

# Refereermiddag

'*Bipolaire stoornissen; somatiek en leefstijl*'

Donderdag 23 september 2021

14.00-17.00 uur – Dimence Deventer

# Welkom!

## We gaan zo beginnen



## PROGRAMMA

- 13.30 – 14.00 uur** Ontvangst met koffie en thee
- 14.00 – 14.10 uur** **Opening en introductie**  
**Hanneke Verboom**  
*Verpleegkundig specialist GGZ en middagvoorzitter*
- 14.10 – 14.55 uur** **De rol van gezonde leefstijl in de psychiatrie**  
**Nini de Boer**  
*Arts-onderzoeker, promovendus UMC Utrecht*
- 14.55 – 15.05 uur** **Bespreken uitkomsten ingevulde vragenlijst**
- 15.05 – 15.25 uur** **Somatische screening; zo doen we dat bij Dimence!**  
**Marjan Veldhuyzen-Keijzers en Erna Vonk-Verwijst**  
*Teamleider en Senior Psychiatrisch verpleegkundige*
- 15.25 – 15.40 uur** pauze
- 15.40 – 16.00 uur** **Lichaamsbewustzijn, spanningsregulatie en leefstijl**  
**Carolien Bruinsma-van Haaf**  
*Psychomotorisch vaktherapeut*
- 16.00 – 16.45 uur** **Theorie en toepassing leefstijl bij SCBS**  
Ingeleid door **Sanne Hendriks**, *psychiater Dimence* met een bijdrage over **Mindfulness** door **José van der Kooij**, *verpleegkundig specialist GGZ* en **Sociale ritmeth therapie** door **Hanneke Verboom**, *verpleegkundig specialist GGZ*
- 16.45 – 17.00 uur** **Vragenronde, conclusies en afsluiting**  
door middagvoorzitter **Hanneke Verboom**



# Opening en Introductie Hanneke Verboom



Iris Sommer, psychiater, schrijver en  
hoogleraar psychiatrie UMCG over de  
invloed van sport op de hersenen





UMC Utrecht

# De rol van leefstijl in de psychiatrie

Dimence

Drs. Nini de Boer promovenda UMCU

23-9-2021



# Agenda

- Leefstijlfactoren (roken, slaap, voeding, fysieke activiteit) en het risico op en de behandeling van psychiatrische stoornissen
- MELIA studie UMCU



# Achtergrond

- 1.4 - 2.0 keer verhoogd risico cardiovasculaire en metabole ziekten
- Levensverwachting verlaagd
- Verband leefstijl + start/symptomen psychiatrische stoornissen
- Schizofrenie, depressie, angst en bipolaire stoornis gecorreleerd met ongezondere leefstijl
- Meta-review Firth *et al.* 2020



# Achtergrond

## **A meta-review of “lifestyle psychiatry”: the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders**

Joseph Firth<sup>1,2</sup>, Marco Solmi<sup>3</sup>, Robyn E. Wootton<sup>4</sup>, Davy Vancampfort<sup>5,6</sup>, Felipe B. Schuch<sup>7</sup>, Erin Hoare<sup>8</sup>, Simon Gilbody<sup>9</sup>, John Torous<sup>10</sup>, Scott B. Teasdale<sup>11</sup>, Sarah E. Jackson<sup>12</sup>, Lee Smith<sup>13</sup>, Melissa Eaton<sup>2</sup>, Felice N. Jacka<sup>14</sup>, Nicola Veronese<sup>15</sup>, Wolfgang Marx<sup>14</sup>, Garcia Ashdown-Franks<sup>16-18</sup>, Dan Siskind<sup>19,20</sup>, Jerome Sarris<sup>2,21</sup>, Simon Rosenbaum<sup>11</sup>, André F. Carvalho<sup>22,23</sup>, Brendon Stubbs<sup>17,18</sup>

*(World Psychiatry 2020;19:360-380)*

### **Doel**

Causale verbanden tussen leefstijlfactoren (fysieke activiteit, roken, dieet, slaap) en het risico op en de ernst van psychiatrische stoornissen (schizofrenie, depressieve-, angst- en bipolaire stoornissen) onderzoeken.



# Methode

- Systematische meta-review
- Leefstijlfactoren: *roken, slaap, voeding, fysieke activiteit*
- Psychiatrische stoornissen: *depressieve-, angst-, psychotische- (incl. schizofrenie), persoonlijkheids- en bipolaire stoornissen en ADHD*



# Methode

## Beschermende leefstijlfactoren

- Meta-analyses longitudinale data
- Mendeliaanse Randomisatie (MR) studies

## Leefstijlinterventies

- (Meta-reviews of) Meta-analyses Randomized Controlled Trials (RCT)





# Resultaten

## 45 studies geïnccludeerd

- 29 meta-analyses prospectieve cohort studies
- 12 MR studies
- 2 meta-reviews
- 2 meta-analyses RCT
  
- 11 studies fysieke activiteit
- 15 studies roken
- 12 studies voeding
- 10 studies slaap



# Leefstijlfactoren en preventie van psychiatrische stoornissen



## Resultaten – fysieke activiteit



- Meer fysieke activiteit geassocieerd met verminderd risico op depressie (OR=0.837, CI: 0.794-0.883)
- Algehele fysieke activiteit beschermende factor voor depressie (OR=0.74, CI: 0.59-0.92)
- Meer fysieke activiteit geassocieerd met minder angst (OR=0.748, CI: 0.629-0.889)
- Meer fysieke activiteit geassocieerd met verminderd risico psychose in 5 studies (OR=0.728, CI: 0.532-0.995), in 2 gecorrigeerde studies geen significantie (OR=0.59, CI: 0.253-1.383)
- **Causaal verband algehele fysieke activiteit en risico op bipolaire stoornis (OR=0.491, CI: 0.314-0.767)**
- Geen causaal verband fysieke activiteit en schizofrenie



	Outcome	Sample	Exposure	Main results	Summary
Sun et al <sup>39</sup>	Bipolar disorder	N=20,352 cases and 31,358 controls from Stahl et al's GWAS <sup>40</sup>	Device-measured: overall activity (5 SNPs); sedentary time (5 SNPs); moderate activity (1 SNP)	Overall activity: IVW OR=0.491, 95% CI: 0.314-0.767, p=0.002 Sedentary time: IVW OR=0.702, 95% CI: 0.366-1.345, p=0.287 Moderate activity: IVW OR=0.726, 95% CI: 0.255-2.068, p=0.549	Overall physical activity was protective for bipolar disorder and this result was consistent across the more pleiotropy robust methods. No evidence was found for the reverse direction (i.e., bipolar disorder risk did not influence physical activity). There was no evidence for an effect of overall activity on schizophrenia, nor evidence that sedentary behavior or moderate intensity activity were protective for either disorder.
	Schizophrenia	N=33,426 cases and 32,541 controls from Ruderfer et al's GWAS <sup>41</sup>		Overall activity: IVW OR=1.133, 95% CI: 0.636-2.020, p=0.672 Sedentary time: IVW OR=0.707, 95% CI: 0.430-1.161, p=0.170 Moderate activity: IVW OR=0.657, 95% CI: 0.378-2.026, p=0.379	

GWAS – genome-wide association study, SNP – single nucleotide polymorphism, IVW OR – inverse-variance weighted odds ratio



## Resultaten - Roken



- Roken geassocieerd met verhoogd risico op depressie (OR=1.62, CI:1.1-2.4)
- Causaal verband roken en depressie (OR=1.99, CI:1.71-2.32)
- Genetisch risico depressie causaal geassocieerd met roken
- Roken geassocieerd met hoger risico op psychotische stoornis (RR=2.18, CI:1.23-3.85)
- Causaal verband lifetime smoking en risico schizofrenie (OR=2.27, CI: 1.67-3.08) en starten met roken en schizofrenie (OR=1.53, CI: 1.35-1.74)
- **Roken causale risicofactor bipolaire stoornis (starten met roken OR=1.46, CI: 1.28-1.66 en lifetime smoking OR=1.72, CI: 1.29-2.28)**



	<b>Outcome</b>	<b>Sample</b>	<b>Exposure</b>	<b>Main results</b>	<b>Summary</b>
Vermeulen et al <sup>56</sup>	Bipolar disorder	N=20,129 cases and 21,524 controls from Stahl et al's GWAS <sup>40</sup>	Smoking initiation (378 SNPs) Lifetime smoking (126 SNPs)	Smoking initiation: IVW OR=1.46, 95% CI: 1.28-1.66, p<0.001 Lifetime smoking: IVW OR=1.72, 95% CI: 1.29-2.28, p<0.001	Evidence to suggest that smoking is a causal factor in increased risk for bipolar disorder. This effect was consistent across multiple sensitivity analyses for pleiotropy. The bi-directional effects were tested, but there was no evidence to suggest that bipolar disorder risk increased smoking initiation, heaviness, cessation or lifetime smoking.



