

Vrijdag 13 april 2018

08:30 - 10:00 uur

SYMPOSIA

S29 Virtual Reality in de psychiatrie

Virtual reality (VR) is een moderne techniek met vele toepassingen, ook in de GGZ heeft VR een opmars gemaakt. Met VR worden gebruikers ondergedompeld in een virtuele wereld waarin ze interacteren met virtuele personen. In het symposium wordt ingegaan op toepassingen van VR in de psychiatrie. Een overzicht van VR in zowel de psychiatrische diagnostiek als de behandeling komen aan bod. Onderzoek naar een VR-game voor OCS en een VR applicatie voor het lichaamsbeeld van anorexia patiënten wordt gepresenteerd. Ook wordt VR in de behandeling van PTSS geïntroduceerd. De koppeling naar de klinische praktijk zal steeds worden gemaakt. Zo zal een psycholoog haar praktijkervaringen met het VR behandelingen delen en een VR ontwikkelaar de toekomstige ontwikkelingen belichten. Ook wordt een kosten-effectiviteitsstudie naar VR voor psychose gepresenteerd. We hopen met dit symposium een gevarieerd en wetenschappelijk onderbouwd beeld te geven van de vele mogelijkheden van VR in de GGZ.

S29.1

Virtual Reality in de psychiatrische diagnostiek; introductie van de OCS VR-game

MD Martine van Bennekom ^{p1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. AMC Psychiatrie
2. GGZ Delfland

Achtergrond

Een psychiatrische diagnose wordt doorgaans gebaseerd op een anamnese, psychiatrisch onderzoek en vragenlijsten. Het retrospectieve en subjectieve karakter van deze methoden kan leiden tot recall- en interviewer bias. Hierdoor is er een duidelijke behoefte aan meer objectieve en gestandaardiseerde methoden in de psychiatrische diagnostiek. Met de introductie van VR ontstaat de mogelijkheid psychiatrische symptomen tegelijkertijd op te wekken en te meten, wat zou kunnen bijdragen aan de objectiviteit en betrouwbaarheid van een psychiatrische diagnose. Wij onderzochten een VR-game ontwikkeld om symptomen van OCS op te wekken en te meten. In deze OCS VR-game worden deelnemers in een huis geconfronteerd met 15 OCS-gerelateerde situaties, waarna compulsies kunnen worden uitgevoerd.

Doel

Het eerste doel is om de stand van zaken weer te geven over VR toegepast in de psychiatrische diagnostiek. Verschillende stoornissen komen aan bod. We zullen onderzoeken of VR omgevingen inderdaad in staat zijn om psychiatrische symptomen op te wekken en te meten. Ook zullen we dit afzetten tegen traditionele diagnostische maten. Het tweede doel is om te bepalen of de OCS VR-game in staat is om symptomen op te wekken bij OCS patiënten, in vergelijking met gezonde controles.

Methoden

Voor het eerste doel hebben we een systematische search uitgevoerd op Pubmed, Embase en Psycinfo. Studies gepubliceerd tussen 1990-2016 waarin VR gebruikt wordt in het beoordelen van psychiatrische stoornissen zijn geïnccludeerd. Voor het tweede doel hebben we een pilot studie uitgevoerd waarbij 8 OCS patiënten en 8 gezonde controles de OCS VR-game speelden.

Resultaten

In het algemeen waren bijna alle onderzochte VR omgevingen in staat om psychiatrische symptomen uit te lokken en tegelijkertijd te meten. In 14 studies werden significante correlaties gevonden tussen VR maten en traditionele diagnostische maten. Bij de pilot studie voerden OCS patiënten meer compulsies uit dan gezonde controles ($U=5$, $p=0.003$) tijdens het uitvoeren van de OCS VR-game. Ook werden meer negatieve emoties uitgelokt bij confrontatie met de OCS-gerelateerde situaties.

Conclusie

Gebaseerd op de literatuur studie kan gesteld worden dat VR potentie toont om bij te dragen aan objectiviteit en betrouwbaarheid in de psychiatrische diagnostiek. Vanuit de pilot studie wordt geconcludeerd dat de OCD VR-game in staat is om verschillende OCS symptomen op te wekken en te meten. De toekomstige onderzoeken met de OCS VR-game zullen worden toegelicht.

Literatuurverwijzing

- van Bennekom MJ, de Koning PP and Denys D (2017) Virtual Reality Objectifies the Diagnosis of Psychiatric Disorders: A Literature Review. *Front. Psychiatry* 8:163. doi: 10.3389/fpsyt.2017.00163
- van Bennekom MJ, Kasanmoentalib MS, de Koning PP and Denys D (2017) A Virtual Reality Game to assess Obsessive-Compulsive Disorder. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 20(11):718-722 doi: 10.1089/cyber.2017.0107

S29.2

Het gebruik van Virtual Reality bij anorexia nervosa

MSc Manja Engel ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Universiteit Utrecht

Achtergrond

Een kernsymptoom van anorexia nervosa (AN) is dat patiënten hun eigen lichaam dikker/groter beleven dan het daadwerkelijk is. Succesvolle behandeling van dit verstoorde lichaamsbeeld verloopt vaak moeizaam. De beleving van de afmetingen van ons eigen lichaam ontstaat op basis van het integreren van lichamelijke informatie uit verschillende zintuigen in het brein. Uit recente literatuur blijkt dat dit proces bij patiënten met AN anders verloopt dan bij gezonde mensen zonder eetstoornis. Met behulp van virtual reality onderzoeken wij of het verwerken van zintuigelijke informatie over het lichaam veranderd kan worden in patiënten met AN. We doen dit door hen letterlijk een andere kijk op het lichaam te geven middels lichamelijke illusies waarin zij het gevoel krijgen dat ze 1) een ander lichaam hebben en 2) hun eigen lichaam vanuit een ander perspectief zien.

Doel

Het doel van deze twee studies was nagaan of het lichaamsbeeld van patiënten met AN verandert kan worden met behulp van lichaamsillusies in virtual reality.

Methoden

In beide studies werd voor en na het induceren van de lichaamsillusie aan participanten gevraagd de afmetingen van hun lichaam in te schatten.

Resultaten

De resultaten van de eerste studie laten zien dat patiënten met AN hun lichaam meer realistisch inschatten na afloop van een lichaamsillusie in virtual reality waarin zij het gevoel hadden een ander lichaam te hebben. Data voor de tweede studie, waarin patiënten hun lichaam vanuit een ander perspectief zien, worden momenteel nog verzameld.

Conclusie

Deze resultaten laten tot nu toe zien dat het lichaamsbeeld van patiënten met AN niet statisch is en wel degelijk veranderd kan worden. Er zal worden ingegaan op de vraag of de gebruikte virtual reality technieken nuttig zijn voor de klinische praktijk.

Literatuurverwijzing

Keizer, A., Van Elburg, A., Helms, R., and Dijkerman, C. (2016). A virtual reality full body illusion improves body image disturbance in anorexia nervosa. Plos One, 11, e0263921.

S29.3

Computergestuurde thuisbehandeling van PTSS met Virtual Reality Exposure Therapy

Marieke van Meggelen ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Erasmus universiteit

Achtergrond

Seksueel misbruik in de kindertijd en oorloggerelateerd trauma zijn geassocieerd met posttraumatische stressstoornis (PTSS). Blootstelling aan de traumatische herinneringen of cues speelt vaak een belangrijke rol in de behandeling van PTSS. Er zijn steeds meer veelbelovende bevindingen over de resultaten van Virtual Reality Exposure Therapy (VRET) voor de behandeling van PTSS. Echter, er bestaan nog te weinig gecontroleerde studies met acceptabele sample sizes.

Doel

Het doel van dit onderzoek is om het behandelaanbod voor traumapatiënten uit te breiden met een innovatieve en laagdrempelige methode, waarmee potentieel reis- en wachttijden voor patiënten kunnen worden verlaagd en kosten kunnen worden gedrukt.

Methoden

In een gerandomiseerde gecontroleerde studie (RCT) worden de effecten van een nieuwe computergestuurde traumabehandeling voor veteranen en slachtoffers van seksueel misbruik in de kindertijd geëvalueerd. De VRET wordt aangeboden met behulp van het 'Multi Modal Memory Restructuring (3MR) System', wat speciaal voor dit doel is ontwikkeld aan de Technische Universiteit Delft. Het 3MR systeem biedt patiënten de mogelijkheid om thuis, via hun eigen computer, zelfstandig 12 therapiesessies te doorlopen die zijn gebaseerd zijn op CGT. Tijdens de sessies plaatsen deelnemers hun meest traumatische herinneringen op een tijdlijn en brengen deze in kaart met behulp van locaties, persoonlijke foto's, tekst, websites en uiteindelijk een zelf gecreëerde 3D omgeving. De controlegroep ontvangt 'treatment as usual'. De belangrijkste uitkomstmaten zijn symptomen van PTSS (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5) en depressie (Beck Depression Inventory, BDI-II-NL) en algemeen welzijn (Outcome Questionnaire 45-2, OQ45-2). Momenteel worden ook de effecten van een virtuele e-Coach die gebruikers van het 3MR system informeert, assisteert en motiveert onderzocht.

Resultaten

Dit betreft een lopend onderzoek, de eerste resultaten worden begin 2018 verwacht. De studies zijn onderdeel van het door NWO gesubsidieerde 'Virtual eCoaching and Storytelling technology for Post-traumatic stress disorder treatment' (VESP) project.

Conclusie

Dit betreft een lopend onderzoek, de conclusie naar aanleiding van de eerste resultaten wordt begin 2018 verwacht.

Literatuurverwijzing

- Amstadter, A.B., Broman-Fulks, J., Zinzow, H., Ruggiero, K.J., & Cercone, J. (2009). Internet-based interventions for traumatic stress-related mental health problems: A review and suggestion for future research. *Clinical Psychology Review*, 29(5), 410-420.
- Brinkman, W.-P., Vermetten, E., van den Steen, M., & Neerincx, M.A. (2011). Cognitive engineering of a military multi-modal memory restructuring system. *Journal of CyberTherapy & Rehabilitation*, 4(1), 83-99.

S29.4

Kosteneffectiviteit van Virtual Reality therapie voor Psychose

Roos Pot-Kolder ¹ / Dr. Wim Veling ^{p2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Vrije Universiteit
2. UMCG

Achtergrond

Er is onderzoek gedaan naar de effectiviteit van Virtual Reality therapie bij Psychose (VRETp) met een single blind gerandomiseerde klinische trial bij 7 GGZ-instellingen in Nederland. VRETp plus treatment as usual werd vergeleken met alleen treatment as usual. De resultaten van deze RCT (n=116) laten significante afname in paranoïde ideatie zien. Onderzoek naar de kosteneffectiviteit ontbreekt echter nog.

Doel

Kosteneffectiviteit van Virtual Reality therapie voor de behandeling van psychotische stoornissen in kaart brengen.

Methoden

De zorgkosten zijn voor negen aaneengesloten maanden gemeten bij de deelnemers van de RCT door middel van de Treatment Inventory of Costs in Psychiatric patients (TIC-P). De metingen vonden plaats drie maanden voor de start van de interventie, de drie maanden gedurende de interventie, en gedurende drie maanden follow-up. Voor het meten van de paranoia is gebruik gemaakt van de Green et al Paranoid Thought Scales (GPTS). De primaire uitkomst is het aantal patiënten dat zich onder de GPTS cut-off voor aanwezigheid van paranoia (<50) bevindt aan het eind van de negen maanden.

Resultaten

De analyses worden ten tijde van het indienen van het abstract voorbereid en verwerkt, de resultaten en conclusie zullen gepresenteerd worden tijdens het congres.

Conclusie

De analyses worden ten tijde van het indienen van het abstract voorbereid en verwerkt, de resultaten en conclusie zullen gepresenteerd worden tijdens het congres.

Literatuurverwijzing

- Pot-Kolder R, Veling W, Geraets C, van der Gaat M. Effect of virtual reality exposure therapy on social participation in people with a psychotic disorder (VRETp): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2016; 17:25
- Timman R, Bouwmans C, Busschbach JJ, Hakkaart-van Roijen L. Development of the Treatment Inventory of Costs in Psychiatric Patients: TIC-P Mini and Midi. *Value Health* 2015; 18(8): 994-9.
- Green CE, Freeman D, Kuipers E, et al. Measuring ideas of persecution and social reference: the Green et al. Paranoid Thought Scales (GPTS). *Psychol Med* 2008; 38(1): 101-11.

De state of the art van Virtual Reality Exposure Therapie in de klinische praktijk

Dr. Katharina Meyerbröker ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Universiteit Utrecht

Achtergrond

Virtual reality exposure therapie (VRET) wordt steeds meer gebruikt in de klinische praktijk – recente technologische ontwikkelingen zoals het klikken van een smartphone in een VR-bril, maken het grootschalig mogelijk om nieuwe technologieën in bestaande behandelingen te integreren.

Doel

Deze presentatie geeft een overzicht over de state of the art van het gebruik van VRET bij angststoornissen met de nadruk op de generaliseerbaarheid van de behandelresultaten naar de realiteit. Hierbij zal zowel belicht worden in hoeverre VRET mogelijk als een op zich staande behandeling kan worden ingezet en in hoeverre resultaten generaliseerbaar zijn naar de realiteit.

Methoden

Een systematisch literatuuronderzoek over dit thema is gedaan, waarbij verschillende data bases (Pubmed, Web of Science, and Scopus) doorzocht zijn op randomized controlled trials naar de effectiviteit van VRET bij angststoornissen.

Resultaten

Bij de meeste onderzoeken wordt VRET als onderdeel van de behandeling aangeboden. Dat is gevarieerder bij de behandeling van specifieke fobieën. Hier is VRET vaker een op zichzelf staande behandeling. Onderzoeken naar de generaliseerbaarheid van het behandel succes naar de realiteit is nog beperkt.

Conclusie

Het huidige literatuuronderzoek laat zien dat met name op het gebied van angststoornissen VRET meestal als onderdeel maar niet als zelfstandige behandeling wordt ingezet. Samenvattend kan worden gesteld dat er eerste evidentie is bij de behandeling van specifieke fobieën dat behandelresultaten van VRET generaliseren naar het echte leven.

Literatuurverwijzing

- Morina, Ijntema, Meyerbröker & Emmelkamp (2015). Can virtual reality exposure therapy gains be generalized to real-life? A meta-analysis of studies applying behavioral assessments. Behavior Research & Therapy, 74, 18-24.
- Powers, M. & Emmelkamp, P.M.G. (2008). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. Journal of Anxiety Disorders, 22, 561-569.

Virtual Reality in de praktijk; ervaringen, ontwikkelingen en uitdagingen in de nabije toekomst

Elsbeth Zandee ¹ / Guntur Sandino ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Delfland
2. CleVR

Achtergrond

De toepassingsmogelijkheden voor VR in de GGZ hebben zich de afgelopen jaren uitgebreid. Inmiddels is onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van diverse VR interventies, is ervaring opgedaan met de inzet in de behandeling en staan er veelbelovende innovaties op de planning.

Doel

Het eerste doel is om ervaringen te delen in het behandelen van patiënten met behulp van VR. VR wordt ingezet als exposuremiddel en bij het gebruik van rollenspellen voor diverse doeleinden. Aangezien het een nieuwe ontwikkeling betreft zijn deze ervaringen belangrijk om van elkaar te leren en te kijken waar de mogelijkheden tot verbetering liggen. Er zal tevens worden ingezoomd op de ontwikkelingen die in de nabije toekomst te verwachten zijn op het gebied van VR in de GGZ. Technieken om de flexibiliteit en het realisme van VR omgevingen te vergroten komen aan bod, waaronder het voeren van flexibele dialogen met avatars en 360 graden video.

Methoden

De ervaringen zullen worden verzameld en gepresenteerd door Elsbeth Zandee, GZ-psycholoog bij GGZ Delfland. Zij heeft zelf veel ervaring opgedaan in de behandeling van patiënten met een psychotische stoornis en is betrokken bij het breed implementeren van VR bij GGZ Delfland. De ontwikkelingen in de nabije toekomst zullen worden gepresenteerd door Guntur Sandino, oprichter en directeur van CleVR. CleVR ontwikkelt diverse dynamische en interactieve virtuele omgevingen voor de GGZ en trainingssector, waarbij de focus ligt op effectieve gedragsverandering.

Resultaten

Bij het presenteren van de ervaringen zal er aandacht zijn voor de voordelen van het behandelen met VR, waaronder het verlagen van de drempel voor exposure, het kunnen waarnemen van de reactie van de patiënt op de virtuele omgeving, de inzet in rollenspellen en de brug naar het oefenen in de echte wereld. Ook komen de mogelijke kritiekpunten aan bod, waaronder de inductie van misselijkheid (cybersickness), de kosten en de beperkingen in flexibiliteit. Bij het presenteren van toekomstige ontwikkelingen in de GGZ zal de achtergrond en motivatie hiervan verteld worden, en de mogelijkheden gedemonstreerd.

Conclusie

De ervaringen die zijn opgedaan met het inzetten van VR in de behandeling in de GGZ zijn overwegend positief. In de toekomst zullen nieuwe omgevingen ontwikkeld worden met meer flexibiliteit en realisme om grootschaliger onderzoek mogelijk te maken en de mogelijkheden in de behandeling uit te breiden.

Literatuurverwijzing

3D-bril hulpje tegen angsten, door Albert Kok, AD 6-6-2017 (interview met E. Zandee in het AD)<http://clevr.net> (website CleVR)

S30 Hoe recente bevindingen uit onderzoek vertalen naar optimale behandelkeuzes voor de individuele depressieve patiënt

In dit symposium komen bevindingen aan bod uit drie verschillende onderzoeken. Het NEMESIS-2, het ENIGMA onderzoek van PsyQ depressie, en het onderzoek dat aan de universiteit van Maastricht werd gedaan met de Personalized Advantage Index (PAI). De bevindingen zijn op zijn minst prikkelend. De mediane duur van MDD blijkt twee keer zo lang als tot nog toe werd aangenomen. In de ENIGMA studie blijken hoge scores op de Dutch Measure for quantification of Treatment Resistance in Depression (DM-TRD) geassocieerd met een slechtere behandelprognose, maar kunnen combinaties van patiënten eigenschappen helpen voorspellen of iemand zal reageren op een voorgestelde behandeling met psychotherapie of farmacotherapie. Het gebruik van de PAI lijkt een veelbelovende methode om differentiële effecten van behandelingen op individueel niveau te voorspellen (IPT versus CGT).

