

Vrijdag 5 april 2019

13:00 - 14:30 uur

SYMPOSIA

S35 Samengesteld symposium: Neurobiologische aspecten van etiologie en behandeling van autisme, slaapstoornissen en depressie

*(gewijzigde sessie t.o.v. programmaboek, verplaatst van vrijdag 5 april naar donderdag 4 april 13:30-15:00)*

## S36 Een blik naar toekomstige behandelingen voor angst en depressie; resultaten van NijCa<sup>2</sup>re

Therapieresistentie en chroniciteit zijn veelvoorkomend bij angst- en depressieve stoornissen. De topggz afdelingen angst en depressie van Pro Persona werken samen met het Behavioural Science Institute, Radboud universiteit Nijmegen en Radboudumc afdeling psychiatrie aan een onderzoeksprogramma NijCa<sup>2</sup>re, gericht op innovaties in de behandeling die leiden tot betere uitkomsten. Daarbij worden verschillende invalshoeken gekozen: van nieuwe behandelvormen als rTMS, inzet van virtual reality tot gebruik van ROM data, en inbreng van het patiëntperspectief. Ook worden 'oude bekende' behandelvormen zoals de MAO-remmers, weer opnieuw bekeken. Dit symposium biedt nieuwe perspectieven in de behandeling voor angst en depressie (NijCa<sup>2</sup>re: Nijmegen Centre for Anxiety and Affective Disorders Research and Expertise <http://nijcare.nl/>)

### S36.1

#### Comorbiditeit angst en depressie: een lastige combinatie?

drs. Wim Braam <sup>1</sup> / prof. dr. Jan Spijker <sup>2,3</sup> / dr Janna Vrijsen <sup>1,4</sup> / dr. Gert-Jan Hendriks <sup>1,5</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Pro Persona
2. Pro Persona
3. BSI, Radboud universiteit
4. Radboudumc, afdeling psychiatrie
5. BSI Radboud universiteit

#### Achtergrond

De meeste GGZ instellingen in Nederland werken met stoornis-specifieke zorgprogramma's. Indien er sprake is van comorbiditeit, wat eerder regel is dan uitzondering in de specialistische GGZ (SGGZ) blijkt er onvoldoende evidentie te bestaan als het gaat om het kiezen van het focus van de behandeling.

#### Doel

Inzicht krijgen in de prevalentie van comorbiditeit met depressie bij patiënten met angststoornissen\* die voor behandeling zijn verwezen naar de specialistische GGZ. Nagaan of er een verschil is in behandel-effect bij een protocollaire angstbehandeling tussen patiënten met (één of meerdere) angststoornissen zonder of met een comorbide depressie \*Met angststoornissen wordt hier nog de DSM-IV classificatie bedoeld: angststoornissen inclusief de dwangstoornissen en de posttraumatische-stressstoornis.

#### Methoden

Retrospectief dossieronderzoek vanaf 2012 tot 2017. Diagnostiek en DSM-classificatie vond plaats m.b.v. een semigestructureerd klinisch interview, i.c. MINI-plus. De behandeling werd uitgevoerd conform de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen en elke 12 weken systematisch gemonitord met zelfrapportage lijsten (waaronder de Inventory of Depressive Symptomatology (IDS) en de Beck Anxiety Inventory (BAI)).

#### Resultaten

Na retrospectieve controle van het EPD en de ROM-data resteerde een dataset met 127 patiënten die primair een protocollaire behandeling (psychologisch/farmacotherapeutisch) hadden gekregen gericht op de aanwezige angststoornis(sen). Bij 46,5 % van de onderzochte patiënten was er een comorbide depressieve stoornis aanwezig. De behandel-effecten bij patiënten met of zonder comorbide depressie verschilden niet van elkaar. Als opvallende bevinding werd gevonden dat de mate van vermindering van de depressieve klachten (gemeten met de IDS) voorspellend bleek te zijn voor de mate van vermindering van de angstklachten (gemeten met de BAI): een sterkere vermindering van de stemmingsklachten bleek een gunstiger beloop van het effect van de protocollaire angstbehandeling te voorspellen.

#### Conclusie

Bij iets minder dan de helft van de patiënten in het zorgprogramma angststoornissen was sprake van een comorbide depressieve stoornis. Een trage of afwezige afname van de depressieve symptomen lijkt geassocieerd met een afname van het behandelresultaat op de angstklachten.

**Literatuurverwijzing**

Schaffer A, McIntosh D, Goldstein BI, Rector NA, McIntyre RS, Beaulieu S, e.a. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments(CANMAT)taskforce recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid anxiety disorders. *Ann Clin Psychiatry* 2012; 24: 6-22.

## S36.2

### **Back tot the future: hoe effectief zijn de monoamine oxidase remmers bij patiënten met een therapieresistente depressie in de klinische praktijk**

drs. Anne Gudde <sup>1</sup> / drs. Annemarie van der Meij <sup>2</sup> / prof. dr. Jan Spijker <sup>1,3</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Pro Persona
2. Pro Persona
3. Radboud Universiteit

#### **Achtergrond**

Monoamine oxidase remmers (MAO-) remmers worden in de klinische praktijk vaak ingezet bij patiënten met een depressie die therapieresistent voor meerdere andere antidepressiva zijn gebleken. De evidentie van de werkzaamheid van MAO-remmers bij therapieresistente depressies is echter slechts beperkt: de diverse studies zijn erg heterogeen en ook de resultaten over de effectiviteit van MAO-remmers lopen uiteen

#### **Doel**

Het verzamelen van meer bewijs voor de effectiviteit van MAO-remmers bij therapieresistente depressie in de klinische praktijk

#### **Methoden**

Er werd retrospectief dossieronderzoek gedaan bij patiënten met een uni- of bipolaire, therapieresistente depressie die tijdens een klinische opname tussen januari 2016 en mei 2018 werden ingesteld op een MAO-remmer. Er is onderzocht wat het verschil in score op de Inventory of Depressive Symptomatology – Self Report (IDS-SR) vragenlijst is vóór behandeling en na drie maanden behandeling. De afname werd tevens als percentage van de score vóór behandeling uitgedrukt. Er is onderzocht hoe vaak er sprake is van remissie (score op de IDS-SR  $\leq 13$ ), respons (afname van  $\geq 50\%$ ), partiële respons (afname 20%-50%), geen respons of uitval. Ook is gekeken of er een verband bestaat tussen de mate van therapieresistentie en het effect van de MAO-remmer en of er een verband bestaat tussen de dosering en het effect van de MAO-remmer.

#### **Resultaten**

Er werden 17 patiënten geïncludeerd. De gemiddelde afname op de IDS-SR was 8,6 ( $\pm 15,1$ ) punten, wat neerkwam op een afname van 16,8%. Dit verschil is statistisch significant. Één patient bereikte volledige remissie, bij twee patiënten was er sprake van respons en vijf patiënten bereikten partiële respons. Zeven patiënten hadden geen respons en drie patiënten stakten binnen drie maanden met de behandeling vanwege onwerkzaamheid. De gemiddelde afname op de IDS-SR was opvallend groter bij patiënten met een bipolaire depressie (afname van  $30,4\% \pm 29,1$ ) dan bij een unipolaire depressie ( $9,3\% \pm 26,7$ ), maar het verschil was niet statistisch significant. Er kon geen verband worden aangetoond tussen de mate van therapieresistentie en het effect van de MAO-remmer. Er kon tevens geen verband worden aangetoond tussen de dosering en het effect van de MAO-remmer.

#### **Conclusie**

De resultaten komen redelijk overeen met de bestaande literatuur (waar een responspercentage van 12 – 75% wordt beschreven). Er zijn echter kwalitatieve gebreken aan de studie, waaronder de grootte van de onderzochte populatie en de onderzoekopzet (onder andere het retrospectieve aspect en het ontbreken van een controlegroep). Ook zijn er andere aspecten die het beschreven effect kunnen verklaren, zoals het natuurlijk beloop van de ziekte (met name bij de bipolaire depressies) en het gelijktijdig volgen van andere therapieën die óók hun effect op depressieve symptomen hebben. Aspecten die het resultaat kunnen hebben beïnvloed zijn onder andere de heterogeniteit en de grote mate van therapieresistentie bij de onderzochte populatie. Concluderend kan worden gesteld dat het onderzoek kwalitatieve gebreken heeft en de resultaten daarom in het juiste perspectief moeten worden geplaatst. Wel geeft het gevonden resultaat, tezamen met de beschouwende samenvatting van de bestaande literatuur, aanleiding tot discussie over het effect van MAO-remmers bij therapieresistente depressies in de klinische praktijk en de plaats van deze antidepressiva in de behandeling van (therapieresistente) depressies in de toekomst

**Literatuurverwijzing**

Adli M, Pilhatsch M, Bauer M, Koberle U, Ricken R, Janssen G, et al. Safety of high-intensity treatment with the irreversible monoamine oxidase inhibitor tranylcypromine in patients with treatment-resistant depression. *Pharmacopsychiatry*. 2008;41(6):252-7.

### S36.3

#### Neurotrofe effecten van rTMS bij therapieresistente depressie

drs. Eveline Ackermans <sup>1,2</sup> / drs Lieke Martens <sup>3</sup> / prof.dr Jan Spijker <sup>2,4</sup> / dr Philip Eijndhoven <sup>1</sup> / prof dr Indira Tendolkar <sup>1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Radboudumc
2. Pro Persona
3. Radboudmc
4. Radboud Universiteit

#### Achtergrond

Depressie is een van de meest prevalentie psychiatrische aandoeningen en slechts een derde van de patiënten met een therapieresistente depressie (TRD) reageert op behandeling. Repetitive transcraniële magnetische stimulatie ( rTMS) is een vrij recente behandelmethod die effectief is gebleken bij TRD. Uit onderzoek komen aanwijzingen naar voren dat rTMS werk via neurotrofe effecten op de hersenen die gemeten kunnen worden als veranderingen in het volume van de hippocampus en amygdala en de dikte van de cortex.

#### Doel

Dit is de eerste placebo('sham')-gecontroleerde studie die longitudinale effecten van rTMS op het volume van hippocampus en amygdala en corticale dikte bij patiënten met TRD onderzoekt

#### Methoden

31 patiënten met TRD ondergingen gedurende 4 weken behandeling middels rTMS (N=15) of sham-rTMS (N=16). Met structurele magnetic resonance imaging (sMRI) onderzochten wij de longitudinale effecten van de behandeling door baseline en follow-up volumes van de hippocampus en amygdala te vergelijken en veranderingen in corticale dikte te bepalen. De mate van therapieresistentie werd voor iedere patient gekwantificeerd middels de Dutch Measure for quantification of Treatment Resistance in Depression (DM-TRD). De mate van depressieve symptomen werd gekwantificeerd door middel van de Hamilton Depression Rating Scale(HDRS).

