta R = .04; \beta = .28, p < .001$ ) en minder verbetering van zelfgerapporteerd algeheel functioneren ( $F(8, 731) = 22.7, p < .001, \Delta R = .02; \beta = .25, p < .001$ ) tijdens behandeling. Ook de reductie van depressieve symptomen tijdens een angstbehandeling hangt sterk samen met een grotere afname van angstsymptomen ( $F(8, 680) = 612.4, p < .001, \Delta R = .28; \beta = .60, p < .001$ ) en verbetering van algeheel functioneren ( $F(8, 731) = 1322, p < .001, \Delta R = .35; \beta = .59, p < .001$ ). De resultaten verschillen niet voor angststoornissen, OCS en PTSS. Vervolgstudies moeten onderzoeken of een causaal verband bestaat tussen reductie van depressieve symptomen en reductie van angstsymptomen.

## **Conclusie**

Huidige resultaten suggereren dat comorbiditeit mogelijk een grotere rol speelt dan verwacht tijdens een angstbehandeling in de specialistische GGZ. Daarnaast onderstrepen de bevindingen het belang van het gebruik van continue instrumenten (bv. zelfrapportages) in aanvulling op de focus op diagnoses, voor het onderzoeken van angst en depressie symptomen in het kader van behandeling.

## **Literatuurverwijzing**

Penninx BW, Nolen WA, Lamers F, Zitman FG, Smit JH, Spinhoven P, e.a. Two-year course of depressive and anxiety disorders: results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord* 2011;133(1-2):76-85. Schaffer A, McIntosh D, Goldstein BI, Rector NA, McIntyre RS, Beaulieu S, e.a. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) taskforce recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid anxiety disorders. *Ann Clin Psychiatry* 2012; 24: 6-22.

## S43.4

### De rol van de HPG-as bij exposurebehandeling van sociale angst

Moniek Hutschemaekers<sup>p1,2</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Pro Persona - Expertisecentrum Overwaal voor Angst-, Dwangstoornissen en PTSS
2. Radboud Universiteit Behavioural Science Institute

#### Achtergrond

De Hypothalamus-Pituitary-Gonadal (HPG)-as en haar eindproduct testosteron spelen een belangrijke rol in sociaal-motivationeel gedrag. Sociaal vermijdingsgedrag, een kenmerk van sociale angst stoornis (SAS), hangt samen met lage testosteron waarden en kan verminderd worden door testosteron toediening bij patiënten met een sociale angststoornis. Mogelijk kunnen deze voordelen van testosteron vertaald worden naar de klinische praktijk. Echter, het is nog onduidelijk of stijgingen in testosteron waarden voorafgaand aan exposure therapie, het effect van exposure kunnen verbeteren.

#### Doel

In deze studie werd getest of pre-exposure endogene testosteron waarden (reactief en baseline) voorspellend zijn voor exposure uitkomsten bij patiënten met een sociale angststoornis.

#### Methoden

73 deelnemers (waarvan 52 vrouw) met een sociale angststoornis als hoofddiagnose namen deel aan deze studie. Zij gaven vier presentaties: drie daarvan tijdens een gestandaardiseerde exposure therapie sessie en de vierde tijdens een nameting (een week later). Endogene testosteron waarden en subjectieve mate van angst (SUD scores) werden gemeten op verschillende momenten tijdens de procedure. Sociale angstklachten werden gemeten bij voor- en nameting.

#### Resultaten

Mixed models analyses lieten zien dat endogene testosteron waarden voorafgaand aan de behandeling niet gerelateerd waren aan de mate van angst tijdens de exposure sessie, Estimate = -0.08(0.15),  $F(1,70) = 0.28$ ,  $p = .60$ . Echter, zij waren wel gerelateerd aan verminderingen in sociale angstklachten van voor- tot nameting. Specifiek werd er gevonden dat een hoge mate van testosteron reactiviteit en lage niveaus van baseline testosteron samenhangen met een grotere afname in sociale angstklachten, respectievelijk, Estimate = -0.56(0.24),  $F(1,66) = 5.08$ ,  $p = .027$  en Estimate = 4.03(1.71),  $F(1,67) = 5.57$ ,  $p = .021$ .

#### Conclusie

Deze bevindingen ondersteunen de rol van de HPG-as bij verminderingen in sociale angstklachten. Onze bevinding dat hoge testosteron reactiviteit en lage baseline testosteron samenhangt met exposure uitkomsten voor SAS, suggereert dat goede reactiviteit van de HPG-as een veelbelovende indicator is voor de effecten van exposure therapie. Deze bevindingen ondersteunen verder onderzoek naar de mogelijke effecten van testosteron om exposure therapie te verbeteren. Suggesties voor vervolgonderzoek met betrekking tot testosterontoediening worden besproken.

#### Literatuurverwijzing

Davis, M. L., Papini, S., Rosenfield, D., Roelofs, K., Kolb, S., Powers, M. B., & Smits, J. A. J. (2017). A randomized controlled study of power posing before public speaking exposure for social anxiety disorder: No evidence for augmentative effects. *Journal of Anxiety Disorders*, 52(June), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.09.004>

Giltay, E. J., van Pelt, J., Spinhoven, P., Enter, D., Penninx, B. W. J. H., Roelofs, K., & Zitman, F. G. (2012). Salivary testosterone: Associations with depression, anxiety disorders, and antidepressant use in a large cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(3), 205–213. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.11.014>

Enter, D., Spinhoven, P., & Roelofs, K. (2016). Dare to Approach. *Clinical Psychological Science*, 4(6), 1073–1079. <https://doi.org/10.1177/2167702616631499>

## S43.5

### **Kortdurende 4-8 daagse intensieve behandeling voor patiënten met obsessieve-compulsieve stoornis: een open trial naar effect en feasibility**

Mirjam Kampman <sup>p</sup><sup>1,2</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Pro Persona - Expertisecentrum Overwaal voor Angst-, Dwangstoornissen en PTSS
2. Radboud Universiteit Behavioural Science Institute

#### **Achtergrond**

Cognitieve gedragstherapie is effectief gebleken in de behandeling van obsessief-compulsieve stoornis. Een reguliere behandeling bestaat meestal uit 1-2 wekelijkse sessies gedurende 10-20 weken. Hoewel dit een effectieve behandeling is, is dit niet voldoende voor elke patiënt. Zo is er een gemiddeld dropout-percentage van ongeveer 20% bij reguliere CGT behandelingen. Daarnaast verbetert 30-40% van de patiënten niet of weinig en is de kans op terugval tot 50%, in het bijzonder wanneer er wordt afgesloten wanneer er nog klachten bestaan. Om de behandeling te optimaliseren ontwikkelde Overwaal expertisecentrum voor angst, dwang en PTSS een kortdurende intensieve behandeling. De behandeling bestaat uit 4-8 intensieve dagen met begeleide exposure, gevolgd door 4 boostersessies en een evaluatie. De vraag is wat het effect is van de behandeling of deze behandeling goed verdragen wordt door de patiënten.