S30.1

Nieuwe cijfers over de duur van depressieve episoden in de algemene bevolking; resultaten van de 'NEMESIS-2' studie

Auteur(s) Prof. dr. Jan Spijker ¹ / Dr. Margreet ten Have ² / Prof. dr. Brenda Penninx ³ / Drs. Saskia van Dorselaar ⁴ / Dr. Marloes Kleinjan ⁴ / Dr. ir. Ron de Graaf ⁴

P: Presenterende auteur / spreker

1. Pro Persona Expertise Centrum Depressie & Radboud Universiteit, Nijmegen
2. Trimbos-instituut, Utrecht
3. Vakgroep Psychiatrie en EMGO Instituut, VU Universiteit Amsterdam
4. Trimbos Instituut, Utrecht

Achtergrond

In de huidige MDR Depressie (2013) wordt ervan uitgegaan dat de helft van de mensen met depressie binnen drie maanden opknapt op basis van eerder onderzoek.

Doel

Het presenteren van bevindingen uit NEMESIS-2 (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2) over de duur van depressieve episoden in de algemene bevolking en risico-indicatoren daarvan.

Methoden

286 respondenten met een klinische depressie conform DSM-IV (MDD) en 107 met een subklinische depressie (MinDD) werden geslecteerd. Met een Life Chart Interview werd de duur van depressie bepaald. Resultaten Van de mensen met MDD knapte de helft binnen zes maanden op en was 12% binnen drie jaar nog steeds niet hersteld van hun depressie. De gemiddelde duur van MDD was 10,7 maanden. Naarmate men voorafgaand aan de depressie lichamelijk en psychisch beter functioneerde, duurde de depressie korter. Indien men ten tijde van de depressie een comorbide dysthymie of angststoornis had, duurde de depressie langer. De mediane duur van MinDD was vergeleken met MDD de helft korter (3 maanden), maar de gemiddelde duur (8,7 maanden), het percentage dat niet herstelt binnen 3 jaar (10%), alsook de risico-indicatoren voor MinDD waren vergelijkbaar.

Conclusie

Wij vonden een twee keer zo lange mediane duur voor MDD vergeleken met de gegevens die in de MDR Depressie worden gebruikt. Dit betekent dat alleen een korte periode zonder behandeling verdedigbaar is. Daarnaast laat dit onderzoek zien dat MinDD niet kan worden beschouwd als een kortstondige toestand die vanzelf overgaat.

Literatuurverwijzing

In voorbereiding

Voorspelling van de uitkomst van depressiebehandeling: de associatie tussen de DM-TRD en het behandelbeloop bij 1115 ambulante patiënten

Auteur(s) D. van Dijk Dyllis van Dijk ^{p1} / Dr. Michael van den Boogaard ¹ / Dr. Eric Ruhé ² / Prof. dr. Jan Spijker ³ / Prof. dr. Frenk Peeters ⁴

P: Presenterende auteur / spreker

1. Topklinische afdeling therapieresistente depressie, PsyQ Den Haag
2. Universitair Medisch Centrum Groningen
3. Pro Persona Expertise Centrum Depressie & Radboud Universiteit, Nijmegen
4. Afdeling Psychiatrie en Psychologie Academisch Ziekenhuis Maastricht

Achtergrond

De depressieve stoornis (major depressive disorder, MDD) is één van de meest belastende ziekten ter wereld (1). Hoewel er veel therapeutische mogelijkheden zijn (2-4), is het aantal patiënten dat daadwerkelijk herstelt teleurstellend en een groot deel van de patiënten behoudt depressieve klachten ondanks adequaat veronderstelde behandeling (5). Wellicht kan er vaker remissie worden bereikt wanneer de behandeling meer wordt afgestemd op de individuele behoeften (6-8). De Dutch Measure for quantification of Treatment Resistance in Depression (DM-TRD) is een vragenlijst die diverse factoren in kaart brengt die samenhangen met de prognose en/of behandeluitkomst van MDD (9). De DM-TRD is ontwikkeld als instrument om Therapie Resistente Depressie (TRD) te kwantificeren, maar lijkt daarnaast een veelbelovend hulpmiddel te zijn om de uitkomst van de behandeling te voorspellen.

Doel

Wij onderzochten de associatie tussen de score op de DM-TRD en het beloop van de behandeling as usual in een groot ambulant cohort van depressieve patiënten. Daarnaast was het doel om vast te stellen of uitbreiding van de DM-TRD met een vraag over een eventueel doorgemaakt vroegkinderlijk trauma het instrument verbeterde.

Methoden

Wij hebben de gegevens onderzocht van 1115 ambulante MDD patiënten die tussen 2014 en 2017 een intake en nadien behandeling as usual hebben gekregen bij één van de deelnemende vestigingen van PsyQ. De DM-TRD is afgenomen tijdens de intake. De Quick Inventory of Depressive Symptomatology – Self Report (QIDS-SR) (10) is bij baseline en nadien driemaandelijks afgenomen om het beloop van de ernst van de depressieve klachten gedurende de behandeling te meten. Wij hebben lineaire mixed models analyses verricht om de associatie te onderzoeken tussen de DM-TRD-score bij intake en het beloop van de behandeling gemeten op de QIDS-SR. Wij onderzochten tevens of het toevoegen van een item over vroegkinderlijke traumatisering het instrument verbeterde. Wij hebben de Akaike's Information Criteria (AICs) van elk model vergeleken, waarbij een lagere AIC een verbetering van het model representeert (11).

Resultaten

Het model waarin de DM-TRD score en diens interactie met de tijd zijn opgenomen heeft een lagere AIC (26847.2) dan het model zonder deze interactie (26857.2). In vergelijking met de oorspronkelijke DM-TRD heeft het model aangevuld met het trauma-item een hogere AIC.

Conclusie

De score op de DM-TRD die is afgenomen bij de intake is in ons cohort voorspellend voor de behandeluitkomst, waarbij een hogere score op de DM-TRD een slechtere behandeluitkomst voorspelt. Het toevoegen van een extra item over vroegkinderlijke traumatisering verbetert het model niet.

Literatuurverwijzing

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*. 2006;3:2011-2030.
2. Cipriani A, Furukawa P, Salanti G, Geddes P, Higgins JP, Churchill R, Watanabe N, Nakagawa A, Omori IM, McGuire H, Tansella P, Barbui C. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*. 2009;373:746-758.
3. Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2009;70:1219-1229.
4. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: A systematic review. *Archives of General Psychiatry*. 2004;61:714-719.
5. Spielmans GI, Berman MI, Usitalo AN. Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: A meta-analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2011;199:142-149.
6. Hetrick SE, Parker AG, Hickie IB, Purcell R, Yung AR, McGorry PD. Early identification and intervention in depressive disorders: towards a clinical staging model. [Review] [114 refs]. *Psychotherapy & Psychosomatics*. 2008;77:263-270.
7. McGorry PD, Hickie IB, Yung AR, Pantelis C, Jackson HJ. Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. [Review] [34 refs]. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006;40:616-622.
8. Simon GE, Perlis RH. Personalized medicine for depression: Can we match patients with treatments? . *American Journal of Psychiatry*. 2010;167:1445-1455.
9. Peeters FPML, Ruhe HG, Wichers M, Abidi L, Kaub K, van der Lande HJ, Spijker J, Huibers MJH, Schene AH. The Dutch Measure for quantification of Treatment Resistance in Depression (DM-TRD): an extension of the Maudsley Staging Method. *Journal of Affective Disorders*. 2016;205:365-371.
10. Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, Carmody TJ, Arnow B, Klein DN, Markowitz JC, Ninan PT, Kornstein S, Manber R, Thase ME, Kocsis JH, Keller MB. The 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): A psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological Psychiatry*. 2003;54:573-583.
11. Akaike H. A new look at the statistical model identification. *IEEE Transactions on Automatic Control* 1974;19:716-723.

S30.3

Project Enigma: Big data analysetechnieken om behandeluitkomst bij depressie te voorspellen

Dr. Bo de Lange ^{p1} / Dr. Michael van den Boogaard ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. Alan Turing Institute Almere
2. Parnassia Groep, topklinische afdeling therapieresistente depressies PsyQ den Haag

Achtergrond

Naar schatting leidt ca. 40-60% van de behandelingen bij depressie niet tot (blijvend) resultaat. Door te kijken naar overeenkomsten en verschillen in eigenschappen van patiënten die wel en niet op een gegeven behandeling reageren, kunnen we proberen inzichtelijk te maken welke behandelmethoden effectief zijn voor welke patiënt.

Doel

Het doel van het Enigma project is het ontwikkelen van een betrouwbaar, gebruikersvriendelijk klinisch beslismodel dat de toewijzing van patiënten met depressieve stoornissen aan de voor hen meest geschikte behandeling, onderbouwd kan adviseren. Op basis van patiënteigenschappen zijn drie predictiemodellen ontwikkeld waarmee de verwachte behandeluitkomst voor psychotherapie, farmacotherapie en de combinatie van psychotherapie en farmacotherapie kan worden vergeleken.

Methoden

Volwassen MDD-patiënten zijn geïncludeerd die tenminste één activiteitenplan hadden met tenminste vier behandelsessies; met een begin en eind QIDS ROM meting; die tenminste één jaar in zorg zijn (geweest) of waarvan binnen het eerste jaar na inclusie de behandeling werd beëindigd. Van de 854 inclusies, zijn 277 patiënten behandeld met uitsluitend psychotherapie (P), 204 met uitsluitend farmacotherapie (F) en 231 met uitsluitend een combinatie van psycho- en farmacotherapie (PF). Behandelsucces is gedefinieerd als remissie: een score van 0-5 op de eind QIDS ROM meting; of als respons: een reductie van $\geq 50\%$ in score tussen eerste en laatste QIDS ROM meting. Het behandelsuccespercentages was het hoogst voor de P-groep (40%), gevolgd door de F en PF groepen (37%). Voorspellers zijn de start QIDS items, DM-TRD-plus items, DSM-IV diagnose items, 4K en demografie. Voor elk van de behandelingen is met vijfde deel van de beschikbare data, de derivatieset, een predictiemodel gemaakt, dat is getoetst met de achtergehouden data, de validatieset. Eerst is op basis van mutual- en interactie-informatie een selectie gemaakt van de meest informatieve variabelen. Daarna zijn met die geselecteerde voorspellers algoritmisch de 10 beste beslisbomen gegenereerd. De voorspellende waarde van de modellen is uitgedrukt in Area Under the Curve van de ROC van het model, en de sensitiviteit en positive predictive value (van zowel de derivatie als validatiesets).

Resultaten

De AUC van de predictiemodellen zijn allen significant ($P < 0.001$) en groter dan 0.750, waarmee zij in theorie klinisch bruikbaar zijn (P: 0.761, F: 0.857, PF 0.806). De met het Youden-criterium bepaalde afkapwaarde levert accuratessen op van 0.73 (voor P en PF) en 0.84 (voor F). Sensitiviteit, PPV en accuratesse zijn voor de modellen P en F stabiel tussen derivatie en validatieset. 68% van de patiënten die door het model voor P een gunstige behandeluitkomst is voorspeld, reageert inderdaad op die behandeling (bij een sensitiviteit van 0.57). 81% van de patiënten die door het model voor F een gunstige behandeluitkomst is voorspeld, reageert inderdaad op die behandeling (bij een sensitiviteit van 0.81). De prestaties van het predictiemodel voor de verwachte behandeluitkomst voor de combinatie P+F konden worden niet gevalideerd: het model presteert op de validatieset nog maar marginaal beter dan de a priori kans op behandelsucces.

Conclusie

De aanpak om te zoeken naar combinaties van patiënteigenschappen die kunnen helpen voorspellen of iemand zal reageren op een voorgestelde behandeling, lijkt vruchtbaar voor psychotherapie en voor farmacotherapie, maar niet voor combinatietherapie. De meest voor de hand liggende verklaring voor het niet valideren van het PF model is zogenaamde overfitting van de data. Het toepassen van de P en F modellen voor nieuwe patiënten, kan de behandelaar helpen bij het kiezen van het optimale behandelplan.

Literatuurverwijzing

In voorbereiding

CT en IPT voor depressie: wat werkt het best voor wie? Het voorspellen van behandeluitkomsten met de “Personalized Advantage Index”

Auteur(s) Drs. Suzanne van Bronswijk ¹ / Dr. Lotte Lemmens ² / Msc Zachary Cohen ³ / Prof. dr. Frenk Peeters ¹ / Dr. Arnoud Arntz ^{2,4} / PhD Robert DeRubeis ³ / Prof. dr. Marcus Huibers ^{2,3,5}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Department of Psychiatry and Psychology, Maastricht University, Maastricht, the Netherlands
2. Department of Clinical Psychological Science, Maastricht University, Maastricht, the Netherlands
3. Department of Psychology, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA
4. Department of Psychology, University of Amsterdam, Amsterdam, the Netherlands
5. Department of Clinical Psychology, VU University Amsterdam, Amsterdam, the Netherlands

Achtergrond

Cognitieve Therapie (CT) en Interpersoonlijke Psychotherapie (IPT) behoren tot de aanbevolen psychotherapeutische zorg voor depressie in Nederland. Onderzoek laat zien dat beide therapieën op groepsniveau gemiddeld even effectief zijn (1). Echter, voor het individu verschillen behandel effecten vaak per specifieke therapie.

Doel

Doel van dit onderzoek is het ontwikkelen van een predictiemodel dat op individueel niveau voorspelt welke therapie (CT of IPT) de meeste symptoomreductie zal geven, zowel na behandeling als tijdens follow-up.

Methoden

Data zijn afkomstig uit een grote gerandomiseerde behandelstudie waarin 151 depressieve patiënten willekeurig werden toegewezen aan CT (n = 76) en IPT (n = 75) (2). De uitkomstmaat, depressie-ernst, werd herhaaldelijk gemeten, aan het eind van de behandelfase (7 maanden) en tijdens de follow-up fase (8, 9, 10, 11, 12 en 24 maanden). Zogenaamde moderatoren (differentiële voorspellers) werden geselecteerd uit de 68 variabelen gemeten voor de start van de behandeling. We gebruikten de Personalized Advantage Index (PAI) om deze moderatoren te combineren in een statistisch algoritme. (3) Met dit algoritme werd voor elk individu voorspeld welke therapie (CT of IPT) de meeste symptoomreductie zou geven (“de optimale therapie”).

Resultaten

Moderatoren waren verschillend voor de voorspellingen van korte en lange termijn behandel effecten. Voor de meerderheid van onze deelnemers vonden we een klinisch relevant verschil in de voorspelde uitkomst van CT of IPT, relatief t.o.v. de andere therapie, waardoor we voor deze deelnemers kunnen bepalen wat hun optimale therapie zou zijn geweest.

Conclusie

De Personalized Advantage Index (PAI) is een veelbelovende methode om differentiële effecten van behandelingen op individueel niveau te voorspellen. Wanneer behandelaren toegang hebben tot individuele voorspellingen kan men de behandelindicatie beter personaliseren (“matchen”) om een chronisch beloop met lage levenskwaliteit te voorkomen (4). Een voorwaarde voor succesvolle implementatie van predictiemodellen is replicatie en validatie in verschillende populaties.

Literatuurverwijzing

1. Lemmens LH, Arntz A, Peeters F, Hollon SD, Roefs A, Huibers MJ. Clinical effectiveness of cognitive therapy v. interpersonal psychotherapy for depression: results of a randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2015;45(10):2095-110.
2. Lemmens LH, Arntz A, Peeters FP, Hollon SD, Roefs A, Huibers MJ. Effectiveness, relapse prevention and mechanisms of change of cognitive therapy vs. interpersonal therapy for depression: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2011;12:150.
3. DeRubeis RJ, Cohen ZD, Forand NR, Fournier JC, Gelfand LA, Lorenzo-Luaces L. The Personalized Advantage Index: translating research on prediction into individualized treatment recommendations. A demonstration. *PLoS One*. 2014;9(1):e83875.
4. Simon GE, Perlis RH. Personalized medicine for depression: can we match patients with treatments? *Am J Psychiatry*. 2010;167(12):1445-55.

S31 ECT gerelateerde cognitieve bijwerkingen: wat heeft de patiënt aan research?

In Nederland worden jaarlijks ongeveer 700 patiënten behandeld met elektroconvulsie therapie (ECT). Zes à zeven van de tien patiënten die hersenstimulatie krijgen met ECT knappen op en kunnen weer zelfstandig functioneren. De behandeling kent echter cognitieve bijwerkingen zoals concentratie- en geheugenproblemen. Kennis uit onderzoeken hierover is tot nu toe gebaseerd op groepsgegevens waardoor een advies voor de individuele patiënt in de praktijk lastig blijft. Er lijkt een verschil in kwetsbaarheid te zijn per individu: er zijn namelijk patiënten die onder dezelfde behandelomstandigheden veel of juist geen last hebben van cognitieve bijwerkingen. Voortbouwend op de onderzoeksresultaten van patiënten uit meerdere studies in Nederland en België, proberen we meer zicht te krijgen op de cognitieve bijwerkingen na ECT.

S31.1

Anterograde amnesie bij ernstig depressieve patiënten die ECT ondergaan: een pilot-studie

Drs. Elvira Boere ^{p1} / Dr. Astrid Kamperman ¹ / Dr. Walter van den Broek ¹ / Dr. Tom Birkenhager ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Afdeling Psychiatrie, Erasmus MC, Rotterdam

Achtergrond

ECT is een zeer effectieve behandelmethodes bij ernstige depressie, echter er bestaat een kans op het ontwikkelen van neuro-cognitieve bijwerkingen. Anterograde amnesie is in deze context nog weinig bestudeerd.

Doel

Met onze studie beogen we de ernst en het beloop van de anterograde geheugenfunctie vast te stellen bij ernstig depressieve patiënten die met ECT worden behandeld en deze te vergelijken met patiënten die medicamenteus behandeld worden.

Methoden

In een prospectieve, naturalistische studie-opzet werd de anterograde geheugen-functie gemeten bij klinisch opgenomen, ernstig depressieve patiënten die ECT ondergingen (N=11). De controlegroep werd gematcht op leeftijd, geslacht en depressie-ernst (N=9). Primaire uitkomstmaat was immediate recall via een woordentest (korte termijn geheugen): secundaire uitkomstmaten waren delayed recall (langere termijn geheugen), recognitie en visuele associatie. Data-analyse vond plaats via repeated measures ANOVA analysis en gepaarde t-testen. Covariaten werden geïdentificeerd en correlaties met de uitkomstmaten berekend.

Resultaten

ECT had een significant effect op de delayed recall-functie ($p < 0.01$ met grote effect-sizes). Op immediate recall waren de resultaten minder consistent. Vier weken na staken van ECT was de delayed recall-functie hersteld. Leeftijd werd geïdentificeerd als een belangrijke covariaat.

Conclusie

De klinische implicatie van anterograde amnesie bij ernstig depressieve patiënten die ECT ondergaan lijkt beperkt. Als deze bevindingen in een grotere studie bevestigd kunnen worden, dan zou het mogelijk optreden van anterograde amnesie geen belemmering hoeven vormen voor het inzetten van ECT.