## Resultaten - Voeding



- Gezond voedingspatroon geassocieerd met verminderd risico op depressie (OR=0.77, CI: 0.69-0.84)
- Hoge “Mediterranean diet” score geassocieerd met verminderd risico op depressie (OR=0.67, CI: 0.55-0.82) en depressieve symptomen (OR=0.88, CI:0.80-0.96)
- Lage “Dietary Inflammatory Index” geassocieerd met verminderd risico op depressie (OR=0.76, CI: 0.63-0.92) en “pro-inflammatorisch” dieet geassocieerd met hoger risico op depressie (OR=1.31, CI:1.2-1.44)
- Groenten, vis, zink en omega-3 vetzuren geassocieerd met verminderd risico op depressie, suikerdranken geassocieerd met hoger risico op depressie
- **Overig geen meta-analyses/MR studies naar verband voeding en bipolaire-, angst- of psychotische stoornissen**



## Resultaten - slaap



- Slaapverstoringen geassocieerd met verhoogd risico op depressie of depressieve symptomen (RR=1.92, CI: 1.60-2.30)
- Insomnia geassocieerd met hoger risico op depressie, angst- en psychotische stoornissen
- **Geen causaal verband slaapduur en depressie, schizofrenie en bipolaire stoornis**
- **Causaal verband zelf-gerapporteerde moeite met in slaap vallen/ blijven en bipolaire stoornis (OR=1.79, CI: 1.40-2.29)**





	Outcome	Sample	Exposure	Main results	Summary
Gao et al <sup>76</sup>	ADHD	N=20,183 cases and 35,191 controls from Demontis et al's GWAS <sup>59</sup>	Night-time symptoms of insomnia (15-23 SNPs)	OR=1.08, 95% CI: 0.88-1.34, p=0.46	There was evidence to suggest that having insomnia increases risk for bipolar disorder. The same trend was observed for more pleiotropy robust sensitivity methods, but the evidence was weaker.
	Major depression	N=9,240 cases and 9,519 controls from PGC		OR=0.99, 95% CI: 0.69-1.40, p=0.94	
	Schizophrenia	N=33,426 cases and 32,541 controls from PGC		OR=1.14, 95% CI: 0.93-1.39, p=0.20	
	Bipolar disorder	N=20,129 cases and 21,524 controls from PGC		OR=1.79, 95% CI: 1.40-2.29, p<0.001	
Sun et al <sup>39</sup>	Bipolar disorder	N=20,352 cases and 31,358 controls from Stahl et al's GWAS <sup>40</sup>	Device measured sleep time (14 SNPs)	OR=1.05, 95% CI: 0.77-1.39, p=0.72	There was no clear evidence for an effect of objectively measured sleep on either bipolar disorder or schizophrenia.
	Schizophrenia	N=33,426 cases and 32,541 controls from Ruderfer et al's GWAS <sup>41</sup>		OR=1.13, 95% CI: 0.95-1.75, p=0.10.	

OR – odds ratio, GWAS – genome-wide association study, SNP – single nucleotide polymorphism, PGC – Psychiatric Genomics Consortium, ADHD – attention-deficit/hyperactivity disorder



# Leefstijlfactoren en behandeling van psychiatrische stoornissen



## Resultaten – fysieke activiteit interventies

- Beweginginterventies positief effect op depressieve stoornis (SMD=-0.66, CI: -0.86 - -0.46), maar ook niet-significante resultaten
- Beweginginterventies verminderen symptomen angststoornissen (SMD=-0.581, CI: -1.09- -0.076), maar ook inconsistente resultaten
- Geen significante resultaten schizofrenie en beweginginterventies maar beweginginterventies >90 minuten per week reduceren symptomen (SMD=-0.72, CI: -1.14 - -0.29) en verbeteren globale cognitie (SMD=-0.412, CI: -0.19-0.64)
- **Geen meta-analyses RCTs beweginginterventies en bipolaire stoornis**



## Resultaten – roken + dieet interventies

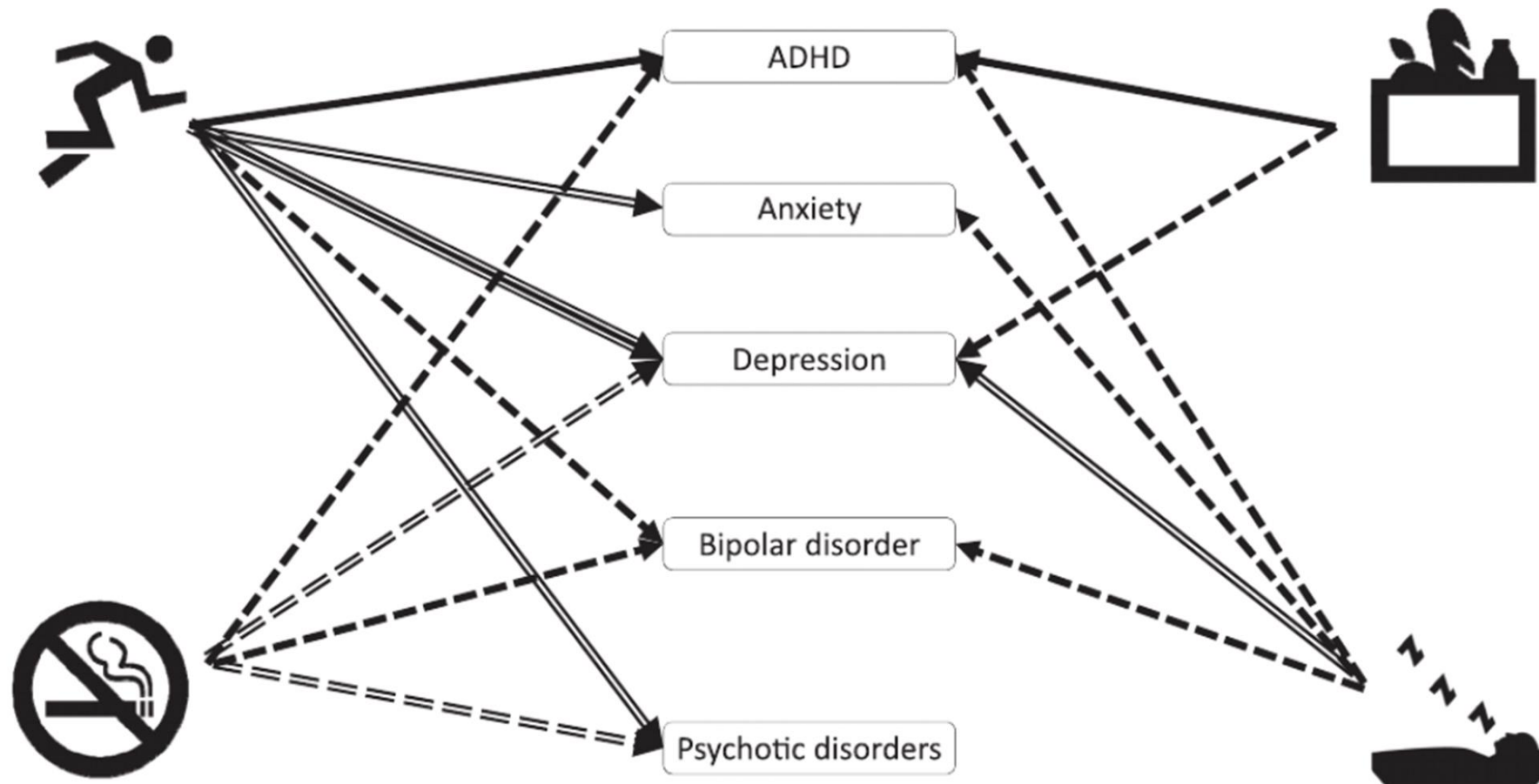
- **Geen meta-analyses RCTs rook interventies en depressieve-, angst-, psychotische- en bipolaire stoornissen**
- **Geen meta-analyses RCTs dieet interventies en depressieve-, angst-, psychotische- en bipolaire stoornissen**



## Resultaten – slaap interventies

- Slaap interventies reduceren depressieve symptomen in mensen met depressieve- en angststoornissen (SMD=0.081, CI: 0.049-1.13)
- **Geen meta-analyse RCTs slaap interventies en psychotische of bipolaire stoornissen**





**Figure 1** Lifestyle factors in the prevention and treatment of mental illness. The dashed line indicates evidence for protective benefit from either prospective meta-analyses (P-MAs) or Mendelian randomization studies (MRs). The double-dashed line indicates evidence for protective effects from both P-MAs and MRs. The solid line indicates evidence for efficacy in treatment of mental illness from MAs of randomized controlled trials (RCTs). The double solid line indicates convergent evidence from MRs or P-MAs with MAs of RCTs. The treble solid line indicates convergent evidence from all three (P-MAs + MRs + MAs of RCTs). ADHD – attention-deficit/hyperactivity disorder.