#### **Doel**

Verbeteren van outcome na eerdere non-respons.

#### **Methoden**

72 patiënten met OCS hebben deelgenomen aan deze behandeling. Voor en na de behandeling werd de Y-BOCS afgenomen. Daarnaast werd na 3 en 6 maanden en één jaar opnieuw de Y-BOCS afgenomen. Voor en na de actieve behandeling werden ook andere klachtgerichte vragenlijsten afgenomen (IDS en OQ-45).

#### **Resultaten**

De behandeling is effectief op korte en lange termijn voor een groot deel van de patiënten. Bij voormeting is de gemiddelde Y-BOCS score 26,90, bij NM 13,87, na 3 maanden 12,57, na 6 maanden 15,28 en na een jaar 15,89. De verschillen zijn allen significant ( $p < .000$ ). Een finite mixture model laat 3 responsiemodellen zien. Er is een groep patiënten die een extreem goede verbetering laat zien en ook bij FU verbeterd blijven. Er is een groep die verbeterd en verbeterd blijft en er is een groep die niet verbeterd en verder ook verder niet verbeterd. Mogelijke predictoren van deze responsiemodellen worden gepresenteerd. De behandeling werd goed verdragen en het percentage dropout was laag (<10%).

#### **Conclusie**

De behandeling is een effectieve behandeling voor patiënten met dwangstoornis die goed ontvangen wordt door de patiënt.

#### **Literatuurverwijzing**

Guzick et al., (2018). CBT-Plus: A meta-analysis of cognitive behavioral therapy augmentation strategies for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 19, 6-14. Hansen et al., (2019). The Bergen 4-day treatment for OCD: four years follow-up of concentrated ERP in a clinical mental health setting. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48:2, 89-105. Pot-Kolder, R. M. C. A., Geraets, C. N. W., Veling, W., van Beilen, M., Staring, A. B. P., Gijssman, H. J., ... van der Gaag, M. (2018). Virtual-reality-based cognitive behavioural therapy versus waiting list control for paranoid ideation and social avoidance in patients with psychotic disorders: A single-blind randomised controlled trial. *The Lancet. Psychiatry*, 5(3), 217-226. [https://doi.org/\(...\)2215-0366\(18\)30053-1](https://doi.org/(...)2215-0366(18)30053-1)

## WORKSHOPS

### W55 Doseringsvarianten van psychotherapie als optie bij precisie psychiatrie

Rien Van w<sup>1</sup> / Marielle Hendriksen w<sup>2</sup> / Maarten van Dijk<sup>3</sup> / Linda Dil<sup>4</sup>

W: Workshopleider

1. Arkin
2. GGZ Rivierduinen
3. Dimence
4. Arkin NPI

#### Inhoud (wat)

Er zijn duidelijke indicaties dat zowel het aantal als de intensiteit van sessies bij psychotherapie relevant is voor de uitkomst. Dat leidt tot de vraag welke patiënt welke dosering zou moeten krijgen voor een optimaal effect. Dit is tevens van belang voor een zo spaarzaam mogelijk gebruik van (vaak beperkte) behandelaarscapaciteit. In deze workshop laten we toepassingen zien van kortdurende psychodynamische steungevende psychotherapie (KPSP) variërend van een ultrakorte vorm in crisissituaties tot maximaal een jaar bij patiënten met comorbide persoonlijkheidsproblematiek.

KPSP is een benadering die uitgaat van het principe van adequate psychoanalytische steun. Door het werken met verschillende bespreek- of inzichtniveaus kan het focus worden gevarieerd tussen symptomen, interpersoonlijke en intrapersoonlijke problematiek en overdrachtsfenomenen. Daarbij is behandelaar optimaal responsief aan de behoefte bij de patiënt, en aan diens kenmerken en mogelijkheden.

De effectiviteit van KPSP is vooral aangetoond bij depressie in de gebruikelijke dosering van 16 sessies (Driessen et al., 2013), maar ook over 8 sessies in combinatie met antidepressiva en 25 of 50 sessies in geval van comorbide persoonlijkheidspathologie zijn uitkomsten beschikbaar.

In deze workshop komt aan de orde::

Ultrakort in de acute psychiatrie (Hendriksen)

In de praktijk van de acute psychiatrie is het psychodynamisch raamwerk bij uitstek profijtelijk gezien het frequent voor komen van processen als (tegen)overdracht, projectieve identificatie, splijting, autoagressie en massief (falende) afweer. De techniek van de adequate psychoanalytische is behulpzaam om deze fenomenen goed te hanteren, bijvoorbeeld in de verpleegkundige holding environment van het IBT..

Intensief bij depressie (van Dijk)

Uit reviews blijkt dat bij eenzelfde totaal aantal zittingen, een hoogfrequente fase (> 1 x per week) effectiever is. Desondanks wordt dat in de praktijk in Nederland niet veel gedaan. Organisatorische belemmeringen spelen een rol, maar wellicht is er ook aarzeling bij behandelaren een dergelijk intensief proces met de patiënt aan te gaan. Aan de hand van een lopende trial waarbij 16 sessies in 8 wk worden uitgevoerd laten we zien op welke verschijnselen in de therapeutische relatie geanticipeerd moet worden en hoe deze gehanteerd kunnen worden.

KPSP 25/50 bij co-morbide persoonlijkheidsstoornissen (Dil)

Depressieve patiënten met een co-morbide persoonlijkheidsstoornis hebben voor alle soorten van behandeling een twee keer lagere kans op effect. Dat leidt tot het ontstaan van chronische vormen van depressie. Er zijn aanwijzingen dat intensivering van psychotherapie juist bij deze groep de effectiviteit vergroot. Hierbij wordt de depressie en de persoonlijkheidsproblematiek vanuit een psychodynamisch raamwerk als onderling verweven beschouwd.

#### Vorm (hoe)

De panelleden geven een korte inleiding over de psychodynamische benadering in verschillende settingen en doseringen. Dit zal worden geïllustreerd met vignettes en video materiaal. De workshop wordt afgesloten met een concluderende discussie gericht op toepassing in de eigen werksetting van de deelnemers.