Literatuurverwijzing

Meeter M, Murre JMJ, Janssen SMJ, Birkenhager T, van den Broek WW. Retrograde amnesia after electroconvulsive therapy: A temporary effect? *Journal of Affective Disorders*. 2011 Jul;132(1–2):216–22. pmid:214503471. O'Connor M, Lebowitz BK, Ly J, Panizzon MS, Elkin-Frankston S, Dey S, et al. A dissociation between anterograde and retrograde amnesia after treatment with electroconvulsive therapy: a naturalistic investigation. *J ECT*. 2008 Jun;24(2):146–51. pmid:18580560 Austin MP, Mitchell P, Goodwin GM. Cognitive deficits in depression: possible implications for functional neuropathology. *Br J Psychiatry*. 2001 Mar;178:200–6. pmid:11230029

S31.2

Langetermijn neuropsychologische effecten na elektroconvulsietherapie bij ouderen met een depressie

drs Jasmien Obbels ^{p1} / dr. Esmée Verwijk ^{2,3,4} / Dr Filip Boeckeaert ¹ / Prof Pascal Sienaert ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. UPC KU Leuven, Academisch Centrum voor ECT en Neuromodulatie (AcCENT)
2. Parnassia Groep, Klinisch Centrum Mangostraat, afdeling ECT, Den Haag
3. Programmagroep Brein & Cognitie, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam
4. Afdeling Medische Psychologie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Achtergrond

Elektroconvulsietherapie (ECT) is een effectieve en veilige behandeling voor de meest ernstige psychiatrische stoornissen. Er is echter een bezorgdheid over de mogelijke negatieve effecten van ECT op het neuropsychologisch functioneren bij oudere patiënten, gezien de mogelijke kwetsbaarheid van een “frail brain”. Onderzoek naar de effecten van ECT op cognitie bij ouderen is zeldzaam en heeft belangrijke beperkingen: een kleine steekproefgrootte, globale cognitieve screeningsinstrumenten en het ontbreken van gegevens op lange termijn (6 maanden of langer na het stopzetten van ECT).

Doel

In deze studie trachten we deze beperkingen op te vangen door in een grote groep ouderen met een unipolaire depressie de langetermijneffecten (6 maanden) van ECT op cognitie te onderzoeken aan de hand van een uitgebreide neuropsychologische batterij.

Methoden

Deze naturalistische longitudinale studie omvat 110 patiënten van 55 jaar en ouder met ernstige unipolaire depressies. Aandacht, executief functioneren en geheugen worden in kaart gebracht voor het begin van ECT en zes maanden na het stopzetten ervan. Verbanden tussen het neuropsychologisch functioneren en leeftijd, aantal ECT-sessies en de ernst van depressie ten tijde van de neuropsychologische metingen worden bestudeerd.

Resultaten

We vonden geen statistisch significante verschillen tussen het neuropsychologisch functioneren voor de opstart van en zes maanden na ECT. We vonden evenmin een relatie tussen de verandering in cognitie en depressie bij baseline of tussen de verandering in cognitie en de verandering in depressie na zes maanden.

Conclusie

ECT lijkt bij oudere patiënten met een depressie geen schadelijke cognitieve effecten te hebben, zoals gemeten zes maanden na de behandeling. Oudere patiënten lijken niet vatbaarder voor cognitieve bijwerkingen dan volwassenen te zijn. Toekomstig onderzoek dient rekening te houden met de interindividuele variabiliteit en met het niveau van het neuropsychologisch functioneren voor de behandeling en voor de depressieve episode.

Literatuurverwijzing

Kumar S, Mulsant BH, Liu AY, Blumberger DM, Daskalakis ZJ, Rajji TK. Systematic review of cognitive effects of electroconvulsive therapy in late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016;24:547-565. Zieglmayer C, Hajak G, Baer A, Held M, Rupprecht R, Trapp W. Cognitive performance under electroconvulsive therapy (ECT) in ECT-naïve treatment-resistant patients with major depressive disorder. *Journal of ECT*. 2017;33:104-110. Tielkens CEM, Comijs HC, Verwijk E, Stek ML. The effects of ECT on cognitive functioning in the elderly: a review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23:789-795. Gardner BK, O' Connor DW. A review of the cognitive effects of electroconvulsive therapy in older adults. *J ECT*. 2008;24:68-80.

S31.3

Autobiografisch geheugenverlies bij elektroconvulsieve therapie (ECT) en remissie van depressie

Drs. Marc Burgers ^{p1} / Dr. Esmee Verwijk ^{2,3,4} / Dr. Harm-Pieter Spaans ² / Prof. Max Stek ¹ / Dr. Filip Boeckeaert ⁵ / Drs. Jasmien Obbels ⁵ / Prof. Pascal Sienaert ⁵ / Dr. Didi Rhebergen ¹ / Dr. Eric van Exel ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ inGeest/VUmc, Amsterdam
2. Parnassia Groep, Klinisch Centrum Mangostraat, afdeling ECT, Den Haag
3. Medische Psychologie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
4. Programmagroep Brein en Cognitie, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam
5. UPC KU Leuven, België

Achtergrond

ECT is een van de meest effectieve behandelingen voor ernstige depressie. ECT is echter geassocieerd met retrograad autobiografisch geheugenverlies (1). Hoewel de gemeten ernst en frequentie van het autobiografisch geheugenverlies in verschillende studies sterk uiteen loopt, staat het vast dat autobiografisch geheugenverlies als een ernstige bijwerking van ECT wordt ervaren (2.)

Doel

Deze studie onderzoekt de relatie tussen autobiografisch geheugenverlies en remissie van depressie.

Methoden

Unipolaire depressieve patiënten werden geselecteerd uit een randomized controlled trial waarin brief pulse en ultrabrief pulse ECT werden vergeleken. De patiënten ondergingen voor en na unilaterale ECT een cognitieve evaluatie die onder andere het autobiografisch en het niet-persoonlijk biografisch geheugenverlies onderzocht. Autobiografisch en niet-persoonlijk biografisch geheugenverlies werden respectievelijk middels het Kopelman's Autobiographical Memory Interview (AMI-Kopelman) (3) en de Amsterdam Media Questionnaire (AMQ) (4) geëvalueerd.

Resultaten

Van de 67 patiënten (gemiddelde leeftijd 61 jaar) bereikte 54% remissie van depressie na ECT. Minder autobiografisch geheugenverlies (gedefinieerd als minder dan mediaan geheugenverlies) werd geconstateerd bij 73% van de patiënten met remissie van depressie en bij 27% van de patiënten zonder remissie van depressie, $p=0,01$. De odds ratio voor het hebben van minder autobiografisch geheugenverlies is 5.2 (95% betrouwbaarheidsinterval: 1,9 tot 18,9, $p=0,01$) wanneer patiënten in remissie worden vergeleken met patiënten die geen remissie van depressie bereikten. Hierbij is gecorrigeerd voor baseline MADRS-score, leeftijd, en aantal ECT-sessies. Aanvullende correcties voor beginleeftijd (age of onset) en opleidingsniveau specificieerden de associatie tussen remissie van depressie en minder autobiografisch geheugenverlies nog verder, met een odds ratio van 7,8 (95% betrouwbaarheidsinterval: 1,9 tot 32,9, $p=0,005$). Er werd geen associatie gevonden tussen remissie van depressie en niet-persoonlijk biografisch geheugenverlies.

Conclusie

Depressieve patiënten met remissie van depressie na ECT hebben minder autobiografisch geheugenverlies dan patiënten zonder remissie van depressie. Een dergelijke associatie werd niet gevonden tussen niet-persoonlijk biografisch geheugenverlies en klinisch herstel. Deze bevindingen suggereren dat resterende depressieve symptomen gedeeltelijk zouden kunnen verklaren waarom sommige patiënten die behandeld worden met ECT meer autobiografisch geheugen hebben dan anderen.

Literatuurverwijzing

1. Sackeim HA, Prudic J, Fuller R, Keilp J, Lavori PW, Olfson M. The cognitive effects of electroconvulsive therapy in community settings. *Neuropsychopharmacology*. 2007;32(1):244-54.
2. Rose D, Fleischmann P, Wykes T, Leese M, Bindman J. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ*. 2003;326(7403):1363.
3. Kopelman MD, Wilson BA, Baddeley AD. The autobiographical memory interview: a new assessment of autobiographical and personal semantic memory in amnesic patients. *J Clin Exp Neuropsychol*. 1989;11(5):724-44.
4. Meeter M, Eijsackers EV, Mulder JL. Retrograde amnesia for autobiographical memories and public events in mild and moderate Alzheimer's disease. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2006;28(6):914-27.

S31.4

Cognitieve bijwerkingen en veranderingen in hippocampusvolume na ECT

Dr. Iris van Oostrom ^{p1} / Dr. Philip van Eijndhoven / drs Elke Butterbrod / Dr. Maria van Beek / Dr. Joost Janzing / Dr. Rogier Donders / Dr. Aart Schene / Prof. Indira Tendolkar

P: Presenterende auteur / spreker

1. Department of Psychiatry, Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour, Radboud University Medical Center, Nijmegen

Achtergrond

Electroconvulsietherapie (ECT) is een effectieve behandelvorm voor stemmingsstoornissen, met een response rate van rond de 50-70%. Cognitieve klachten waaronder geheugenklachten worden zeer regelmatig als bijwerking gerapporteerd en vormen het grootste nadeel van ECT. De cognitieve bijwerkingen van ECT kunnen gemedieerd worden door de hippocampus. Uit studies is bekend dat het cognitief functioneren licht daalt de eerste dagen na ECT en daarna verbetert, in vergelijking tot voor de behandeling. Tevens is bekend dat het hippocampusvolume toeneemt na de ECT behandeling in vergelijking tot voor de ECT behandeling; na enkele maanden is dit weer gedaald. Dit effect wordt vaak toegeschreven aan de neurotrofe effecten van ECT.

Doel

Onderzoeken of de veranderingen in hippocampusvolume na ECT samenhangen met veranderingen in het cognitief functioneren.

Methoden

19 medicatie-vrije patiënten met een behandelresistente depressie (MDD) ondergingen een MRI-scan en een neuropsychologisch onderzoek (15-woordentest, Wechsler Memory Scale Visuele Reproductie, fluency, Trail Making Task) binnen een week voor en binnen een week na het beeindigen van de ECT. Een gematchte controlegroep (n=18) onderging hetzelfde neuropsychologische onderzoek binnen hetzelfde interval als de patiëntengroep.

Resultaten

Het hippocampusvolume bij patiënten nam significant toe van pre naar post-behandeling. De gemiddelde prestatie op cognitieve taken liet een lichte achteruitgang zien of bleef gelijk, terwijl de controlegroep over het algemeen een verbetering liet zien in prestaties, waarschijnlijk vanwege leereffecten. De toename in hippocampusvolume was gerelateerd aan een achteruitgang in het cognitief functioneren, wat aangeeft dat deze twee verschijnselen mogelijk samenhangen.

Conclusie

Onze bevindingen suggereren dat de toename in hippocampusvolume na ECT, wat een uiting kan zijn van de neurotrofe effecten van ECT, samengaat met een tijdelijke verstoring van het cognitief functioneren.

Literatuurverwijzing

Group UER: Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. Lancet 361:799-808, 2003
Ingram A, Saling MM, Schweitzer I: Cognitive side effects of brief pulse electroconvulsive therapy: a review. J ECT 24:3-9, 2008
Semkovska M, McLoughlin DM: Objective cognitive performance associated with electroconvulsive therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. Biol Psychiatry 68:568-77, 2010
Sahay A, Hen R: Adult hippocampal neurogenesis in depression. Nat Neurosci 10:1110-5, 2007
Madsen TM, Treschow A, Bengzon J, et al: Increased neurogenesis in a model of electroconvulsive therapy. Biol Psychiatry 47:1043-9, 2000

S31.5

Predictoren van cognitieve bijwerkingen bij depressieve patiënten behandeld met ECT

drs. Mike van Kessel ^{p1} / Drs. Joris van der Vlugt ² / Dr. Esmée Verwijk ^{3,4,5}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Medisch Psychiatrische Unit, Delta Zorgboulevard, Antea, Rotterdam
2. Medisch Psychiatrische Unit, Delta Zorgboulevard, Antea, Rotterdam
3. Parnassia Groep, Klinisch Centrum Maastricht, afdeling ECT, Den Haag
4. Programmagroep Brein & Cognitie, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam
5. afdeling Medische Psychologie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Achtergrond

Het meeste onderzoek naar ECT en depressie is primair vooral gericht op het behandelingssucces. Onderzoek naar de predictieve factoren van cognitieve bijwerkingen van patiënten die met ECT zijn behandeld is zeer beperkt.

Doel

Het doel van het literatuuroverzicht is inzicht te krijgen in wat momenteel bekend is over de predictieve factoren voor cognitieve bijwerkingen bij patiënten die behandeld worden voor een depressie met ECT.

Methoden

Systematisch zijn meerdere databases doorzocht met behulp van relevante Mesh-termen, waaronder #predictieve factoren, #cognitieve tekorten, #Electro Convulsive Therapy en depressie. De resultaten worden beoordeeld op meerdere aspecten.

Resultaten

Uitkomsten van onderzoek naar de predictieve factoren van cognitieve bijwerkingen van patiënten die met ECT zijn behandeld betreft vaak secundaire uitkomstmaten. Patiëntkarakteristieken, ECT-procedures, additionele farmacologie en anesthetica zijn mogelijk van invloed maar verklaren niet afdoende de individuele variabiliteit.

Conclusie

Huidige kennis over voorspellende factoren voor cognitieve bijwerkingen bij patiënten die behandeld zijn voor depressie met ECT is nog zeer beperkt. Onderzoek dat vooral gericht is op predictie van cognitieve bijwerkingen door ECT is schaars en is overwegend op groepsniveau geanalyseerd. Er is nog geen antwoord te geven wat de inter-individuele variabiliteit in cognitieve bijwerkingen voorspelt. Toekomstig onderzoek, primair gericht op de predictoren van cognitieve bijwerkingen op inter-individueel niveau, is nodig.

Literatuurverwijzing

Nog toevoegen

S32 Behandeling en beloop van neuropsychiatrische aandoeningen bij Parkinson en gerelateerde bewegingsstoornissen

In dit symposium staat het beloop en de niet-farmacologische behandeling van neuropsychiatrische stoornissen bij de ziekte van Parkinson centraal. Ook komt Tourette, een andere bewegingsstoornis met relevante neuropsychiatrische symptomen in beeld. Allereerst zal a.d.h.v. een n=1 longitudinale netwerkanalyse op herhaalde ESM-metingen de relatie tussen stemming en motoriek bij Parkinson toegelicht worden (Anne Mulders). Vervolgens zullen we de bevindingen bespreken van 3 recent afgeronde klinische trials naar 1) het effect van lichttherapie op stemming en slaap bij Parkinson (Sonja Rutten), 2) het effect van een gecombineerde ACT-fysiotherapie benadering op wearing-off angst bij Parkinson (Ires Ghielen), en 3) het effect van online cognitieve training op cognitieve functies bij Parkinson (Tim van Balkom). Tot slot zal aandacht besteed worden aan de langetermijn-effecten van diepe hersenstimulatie in Tourette patiënten (Anouk Smeets).

S32.1

Longitudinale associaties van motorische en stemmingssymptomen bij parkinsonpatiënten: een n=1 netwerkanalyse van ESM data

Anne Mulders ^{1,2} / Rachel van der Velden ² / MD PhD Mark Kuijf ³ / PhD Marjan Drukker ² / MD PhD Albert Leentjens ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Afdeling Psychiatrie & Neuropsychologie, Maastricht Universitair Medisch Centrum+, Maastricht, Nederland
2. School for Mental Health and Neuroscience MHeNS, Universiteit Maastricht, Nederland
3. Afdeling Neurologie, Maastricht Universitair Medisch Centrum+, Maastricht, Nederland

Achtergrond

De ziekte van Parkinson (ZvP) is een neurodegeneratieve ziekte die gekenmerkt wordt door bewegingsarmoede, rigiditeit en tremor. Daarnaast is er vaak sprake van niet-motorische problematiek zoals stemmingsklachten, cognitieve klachten en autonome symptomen. De behandeling van de ZvP bestaat voornamelijk uit het compenseren van het dopaminetekort met levodopa en dopamine agonisten. Na enkele jaren levodopagebruik ontstaan bij de helft van de patiënten hinderlijke responsfluctuaties. Deze beginnen meestal als 'wearing off' fasen, waarin de medicatie tegen het eind van de werkingsduur minder effectief is, maar ontwikkelen zich uiteindelijk tot onvoorspelbare fluctuaties in motorische symptomen waarbij goede ('on') perioden op willekeurige momenten worden afgewisseld met slechte ('off') perioden. Deze motorische fluctuaties gaan vaak samen met fluctuaties in niet-motorische symptomen. Mede door het fluctuerende karakter van deze symptomen zijn deze moeilijk te onderzoeken en is er weinig bekend over de samenhang tussen motorische en niet-motorische symptomen bij parkinsonpatiënten met dergelijke responsfluctuaties. De Experience Sampling Methode (ESM) is een elektronische dagboektechniek waarmee op systematische wijze gegevens over symptomen en ervaringen in de dagelijkse context verzameld worden. Zulke metingen kunnen patronen en verbanden tussen symptomen en context onthullen die niet opgemerkt worden bij het gebruik van retrospectieve vragenlijsten of interviews. Door middel van netwerkanalyse van ESM data kunnen bovendien longitudinale associaties tussen symptomen bestudeerd worden*.

Doel

Het identificeren van longitudinale associaties tussen motorische en stemmingssymptomen bij een patiënt met de ZvP en responsfluctuaties.

Methoden

Bij een 53-jarige man met de ZvP en motorische fluctuaties zijn gedurende een periode van 30 achtereenvolgende dagen ESM data verzameld. Op tien willekeurige momenten per dag kreeg de patiënt via een ESM app op zijn mobiele telefoon een vragenlijst aangeboden met vragen over de ernst van motorische en stemmingssymptomen op dat moment, evenals over contextuele factoren zoals locatie, bezigheden en eventueel gezelschap. Regressieanalyses werden uitgevoerd met een vooraf geselecteerde set van afhankelijke variabelen, waaronder de parkinsonsymptomen 'tremor', 'rigiditeit', 'balansproblemen' en 'on/off' status en de stemmingsvariabelen 'opgewekt' en 'somber'. De onafhankelijke variabelen bedroegen dezelfde motorische en stemmingssymptomen, maar dan van de voorafgaande meting. Regressiecoëfficiënten werden vervolgens weergegeven als connecties in een netwerk.

Resultaten

Bij deze patiënt nam de gemoedstoestand 'opgewekt' een centrale plaats in het symptoomnetwerk in. De score op de variabele 'opgewekt' op een bepaald meetmoment was geassocieerd met een verminderde rigiditeit en tremor bij het volgende meetmoment. Balansproblemen werden niet beïnvloed door de gemoedstoestand 'opgewekt', maar een betere balans was wel geassocieerd met een hogere mate van opgewektheid tijdens de volgende meting. De variabele 'somber' had geen invloed op de zelf gerapporteerde ernst van motorische symptomen op het volgende meetmoment. Het ervaren van een 'on' en 'off' status kon niet voorspeld worden door motorische of stemmingssymptomen.