#### Resultaten

We vonden geen significant verschil tussen de actieve behandelgroep en de shamgroep wat betreft verandering van het volume van de hippocampus en de amygdala. In de actieve behandelgroep was er een trend-effect richting afname van het volume van de linkeramygdala. We vonden een correlatie tussen de HDRS en het rechter hippocampusvolume en een trend-effect in de richting van correlatie met het volume van de rechter amygdala op baseline. De DM-TRD-score correleerde positief met de mate van verandering in het volume van de rechter amygdala na behandeling. De corticale dikte van de isthmus van de linker gyrus cinguli was groter in de actieve behandelgroep in vergelijking met de shamconditie. Dit was onafhankelijk van klinische behandelrespons. Echter, gezien het ontbreken van klinische behandelrespons, blijft de betekenis van en het mechanisme achter deze veranderingen onderwerp voor verder onderzoek

#### Conclusie

Onze resultaten suggereren dat rTMS veranderingen in corticale dikte van de isthmus van de linker gyrus cinguli kan induceren. Ook vonden we longitudinale veranderingen in het volume van de amygdala en correlaties tussen volumeveranderingen en de mate van therapieresistentie.

### **Literatuurverwijzing**

- Gaynes, B.N., et al., Repetitive transcranial magnetic stimulation for treatment-resistant depression: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 2014. 75(5): p. 477-89; quiz 489. - Furtado, C.P., et al., An investigation of medial temporal lobe changes and cognition following antidepressant response: a prospective rTMS study. *Brain Stimul*, 2013. 6(3): p. 346-54. - Hayasaka, S., et al., Lateralized hippocampal volume increase following high-frequency left prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation in patients with major depression. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2017. 71(11): p. 747-758. - Peeters, F.P., et al., The Dutch Measure for quantification of Treatment Resistance in Depression (DM-TRD): an extension of the Maudsley Staging Method. *J Affect Disord*, 2016. 205: p. 365-371.

## S36.4

### **Schematherapie: Onderzoek naar een Innovatieve Behandeling voor Chronische Angst met Comorbide Cluster C Persoonlijheidsproblematiek**

drs. Rosa Pranger <sup>p1,2</sup> / drs. Judith Appel <sup>3,2</sup> / drs. Boris van Passel <sup>1,2</sup> / drs. Sylvie Stappenbelt <sup>1</sup> / dr Julie Krans <sup>4,5</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Pro Persona
2. Radboud Universiteit
3. Pro Persona
4. Radboud universiteit
5. pro persona

#### **Achtergrond**

Een aanzienlijke groep patiënten met een angststoornis heeft geen baat bij de reguliere behandeling, mogelijk door een comorbide persoonlijkheidsstoornis. Schematherapie (ST) is een integratieve behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen en voorlopige resultaten tonen aan dat ST ook effectief is bij patiënten met een angststoornis.

#### **Doel**

bestuderen van de effecten van schematherapie voor chronische angst

#### **Methoden**

De huidige studie kijkt naar de effecten van een innovatieve behandeling ("SCHerp": ST + exposure en responspreventie) voor het behandelen van angstsymptomen bij therapieresistente patiënten met chronische angst en comorbide cluster C persoonlijkheidsproblematiek. Psychische klachten (n = 43) en modi (n = 49) zijn op drie tijdstippen gemeten.

#### **Resultaten**

Uit de resultaten blijkt dat patiënten na deelname aan SCHerp een significant lager niveau van psychische klachten en maladaptieve modi hadden, en een hoger niveau van adaptieve modi. Bij een kwart tot de helft van de patiënten waren deze veranderingen betrouwbaar of zelfs klinisch significant. Daarnaast waren de veranderingen in modi gecorreleerd met veranderingen in psychische klachten.

#### **Conclusie**

Uit de resultaten blijkt dat patiënten na deelname aan SCHerp een significant lager niveau van psychische klachten en maladaptieve modi hadden, en een hoger niveau van adaptieve modi. Bij een kwart tot de helft van de patiënten waren deze veranderingen betrouwbaar of zelfs klinisch significant. Daarnaast waren de veranderingen in modi gecorreleerd met veranderingen in psychische klachten.

#### **Literatuurverwijzing**

Pranger, R., Appel, J., Stappenbelt, S., van Passel, B., Burk, W.J., & Krans, J. (2018) Schema Therapy in Challenging Populations: Investigating an Innovative Treatment for Chronic Anxiety with Comorbid Cluster C Personality Disorders. (master thesis in preparation) Nijmegen, NL: Radboud Universiteit

## S36.5

### **De kracht van depressie: zelfmanagement, ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid bij depressie. Een kwalitatief onderzoek.**

drs. Dorien Smit <sup>p1</sup> / dr Janna Vrijzen <sup>2,3</sup> / dr Janneke Peelen <sup>1</sup> / prof dr Jan Spijker <sup>1,4</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Pro Persona
2. Pro Persona
3. Radboudmc
4. Radboud Universiteit

#### **Achtergrond**

Chronische depressie vormt een belangrijk probleem voor de volksgezondheid vanwege de hoge prevalentie en de grote maatschappelijke kosten. De gevolgen van een chronisch beloop van een depressie zijn ernstig met een groter risico op suicidaliteit, meer comorbiditeit met andere psychische stoornissen en toegenomen beperkingen in fysiek en sociaal functioneren. Door het persisterende karakter van depressie speelt het gebruik van zelfmanagementstrategieën een belangrijke rol in het dagelijks leven van de patiënt. Eigen regie in het goed omgaan met de uitdagingen die een chronische depressie met zich meebrengt wordt steeds belangrijker in de reguliere behandelingen. Deze tendens onderstreept het belang om ervaringen in het omgaan met depressie te verkennen vanuit patiëntperspectief. Het doel van dit onderzoek is om de belangrijkste concepten van ervaringskennis te identificeren bij patiënten met een chronische depressie.

#### **Doel**

Resultaten van dit onderzoek kunnen leiden tot een multidisciplinaire integratie van ervaringskennis en professionele kennis bij het ontwikkelen van nieuwe interventies. Daarnaast kunnen toekomstige depressieve patiënten profiteren van de ervaringskennis van anderen. Tot slot kan een overkoepelende visie op ervaringskennis bij mensen met chronische depressie ondersteunend zijn aan inzicht in het begrip ervaringsdeskundigheid, een veelgebruikt maar beperkt wetenschappelijk onderzocht concept in de psychiatrie.

#### **Methoden**

Een kwalitatief design, waarbij ervaringskennis wordt benaderd als richtinggevend concept maakte een diepgaand onderzoek over dit onderwerp mogelijk. Semigestructureerde interviews zijn gehouden in een doelgericht geworven sample van 15 patiënten, geworven vanuit het ledenbestand van de landelijke Depressie Vereniging en via algemene websites binnen de geestelijke gezondheidszorg. De mogelijkheid om te kunnen reflecteren op ervaringen in het omgaan met depressie werd gewaarborgd door deelnemers die tenminste twee depressieve episodes doorgemaakt hadden over een verloop van tenminste drie jaar te includeren. Bij de kwalitatieve data-analyse werd gebruik gemaakt van open, axiale en theoretische codering, een iteratief proces gedurende de dataverzameling.

#### **Resultaten**

Bij de ontwikkeling van ervaringskennis kunnen drie dominante concepten onderscheiden worden; 1) Inzichten die patiënten hebben om goed om te gaan met hun depressie, 2) Competenties die patiënten ontwikkelen gedurende het omgaan met depressie en kunnen bijdragen aan de inzichten en 3) Zelfmanagementstrategieën die patiënten helpen om inzichten en competenties in hun dagelijks leven vorm te geven. Deze concepten zijn constant in interactie met elkaar, onderwerpen kunnen elkaar overlappen tussen deze drie concepten. Centrale thema's in dit ontwikkelingsproces zijn: autonomie, sociale steun, toekomstperspectief, betekenisgeving, gelijkwaardige relaties, acceptatie, zelfreflectie, behandeling in de GGZ en openheid

#### **Conclusie**

Ontwikkeling van ervaringskennis is een niet-lineair, maar cyclisch leerproces. Het is een persoonlijk ontwikkelingsproces waarin een overkoepelend raamwerk herkend kan worden.

**Literatuurverwijzing**

Chambers, E., Cook, S., Thake, A., Foster, A., Shaw S. et al. 2015. The Self-management of longer-term depression: learning from the patient, a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 15:172.

## S36.6

### Oxytocine, sociale angst en interpersoonlijke ruimte in virtual reality

dr Gero Lange <sup>1</sup> / prof dr Eni Becker <sup>2,3</sup> / prof dr Karin Roelofs <sup>2</sup> / prof dr Marcus Heinrich <sup>4</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Radboud Universiteit Behavioral Science Institute
2. Radboud Universiteit
3. Pro Persona
4. Dept. Biological and Differential Psychology, Albert-Ludwigs-University, Freiburg

#### Achtergrond

In sociale interactie spelen subtiele gedragingen een rol bij wederzijdse beoordeling. Interpersoonlijke ruimte weerspiegelt bijvoorbeeld de nabijheid van de interactie tussen interactiepartners en/of kan worden gezien als een teken van vertrouwen of sympathie. In de Sociale Angst Stoornis (SAS) voorkomt de angst door anderen negatief beoordeeld te worden echter nauwe relaties en ondermijnt vertrouwen in anderen. Hoewel men vermoedt dat SAS vooral samenhangt met cognitieve vertekeningen (bijv. negatieve interpretatie biases), toont onderzoek steeds vaker aan dat sociaal angstige individuen (SA's) subtiel gedrag vertonen dat kan leiden tot daadwerkelijke negatieve evaluatie. Onderzoek heeft bijv. aangetoond dat SA's anderen langzamer benaderen en meer interpersoonlijke afstand houden dan niet-angstige controles. Het neuropeptide oxytocine (OXT) daarentegen, verhoogt de sociale verbondenheid, verbetert prosociale gedragingen en vermindert sociale angst.

#### Doel

onderzoeken in hoeverre OXT subtiel gedrag zoals toenaderingssnelheid en interpersoonlijke ruimte in een virtual reality (VR) omgeving vermindert bij vrouwen met verschillende mate van sociale angst.

#### Methoden

In een placebo-gecontroleerd cross-over design werden vrouwelijke proefpersonen met verschillende gradaties van sociale angst gevraagd om in een VR omgeving virtuele mannelijke en vrouwelijke personen te benaderen, terwijl de toenaderingssnelheid en minimale interpersoonlijke ruimte werden gemeten. Baseline-niveaus van testosteron en cortisol werden eveneens bijgehouden

#### Resultaten

De gegevensverzameling is onlangs voltooid en de resultaten zullen worden gepresenteerd. Eerste voorlopige analyses suggereren dat OXT geen effect had op interpersoonlijke afstand of toenaderingssnelheid en ook niet op de subjectief ervaren angst. Niveau van sociale angst had wel het verwachte effect: langzamere toenadering en meer subjectief ervaren angst ongeacht het toegediende middel.

#### Conclusie

. Steeds vaker wordt OXT gezien als mogelijke aanvullende behandeling voor SAS. Echter, als in-stand-houdende of causale processen, zoals bijvoorbeeld interpersoonlijke vermijdingstendensen, niet veranderen na OXT-toediening, of als OXT-effecten nogal onspecifiek zijn, met het gebruik als therapeutische aanvulling kritisch beoordeeld worden. Meer systematisch onderzoek naar de specificiteit van de pro-sociale eigenschappen van OXT is nodig om de daadwerkelijke waarde voor (verbetering van) de behandeling van SAS te onderbouwen.