### **Leerdoelen**

1. Leren toepassen van verschillende doseringen psychotherapie als uitwerking van precisie psychiatrie
2. Inzicht verwerven in de dosisafhankelijke therapeutische processen bij psychodynamische psychotherapie
3. Vaardigheden ontwikkelen om een psychodynamische benadering toe te passen in acute setting, bij depressies en bij persoonlijkheidsproblematiek.

### **Literatuurverwijzing**

1. Cuijpers P, Huibers M, Ebert D et al. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A meta regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 149, 1-13.
2. Driessen E, Van HL, Don F et al. (2013). The efficacy of cognitive-behavioral therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *Am J Psychiatry*; 170: 1041–1050.
3. Prinsen, E., van Wel, B., Mulder, N., de Koning, N. (Red.) (2016). *Handboek IHT intensive home treatment*. De Tijdstroom, Utrecht.
4. Van Dijk et al (2017). D\*Phase: efficacy of short-term psychodynamic therapy versus cognitive-behavioral therapy for depression. [www.trialregister.nl/trial/5753](http://www.trialregister.nl/trial/5753)
5. Van HL, Kool M (2019). Integrated treatment for patients with comorbid depression and personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 32; 6 In Press.



## W57 Genderdysforie en psychiatrie: dat vraagt om precisie diagnostiek

Roy van Vlerken <sup>w1</sup>

W: Workshopleider

1. VU Medisch Centrum

### Inhoud (wat)

Gender is "hot" in de samenleving, maar ook in onze spreekkamers. Genderdysforie, en zeker de medische transitie bij mensen met soms ernstige psychiatrische comorbiditeit zoals bijvoorbeeld autisme, roept veel vragen en ethische dilemma's op. Het fenomeen genderdysforie dwingt ons als psychiaters om na te denken over de grenzen van ons vak, over wat wij normaal vinden en wat psychopathologisch. Dat leidt tot vragen als: kan een gender-gevoel überhaupt wel pathologisch zijn?, Is het wel mogelijk betrouwbare uitspraken te doen over genderidentiteit bij patiënten met autisme? welke rol speelt genderidentiteit in de persoonlijkheidsontwikkeling?, en in hoeverre zijn transitie-wensen te duiden als een (pre-) psychotisch verschijnsel?

### Vorm (hoe)

Deze workshop wordt verzorgd door psychiaters van het KZcG. Na een korte introductie over de verschillende aspecten van genderbeleving, gender identiteit en genderexpressie, zal dit jaar de nadruk vooral liggen op de verschillende aspecten van de behandeling van psychiatrische patiënten met genderdysforie. Vanwege de hoge comorbiditeit wordt uitgebreid stil gestaan bij autisme, maar ook suïcidaliteit, borderline problematiek en psychose zal aan bod komen. Deelnemers wordt nadrukkelijk gevraagd om casuïstiek in te brengen.

### Leerdoelen

U verwerft kennis over de normale ontwikkeling van genderidentiteit en over het ontstaan van genderdysforie in de levensloop. U wordt vaardig in de diagnostiek en differentiaal diagnostiek van genderdysforie. U bent op de hoogte van complicerende comorbiditeit zoals autisme, zelfbeschadigend gedrag, psychose en u herkent comorbide psychopathologie. U maakt kennis met enkele ethische dilemma's die spelen in de Genderzorg bij patiënten met psychiatrische comorbiditeit en u kunt beter uw eigen afwegingen hieromtrent verwoorden.

### Literatuurverwijzing

1. <https://www.vumc.nl/afdelingen/zorgcentrum-voor-gender/>
2. The Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health (WPATH; [www.wpath.org](http://www.wpath.org))
3. Meijer JH, Eekhout GM, van Vlerken RH, de Vries AL. Gender Dysphoria and Co-Existing Psychosis: Review and Four Case Examples of Successful Gender Affirmative Treatment. *LGBT Health*. 2017 Apr;4(2):106-114
4. van der Miesen AIR1, Cohen-Kettenis PT2, de Vries ALC2. Is There a Link Between Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018 Nov;57(11):884-885.

## **W58 Precisie diagnostiek van vroege stadia van de bipolaire stoornis bij adolescenten en volwassenen**

Marc Lochmann van Bennekom <sup>w1</sup> / Eline Regeer <sup>w2</sup> / Manon Hillegers <sup>3</sup> / Marieke van Eijkelen <sup>4</sup>

W: Workshopleider

1. Pro Persona, Nijmegen
2. Altrecht, Utrecht
3. Erasmus MC/Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam
4. Ervaringsdeskundig, lid PlusMinus

### **Inhoud (wat)**

De diagnostiek van bipolaire stoornissen is niet altijd eenvoudig. Dat blijkt onder meer uit de vaak lange tijdsduur voordat de juiste diagnose is gesteld, die op kan lopen tot 10 jaar. De belangrijkste misclassificatie is unipolaire depressie. Het is niet alleen van belang, maar ook mogelijk bipolaire stoornissen eerder te herkennen (1). Tijdige herkenning van de vroege stadia van de bipolaire stoornis is een vorm van precisie psychiatrie, die door de inzet van gerichte interventies kan bijdragen aan betere behandeluitkomsten. In deze workshop, verzorgd door leden van de werkgroep Vroege Herkenning Bipolaire Stoornissen van het Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen, worden de deelnemers aan de hand van casuïstiek en praktijkoefeningen getraind in vroegtijdige herkenning en diagnostiek van bipolaire stoornissen bij adolescenten en volwassenen.

### **Vorm (hoe)**

Na een korte theoretische inleiding gaan de deelnemers aan de hand van casuïstiek en filmmateriaal oefenen met het gebruik van screeningsinstrumenten. Verder worden diagnostische anamnestiche vaardigheden geoefend in interviews met een ervaringsdeskundige.

### **Leerdoelen**

Aan het einde van deze workshop hebben de deelnemers meer kennis van de valkuilen bij de herkenning van bipolaire stoornissen. Verder hebben zij meer kennis van beschikbare ondersteunende meetinstrumenten en de toepassing hiervan bij de diagnostiek. Zij zijn beter in staat deze verworvenheden in een klinisch diagnostisch interview toe te passen en daarmee de tijdige diagnostiek van bipolaire stoornissen te verbeteren.