Conclusie

Deze n=1 studie illustreert dat een netwerkanalyse van ESM data longitudinale verbanden van zelf gerapporteerde motorische en stemmingssymptomen aan het licht kan brengen. ESM is een veelbelovende methode om meer inzicht in de samenhang en het beloop van verschillende symptomen bij de ZvP te verkrijgen, hetgeen relevant kan zijn voor toekomstige m-health toepassingen.

Literatuurverwijzing

* Bak M, Drukker M, Hasmi L, van Os J. An n=1 Clinical Network Analysis of Symptoms and Treatment in Psychosis. PLoS One 2016;11(9):e0162811.

S32.2

Effecten van lichttherapie op stemming en slaap bij de ziekte van Parkinson: resultaten van een RCT

drs. Sonja Rutten ^{p1} / dr. Chris Vriend ^{1,2} / prof. dr. Jan Smit ^{1,3} / dr. Adriaan Hoogendoorn ³ / prof. dr. Henk Berendse ^{1,2} / prof. dr. Jos Twisk ¹ / prof. dr. Odile van den Heuvel ^{1,2} / dr. Ysbrand van der Werf ^{1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. VU medisch centrum
2. Amsterdam Neuroscience
3. GGZ inGeest

Achtergrond

Onderzoek wijst uit dat een verstoring van het circadiane ritme mogelijk een causale factor is in het ontstaan van depressie en slaapproblemen bij patiënten met de ziekte van Parkinson (ZvP). Lichttherapie kan het circadiane ritme herstellen, en zou dus een effectieve behandeling voor depressie bij de ZvP kunnen zijn.

Doel

Onderzoeken of lichttherapie een effectieve behandeling is voor het verminderen van depressieve symptomen en het verbeteren van de slaap bij patiënten met ZvP en een depressieve stoornis.

Methoden

Het design van de studie was een randomized double-blind controlled trial. Er namen 83 patiënten met de ZvP en een depressieve stoornis deel aan het onderzoek. De experimentele groep werd behandeld met een lichttherapie lamp die wit licht verspreidde met een intensiteit van ongeveer 10.000 Lux. Het licht in de controleconditie had een intensiteit van slechts 200 Lux. Alle deelnemers werden thuis op gezette tijden in de ochtend en avond gedurende 30 minuten behandeld, voor een duur van drie maanden. Hierna volgde een follow-up periode van zes maanden. De primaire uitkomstmaat was de ernst van de depressie, gemeten met de Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Secundaire uitkomstmaten waren objectieve en subjectieve slaapkwaliteit en de cortisolconcentratie in speeksel. Exploratieve uitkomsten waren de ernst van motorische symptomen, cognitief functioneren, kwaliteit van leven en zorglast voor de mantelzorger. De data werd geanalyseerd middels een lineaire mixed models analyse.

Resultaten

De HDRS score nam tussen baseline en het einde van de behandelperiode af van 14.7 ± 3.5 naar 7.6 ± 5.0 in de experimentele conditie, en van 14.5 ± 3.8 naar 8.3 ± 4.3 in de controleconditie. Dit verschil was statistisch niet significant. De totale slaapduur nam in de controlegroep sterker af dan in de experimentele groep ($B(SE) = 28.7 (13.0)$, $p < 0.05$), waarbij in de experimentele groep een significante grotere verbetering van de subjectieve slaapkwaliteit optrad dan in de controlegroep ($B(SE) = 0.32 (0.16)$, $p < 0.05$). De area under the curve with respect to the ground (AUCg), een schatting van de totale cortisol secretie gedurende de dag, nam af in de experimentele groep, terwijl deze toenam in de controlegroep ($B(SE) = -8.11 (3.93)$, $p < 0.05$). Er waren geen andere statistisch significante verschillen tussen beide groepen in de overige uitkomstmaten.

Conclusie

Er was een afname van depressieve klachten in beide groepen tussen baseline en het einde van de behandelperiode; er bestond echter geen statistisch significant verschil tussen de experimentele en controleconditie. De deelnemers in de experimentele groep ervoeren na behandeling met lichttherapie een subjectief betere slaapkwaliteit dan de controlegroep. Daarnaast leidde behandeling met lichttherapie tot een afname van de totale cortisolsecretie over de dag in de experimentele groep. Deze bevindingen worden verder toegelicht in de presentatie, waarbij hypothesen worden geformuleerd over het werkingsmechanisme van lichttherapie bij de ZvP.

Literatuurverwijzing

Rutten S, Vriend C, Smit JH, Berendse HW, Hoogendoorn AW, van den Heuvel OA, van der Werf YD. A double-blind randomized controlled trial to assess the effect of bright light therapy on depression in patients with Parkinson's disease. BMC Psychiatry. 2016 Oct 21;16(1):355.

S32.3

Body awareness training als behandeling voor wearing-off gerelateerde angst bij patiënten met de ziekte van Parkinson: resultaten van een pilot RCT

Auteur(s) MSc Ires Ghielen ^{p1,2} / PhD Erwin van Wegen ³ / MD Sonja Rutten ⁴ / MSc Cees de Goede ³ / MSc Marieke Houniet - de Gier ⁵ / MSc Emma Collette ⁵ / BSc Ingrid Burgers - Bots ³ / PhD Jos Twisk ⁶ / PhD Gert Kwakkel ³ / MSc Kees Vermunt ⁷ / BSc Bep van Vliet ⁷ / PhD, MD Henk Berendse ^{8,9} / PhD, MD Odile van den Heuvel ^{2,4,9}

P: Presenterende auteur / spreker

1. VUmc, afdeling psychiatrie
2. VUmc, afdeling anatomie & neurowetenschappen
3. VUmc, afdeling revalidatiegeneeskunde
4. VUmc, afdeling psychiatrie
5. VUmc, afdeling medische psychologie
6. VUmc, afdeling epidemiologie & biostatistiek
7. Parkinson Vereniging
8. VUmc, afdeling neurologie
9. Amsterdam Neuroscience

Achtergrond

Bij mensen met de ziekte van Parkinson (ZvP) ontstaan fluctuaties van symptomen na vele jaren gebruik van dopaminerge medicatie. Het uitwerken van de medicatie, het zogenaamde wearing-off fenomeen, bestaat uit zowel motorische als niet-motorische symptomen, zoals stijfheid en angst. Tot op heden zijn de behandelopties ontoereikend en is er een geïntegreerde benadering nodig om de complexe interacties tussen fysieke en mentale symptomen te behandelen. Omdat wearing-off uiteindelijk onvermijdelijk is, moet behandeling zich richten op coping, acceptatie en zelfredzaamheid. Hiervoor hebben we een body awareness training ontwikkeld, genaamd BEWARE, waarin fysiotherapie gecombineerd wordt met acceptance & commitment therapie (ACT).

Doel

Het doel van de BEWARE training is om mensen met de ZvP beter te leren omgaan met wearing-off gerelateerde angst en zich hierdoor zelfredzamer te voelen.

Methoden

We hebben een enkelblind gecontroleerd onderzoek uitgevoerd waarbij 40 patiënten met de ZvP en wearing-off gerelateerde angst gerandomiseerd werden toegewezen aan de BEWARE of conventionele fysiotherapie conditie. Beide behandelcondities vonden plaats in groepsverband. Uitkomstmaten werden afgenomen voorafgaande aan, direct na de interventieperiode, en na 3 maanden follow-up. De primaire uitkomstmaat betrof zelfredzaamheid, secundaire uitkomstmaten betroffen mobiliteit, dagelijks functioneren, angst, depressie, en kwaliteit van leven.

Resultaten

De mate van zelfredzaamheid verbeterde niet in de BEWARE training in vergelijking met conventionele fysiotherapie ($\beta = -0.38$, $p = 0.71$). Staande balans en emotioneel welzijn, daarentegen, verbeterde significant ($\beta = 12.06$, $p = 0.036$ en $\beta = -10.89$, $p = 0.009$, respectievelijk), en gevoelens van stigmatisatie verminderde trend-significant ($\beta = -8.18$, $p = 0.08$) in de BEWARE conditie ten opzichte van de conventionele fysiotherapie conditie.

Conclusie

De BEWARE training is een veelbelovende therapeutische aanpak voor wearing-off gerelateerd angst. Verbeterpunten vanuit de deelnemers waren 1) therapiesessies in lagere frequentie maar met langere duur per sessie; 2) actieve betrokkenheid van mantelzorgers; en 3) het ontwikkelen van een ondersteunend werkboek. Het geoptimaliseerde behandelprotocol zal vervolgens verder onderzocht worden in een fase III studie, gebruik makend van een multi-center opzet.

Literatuurverwijzing

Studie registratie: ClinicalTrials.gov identifier: NCT02054845. Studie protocol: I Ghielen, OA van den Heuvel, CJT de Goede, M Houniet-de Gier, EH Collette, IAL Burgers-Bots, S Rutten, G Kwakkel, K Vermunt, B van Vliet, H Berendse, EEH van Wegen. BEWARE: Body awareness training in the treatment of wearing-off related anxiety in patients with Parkinson's disease: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2015; 16:283. Recent gepubliceerde studie resultaten: I Ghielen, EEH van Wegen, S Rutten, CJT de Goede, M Houniet-de Gier, EH Collette, IAL Burgers-Bots, JWR Twisk, G Kwakkel, K Vermunt, B van Vliet, H Berendse, OA van den Heuvel. Body awareness training in the treatment of wearing-off related anxiety in patients with Parkinson's disease: results of a pilot randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.09.008>

S32.4

COGTIPS: een online cognitieve training bij mensen met de ziekte van Parkinson

Drs. Tim van Balkom^{1,2} / Dr. Chris Vriend^{1,2} / Prof. dr. Henk Berendse³ / Dr. Ysbrand van der Werf² /
Drs. Iris Zijlstra² / Drs. Tanja Berk¹ / Drs. Rob Hagen¹ / Prof. dr. Odile van den Heuvel^{1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. VU medisch centrum, afdeling Psychiatrie
2. VU medisch centrum, afdeling Anatomie en Neurowetenschappen
3. VU medisch centrum, afdeling Neurologie

Achtergrond

Problemen in het cognitief functioneren bij mensen met de ziekte van Parkinson (ZvP) hebben een negatieve invloed op de kwaliteit van leven, maar een passende behandeling is nog niet voorhanden. Met cognitieve training zijn bij de ZvP reeds veelbelovende resultaten geboekt in het verbeteren van cognitief functioneren (Hindle et al., 2013; Leung et al., 2015, Petrelli et al., 2015). Grote, goed gecontroleerde trials missen echter. Ook is er nog weinig bekend over hoe cognitieve training de hersenen beïnvloedt. Deze lezing bespreekt de resultaten van een pilotstudie en de opzet van de vervolgtrial “cogtips”.

Doel

Het doel van deze pilotstudie was om de evaluatie van uitvoerbaarheid en mate van uitdaging van een online cognitieve training te onderzoeken, en hiernaast een schatting te maken van het effect van de training op het cognitief functioneren.

Methoden

Het betrof een dubbelblind, gerandomiseerd gecontroleerde studie waarin twintig mensen met de ZvP werden verdeeld over twee trainingscondities (10 vs. 10), waarbij één verwacht werd effectief te zijn. Beide trainingscondities bestonden uit 24 sessies van 45 minuten, verdeeld over acht weken. Mensen met de ZvP tussen 50 en 70 jaar oud met milde executieve disfuncties konden deelnemen aan het onderzoek. Vóór, aan het eind van de behandeling en één maand na afloop van de training werd neuropsychologisch onderzoek afgenomen. Na afloop van de interventie werden deelnemers gevraagd de interventie te evalueren. Het effect van de cognitieve training t.o.v. de vergelijkingstraining werd geanalyseerd middels een mixed-model ANOVA met twee groepen (i.e. de trainingen), de drie tijdstippen, met het executief functioneren als afhankelijke variabele.

Resultaten

Gemiddeld werden beide trainingen positief beoordeeld. In plenaire evaluatiebijeenkomsten gaven deelnemers nog conditie-specifieke verbeterpunten. Er was sprake van significante vooruitgang op het executief functioneren in de trainingsgroep, $F(1.196, 8.371) = 6.02$, $p = .034$, terwijl de vergelijkingconditie hierop niet vooruit ging $F(1.269, 11.419) = 3.82$, $p = .069$. Dit was een middelgroot interactie-effect: $p = .379$, partial $\eta^2 = .06$. Met name op een taak voor responsinterferentie werd een groot interactie-effect gezien: $p = .138$, partial $\eta^2 = .12$. Deze interactie-effecten waren echter niet significant, waarschijnlijk gezien de kleine groepsgrootte.

Conclusie

Deze pilotstudie heeft laten zien dat de online cognitieve training die wij voor ogen hebben goed uit te voeren is voor mensen met de ZvP, en effectschattingen tonen veelbelovende resultaten. Momenteel is een grootschalige RCT gaande – de “cogtips” studie – ten gevolge op deze pilotstudie. Het doel van deze RCT is om 1) het effect van de training in 140 mensen met de ZvP te onderzoeken, 2) te onderzoeken of training achteruitgang op de langer termijn vertraagt, en 3) wat de invloed van cognitieve training is op de hersennetwerken.

Literatuurverwijzing

- Hindle, J. V., Petrelli, A., Clare, L., & Kalbe, E. (2013). Nonpharmacological enhancement of cognitive function in Parkinson's disease: a systematic review. *Movement Disorders*, 28(8), 1034-1049. doi: 10.1002/mds.25377-
- Leung, I. H., Walton, C. C., Hallock, H., Lewis, S. J., Valenzuela, M., & Lampit, A. (2015). Cognitive training in Parkinson disease: A systematic review and meta-analysis. *Neurology*, 85(21), 1843-1851. doi: 10.1212/WNL.0000000000002145-
- Petrelli, A., Kaesberg, S., Barbe, M. T., Timmermann, L., Rosen, J. B., Fink, G. R., . . . Kalbe, E. (2015). Cognitive training in Parkinson's disease reduces cognitive decline in the long term. *European Journal of Neurology*, 22(4), 640-647. doi: 10.1111/ene.12621

Disbalans tussen therapeutische effecten en bijwerkingen op langere termijn van diepe hersenstimulatie bij patiënten met Gilles de la Tourette

Drs. Anouk Smeets ^{p1} / Dr. Annelien Duits / Dr. Linda Ackermans / Dr. Albert Leentjens

P: Presenterende auteur / spreker

1. Maastricht Universitair Medisch Centrum

Achtergrond

Het syndroom van Gilles de la Tourette (GTS) is een neuropsychiatrische ziekte die ontstaat in de kinderleeftijd en gekenmerkt wordt door multiële chronische motorische en vocale tics. De klachten kunnen doorgaans goed behandeld worden met bepaalde vormen van psychotherapie en/of medicatie. Daarnaast verbeteren of verdwijnen de symptomen meestal als kinderen volwassen worden. Echter een klein deel van de patiënten blijft zeer ernstig aangedaan en reageert onvoldoende op standaardtherapie. Voor die groep kan diepe hersenstimulatie ('Deep Brain Stimulation', DBS) overwogen worden. Tot op heden zijn verschillende gebieden in de basale kernen gebruikt als target voor DBS: de mediale thalamus, de globus pallidus internus (anterieur of posterieur), de globus pallidus externus, de nucleus accumbens, de capsula interna, en de nucleus subthalamicus. De twee meest gebruikte targets zijn de mediale thalamus en de globus pallidus internus. Uit onderzoek blijkt dat in een geselecteerd groep patiënten DBS een veilige en effectieve behandeling is voor GTS na korte termijn follow-up. DBS is bij kortdurende follow-up een veilige en effectieve behandeling gebleken voor een geselecteerde groep patiënten met GTS. Langetermijnresultaten van deze behandeling zijn vooralsnog niet beschreven.

Doel

Wij beschrijven de langetermijnresultaten van zeven patiënten met een refractaire vorm van GTS welke behandeld zijn middels DBS van de mediale thalamus (1). De kortetermijnfollow-up data van deze patiënten zijn reeds gepubliceerd (2).

Methoden

Zeven patiënten met GTS zijn tussen 2001 en 2008 in ons centrum geselecteerd voor behandeling met DBS. Inclusie vond plaats na een uitgebreide multidisciplinaire screening en aan de hand van internationaal vastgestelde in- en exclusiecriteria. Het target was de mediale thalamus, om precies te zijn het kruispunt van centromediane nucleus – substantia periventricularis – nucleus ventro-oralis internus (Cm-Spv-Voi). Het effect op tics, bijwerkingen en stimulatieparameters werd geëvalueerd met een variabele follow-up duur van 12-78 maanden. Op sommige momenten werd daarnaast de Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS) afgenomen.

Resultaten

Patiënt 1 en 2 toonden een goede verbetering in tics van 81.6% (60 maanden) en 50% (36 maanden) op de YGTSS, respectievelijk. Echter, bijwerkingen zoals energieverlies en visuele stoornissen namen in de loop van tijd toe en werden niet meer verdragen door de patiënt. In patiënt 1 werd daarop het target aangepast middels een 2e DBS-operatie naar het anterieure deel van de globus pallidus internus. Bij patiënt 2 werd in overleg besloten om de stimulator definitief uit te zetten. Patiënt 3 ervaart nog steeds een goed effect van zijn DBS met een verbetering van 88.9% (78 maanden) op de YGTSS. Patiënt 4 en 7 toonden een minimale verbetering van tics van respectievelijk 34% (16 maanden) en 9% (60 maanden). In beide patiënten namen bijwerkingen, waaronder energieverlies, visusstoornissen en seksuele functiestoornissen steeds meer toe in de loop van de tijd en werd eveneens besloten om de target te veranderen naar het anterieure deel van de globus pallidus internus. Patiënt 5 toonde een verbetering van 27.5% (12 maanden) van de tics op de YGTSS en is naar het buitenland gegaan om een DBS van de globus pallidus externus te laten verrichten. Verdere follow-upgegevens ontbreken. Patiënt 6 ontwikkelde postoperatief een cerebellaire atrofie met een scala aan klachten (onder andere lethargie, dysartrie en loopstoornissen), die geen relatie hadden met de stimulatie. Daarnaast was het effect op tics minimaal (34% verbetering na 26 maanden) en is besloten om de stimulator uit te zetten.

Conclusie

Hoewel de kortetermijnresultaten van DBS bij refractaire GTS goed zijn, lijkt er op de lange termijn een toenemende disbalans te zijn tussen therapeutische effecten en bijwerkingen. Dit zorgt ervoor dat de stimulator of uitgezet worden of dat er een nieuwe operatie volgt met een andere neuroanatomisch target. De hier gerapporteerde patiënten laten daarnaast zien dat er een sterke heterogeniteit is van GTS en dat de impact van individuele verwachtingen en ambities aanzienlijk is. Al deze aspecten interfereren met het effect, de bijwerkingen en het uiteindelijke succes van een DBS-behandeling.