#### Literatuurverwijzing

Rinck, M., Rörtgen, T., Lange, W.-G., Dotsch, R., Wigboldus, D. H. J., & Becker, E. S. (2010). Social anxiety predicts avoidance behaviour in virtual encounters. *Cognition & Emotion*, 24(7), 1269 - 1276.  
doi:10.1080/02699930903309268

## S37 Omgaan met onzekerheid: de volgende medische revolutie?

Aanbevelingen in richtlijnen dienen zoveel mogelijk te zijn gebaseerd op de hoogste vorm van wetenschappelijk bewijs die beschikbaar is: de dubbelblinde gerandomiseerde klinische trial. Aan andere vormen van bewijs wordt (veel) minder waarde gehecht. Onzekerheid over de effectiviteit van interventies of medicijnen moet zoveel mogelijk worden uitgebannen. Is dit de beste manier om vooruitgang te boeken en innovatie te bevorderen? Of komen we verder komen als we meer onzekerheid toelaten en leren om daar beter mee om te gaan? Dat zijn de centrale vragen voor dit symposium, die aan de hand van praktijkvoorbeelden zullen worden besproken.

### S37.1

#### Verantwoord afbouwen mogelijk maken door samen beslissen en gebruik van afbouwmedicatie

Dr. Peter Groot <sup>p</sup> / Prof. Dr. Jim van Os <sup>1,2,3</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Department of Psychiatry, Brain Centre Rudolf Magnus, University Medical Centre Utrecht, Utrecht
2. Department of Psychiatry and Psychology, Maastricht University Medical Centre, Maastricht, The Netherlands
3. Department of Psychosis Studies, King's College London, King's Health Partners, Institute of Psychiatry, London, UK

#### Achtergrond

Bij het begeleiden van patiënten die medicijnen zoals antidepressiva, antipsychotica en sedativa gaan afbouwen was het voor behandelaars tot nu toe moeilijk of onmogelijk om afbouwschema's op maat van de patiënt voor te schrijven. Oorzaken waren 1) een gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing voor de juiste manier van afbouwen, waardoor nooit concrete evidence-based aanbevelingen konden worden opgesteld; 2) het niet beschikbaar zijn en/of niet kunnen voorschrijven van de (lagere) doseringen die voor verantwoorde afbouwschema's nodig zijn. Niet goed kunnen afbouwen kan leiden tot het optreden van onttrekkingsverschijnselen waar patiënten zeer veel last van kunnen hebben en die kunnen leiden mislukte stoppogingen en onnodig langdurig medicijngebruik.

#### Doel

Verantwoord afbouwen in de praktijk mogelijk maken door de ontwikkeling van afbouwmedicatie verpakt in zogenaamde taperingstrips die door de behandelaar door middel van gedeelde besluitvorming - shared decision making - kan worden voorgeschreven.

#### Methoden

De effectiviteit van afbouwmedicatie werd onderzocht in een observationeel onderzoek naar de afbouw van antidepressiva in de dagelijkse klinische praktijk. Belangrijke uitkomstmaten waren 1) of patiënten hun antidepressivum helemaal konden afbouwen; 2) hoeveel last ze hadden gehad van onttrekkingsverschijnselen. Omdat veel patiënten eerder één of meer afbouw pogingen hadden gedaan kon een vergelijking binnen de patiënt worden gemaakt tussen afbouwen zonder (op de 'gebruikelijke manier) en mét behulp van afbouwmedicatie.

#### Resultaten

Van 1194 gebruikers van taperingstrips wensten 895 (75%) hun antidepressiva te staken. Voor deze 895 was de mediane duur van het antidepressivumgebruik 2-5 jaar (IQR: 1-2 jaar  $\geq$  10 jaar). Bijna tweederde van hen (62%) had eerder tevergeefs geprobeerd om af te bouwen (mediaan = 2 keer eerder, IQR 1-3). Van hen had bijna iedereen (97%) last gehad van onttrekkingsverschijnselen. Bij de helft (49%) werden die als zeer ernstig beoordeeld (7 op een schaal van 1-7, IQR 6-7). De meest voorkomende medicijnen waren paroxetine (n = 423, 47%) en venlafaxine (n = 386, 43%). Van de 895 mensen die wilden stoppen, slaagden 636 (71%) erin om hun antidepressivum volledig af te bouwen, met een mediaan van 2 taperingstrips (IQR 1-3) of 56 dagen (IQR = 28-84).

#### Conclusie

Afbouwen met behulp van taperingstrips is een eenvoudige en effectieve manier om de dosis van een medicijn geleidelijk te verlagen, leidt tot veel minder onttrekkingsverschijnselen en slaagt veel vaker dan afbouwen zoals

dat tot nu toe in de praktijk plaatsvindt. Afbouwen met afbouwmedicatie op basis van samen beslissen leidt tot grotere tevredenheid bij patiënten, ook als volledige afbouw niet slaagt of als er sprake is van terugval. Het is waarschijnlijk dat de meerderheid van alle patiënten die eerder zonder succes pogingen hebben gedaan om een antidepressivum af te bouwen daar alsnog in zal slagen als bij het afbouwen gebruik kan worden gemaakt van afbouwmedicatie.

#### **Literatuurverwijzing**

1. Groot, P. C., & van Os, J. (2018). Antidepressant tapering strips to help people come off medication more safely. *Psychosis*, 10(2), 142-145. DOI: 10.1080/17522439.2018.1469163. 2. Multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's & SNRI's' 26 september 2018. Samengesteld door KNMP, MIND, NHG & NVvP. [www.nvvp.net/stream/multidisciplinair-document-afbouwen-ssris-en-snr](http://www.nvvp.net/stream/multidisciplinair-document-afbouwen-ssris-en-snr)

## **The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change?**

Prof. Dr. Jim van Os <sup>p1,2,3</sup> / Dr. Sinan Guloksuz <sup>4</sup> / Dr. Thomas Vijn <sup>5</sup> / Prof. Dr. Anton Hafkenscheid <sup>6</sup> / Prof. Dr. Philippe Delespaul <sup>7,8</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. UMC Utrecht Hersencentrum Department of Psychiatry, Brain Centre Rudolf Magnus, University Medical Centre Utrecht, Utrecht
2. Department of Psychiatry and Psychology, Maastricht University Medical Centre
3. Department of Psychosis Studies, King's College London, King's Health Partners, Institute of Psychiatry, London, UK
4. Department of Psychiatry and Psychology, Maastricht University Medical Centre, Maastricht
5. Radboud University Medical Center, Radboud Institute for Health Sciences, Scientific Center for Quality of Healthcare, Nijmegen
6. Arkin/Sinai Centrum, Amsterdam, The Netherlands
7. Department of Psychiatry and Psychology, Maastricht University Medical Centre, Maastricht, The Netherlands
8. Mondriaan, Heerlen/Maastricht, The Netherlands

### **Achtergrond**

The content and organization of mental health care have been heavily influenced by the view that mental difficulties come as diagnosable disorders that can be treated by specialist practitioners who apply evidence-based practice (EBP) guidelines of symptom reduction at the group level. However, the EBP symptom-reduction model is under pressure, as it may be disconnected from what patients need, ignores evidence of the trans-syndromal nature of mental difficulties, overestimates the contribution of the technical aspects of treatment compared to the relational and ritual components of care, and underestimates the lack of EBP group-to-individual generalizability. A growing body of knowledge indicates that mental illnesses are seldom "cured" and are better framed as vulnerabilities. Important gains in well-being can be achieved when individuals learn to live with mental vulnerabilities through a slow process of strengthening resilience in the social and existential domains. These are not identified as primary objectives in traditional EBP-focused mental health services. Innovative models of integration of social and mental health care, and a recognition of the importance of the existential domain, are required to address this imbalance. High rates of mental difficulties in the population require the presence of a strong and well-organized public health service.

### **Doel**

In this paper, we examine what a mental health service would look like if the above factors were taken into account. The mental health service of the 21st century may be best conceived of as a small-scale healing community fostering connectedness and strengthening resilience in learning to live with mental vulnerability, complemented by a limited number of regional facilities. Peer support, organized at the level of a recovery college, may form the backbone of the community. Treatments should be aimed at trans-syndromal symptom reduction, tailored to serve the higher-order process of existential recovery and social participation, and applied by professionals who have been trained to collaborate, embrace idiography and maximize effects mediated by therapeutic relationship and the healing effects of ritualized care interactions.

### **Methoden**

Integration with a public mental health system of e-communities providing information, peer and citizen support and a range of user-rated self-management tools may help bridge the gap between the high prevalence of common mental disorder and the relatively low capacity of any mental health service.

### **Resultaten**

Pilots of (components of) this type of "new" mental health care are being organized in several European countries across different contexts,

### **Conclusie**

This shows the feasibility of hard-needed action-research innovations in mental health care.

**Literatuurverwijzing**

van Os, J., Guloksuz, S., Vijn, T. W., Hafkenscheid, A., & Delespaul, P. (2018). The diagnosis evidence-based group-level symptom-reduction model as organizing principle for mental health care: Time for change? *World Psychiatry*, in press.

## The Complexities of Evaluating the Exposome in Psychiatry: A Data-Driven Illustration of Challenges and Some Propositions for Amendments

Dr. Sinan Gülöksüz<sup>1,2</sup> / Prof. Dr. Bart Rutten<sup>3</sup> / Lotta-Katrin Pries<sup>4</sup> / Dr. Margreet ten Have<sup>5</sup> / Dr. Ron de Graaf<sup>5</sup> / Dr. Saskia van Dorsselaer<sup>5</sup> / Dr. Boris Klingenberg<sup>4</sup> / Prof. Dr. Jim van Os<sup>6,1,7</sup> / Prof. Dr. John Ioannidis<sup>8,9,10</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Department of Psychiatry and Psychology, Maastricht University Medical Centre, Maastricht, The Netherlands
2. Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA
3. Department of Psychiatry and Neuropsychology, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University Medical Centre,
4. Department of Psychiatry and Neuropsychology, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University Medical Centre
5. Department of Epidemiology, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction; Utrecht
6. Department of Psychiatry, Brain Centre Rudolf Magnus, University Medical Centre Utrecht, Utrecht
7. Department of Psychosis Studies, King's College London, King's Health Partners, Institute of Psychiatry, London, UK
8. Stanford Prevention Research Center, Department of Medicine, Department of Health Research and Policy and Department of Biomedical Data Science, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA
9. Department of Statistics, Stanford University School of Humanities and Science, Stanford, CA
10. Meta-Research Innovation Center at Stanford (METRICS), Stanford University, Stanford, CA

### Achtergrond

Identifying modifiable factors through environmental research may improve mental health outcomes.

### Doel

Several challenges need to be addressed to optimize the chances of success.

### Methoden

By analyzing the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 data, we provide a data-driven illustration of how closely connected the exposures and the mental health outcomes are and how model and variable specifications produce “vibration of effects” (variation of results under multiple different model specifications).