# Conclusie

- Roken, fysieke activiteit en slaap rol in preventie bipolaire stoornis
- Meta-analyses RCTs over roken, fysieke activiteit, slaap en voeding en behandeling van bipolaire stoornis ontbreken



# Aanbevelingen

- Advies systematische integratie huidige kennis via public health beleid
- Advies breed scala leefstijlinterventies in klinische setting voor mensen met psychiatrische stoornissen:
  1. *Gedragsverandering technieken met specifieke, meetbare gedragsdoelen en zelf-monitoring*
  2. *Toegewijde professionals fysieke gezondheid + gesuperviseerde interventies*
  3. *Personeel psychiatrische instelling trainen in belang en doelen leefstijlinterventie*
  4. *Faciliteren peer-support*





# MELIA

The **ME**tformin-**LI**ifestyle in **Antipsychotic** users trial

*Metformine voor de behandeling van gewichtstoename door antipsychotica gebruik*



# Achtergrond

- Gewichtstoename door antipsychotica gebruik / Antipsychotic-induced weight gain (AIWG):
  - ↑ Obesitas, DM, heropname
  - ↓ Levensverwachting, kwaliteit van leven, therapietrouw
- Metformine verhoogt GLP 1 → verminderde energie intake



# Studie doelen

## **Primair**

Metformine + leefstijlinterventies vergelijken met placebo + leefstijlinterventies voor de behandeling van gewichtstoename door antipsychotica

Primaire uitkomstmaat verschil in lichaamsgewicht

## **Secundair / Tertiair**

- Verschil in metformine geïnduceerde gewichtsreductie tussen
  - 1) clozapine vs overig AP gebruik;
  - 2) hoog risico AP vs overig AP gebruik;
  - 3) zelf gerapporteerde AIWG vs overige redenen
- Kwaliteit van leven
- Metabool syndroom kenmerken
- Algehele mentale en fysieke gezondheid
- Kosten effectiviteit
- Bijwerkingen
- GFR
- Therapietrouw
- Genetische kwetsbaarheid



## Inclusie criteria

- Schizofrenie spectrum stoornis volgens DMS-IV/ DSM-5 criteria
- Antipsychotica gebruik sinds minimaal 3 maanden (inclusief clozapine)
- BMI  $\geq$  25
- Bereidheid leefstijlinterventies te ondergaan
- > 16 jaar
- Wilsbekwaam
- Beheersing NL taal



## Exclusie criteria

- Neurodegeneratieve extrapiramidale ziekten
- Metformine gerelateerde contra-indicaties
  - condities predisponerend voor weefselhypoxie*
  - metabole acidose*
  - (condities predisponerend voor) nierfalen (GFR <30)*
  - overmatig alcohol gebruik (>3 glazen per dag)*
  - lever falen*
- Vitamine B12 deficiëntie
- Diabetes mellitus
- NSAID, ACE-remmer, angiotensine receptor blockers, diuretica, OCT\*  
gebruik
- Zwangerschap / Borstvoeding

*Intraveneus contrast: tijdelijk staken metformine*

\* Organic Cation Transporters (bijv. trimethoprim, verapamil, rifampicine)



## Studie opzet

- Pragmatische, dubbel geblindeerde, placebo gecontroleerde, gerandomiseerde, multicenter studie
- 128 deelnemers na studie visite 4 (26 weeks) → 256 inclusies (50% drop out)
- Randomisatie 1:1 (2 x 128 deelnemers)
- Metformine (2dd1000mg\*) en leefstijlinterventies of placebo en leefstijlinterventies
- 26 weken studiemedicatie
- 52 weken laatste follow-up visite
- 4 face-to-face visites (week 0 – 13 – 26 – 52)
- Vragenlijsten, lichamelijk onderzoek, bloedafname

\*16-18 jaar: 2dd500mg maximum



# Leefstijlinterventies

## 1) Dieetadviezen:

- (Online) consulten dietist
- Online voedingsvragenlijst (WUR Eetscore)

## 2) Bewegingsprogramma:

- 60 minuten per week ongesuperviseerd bewegen
- Online wekelijkse sportlessen onder supervisie (pilates of fitness)

- Groente
- Fruit
- Graanproducten
- Peulvruchten
- Noten
- Zuivel
- Vis
- Thee
- Koffie
- Smeer- en bereidingsvet
- Rood vlees
- Bewerkt vlees
- Suikerhoudende dranken
- Zout
- Alcohol
- Ongezonde keuzes



*Deelnemers mogen op elk moment stoppen met leefstijlinterventies en doorgaan met studiedeelname!*



# Studie procedures

## Vragenlijsten

M.I.N.I. plus sectie M	- Mini International Neuropsychiatric Interview
CGI	- Clinical Global Impression
EQ-5d-3L	- EuroQol Quality of Life scale
WHOQOL-BREF	- World Health Organization Quality of Life scale
CAPE	- Community Assessment of Psychic Experiences
BPRS	- Brief Psychiatric Rating Scale
iPCQ	- Productivity Cost Questionnaire
iMCQ	- Medical Consumption Questionnaire
PAVS	- Physical Activity Vital Sign Questionnaire
SIMPAQ	- Simple Physical Activity Questionnaire

## Lichamelijk onderzoek

- Lichaamsgewicht, lengte, BMI, middelomtrek, bloeddruk
- Fysiek uithoudingsvermogen (6MTWT)