Literatuurverwijzing

1. Smeets AY, Duits A, Leentjens AFG, van Kranen V, Visser-Vandewalle V, Temel Y, Ackermans PCM. Thalamic Deep Brain Stimulation for refractory Tourette Syndrome: clinical evidence for increasing disbalance of therapeutic effects and side effects at long-term follow-up. *Neuromodulation* 2017 doi: 10.1111/ner.12556.
2. Ackermans L, Duits A, van der Linden C, et al. Double-blind clinical trial of thalamic stimulation in Patients with Tourette syndrome. *Brain: a journal of neurology*. 2011;134(Pt 3):832-844.

S33 Samengesteld symposium Epidemiologie en Jeugd

S33.1

Antipsychotica gebruik door Nederlandse jongeren: omvang, doseringen en duur van 2005 tot 2015

MD. Sanne Kloosterboer ¹ / Nynke Schuiling ² / Jens Bos ² / Luuk Kalverdijk ³ / Dr. Birgit Koch ¹ / Gwen Dieleman ⁴ / Prof.dr. Manon Hillegers ⁴ / Dr. Bram Dierckx ⁴

P: Presenterende auteur / spreker

1. Erasmus MC
2. Universiteit van Groningen
3. Universitair Medisch Centrum Groningen
4. Erasmus MC/Sophia kindziekenhuis

Achtergrond

Antipsychotica gebruik door jongeren is wereldwijd fors toegenomen sinds de introductie van tweede generatie antipsychotica eind vorige eeuw. In de afgelopen jaren is echter gebleken dat ook tweede generatie antipsychotica belangrijke bijwerkingen kennen, waarvan gewichtstoename de meest belangrijke is. Met name in hoge doseringen en bij langdurig gebruik bestaat er een risico op bijwerkingen. Er is echter weinig bekend over doseringen en duur van antipsychotica gebruik door Nederlandse jongeren. Bovendien is niet eerder onderzocht welke psychotrope medicatie aan antipsychotica gebruik voorafgaat.

Doel

Het onderzoeken van trends in antipsychotica gebruik door Nederlandse jongeren van 2005 tot en met 2015, inclusief doseringen, gebruikersduur en voorafgaande psychotrope medicatie.

Methoden

We hebben een retrospectieve, descriptieve analyse uitgevoerd met voorschrijfdata uit de database IADB.nl. Dit betreft een longitudinale database waarin voorschrijfdata van openbare apotheken uit noord- en oost-Nederland zijn opgenomen, tezamen verantwoordelijk voor een populatie van ongeveer 600.000 mensen. Data van jongeren van 0 tot en met 19 jaar tussen januari 2005 en december 2015 is geëxtraheerd. Data is gestratificeerd naar leeftijd, geslacht, type antipsychoticum en jaar.

Resultaten

Het antipsychotica gebruik onder Nederlandse jongeren heeft een piek bereikt in 2009 met 9.8 gebruikers per 1000 kinderen, waarna het gebruik is gestabiliseerd (in 2015 9.0 gebruikers per 1000 kinderen). Risperidon, aripiprazol en pipamperon werden het meest gebruikt. De doseringen per kilogram lichaamsgewicht zijn gedaald voor alle meest gebruikte antipsychotica. De mediane en gemiddelde gebruikersduur was respectievelijk 6.0 maanden (95% CI 5.4-6.6) en 19.1 maanden (17.8-20.4). 12.4% van de jongeren gebruikte antipsychotica voor tenminste 48 maanden. Het merendeel van de jongeren gebruikte andere psychotrope medicatie voor start van een antipsychoticum (62.4% in 2005 en 64.7% in 2015), met name stimulantia.

Conclusie

Het antipsychotica gebruik onder jongeren is gestabiliseerd en de doseringen per kilogram lichaamsgewicht zijn gedaald. Hoewel de algemene gebruikersduur is gedaald, gebruikt 1 op de 8 jonge antipsychotica gebruikers antipsychotica voor tenminste 4 jaar. Dit verhoogt de kans op bijwerkingen.

Literatuurverwijzing

Geen

S33.2

Transitie in Europa: kenmerken van jongeren in behandeling in de jeugd geestelijke gezondheidszorg in 8 Europese landen

Suzanne Gerritsen ^{p1} / Dr. Athanasios Maras ¹ / Prof.dr. Dieter Wolke ² / Prof.dr. Therese van Amelsvoort ³ / Prof.dr. Frank Verhulst ^{1,4} / Prof.dr. Swaran Singh ² / MD Gwen Dieleman ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Erasmus MC – Sophia, Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie, Rotterdam, Nederland
2. Warwick Medical School, Division of Health Sciences, University of Warwick, Coventry, UK
3. Maastricht Universitair Medisch Centrum, Psychiatrie, Maastricht, Nederland
4. University of Copenhagen, Department of Clinical Medicine, Copenhagen, Denmark

Achtergrond

De huidige tweedeling in het zorgaanbod met een aparte jeugd geestelijke gezondheidszorg (ggz) en volwassenen ggz wordt steeds meer gezien als een mogelijke belemmering voor continuïteit van zorg, met name voor de jongeren die een overstap van het ene model naar het andere moeten maken (1, 2). Er is tot op heden nog geen longitudinaal onderzoek gedaan naar de zorgtrajecten en psychische gezondheid van de jongeren die deze 'transitiegrens' passeren. Het MILESTONE onderzoek heeft als doel deze zorgtrajecten en de psychische gezondheid van de jongeren op de lange termijn in kaart te brengen.

Doel

Het doel van het huidige onderzoek is het beschrijven van de populatie jongeren die in 8 Europese landen in de jeugd ggz in zorg zijn, volwassen worden en mogelijk een overstap naar volwassen hulpverlening gaan maken. Wat zijn de kenmerken van deze populatie? Welke variatie bestaat er op het gebied van hun psychische gezondheid en functioneren? Welke jongeren hebben verdere hulpverlening nodig, en moeten mogelijk een overstap naar (volwassen) vervolghulpverlening maken?

Methoden

Vanwege de variatie in het zorgaanbod en de leeftijden waarop transitie in de verschillende Europese landen plaatsvindt, includeerden we jongeren met de voor dat land of instelling specifieke transitieleeftijd van in zorg zijn binnen de jeugd ggz. Van oktober 2015 tot en met december 2016 includeerden we 763 jongeren (15,2- tot 19,6 jaar oud) in dit prospectieve multicenter cohort. Van deze jongeren beschrijven we de psychische gezondheid, zorgbehoefte, kwaliteit van leven, ziekteperceptie, (volwassen) functioneren en sociaal-demografische gegevens.

Resultaten

Het MILESTONE cohort is divers in klinische diagnoses, met depressieve en angststoornissen als het meest prevalent (1 op 4 jongeren), gevolgd door ontwikkelingsstoornissen (1 op 5). Twee derde van de jongeren scoort klinisch op zelf-gerapporteerde emotionele en gedragsproblemen en een derde geeft aan ooit een suïcidepoging te hebben gedaan. Een kwart van de MILESTONE patiënten is al langer dan 5 jaar in zorg binnen de jeugd ggz. Jongeren met depressieve stoornissen, trauma gerelateerde stoornissen, eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen hebben een significant lagere kwaliteit van leven dan de jongeren met andere stoornissen. Verschillen in de duur van de behandeling in relatie tot de (klinische) diagnoses zullen worden gepresenteerd, evenals significante relaties tussen verschillende aspecten van ziekteperceptie met kwaliteit van leven, klinische diagnoses en suïcidaliteit.

Conclusie

De groep jongeren die in 8 verschillende Europese landen in de jeugd ggz in zorg is en de transitiegrens naderen is zeer divers. Een groot deel van deze jongeren heeft baat bij voortgezette behandeling, mogelijk binnen de volwassenen ggz.

Literatuurverwijzing

1 Singh, S. P.; Paul, M.; Ford, T.; Kramer, T.; Weaver, T.; McLaren, S.; Hovish, K.; Islam, Z.; Belling, R.; White, S. Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. Br J Psychiatry 2010, 197, 305-12. 2 Paul, M.; Ford, T.; Kramer, T.; Islam, Z.; Harley, K.; Singh, S. P. Transfers and transitions between child and adult mental health services. Br J Psychiatry Suppl 2013, 54, s36-40.

S33.3

Problemen met gamen: een nieuw fenomeen in de jeugdverslavingszorg

Dr. Evelien van der Schee ^{p1} / Dr. Renske Spijkerman ¹ / Drs. Sigrid Aaij ¹ / Prof.dr. Vincent Hendriks ^{2,3} / Drs. Leontien Los ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Brijder Verslavingszorg
2. Hoogleraar Verslaving en psychiatrische comorbiditeit bij Jeugdigen. Curium-LUMC, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Universiteit Leiden.
3. Hoofd Onderzoek Brijder Verslavingszorg

Achtergrond

De afgelopen jaren is het aantal mensen dat zich bij de verslavingszorg meldde met problemen omtrent gaming gestegen van 69 in 2009 naar een stabiel aantal van ruim 500 hulpvragers sinds 2013. De overgrote meerderheid van deze hulpvragers (82%) is jonger dan 25 jaar (Wisselink et al., 2015) en wordt behandeld in de jeugdverslavingszorg. Om deze nieuwe groep jongeren goed te kunnen behandelen is het van belang meer inzicht te krijgen in eventuele verschillen met de groep jongeren die vanwege middelenproblemen behandeld wordt in de jeugdverslavingszorg.

Doel

Het in kaart brengen van verschillen tussen problematische gamers en middelengebruikers die in zorg zijn bij de jeugdverslavingszorg in achtergrondkenmerken en comorbide psychiatrische problemen.

Methoden

Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van een geanoniseerd bestand met zorggegevens van alle jongeren die in 2015 in zorg waren bij Brijder Jeugd, onderdeel van Brijder Verslavingszorg. In totaal waren 1.078 jongeren met een primaire game stoornis of middelenstoornis in de studie geïnccludeerd. Voor 65% van dit sample (N=705) waren gegevens beschikbaar ten aanzien van demografie en zelf-gerapporteerde psychosociale problematiek (SDQ) aan de start van de behandeling. Voor 43% (N=464) waren gegevens beschikbaar omtrent zelf-gerapporteerde kwaliteit van leven (Kidscreen-27). Verschillen tussen de groepen werden bestudeerd met Chi2-tests, T-tests en multivariate logistische regressie-analyses.

Resultaten

Problematische gamers waren jonger, vaker man, hoger opgeleid en woonden vaker bij hun ouders dan jongeren met middelenproblemen. Daarnaast hadden problematische gamers beduidend vaker een pervasieve ontwikkelingsstoornis, zoals autisme. Tevens rapporteerden gamers minder emotionele problemen, ADHD- en gedragsproblemen en waren zij positiever over hun psychische gezondheid dan jongeren met een middelenprobleem.

Conclusie

Jongeren die vanwege gameproblematiek in zorg komen bij de jeugdverslavingszorg hebben andere demografische en comorbide psychiatrische problemen dan jongeren die in zorg komen vanwege middelenproblematiek. Implicaties van deze uitkomsten worden in de presentatie besproken.

Literatuurverwijzing

Geen

S33.4

Spoeisende zorg in de Kinder- en Jeugd GGZ in transitie

Pety So-de Bruin ^{p1} / Prof. Dr. Niels Mulder ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. Lucertis
2. Parnassia Groep

Achtergrond

Er is weinig literatuur over acute dienst beoordelingen van jeugdigen. Om de zorg aan deze groep te verbeteren is er meer kennis nodig over de jeugdigen waarover het gaat. Bovendien is in Nederland de transitie van de jeugd GGZ naar de gemeenten in volle gang. Doelstellingen waren, naast bezuiniging, het verbeteren van de zorg en samenwerking door hulp dichtbij het gezin in multidisciplinaire wijkteams en de-medicalisering van gedrag met minder kinderpsychiatrische diagnoses en minder medicatie gebruik door kinderen en jeugdigen. Verschillende gemeentes hebben voor een verschillende aanpak gekozen. Het is van groot belang om te onderzoeken wat de resultaten van de gekozen aanpak zijn.

Doel

De crisisdienstcontacten bij jongeren onderzoeken en daarbij naar de volgende onderwerpen kijken: - Kenmerken van de beoordeelde kinderen, de consulten en het beleid: (hoeveelheid, de verdeling van de leeftijdsgroepen, de reden van verwijzing, psychiatrische problematiek, het percentage jongeren dat al in zorg is, het aantal recidivisten, verwijzers, tijdstippen, percentage (dwang-)opnames, etc.). - Zijn er al veranderingen zichtbaar na de transitie?-Is er iets te zeggen over verschillen hierin tussen de regio's?

Methoden

Data van alle acute dienstbeoordelingen van jeugdigen tot 18 jaar uit Rotterdam, Amsterdam en Apeldoorn over de periode 2009 tot en met 2014 (voor de transitie), 2015 en 2016 (na de transitie) zullen geanalyseerd worden met beschrijvende statistiek en logistische regressie analyse.

Resultaten

Zijn nog niet bekend. De verwachting op basis van de literatuur is dat de meeste beoordelingen plaats vinden i.v.m. suïcidaliteit bij vrouwelijke adolescenten. Te verwachten is dat er verschillen zijn tussen de regio's en tussen de groep voor en na de transitie, waarbij de verschillen tussen de regio's na de transitie mogelijk zijn veranderd (versterkt?) door lokale verschillen in de uitwerking van de transitie. De verwachting is dat er verschillen zijn in de tijd wat betreft de verdeling van leeftijd en geslacht (verwachting is jonger en nog meer meisjes), recidieven (meer), opnames (minder). Verwacht wordt ook dat het aandeel van jeugdigen met ADHD of autisme in de loop der jaren is toegenomen.

Conclusie

De conclusies zullen op het congres gepresenteerd worden.

Literatuurverwijzing

Boyer L, Henry JM, Samuelian JC, Belzeaux R, Auquier, P, Lancon C, Da Fonseca D. (2013) Mental disorders among children and adolescents admitted to a French psychiatric emergency service. Emerg med int ; <http://dx.doi.org/10.1155/2013/651530>Cuypers, P. J., Danckaerts, M., Sabbe, M., Demyttenaere, K., & Bruffaerts, R. (2014). The paediatric psychiatric emergency population in a university teaching hospital in Belgium (2003–2008). European Journal of Emergency Medicine, 21(5), 384-386.Dil LM & Vuijk PJ (2012). Emergency presentations to an inner-city psychiatric service for children and adolescents. Child Care in Practice, 3, 255-269.

S34 Innovaties in de behandeling van angststoornissen en PTSS – TOPGGZ netwerk angststoornissen

Empirisch ondersteunde psychologische behandelprotocollen voor angststoornissen en PTSS zijn veelal gebaseerd op leertheoretische principes en maken gebruik van cognitieve gedragstherapie. In de internationale richtlijnen is cognitieve gedragstherapie de eerste keuze psychologische behandeling voor angststoornissen. Omdat ongeveer een derde van de patiënten onvoldoende profiteert, dit de behandelduur vaak verlengt en daarnaast drop-out percentages rond de 15-20% schommelen is er evident ruimte voor verbetering. In dit symposium worden studies gepresenteerd die de verbetering zoeken in respectievelijk het vergroten van de kosteneffectiviteit van bestaande interventies, het toevoegen van cognitieve bias modificatie of “virtual reality” aan bestaande interventies, het intensiveren van exposure bij patiënten met non-respons op eerdere behandeling en het differentiëren tussen auditieve en visuele activatie van traumatische herinneringen.

S34.1

Cognitive bias modification training to reduce negative appraisals in posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial

Dr. Rianne de Kleine ¹ / Prof. Agnes van Minnen ² / Prof. Eni Becker ² / Dr. Marcella Woud ³ / Dr. Gert-Jan Hendriks ^{2,4,5}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Universiteit Leiden, faculteit der sociale wetenschappen
2. Radboud Universiteit Nijmegen, Behavioural Science Institute
3. Ruhr-Universität Bochum, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy
4. Pro Persona, "Overwaal" Expertisecentrum Angst Dwang & PTSS
5. Radboudumc, afdeling psychiatrie

Achtergrond

Mensen die lijden aan een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) worden gekenmerkt door de aanwezigheid van negatieve trauma-gerelateerde cognities over zichzelf en de wereld. Bijvoorbeeld “Het trauma was mijn schuld” of “Je kunt niemand vertrouwen”. Cognitieve Gedragstherapie (CGT) is een bewezen effectieve behandeling voor PTSS en leidt tot een afname van deze cognities. Hoewel de werkzaamheid van CGT voor PTSS veelvuldig is aangetoond, is er ruimte voor verbetering van de effectiviteit. Cognitive Bias Modification (CBM) vindt zijn oorsprong in de experimentele psychologie en beoogt door systematische, computergestuurde trainingen cognitieve vertekeningen (‘biases’) te beïnvloeden. Er zijn een aantal studies waarin goede resultaten met CBM trainingen werden getoond bij mensen die een stressvolle gebeurtenis hadden meegemaakt, zogenaamde analoog trauma studies (Woud et al., 2017). Maar, tot dusver zijn er relatief weinig studies gedaan naar de effecten van CBM in klinische PTSS populaties.

Doel

Het doel van de huidige studie was te onderzoeken of een korte CBM training succesvol een positieve interpretatie- en attributiestijl bij PTSS patiënten kon induceren (zie ook Woud et al., 2012).

Methoden

Dit onderzochten wij bij deelnemers die voldeden aan de DSM-IV criteria voor PTSS en zich voor behandeling hadden aangemeld bij GGZ instelling Pro Persona. De CBM training bestond uit vier, via het internet aangeboden, trainingssessies. De deelnemers (N=107) werden at random toegewezen aan een positieve training of aan een neutral/controle training. Onze primaire uitkomstmaat was de interpretatie- en attributiestijl, zoals gemeten met een zinnen aanvul test. Secundaire uitkomstmaten waren de ernst van traumagerelateerde cognities en PTSS symptomen. We verwachtten dat degene die de positieve training kregen een sterkere afname in bias, cognities en symptomen zouden laten zien dan degenen die een controletraining kregen. Lange termijn effecten werden geëxploreerd met twee follow-up metingen (na 1 en 6 maanden).

Resultaten

De data worden momenteel geanalyseerd. Eerste analyses suggereren dat deelnemers een positievere interpretatie- en attributiestijl hebben na de training, maar dat dit geldt voor beide trainingscondities.

Conclusie

Dit is de eerste studie waarin de effecten van een CBM interventie gericht op vertekende interpretatie- en attributiestijl worden onderzocht in een grote klinische populatie.