### Resultaten

Interdependence of exposures is the rule rather than the exception. Therefore, exposure-wide systematic approaches are needed to separate genuine strong signals from selective reporting and dissect sources of heterogeneity. Pre-registration of protocols and analytical plans is still uncommon in environmental research. Different studies often present very different models, including different variables, despite examining the same outcome, even if consistent sets of variables and definitions are available. For datasets that are already collected (and often already analyzed), the exploratory nature of the work should be disclosed. Exploratory analysis should be separated from prospective confirmatory research with truly pre-specified analysis plans. In the era of big-data, where very low P values for trivial effects are detected, several safeguards may be considered to improve inferences, eg, lowering P-value thresholds, prioritizing effect sizes over significance, analyzing pre-specified falsification endpoints, and embracing alternative approaches like false discovery rates and Bayesian methods.

### Conclusie

Any claims for causality should be cautious and preferably avoided, until intervention effects have been validated. We hope the propositions for amendments presented here may help with meeting these pressing challenges.

### Literatuurverwijzing

Guloksuz, S., Rutten, B. P. F., Pries, L. K., Ten Have, M., de Graaf, R., van Dorsselaer, S., . . . Ioannidis, J. P. A. (2018). The Complexities of Evaluating the Exposome in Psychiatry: A Data-Driven Illustration of Challenges and Some Propositions for Amendments. *Schizophrenia Bulletin*. doi:10.1093/schbul/sby118

S37.4

Omgaan met onzekerheid – welke lessen kunnen we trekken uit de praktijk?

P: Presenterende auteur / spreker

1. Department of Psychiatry and Psychology, Maastricht University Medical Centre, Maastricht
2. Department of Psychiatry, Brain Centre Rudolf Magnus, University Medical Centre Utrecht, Utrecht
3. Department of Psychosis Studies, King's College London, King's Health Partners, Institute of Psychiatry, London, UK
4. Department of Psychiatry and Psychology, Maastricht University Medical Centre, Maastricht

### **Achtergrond**

De medische wetenschap streeft ernaar om onzekerheid zoveel mogelijk weg te nemen door zich te baseren op de wetenschappelijke literatuur, door daarin te zoeken naar het beste evidence based bewijs dat daarin te vinden is. Om er op zo voor te zorgen dat behandelaars weten wat ze moeten doen en waarom. Uit de praktijk blijkt dat die benadering niet erg goed uitpakt. De problemen bij medicatie afbouw kunnen als voorbeeld dienen. Mogelijke verklaringen hiervoor kunnen zowel in de praktijk als in de theorie worden gezocht. In dit symposium worden een aantal daarvan besproken.

### **Doel**

Het doel van dit symposium is om aan de hand van theorie en praktijk te bespreken wat de nadelen zijn van de huidige, vaak impliciete, zoektocht naar zekerheid in het huidige medische en in het bijzonder ook het psychiatrische wetenschappelijke onderzoek. En om te onderzoeken wat een andere benadering, waarbij het accepteren van en omgaan met onzekerheid centraal staat, kan opleveren.

### **Methoden**

Besproken wordt hoe het streven naar zekerheid en het vermijden van onzekerheid de dagelijkse klinische praktijk heeft beïnvloedt bij de ontwikkeling, implementatie en toepassing van afbouwmedicatie, en door nader in te gaan op de consequenties van nieuwe theoretische inzichten.

### **Resultaten**

Bij de invoering van afbouwmedicatie is veel te weinig aandacht besteed aan ervaringen van patiënten en behandelaars in de dagelijkse klinische praktijk. Het voorkomen van onttrekkingsverschijnselen en de ernst daarvan werden heel lang gebagatelliseerd. Oplossingen die van buiten, door patiënten zelf, werden aangedragen werden vrijwel volledig genegeerd.

### **Conclusie**

Op basis van de besproken theorie en praktijk worden een aantal conclusies getrokken en suggesties gedaan voor de toekomst: 1. Bij het opstellen van richtlijnen moet meer waarde worden gehecht aan vormen van bewijs waaraan nu tot nu toe weinig of geen waarde wordt gehecht. 2. Bij de beoordeling van zogenaamd 'evidence-based' bewijs moet veel kritischer gekeken worden naar de waarde die dat bewijs heeft. 3. Bij de beoordeling van een nieuwe interventie moet ook de vraag worden gesteld of en hoeveel bewijs er eigenlijk is voor al bestaande en toegepaste interventie(s). 4. Het is contra productief om al naar de kosteneffectiviteit te kijken voordat een interventie überhaupt is ontwikkeld.

### **Literatuurverwijzing**

1. Simpkin, A. L., & Schwartzstein, R. M. (2016). Tolerating Uncertainty - The Next Medical Revolution? *N Engl J Med*, 375(18), 1713-1715. doi:10.1056/NEJMp1606402
2. Groot, P. C., & van Os, J. (2018). Antidepressant tapering strips to help people come off medication more safely. *Psychosis*, 10(2), 142-145. DOI:

10.1080/17522439.2018.1469163. 3. Multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's & SNRI's' 26 september 2018. Samengesteld door KNMP, MIND, NHG & NVvP. [www.nvvp.net/stream/multidisciplinair-document-afbouwen-ssris-en-snrri](http://www.nvvp.net/stream/multidisciplinair-document-afbouwen-ssris-en-snrri) 4. van Os, J., Guloksuz, S., Vijn, T. W., Hafkenscheid, A., & Delespaul, P. (2018). The diagnosis evidence-based group-level symptom-reduction model as organizing principle for mental health care: Time for change? *World Psychiatry*, in press. 5. Guloksuz, S., Rutten, B. P. F., Pries, L. K., Ten Have, M., de Graaf, R., van Dorsselaer, S., . . . Ioannidis, J. P. A. (2018). The Complexities of Evaluating the Exposome in Psychiatry: A Data-Driven Illustration of Challenges and Some Propositions for Amendments. *Schizophr Bull.* doi:10.1093/schbul/sby118

## WORKSHOPS

W49 Minder praten, meer doen: customized exposure anno 2019

Drs. Rob Faltin <sup>1,2,3</sup> / Cognitief gedragstherapeutisch werker, trainingactrice, docent, EMDR-practitioner, maatschappelijk werker, GGZ-agoog Carla Steeman <sup>4</sup>

P: Workshopleiders

1. Doe-Psy Leeuwarden
2. GGZ inGeest
3. Doe-Psy Amsterdam
4. GGZ Noordholland Noord

### **Inhoud (wat)**

Voor de meeste angst-, dwang- en traumagerelateerde stoornissen staat exposuretherapie sinds jaren in de behandelrichtlijnen in Nederland en veel andere landen. Ook recent is veel over exposure geschreven. 'Exposure Maximaliseren' en 'Nieuwe inzichten over exposure': dat zijn titels van recente wetenschappelijke artikelen over exposure. Exposure-goeroes zoals Clarke, Craske, Hofmann, Margraf, Öst en Rijkeboer hebben de afgelopen jaren lezingen en workshops over exposure in Nederland gegeven. Toch wordt exposure te weinig effectief toegepast en missen veel cliënten zo de beste weg naar herstel. Een belangrijke reden lijkt te zijn dat de therapeut de behandeling niet geeft zoals bedoeld: de zogenaamde 'therapist drift' (Waller & Turner, 2016, Moritz e.a., 2018): de therapeut heeft bijvoorbeeld drie kwartier met de cliënt gepraat en de cliënt heeft niet geoefend (en de therapeut ook niet).

### **Vorm (hoe)**

Eerst zullen exposureprotocollen voor verscheidene angst- en dwangstoornissen de revue passeren. De theoretische achtergrond, rationale en wetenschappelijk bewijs van exposuretherapie worden in vogelvlucht gepresenteerd. Dan zult u als deelnemer oefenen met exposure voor angst- en dwangstoornissen met als doel meer en gerichtere exposure tijdens therapieessies. U zult gemotiveerd kunnen raken om over uw eigen angst of schaamte heen te stappen. Door bijvoorbeeld expres te hyperventileren, afwijzing op te zoeken, vieze dingen aan te raken of enge dingen op te schrijven. Als het u voldoende gelukt is, kunt u ook oefenen in de therapeutrol, met iemand die de cliëntrol inneemt.

### **Leerdoelen**

Cliënten leren in exposuretherapie: nieuwe verwachtingen. Ze kunnen bijvoorbeeld leren dat je geen hartaanval krijgt als je hart te keer gaat, dat je niet flauwvalt van duizeligheid, dat je het aankunt als je afgewezen wordt, dat je niet ziek wordt als je een openbaar toilet aanraakt, of dat er geen ramp optreedt als je rampzalige dingen uitspreekt of opschrijft. Het lijkt ons handig als therapeuten deze ervaringen zelf ook hebben gehad en exposureoefeningen zelf beheersen. Immers: zou u willen leren schaatsen van een leraar die niet kan schaatsen? Leren zingen van een docent die niet of vals zingt, of een taal willen leren van een analfabeet? Kom naar onze workshop als u graag meer wilt halen uit exposure en bereid bent om uit ervaringen te leren.

### **Literatuurverwijzing**

Craske, M. G, Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B, (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy* (58), 10-23. Nederlandse versie: Vervliet, B., Depreeuw, B., Treanor, M., Conway, C.C., Zbozinek, T., & Craske, M.G. (2014). Exposuretherapie maximaliseren. Een benadering volgens het inhibitorisch-leermodel. *Gedragstherapie*, 47, 296-339. Faltin, R. (2017). Laat ze maar denken. Amsterdam: Boom Uitgevers. Fang, A., Sawyer, A.T., Asnaani, A. & Hofmann, S. (2013). Social Mishap Exposures for Social Anxiety Disorder: An Important Treatment Ingredient. *Cognitive and behavioral practice*, 20(2):213-220. Moritz, S., Külz, A., Voderholzer, U., Hillebrand, T., McKay, D., & Jelinek, L. (2018). "Phobie à deux" and other reasons why clinicians do not apply exposure with response prevention in patients with obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1-15. DOI: 10.1080/16506073.2018.1494750 Rijkeboer, M. M., & Hout, M. A. van den. Nieuwe inzichten over exposure. (2014) *Gedragstherapie*, 47(1), 2-19. Tijdschrift voor Gedragstherapie: Themanummer over evidence-based practice (jaargang 51, nr. 2, 2018). Waller, G., & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 129-137

**W50 Rijgeschiktheid in de spreekkamer**

P: Workshopleiders

1. Pro Persona, centrale Ringgroep, 1NP, Netwerk Maatschappelijk Herstel
2. Prof Innovations Mental Health
3. Psychiater afdeling Psychose Universitair Centrum Psychiatrie Groningen
4. Emergis psychiater en zorgcoördinator zorgprogramma psychose

### **Inhoud (wat)**

De verwachting is dat eind 2018 de nieuwe adviesnota Rijgeschiktheid bij Psychose is geautoriseerd. Uitgangspunt is dat niet diagnose, recidievrij termijn, medicatiegebruik en aantal recidieven het oordeel over rijgeschiktheid moet bepalen maar de drie assen cognitief en psychomotorisch functioneren, stabiliteit van functioneren en gezondheidsvaardigheden waaronder inzicht in het eigen functioneren. De behandelend arts heeft hierin een rol. Zowel verkeersveiligheid als participatiemogelijkheden en destigmatisering gezien vanuit de rechten van de Mens zijn bepalend.