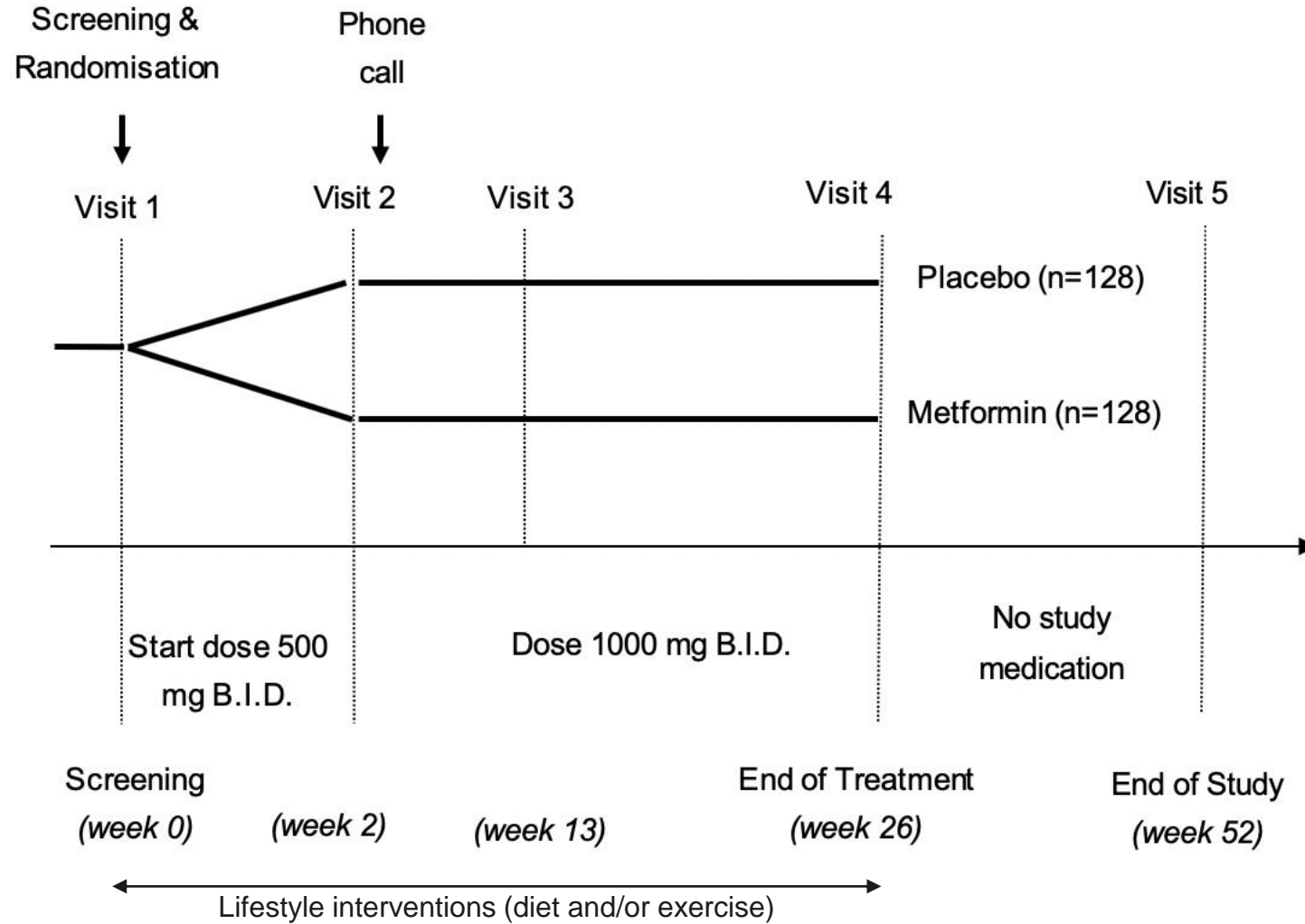
## Lab procedures

- Bloedafname (GFR, LDL, HDL, triglyceriden, insuline, glucose, HbA1c, GFR)
- Optioneel DNA extractie (bloed of speeksel)





# Studie procedures



*B.I.D. = twice a day*



## Deelnemende centra

- UMC Utrecht
- GGNet
- Mondriaan Maastricht
- GGZ Centraal
- GGZ InGeest
- Altrecht
- GGZ Rivierduinen
- Psychiatrie Rivierenland
- Amsterdam UMC / Mentrum



# Werving

Geschikte patient?

- Vraag toestemming voor het delen van contactgegevens met UMCU/MELIA onderzoekers
- **E-mail contact gegevens naar [melia@umcutrecht.nl](mailto:melia@umcutrecht.nl) of bel 088-7567412**
- Vergoeding van 10 euro per visite en reiskostenvergoeding

*MELIA onderzoekers benaderen de patient, beoordelen geschiktheid en voeren informed consent procedures en studievizites uit (zn thuisvisites)*



STUDY PROTOCOL

Open Access

# Study protocol of a randomized, double-blind, placebo-controlled, multi-center trial to treat antipsychotic-induced weight gain: the Metformin-Lifestyle in antipsychotic users (MELIA) trial



Nini de Boer<sup>1\*</sup>, Sinan Guloksuz<sup>2,3</sup>, Caroline van Baal<sup>4</sup>, Leonie Willebrands<sup>1</sup>, Jeroen Deenik<sup>1,2,5</sup>, Christiaan H. Vinkers<sup>6,7</sup>, Inge Winter-van Rossum<sup>1</sup>, Janneke Zinkstok<sup>1</sup>, Ingeborg Wilting<sup>8</sup>, Jasper B. Zantvoord<sup>6</sup>, Frank Backx<sup>9</sup>, Wilma E. Swildens<sup>10,11</sup>, Marieke Schouw<sup>10</sup>, Jan Bogers<sup>12</sup>, Folkwin Hulshof<sup>13</sup>, Rudolf de Knijff<sup>13</sup>, Peter Duindam<sup>13</sup>, Mike Veereschild<sup>13</sup>, Maarten Bak<sup>2,14</sup>, Geert Frederix<sup>15</sup>, Lieuwe de Haan<sup>6,16</sup>, Jim van Os<sup>12,17</sup>, Wiepke Cahn<sup>1,10</sup> and Jurjen J. Luykx<sup>1,13,18</sup>

## Abstract

**Background:** Antipsychotic-induced Weight Gain (AIWG) is a debilitating and common adverse effect of antipsychotics. AIWG negatively impacts life expectancy, quality of life, treatment adherence, likelihood of developing type-2 diabetes and readmission. Treatment of AIWG is currently challenging, and there is no consensus on the optimal management strategy. In this study, we aim to evaluate the use of metformin for the treatment of AIWG by comparing metformin with placebo in those receiving treatment as usual, which includes a lifestyle intervention.

**Methods:** In this randomized, double-blind, multicenter, placebo-controlled, pragmatic trial with a follow-up of 52 weeks, we aim to include 256 overweight participants (Body Mass Index (BMI) > 25 kg/m<sup>2</sup>) of at least 16 years of age. Patients are eligible if they have been diagnosed with schizophrenia spectrum disorder and if they have been using an antipsychotic for at least three months. Participants will be randomized with a 1:1 allocation to placebo or metformin, and will be treated for a total of 26 weeks. Metformin will be started at 500 mg b.i.d. and escalated to 1000 mg b.i.d. 2 weeks thereafter (up to a maximum of 2000 mg daily). In addition, all participants will undergo a lifestyle intervention as part of the usual treatment consisting of a combination of an exercise program and dietary consultations. The primary outcome measure is difference in body weight as a continuous trait between the two arms from treatment inception until 26 weeks of treatment, compared to baseline. Secondary outcome measures include: 1) Any element of metabolic syndrome (MetS); 2) Response, defined as ≥5% body weight loss at 26 weeks relative to treatment inception; 3) Quality of life; 4) General mental and physical health; and 5) Cost-effectiveness. Finally, we aim to assess whether genetic liability to BMI and MetS may help estimate the amount

(Continued on next page)



Vragen?



# Vragenronde n.a.v. de eetscorevragenlijst

## Nini de Boer & Hanneke Verboom





## **Somatische screening bij gebruik van psychofarmaca (óf overige lichamelijke gezondheidsrisico's)**

Erna Vonk en Marjan  
Veldhuyzen



Samen werken aan een beter leven!

# Waarom zijn we hier vandaag?

---

- **Voorstellen**
- **Waarom en hoe somatische screening binnen Dimence**





# Het "stille drama"

---

- **Levensverwachting bij psychiatrische aandoeningen met 10-25 jaar afgenomen**
- **85% van patiënten met complexe psychiatrische problemen overlijdt aan een natuurlijke dood. Het voortijdig overlijden wordt voornamelijk veroorzaakt door chronische somatische aandoeningen (hart en vaatziekten, longziekten, infecties, diabetes, hoge bloeddruk)**
- **Het sterftecijfer bij schizofrenie is 2 tot 2.5 keer hoger dan de algemene bevolking. Bij depressie 1.8 keer zo hoog. Patiënten met een bipolaire stoornis hebben een twee- tot driemaal hogere mortaliteit dan de algemene populatie, o.a. door een hogere sterfte door cardiovasculaire aandoeningen.**
- **Dit wordt ook wel het "stille drama" genoemd.**



# Verminderde levensverwachting door:

---

- Toegang tot zorg (geld)
- Organisatie van zorg
- Ziekte zelf (incl. stress)
- Overlap van ziekten
- Bijwerkingen medicatie
- Leefstijl

# Wetgeving IGJ

Bouwstenen IGZ	Eisen
1. Beleid	De GGZ-instelling heeft vastgesteld beleid voor de risicoreductie van somatische complicaties (door somatische screening en leefstijlbegeleiding in een 'gezonde' omgeving)
2. Somatische screening	De GGZ-instelling voert periodiek een somatische screening uit bij patiënten volgens een protocol
3. Voorlichting	De psychiater en/of verpleegkundige (specialist) begeleidt de patiënt bij het realiseren van leefstijldoelen die uit de somatische screening voortvloeien. De begeleiding is gericht op de interventies die het meest haalbaar zijn.
4. Leefstijl begeleiding	In het dossier van de patiënt staan de complicaties van medicatiegebruik en een gerichte follow-up
5. Dossiers	De GGZ instelling ziet erop toe dat medici, verpleegkundigen en paramedici voldoende geschoold zijn op het gebied van leefstijlbegeleiding



# Hoe leveren wij goede somatische screening?

---

- Herstel vanaf dag één betekent dat we voorkomen dat patiënten gezondheidsrisico's lopen door het gebruik van psychofarmaca
- We hebben inzicht in de effecten van de bijwerkingen en de lichamelijke conditie van patiënt vanaf start behandeling
- We lichten patiënten voor over welke bijwerkingen medicatie kan hebben
- We onderzoeken de lichamelijke conditie van de patiënt en stemmen de uitkomsten af met de verwijzer c.q. regiebehandelaar.
- Op deze wijze kan de behandelaar de medicatie op maat instellen en de patiënt goed adviseren over bijwerkingen en leefstijl.