Literatuurverwijzing

Woud, M. L., Holmes, E. A., Postma, P., Dalgleish, T., & Mackintosh, B. (2012). Ameliorating intrusive memories of distressing experiences using computerized reappraisal training. *Emotion*, 12(4), 778-784. doi: 10.1037/a0024992

Woud, M. L., Verwoerd, J., & Krans, J. (2017). Modification of cognitive biases related to posttraumatic stress: A systematic review and research agenda. *Clin Psychol Rev*, 54, 81-95. doi: 10.1016/j.cpr.2017.04.003

(Kosten-)effectiviteit van blended CGT bij patiënten met angststoornissen

Drs. Geke Romijn¹ / Prof. Heleen Riper² / Prof. Ton van Balkom^{3,4} / Dr. Leona Hakkaart- van Roijen⁵ / Dr. Jeroen Koning⁶

P: Presenterende auteur / spreker

1. Altrecht, Academisch Angstcentrum
2. VU Amsterdam, Insitute for Health and Care Research
3. GGz InGeest
4. VU Amsterdam, Institute for Health and Care Research
5. Erasmus Universiteit Rotterdam, Erasmus School of Health Policy & Management
6. Pro Persona

Achtergrond

Angststoornissen kunnen effectief worden behandeld met cognitieve gedragstherapie (CGT). Onderzoek laat zien dat angststoornissen ook via internet behandeld kunnen worden. Een relatief nieuwe behandelvorm is blended CGT, waarbij een deel van de face-to-face (f2f) contacten vervangen wordt door internet sessies. Dit soort behandeling kost minder therapeutentijd, kan zelfmanagement vergroten en kosten verlagen. Er zijn echter nog vrijwel geen klinische en economische evaluaties van blended CGT gericht op angststoornissen uitgevoerd.

Doel

In de huidige studie vergelijken we blended CGT met f2f CGT in de specialistische GGZ. We onderzoeken daarbij effectiviteit en kosteneffectiviteit. De hypothese is dat blended CGT even effectief is, maar kosten-effectiever dan de f2f behandeling.

Methoden

In een multicenter gerandomiseerde gecontroleerde studie worden patiënten random toegewezen aan de blended behandeling of aan de f2f behandeling. Op vier momenten worden metingen gedaan: baseline, halverwege de behandeling, na afloop van de behandeling en een jaar na de behandeling. Resultaten De inclusie van de studie is afgerond (n=118). Eerste resultaten in de vorm van gebruikerservaringen zijn bekend. Vergeleken met regulier f2f CGT ervaren patiënten in de blended CGT meer vrijheid in plannen van de therapie, bieden de ervaringsverhalen herkenning en vertrouwen, wordt het schrijven over de problemen als helpend ervaren en biedt het bijhouden van het dagboek de mogelijkheid om online de vooruitgang te kunnen volgen. Op dit moment vinden uitgebreidere analyses plaats om de klinische effectiviteit van blended CGT te onderzoeken. Deze zullen tijdens het symposium gepresenteerd worden.

Conclusie

Reacties van patiënten en behandelaars op de blended behandeling zijn over het algemeen positief. Patiënten vinden het fijn om op hun eigen tempo en in hun eigen omgeving aan hun behandeling te kunnen werken. Behandelaars ervaren de houvast die het gestructureerd werken volgens het protocol geeft positief. Of de positieve gebruikerservaringen samengaan met klinische effectiviteit zal de data-analyse uit moeten wijzen. Resultaten worden tijdens het voorjaarscongres gepresenteerd.

Literatuurverwijzing

Adelman CB, Panza KE, Bartley CA, Bontempo A, Bloch MH: A meta-analysis of computerized cognitive-behavioral therapy for the treatment of DSM-5 anxiety disorders. *J Clin Psychiatry* 2014;75:e695-704. Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E, Reijnders M, Huibers MJH: How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry* 2016;15:245–258 Olthuis J V, Watt MC, Bailey K, Hayden JA, Stewart SH: Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane database Syst Rev* 2015;3:CD011565. Romijn, G., Riper, H., Kok, R.N., Donker, T., Goorden, M., van Roijen, L.H., ... Koning, J., 2015. Cost-effectiveness of blended vs. face-to-face cognitive behavioural therapy for severe anxiety disorders: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 15 (1), 311. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0697-1>.

S34.3

Virtual Reality cognitieve gedragstherapie bij patiënten met een ernstige gegeneraliseerde sociale angststoornis: een pilot studie

Drs. Chris Geraets ^{p1} / Dr. Wim Veling ¹ / Drs. Maartje Witlox ² / Dr. Tonnie Staring ³ / Drs. Suzy Mathijssen ⁴ / Dr. Danielle Cath ⁵

P: Presenterende auteur / spreker

1. Rijks Universiteit Groningen, Faculteit Medische Wetenschappen UMCG
2. Universiteit Leiden, Faculteit der Sociale Wetenschappen
3. Altrecht, afdeling vroege psychose abc
4. Altrecht, Academisch Angstcentrum
5. Rijks Universiteit Groningen, Faculteit Medische Wetenschappen - UMCG

Achtergrond

Patiënten met een gegeneraliseerde sociale angststoornis (SAD) vermijden over het algemeen een heel scala aan sociale situaties. Op Virtual reality –gebaseerde cognitieve gedragstherapie (VR-CGT) heeft het voordeel dat CGT op een zeer gepersonaliseerde wijze aangeboden kan worden bij de groep ernstige SAD patiënten die terughoudend zijn om zich over te geven aan oefenen in vivo. Bij deze groep kunnen eerste behandelstappen waarbij zij in maximaal op hun persoonlijke situatie toegesneden individuele oefensituaties krijgen met VR, de drempel naar in vivo oefenen worden verkleind.

Doel

Een verkennende studie naar de toepasbaarheid en geschiktheid van VR-CGT bij patiënten met een gegeneraliseerde sociale angststoornis.

Methoden

Vijftien patiënten die naar het Altrecht Academisch Angstcentrum (een polikliniek gespecialiseerd in diagnostiek en behandeling van ernstige en therapieresistente angststoornissen) waren verwezen werden geïnccludeerd. Zij kregen tot 16 sessies VR-CGT waarbij in verschillende virtuele omgevingen werd geoefend (supermarkt, café, op straat, in de bus). Zowel zelf rapportage formulieren voor, na en bij follow-up na 6 maanden werden ingevuld, als drie maal dagboekmetingen (ESM) gedurende zes dagen waarbij 10 maal per dag met hulp van een I-pod navraag werd gedaan over activiteiten en stemming op dat moment: sociale activiteit, angst in gezelschap, paranoia en kwaliteit van leven.

Resultaten

Angst in gezelschap en paranoia in het dagelijks leven waren fors afgenomen aan het einde van de behandeling en bij follow-up. Echter de tijd besteed in sociaal gezelschap was niet toegenomen. De vragenlijsten lieten - hiermee in lijn- verbetering zien in interactie angst en in kwaliteit van leven direct na behandeling, die eveneens behouden waren bij follow-up. Ook waren depressie symptomen afgenomen bij Follow-up.

Conclusie

Deze studie geeft aan dat VR-CGT een haalbare en effectieve behandelmethode is bij mensen met gegeneraliseerde sociale angststoornis. Toekomstig onderzoek moet uitmaken wat de meest optimale timing en positionering is van deze vorm van CGT bij deze moeilijk te behandelen doelgroep.

Literatuurverwijzing

Veling, W., Counotte, J., Pot-Kolder, R., van Os, J., & van der Gaag, M. (2016). Childhood trauma, psychosis liability and social stress reactivity: a virtual reality study. *Psychological Medicine*, 46(16), 3339-3348. DOI: 10.1017/S0033291716002208

S34.4

Auditieve en visuele herinneringen in PTSS-patiënten belast met oogbewegingen en tellen: het effect van modaliteitsspecifiek belasten

Drs. Suzy Matthijssen ¹ / Dr. Ivo Heitland ² / Prof Marcel van den Hout ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. Altrecht, Academisch Angstcentrum
2. Universiteit Utrecht, Faculteit sociale wetenschappen

Achtergrond

Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) is een evidence-based behandeling voor een post traumatische stress-stoornis. Een sleutelement van deze therapie is het simultaan ophalen van een emotionele beladen herinnering en het uitvoeren van een duale taak die het werkgeheugen belast. Hoewel herinneringen die bewerkt worden voornamelijk visueel van aard zijn, is er enig bewijs is dat auditieve herinneringen ook bewerkt kunnen worden.

Doel

De huidige studie toetste of auditieve herinneringen ook bewerkt kunnen worden met EMDR in PTSS patiënten. Een tweede doel was te toetsen of het belasten van de patiënt (het uitvoeren van een duale taak tijdens het ophalen van een herinnering) met een modaliteitsspecifieke taak (auditief belasten voor auditieve herinneringen en visueel belasten voor visuele herinneringen) effectiever was in het verminderen van de ervaren emotionaliteit van de herinneringen dan het belasten in cross-modaliteit.

Methoden

36 Patiënten gediagnosticeerd met PTSS werd gevraagd twee emotioneel beladen herinneringen op te halen, een voornamelijk visueel, een voornamelijk auditief. Zij scoorden de emotionaliteit van hun herinneringen voordat zij werden blootgesteld aan de condities. Beide herinneringen werden opgehaald onder drie afwisselende condities (visuele taxatie, auditieve taxatie en een controle conditie), gebalanceerd in volgorde.

Resultaten

Alle condities waren even effectief in het verminderen van de emotionaliteit van de auditieve intrusie. (Tijd ($F(1, 29) = 42.00, p < .01$), Conditie ($F(1, 28) = 2.02, p = .14$) Tijd x Conditie interactie ($F(1, 28) = 1.70, p = .19$).) Een interactie-effect werd wel gevonden bij de visuele intrusie. (Tijd ($F(1, 30) = 47.06, p < .01$), Conditie ($F(1, 29) = .25, p = .78$), Tijd x Conditie interactie ($F(1, 29) = 3.31, p = .04$). Post hoc analyses (met Bonferroni correctie) laten een trend zien met een voordeel voor auditieve belasting ($p = .055$).

Conclusie

Auditieve en visuele intrusies kunnen minder emotioneel beladen worden gemaakt middels werkgeheugenbelasting. Dit heeft klinische implicaties voor EMDR therapie, welke tot op heden voornamelijk met visueel emotioneel beladen materiaal werkt. In deze studie was er geen voordeel van modaliteitsspecifiek belasten. Verder fundamenteel onderzoek moet worden uitgevoerd om het beste protocol voor werkgeheugenbelasting te specificeren.

Literatuurverwijzing

Matthijssen, S.J.M.A., Verhoeven, L.C.M., van den Hout, M.A., Heitland, I. (2017). Auditory and visual memories in PTSD patients targeted with eye movements and counting: The effect of modality specific loading of working memory. Manuscript submitted for publication. Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., & Smeets, M. A. M. (2011). Taxing working memory reduces vividness and emotional intensity of images about the Queen's Day tragedy. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 42(1), 32-37. Van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., Smeets, M. A. M., Hornsveld, H., Hoogeveen, E., Heer, E. de, Toffolo, M. B. J., & Rijkeboer, M. M. (2010). Counting during recall: taxing of working memory and reduced vividness and emotionality of negative emotions. *Applied Cognitive Psychology*, 24(3), 303-311. Van den Hout, M.A., Engelhard, I.M., Beetsma, D., Slofstra, C., Hornsveld, H., Houtveen, J. & e.a. (2011a). EMDR and mindfulness: eye movements and attentional breathing tax working memory and reduce vividness and emotionality of aversive ideation. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 42, 423-431. van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., Rijkeboer, M. M., Koekebakker, J., Hornsveld, H., Leer, A., ... & Akse, N. (2011b). EMDR: Eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections. *Behaviour Research and Therapy*, 49(2), 92-98

Kortdurende, intensieve exposure behandeling voor paniekstoornis en agorafobie

Dr. Mirjam Kampman ^{1,2} / Drs. Annemiek Wauben ^{p1} / Drs Lotte Hendriks ^{1,2} / Dr. Gert-Jan Hendriks ^{1,2,3}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Pro Persona, Overwaal Expertisecentrum Angst Dwang & PTSS
2. Radboud Universiteit Nijmegen, Behavioural Science Institute
3. Radboudumc, afdeling psychiatrie

Achtergrond

Niet alle patiënten met paniekstoornis en agorafobie profiteren van de gebruikelijke CGT richtlijnbehandelingen van 10-20 sessies. Non-response op CGT is geassocieerd met niet optimaal uitgevoerde CGT, slecht uitgevoerde huiswerkopdrachten, te geringe dosis en intensiteit van de exposure en geringe compliance van de patiënt met de behandeling. Daarnaast hebben therapeuten niet altijd even goed zicht op hoe huiswerkopdrachten worden uitgevoerd. Dropout percentages schommelen rond de 20% en voortzetting van de behandeling vindt niet altijd plaats. Non-repons op behandeling kan leiden tot demoralisatie, leidt tot substantiële (ziekte)last voor de patiënt en zijn/haar omgeving.

Doel

Het ontwikkelen en testen op geschiktheid en effectiviteit van een kortdurende intensieve exposurebehandeling voor patiënten met paniekstoornis en agorafobie.

Methoden

Het ontwikkelde behandelprotocol voorziet in 4-8 daagse intensieve, begeleide exposure in diverse op de patiënte afgestemde contexten/situaties en maakt het mogelijk inzicht te krijgen in subtiele, onderhoudende veiligheids- en vermijdingsgedragingen van de patiënt. Het doel is om de effectiviteit van exposure te versterken en vermijdingsgedrag tijdig te herkennen en te verminderen binnen 5-6 weken. Tevens wordt de familie bij de behandeling betrokken. In een feasibility studie werd de kortdurende intensieve exposurebehandeling uitgetest bij meer dan 50 patiënten met een paniekstoornis en agorafobie. Vervolgens werd in een multiple baseline design bij 10 patiënten de effectiviteit van intensieve exposurebehandeling getoetst.

Resultaten

In de feasibility studie was er bij 70% van de patiënten sprake van non-respons op eerdere richtlijnbehandeling. De gemiddelde PDSS-score was bij aanvang 17.2 en bij afronding ≤ 10 bij 60% van de patiënten. Een repeated measure analyse toonde een significant effect tussen voor- en nameting ($p < .0001$). Eerdere non-respons had geen invloed op het resultaat. De analyses van de multipel baseline studie zijn nog niet afgerond.

Conclusie

Kortdurende intensieve exposure voor patiënten met paniekstoornis en agorafobie is goed toepasbaar en heeft een goed effect, ook bij eerdere non-respons. De resultaten van de multiple baseline studie worden gepresenteerd op het VJC.

Literatuurverwijzing

Knuts, I.E.J., Esquivel, G., Overbeek, T., Schruers, K.R.J. Intensive behavioral therapy for agoraphobia, In Journal of Affective Disorders, Volume 174, 2015, Pages 19-22, ISSN 0165-0327, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.029>.

S34.6

Intensieve exposure bij complexe PTSS - augmentatie van respons en vermindering van drop-out

Drs. Lotte Hendriks ^{p1,2} / Dr. Rianne de Kleine ³ / Dr. Gert-Jan Hendriks ^{1,2,4} / Prof. Agnes van Minnen ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. Pro Persona, Overwaal Expertisecentrum Angst Dwang en PTSS
2. Radboud Universiteit Nijmegen, Behavioural Science Institute
3. Universiteit Leiden, Faculteit der Sociale Wetenschappen
4. Radboudumc, afdeling psychiatrie

Achtergrond

Suboptimale response en hoge dropout bij de behandeling van complexe PTSS biedt veel ruimte voor verbetering.

Doel

Het exploreren van de effectiviteit en veiligheid van kortdurende intensieve exposure bij patiënten met complexe PTSS en veelvoudig interpersoonlijke traumatisering (seksueel misbruik en/of agressie).

Methoden

73 Patiënten met complexe PTSS werden behandeld met intensieve exposure gedurende 4 dagen, gevolgd door 4 wekelijkse exposure sessies à 90 minuten. De ernst van de PTSS (gemeten met de CAPS-IV) en de diagnostische status waren de belangrijkste uitkomstmaten op baseline, na de behandeling en bij 3 en 6 maanden follow-up. Response trajecten werden geïdentificeerd en prediceren voor de response trajecten werden onderzocht.

Resultaten

Mixed model repeated measure analyse liet een afname van de rest van de PTSS (CAPS-IV) zien ($p < .001$) zowel na de behandeling als bij follow-up met grote effect sizes (Cohen's $D > 1.2$). Er was een goede response bij 71% van de patiënten en er was geen dropout gedurende de intensieve exposure (5% viel uit tijdens de boosterfase). Er werden 4 respons trajecten geïdentificeerd: snelle respons (13%), trage respons (26%), gedeeltelijke respons (32%) en non-respons (29%). De leefsituatie (met partner) en habituatie tussen de sessie waren prediceren voor het resultaat.

Conclusie

Deze resultaten suggereren dat kortdurende, intensieve exposure effectief kan zijn bij patiënten met complexe PTSS met non-respons op eerdere behandeling.