### **Literatuurverwijzing**

Lochmann van Bennekom MWH, van Eijkelen M, Geerling B, e.a. Tijdige herkenning van bipolaire stoornissen; noodzaak en praktijkadviezen. Tijdschr Psychiatr. 2019;61(6):384-391.

## **W60 Medische staf in de ggz-instelling**

Arnoud Jansen w<sup>1</sup>

W: Workshopleider

1. Dimence

### **Inhoud (wat)**

Sinds 2019 is in de CAO ggz opgenomen dat elke GGZ-instelling een medische staf moet vormen en faciliteren. De beroepsbelangencommissie van de NVvP wil psychiaters graag ondersteunen in het vormen of optimaliseren van de medische staf en organiseert daarom een workshop.

Deze workshop is bedoeld voor psychiaters die werkzaam zijn bij een GGZ-instelling en lid zijn of willen worden van een medische staf en/of het bestuur van een medische staf.

### **Vorm (hoe)**

Tijdens de workshop komen praktijkvoorbeelden aan bod uit twee instellingen: één met een pas opgerichte medische staf en één met een medische staf die al een tijdje loopt. De voorzitters van deze beide medische staven zullen samen met een bestuurder van de instelling een inkijkje geven in de werkwijze van de staf, de afspraken die zijn gemaakt met het bestuur en de weg die is bewandeld om te komen tot de medische staf. Daarna is er ruimte om met hen en met elkaar in gesprek te gaan over de uitdagingen waar u zelf tegenaan loopt en om tips uit te wisselen.

### **Leerdoelen**

Aan het einde van de workshop hebt u (hopelijk):

- inspiratie opgedaan uit de praktijkvoorbeelden
- collega's leren kennen die ook met het onderwerp bezig zijn
- tips en trics uitgewisseld over het vormen e/o optimaliseren van een medische staf

### **Literatuurverwijzing**

CAO ggz 2019

## **W61 Gezocht: m/v; in gesprek over intimiteit, relaties en seksualiteit bij autisme met en zonder verstandelijke beperking**

Annemiek Landlust <sup>w</sup>1 / Inge van Balkom <sup>w</sup>1

W: Workshopleider

1. Jonx, Autisme Team Noord-Nederland

### **Inhoud (wat)**

Auteurs: Drs. A.M. Landlust, drs. D. Konz, J. Wagteveld, dr. W.A. Ester en dr. I.D.C. van Balkom  
Inhoud: Voor de gemiddelde medemens is het soms al ingewikkeld om zaken rond relaties en seksualiteit te bespreken. In de behandelkamer of binnen een instelling ligt dit vaak nog ingewikkelder. In deze workshop zal de nadruk liggen op het oefenen met het oplossen van de vragen die aan behandelaren gesteld worden. Zoals: hoe kom ik aan een partner? En als ik een partner heb, hoe zorg ik dan dat deze blijft? Wat vertel ik over mijn autisme of beperking? Heel gewone vragen, waarbij het gesprek aangaan en aan blijven gaan over intimiteit en relaties soms gecompliceerd wordt door de aard van de beperking bij ASS met en zonder een verstandelijke beperking (VB). Hiernaast zal enige theorie en evidentie worden gegeven over o.a. sensoriek en genderrol bij autisme en bij een verstandelijke beperking. In de workshop "Gezocht: m/v" gaan we deze gesprekken voeren vanuit de mogelijkheden die er zijn, in personen en situaties. Dat doen we vanuit verschillende perspectieven, namelijk wetenschap, klinische praktijk en ervaringsdeskundigheid. Zodat ook bij deze doelgroep positieve ervaringen beleefd kunnen worden rond relaties en seksualiteit en dit bij kan dragen aan de kwaliteit van leven. Maar ook zodat u als behandelaar de gesprekken hierover comfortabel en effectief kan voeren. Durft u het aan om met ons te komen daten?

### **Vorm (hoe)**

College, socratisch gesprek, rollenspel.

### **Leerdoelen**

De deelnemer weet na de workshop: de globale verschillen in psychoseksuele ontwikkeling tussen neurotypische populatie, ASS en VB populatie welke rol de sociaal-emotionele ontwikkeling hierin speelt welke problemen in de informatieverwerking een rol spelen welke methodieken voor handen zijn op dit gebied. De deelnemer kan na de workshop in gesprek over intimiteit, relaties en seksualiteit: psychoseksuele ontwikkelingsfase signalerende communicatie aanpassen op ASS en/of VB en ontwikkelingsfase educatie geven op een passende wijze bij ASS en/of VB en ontwikkelingsniveau

### **Literatuurverwijzing**

Brown-Laveien SM, Viecili MA, Weiss JA. (2014). Sexual knowledge and victimization in adults with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* 44(9):2185–2196. doi:10.1007/s10803-014-2093-y  
Loftin RL, Hartlage SA. (2015). Sex Education, Sexual Health, and Autism Spectrum Disorder. *Pediat Therapeut* 5: 230. doi:10.4172/2161-0665.1000230  
Schaafsma D, Kok G, Stoffelen JMT, Curfs LMG. (2017). People with Intellectual Disabilities Talk About Sexuality: Implications for the Development of Sex Education. *Sex Disabil.* 35(1):21–38. doi:10.1007/s11195-016-9466-4  
Swango-Wilson, A. (2011). Meaningful Sex Education Programs for Individuals with Intellectual/Developmental Disabilities. *Sex Disabil.* 29: 113. <https://doi.org/10.1007/s11195-010-9168-2>

## W62 Positieve psychiatrie: the state-of-the-art

Frenk Peeters <sup>w</sup>1 / Fredrike Bannink <sup>w</sup>2

W: Workshopleider

1. Universiteit Maastricht
2. Eigenaar praktijk Bannink

### Inhoud (wat)

Positieve psychiatrie is een vorm van positieve gezondheidszorg. Ze neemt het bevorderen van welbevinden als algemene noemer en laat de eenzijdige focus op psychopathologie los. De positieve psychiatrie wordt gevoed door vier bronnen van kennis: de positieve psychologie, het hersteldenken, de kennis van specifieke factoren en het oplossingsgerichte model. Dit laatste model biedt een goede werkvorm om complexe en snel veranderende problemen aan te pakken. Het model kan naast het traditionele probleemgerichte, analytische model worden ingezet en heeft de taal en de vragen die de positieve psychologie en de herstelbeweging vaak nog ontberen. Overigens zien we dat in de herstelbeweging al steeds meer oplossingsgericht gewerkt wordt. Uit onderzoek blijkt dat het oplossingsgerichte model een aantal voordelen kent: het kost minder tijd dan andere vormen van psychotherapie, de autonomie van patiënten is goed gewaarborgd en behandelaars krijgen minder vaak een burn-out. Tevens komen er steeds meer onderzoeksbevindingen die de effectiviteit van positieve psychiatrie bevestigen.