# Hoe organiseren we dit bij Dimence?

---

- Mogelijkheid tot somatische screening is aanwezig op elke locatie (grote locaties hebben één centrale poli, overige teams/locaties beschikken over eigen screeners)
- Patiënt wordt verwezen op indicatie van RB c.q. psychiater  
In principe bij gebruik van psychofarmaca (óf overige lichamelijke gezondheidsrisico's)
- Aanmelden kan via secretariaat somatische poli van betreffende locatie
- Secretariaat nodigt uit (incl. lab.formulier) en plant in agenda screener
- Screener voert screening uit en koppelt uitkomsten terug aan verwijzer. Deze samenwerking stem je samen verder af.



# Wat doet de somatische poli?

---

- Screener screent a.d.h.v. screeningslijst waarna op basis van psychofarmaca patiënt(1,5 uur) jaarlijks of vaker gezien wordt voor controles en begeleiding (vooraf dossierstudie)
- Vraag medicatie uit; psychofarmaca en overig
- Hierbij wordt m.n. gelet op bijwerkingen; metabool, bewegingsstoornissen (EPS), seksuele stoornissen, enz.
- Ook therapietrouwheid komt aan bod
- En de labwaarden wordt naar gekeken
- Bloeddruk, buikomvang en gewicht wordt gemeten
- Rapporteert in EPD en koppelt evt. bijzonderheden terug aan verwijzer en/of huisarts
- Bespreekt evt. leefstijldoelen met patiënt (voeding, middelengebruik, beweging, (mond- en slaaphygiëne)
- Jaarlijkse evaluatie en evt. bijstelling in MDO>verslag naar huisarts.



# Netwerk Somatiek en Leefstijl

---

- Elke screener is aangesloten
- Is tevens aandachtsfunctionaris/ ambassadeur en aanspreekpunt voor somatiek en leefstijl in het team
- Online worden 6 x per jaar netwerkbijeenkomsten georganiseerd
- Twee á driemaal per jaar wordt bijscholing geboden over somatiek (EPS, lab.waarden, metabool syndroom, enz.)
- Het netwerk werkt stichting overstijgend samen (Dimence, Mindfit, Transfore, Jeugd)
- <https://intranet.dimence.nl/thema/somatiek-en-leefstijl/Paginas/somatiek-en-leefstijl.aspx>



# Oproep aan teams

---

- Heb aandacht voor de somatiek bij opname/intake
- Maak gebruik van somatische poli binnen je team of op je locatie voor screening

*(juist als je minder bekwaam bent op het gebied van somatiek)*





# Refereermiddag

'*Bipolaire stoornissen; somatiek en leefstijl*'

Donderdag 23 september 2021

14.00-17.00 uur – Dimence Deventer



# PAUZE

## TOT ZO!

## PROGRAMMA

- 13.30 – 14.00 uur** Ontvangst met koffie en thee
- 14.00 – 14.10 uur** Opening en introductie  
**Hanneke Verboom**  
*Verpleegkundig specialist GGZ en middagvoorzitter*
- 14.10 – 14.55 uur** De rol van gezonde leefstijl in de psychiatrie  
**Nini de Boer**  
*Arts-onderzoeker, promovendus UMC Utrecht*
- 14.55 – 15.05 uur** Bespreken uitkomsten ingevulde vragenlijst
- 15.05 – 15.25 uur** Somatische screening; zo doen we dat bij Dimence!  
**Marjan Veldhuyzen-Keijzers** en **Erna Vonk-Verwijst**  
*Teamleider en Senior Psychiatrisch verpleegkundige*
- 15.25 – 15.40 uur** pauze
- 15.40 – 16.00 uur** Lichaamsbewustzijn, spanningsregulatie en leefstijl  
**Carolien Bruinsma-van Haaf**  
*Psychomotorisch vaktherapeut*
- 16.00 – 16.45 uur** Theorie en toepassing leefstijl bij SCBS I  
Ingeleid door **Sanne Hendriks**, *psychiater Dimence* met een bijdrage over **Mindfulness** door **José van der Kooij**, *verpleegkundig specialist GGZ* en **Sociale ritmeth therapie** door **Hanneke Verboom**, *verpleegkundig specialist GGZ*
- 16.45 – 17.00 uur** Vragenronde, conclusies en afsluiting  
door middagvoorzitter **Hanneke Verboom**



# PMT

(psychomotorische  
therapie)



Lichaamsbewustzijn, spanningsregulatie en leefstijl

# Wat is PMT?



Bij psychomotorische therapie staan lichaamsbeleving en bewegingsgedrag centraal. Door sport en spel of lichaamsgeoriënteerde oefeningen komt de cliënt letterlijk in beweging of staat juist stil bij zijn ervaringen. Zo leert de cliënt om lichaamssignalen, gevoelens en gedragspatronen te herkennen, te verwoorden en begrijpen. Vervolgens wordt er geoefend om tot nieuwe ervaringen, inzichten en gedrag te komen.

# PMT en gezonde leefstijl

- Signaleren wat je lijf je vertelt en deze signalen serieus nemen
- Onderzoeken en leren toepassen wat je dan op dat moment nodig hebt.
- Oefenen met bijvoorbeeld grenzen aangeven, zodat je niet teveel stress of druk ervaart en hierdoor je stemming mogelijk gelijkmatiger blijft.



# Introductie theorie en toepassing leefstijl bij SCBS Bipolair

Rogier Hoenders, psychiater, senior onderzoeker en oprichter van het CIP tijdens een webinar op 15-04-2021 over leefstijl.





# Bipolaire stoornis vs metabool syndroom

Sanne Hendriks, psychiater SCBS

# Mortaliteit in de psychiatrie

---

- Lagere levensverwachting
- 60% somatische comorbiditeit
- Nr 1: hart- en vaatziekten

# Metabool syndroom (MetS)

---

- MetS is een combinatie van (3 van de 5) symptomen:
  - Hyperglykemie
  - Hypertensie
  - Laag HDL
  - Verhoogde triglyceriden
  - Centrale adipositas

MetS verhoogt het risico op diabetes type 2 en hart- en vaatziekten.





# Metabool syndroom in de psychiatrie

---

- Verhoogd risico op metabool syndroom bij bipolaire stoornis.
- Prevalentie 17 – 53 %
- NESDA

	BS	DEP	Controle
p-waarde BD vs MDD Metabool syndroom	28,4%	20,2%	16,5%

# Mechanismen

---

- Ongezonde leefstijl

- Roken
- Alcohol
- Slechte dieetgewoontes
- Onvoldoende lichaamsbeweging



- Medicatie

- Lithium, valproïnezuur en atypische antipsychotica.
- Toename eetlust, gewichtstoename, invloed op glucose en lipidspectrum.

# Mechanismen

---

- Neuro-endocrine en immuno-inflammatoire afwijkingen
  - Disregulatie HPA-as → verhoogd cortisol + chronische overactivatie HPA-as → glucose-intolerantie
  - Verhoogde pro-inflammatoire markers (cytokines, CRP) → glucose-intolerantie.
- Genetische kwetsbaarheid

# Preventie en behandeling

---

- Leefstijladviezen
  - Stoppen met roken
  - Vermijden van alcohol en drugs
  - Voldoende lichaamsbeweging
  - Dieet adviezen
  - Dagstructuur en slaaphygiëne

# Preventie en behandeling

---

- Psychofarmaca
  - Dosisaanpassing
  - Switch
  - Behandeling symptomen MetS
- MetS risico assessment
  - Vroege detectie
  - Somatische screening
  - Adequate behandeling

# Somatische screening

---

- Somatische anamnese
  - Somatische voorgeschiedenis
  - Huidige lichamelijke klachten
  - Aandacht voor roken, alcohol, drugs, eetgewoontes en lichaamsbeweging
  - Familieanamnese
- Lichamelijk onderzoek
  - Lengte
  - Lichaamsgewicht
  - Buikomvang
  - Bloeddruk en pols

# Somatische screening

---

- Laboratoriumonderzoek
  - Bloedbeeld (Hb, leukocyten, trombocyten)
  - Elektrolyten (Na, K, Ca en albumine)
  - Leverfuncties (AF, ALAT, ASAT, gGT)
  - Nierfunctie (ureum, kreatinine, GFR)
  - Schildklierfunctie (TSH, en indien afwijkend FT4)
  - Nuchter glucose
  - Nuchter lipidenprofiel (triglyceriden, cholesterol, LDL, HDL)
- Indicatie ECG bij cardiale klachten en leeftijd ouder dan 60 jaar.