Literatuurverwijzing

Hendriks, L., de Kleine, R.A., Broekman, T.G., Hendriks, G.J. & van Minnen, A. Intensive prolonged exposure therapy for patients with (complex) PTSD: an attempt to augment response and reduce dropout (manuscript pending publication). Hendriks, L., de Kleine, R., Hendriks, G.J. & van Minnen, A. (2015). Intensive cognitive-behavioural treatment of PTSD. In: The Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorders (Eds. Colin R. Martin, Victor R. Preedy & Vinood B. Patel. Springer-Verlag Singapur 2015, DOI 10.1007/978-3-319-08613-2_123-1

DISCUSSIEGROEPEN

D19 Herstel voor iedereen: eerste ervaringen met grootschalig herdiagnostiek bij chronische (EPA) patiënten. Translationeel werken in een vergeten groep

MD Phd Eric Noorthoorn ^{p1,2} / Mpsy Katinka Franken ^{p1} / Md Jeanet Nieuwenhuis ^{p1} / Md Mike Veereschild ^{p1} / Md Kees Lemke ^{p1}

P: Debatleider / panelleden

1. GGnet
2. SBGGZ

Inhoud (wat)

In de GGZ is ongeveer een kwart van de patiënten langdurig zorg afhankelijk (Delespaul et al, 2013). Recente cijfers laten zien dat deze patiënten ruim de helft van de zorg consumeren als gekeken wordt naar het aantal ligdagen (Noorthoorn et al, 2016). Het bevorderen van de integratie van deze patiënten in de maatschappij kan in belangrijke mate bijdragen tot het beheersen van kosten. In deze discussiegroep worden in het kort 3 projecten besproken die zich binnen een instelling richten op de implementatie van landelijke richtlijnen (Evidence based werken) in de dagelijkse praktijk bij langdurig zorgafhankelijke patiënten. Vervolgens wordt besproken hoe informatie uit de registratiesystemen kan bijdragen tot het identificeren bij wie een nieuwe kijk op de diagnose leidt tot een verandering van de soms jarenlange aanpak van de patiënt. Hoe kun je de EPA doelgroep identificeren? Welke gegevensbronnen kun je daarin combineren? Tenslotte wordt met de deelnemers aan de discussie groep ingegaan op de betekenis van deze systematische aanpak voor de eigen praktijk. In het eerst project zijn 42 verblijfspatiënten opnieuw gediagnosticeerd. In 59% (n=25) van de onderzochte patiënten leidde dit tot een verandering van de hoofdgroep binnen de DSM-IV. In deze groep veranderde de hoofddiagnose schizofrenie in een 7 gevallen in een verstandelijke beperking en in 8 gevallen in ADHD, Asperger of autisme. Behandeling volgens huidige richtlijnen werd vervolgens ingezet. 2 jaar na dato bleken bij deze patiënten de zorgopbrengsten met ruim 40% afgenomen, vooral doordat patiënten met ontslag waren gegaan. Honos voor en na waren niet significant verschillend. In het tweede project zijn alle patiënten in zorg bij 2 ambulante FACT teams (n=276) onderzocht aan de hand van de Screener voor Intelligentie en Licht verstandelijke beperking (SCIL). 108 (39%) lieten een score onder 19 zien, indicatief voor een licht verstandelijke beperking (Nieuwenhuis et al, 2017). Een lage SCIL was geassocieerd met een hoge score op de HONOS (OR 2.1, p<0.001), vaker opnames (22% v.s. 12% Chi-square=4.9, p<0.05) en meer zorgopbrengsten in categorie E tot G (€ 6943 v.s. € 2785 f=19.5, p<0.05). In het derde project zijn 646 ambulante langdurig (>2 jaar) zorg afhankelijke patiënten opnieuw gediagnosticeerd. Verschillende screeningsinstrumenten werden toegepast, zoals de SCIL, de Trauma Screening Questionnaire (TSQ), de Audit en de Dudit voor alcohol en middelengebruik en AQ-SRS A voor autisme. Bij 47% leidde dit tot een verandering van hoofdgroep binnen de DSM-IV. Na herdiagnostiek werd veel minder vaak geen diagnose (OR 0.36, p<0.005) en minder vaak angst en depressieve stoornissen (OR 0.6, p<0.05) vastgesteld. Er werd vaker een bipolaire stoornis (OR 3.5, p,0.001), vaker schizofrenie (OR 2.5, p,0.001), vaker ADHD, Asperger of autisme (OR 2.4, p,0.005) en vaker PTSS (OR 2.3 p,0.005) vastgesteld. In deze groep wordt in 2018 en 2019 zorgopbrengsten afgezet tegen de HONOS.

Vorm (hoe)

Na 30 minuten presentatie van de projecten wordt aan de hand van een paneldiscussie besproken of het beeld wat uit deze bevindingen naar voren komt herkend wordt bij de deelnemers van de discussiegroep. Wij betogen vooral bij alle patiënten in de zorg Screeners in te zetten. We laten zien hoe dat op een eenvoudige wijze gemonitord kan worden. De discussie gaat in op wat een dergelijke aanpak betekent voor de eigen instelling.

Leerdoelen

- Identificatie van de chronische patiënt in de eigen populatie
- Opzet van systematische herdiagnostiek – Screeners eerst, dan de DSM
- Het belang van standaard inzet van Screeners in de zorg
- Het belang van opnieuw kijken naar diagnose
- De betekenis van een (deze) nieuwe diagnose (s) voor de behandeling
- Toepassen van dergelijke informatie in het bepalen van beleid
- Betekenis van deze informatie voor de landelijke ontwikkeling van ‘herstel van iedereen’

Literatuurverwijzing

1. Delespaul P., et al, 2013. Consensus over de definitie van mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. Tijdschrift voor psychiatrie 55, 427 – 438.
2. Noorthoorn E.O., et al, 2016 Seclusion Reduction in Dutch Mental Health care: did hospitals meet their goals? Psychiatr Serv. 1;67(12):1321-1327.
3. Nieuwenhuis JG, Noorthoorn EO, Nijman HL, Naarding P, Mulder CL. A Blind Spot? Screening for Mild Intellectual Disability and Borderline Intellectual Functioning in Admitted Psychiatric Patients: Prevalence and Associations with Coercive Measures. PLoS One. 2017 Feb 2;12(2):e0168847. doi: 10.1371/journal.pone.0168847.

D20 Het afbouwen van antidepressiva: een consensusdocument van NVvP-NHG-KNMP-MIND 2018

dr. Henricus Ruhé ^{p1,2} / Dr. Mariëlle van Avendonk ^{p3} / Dr. Hèlen Woutersen-Koch ^{p4} / Drs. Marlies Roosjen-de Feiter ^{p5} / Annemieke Horikx ^p

P: Debateleider / panelleden

1. Radboudumc
2. University of Oxford
3. NHG
4. KNMP
5. Stichting MIND

Inhoud (wat)

Het afbouwen van antidepressiva is regelmatig een lastige opgave voor de arts en de patiënt. Tijdens het afbouwen kunnen onttrekkingsverschijnselen (tot bij 50% van de gebruikers), angst voor terugval en daadwerkelijke recidieven optreden, wat een goede begeleiding van behandelaren vraagt. Veelal voelen behandelaren zich echter onvoldoende geëquipeerd om de afbouw te begeleiden. Dit is niet vreemd omdat er beperkt onderzoek bestaat naar de beste methoden van afbouwen van antidepressiva. Hierdoor worden er ook geen concrete aanbevelingen in de huidige multidoesdisciplinaire richtlijnen en NHG standaarden gedaan, alleen dat afbouw geleidelijk in tijd en dosering moet plaatsvinden. als een poging om af te bouwen met antidepressiva mislukt zal een volgende poging minder kans van slagen hebben wat chronisch gebruik van antidepressiva in de hand werkt. Het afbouw van antidepressiva is vooral lastig bij middelen met een korte eliminatiehalfwaardetijd (bijv. paroxetine en venlafaxine), maar ook bij (es-)citalopram, sertraline en duloxetine zijn onttrekkingsverschijnselen beschreven. Wat hierbij problematisch kan zijn is dat kleinere doseereenheden dan de gebruikelijke tabletten nodig zijn waarvoor thans het in kleine stukken delen van tabletten, druppels, en zogn. taperingsstrips worden gebruikt. Welke eenheden hierbij gewenst zijn is onvoldoende duidelijk. Kennis over de farmacologie van deze middelen kan hierbij helpen. In het najaar van 2017 is er in een samenwerkingsverband tussen NVvP, NHG, KNMP en MIND gewerkt aan een consensusdocument voor de afbouw van antidepressiva. Hierin worden de karakteristieken van de antidepressiva en de patiënten die relevant zijn voor de afbouw geïdentificeerd en worden voor de verschillende antidepressiva voorstellen gedaan voor afbouwschema's. Hierin wordt aangegeven in welke tijd en met welke doseringsstappen een afbouw van antidepressiva kan worden gerealiseerd en welke voorlichting en begeleiding hierbij noodzakelijk is. Omdat delen van dit consensusdocument op beperkte wetenschappelijke literatuur kan worden gebaseerd zal een mogelijkheid worden ingebouwd om het consensusdocument naar aanleiding van gebruikerservaringen te verbeteren.

Vorm (hoe)

In de discussiegroep wordt het consensusdocument afbouwen van antidepressiva op hoofdlijnen gepresenteerd, waarna in een discussie tussen het publiek en de panelleden die de betrokken beroepsgroepen vertegenwoordigen wordt gesproken over de ervaringen met de dagelijkse praktijk van afbouwen en de benodigde aanpassingen voor het consensusdocument.

Leerdoelen

Aan het einde van de discussiegroep:

- is de deelnemer op de hoogte van de hoofdlijnen van het consensusdocument afbouw van antidepressiva
- zijn praktische ervaringen en aanvullende suggesties over de afbouw van antidepressiva voor de verdere aanscherping van het consensusdocument besproken
- is met de discussiegroep bijgedragen aan de implementatie van het consensusdocument

Literatuurverwijzing

O.a.- Rosenbaum JF, Fava M, Hoog SL, Ascroft RC, Krebs WB. Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuationsyndrome: a randomized clinical trial. *Biol Psychiatry*. 1998;44:77-87.- van Geffen EC, Hugtenburg JG, Heerdink ER, van Hulten RP, Egberts AC. Discontinuation symptoms in users of selective serotonin reuptake inhibitors in clinical practice: tapering versus abrupt discontinuation. *Eur J Clin Pharmacol*. 2005;61:303-7.- Fava GA, Gatti A, Belaise C, Guidi J, Offidani E. Withdrawal Symptoms after Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Discontinuation: A Systematic Review. *Psychother Psychosom*. 2015;84:72-81.

D21 Identiteit als professional: de crisis voorbij

MD Piet Verhagen ^{p1} / Prof. Gerrit Glas ^{p2,3} / Dr. Derek Strijbos ^{p2} / Dr. Heddeke Snoek ^{p4} / MD Nicky van London ^{p4}

P: Debatleider / panelleden

1. GGZ Centraal
2. Dimence GGZ
3. Vrije Universiteit, Amsterdam
4. Karakter Kinder & Jeugdpsychiatrie

Inhoud (wat)

In het visiedocument 'Medisch Specialist 2015' van de Federatie Medisch Specialisten zijn de lijnen voor de beroepsbeoefenaren en hun wetenschappelijke verenigingen duidelijk en met enthousiasme uitgezet. Maar zoals wel vaker met medische zaken is een nadere uitwerking voor de psychiater en diens vakgebied nodig, gegeven de eigen aard van de medische discipline psychiatrie. Voeg daarbij de kennelijke crisis waarin de psychiater zich zegt te bevinden, althans volgens velen, dan is er genoeg reden voor het bestuur van de NVvP om een werkgroep (panelleden en dr. J. Tijdink) in te stellen (september 2017), om zich met de identiteitsvraag bezig te houden en een discussienota op te stellen. In deze discussiegroep staat de nota centraal; deze nota is ruim van tevoren beschikbaar voor de deelnemers aan de discussiegroep.

Vorm (hoe)

De discussienota dient als uitgangspunt voor het debat, dat aan de hand van enkele stellingen ingeleid en gevoerd zal worden.

Leerdoelen

Het doel van de discussie is tweëerlei:

- 1) bewustwording van de complexiteit van de identiteitskwestie;
- 2) draagvlak creëren voor de gekozen oplossing(srichting).

Literatuurverwijzing

Glas, G. Psychiatry as normative practice. Philosophy, Psychiatry & Psychology (accepted). (De tekst van deze publicatie is tevoren voor deelnemers beschikbaar.) Timmermans, M. (2017). Hebben GGZ-Instellingen hun langste tijd gehad? De Psychiater, 6, 18-21. (Daarnaast meerdere artikelen in De Psychiater over het onderwerp; zie de website <https://depsychiater.nl>) Federatie Medisch Specialisten (2017). Visiedocument Medisch Specialist 2025. www.demedischspecialist.nl.

D22 Hoe vertaalt het HIC model zich naar jeugd?

drs. Jeroen Steenmeijer ^{p1,2} / Pierre Herpers ^{p3} / Tineke de Vos ^{p4} / Peter Erkelens ⁵ / Joost Waas ⁶

P: Debatleider / panelleden

1. De Bascule
2. De Jonge Psychiater
3. Karakter
4. Projectzorg
5. Curium
6. Accare

Inhoud (wat)

Afgelopen jaar is vanuit de expertisenetwerk kinder- en jeugdpsychiatrie (EKJP) nagedacht over het vertalen van het in het HIC Werkboek (van Mierlo et al., 2013) beschreven High- & Intensive Care (HIC)-model naar de zorg aan jongeren. Inmiddels wordt het HIC-model gezien als nieuwe zorgstandaard, is het breed geïmplementeerd binnen de volwassenenzorg en vindt het zijn weg naar wet- en regelgeving (Toetsingskader Terugdringen separeren en afzonderen 2016). Het werkboek is echter vooral gericht op de zorg aan volwassenen en biedt slechts beperkte richtlijnen en adviezen ten aanzien van de praktische uitvoering van een HIC. De situatie bij jongeren is doorgaans anders, onder andere door de mate waarin ouders betrokken zijn als verantwoordelijken in de opvoeding, maar ook door de sinds de invoering van de jeugdwet veranderde financiering. Vanuit de EKJP is een visiedocument met enkele praktische adviezen over het toepassen van HIC-model bij jongeren (HIC-J) als aanvulling op het HIC Werkboek geschreven. Ook in de HIC-J is de ambulante behandeling leidend en kan er naar behoefte van de patiënt snel opgeschaald worden naar kortdurende klinische zorg, maar is specifieke aandacht voor leeftijdsfase, begeleiding van het systeem, rooming-in en financiering. Daarnaast zal in worden gegaan op de samenwerking met belangrijke partijen in het veld, zoals de (gesloten) jeugdzorg en wijkteams.

Vorm (hoe)

Discussiegroep De werkgroep zal in een korte presentatie (ongeveer 20-30 minuten) het HIC model presenteren en aan de hand van het document aandachtspunten voor jongeren uitlichten. Na afloop zal er samen met een ervaringsdeskundig panel van zowel collega's als patiënten en beleidsmakers gediscussieerd worden aan de hand van dilemma's die verwacht kunnen worden bij de vertaling naar kinder- en jeugdpsychiatrie, waarbij specifieke aandacht voor implementatie.

Leerdoelen

- Het doel van deze discussiegroep is om deelnemers meer inzicht te geven in de mogelijkheden voor HIC zorg aan jeugd
- Handvatten en praktische adviezen bieden voor de implementatie van HIC zorg binnen de bestaande kinder- en jeugdpsychiatrische zorg of instelling.

Literatuurverwijzing

- Werkboek HIC, van Mierlo 2013
- HIC voor jongeren, visie en ervaringsdocument, EKJP 2017
- Toetsingskader Terugdringen separeren en afzonderen 2016

D23 Subdifferentiatie van suïcidaal gedrag

MD PhD Remco de Winter ^{p1} / MD Anne van den Bos ^{p2}

P: Debatleider / panelleden

1. Parnassia Groep/ VU University Amsterdam
2. Rivierduinen Leiden

Inhoud (wat)

In de literatuur zijn er weinig studies te vinden die suïcidaliteit subdifferentiëren en in het wetenschappelijk onderzoek wordt suïcidaliteit bijna altijd als een uniform verschijnsel gedefinieerd (Colpe e.a. 2014; Bernanke e.a. 2017). Er is weinig onderzoek naar differentiatie bij suïcidaal gedrag. En indien dit al plaats vindt, wordt er vooral bij specifieke groepen gedifferentieerd (zoals studenten, adolescenten, patiënten met een bipolaire stoornis of patiënten met een psychotische stoornis. In de psychiatrische praktijk zien we echter verschillende vormen van suïcidaal gedrag over de GGZ populatie en is ons handelen in de regel op een klinisch oordeel gebaseerd. Ook bepaalt het handelen uiteraard weer de uitkomst van het suïcidale gedrag. Methodologisch en ethisch is het ingewikkeld om dit valide te onderzoeken. De auteurs hebben op basis van klinische ervaring en vanuit een wetenschappelijke achtergrond een model ontwikkeld waarin er een differentiatie van 4 vormen van suïcidaal gedrag is. Suïcidaal gedrag op basis van: 1) perceptuele desintegratie, 2) primair depressieve cognitie 3) psychosociale “entrapment” 4) inadequate communicatie en coping Bovenstaande differentiatie leidt tot een meer afgemeten risicotaxatie waarbij de verantwoordelijkheid voor de hulpverlener ook varieert. Daarnaast kan er een meer op maat toegesneden behandeling plaatsvinden (Jobes 2016). Dit model is middels intercollegiaal overleg ontwikkeld en bijgeschaafd. Er is echter nu een grote behoefte om het model breder uit te leggen en te bediscussiëren met psychiaters voordat er verder wordt gegaan met een vanuit de praktijk ondersteunde valideringsstudie van het model.

Vorm (hoe)

Tijdens de discussiegroep zal het model worden gepresenteerd en aan de hand van casuïstiek verder uitgelegd worden! De casuïstiek zal tot discussie leiden welke noodzakelijk is om het model verder aan te scherpen. Verder willen we toetsen in hoeverre de psychiaters behoefte hebben aan een praktisch georiënteerde differentiatie van het concept suïcidaal gedrag?

Leerdoelen

- Besef van de heterogeniteit van het concept suïcidaal gedrag.
- Leren om suïcidaal gedrag te differentiëren en eigen professionele verantwoordelijkheid op waarde te kunnen schatten.
- Een meer op maat gerichte aanpak bij suïcidaal gedrag kunnen inzetten.

Literatuurverwijzing

Colpe LJ, Pringle BA. Data for building a national suicide prevention strategy: what we have and what we need. Am J Prev Med. 2014 Sep;47(3 Suppl 2):S130-6. Bernanke J, Galfalvy HC, Mortali MG, Hoffman LA, Moutier C, Nemeroff CB, Stanley BH, Clayton P, Harkavy-Friedman J, Oquendo MA. Suicidal ideation and behavior in institutions of higher learning: A latent class analysis. J Psychiatr Res. 2017 Sep 9;95:253-259. Jobes DA. Managing Suicidal Risk. Second Edition A Collaborative Approach. Guilford press 2016

WORKSHOPS

W44 Verstandelijke ontwikkelingsstoornis: psychopathologie, ontwikkelingsonderzoek en medicatie. Vertaling naar de dagelijkse praktijk

Dr. Pieter de Nijs ^{p1} / Dr. Sabine Mous ² / Leontine ten Hoopen ^{p1}

P: Workshopleiders

1. ENCORE Expertisecentrum Erasmus MC/Sophia Kinderziekenhuis Rotterdam: afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie
2. ENCORE Expertisecentrum Erasmus MC/Sophia Kinderziekenhuis Rotterdam: afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie

Inhoud (wat)

Ontwikkelingsstoornissen, zoals autismespectrumstoornis en verstandelijke ontwikkelingsstoornis, zijn in de kern genetisch bepaald en gaan vaak gepaard met een behoorlijke hoeveelheid – doorgaans behandelbare – psychopathologie. In de klinische praktijk moet daarbij een vertaling gemaakt worden vanuit een soms nog beperkte hoeveelheid wetenschappelijk onderzoek naar een diagnostiek- en behandelcontext. Ook moeten vaak richtlijnen en methodieken ontwikkeld voor normaal begaafde personen vertaald worden naar kinderen, adolescenten en volwassenen met een verstandelijke ontwikkelingsstoornis.

Vorm (hoe)

In deze interactieve workshop zullen praktische inleidingen gegeven worden over: 1) psychopathologie bij verstandelijke ontwikkelingsstoornissen op de kinderleeftijd (resultaten van een systematic review); 2) inzet van antipsychotica bij autismespectrumstoornis en verstandelijke ontwikkelingsstoornis. Daarna volgt een forumdiscussie aan de hand van casuïstiek uit de praktijk; 3).de (ecologische) validiteit van ontwikkelingsonderzoek bij verstandelijke ontwikkelingsstoornis: hoe doe je goed ontwikkelingsonderzoek bij beperkte kinderen en jongeren en hoe vertaal je de resultaten naar de praktijk?

