

## **W1 Schrijven voor en door psychiaters**

Marcel Monden <sup>1</sup> / Piet Verhagen <sup>2</sup> / Sonja Rutten <sup>3</sup>

P: Workshopleiders

1. GGZ Noord Holland Noord
2. GGZ Centraal
3. GGZ ingeest

### **Inhoud (wat)**

Als tijdschrift voor en door psychiaters wil De Psychiater u alle tools in handen geven om sterke artikelen te schrijven voor vakgenoten - niet in een wetenschappelijk, maar in een journalistiek tijdschrift. Welke onderwerpen zijn interessant en nuttig om met elkaar te delen onder vakgenoten? Hoe vertaalt u uw onderzoek, publicatie, visie of idee naar een vlot en veelgelezen journalistiek artikel? Welke vorm kiest u: een praktijkverhaal, een column, een verslag, een visiestuk - en wat zijn de kenmerkende verschillen en de schrijfadvisen die daarbij horen? Hoe vindt u de balans tussen toegankelijkheid en diepgang? Hoe gaat u om met casuïstiek in artikelen, waarin u (praktijk)ervaring wilt delen zonder de privacy van uw patiënt te schaden? Na de drukbezochte en gewaardeerde bijeenkomst van vorig jaar, delen 'schrijvend psychiaters' in deze workshop opnieuw hun kennis, inzichten en afwegingen met u. Kinder- en jeugdpsychiater Menno Oosterhoff deelt zijn ervaringen als schrijver van onder andere columns en blogs, waarin hij over zijn werk, maar ook zijn persoonlijke ervaringen met psychiatrische problematiek schrijft. Hij vertelt welke drempels hij bij het schrijven aanvankelijk heeft ervaren, welke gouden redactionele regels hem op weg hebben geholpen en waarom het zo belangrijk is dat meer psychiaters over hun vak schrijven. Psychiater Piet Verhagen, hoofdredacteur van De Psychiater, en redactielid Sonja Rutten geven u praktische adviezen. U hoort hoe artikelen worden beoordeeld en hoe we auteurs begeleiden. Aan de hand van voorbeelden ontdekken we in deze workshop samen wat werkt en wat niet werkt. Gaandeweg stellen we een checklist op waarmee de deelnemers thuis meteen aan de slag kunnen.

### **Vorm (hoe)**

Workshop waarbij een drietal sprekers een korte presentatie geeft, waarna telkens veel ruimte is voor vragen, concrete oefeningen (aan de hand van stukjes tekst), uitwisseling en discussie. Gezamenlijk wordt een checklist ontwikkeld.

### **Leerdoelen**

Het verhelderen van de verschillen tussen 'wetenschappelijk' en 'journalistiek' publiceren; het (aanzet geven tot) slechten van drempels; het verhelderen van de competentie communicatie met durf, openheid en humor als belangrijke hulpmiddelen.

### **Literatuurverwijzing**

Kraan, H.F. Psychiatrie en media, [www.psychiatrienet.nl](http://www.psychiatrienet.nl)

## **W2 Wat doet u met uw patiënten met een lager IQ? Biedt uw organisatie de nodige veerkracht?**

Dr. Jannelien Wieland <sup>p1</sup> / Erica Aldenkamp <sup>1</sup> / Mascha ten Doesschate <sup>p2</sup>

P: Workshopleiders

1. Poli+
2. GGZ Friesland

### **Inhoud (wat)**

Ongeveer een op de vijf nieuwe patiënten in de GGZ heeft een intelligentie quotiënt (IQ) onder de 85 (Van Hout e.a. 2016). Van deze groep patiënten is 80% zwakbegaafd. Ze hebben vaak een combinatie van psychische en psychosociale problemen. Voor een deel worden deze patiënten behandeld binnen zogenaamde specialistische centra, met expertise en ervaring op het gebied van de behandeling van psychiatrische stoornissen bij patiënten met een lager IQ. Maar verder zijn deze patiënten onder behandeling in de reguliere GGZ. Dat vergt extra flexibiliteit, creativiteit en veerkracht van hun behandelaren. En dat behandelaren het lagere IQ herkennen. Op dit moment echter, hebben behandelaren vaak helemaal niet door welke patiënten een laag IQ hebben, of hoeveel zwakbegaafde patiënten zij in zorg hebben. Hoe gaat dat in uw organisatie? Weet u welk deel van de patiënten in zorg binnen uw GGZ zwakbegaafd is of een verstandelijke beperking heeft? Welk percentage van deze patiënten wordt behandeld binnen het specialistische centrum - gespecialiseerd in psychiatrie en verstandelijke beperking- van uw organisatie? Heeft uw GGZ zo'n gespecialiseerd centrum? En wat doet u als een patiënt met een lager IQ moet worden opgenomen? Wie betaalt welke zorg (wlz, zvw, wmo)? Veel GGZ instellingen in Nederland denken na over hoe zij de zorg voor hun patiënten met een lager IQ willen inrichten. Wat is nodig om de psychiatrische zorg voor zwakbegaafd of verstandelijke beperkte mensen passend aan te bieden? Samenwerken met de zorg voor mensen met er verstandelijke beperking? Of juist niet?