# Metabole screening bij instellen psychofarmaca

---

- Parameters

- Gewicht en lengte
- Buikomvang
- Nuchter glucose
- Cholesterol, HDL, LDL, Triglyceriden
- Bloeddruk en pols

- Metingen

- Voorafgaand
- Na 6 weken
- Na 3 maanden
- Jaarlijks



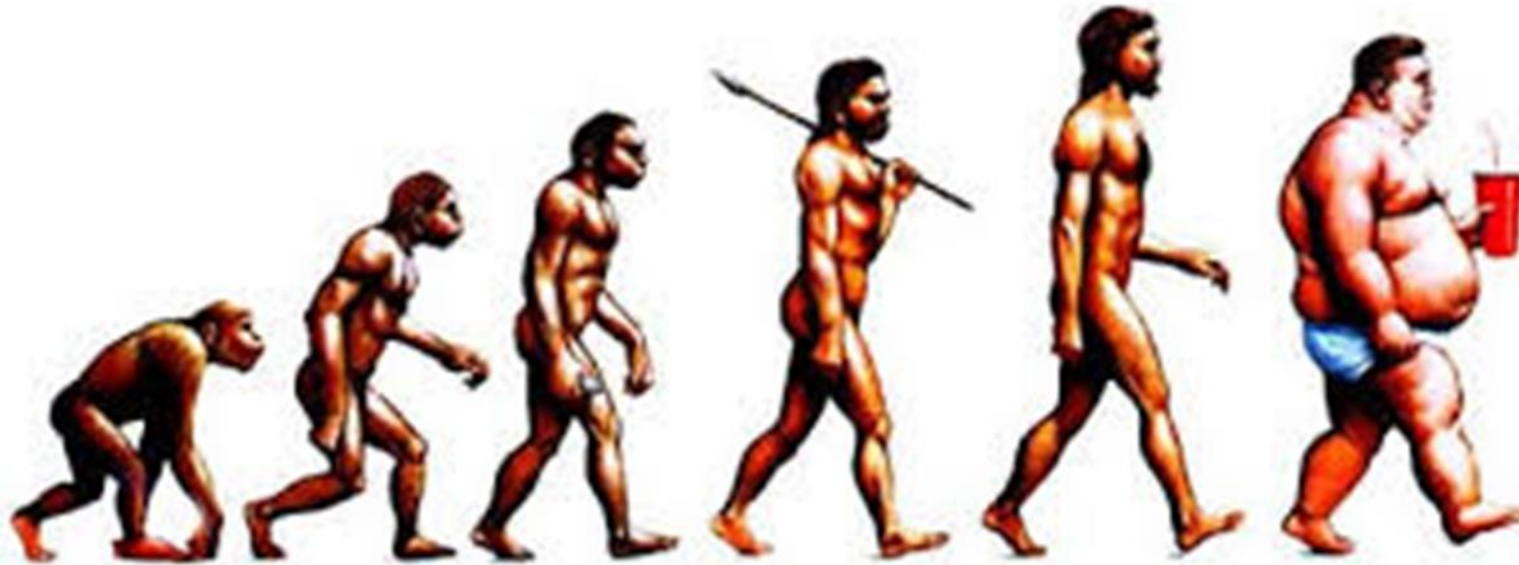
# Take home message

---

- Verhoogd risico op MetS bij bipolaire stoornis.
- Verschillende factoren zijn van invloed zoals een ongezonde leefstijl, medicatie en een genetische en pathofysiologische kwetsbaarheid.
- Preventie en behandeling van zowel de bipolaire stoornis als MetS zijn belangrijk voor zowel de somatische als psychiatrische prognose.

# Bedankt voor uw aandacht!

---





# Mindfulness

José van der Kooij

Verpleegkundig Specialist GGZ

# Inhoud

---

- Wat is mindfulness
- Belangrijke varianten
  - MBSR
  - MBCT
- Het balans-onderzoek
- Toepassing in de praktijk



Is je mind full? Of ben je mindful?



# Belangrijke varianten

---

- MBSR
  - In 1979 ontwikkeld door Jon Kabat-Zinn
  - MBSR is een 8-weeks programma voor mensen met lichamelijke en psychologische klachten
- MBCT
  - Gebaseerd is op MBSR. Segal, Teasdale en Williams beschreven dit programma in 2000.
  - MBCT blijkt een effectieve methode om terugval bij depressie te voorkomen.
  - Het plaatst de kracht van MBSR in de context van cognitieve gedragstherapie.





# Het balans- onderzoek

- Het Balans-onderzoek is een grootschalig, landelijk kwalitatief onderzoek naar de werkzaamheid van Mindfulness Based Cognitieve Therapie bij personen met een bipolaire stoornis.
- Het onderzoek vindt plaats binnen verschillende GGZ-instellingen in Nederland, waaronder Radboudumc, Pro persona, Dimence, Altrecht, Psy Q

The Process of Change of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for People with Bipolar Disorder: a Qualitative Study

[Imke Hanssen](#), [Marieke Boele](#), [Nicole van der Horst](#), [Marc Lochmann van Bennekom](#), [Eline Regeer](#) & [Anne Speckens](#)  
[Mindfulness](#) volume 12, pages 863–872 (2021)



# Resultaten

- Drie overkoepelende hoofdthema's zijn naar voren gekomen: bewustwording en inzicht, gedragsverandering en positieve gevolgen.
- Het eerste thema is verder onderverdeeld in vier subthema's: bewustwording, toestaan, decentreren en inzicht.



# Bewustzijn



**Het veranderingsproces werd door de deelnemers over het algemeen ervaren met een toename van het bewustzijn van zowel hun innerlijke toestand als hun omgeving**

gedachten, lichamelijke gewaarwordingen, emoties en zintuiglijke informatie in het hier en nu



**Specifiek beschreven deelnemers een toegenomen bewustzijn van stemmingswisselingen en gedrag dat ze bestempelden als (hypo)manisch of depressief.**

in een eerder stadium prodromale tekenen van destabiliserende stemming herkennen

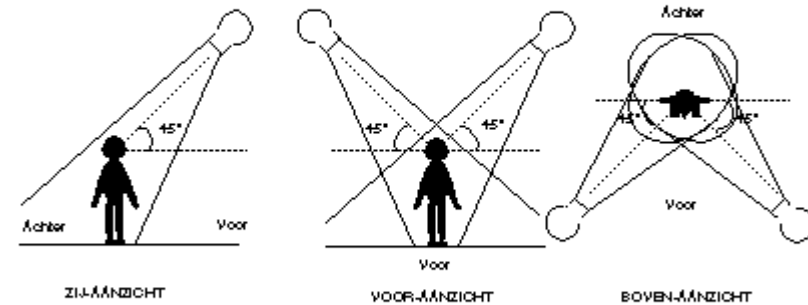
# Toestaan

---

- Vooral onaangename emoties of lichamelijke gewaarwordingen werden beter getolereerd, wat resulteerde in een meer accepterende en verwelkomende houding jegens deze gewaarwordingen
- Terwijl sommige deelnemers voorheen de neiging hadden moeilijke gevoelens te vermijden, begonnen ze nu hun aandacht daarop te richten



# Decentreren



- Verschillende deelnemers beschreven dat ze het vermogen hadden gekregen om hun ervaringen vanuit een ander perspectief te bekijken
  - afstand nemen van depressieve of (hypo)manische gedachten en gedragingen, waardoor ze meer in perspectief werden geplaatst

# Inzicht

---



- Inzicht in de *onderlinge verbondenheid* tussen lichamelijke gewaarwordingen, gedachten en emoties
  - de invloed van gedachten op de gemoedstoestand zien en vice versa.
  - Door deze te begrijpen, verbeteren zowel de zelfkennis als het begrip van BD
- Inzicht in *automatische gedragspatronen*
  - gedragspatronen leren herkennen die niet helpend zijn en zelfs tot uitputting leiden
- Inzicht in *verandering in houding*
  - meer bewust van hun behoeften en wensen, hun grenzen en hun fysieke en mentale beperkingen