### **Vorm (hoe)**

Na een kennisoverdracht over achtergronden van de nieuwe adviesnota Rijgeschiktheid bij Psychose wordt in het tweede deel gefocused op factoren die rijgeschiktheid beïnvloeden en op dilemma's in de praktijk. Deze gelden overigens voor ook andere diagnoses, binnen de psychiatrie en de somatiek. . Casuïstiek, inbreng vanuit de zaal, zal in het derde deel de ruimte krijgen. We sluiten af met implementatiesuggesties

### **Leerdoelen**

Doel / eindtermen: Na afsluiting van de workshop hebben deelnemers in grote lijnen een beeld van de nieuwe adviezen, weten zij wat gezondheidsvaardigheden zijn en hoe om te gaan met rijgeschiktheid in de spreekkamer.

### **Literatuurverwijzing**

Adviesnota Rijgeschiktheid bij Psychose

P: Workshopleiders

### **Inhoud (wat)**

Er bestaan diverse evidence based behandelmethoden voor de Posttraumatische Stresstoornis (PTSS), zoals imaginaire exposure (IE), cognitieve gedragstherapie (CGT) en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Deze behandelvormen zijn sterk gericht op een of enkele specifieke traumatische gebeurtenissen. Vooral bij complexe patiënten met een voorgeschiedenis van meervoudig trauma zijn deze methoden niet altijd makkelijk toe te passen. Bij Narratieve Exposure Therapie (NET) worden de traumatische gebeurtenissen niet geïsoleerd, maar juist in de context van de levensgeschiedenis behandeld, zodat niet alleen de angst uitdooft maar daarnaast de traumatische herinneringen beter worden ingebed in het autobiografische geheugen. Daarnaast wordt ook aandacht besteed aan de positieve gebeurtenissen uit de levensgeschiedenis (1). Vanwege de specifieke focus op het bewerken van zowel het impliciete als het autobiografische geheugensysteem bij traumatische ervaringen, is NET speciaal geschikt voor patiënten waarbij sprake is van meervoudige en complexe traumatische ervaringen. Voorbeelden zijn herhaald seksueel trauma of oorlogstrauma, maar ook bijvoorbeeld EPA patiënten met PTSS (2). Doorgaans zijn het deze complexe traumapatiënten, die worden gezien door de psychiater. Het consequent en chronologisch doorwerken van de levensloop en de diverse traumatische gebeurtenissen helpt bij de herkenning van de onderling verbonden emotionele trauma-netwerken bij meervoudig trauma. Het zal het autobiografische geheugen weer herstellen, waardoor PTSS-symptomen afnemen en zal leiden tot een beter persoonlijk begrip van schema's en sociale emoties die zich hebben gevormd gedurende de levensgeschiedenis. NET zorgt voor betekenisgeving en biedt de mogelijkheid tot getuigenis tegen mensenrechten schendingen. Dat NET een effectieve behandeling is, zowel voor PTSS als comorbide depressie wordt ondersteund door inmiddels 20 RCT's (N=1032), zowel uitgevoerd in lage inkomens landen als in Westerse landen (3). Inmiddels is NET opgenomen in de richtlijnen van de APA (2017) (4). NET wordt ook bij complexe patiënten goed verdragen en is qua methodiek voor patiënten makkelijk te begrijpen (1). Inmiddels bestaat NET ook voor kinderen met PTSS (KIDNET) en voor daders met PTSS (FORNET).

### **Vorm (hoe)**

In deze workshop worden de principes van NET en de praktische uitvoering op een interactieve manier besproken door twee ervaren NET-trainers/psychiaters, met presentaties, oefeningen, video en casuïstiek.

### **Leerdoelen**

De deelnemer is aan het einde van workshop bekend met de theoretische basis, de indicatie stelling en de globale praktische uitvoering van NET.

### **Literatuurverwijzing**

1. Jongedijk, R. (2014). Levensverhalen en psychotrauma. Narratieve exposure therapie in theorie en praktijk: Uitgeverij Boom, Amsterdam. 2. Mauritz, M.W., Gaal, B.G.I. van, Jongedijk R.A., Nijhuis-van der Sanden, M.W.G., Schoonhoven, L., Goossens, P.J.J. Narrative Exposure Therapy for Posttraumatic Stress Disorder associated with repeated interpersonal trauma in patients with Severe Mental Illness: a mixed methods convergent design study. European Journal of Psychotraumatology. DOI: 10.3402/ejpt.v7.32473 3. Robjant, K., Fazel, M. (2010). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: a review. Clinical Psychology Review; 30(8):1030-1039. 4. American Psychological Association (2017). Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>

Dr. Annemiek Dols <sup>1,2</sup> / Dr. Yolande Pijnenburg <sup>3,2</sup>

P: Workshopleiders

1. GGZinGeest VUmc
2. Neuroscience Campus
3. Alzheimercentrum VUmc

### **Inhoud (wat)**

De vakgebieden psychiatrie en neurologie bestuderen hetzelfde orgaan: de hersenen. Symptomen zoals apathie, ontremming, psychose en stereotypie kunnen passen bij zowel psychiatrische als neurologische ziektebeelden. Als deze symptomen later in het leven ontstaan (na het 40ste levensjaar) dan staan neurologische ziektebeelden ook hoog in de differentiaal diagnose. Beeldvorming van de hersenen wordt dan vaak verricht om een "organische oorzaak" uit te sluiten. De klinische praktijk is echter gecompliceerd; ook psychiatrische ziektebeelden kunnen gepaard gaan met afwijkingen op hersenscans, en niet alle afwijkingen op hersenscans zijn symptomatisch. Chronische traumatische encephalopathie (boksersdementie), frontotemporale dementie (ziekte van Pick), vasculaire dementie, Alzheimerdementie, post-traumatische laesies en cerebrovasculaire accidenten (CVA) kunnen symptomen geven die een psychiatrische oorzaak doen vermoeden. De specificiteit en sensitiviteit van hersenscan bevindingen bij deze aandoeningen zal worden toegelicht.

### **Vorm (hoe)**

Na een inleiding waarbij de achtergrond en theorie van de diverse hersen imaging technieken (CT, MRI, PET en SPECT) wordt besproken, volgt een bespreking van een aantal casus waarbij de differentiaal diagnose primair psychiatrische aandoening, neurologische en neurodegeneratieve stoornis is. De bevindingen van diverse hersen imaging technieken in deze casus worden kritisch en interactief besproken.

### **Leerdoelen**

1. kennis nemen en vertrouwd raken met diverse hersen imaging technieken
2. kennis nemen en vertrouwd raken met bevindingen van diverse hersen imaging technieken

### **Literatuurverwijzing**

Gedragsverandering als symptoom, het diagnosticeren van de gedragsvariant van frontotemporale dementie. Vijverberg EGB, Gossink F, Krudop W, Dols A, Pijnenburg YAL. Ned Tijdschr Geneeskd. 2018 Aug 3;162.

Dr. Marijke Bremmer <sup>p1</sup> / Drs Roy van Vlerken <sup>1</sup> / Drs Elise Nelis <sup>1</sup>

P: Workshopleiders

1. Amsterdam UMC locatie VUmc

### **Inhoud (wat)**

Gender is “hot” in de samenleving, en de kans is groot dat u in de toekomst steeds vaker patiënten zult spreken met vragen omtrent hun genderidentiteit, of met patiënten die in transitie zijn (geweest). Genderdysforie roept veel vragen op en het fenomeen dwingt ons als psychiaters om na te denken over de grenzen van ons vak, over wat wij normaal vinden en wat psychopathologisch. Ook confronteren deze patiënten ons met onze eigen opvattingen over seksualiteit en over hoe we zelf mannelijkheid en vrouwelijkheid zien. Dat leidt tot vragen als: kan een gender-gevoel wel pathologisch zijn?, welke rol speelt seksualiteit en seksuele identiteit in de genderbeleving? worden er soms onbewust seksuele trauma's en conflicten uit-geageerd? , en in hoeverre zijn transitie-wensen te duiden als een (pre-) psychotisch verschijnsel?

### **Vorm (hoe)**

Deze workshop wordt verzorgd door psychiaters van het KZcG. We zullen een korte introductie verzorgen in de verschillende aspecten van genderbeleving, gender identiteit en genderexpressie. Aan de hand van enkele casus worden verschillende aspecten van de behandeling van psychiatrische patiënten met genderdysforie uitgewerkt. Thema's die aan bod komen zijn: psychose en genderdysforie, autisme, seksualiteitsbeleving en suicidaliteit. Deelnemers worden nadrukkelijk uitgenodigd om casuïstiek in te brengen.

### **Leerdoelen**

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

### **Literatuurverwijzing**

1. <https://www.vumc.nl/afdelingen/zorgcentrum-voor-gender/> 2. The Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health (WPATH; [www.wpath.org](http://www.wpath.org)) 3. Meijer JH, Eeckhout GM, van Vlerken RH, de Vries AL. Gender Dysphoria and Co-Existing Psychosis: Review and Four Case Examples of Successful Gender Affirmative Treatment. *LGBT Health*. 2017 Apr;4(2):106-114

Dr. Jonna van Eck van der Sluijs <sup>1,2</sup> / Dr. Arjan Videler <sup>1,3,2</sup> / Drs. Gabriela Sempertegui <sup>1</sup> / Drs. Audrey van Vugt <sup>1</sup> / Dr. Peter Hilderink <sup>1</sup>

P: Workshopleiders

1. Topklinisch Centrum Lichaam Geest en Gezondheid, GGz Breburg
2. Tranzo Department, Tilburg University
3. PersonaCura, expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen en autisme bij ouderen, GGz Breburg

### **Inhoud (wat)**

De combinatie van lichamelijke klachten en psychische aandoeningen is een complex terrein, zowel voor patiënten als voor somatische hulpverleners als voor psychiaters. In deze workshop staan een aantal belangrijke innovatieve ontwikkelingen centraal op het terrein van somatisch symptoomstoornissen (SSS) en SOLK bij volwassenen en ouderen. Allereerst wordt een korte inleiding gegeven over SOLK en SSS bij volwassenen. Daarna wordt aan de hand van casus ingegaan op de differentiële indicatiestelling voor behandeling. Vervolgens wordt een kort overzicht gegeven van SOLK en SSS bij ouderen, waarna wordt geoefend met casus waarin complexe combinaties spelen van somatiek, somatisch symptoomstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen op latere leeftijd. Hoewel zowel de diagnostiek als de behandeling complex zijn, gloort er hoop voor deze patiënten. Deze casus worden belicht vanuit psychologisch, psychiatrisch en klinisch geriatrisch perspectief. In deze workshop staan zowel de meest recente wetenschappelijke inzichten als de praktische vertaling naar de klinische praktijk centraal.

### **Vorm (hoe)**

Interactieve workshop met casusbesprekingen van volwassen en oudere patiënten met complexe interacties tussen lichamelijke en psychische klachten.