### **Vorm (hoe)**

In deze workshop staan wij stil bij de geschiedenis van de organisatie van psychiatrische zorg voor mensen met een lager IQ en werpen we een blik op de toekomst. Wat kan er nu in de regulier GGZ en wat juist niet? Wat zijn uw in- en exclusiecriteria op de poli en op de opnameafdelingen? Wie zijn uw partners in het aanbieden van deze zorg? Wij bediscussiëren met u de verschillende standpunten, beantwoorden uw vragen en doen een voorstel vanuit onze visie op passende zorg voor deze kwetsbare doelgroep.

### **Leerdoelen**

U krijgt zicht op de percentages patiënten met een lager IQ binnen de GGZ. U wordt meegenomen in de geschiedenis van de organisatie van zorg voor psychiatrische patiënten met een lager IQ. U weet wat specifieke aandachtspunten zijn in de zorg voor psychiatrische patiënten met zwakbegaafdheid of een verstandelijke beperking. U heeft een idee over hoe passend de zorg is binnen uw organisatie. En tot slot hopen wij u te inspireren tot het nadenken over het verbeteren van de geestelijke gezondheidszorg voor deze grote kwetsbare groep patiënten, die ook u in zorg heeft.

### **Literatuurverwijzing**

Van Hout T, Van Els B, Wieland J. (2016) Een laag IQ in de GGZ: Gezien of gemist. Screenen naar zwakbegaafdheid en een lichte verstandelijke beperking bij nieuwe patiënten in de GGZ. In prep.

### **W3 Therapeutische uitdagingen: instellen op clozapine, negatieve symptomen, cognitieve stoornissen en restsymptomen bij clozapine-resistentie**

MD Selene Veerman <sup>p1</sup> / MD, PhD Peter Schulte <sup>p2</sup>

P: Workshopleiders

1. GGZ NHN
2. GGZ NHN

#### **Inhoud (wat)**

Voor positieve symptomen van schizofrenie zijn verschillende effectieve behandelingen beschikbaar, zoals antipsychotica, cognitieve gedragstherapie en elektroconvulsieve therapie. De prognose wordt echter met name bepaald door de ernst van negatieve symptomen en cognitieve stoornissen. Helaas bestaat tot op heden van geen enkele interventie voldoende bewijs om dit aan te bevelen als werkzame behandeling voor negatieve symptomen, noch voor cognitieve stoornissen. Het zou grote vooruitgang betekenen wanneer patiënten met psychotische stoornissen en overheersende negatieve symptomen of invaliderende cognitieve beperkingen behandeld zouden kunnen worden met betere kwaliteit van leven en participatie in de maatschappij tot gevolg. Behandelaars zijn vaak onvoldoende op de hoogte van mogelijke interventies, die restsymptomen kunnen verhelpen. Het is algemeen bekend dat clozapine een bewezen superieure werking heeft boven andere antipsychotica wat betreft therapie-resistente positieve symptomen. Patiënten, die gunstig op clozapine reageren, lijken tot een specifiek profiel te behoren. In de dagelijkse klinische praktijk wordt clozapine nog onvoldoende voorgeschreven en wordt clozapine regelmatig vanwege bijwerkingen als sedatie, hypersalivatie en obstipatie gestopt. "Start low, go slow, but go all the way," is dan ook een belangrijke leidraad. Clozapine heeft echter geen bewezen direct effect op negatieve symptomen en cognitieve stoornissen. Bovendien is bij circa 30% sprake van non-respons en bij 50% een partiële respons, waarbij andere medicatie als additie effectief blijkt. Wanneer behandelaars de zoektocht naar effectieve behandeling van restsymptomen niet opgeven en interventies toepassen, die wetenschappelijk onderbouwd zijn, zal meer ervaring worden opgedaan en bewijskracht voor bepaalde behandelingen toenemen. Juist wanneer de omgeving een patiënt als uitbehandeld beschouwt of iemand zelf geen perspectief op verbetering ziet, is het voor de behandelaar een uitdaging om in de bejegening hoop op herstel uit te stralen, polyfarmacie te voorkomen, maar te behandelen volgens de laatste inzichten. Deze behandeling kan variëren van medicatie, cognitieve gedragstherapie, familie interventies, matig tot krachtige fysieke inspanning, electroconvulsieve therapie tot repetitieve transcraniële magnetische stimulatie.

#### **Vorm (hoe)**

Interactieve workshop, waarbij een quiz wordt gevolgd door een kort overzicht van de evidentie voor interventies bij persisterende negatieve symptomen, cognitieve stoornissen en clozapine-resistentie.

#### **Leerdoelen**

Deelnemers ontvangen tips om patiënten in te stellen op clozapine en belemmeringen te overwinnen. Deelnemers zijn op de hoogte van het feit dat er weinig bewijs is voor interventies bij overheersende negatieve symptomen en ernstige cognitieve stoornissen in het kader van schizofreniespectrumstoornissen. Deelnemers zijn doordrongen van het feit dat de behandeling niet is afgerond bij het instellen op een antipsychoticum, ook niet wanneer dit clozapine betreft. Deelnemers hebben middels een quiz hun kennis op de proef gesteld en hun expertise vergroot door het overzicht van doeltreffende farmacologische en niet-farmacologische interventies bij negatieve symptomen, cognitieve stoornissen en restsymptomen bij clozapine-resistentie.