### Vorm (hoe)

Inleiding door workshopgevers en oefenen van enkele praktische toepassingen door de deelnemers.

### Leerdoelen

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

### Literatuurverwijzing

Positieve Psychiatrie.

Fredrike Bannink en Frenk Peeters (2018)

Boom Uitgeverij.

Positive cognitive behavior therapy in the treatment of depression: A randomized order within-subject comparison with traditional cognitive behavior therapy.

Geschwind N, Arntz A, Bannink F, Peeters F.

Behav Res Ther. 2019 May;116:119-130

## **W63 Nieuwe antipsychotica; aripiprazol, brexpiprazol, cariprazine, lurasidon en wat nog in de pijplijn zit. Theorie en eerste ervaringen**

Rikus Knegtering <sup>w1,2</sup> / Kor Spoelstra <sup>w3</sup> / Frank van Es <sup>4</sup>

W: Workshopleider

1. Lentis Groningen, UMCG
2. Rob Giel Onderzoekscentrum
3. Verslavingszorg Noord Nederland (VNN)
4. UMCG

### **Inhoud (wat)**

Sinds eind 2018 zijn brexpiprazol en cariprazine op Europese markt gekomen. Lurasidon kwam in 2014 op de markt. Wat zijn de belangrijkste werkingsmechanismen van deze middelen op receptor niveau en wat zijn de theoretische voor en nadelen van deze middelen, t.a.v. het behandelen van psychosen en/of stemmingsstoornissen? Er zal een overzicht worden geboden over de farmacologie van de nieuwe middelen en mogelijke klinische consequenties van de farmacologie voor effectiviteit en tolerabiliteit. Aan de hand van casuïstiek, zullen de middelen worden besproken en hun mogelijk specifieke indicaties, voordelen en nadelen.

### **Vorm (hoe)**

Inleiding waarin de belangrijkste onderscheidende farmacologische eigenschappen van de nieuwe middelen worden gepresenteerd en ook wordt vooruitgeblikt op mogelijke nieuwe ontwikkelingen. Deelnemers aan de workshop wordt gevraagd casuïstiek mee te nemen en een aantal casussen zijn voorbereid. Vanuit de casuïstiek wordt in discussie met de zaal gekeken in hoeverre de ervaringen passen in het farmacotherapeutisch profiel dan wel bij specifieke symptomen en klinische kenmerken van de casus passen. Er wordt daarbij vooral gestimuleerd om klinisch te redeneren vanuit "evidence based medicine" ..

### **Leerdoelen**

- \*Kennis krijgen over de farmacodynamiek en kinetiek van nieuwe antipsychotica.
- \*Kennis krijgen over welke nieuwe middelen ontwikkeld worden, als antipsychotica
- \*Zijn er specifieke symptomen en indicaties die aansluiten bij een bepaalde farmacologie
- \*Een discussie op gang brengen, gebruikmakend van evidence based medicine, over de plaatsbepaling van de nieuwe middelen.

### **Literatuurverwijzing**

Girgis, RR, Zoghbi, AW, Javitt, DC. (2018) The past and future of novel, non-dopamine-2 receptor therapeutics for schizophrenia: A critical and comprehensive review. *Journal of Psychiatric Research*. Epub ahead of print 21 July. Wang, S, Che, T, Levit, A. (2018) Structure of the D2 dopamine receptor bound to the atypical antipsychotic drug risperidone. *Nature* 555(7695): 269–273. Corponi F, Fabbri C, Bitter I, Montgomery S, Vieta E, Kasper S, Pallanti S, Serretti A (2019). Novel antipsychotics specific profile: A clinically oriented review of lurasidone, brexpiprazole, caripirzine and lumateperone. *Eur Neuropsychopharmacol*. 29(9):971-985. Knegtering H, Bruggeman R (2019). Farmacotherapie in de praktijk. In: Cahn W, Mynin-Germeyns I, Bruggeman R, de Haan L (red). *Handboek schizofreniespectrum-stoornissen*, tweede druk. Boom Uitgevers Amsterdam. ISBN 978 90 5898 225 1. Blz 633-657

## W65 Destigmatisering binnen de GGZ

Alan Ralston <sup>w1,2</sup> / Luca Koppen <sup>w3</sup>

W: Workshopleider

1. UMC Utrecht
2. NVvP
3. Samen Sterk zonder Stigma

### Inhoud (wat)

Vooroordelen, heb ik die dan? Ieder mens heeft ze. Hoewel vooroordelen tot op zekere hoogte behulpzaam kunnen zijn om een wereld vol prikkels te ordenen, kan het ook leiden tot stigmatisering. GGZ-professionals hebben net als iedereen vooroordelen en kunnen de mensen die zij behandelen (vaak onbewust) stigmatiseren. Hoe kunnen we aan de slag met destigmatisering in de praktijk?

Mensen met een psychische aandoening behoren tot de meest gestigmatiseerde groepen van de samenleving; 80 procent van de mensen met een psychische aandoening ervaren vooroordelen en (zelf)stigmatisering. Bijna een kwart (22,3%) van alle stigma ervaringen bij ggz-patiënten wordt opgedaan in de ggz. Patiënten ervaren bijvoorbeeld gebrek aan begrip, empathie, acceptatie, dat zij als niet competent gezien worden of dat zij worden geassocieerd met geweld. De zorgverlener is vaak een belangrijk persoon voor de patiënt, waardoor de impact van stigma door de hulpverlener extra groot is. Ervaringen van stigma in de ggz hebben een negatieve weerslag op de gezondheid, de eigenwaarde, het zelfvertrouwen en het herstel van de patiënt.

Aangezien herstel het doel is van behandeling en begeleiding in de ggz en de potentiële impact van stigma door de hulpverlener groot is, behoeft het tegengaan van stigma in de ggz aandacht. In deze workshop stellen we (de)stigmatisering binnen de ggz centraal en kijken we naar mogelijkheden om stigma binnen onze eigen praktijken tegen te gaan.