Leerdoelen

- Versterken van kennis over psychopathologie en inzet van medicatie (antipsychotica) bij kinderen en jongeren met verstandelijke ontwikkelingsstoornissen en autismespectrumstoornissen.
- Kritische beschouwing van de toepassing van (inter)nationale richtlijnen en wetenschappelijke literatuur op de diagnostiek en behandeling van kinderen en jongeren met verstandelijke ontwikkelingsstoornissen, al dan niet in combinatie met autismespectrumstoornissen.
- Praktische handvatten bij afnemen en/of interpreteren van ontwikkelingsonderzoek bij beperkte kinderen en jongeren.
- Uitwisseling van ervaringen in de dagelijkse praktijk met diagnostiek en behandeling bij deze patiëntengroep.

Literatuurverwijzing

Einfeld, S.L., Ellis, L.A., & Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: a systematic review. *J Intellect Dev Disabil*, 36, 137-143; Kurita, H., Osada, H., Shimizu, K., & Tachimori, H. (2003). Validity of DQ as an estimate of IQ in children with autistic disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*, 57; Park, S.Y., Cervesi, C., Galling, B., Molteni, S., Walyszada, F., Ameis, S.H., Gerhard, T., Olfson, M., & Correll, C.U. (2016). Antipsychotic use trends in youth with autism spectrum disorder and/or intellectual disability: a meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 55, 456-468.

W45 De vertaalslag naar de spreekkamer; over het lezen, interpreteren en reageren op krantenartikelen en wetenschappelijke papers

Mori van den Bergh ^{p1} / dr Marieke Ermers ^{p2}

P: Workshopleiders

1. Karakter
2. UMC Utrecht

Inhoud (wat)

'Farmaceut kende gevaar van depressiepill die aanzet tot zelfmoord'(Trouw)'Jarenlang aan de Ritalin, wat doet dat met je?' (Volkskrant)'Een wondermiddel of een total loss?'(NRC) De psychiatrie is regelmatig onderwerp van gesprek in kranten en andere media. De berichtgeving is vaak negatief. Patiënten en psychiaters blijven soms in vertwijfeling achter na het lezen van de krant of het kijken van een televisieprogramma. Bovendien maakt het psychiatrisch behandeldomein steeds meer onderdeel uit van een bredere maatschappelijke discussie. Als psychiaters hebben we een belangrijke rol in het nuanceren van het debat, zowel in de spreekkamer als daarbuiten. Wetenschappelijke inzichten informeren ons en scherpen onze behandelingen. De vertaling in de media is naast informeren vaak gericht op het interesseren van potentiële lezers of kijkers (door bv een pakkende kop zonder nuance). Niet verwonderlijk dat in de spreekkamer vaak verwarring heerst. In deze workshop onderzoeken we aan de hand van voorbeelden de weg van paper via persbericht naar schreeuwende krantenkop. We bediscussiëren hoe we kunnen reageren op ongenueerde media-uitingen en waar dit kansen biedt om de patiënt beter voor te lichten. We geven handvaten om wetenschappelijke artikelen volgens een vaste structuur te beoordelen. Dit maakt de vertaling naar de spreekkamer gemakkelijker.

Vorm (hoe)

Na een theoretische inleiding werken deelnemers zelf aan de vertaling van paper of krantenartikel naar spreekkamer.

Leerdoelen

na het volgen van de workshop:

- heeft u zicht op de verschillen tussen een journalistiek en een wetenschappelijk artikel
- kunt u de relevante verschillen met patiënten (en ouders) bespreken in het kader van uw behandeling
- kunt u een wetenschappelijke paper vlot en gestructureerd beoordelen en uw bevindingen meenemen in het gesprek met uw patiënt (gebruik wordt gemaakt van STROBE checklists)
- kunt u reageren op uitingen in de media.

Literatuurverwijzing

- M. Okasha. Interpreting epidemiological findings. StudentBMJ2001(9) 324-5-<https://www.strobe-statement.org>
- Handboek Stijl: adviezen voor aantrekkelijk schrijven. P. Burger en J. de Jong. Noordhoff uitgevers 2009
- Baeyens D, Moniquet A, Danckaerts M, van der Oord S. Vergelijkend onderzoek naar structureel stigma bij ADHD en autismespectrumstoornis in de Vlaamse dagbladen. Tijdschrift voor Psychiatrie 59 (2017)5,269-277
- Schwartz LM, Woloshin S, Andrews A, Stukel TA. Influence of medical journal press releases on the quality of associated newspaper coverage: retrospective cohort study. BMJ 2012;344:d8164 doi: 10.1136/bmj.d8164

W46 Dialectische Gedragstherapie (DGT): state of the art

dr. Wies van den Bosch^{p1,2}

P: Workshopleider

1. Scelta
2. Dialectische adviezen

Inhoud (wat)

In de workshop zullen de basisprincipes van DGT besproken worden, en de opbouw van het behandelprogramma voor ernstige (transdiagnostische) persoonlijkheidsproblematiek. Vanuit de logica van het biosociaal model dat ten grondslag ligt aan DGT wordt aan de cliënt, en haar systeem, een centrale rol toebedeeld. Niet alleen speelt de cliënt een grote rol bij de indicatiestelling, ook in de uitvoering van de behandeling blijft die centrale rol gewaarborgd door onder andere het consultatie-aan-de-client principe. Dit alles heeft gevolgen voor de vormgeving van behandeling, die in de praktijk strijdig lijkt te zijn met de vormgeving van de GGZ. De dilemma's zullen aan de deelnemers voorgelegd worden en hen zal gevraagd worden mede oplossingen te generaliseren.

Vorm (hoe)

PowerPoint presentatie, videomateriaal, discussiegroepen.

Leerdoelen

Inzicht geven in de logica die DGT onderbouwt; verandering mogelijk maken in de wijze waarop vanuit bestaande structuren gedacht wordt aan behandeling van ernstige (suicidale) persoonlijkheidsproblematiek

Literatuurverwijzing

Bosch, L.M.C. van den & Kaasenbrood, A. (2013) Mozes & de berg: De bijzondere samenwerking tussen FACT en Dialectische Gedragstherapie. Tijdschrift voor Psychotherapie. 39, 4:242-254. van den Bosch van den, L.M.C., Sinnaeve, R., Vansteeland, K., Hakkaart-vanRoijen, L., Furth van, E.F. Is a short-term residential DBT program effective for severe suicidal BPD patients? Results of a randomized controlled trial. Aangeboden.

W47 Translationele uitdagingen in de dialoog met naasten

Prof. Wiepke Cahn ^{p1,2} / Erwin van Meekeren ^{p3} / Bert Stavenuiter ⁴ / Roxanne Vernimmen ² / Jan Baars ⁵

P: Workshopleiders

1. UMC Utrecht
2. Altrecht
3. Meek-it
4. Ypsilon
5. GGZ Centraal

Inhoud (wat)

Naastbetrokkenen van patiënten met psychiatrische aandoeningen moeten volgens de Generieke Module (Samenwerking en ondersteuning naasten) worden betrokken in de diagnostiek en behandeling. Bovendien staat in de basistekst van de zorgstandaarden GGZ dat deze niet alleen voor professionals zijn, maar evenzeer voor patiënten en hun naasten. Daarnaast is in het visiedocument 'medisch specialist 2025' te lezen: dat de medisch specialist, samen met de patiënt en diens naasten werkt in verschillende rollen en samenwerkingsverbanden, aan het bevorderen en behouden van kwaliteit van leven in alle stappen van het zorg- en behandelproces. Samen beslissen en gezamenlijk zorgen voor de beste kwaliteit is dus onze dagelijkse praktijk. Deze workshop zal met de laatste wetenschappelijke en practice based kennis handvatten aanreiken om de vertaalslag te maken naar de klinische praktijk.

Vorm (hoe)

Deze Workshop zal een aantal korte presentaties bevatten. Daarnaast kan casuïstiek ingebracht worden en gaan we na simulatieoefeningen in gesprek over de kansen en belemmeringen om samenwerking en ondersteuning van naasten in de praktijk vorm te geven. In het afsluitende plenaire deel zullen handvatten worden gegeven hoe en wanneer naasten te betrekken (in spreekkamer en beleidsmatig).

Leerdoelen

Van theorie naar de praktijk; Wat is de kennis van nu over de samenwerking en ondersteuning van naasten en hoe breng je dat in de praktijk.

1. Inhoudelijke kennis genereren van de generieke module samenwerking en ondersteuning van naasten (o.a. hoe om te gaan met privacy; psychische klachten bij naasten)
2. Inhoudelijke bespreking kansen en belemmeringen om naasten te betrekken – vanuit het perspectief van de psychiater
3. Inhoudelijke bespreking kansen en de belemmeringen in de dialoog met de psychiater – vanuit het perspectief van de naaste
4. Het voeren van een optimaal dialoog tussen naaste en de psychiater
5. Systeeminterventies voor de psychiater

Literatuurverwijzing

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2017) Generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten. Cahn, W. (2017) Focus op familie. Leusden: Diagnosis uitgevers. Klaassen, H.W. (2014). Bondgenoten. Hoe familieleden en hulpverleners in de psychiatrie kunnen samenwerken. Amsterdam: Boom. Lier, W. van. (2008). Familie in de GGZ: partner in zorg. Van beleid naar uitvoering. Enschede: Expertisecentrum mantelzorg. Landelijk Platform Geestelijke Gezondheid Zorg (2011) Criteria Familiebeleid, vanuit cliënten en familieperspectief. Utrecht: LPGGZ Meekeren E. van, & Baars, J. (2011). Psychische stoornissen en naastbetrokkenen. Een praktijkboek voor behandelaars. Amsterdam: Boom. Schout, G., (2015). Egoïos hulpverleners en de jeugdgezondheidszorg. Een verkenning van mogelijkheden. Journal of Social Intervention: Theory and Practice – 2015 – Volume 24, Issue 2, pp. 47–61 URN:NBN:NL:UI:10-1-117134 Seikkula, J & T.E Arnkil (2014). Open Dialogues and Anticipations. Respecting Otherness in the Present Moment. Nationale Institute for health and Welfare. Juvenes Print-Finnish University Print Ltd, Tampere, Finland Trappenburg, M. (2008) Genoeg is genoeg. Over gezondheidszorg en democratie. Amsterdam: University Press

W48 Groepstherapie, wat moet de psychiater weten anno 2018?

Niels Tinga ^{p1}

P: Workshopleider

1. GGZ Ingeest

Inhoud (wat)

Groepstherapie is een bewezen effectieve vorm van psychotherapie die anno 2018 in de meeste evidence based behandelingen voor psychiatrische stoornissen terug te vinden als voorkeursbehandeling. Toch hebben niet alle psychiaters ervaring met groepen hetgeen de indicatiestelling bemoeilijkt en soms een belemmering vormt om patiënten hiervoor te motiveren. Daarnaast bieden groepen bij uitstek een kans voor psychiaters om actief deel te nemen aan het psychotherapeutisch proces en de inbedding in een team te bevorderen. De co-therapie die in groepen gebruikelijk is maakt het tot een veilige situatie om psychotherapeutische vaardigheden te trainen en in stand te houden. De gedeelde verantwoordelijkheid en structuur van een groep maakt tegelijkertijd dat de werkbelasting relatief laag terwijl het plezier en de variatie in het werk toeneemt. In deze workshop komt aan bod:- de wetenschappelijke stand van zaken rond groepstherapie - de rol die groepstherapie speelt in verschillende behandelvormen zoals CBT, MBT, SFT- indicatiestelling en hoe patiënten hiervoor te motiveren- groepsdynamische principes (die ook in behandelteams een rol spelen)- de mogelijkheden om je als psychiater verder te bekwamen op dit vlak (onder andere door de opleiding tot groepspsychotherapeut NVGP).

Vorm (hoe)

- Frontaal theoretisch deel over wetenschappelijke stand van zaken en positionering in richtlijnen en zorgstandaarden.- Rollenspel waarin indicatiestelling voor een groep en hoe hiervoor te motiveren aan de orde komt.- Groepssimulatie waarin verschillende stijlen van leiden van een groep wordt gedemonstreerd (heel gestructureerd of juist gericht op dynamiek) om te ervaren wat het verschil is op specifieke patiëntengroepen.- Groepsdynamische principes aan de hand van casuïstiek (zowel behandelgroepen als behandelteams).- Uitleg over cursusaanbod in Nederland zoals basiscursus en specialistische cursus groepsdynamica.

Leerdoelen

- Kennis verwerven over de wetenschappelijke stand van zaken en positionering in richtlijnen en zorgstandaarden van groepspsychotherapie.
- Praktische vaardigheden verwerven die helpen bij indicatiestelling tot groepsbehandeling en hoe hiervoor te motiveren.
- Ervaren hoe verschillende manieren van een groep leiden bepaalt in welke mate er structuur of dynamiek ontstaat en voor welke patiëntengroepen dit van belang is.
- Kennismaken met groepsdynamische principes die spelen in behandelgroepen maar ook in behandelteams
- Begrijpen welke mogelijkheden er zijn om verdere kennis te verwerven op het gebied van groepsdynamica en groepspsychotherapie.

Literatuurverwijzing

Burlingame, G. M., Fuhrman, A., & Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(1), 3-12. McRoberts, C., Burlingame, G. M., & Hoag, M. J. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 2(2), 101-117. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis F Leichsenring, E Leibing - *American journal of psychiatry*, 2003 - *Am Journal of Psych* Volume 160, Issue 7, July 2003, pp. 1223-1232 Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen 2008 Multidisciplinaire Richtlijn angststoornissen (3e revisie, 2013) Multidisciplinaire Richtlijn depressie (3e revisie, 2013) Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol (0.1)

W49 Diagnostiek en behandeling van getraumatiseerde vluchtelingen

Hugo Konz ^{p1,2} / Steven van Beek ^{p3} / Joop de Jong ^{3,4}

P: Workshopleiders

1. i-psy Midden-/Noord-Nederland
2. Parnassia Groep, specialismegroep Culturele Psychiatrie'
3. Parnassia Groep, PsyQ afdeling psychotrauma
4. Parnassia Groep, Specialismegroep Trauma en Dissociatie

Inhoud (wat)

In deze workshop wordt ingegaan op mogelijkheden en uitdagingen bij de zorg voor vluchtelingen. Deze zorg wordt vaak geleverd in gespecialiseerde centra of derdelijns centra. Echter, gezien de grote instroom van vluchtelingen en de aanwezigheid van meer en ernstigere psychopathologie is het juist voor elk team in de gespecialiseerde GGZ, maar ook in eerste lijn, belangrijk om effectief met deze doelgroep te kunnen werken. Wat is er nodig binnen je team? Wat zijn passende behandelvormen? Start je direct met traumagericht behandelen? Welke rol spelen (instabiele) leefomstandigheden, advocaten en andere instanties? En taal en cultuur? Hoe pak je de FACT- of basiszorg aan als vanuit een gespecialiseerd team of specialistische GGZ iemand doorverwezen wordt daar er geen traumagerichte behandeling mogelijk is?

Vorm (hoe)

Enkele casus worden besproken waarbij gezamenlijk of in kleine groepen de verschillende aspecten van de zorg aan getraumatiseerde vluchtelingen worden doorgenomen. Er is aandacht voor medicatie naast de mogelijkheden van psychotherapie.

Leerdoelen

Leerdoelen vaardigheden en kennis omtrent diagnostiek en behandeling van getraumatiseerde vluchtelingen verbeteren. Denk hierbij vooral aan concrete en praktische details van de context, die van belang kunnen zijn bij de timing van de behandelmogelijkheden.

Literatuurverwijzing

Hasan A (2015). Opvang van vluchtelingen Alles staat of valt met het gevoel van eigenwaarde Tijdschrift Psychiatr. 2015;57(11):839-41. Lamkaddem M, Muijsenbergh van den M, Laban K; klinische les Vluchtelingen in de Praktijk – persoonsgerichte zorg en veerkracht-gericht werken. Ned Tijdschr Geneesk. 2015;159: A9447 Hassan G, Kirmayer LJ, Ventevogel P, et al; Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians. A Review for Mental Health and Psychosocial Supportstaff working with Syrians Affected by Armed Conflict. Geneva: UNHCR, 2015

W50 Consultatie aan de eerste lijn: hoe doe je een eenmalig consult?

dr. Wil Buis ^{p1} / Dr Hiske van Ravesteijn ^{p2}

P: Workshopleiders

1. Buis Psychiatrisch Advies, Den Bosch
2. Hieraanwezig.nu, Oosterbeek

Inhoud (wat)

Voor een goede zorg in de eerste lijn is psychiatrische deskundigheid onmisbaar. In steeds meer regio's consulteren huisartsen regelmatig psychiaters, voor diagnostiek en/of een behandeladvies of voor een medicatie-advies. Psychiatrische consultatie aan de eerste lijn zal steeds belangrijker worden nu de zorg zoveel mogelijk in de eerste lijn geboden moet worden. We zullen inzoomen op hoe je een eenmalig consult doet, zodanig dat je goed aansluit bij de patiënt en bij de huisarts. In beperkte tijd dien je een onderbouwde (voorlopige) conclusie te trekken. Wij streven hierbij naar een actieve inbreng van de patiënt bij het consult en formuleren het advies of de mogelijke behandelopties zoveel mogelijk in samenspraak met de patiënt. Het is van belang een bondig verslag te maken dat begrijpelijk is voor de huisarts (en POH GGZ) én voor de patiënt, zodat zij daarmee verder kunnen.

Vorm (hoe)

Hiske van Ravesteijn en Wil Buis zullen toelichten hoe zij een eenmalig consult doen. Met de deelnemers worden de verschillende manieren van consulteren en de ervaringen daarmee uitgewisseld. Daarna oefenen de deelnemers door voor een patiënt van een recente intake, als alternatief voor het voorgestelde beleid, adviezen te formuleren voor de huisarts (en POH GGZ).

Leerdoelen

- De deelnemers ervaren het verschil in uitgangspunt tussen enerzijds gaan behandelen en anderzijds je beperken tot adviseren.
- De deelnemers hebben meer zicht op wat je kunt doen in een eenmalig consult.
- De deelnemers krijgen plezier in het bieden van consultatie aan de eerste lijn.

Literatuurverwijzing

Psychische problemen benaderen als een huisarts. P. Lucassen, S. Postma, T. Olde Hartman, H. van Ravesteijn e.a., N Tijdschr Geneesk 2017; 161: D1474. De rol van de psychiater; medisch, contextueel en persoonsgericht denken en handelen in de psychiatrie. FJ van Oenen, S. van Deursen en J. Cornelis, T Psychiatrie 2014, 56: 728-736. Psychiatrische diagnostiek en advies: een door huisartsen gewaardeerde service. WMNJ Buis, Medisch Contact 1997; 52: 467-470.