#### **Literatuurverwijzing**

[https://www.psyfar.nl/tijdschrift/artikelen/artikelen\\_item/t/negatieve\\_symptomen\\_bij\\_psychotische\\_stoornissen](https://www.psyfar.nl/tijdschrift/artikelen/artikelen_item/t/negatieve_symptomen_bij_psychotische_stoornissen)  
Aleman A, Lincoln TM, Bruggeman R, Melle I, Arends J, Arango C, Knegtering H. Treatment of negative symptoms: Where do we stand, and where do we go? Schizophrenia Research 2016; in press  
Fusar-Poli P, Papanastasiou E, Stahl D, Rocchetti M, Carpenter W, Shergill S, McGuire P. Treatment of negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis of 168 randomized placebo-controlled trials. Schizophrenia Bulletin 2015; 41: 892-899  
Veerman SR, Schulte PF, Begemann MJ, de Haan L. Non-glutamatergic clozapine augmentation strategies: a review and meta-analysis. Pharmacopsychiatry 2014; 47: 231-238  
150. Veerman SR, Schulte PF, Begemann MJ,

de Haan L. Clozapine augmented with glutamate modulators in refractory schizophrenia: a review and metaanalysis. *Pharmacopsychiatry* 2014; 47: 185-194

## **W4 Blaffende Honden Bijten Niet! Of wel? Wat te weten en hoe te handelen bij een homicidale patiënt in de spreekkamer**

Drs. Bas Frelier <sup>p</sup><sup>1</sup>

P: Workshopleider

### **1. Forensische Zorg Specialisten**

#### **Inhoud (wat)**

Hoewel het aantal moorden per jaar al jaren daalt in Nederland, lijkt dit voor doodsbedreigingen geenszins het geval. Elke behandelaar kan in zijn spreekkamer geconfronteerd worden met een doodsbedreiging van een patiënt naar een derde. Antwoord wordt gegeven op de volgende vragen: wat wordt onder homicidaliteit verstaan, hoe vaak komt het voor, wat vertelt de literatuur ons over homicidaliteit en welke psychiatrische stoornissen worden geassocieerd met homicide? Tevens komt een risicotaxatie aan bod om een adequate inschatting te kunnen maken van de actiebereidheid van de patiënt en wordt er stilgestaan bij behandeling- en bejegeningsopties. Als laatste staat de behandelaar zelf centraal en zijn/ haar tegenoverdrachtsgevoelens. En hoe staat het bovendien met het (doorbreken van het) medisch beroepsgeheim? NB: deze workshop behelst doodsbedreigingen van een patiënt aan het adres van een derde buiten de spreekkamer.

#### **Vorm (hoe)**

In de eerste helft van deze workshop worden middels een referaat doodsbedreigingen in een breder perspectief geplaatst. In de tweede helft wordt een rollenspel gedaan. Middels een aangereikte casus wordt in kleine groepjes met bovenstaand verworven kennis geoefend. Hier is het ook mogelijk om eigen casuïstiek in te brengen. Klassikaal wordt er geëvalueerd.

#### **Leerdoelen**

Na het volgen van de workshop voelen deelnemers meer veerkracht en minder schroom om het gesprek aan te gaan met de homicidale patiënt. Zij zijn beter in staat een adequate risicotaxatie uit te voeren, een afweging te maken betreffende het (wel of niet doorbreken van het) beroepsgeheim en zijn meer bewust van hun eigen tegenoverdrachtsgevoelens.

#### **Literatuurverwijzing**

Sher et al. 2015. Prevention of homicidal behavior in men with psychiatric disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry* 16: 212 – 229  
L J. Warren et al. Threats to kill: a follow-up study. *Psychological Medicine*, 38 (4), 599 – 605  
Heidi Stockl et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet* 2013; 382: 859 – 65  
De 'Handreiking Beroepsgeheim & het conflict van plichten' van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (2013)

## **W5 Residentiële DGT: cliënten aan zet**

Dr. Wies van den Bosch <sup>p1,2,3</sup> / MSc Roland Sinnaeve <sup>p4,5,3</sup>

P: Workshopleiders

1. Scelta
2. Pro Persona
3. Dialexis
4. KU Leuven
5. VvKP

### **Inhoud (wat)**

In de workshop wordt, aan de hand van gegevens van een RCT, uitgevoerd bij Rivierduinen in Oegstgeest, bij twee thema's stilgestaan: a. De noodzaak van een centraal gestuurde instroom/diagnostiek om uitval van patiënten om bias bij de instelling te voorkomen. b. de inhoud van een residentiële behandelprogramma voor ernstig suïcidale Borderline cliënten: wat werkt en wat niet.

### **Vorm (hoe)**

Het programma wordt gepresenteerd, samen met de wijze waarop de intake/instroom gestalte heeft gekregen. De resultaten van het onderzoek worden eveneens gepresenteerd. De deelnemers wordt gevraagd interactief aan deze presentatie deel te nemen. Mogelijkheden en onmogelijkheden van empowerment van cliënten, (voor)oordelen die daarbij in de weg staan en manieren om deze op te lossen zijn daarbij thema.

### **Leerdoelen**

Inzicht verwerven in effectieve behandeling van zeer ernstige borderline problematiek

### **Literatuurverwijzing**

1. Bloom, J. M., Woodward, E. N., Susmaras, T., & Pantalone, D. W. (2012). Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: a systematic review. *Psychiatric Services*, 63(9), 881-888. 2. Lawn, S., & McMahon, J. (2015). Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(7), 510-521. 3. Friedman, F. B. (2008). Borderline personality disorder and hospitalization. *Social Work in Mental Health*, 6(1-2), 67-84. 4. Bosch, L.M.C. van den; Sinnaeve, R., Nijs, M.G. (2013) . Kortdurende klinische dialectische gedragstherapie voor de borderline persoonlijkheidsstoornis: ontwerp van programma en resultaten pilotstudie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 165 – 17. 5. van den Bosch, L. M., Sinnaeve, R., Hakkaart-van Roijen, L., & van Furth, E. F. (2014). Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical Behavior Therapy (DBT) program: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15(1), 1.