### Vorm (hoe)

De workshopleiders (Alan Ralston, Luca Koppen en een ambassadeur van Samen Sterk zonder Stigma) gaan aan de hand van filmfragmenten over stigmatisering binnen de ggz (uit de impactproductie Bij Nader Inzien) en twee e-learnings over destigmatiserend werken in de ggz de dialoog met deelnemers over het thema aan. Vanuit de eigen ervaring en wetenschappelijke kennis wordt met de deelnemers gekeken naar de betekenis van stigma, de effecten hiervan voor de patiënt en worden handelingsperspectieven aangereikt om stigma in de dagelijkse praktijk tegen te gaan.

### Leerdoelen

- Kennis en bewustzijn over (zelf)stigmatisering en hoe dit zich uit in de ggz vergroten.
- Kennis en bewustzijn over de impact van (zelf)stigmatisering op het herstel en functioneren van de patiënt vergroten.
- Bewustzijn creëren over en handvatten bieden voor de eigen bijdrage aan destigmatisering in de behandeling van de patiënt, in contact met collega's en binnen de eigen organisatie.

## Literatuurverwijzing

Akwa GGZ (2017). Generieke module Destigmatisering. Geraadpleegd op 19 augustus 2019, <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/destigmatisering/preview>.

Boekel, L. C., van, Brouwers, E. P., Weeghel, J., van, & Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 131(1-2), 23-35.

Corrigan, P.W. & Lee, E-J. (2013). Recovery and stigma in people with psychiatric disabilities. In: J. Rosenberg & S.J. Rosenberg (Red.), *Community mental health: Challenges for the 21st century* (pp. 3-21). New York, US: Routledge/Taylor & Francis Group.

Gaebel, W., Rössler, W. & Sartorius, N. (2017). *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* Switzerland: Springer.

Hacking, I. (2006). Making up people. *London Review of Books*, 28(16), 23-26.

Link, B.G., Yang, L.H., Phelan, J.C. & Collins, P.Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 511-541.

Livingston, J.D., Boyd, J.E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71, 2150-2161.

Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155.

Stuart, H., Arboleda-Flórez, J. & Sartorius, N. (2012). *Paradigms Lost: Fighting Stigma and The Lessons Learned*. New York: Oxford University Press.

Weeghel, J., van, Pijnenborg, M., Veer, J., van 't & Kienhorst, G. (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen. Principes, perspectieven en praktijken* (Red.). Bussum, Nederland: Uitgeverij Coutinho.



## DISCUSSIEGROEPEN

### D24 Dilemma's in de zorg aan jongeren bij gedeeld ouderlijk gezag

Ingeborg Lindhout<sup>p1</sup> / Andreas Lamerz<sup>1</sup> / Linda de Heer<sup>p1</sup> / Frank Zutt<sup>p2</sup>

P: Debatleider / panelleden

1. GGZ-NHN divisie Triversum
2. Triversum - GGZ Noord-Holland Noord

#### Inhoud (wat)

De WGBO stelt dat (beide) gezagdragend ouders toestemming dienen te geven voor diagnostiek, behandeling en opname van hun kind, naast instemming van de jongere van 12 jaar en ouder. Voor een klinische opname is deze instemming van ouders ook vereist als een jongere 16 of 17 jaar is. Met enige regelmaat brengt dit dilemma's met zich mee, met name wanneer ouders uit elkaar zijn: jongeren die niet willen dat beide ouders betrokken worden, ouders die niet met elkaar kunnen of willen overleggen, ontbreken van contact met één van beide ouders. Hoe kom je aan toestemming van ouders die of onvindbaar zijn, hun toestemming weigeren of onkundig gehouden worden van de problematiek van hun kinderen?

Er is jurisprudentie ten aanzien van de inspanningen waartoe je als hulpverlener verplicht bent om de toestemming te vergaren. Dilemma's waarmee je als hulpverlener wordt geconfronteerd zijn: hoe ver moet je hierin gaan? In hoeverre bemoeilijken de kwetsbaarheid bij de primair verzorgende ouder het voldoen aan deze inspanningsverplichting? Wat gaat dat in de samenwerking met andere jeugdzorg aanbieders betekenen die niet onder de WGBO maar de jeugdwet vallen? Hoe lever je in die situaties zorg op maat? Hoe werk je met alle betrokkenen zo samen dat het aansluit bij het verhaal van de jongere? Op welke wijze zal de nieuwe WvGGZ een rol spelen om tot besluitvorming in dergelijke dilemma's te komen. Aan de hand van casuïstiek uit de dagelijkse praktijk en de huidige jurisprudentie zal met elkaar in discussie gegaan worden welke mogelijkheden hiertoe zijn en hoe om te gaan met de dilemma's.

#### Vorm (hoe)

Aan de hand van stellingen, casuïstiek en jurisprudentie zal met een kinder- en jeugdpsychiater, een geneesheer-directeur en jurist gediscussieerd worden hoe zorg op maat te leveren binnen de juridische kaders van de WGBO, WvGGZ en de wet op de jeugdzorg.

#### Leerdoelen

Na afloop van de discussiegroep hebben de deelnemers meer kennis over en bewustzijn van het juridisch kader bij het verlenen van hulp aan kinderen en hun ouders en tevens zicht op interventies die nodig en mogelijk zijn, om tot een behandelovereenkomst te komen, zodat toch adequate zorg op maat geboden kan worden aan deze doelgroep.

#### Literatuurverwijzing

KNMG-Wegwijzer dubbele toestemming gezagdragende ouders voor behandeling van minderjarige kinderen. Hendriks (2011) Komt een kind bij de dokter. Moet de dokter naar de rechter? NI Juristenblad 27, 1178-1779

## D25 Hoe komt precisie-psychiatrie terug in richtlijnen en zorgstandaarden?

Eric Ruhe <sup>p1,2</sup> / Ralph Kupka <sup>p3,4,5</sup> / Jan Spijker <sup>p6,7</sup> / Ton van Balkom <sup>3,4</sup> / Aart Schene <sup>p1,2</sup> / Wim Veling <sup>p8</sup> / Henk Mathijssen <sup>p9</sup>

P: Debatleider / panelleden

1. Radboudumc
2. Donders institute for Brain, Cognition and Behavior, Radboud University
3. VUMC
4. GGZ InGeest
5. Altrecht
6. ProPersona
7. Behavioural Science Institute, Radboud University
8. UMCG
9. MIND

### Inhoud (wat)

De richtlijnen voor Angststoornissen (1), Unipolaire Depressie (2), Bipolaire Stoornis (3) en Schizofrenie (4) staan op het punt om in 2020-2022 herzien te worden. Dat is nodig gezien drie belangrijke ontwikkelingen:

1. Nieuwe resultaten vanuit wetenschappelijk onderzoek (o.a. op het gebied van behandeling) nopen tot herziening van aanbevelingen
2. Er is in de Nederlandse psychiatrie een verandering opgetreden in de zienswijze van psychiatrische stoornissen. Deze worden nu meer vanuit een stadiërings- en profileringsperspectief (5) gezien. We onderscheiden verschillende stadia in het beloop van deze aandoeningen (prodromaal, eerste episode, restsymptomen, recidivering en chroniciteit) en proberen daarnaast met profileringskenmerken (variabelen die een waarde hebben bij het voorspellen van behandeluitkomst en/of beloop) te indiceren voor wie welke behandeling het meest geschikt is. Dit wordt opnieuw benadrukt met het thema precisie-psychiatrie van dit congres.
3. We hebben de afgelopen jaren, binnen de context van NKO en Akwa, hard gewerkt aan een uniek bouwwerk van GGZ-specifieke zorgstandaarden en generieke modules, die de kwaliteit van onze psychiatrische zorg beogen te beschrijven en verbeteren. Dit is een unieke prestatie die een prototype biedt voor de gehele gezondheidszorg.

We weten dat de implementatie van richtlijnen en zorgstandaarden nog verre van optimaal is en zouden dat graag anders zien. Tegelijkertijd herkennen we de wens om ook gepersonaliseerde zorg in de huidige richtlijnen en zorgstandaarden op te nemen.

Vandaar dat we met deze panelleden, allen in grote mate betrokken bij de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen en zorgstandaarden, graag met u als gebruikers willen discussiëren hoe we de kennis uit wetenschappelijk onderzoek kunnen integreren met de wens om meer gepersonaliseerde, hoogwaardige behandeling/zorg te bieden, zonder dat het succes hiervan primair afhangt van de hulpverlener die de patiënt voor zich heeft zitten.

### Vorm (hoe)

Als eerste zal de debatleider een inleiding op het onderwerp van de discussiegroep geven, de definitie van de termen stadiering en profilering opfrissen en een schets geven van de uitdagingen die de periode 2020-2022 ons stelt t.a.v. de doorontwikkeling van richtlijnen en zorgstandaarden/generieke modules, inclusief de wens om precisie-psychiatrie te kunnen bieden.

Vervolgens zullen de panelleden (voorzitters van vier belangrijke richtlijnen, de voorzitter van kwaliteitsraad van AKWA en een patiënt-vertegenwoordiger vanuit MIND) met ieder twee stellingen/discussiepunten over dit onderwerp de discussie (verder) op gang helpen.

Van de discussiegroep wordt een verslag gemaakt wat wordt gebruikt als input voor de toekomstige herzieningswerkgroepen van de bovenstaande richtlijnen.

## Leerdoelen

Aan het einde van de discussiegroep is er met de inbreng van de deelnemers:

- een concreet beeld ontstaan van de manier waarop richtlijnen beter kunnen aansluiten op individuele patiëntkenmerken.
- een concreet beeld ontstaan over hoe richtlijnen, zorgstandaarden/generieke modules voor zowel behandelaren als patiënten/direct betrokkenen (geïntegreerd?) aangeboden worden en optimaal toegankelijk zijn.

## Literatuurverwijzing

1. Balkom ALJM van, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Bockting CLH, Spijker J, Hermens MLM, Meeuwissen JAC namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie (2013). Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.
2. Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, Balkom ALJM van namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie (2013). Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.
3. Kupka R, Goossens P, van Bendegem M, Daemen P, Daggenvoorde T, Daniels M, Dols A, Hillegers M, Hoogelander A, ter Kulve E, Peetoom T, Schulte R, Stevens A, van Duin D. (2015). Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen. Derde, herziene versie. Utrecht: Trimbos-instituut/ De Tijdstroom.
4. van Alphen C, Ammeraal M, Blanke C, Boonstra N, Boumans H, Bruggeman R, Castelein S, Dekker FL, van Duin D, van Ewijk DM, van der Gaag M, van Gool R, de Haas O, Henquet C, Hermens MLM, Ketelaars T, Knegtering H, Krans MJ, Lansens M, Lochy R, Loonen AJM, Meesters PD, van Meijel BKG, Miltenburg G, Oud MJT, de Pater CF, Peterse A, van der Plas J, Rammers D, Rentenaar IMF, van Santen GW, Scheewe TW, Seltens JP, Slooff CJAJ, Stoop C, Vlamincq P, Vollaard H, van Weeghel J, van Wel T, van Zon N. (2012). Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (Versie 2.0). Utrecht: De Tijdstroom.
5. Beekman AT, van Os J, van Marle HJ, van Harten PN. (2012). [Special issue on staging and profiling: reform of diagnostics]. Tijdschr Psychiatr. 54: 913-914.

## **D27 Participatie van patiënten en naasten in wetenschappelijk onderzoek naar ernstige psychische aandoeningen: een uitwisseling**

Jurgen Cornelis <sup>p</sup>1 / Mariken de Koning <sup>p</sup>1 / Thijs Burger <sup>p</sup>1,2 / Mette Lansens <sup>p</sup>3 / Niek van Haasteren <sup>p</sup>4

P: Debatleider / panelleden

1. Arkin
2. Amsterdam UMC - AMC
3. Anoiksis
4. Ypsilon

### **Inhoud (wat)**

Het betrekken van patiënten en naasten van patiënten bij wetenschappelijk onderzoek binnen de gezondheidszorg wordt internationaal geadviseerd. ZonMw schrijft hierover "Participatie is een belangrijk middel om onderzoek binnen de gezondheidszorg aan te scherpen. Door ervaringsdeskundigen te betrekken, is de kans groter dat het onderzoek aansluit op de behoeften in de dagelijkse praktijk en dat projectresultaten eerder en met meer succes worden toegepast" (1). In literatuur over de uitvoering van deze vorm van participatie wordt besproken dat deze op verschillende niveaus kan plaatsvinden (de 'participatieladder') (1), dat rollen, verwachtingen en verantwoordelijkheden expliciet aandacht verdienen om mogelijkheden ten volle te benutten (2), en dat er tijd nodig is voor een open en inclusieve dialoog (3). Tegelijk is de beschikbare tijd juist een van de struikelblokken in de samenwerking (4). Bij mensen met ernstige psychische aandoeningen vormen achterstand in participatie in de maatschappij en sociale exclusie een van de problemen die herstel belemmeren (5). Deze problemen kunnen ertoe leiden dat de stem van deze patiënten en hun naasten minder makkelijk gehoord wordt dan bij andere patiëntengroepen. Het is daarom van belang om juist bij onderzoek naar deze aandoeningen te streven naar participatie van patiënten en naasten. Binnen de lopende kwalitatieve studie 'Herstel In Perspectief' (ZonMw projectnummer 636330002, onderzoek naar processen binnen de triade bij herstel van patiënten met een ernstige psychische aandoening) participeren patiënten- en naastenvertegenwoordigers tot nu toe in alle fases van de studie. In deze discussiegroep willen onderzoekers en patiënten- en naastenvertegenwoordigers graag delen hoe ze deze samenwerking tot nu toe ervaren hebben (wat leverde het op, wat was er moeilijk?) en met deelnemers ervaringen en ideeën uitwisselen over dit onderwerp.