# Gedragsverandering

---

- Intrapersoonlijk
  - De keuze om de aandacht te richten op een gekozen object en wanneer afgeleid, in staat zijn om terug te keren en de aandacht vast te houden
  - De aandacht vaker richten op het hier en nu
- Interpersoonlijk
  - Minder vaak andere mensen nodig hebben *om hun emoties te reguleren*, omdat ze beter in staat zijn om emoties zelf te reguleren
  - Beter in staat tot het *uiten van emoties*, op een adaptieve manier, aan anderen



# Positieve gevolgen



## Cognitief

vermindering van  
afleidende en ruminatieve  
gedachten

afname van het aantal  
gedachten, zowel  
positieve als negatieve,  
wat leidde tot een groter  
gevoel van mentale rust  
verbeterde concentratie



## Emotioneel

emoties worden beter  
verdragen en deelnemers  
kunnen meer in contact  
komen met hun gevoelens

afname van negatief  
affect en angst



## Fysiek

meer fysieke ontspanning  
en makkelijker in slaap  
kunnen vallen



## Interpersoonlijk

toegenomen vertrouwen  
en een medelevende  
houding ten opzichte van  
anderen

door anderen te  
betrekken bij de  
behandeling van hun  
ziekte en de gevolgen  
ervan, kregen de  
deelnemers meer begrip  
vanuit hun sociale  
omgeving

# Conclusie



---

een duidelijker bewustzijn van stemmingsverandering

---

decentrering van niet alleen depressieve maar ook (hypo)manische gedachten en gedrag

---

verbetering van de impulscontrole

---

leren focussen op wat aanwezig is

---

beter in staat om hun aandacht in het algemeen te richten

---

vermindering van de frequentie en intensiteit van negatief affect

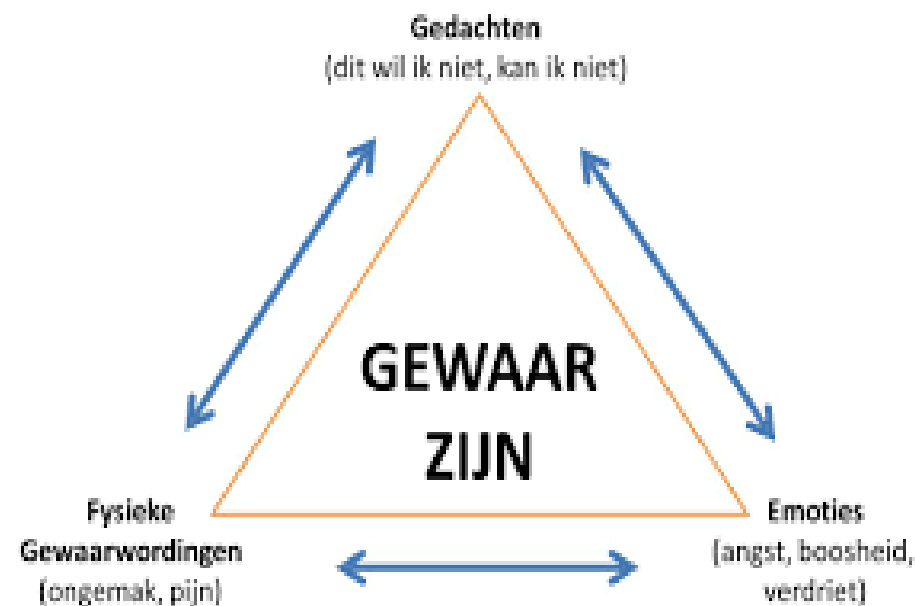
---

vermindering van de frequentie van afleidende en piekergedachten, zowel positieve als negatieve, wat resulteerde in een gevoel van mentale kalmte



# Toepassing in de praktijk

- Individuele mindfulness bij patiënten met een bipolaire stoornis
- Gericht op acceptatie, niet oordelen, vriendelijkheid naar jezelf, vertrouwen, loslaten, nieuwsgierigheid en geduld, lichaamsbewustzijn
- Oefeningen zoals o.a. automatische gedachten, de ademhaling, zitten in aandacht, bodyscan
- Aandacht voor onprettige gedachten, het herkennen van automatische gedachten, stressvolle situaties en respons



# Contra indicaties

- Gebrek aan motivatie
- Acute fase van depressie
- Manie
- Verslaving
- Acute fase van een psychose
- Persoonlijkheidsproblematiek



# Waar wordt mindfulness al ingezet

---

## Angststoornissen

*De angst en paniek neemt af.*

## Depressie

*De depressieklachten nemen af, meer kwaliteit van leven en effectiever dan medicatiegebruik.*

## Eetstoornissen

*Afname eetbuien en emoties meer onder controle. Minder drang om te eten en minder depressief*

## Psychose

*Verhoogd welzijn en verbetert algeheel functioneren.*

## Slaapproblemen

*Verbeterde slaap en vermindering van slaapverstorende processen (zoals piekeren).*

## Somatische aandoeningen

*BV Chronische pijnklachten, kanker, etc.*



# Literatuurlijst

---

- Segal, ZV, Williams, JMG en Teasdale, JD (2018) *Op mindfulness gebaseerde cognitieve therapie voor depressie* (2e ed.). Guilford Press.
- Hanssen, I., Huijbers, MJ, Lochmann-van Bennekom, M., Regeer, E., Stevens, A., Evers, S., Wensing, M., Kupka, R., & Speckens, A. (2019) Studieprotocol van een multicenter gerandomiseerde gecontroleerde studie van op mindfulness gebaseerde cognitieve therapie en behandeling zoals gebruikelijk bij een bipolaire stoornis. *BMC Psychiatrie*, 19 (130), 1-10.
- Hanssen, I, Boele, M, Horst, N van der, Lochman van Bennekom, M, Regeer, E en Speckens, A. (2021) The Process of Change of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for People with Bipolar Disorder: a Qualitative Study. *Mindfulness* **volume 12**, pages 863–872 (2021)

**Naam:** \_\_\_\_\_ **Week:** \_\_\_\_\_ **gewicht:** \_\_\_\_\_ **startdatum:** \_\_\_\_\_

**Weekdoel:** \_\_\_\_\_

• Noteer de ideale richttijd die je zou **willen** voor elke activiteit  
 • Noteer de **tijd** waarop je de activiteit **werkelijk** uitvoerde  
 • Noteer welke (p)ersonen betrokken waren bij elke activiteit en hoe:  
 0= alleen 1= anderen aanwezig 2= anderen deden ook mee 3= anderen stimuleerden mij

Activiteiten:	richttijd	zondag		maandag		dinsdag		woensdag		donderdag		vrijdag		zaterdag	
		tijd	p	tijd	p	tijd	p	tijd	p	tijd	p	tijd	p	tijd	p
opstaan															
eerste contact met een andere persoon															
begin school / (vrijwilligers)werk / gezinszorg / hobby															
avondeten															
naar bed															
<b>SRT score</b>															
alcohol (stimulerende middelen)															
aantal uren slaap															
stemming															
-5                      0                      +5 Uiterst depressief      Neutraal                      Uiterst manisch															
ontstemde manie (indien ja: x)															
aantal stemmingsomslagen/dag															
<b>Manie</b>		<b>zondag</b>		<b>maandag</b>		<b>dinsdag</b>		<b>woensdag</b>		<b>donderdag</b>		<b>vrijdag</b>		<b>zaterdag</b>	
Ernstig Ernstige beperkingen of <b>Opgenomen</b>															
Matig hoog GROTE moeite met doelgerichte activiteiten															
Matig laag ENIGE moeite met doelgerichte activiteiten															
Licht Energiek en productief met WEINIG of geen beperkingen															
<b>Stabiel</b>															
Licht WEINIG of geen beperkingen															
Matig laag Functioneren met ENIGE moeite															
Matig hoog Functioneren met GROTE moeite															
Ernstig Ernstige beperkingen of <b>Opgenomen</b>															
<b>Depressie</b>															

# Sociaal Ritme Therapie

Hanneke Verboom



Samen werken aan een beter leven!