## **W6 Chronotherapie in de klinische praktijk als additionele behandeling bij affectieve stoornissen**

Dr. Harm Pieter Spaans <sup>p1</sup> / Dr. Marijke Gordijn <sup>p2,3</sup>

P: Workshopleiders

1. Parnassia
2. Rijksuniversiteit Groningen
3. Chrono@work

### **Inhoud (wat)**

Chronotherapie betekent dat bij een behandeling rekening wordt gehouden met de tijd van de dag en met de "interne tijd". Met interne tijd wordt bedoeld de fase van de biologische klok, gelokaliseerd in de Nucleus Suprachiasmaticus. Dat het belangrijk is om rekening te houden met "tijd" blijkt ook uit het feit dat verstoringen van de biologische klok, het slaap/waakritme en hieraan gerelateerde energieproblematiek vaak (mede) ten grondslag kunnen liggen aan (psychische) gezondheidsproblemen. Het aanpakken van b.v. slaapproblemen in de klinische praktijk vanuit een chrono biologische hoek zal een grote verbetering kunnen betekenen in therapiesucces. Chronotherapie is een gepersonaliseerde aanpak van de behandeling waarbij rekening wordt gehouden met individuele verschillen in "biologische tijd" en de relatie met het slaap-waak ritme. Vanaf de jaren '70 is het gebruik van waaktherapie (destijds slaapdeprivatie genoemd) meer en minder populair geweest bij de behandeling van depressie. Inmiddels is deze additionele vorm van therapie uitgebreid met andere chrono therapeutische interventies, als sociale ritme therapie, lichttherapie en melatonine gebruik. Chronotherapie blijkt breder van toepassing dan alleen bij slaap-waak problematiek en depressie, o.a. bij de behandeling van bipolaire stoornissen, A(D)HD, bij angst, premenstrueel syndroom, borderline problematiek, eetstoornissen, dementie en bij somatische ziekten (o.a. kanker, Parkinson).

### **Vorm (hoe)**

In deze workshop geven we informatie over de achtergronden van de chronotherapie, maar gaan we ook direct in op de praktische toepassingen, de mogelijkheden en drempels, bij behandeling van affectieve problematiek a.d.h.v. casus. We hopen daarbij het publiek te enthousiasmeren voor deze effectieve klinische toepassing van chronotherapie en ze handvatten te bieden waarmee men direct aan de slag kan. De deelnemers worden door middel van vragen geprikkeld te participeren.

### **Leerdoelen**

Inzicht en kennis m.b.t. de basisbeginselen van chrono therapeutische principes; herkenning van chrono therapeutische ontregeling bij patiënten en mogelijkheden van additionele chronotherapie. Bekendheid vergroten van het zich ontwikkelend netwerk chronotherapie in Nederland.

### **Literatuurverwijzing**

Chellappa S.L., Gordijn M.C.M., Cajochen C. (2011) Can light make us bright? Effects of light on cognition and sleep. *Progress in Brain Research*. Elsevier Publishers, Kerkhof G.A. and Van Dongen H. (eds). Chapter 7; Vol 190: 119-133. Dallaspezia S., and F. Benedetti (2011). Chronobiological therapy for mood disorders. *Expert Rev. Neurother.* 11(7), 961–970. Dallaspezia, S. and A. van Jaarsveld (2016). "Antidepressant chronotherapeutics in a group of drug free outpatients." *Psychiatry Res* 241: 118-121. Lieveerse, R., Riemersma-van der Lek, R. F., Voermans, J. M., & Hoogendijk, W. J. (2012). Chronotherapy for affective disorders. *Tijdschr Psychiatr*, 54(6), 527-537. Meesters, Y., Gordijn, M.C.M., Spaans, H.P., Verwijk, E. Chronotherapeutische interventies (2016). Psyfar (in press). Roenneberg, T. (2012). *Het innerlijk uurwerk / druk 1: alles over onze bioritmes* (A. Witteveen, Trans.): Babel & Voss. vertaling van *Internal Time: Chronotypes, Social Jet Lag, and Why You're So Tired*: Harvard University Press. Wirz-Justice, A. (2009). From the basic neuroscience of circadian clock function to light therapy for depression: on the emergence of chronotherapeutics. *J Affect Disord*, 116(3), 159-160. doi: 10.1016/j.jad.2009.04.024. Wirz-Justice, A., Benedetti, F., & Terman, M. (2013). *Chronotherapeutics for Affective Disorders: A Clinician's Manual for Light and Wake Therapy*: S. Karger AG.