### **Leerdoelen**

- Kennis over SOLK en somatisch-symptoomstoornissen - Kunnen indiceren voor CGT versus ACT - Inzicht hebben in de complexe interactie tussen somatische, psychologische en psychiatrische factoren bij volwassenen en ouderen met SOLK en somatisch-symptoomstoornissen

### **Literatuurverwijzing**

van Eck van der Sluijs, J.F., ten Have, M., De Graaf, R., Rijnders, C. A. T., Van Marwijk, H. W., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2018). Predictors of persistent Medically Unexplained physical Symptoms: findings from a general population study. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 613. van Eck van der Sluijs, J.F., Have, M., ten, Rijnders, C.A.T., van Marwijk, H.W.J., de Graaf, R., & van der Feltz-Cornelis, C.M. (2015). Medically unexplained and explained physical symptoms in the general population: association with prevalent and incident mental disorders. *Plos One* 2015; 10(4). Benraad, C.E.M., Hilderink, P.H., van Driel, T.J.W., Disselhorst, L.G., Lubberink, B., van Wolferen, .L, Olde Rikkert, M.G.M., & Oude Voshaar, R.C. (2013). Physical functioning in older people with somatoform disorders: a pilot study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14 (1), 9-13 Hanssen, D. J., Lucassen, P. L., Hilderink, P. H., Naarding, P., & Voshaar, R. C. O. (2016). Health-related quality of life in older persons with medically unexplained symptoms. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(11), 1117-1127. Ouwens, M.A., van Alphen, S.P.J., Oude Voshaar, R.C., & Videler, A.C. (2018). Somatisch symptoomstoornissen. In S.P.J. van Alphen, R.C. Oude Voshaar, F. Bouckaert & A.C. Videler. *Handboek persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen*. Utrecht: De Tijdstroom. Verdurmen, M.J.H., Videler, A.C., Kamperman, A.M., Khasho, D., & van der Feltz-Cornelis, C.M. (2017). Cognitive behavioral therapy for somatic symptom disorders in later life: A prospective comparative explorative pilot study in two clinical populations. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2331.

## **W55 Een transdiagnostisch perspectief op diagnostische classificatie: de DC:0-5, een nieuw classificatiesysteem voor jonge kinderen, als bruikbaar model.**

Dr Janne Visser <sup>1,2</sup> / Dr. Frederike Scheper <sup>3</sup> / Drs Marilene de Zeeuw <sup>2</sup>

P: Workshopleiders

1. Karakter
2. Dimence
3. MOC Kabouterhuis

### **Inhoud (wat)**

In deze workshop gaan wij in op de vraag hoe we diagnostiek en classificatie op systematische wijze in een breder perspectief kunnen plaatsen. Daarbij wordt uitgegaan van de theoretische achtergrond, inhoud en klinisch gebruik van het nieuw gereviseerde classificatiesysteem voor nul- tot en met vijfjarigen, de Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC:0-5). Hoewel de DC:0-5 deels de inhoud volgt van de DSM-5, wordt systematisch naar de problemen en symptomen gekeken vanuit het brede perspectief van de vroege ontwikkeling, de (relationele) contexten en de culturele normen en waarden van de betrokken systemen. Wij laten zien dat het classificatiesysteem een goed hulpmiddel is bij het maken van zorgvuldige, systematische probleemanalyses ten behoeve van een juiste indicatiestelling en afstemmen van hulpverlening. 1) Achtergrond en opbouw van de DC:0-5 (Janne Visser) Allereerst krijgen de deelnemers uitleg over de theoretische achtergrond van de DC:0-5, de opbouw met 5 assen en te volgen procedures om te classificeren. Hierbij wordt ingegaan op belangrijke verschillen met de DSM-5 aan de hand van een aantal diagnostische categorieën. De theorie wordt geïllustreerd aan de hand van een casus waarbij de deelnemers onder begeleiding gaan oefenen met drie van de vijf assen van het classificatiesysteem: medisch-somatische aandoeningen, psychosociale stressoren en de ontwikkeling van competenties. 2) De relationele context (as II) (Marilène de Zeeuw) Vervolgens wordt ingegaan op de relatie tussen het kind en de omgeving (invloeden, interacties, adaptatie). De relationele context is een van de belangrijkste pijlers van de DC:0-5. Aan bod komt de wijze waarop (mal)adaptatie binnen de relatie met de omgeving door middel van as II (met de daarin opgenomen dimensies en schalen) beter zichtbaar en begrepen kan worden. De implicaties hiervan voor de behandeling worden besproken aan de hand van de trauma-, stress en deprivatie stoornissen. 3) Klinische stoornissen (as I) (Frederike Scheper) Als laatste zal de link worden gelegd met klinische stoornissen op as I, waarbij ook aandacht zal zijn voor differentiaaldiagnostiek en co-morbiditeit en voor temperament en gehechtheid als transdiagnostische factoren. De dilemma's bij de diagnostische classificatie van de veelvoorkomende regulatieproblemen worden geïllustreerd aan de hand van de eerder besproken casus (uit deel 1).

### **Vorm (hoe)**

Korte presentaties afgewisseld met oefeningen aan de hand van casusmateriaal.

### **Leerdoelen**

1) Inzicht krijgen in de theoretische achtergrond, structuur en inhoud van de DC:0-5. 2) inzicht krijgen in hoe de DC:0-5 kan helpen bij het verkrijgen van een breder perspectief voor diagnostiek.

### **Literatuurverwijzing**

Gleason & Humphreys. (2016). Categorical diagnosis of extreme hyperactivity, impulsivity, and inattention in very young children. *Infant Mental Health Journal*, 37(5), 476–485. Downloads via: [www.zerotothree.org/dc05resources](http://www.zerotothree.org/dc05resources)

## W56 Systemisch werken bij crisis; een betere toekomst begint bij de ander

Dr. Julia Meijer <sup>1</sup> / MD Jurgen Cornelis <sup>p1</sup>

P: Workshopleiders

1. Arkin

### **Inhoud (wat)**

Voor een geslaagde crisisinterventie is systemisch werken onontbeerlijk. Zonder oog voor de context blijft een patiënt vaak klem zitten in isolement, blikvernaauwing en veranderhuiver (van Oenen e.a., 2012). Het betrekken van systeem is dan ook een speerpunt van crisisbeoordeling en -behandeling door de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam. In de praktijk ontstaan echter regelmatig situaties waarin systeeminterventies bemoeilijkt worden. Patiënten geven geen toestemming voor contact met naasten of ontkennen systeem te hebben dat hen kan helpen. Als het systeem eenmaal in de kamer is ontstaat er onenigheid over de aard van de crisis of het te voeren beleid. De psychiater raakt in conflict doordat de expert-rol van medisch beoordelaar botst met de consulentenrol van gezinsbehandelaar (van Oenen e.a., 2014). In deze workshop wordt behandeld hoe het systeem betrokken kan worden -en blijven- bij patiënten die in crisis aangemeld worden.

### **Vorm (hoe)**

Op interactieve wijze en aan de hand van een aantal casus uit de dagelijkse praktijk behandelen we praktische, ethische en juridische dilemma's die ontstaan bij systemisch werken in crisissituaties.

### **Leerdoelen**

Meer handelingsvrijheid ervaren bij het op touw zetten van systeeminterventies tijdens crisis, met inachtneming van de ethische/juridische kaders en de verschillende rollen die van de psychiater verwacht worden.

### **Literatuurverwijzing**

Consensusgericht systemisch interviewen en interveniëren; F.J. van Oenen; J. Cornelis en C. Bernardt. *Systeemtherapie* 24 (2012) 2. 63-81. F.J. van Oenen, S. van Deursen en J. Cornelis; De rol van de psychiater; medisch, contextueel én persoonsgericht denken en handelen in de psychiatrie. *Tijdschrift voor psychiatrie* 56 (2014) 11, 728-736.

## **W57 Psychiatrie bij het 22q11-deletiesyndroom: diagnostiek en behandeling van psychiatrische comorbiditeit bij kinderen en volwassenen met 22q11DS**

Dr. Janneke Zinkstok <sup>p1</sup> / Dr. Fleur Velders <sup>1</sup> / Dr. Erik Boot <sup>2</sup> / Prof. Dr. Therese van Amelsvoort <sup>2</sup>

P: Workshopleiders

1. UMC Utrecht
2. Maastricht Universitair Medisch Centrum

### **Inhoud (wat)**

Het 22q11 deletiesyndroom (22q11DS) is een frequent voorkomend genetisch syndroom waarbij naast somatische problemen zoals o.a. congenitale hartafwijkingen, palatoschizis en immunologische en endocrinologische stoornissen, relatief vaak ontwikkelingsproblemen en psychiatrische stoornissen voorkomen. Er is veel aandacht voor een verhoogd risico op psychose, namelijk ongeveer 25% van de 22q11DS patiënten ontwikkelt een psychose. Andersom wordt bij 1% van alle patiënten met schizofrenie een 22q11.2 deletie vastgesteld. Daarnaast heeft bijna de helft een verstandelijke beperking (45%) en komen ontwikkelingsstoornissen voor bij ongeveer 35% van de 22q11DS patiënten. Het is daarom aannemelijk dat veel psychiaters tijdens hun carrière een keer te maken krijgen met een patiënt met 22q11DS. Deze workshop heeft als doel om kennis over psychiatrische comorbiditeit bij 22q11DS te vergroten.

### **Vorm (hoe)**

Tijdens de workshop gaan we in op wetenschappelijke en klinische kennis over psychiatrische comorbiditeit bij kinderen, jongeren en volwassenen met 22q11DS. We geven een korte samenvatting van de genetische aspecten van het syndroom en algemene symptomatologie. Vervolgens geven we een kort overzicht van het ontwikkelingsprofiel van kinderen en jongeren met 22q11DS en staan we uitgebreid stil bij de psychiatrische comorbiditeit, o.a. ontwikkelingsstoornissen, psychose, angststoornissen en depressie. De behandeling van deze comorbiditeit gebeurt volgens algemene richtlijnen, maar de specifieke aandachtspunten die van belang zijn bij 22q11DS komen uitgebreid aan bod. Ter illustratie zal casuïstiek besproken worden. Het is nadrukkelijk de bedoeling om eventuele inbreng en vragen van de deelnemers aan bod te laten komen. De workshop wordt verzorgd door twee volwassenpsychiaters, een kinder- en jeugdpsychiater en een arts verstandelijk gehandicapten (AVG), allen met veel expertise op het gebied van 22q11DS.

### **Leerdoelen**

Het doel van deze workshop is om kennis en vaardigheden m.b.t. behandeling van psychiatrische comorbiditeit bij 22q11DS te vergroten.

### **Literatuurverwijzing**

1. Bassett AS, McDonald-McGinn DM, et al. International 22q11.2 Deletion Syndrome C. 2011. Practical guidelines for managing patients with 22q11.2 deletion syndrome. *J Pediatr* 159(2):332-339 e331. 2. Fung WL, Butcher NJ, et al. Practical guidelines for managing adults with 22q11.2 deletion syndrome. *Genet Med*. 2015 Aug;17(8):599-609. doi: 10.1038/gim.2014.175. Epub 2015 Jan 8. 3. McDonald-McGinn DM, Sullivan KE, Marino B, et al. 22q11.2 deletion syndrome. *Nat Rev Dis Primers* 2015; 1: 15071. 4. Schneider M, Debbane M, Bassett AS, et al. Psychiatric disorders from childhood to adulthood in 22q11.2 deletion syndrome: results from the International Consortium on Brain and Behavior in 22q11.2 Deletion Syndrome. *Am J Psychiatry* 2014; 171(6): 627-39.