# Sociaal Ritme Therapie

- Een gedragstherapie voor mensen met een **bipolaire** stoornis.
- Richt zich op het stabiliseren van het **sociaal ritme**.
- Het **sociaal ritme** blijkt bij mensen met een **bipolaire** stoornis sterke invloed te hebben op het ontstaan van klachten.
- SRT kan duidelijk maken hoe veranderingen in het sociaal ritme en veranderingen in de stemming elkaar beïnvloeden.
- Het doel van de therapie is toe werken naar een stabiel ritme, om de kans op stemmingswisselingen en depressieve perioden te verkleinen.

# Wat is sociaal ritme?

- Het patroon van dagelijkse activiteiten.
- SRT bestaat uit het dagelijks bijhouden van het tijdstip van een aantal activiteiten, zoals opstaan, naar het werk of andere bezigheid gaan, een sociaal contact, eten en naar bed gaan.



Naam: *Mw. Saskia Voorbeeld*

Week: *12*

gewicht: *78*

startdatum: *19-11-2010*

Weekdoel:

- Noteer de ideale richttijd die je zou **willen** voor elke activiteit
- Noteer de **tijd** waarop je de activiteit werkelijk uitvoerde
- Noteer welke (**p**)ersonen betrokken waren bij elke activiteit en hoe:  
**0**= alleen **1**= anderen aanwezig **2**= anderen deden ook mee **3**= anderen stimuleerden mij

SOCIAAL RITME METER

Activiteiten:	richttijd	zondag		maandag		dinsdag		woensdag		donderdag		vrijdag		zaterdag	
		tijd	p	tijd	p	tijd	p	tijd	p	tijd	p	tijd	p	tijd	p
opstaan	<i>8<sup>00</sup></i>	<i>10<sup>00</sup></i>	<i>1</i>	<i>8<sup>30</sup></i>	<i>0</i>	<i>9<sup>00</sup></i>	<i>0</i>	<i>8<sup>15</sup></i>	<i>0</i>	<i>8<sup>30</sup></i>	<i>0</i>	<i>9<sup>00</sup></i>	<i>0</i>	<i>10<sup>0</sup></i>	<i>1</i>
eerste contact met een andere persoon	<i>11<sup>00</sup></i>	<i>10<sup>30</sup></i>	<i>2</i>	<i>10<sup>00</sup></i>	<i>1</i>	<i>13<sup>30</sup></i>	<i>2</i>	<i>10<sup>30</sup></i>	<i>2</i>	<i>10<sup>00</sup></i>	<i>2</i>	<i>11<sup>00</sup></i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>2</i>
begin school / (vrijwilligers)werk / hobby	<i>13<sup>30</sup></i>	-		-		<i>13<sup>30</sup></i>	<i>2</i>	-		<i>13<sup>30</sup></i>	<i>2</i>	-		<i>11<sup>00</sup></i>	
avondeten	<i>18<sup>30</sup></i>	<i>19<sup>00</sup></i>	<i>2</i>	<i>18<sup>00</sup></i>	<i>0</i>	<i>18<sup>30</sup></i>	<i>0</i>	<i>19<sup>00</sup></i>	<i>2</i>	<i>18<sup>00</sup></i>	<i>2</i>	<i>19<sup>00</sup></i>	<i>2</i>		<i>2</i>
naar bed	<i>23<sup>00</sup></i>	<i>24<sup>00</sup></i>	<i>0</i>	<i>22<sup>30</sup></i>	<i>0</i>	<i>22<sup>00</sup></i>	<i>0</i>	<i>23<sup>00</sup></i>	<i>0</i>	<i>21<sup>00</sup></i>	<i>0</i>	<i>24<sup>00</sup></i>	<i>0</i>	<i>19<sup>0</sup></i>	<i>2</i>
<b>SRT score</b>		<i>2</i>		<i>3</i>		<i>2</i>		<i>4</i>		<i>3</i>		<i>2</i>		<i>2</i>	
alcohol (stimulerende middelen)		<i>2x</i>										<i>1x</i>		<i>2x</i>	
aantal uren slaap		<i>6</i>		<i>7</i>		<i>7</i>		<i>9 1/2</i>		<i>8</i>		<i>11</i>		<i>8</i>	
stemming		<i>+1</i>		<i>+1</i>		<i>0</i>		<i>-1</i>		<i>+1</i>		<i>-1/+2</i>		<i>0</i>	
ontstemde manie (indien ja: x)															
aantal stemmingsomslagen/dag												<i>2</i>			
<b>Manie</b>		<b>zondag</b>		<b>maandag</b>		<b>dinsdag</b>		<b>woensdag</b>		<b>donderdag</b>		<b>vrijdag</b>		<b>zaterdag</b>	
Ernstig Ernstige beperkingen of Opgenomen															
Matig hoog GROTE moeite met doelen of activiteiten															
Matig laag ENIGE moeite met doelen of activiteiten															
Licht Energiek en productief met WEINIG of geen beperkingen															
<b>Stabiel</b>															
Licht WEINIG of geen beperkingen															
Matig laag Functioneren met ENIGE moeite															
Matig hoog Functioneren met GROTE moeite															
Ernstig Ernstige beperkingen of Opgenomen															
<b>Depressie</b>															
Vermeld hier andere psychische klachten en verschijnselen (angstig, dwang, enz.)										<i>angstig</i>					



# SRT score

- Er wordt per activiteit een punt toegekend als het tijdstip waarop de activiteit werd uitgevoerd, niet meer dan 45 min afwijkt van de richttijd, naar boven of naar beneden.
- Per week zijn er max 35 punten haalbaar.
- Voor het weekend gelden dezelfde richttijden als doordeweeks.
- Het instrument meet per dag het tijdstip waarop vijf dagelijkse activiteiten werden uitgevoerd, en de afwijking van dit tijdstip ten opzichte van de streeftijd.
- De score geeft aan in welke mate de werkelijke tijdstippen overeenkwamen met de streeftijden. Een hogere score weerspiegelt een stabielere sociaal ritme.



# IPSRT

- SRT wordt vaak in groepsverband gegeven samen met interpersoonlijke therapie en wordt dan IPST genoemd.
- De kerngedachte van IPSRT is dat een manische of depressieve episode bij een bipolaire stoornis vaak voorafgegaan wordt door een ontregeling van het sociaal ritme of door stressvolle interpersoonlijke gebeurtenissen.
- IPSRT heeft als doel het vergroten van de acceptatie van de bipolaire stoornis, het vergroten van de therapietrouw, het verbeteren van de coping met belangrijke life-events en het herstellen en monitoren van een stabiel dag-en nachtritme (Frank, 2005, 2007).



# Meerwaarde van IPSRT



*Wat levert  
het op?*

- Uit onderzoek blijkt dat de IPSRT door patiënten positief wordt ontvangen en zij ook tot 6 maanden na de inzet van IPSRT meer stabiel functioneren en minder klinische symptomen hebben gerapporteerd. (Steardo et al., 2020).
- Daarnaast is gebleken dat het sociaal ritme stabiliseert en de stemming verbetert, zowel gedurende de groepstherapie als in het jaar daarna. Conclusie was dat IPSRT-groepstherapie toegevoegde waarde kan hebben voor patiënten met een bipolaire stoornis die instabiel blijven, ondanks adequate farmacotherapie en psycho-educatie (Bouwkamp et al., 2013).

## Take home message

- Denk naast de life chart ook aan de Sociaal Ritme Meter.
- Dit om bewustwording aan te brengen t.a.v. het belang van een vaste structuur.
- Met als doel meer stabiel functioneren.



# Literatuurlijst

- [https://www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl/wp-content/uploads/2018/01/1620547\\_13397\\_Sociaal\\_Ritme\\_Meter omslag.pdf](https://www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl/wp-content/uploads/2018/01/1620547_13397_Sociaal_Ritme_Meter omslag.pdf)
- Christian G. Bouwkamp, Marije E. de Kruiff, Thea M. van Troost, Dina Snippe, Marc J. Blom, Remco F. P. de Winter and P. M. Judith Haffmans (2013). *Interpersonal and social rhythm group therapy for patients with bipolar disorder*. International Journal of Group Psychotherapy. Vol. 63, No. 1
- Luca Steardo Jr, Mario Luciano, Gaia Sampogna, Francesca Zinno, Pasquale Saviano, Filippo Staltari, Cristina Segura Garcia, Pasquale De Fazio & Andrea Fiorillo (2020). *Efficacy of the interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) in patients with bipolar disorder: results from a real-world, controlled trial*. Annals of General Psychiatry volume 19, Article number: 15

# Afsluitende vragenronde



Hanneke Verboom