## **W7 De veerkrachtige professional - veerkracht als resultaat van waarden-georiënteerd opleiden**

Dr. Derek Strijbos <sup>p1,2</sup> / Prof. Gerrit Glas <sup>p3,4</sup> / Dr. Alan Ralston <sup>5</sup>

P: Workshopleiders

1. Dimence Groep
2. Radboud Universiteit
3. dimence groep
4. Vrije Universiteit Amsterdam
5. GGZ Dijk en Duin

### **Inhoud (wat)**

Veerkracht is onder andere het vermogen je aan te passen aan een veranderende omgeving. Psychiaters hebben heden ten dage de nodige veerkracht nodig: de GGZ is volop in transitie, de toekomstige positie en werkwijze van de psychiater op verschillende terreinen onzeker. In tijden van verandering en verschuiving in de GGZ komt de vraag naar de professionele identiteit van de psychiater onherroepelijk weer bovendrijven. Wat zijn de kernwaarden van het vak? Hoe vertaal je die naar concreet professioneel handelen binnen het complexe en steeds veranderende netwerk van behoeften, belangen en invloedsferen waarin je dagelijks opereert? Deze vragen zijn mogelijk nog belangrijker voor artsen in opleiding tot psychiater. De AIOS van vandaag wordt opgeleid voor de GGZ van morgen. Elke AIOS ziet zich gesteld voor de taak om zich de professionele rol van psychiater eigen te maken - en dat terwijl die rol aan het verschuiven is. Hoe doe je dat? Professionaliteit is één van de competentiegebieden genoemd in HOOP 2.0. Vertrekpunt van deze workshop is de constatering dat professionele vorming, zeker in tijden van verandering, intrinsiek verbonden is met een persoonlijke oriëntatie en reflectie op de normen en waarden die de professie vorm geven, bepalen en begrenzen. Deze workshop introduceert een praktisch model voor systematische waardenoriëntatie voor AIOS, opleiders en supervisors in de A-opleiding.

### **Vorm (hoe)**

Introductie van een model voor waarden georiënteerd opleiden door de workshopleiders, waarna oefenen in het toepassen ervan aan de hand van casuïstiek in interactie met de zaal.

### **Leerdoelen**

- Inzicht krijgen in het netwerk en de gelaagdheid van waarden in de dagelijkse praktijk van de psychiater (in opleiding)
- Kennismaken met een praktisch model voor systematische waardenoriëntatie in de GGZ en leren toepassen van dit model in de A-opleiding.

### **Literatuurverwijzing**

Glas, G. (2014). Beyond professionalism – once more. *Psyche en Geloof*, 25(1), 24-31. G. Glas (accepted), *Psychiatric Education*. In: J. Peteet, M.L. Dell and A. Fung (Eds.). *Ethical considerations at the Intersection of Psychiatry and Religion*. Oxford: Oxford University Press. Ralston, A. (2010). Wetenschapsfilosofie op de werkvloer. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 52(7): 445-554. Strijbos, D. en Glas, G. (2016). *Persoonsgerichte zorg: voor patient en professional*. PsyXpert



## **W8 Veerkracht bevorderen bij chronisch pijn met Acceptance & Commitment Therapy (ACT).**

Prof.dr. Karlein Schreurs <sup>p1,2</sup>

P: Workshopleider

1. Universiteit Twente
2. Roessingh, centrum voor revalidatie

### **Inhoud (wat)**

Het doel van deze workshop is een kennismaking met ACT en de toepassing ervan bij chronische pijn. Als pijn chronisch is geworden zijn er doorgaans geen afdoende biomedische behandelingen meer. Toch blijven mensen zoeken naar de oplossing van hun pijnprobleem. Ze raken gefrustreerd en wanhopig door deze vruchteloze pogingen om de pijn te controleren. De pijn komt centraal te staan in hun leven en ze komen niet meer toe aan activiteiten die hun leven de moeite waard maken. In ACT wordt ervan uitgegaan dat pijn, vermoeidheid en andere ongewenste sensaties, emoties en gedachten bij het leven horen en dat het vermijden ervan juist meer lijden met zich meebrengt. Daarom verschuift de aandacht van het vechten tegen klachten naar aanvaarding van pijn waardoor er ruimte komt voor het nastreven van dat wat het leven de moeite waard maakt. Dan is een vitaal leven met pijn en vermoeidheid goed mogelijk. ACT helpt om die omslag te maken en past daarmee goed in de traditie van positieve psychologie waarin de nadruk ligt op bevorderen van veerkracht en het floreren van mensen en niet zozeer op klachten.

### **Vorm (hoe)**

In de workshop wordt een overzicht gegeven van de theoretische achtergrond van ACT en wordt geïllustreerd hoe ACT processen worden toegepast bij chronische pijn en vermoeidheid. De deelnemer ervaart hoe ACT processen werken door zelf oefeningen te doen. Met behulp van een casusbeschrijving krijgen de deelnemers inzicht in de wijze van casusconceptualisatie in ACT. Tot slot oefenen deelnemers in een rollenspel met het uitleggen van de rationale van ACT met behulp van de casusbeschrijving.

### **Leerdoelen**

Kennis van de theoretische achtergrond en het klinische model van ACT  
Ervaren van ACT  
Kunnen toepassen van een eenvoudige ACT-oefening

### **Literatuurverwijzing**

Veehof, M., Schreurs, K., Hulsbergen, M., Bohlmeijer, E. (2010). Leven met pijn. De kunst van het aanvaarden. Amsterdam: Boom.  
Trompetter, H.R., Bohlmeijer, E.T., Veehof, M.M. & Schreurs, K.M.G. (2015). Internet-based guided self-help intervention for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(1), 66-80. 10.1007/s10865-014-9579-0  
Veehof, M.M., Trompetter, H.R., Bohlmeijer, E.T., Schreurs, K.M.G. (2015). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: A meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*. 10.1080/16506073.2015.1098724