## W58 De digitale poli: specialistische zorg bij angst en depressie, dichtbij de patient op het moment dat het nodig is.

dr. Annet Spijker <sup>p1</sup> / dr. Mirjam van Orden <sup>1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

### 1. PsyQ

#### Inhoud (wat)

Stigma, wachttijden, wachtkamer, klinische setting, verschillende contactpersonen/hulpverleners, niet gemaakte opdrachten tussen de sessies door.... Factoren, waar cliënten en hulpverleners in de traditionele zorgverlening tegenaan lopen en een negatieve invloed kunnen hebben op behandelduur en behandeluitkomst. Stel dat deze factoren kunnen worden geminimaliseerd? Zou dat de hulpverlening aan cliënten ten goede komen voor wat betreft kwaliteit van zorg en efficiëntie? En hoe kun je dat dan het beste doen? E-health toepassingen worden vaak genoemd als mogelijkheid om de zorg te verbeteren. We weten echter uit (inter-)nationaal onderzoek dat E-health toepassingen weliswaar veelbelovende mogelijkheden bieden, maar implementatie en opschaling zeker niet vanzelf gaan. De techniek als middel om anders, beter en sneller zorg te verlenen. Dat is de basis voor de digitale poli van PsyQ en Sense Health die 1 maart 2018 van start is gegaan. Ten grondslag hieraan ligt een nauwe samenwerking tussen Sense Health, ontwikkelaar van de NiceDay app en PsyQ, zorgaanbieder voor specialistische GGZ. Binnen het door beide partijen ontwikkelde concept van 'behoeftegestuurde behandelen', worden cliënten met angst en/of depressieve klachten volledig digitaal behandeld. Kernelementen van deze vorm van behandelen is het verhogen van eigen regie van cliënten, direct aan de slag gaan met de behandeling zonder wachttijd, één behandelaar voor het hele zorgtraject, interventies op de plek en het moment dat ertoe doet. Ondertussen hebben 100 cliënten met angst en/of depressieve klachten SGGZ zorg door digitale poli ontvangen. De eerste ervaringen zijn positief met een patienttevredenheid van 8,2 en een goed behandelresultaat. We laten de resultaten zien van de evaluatie van het eerste jaar en delen de ervaringen met deze vorm van behandelen van verschillende invalshoeken.

#### Vorm (hoe)

In deze workshop willen we aanwezigen laten kennismaken met de digitale zorg vanuit een viertal perspectieven: - Cliënt: hoe ervaar ik als cliënt de digitale behandeling? - Hulpverlener: wat maakt deze vorm van zorgverleners anders dan traditioneel zorgverleners? - Zorgverzekeraar: Wat moet er veranderen aan zorgfinanciering? - Zorgverlenende organisatie/productontwikkelaar: hoe zorg je ervoor dat deze vorm van zorgverlening "reguliere zorg wordt" en hoe borg je het concept

#### Leerdoelen

1. Wat hebben zorgaanbieders nodig om digitale zorg op een effectieve en efficiënte manier aan te kunnen bieden? 2. Hoe verandert de rolverhouding tussen behandelaar en cliënt in digitale zorgverlening? 3. Wat verandert er voor zorgverleners als ze digitaal behandelen? 4. Welk bewijs is er voor doelmatigheid van digitale zorgverlening?

#### Literatuurverwijzing

Cochrane Database Syst Rev. 2015 Mar 5;(3):CD011565. doi: 10.1002/14651858.CD011565. Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. Olthuis JV1, Watt MC, Bailey K, Hayden JA, Stewart SH.

## **D22 Through the looking glass; Op zoek naar een gedeelde werkelijkheid van cliënt, behandelaar, omgeving & stakeholders**

Dhr. Martijn Kole <sup>1</sup> / Mevr. Erna Arnoldus <sup>2</sup> / Msc Simona Karbouniaris <sup>2</sup> / Prof. Dr. Floor Scheepers <sup>3</sup> / Dr René Keet <sup>4</sup>

P: Debatleider / panelleden

1. Lister
2. Zelfregiecentrum Venlo
3. UMC Utrecht
4. GGz Noord-Holland Noord

### **Inhoud (wat)**

Het eigen (levens-)verhaal van de cliënt komt in de psychiatrie onvoldoende voor het voetlicht. Hierdoor is de gemeenschappelijke basis te smal om als cliënt en behandelaar gezamenlijk 'de demonen' van de cliënt te verslaan. Anderzijds heeft de behandelaar zijn eigen 'demonen'. De Inspectie, de zorgverzekeraars, de NZa, de eigen organisatie etc. waardoor hij in onvoldoende mate de ruimte heeft om in gesprek te gaan met de cliënt, te luisteren, de omgeving erbij te betrekken, niet voortvarend te handelen. De behandelaar heeft (naast zijn eventuele onwil en/of onkunde) dus zijn eigen 'demonen'. Dat geldt ook voor vertegenwoordigers van de andere stakeholders. Een ieder vertrekt vanuit zijn eigen perspectief, zijn eigen werkelijkheid. In het kader van Voorjaarscongres organiseren we een Open Dialoog om de respectievelijke perspectieven/werkelijkheden naar voren te brengen en daarover met elkaar in gesprek te gaan om te bezien of er mogelijkheden zijn om te komen tot een breder draagvlak voor een persoonsgerichte psychiatrie, waar de omgeving bij betrokken is, waar geluisterd wordt, geen overhaaste conclusies worden getrokken, niet geoordeeld wordt, waar ruimte is voor het niet weten, voor het samen zoeken. Martijn Kole begeleidt deze Open Dialoog-bijeenkomst. Hij is onder andere gecertificeerd begeleider van de methodiek POD - Peer supported Open Dialogue. De deelnemers aan de Open Dialoog: • Erna Arnoldus - ervaringsdeskundig procesbegeleider • Simona Karbouniaris - onderzoeker/ervaringsdeskundige • Floor Scheepers - psychiater/onderzoeker/hoogleraar • René Keet - psychiater/directeur • Vertegenwoordiger verzekeraar • Vertegenwoordiger inspectie • Vertegenwoordiger NZa

### **Vorm (hoe)**

De discussiebijeenkomst heeft de vorm van een Open Dialoog, waarbij gebruik gemaakt wordt van de principes van de methodiek Peer supported Open Dialogue. Ruimte voor uiteenlopende perspectieven, waarbij oordelen worden opgeschort.

### **Leerdoelen**

\* Niet oordelend luisteren \* Respect ontwikkelen voor uiteenlopende perspectieven van de relevante stakeholders in de psychiatrie: cliënt, behandelaar, naasten, financier, toezichthouder. \* Komen tot co-creatie teneinde doorbraken te realiseren en innovatie in de psychiatrie mogelijk te maken.

### **Literatuurverwijzing**

"Rondom zien" - Floortje Scheepers, 2018 Weergave van het symposium en aansluitende oratie ter gelegenheid van de benoeming van Floortje Scheepers tot hoogleraar Innovatie in de GGZ d.d. 21 maart 2018 "Open Dialogue" op [www.herstelondersteuning.nl](http://www.herstelondersteuning.nl)

## **D23 SAP Discussie – Verkorting in de opleiding, worden we ‘uitgeperst’?**

Dr. Robbert Duvivier <sup>1</sup> / Drs. Laura de Wit <sup>2</sup> / Drs. Esther van Elswijk <sup>3</sup> / Drs Frank Gerritse <sup>2</sup> / Drs. Carmen van Geel <sup>3</sup>

P: Debatleider / panelleden

1. Parnassia Groep
2. UMC Utrecht
3. GGZ Ingeest Amsterdam

### **Inhoud (wat)**

De korting op de opleiding tot medische specialisten, en daarmee ook de psychiater, is inmiddels een feit. Er zijn echter verschillende manieren hoe hier mee om te gaan om toch de hoge kwaliteit van onze opleidingen te kunnen behouden. Dit thema is veelvuldig onderwerp geweest van discussie binnen de NVVP en de SAP. Het SAP wil graag met aios en psychiaters in discussie om gedachten uit te wisselen over de voor- en nadelen van de verschillende opties.

### **Vorm (hoe)**

Discussiepanel, bestaande uit psychiaters en aios die zich actief bezighouden met (de vorming van) het onderwijs. Hierbij wordt ook gebruik gemaakt van digitale instrumenten om enkele prikkelende stellingen aan het publiek voor te leggen en te bespreken.

### **Leerdoelen**

Aan het einde van de sessie zijn de aanwezigen op de hoogte van verschillende mogelijkheden om de opleiding vorm te geven en eventueel te veranderen, en heeft men kennis over hoe collega's (zowel aios als psychiaters) hier naar kijken.

### **Literatuurverwijzing**

Betreffende de verkorting: <http://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/opleidingsakkoord>

## D24 Veranderende context: De nieuwe revolutie in de psychiatrie

prof.dr. Peter van Harten <sup>p1,2</sup> / prof.dr. Wijbrand Hoek <sup>3,4,5</sup> / dr. Mario Braakman <sup>6</sup> / dr. Ebtisam El Filali <sup>3</sup>

P: Debatleider / panelleden

1. GGZ Centraal
2. Afdeling Psychiatrie, Maastricht University
3. Parnassia Groep
4. Universitair Centrum Psychiatrie, UMCG, Rijksuniversiteit Groningen
5. Dept. of Epidemiology, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, NY, Verenigde Staten
6. Pro Persona

### Inhoud (wat)

De toekomst van de psychiatrie zal sterk beïnvloed worden door de vele nieuwe ontwikkelingen. Big data zullen meer inzicht geven in risicomodellen en effectiviteit van behandelingen en de organisatie van de zorg. In deze discussiegroep richten we ons op de snel veranderende context waarin we ons vak uitoefenen; we zoomen in van wereldwijd onderzoek met big data, tot de gevolgen voor de patiënt en de betekenis voor de opleiding tot psychiater. Big data uit de Global Burden of Disease (GBD) studies - zie vele publicaties in de Lancet - illustreren de enorme ziektelast die het gevolg is van psychiatrische ziekten. In een vergelijking van 220 lichamelijke en psychische ziektebeelden heeft schizofrenie wereldwijd de hoogste disability score. Uit recent GBD onderzoek in 195 landen naar ziektelast blijkt dat depressieve stoornissen behoren tot de 5 belangrijkste oorzaken voor YLD (years lived with disability). We kunnen deze bevindingen uit de GBD studies gebruiken in het maatschappelijk debat om het belang van een goede geestelijke gezondheidszorg en voldoende middelen daarvoor aan te tonen (H.W. Hoek). De veranderende (culturele) context heeft grote gevolgen voor de prioriteringen binnen de transculturele psychiatrie. Ook zal de diagnostiek en de behandeling van de individuele patiënt niet alleen gebaseerd zijn op ons evidence-based denken, maar aangevuld worden met geheel nieuwe kennisbronnen (M. Braakman). Tot slot zullen we stil staan bij de consequenties van bovenstaande veranderingen voor de opleiding tot psychiater. De veranderde context vergt van psychiaters andere en ook nieuwe competenties (E. El Filali).