### **Vorm (hoe)**

De panelleden geven een korte introductie over hun functie en rol binnen de studie Herstel In Perspectief. Daarna vindt een dialoog plaats tussen de panelleden en met de deelnemers over de ervaringen binnen deze studie en over de vraag of deze werkwijze ook toepasbaar is op andere types onderzoek.

### **Leerdoelen**

- Verkenning van de meerwaarde binnen wetenschappelijk onderzoek van samenwerking door verschillende perspectieven, voor de kwaliteit van het onderzoek en implementatiemogelijkheden.
- Begrip ontwikkelen voor uiteenlopende perspectieven van relevante partijen binnen de opzet en uitvoering van wetenschappelijk onderzoek binnen de psychiatrie
- Uitwisseling van ideeën over (de wijze van) participatie van patiënten en naasten in wetenschappelijk onderzoek naar ernstige psychische aandoeningen in de toekomst

### Literatuurverwijzing

- 1) <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/participatie/belang-van-participatie>
- 2) Jordan, M., Rowley, E., Morriss, R. & Manning, N. (2015). An analysis of the Research Team-Service User relationship from the Service User perspective: a consideration of 'The Three Rs' (Roles, Relations, and Responsibilities) for healthcare research organisations. *Health Expect* 18: 2693-703.
- 3) Nierse, C.J., Schipper, K., Zadelhoff, E. van, Griendt, J. van de & Abma T.A. (2012). Collaboration and co-ownership in research: dynamics and dialogues between patient research partners and professional researchers in a research team. *Health Expect.* 15:242-54.
- 4) Gordon, J., Franklin, S., Eltringham, S.A. (2018). Service user reflections on the impact of involvement in research. *Res Involv Engagem.* 26:11.
- 5) Kenniscentrum Phrenos (2014). Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen.

## D28 Het dilemma ZZP, wat moeten we ermee?

Hans Rode <sup>p1</sup> / Job Lentjes <sup>p2</sup> / Ronald Mann <sup>3,4</sup> / Jeroen Terpstra <sup>p5</sup> / Ton Dhondt <sub>p</sub> / Alex de Ridder <sub>p</sub>

P: Debatleider / panelleden

1. HP Gezonde Geest
2. Buro Beter
3. Molemann
4. NLBeter
5. Psychiatrisch Expertise Centrum

### Inhoud (wat)

Zelfstandig werkende interim psychiaters vullen een significant deel van de vacatures in binnen GGZ Nederland. GGZ instellingen en ZZP Psychiaters lijken een haat-liefde verhouding te hebben. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat de drie grootste motiveredenen van ZZP psychiaters liggen in werk-privé balans, autonomie en variatie in het werk. In de publieke opinie wordt vaak gesproken over een geldgedrevenheid van deze groep psychiaters en loondienst collega's klagen over het onvoldoende participeren in 24uurs diensten, terwijl ZZPers zichzelf als een kanarie in de mijn zien. In deze discussiegroep wordt het publiek uitgedaagd verder te kijken dan vooroordelen, maar lessen trekken uit het fenomeen van ZZP psychiater de leiden tot verbeteringen in de GGZ op nationaal niveau.

### Vorm (hoe)

De discussiegroep wordt geleid door een discussieleider. Een panel van ZZP-, loondienst- en beleidspsychiaters en bestuurders ligt een 10 tal stellingen toe in een 'Lagerhuis' vorm. Het publiek kan elektronisch stemmen uitbrengen voor beide argumenten van de 'opponenten' en meediscussiëren. De conclusies worden gedeeld met de NVvP en GGZ Nederland

### Leerdoelen

het volgen van deze discussiegroep leert de deelnemers verder te kijken dan ZZP-psychiaters te beoordelen op vermeende motieven. In deze discussie worden het fenomeen van ZZP-ers binnen de GGZ psychiatrie meer als geleidedraad gebruikt om van een symptoom te komen tot een analyse van een achterliggend probleem binnen onze huidige GGZ. In deze discussie kunnen verbeter- en beheerspunten voor zowel ZZP-psychiaters als GGZ instellingen ontdekt worden. Hiermee kan dit fenomeen inzicht geven tot veranderingen die nodig zijn om GGZ instellingen weer in evenwicht te brengen als het gaat om psychiaterbezetting.

### Literatuurverwijzing

<https://www.trouw.nl/nieuws/de-zzp-psychiater-veel-te-duur-maar-onmisbaar~b8aa5f6e/?referer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2Fhttps://www.nvvp.net/website/nieuws/201/maatregelen-nodig-voor-behoud-psychiaters-in-loondienst-in-ggz-instellingenhttps://www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl/dynamic/media/24/documents/Marrit%20de%20Vries-De%20ZZP%20psychiater%20OV.pdf>

## Landelijk Opleidingsplan; de Psychiater

Ursula Klumpers <sup>p</sup> / Esther van Elswijk <sup>p</sup> / Jeroen Koning <sup>p</sup> / Auk Dijkstra <sup>p</sup>

## **COVID-19 TRACK Psychiatrie en COVID-19: wetenschappelijke inzichten**

Lessons learned: what can we learn from the SARS epidemic and how can transparency in research shape current research practices in pandemic times? – Gowri Gopalakrishma

Wat kunnen psychiaters doen om transparantie in onderzoeksresultaten te verbeteren, wat zijn de valkuilen van 'open speed science' en waarom is onderzoeksintegriteit vooral nu belangrijk? – Joeri Tijdink

Hebben patiënten met psychiatrische aandoeningen meer kans op het krijgen van COVID-19 dan anderen? – Jurjen Luykx

Psychofarmacologie ten tijden van COVID-19 – Arne Risselada

Feiten en fabels over COVID-19 en psychiatrie: het belang van een Nederlands Casus register – Arnt Schellekens