## **W9 Dosisoptimalisatie: mogelijk en noodzakelijk? Een pleidooi voor nieuw onderzoek**

Dr. Peter Groot <sup>p1</sup> / Dr. Maarten Bak <sup>p1</sup> / Prof.dr. Frenk Peeters <sup>2,1,3</sup> / Dr. Sandra Kooij <sup>4</sup>

P: Workshopleiders

1. Maastricht University
2. Academisch Ziekenhuis Maastricht
3. Virenze RIAGG Maastricht
4. PsyQ

### **Inhoud (wat)**

Doseringen in richtlijnen zijn gebaseerd op klinisch (groeps)onderzoek en valide voor groepen patiënten, maar niet voor iedere individuele patiënt. Doseringen wordt eerder bepaald op basis van het gewenste effect dan op het voorkomen bijwerkingen en zijn daarom in de praktijk eerder te hoog dan te laag, met alle voor de patiënt (onnodige) negatieve gevolgen van dien. Hoe groot dit probleem is weten we niet goed omdat op de individuele patiënt gericht onderzoek niet of nauwelijks is gedaan. Maar dat de problemen bij bijvoorbeeld antipsychotica groot zijn is duidelijk. Meer klinisch groepsonderzoek gaat deze problemen niet oplossen. Daarvoor is onderzoek nodig met nieuwe hulpmiddelen zoals de taperingstrip, die in combinatie met zelfmonitoring de mogelijkheid bieden om voor individuele patiënten, veel beter dan nu, te kunnen bepalen of de dosering van een medicijn kan worden geoptimaliseerd (meestal: verlaagd). Deze workshop is een pleidooi voor het opzetten van zulk onderzoek.

### **Vorm (hoe)**

Korte presentaties en discussie

### **Leerdoelen**

- Praktische handvatten bieden voor dosisoptimalisatie van antidepressiva, antipsychotica en ADHD-medicatie.
- De deelnemer is aan het eind van de workshop nog meer doordrongen van het belang van samen beslissen.
- De deelnemer heeft aan het eind van de workshop inzicht in de mogelijkheden die het gebruik van taperingstrips en zelfmonitoring hierbij kunnen bieden.

### **Literatuurverwijzing**

- Praktische handvatten bieden voor dosisoptimalisatie van antidepressiva, antipsychotica en ADHD-medicatie.
- De deelnemer is aan het eind van de workshop nog meer doordrongen van het belang van samen beslissen.
- De deelnemer heeft aan het eind van de workshop inzicht in de mogelijkheden die het gebruik van taperingstrips en zelfmonitoring hierbij kunnen bieden.

## **W10 Consultatie in de huisartsenpraktijk; de kracht van samenwerking**

Dr. Willem van Hezewijk <sup>1,2</sup> / Dr. Wil Buis <sup>3</sup> / Dr. Liesbeth van Londen <sup>4</sup> / Dr. Hiske van Ravesteijn <sup>5</sup> / Dr. Wouter de Meij <sup>6</sup>

P: Workshopleiders

1. Willem van Hezewijk Advies
2. GGZ Breburg
3. Buis Psychiatrisch Advies Den Bosch
4. Transparant Next Leiden
5. Radboudumc
6. Psychiatriepraktijk Utrecht

### **Inhoud (wat)**

Er wordt een overzicht gegeven van de verschillende samenwerkingsvormen en activiteiten van consulterend psychiaters in huisartsenpraktijken en met andere GGZ zorgaanbieders in de wijk (2). Er wordt een voorbeeld gegeven van een consult in de huisartsenpraktijk met een patiënt en een consulterend psychiater. Het soepel wisselen tussen de verschillende rollen als psychiater is hierbij van belang (1). Het opstellen van een consultverslag komt vervolgens aan de orde, waarbij er aandacht is voor generalistisch en persoonsgericht werken. Het perspectief van de huisarts, poh-ggz en patiënt staan centraal. Er is ook ruimte voor het bespreken van praktische aspecten rondom de psychiatrische consultatie in de huisartsenpraktijk. De aanwezige huisartsen en psychiaters zullen hun visie op de samenwerking toelichten.

### **Vorm (hoe)**

Twee consulterend psychiaters geven een kort overzicht van hun werkzaamheden in diverse huisartsenpraktijken. Vervolgens zal een door een huisarts gestelde consultatievraag de leidraad vormen voor een consult. Een psychiater zal een gesprek met een simulatiepatiënt voeren, de deelnemers observeren en schrijven een verslag. Vervolgens is er ruimte voor vragen en discussie.

### **Leerdoelen**

1. Inzicht verwerven in de werkzaamheden van een consulterend psychiater in de huisartsenpraktijk
2. Ervaring opdoen in de samenwerking met huisartsen
3. Het schrijven van een consultatie verslag dat direct bruikbaar is voor de huisarts en POH-GGZ

### **Literatuurverwijzing**

1) De rol van psychiater; medisch, contextueel en persoonsgericht denken en handelen in de psychiatrie. Van Oenen et al, NTvP 2014, 728-736  
2) Samenwerking bij de zorg voor psychiatrisch patiënten in Utrecht Overvecht; De juiste zorg van de juiste behandelaar op de juiste plek. 16 november 2015