### Vorm (hoe)

In deze discussiegroep laten de sprekers zien welke invloed de veranderde context heeft op ons vak, in hoeverre dit al werkelijkheid is, en de waarde ervan in de toekomst. Aan de hand van het stemmen over stellingen horen wij daar graag uw mening over.

### Leerdoelen

Aan het einde van de discussiegroep hebben de deelnemers meer zicht op wat de invloed is van de veranderende context op een aantal gebieden van de psychiatrie en welke nieuwe vaardigheden de psychiater nodig zal hebben.

### Literatuurverwijzing

Salomon JA et al (including Hoek HW). Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 2012; 380:2129-43. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (including Hoek HW). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017; 390:1211-59. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Zonder context geen bewijs. Den Haag: RVS; 2017.

D25 Discussiegroep: psychiatrische diagnostiek bij de spoedeisende psychiatrie.

P: Debatleider / panelleden

1. Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam
2. Psychiatrisch Expertise Centrum
3. GGZ Centraal
4. Amsterdam UMC
5. GGZ inGeest

### **Inhoud (wat)**

Uitgebreide diagnostiek conform de richtlijn psychiatrische diagnostiek (Hengeveld e.a., 2015) is in spoedeisende situaties meestal niet mogelijk. De diagnostiek in de acute psychiatrische dienst is meestal beknopt en toegesneden op de actuele situatie of hulpvraag. (Achilles e.a., 2017). Een beknopte anamnese, basaal status-mentaliteit onderzoek en lichamelijk onderzoek, eventueel aangevuld met hetero-anamnese en indien beschikbaar dossierstudie, zijn meestal wel uit te voeren. Dit onderzoek zal leiden tot een werkhypothese en daaropvolgend (behandel)plan. Tegelijkertijd is binnen de huidige bekostigingssystematiek een DSM-5 classificatie nodig om tweedelijns GGZ zorg vergoed te krijgen. Zowel een prematuur gestelde, als uitgestelde classificatie kan leiden tot een onjuist behandelplan en daarmee vervelende gevolgen hebben voor de patiënt en zijn omgeving. In deze discussiegroep willen wij een discussie voeren over de mogelijkheden en onmogelijkheden van het uitvoeren van diagnostiek binnen de spoedeisende psychiatrie en tot welke conclusies deze diagnostiek kan en mag leiden. In de spoedeisende psychiatrische is het daarnaast van belang om te denken in urgenties en een hiërarchische structuur van aflopende ernst aan te houden. Tot slot willen wij een actuele vertaling van het in Nederland obsoleet geraakte Cham-systeem (Silbermann, 1971) presenteren en spreken over een mogelijke rol binnen de acute psychiatrische diagnostiek.

### **Vorm (hoe)**

Inleiding met theoretische achtergronden over diagnostiek binnen de spoedeisende psychiatrie. Interactieve paneldiscussie met experts uit het veld met actieve deelname van toehoorders.

### **Leerdoelen**

Vergroten achtergrondkennis betreffende diagnostiek in spoedeisende situaties. Discussie over mogelijkheden en onmogelijkheden van diagnostiek binnen spoedeisende situaties.

### **Literatuurverwijzing**

Achilles e.a. Handboek spoedeisende psychiatrie (3e geheel hierziene druk). Utrecht: de tijdstroom; 2017.  
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn psychiatrische diagnostiek. Utrecht: De Tijdstroom; 2015.  
<http://www.nvvp.net/stream/richtlijn-psychiatrichediagnostiek-2015>. Silbermann R.M. CHAM: a classification of psychiatric states. Amsterdam: Excerpta Medica, 1971.

Cecil Prins-Aardema <sup>1,2</sup> / Drs. Menno Oosterhoff <sup>3</sup> / Kit Vanmechelen <sup>4,5</sup> / Margreth Vellinga <sup>3</sup> / Alie Weerman <sup>6</sup>

P: Debatleider / panelleden

1. GGZ Drenthe
2. Break the Stigma for Families
3. Accare
4. UCP Groningen
5. Levensidekliniek
6. Windesheim

### **Inhoud (wat)**

Psychische stoornissen komen veel voor en kunnen iedereen raken. Statistisch gezien moet er dan ook een behoorlijke groep psychiaters zijn, die zelf lijdt of heeft geleden aan een psychische stoornis. In de afgelopen jaren is er gelukkig meer aandacht gekomen voor het verminderen van vooroordelen en stigma over psychische stoornissen. Tegen vooroordelen is het van groot belang, dat er mensen zijn die open durven te zijn, zodat de aandoening een gezicht kan krijgen. Gelijktijdig zijn er maar weinig psychiaters die ervoor kiezen om hun eigen ervaringen met psychische stoornissen in de behandelrelatie te delen. Hoe komt dat eigenlijk? Heeft dat met vooroordelen en (zelf)stigma te maken of komt dit door het spanningsveld dat er bestaat tussen enerzijds persoonlijk zijn en anderzijds de rol als hulpverlener? In ons vak is de relatie van levensbelang. De vraag is dan ook niet of je persoonlijk moet zijn, maar in welke mate je persoonlijk kunt zijn ten dienste van de behandelrelatie. Openheid over de eigen psychische stoornis is een van de uiterste vormen van persoonlijk zijn, waarbij de vraag speelt in hoeverre dit te verenigen is met de rol van hulpverlener. Hoe gaan andere psychiaters hiermee om? Wat zijn goede redenen om wel of juist niet open te zijn over de eigen psychische stoornis? Wanneer is het nuttig en wat zijn de risico's in de behandelrelatie en/of op de werkvloer. Wat betekent het voor je eigen psychische gezondheid wanneer je ook openlijk ervaringsdeskundige wordt?

### **Vorm (hoe)**

In het panel zitten professionals die zich bezig houden met dan wel ervoor gekozen hebben om open te zijn over hun eigen ervaringen met psychische stoornissen. De debatleider houdt wel van een pittige discussie. Zij zal met behulp van het publiek in gesprek gaan met de panelleden over hun ervaringen en afwegingen.

### **Leerdoelen**

Aan het einde van deze sessie heeft de deelnemer zicht gekregen op de verschillende redenen die er kunnen zijn om wel of juist niet open te zijn over de eigen ervaringen met psychische stoornissen. De deelnemer kan deze kennis gebruiken om een eigen afweging te maken over openheid over psychische stoornissen in de behandelrelatie en op de werkvloer. Deze discussiegroep is niet alleen nuttig voor psychiaters met psychische stoornissen, maar zeker ook voor al hun collega's en werkgevers die hen tot steun zouden kunnen zijn.

### **Literatuurverwijzing**

<http://mmm-mensenmetmogelijkheden.nl/download/?id=1677> <https://www.samensterkzonderstigma.nl>

P: Debatleider / panelleden

1. Voorzitter psychiatrie opleidingen OOR Noord Nederland
2. Lentis
3. UMCG
4. Voormalig programma directeur onderwijsbureau NVVP
5. Onderwijs bureau NVVP

### **Inhoud (wat)**

Het vak psychiatrie verandert snel. Oude kennis voegt zich naast nieuwe inzichten t.a.v. het ontstaan en behandelen van psychiatrische problemen. Nieuwe inzichten vanuit de psychologie, sociologie en neuroscience dienen zich aan. Daarnaast verandert de sociale, politieke en economische context voortdurend, met politieke druk om de opleidingsduur te verkorten. Voeg hierbij nieuwe leervormen, en toetsingsvormen, al dan niet via internet en met simulatie onderwijs. Kortom er ligt, voorbij het huidige opleidingsplan voor psychiaters HOOP 2.0, een intrigerende taak bij het opstellen van nieuwe opleidingseisen. We gaan in debat over de nieuwe opleidingseisen, op een interactieve manier. Programma coördinator van het onderwijs bureau van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, onderwijskundigen en (waarnemend) opleiders worden via de mail een maand voor de bijeenkomst, gericht uitgenodigd, aanwezig te zijn en bij te dragen. Na een inleiding door Maurits Nijs, Elma Dijkstra en zo mogelijk de nieuwe programma coördinator van het onderwijs , leidt Rikus Knegtering een opiniërend debat met de zaal aan de hand van stellingen. Vragen die aan bod zullen komen zijn o.a.: Hoe zal de toekomstige psychiater eruit willen zien? Hoe zal het onderwijs zich gaan ontwikkelen? Hoe zou het psychiatrieonderwijs in de opleiding tot basisarts moeten ontwikkelen? Welke doelen dienen in het algemeen onderwijs voor iedere psychiater in opleiding minimaal te worden gehaald? Hoe kan algemeen onderwijs tot psychiater voorbereiden op doelen die in of juist na de opleiding tot psychiater verder kunnen worden uitgewerkt in (sub)specialisaties? Wat is inspirerend, nodig en haalbaar binnen een perspectief van levenslang leren? Hoe kan de opleiding mensen voorbereiden op een carrière in lijn met hun levensfase en kwaliteit van leven, met het oog op de gezondheid voor zowel patiënt als psychiater? Inleiders: o.a. Inleider Maurits Nijs (psychiater, voormalig Programma Directeur van het Onderwijs bureau van de NVVP), onderwijskundige Elma Dijkstra (Onderwijsbureau NVVP), e.a. Debatleider Rikus Knegtering (Psychiater, opleider, voorzitter van het onderwijs voor psychiaters in opleiding van het OOR Noord Nederland).

### **Vorm (hoe)**

Opleiders en waarnemend opleiders psychiatrie, onderwijskundigen en andere stakeholders (SAP bestuur) worden een maand voor het voorjaarscongres via de mail uitgenodigd bij het debat aanwezig te zijn. Bij het debat zal een inleiding worden gehouden door de voormalig programmadirecteur van de NVVP (en als deze aangesteld is, hopelijk samen met zijn opvolger), een vertegenwoordiger van het onderwijsbureau en een lid van de programma commissie. Na een korte inleiding, met schets van de dilemma's, kansen en keuzemogelijkheden door de inleiders start het debat. In het debat zullen mensen in de zaal uitgenodigd worden hun visie en de achtergrond van die visie toe te voegen aan de presentaties. De debatleider zal vooral gericht zijn op het samen bouwen van argumenten voor de keuzes die gemaakt moeten gaan worden.

### **Leerdoelen**

Invenstariseren welke keuzes voor het toekomstige opleidingsprogramma voor psychiaters moeten of mogen worden gemaakt. Inhoudelijke argumenten voor verschillende opties worden geëxpliciteerd, met als doel de discussie voor een nieuw onderwijsprogramma verder te brengen.

### **Literatuurverwijzing**

HOOP 2.0 De Tijdstroom uitgeverij, 2016. <https://www.nvvp.net/website/onderwerpen/detail/herziening-opleiding-en-onderwijs-psychiatrie-hoop>