## **W11 Nieuwe tijden, nieuwe posities: (onvermijdelijke) zelfonthulling door psychiaters**

Dr. Derek Strijbos <sup>p1,2</sup> / Erwin van Meekeren <sup>p3</sup>

P: Workshopleiders

1. Dimence Groep
2. Radboud Universiteit
3. Scelta

### **Inhoud (wat)**

Als psychiater ontkom je niet aan zelfonthulling aan je patiënten. Ook niet als je denkt dat je je zeer neutraal – ‘verhullend’ – opstelt. Het begint al op het moment dat je patiënt je vooraf googelt, je voor het eerst de hand schudt, je spreekkamer rondkijkt, je kleding of kapsel beoordeelt en ziet of je opvallend dun of dik bent. En in toenemende mate stellen patiënten persoonlijke vragen aan hun behandelaar: Heeft u zelf kinderen? Heeft u zelf wel eens psychische klachten gehad? Professionele zelfonthulling omvat elk doen en laten van de hulpverlener waarmee hij/zij persoonlijke informatie over zichzelf (on)bewust prijs geeft aan de patiënt. In de beroepscode voor psychiaters (2010) komt het onderwerp niet expliciet ter sprake. In een tijd van toenemende maatschappelijke transparantie wordt de behoefte aan informatie over de persoon achter de professionele rol echter steeds groter. Hoe ga je als psychiater hiermee om? Waar trek je zelf de grens en waarom? En wat zegt dit over wie je bent als professional? In hun review noemen Schnellbacher en Leijssen (2008) professionele zelfonthullingen ‘krachtige interventies die grote impact op de therapeutische relaties en het proces van de cliënt kunnen hebben’. Maar hoe maak je nu de juiste afwegingen? Zijn hier kaders voor te geven? Wanneer is zelfonthulling een uiting van professionele veerkracht, wanneer juist een zwaktebod?

### **Vorm (hoe)**

Na een wetenschappelijk-theoretische inleiding ligt het accent tijdens de workshop op de praktijk d.m.v. simulatieoefeningen en reflectie op dilemma's in de spreekkamer. Inbreng deelnemers wordt toegejuicht.

### **Leerdoelen**

Kennis vergroten over de reikwijdte, vormen en functies van professionele zelfonthulling.  
Reflectie op de wijze waarop professionele zelfonthulling (impliciet) gestalte krijgt in de eigen praktijk.  
Vaardigheden vergroten hoe zelfonthulling gepast in te zetten in de behandeling.

### **Literatuurverwijzing**

NVvP (2010). Beroepscode voor psychiaters. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Schnellbacher, J., & Leijssen, M. (2008). Kenmerken van helpende zelfonthulling: Een kwalitatief onderzoek naar de clientbeleving van zelfonthulling van de therapeut. Tijdschrift voor Psychotherapie, 34, 27-44. Zelfonthulling (2017) Meekeren, E. van (red.). Amsterdam: Uitgeverij Boom

## **W12 Trainingsmodule “Omgaan met een verzoek om hulp bij zelfdoding in de psychiatrie”**

Drs. Eric Ettema <sup>p</sup><sup>1</sup> / Dr. Elma Dijkstra <sup>p</sup><sup>2</sup>

P: Workshopleiders

1. VU medisch centrum
2. NVvP

### **Inhoud (wat)**

De laatste jaren is er toenemende aandacht voor psychiatrische patiënten met een verzoek om hulp bij zelfdoding. Veel psychiaters worstelen met de ethische complexiteit van het omgaan met een dergelijk verzoek. Om psychiaters te ondersteunen in het omgaan met een verzoek om hulp bij zelfdoding heeft het VUmc i.s.m. de NVvP een trainingsmodule voor psychiaters en aios ontwikkeld. In deze workshop maakt u kennis met de trainingsmodule “Omgaan met een verzoek om hulp bij zelfdoding” en reflecteert u op verschillende ethische dilemma’s bij het omgaan met een verzoek om hulp bij zelfdoding in de psychiatrie.

### **Vorm (hoe)**

Tijdens de workshop bespreken we op interactieve wijze de verschillende ethische aspecten die psychiaters ervaren rondom het omgaan met een verzoek om hulp bij zelfdoding. De opdrachten bestaan uit korte casuïstiek die opgebouwd is rondom de volgende vier thema’s: Bewustwording, Zorgvuldigheidseisen, Samenwerking en Waardig sterven. De gekozen opdrachten zetten aan tot individuele en gezamenlijke reflectie op een breed scala aan ethische overwegingen die een rol (kunnen) spelen bij het omgaan met een verzoek om hulp bij zelfdoding. Op deze wijze wordt de ethische complexiteit van omgaan met een verzoek om hulp bij zelfdoding inzichtelijk gemaakt en verrijken de deelnemers elkaars perspectief.

### **Leerdoelen**

Na afloop van de workshop: 1. Heeft de cursist kennis van het bestaan en de doelstelling van de trainingsmodule “Omgaan met een verzoek om hulp bij zelfdoding in de psychiatrie”. 2. Is de cursist zich bewust van de ethische complexiteit van het omgaan met een verzoek om hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; 3. Heeft de cursist gereflecteerd op zijn of haar eigen overwegingen met betrekking tot het thema hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; 4. Is de cursist zich bewust van het bestaan van verschillende visies op het thema hulp bij zelfdoding en van het belang om hier op een respectvolle manier mee om te gaan; 5. Is de cursist zich bewust van het belang om waar mogelijk samen te werken met de verschillende disciplines en de naasten van de patiënt.

### **Literatuurverwijzing**

NVvP. Tholen, A.J., Berghmans, R.L.P., Huisman, J., Legemaate, J., Nolen, W.A., Polak, F., Scherders, M.J.W.T., Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Utrecht: De Tijdstroom, 2009. Uitspraken Regionale Toetsingscommissie Euthanasie over euthanasie en hulp bij zelfdoding bij psychiatrische aandoeningen: <https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg/p/psychiatrische-aandoeningen/documenten>

## **W13 Bipolaire stoornis en kinderwens: wat nu?**

### **Auteur(s)**

Drs. Anja Stevens <sup>p1</sup> / Dr. Elise Knoppert-van der Klein <sup>p2</sup> / Drs. Pieterneel Kölling

P: Workshopleiders

1. Dimence
2. Rivierduinen

### **Inhoud (wat)**

Bij kinderwens van vrouwen met een bipolaire stoornis is het van belang goede informatie te geven over de erfelijkheid van de bipolaire stoornis en de voor- en nadelen van het gebruik van psychofarmaca tijdens de zwangerschap en de postpartumperiode. Risico van terugval (moeder) versus risico van medicatiegebruik (kind) dienen aan bod te komen. Alleen dan kunnen de vrouw en haar partner een gewogen beslissing nemen over het gebruik van psychofarmaca. Tevens is het zinvol een zwangerschapsplan te maken waarin afspraken komen te staan, die gemaakt zijn voor de periode van zwangerschap, de bevalling en de postpartumperiode. Deze afspraken hebben niet alleen betrekking op het al dan niet medicatiegebruik, maar behelzen ook heel praktische afspraken. Dit zwangerschapsplan is een vorm van zelfmanagement, die de veerkracht van de vrouw (en haar partner) vergroot.

### **Vorm (hoe)**

presentaties, casuïstiek, presentatie zwangerschapsplan aan de hand van een casus; interactief

### **Leerdoelen**

Deelnemers kunnen voor- en nadelen afwegen van voorschrijven van psychofarmaca tijdens de zwangerschap en de postpartum periode. Zij zijn op de hoogte van de huidige kennis hierover en realiseren zich dat het gaat om individueel genomen beslissingen door de vrouw en haar partner, mede op basis van de door de behandelaar verstrekte informatie. Deelnemers maken kennis met een zwangerschapsplan wat meer behelst dan alleen informatie over medicatie, maar wat gezien kan worden als een vorm van zelfmanagement, waardoor de veerkracht van een vrouw toeneemt

### **Literatuurverwijzing**

Epstein RA, Moore KM, Bobo WV. Treatment of bipolar disorders during pregnancy: maternal and fetal safety and challenges. *Drug Healthc Patient Saf.* 2014 Dec 24;7:7-29. doi: 10.2147/DHPS.S50556. Review.

## **W14 Wel de juiste veerkracht SCILS ?**

Drs. Jeanet Nieuwenhuis <sup>p1</sup> / Dr. Eric Noorthoorn <sup>p1</sup>

P: Workshopleiders

1. GGNet

### **Inhoud (wat)**

Om veerkracht te mobiliseren is het belangrijk om goed aan te sluiten bij de "goede veer" van de patiënt. Patiënten met zwakbegaafdheid en LVB komen veel meer voor in de algemene psychiatrie dan lang gedacht. Ze zijn vaak "streetwise" waardoor hun beperking vaak 4 van de 5 keer wordt gemist. Een eerste stap bij patiënten bij wie er sprake is van een stagnerende behandeling, chroniciteit of niet goed te duiden problematiek is het screenen op het al dan niet aanwezig zijn van een cognitieve beperking. In deze workshop kunnen behandelaren kennismaken met de SCIL, SCreener voor Intelligentie en Leerproblemen.

### **Vorm (hoe)**

In deze workshop zal er na een korte inhoudelijke presentatie in groepjes geoefend worden met de SCIL, een screenings instrument om zwakbegaafdheid en LVB op het spoor te komen. Verder zal er op interactieve wijze aan de hand van gepresenteerde casuïstiek een opzet worden gemaakt in eventueel vervolg onderzoek, behandeling en of verwijzing.

### **Leerdoelen**

Behandelaren zijn na het doen van deze workshop op de hoogte van welke eigenschappen, mogelijkheden en beperkingen de SCIL heeft en zijn zelf in staat de SCIL af te nemen. Verder weten zij na het afnemen welke stappen zij kunnen zetten bij vermoeden zwakbegaafdheid /LVB in diagnostiek en hebben zij kennisgemaakt met de mogelijkheden voor behandeling en of verwijzing aan de hand van casuïstiek.

### **Literatuurverwijzing**

Kaal HL, Nijman HLI, Moonen XMH: Screener Intelligence Learning Disabilities. Hogrefe Kaal HL, Nijman HLI, Moonen XMH. Identifying offenders with intellectual disability in detention in The Netherlands. *Journal of Disabilities and Offending Behaviour*, 2015,6,2, 94-101J. Nieuwenhuis et al. A blind spot? Screening for mild and Borderline Intellectual disabilities in admitted psychiatric patients: a study on the prevalence and associations with coercive measures. In submission PLOS One

## **W15 Leefstijl ter preventie en behandeling van stemmings- en angststoornissen**

Dr. Rogier Hoenders <sup>p1</sup>

P: Workshopleider

1. CIP, Lentis

### **Inhoud (wat)**

Naast het verminderen van klachten is het belangrijk patiënten te helpen bij het vergroten van hun krachten: hun gezonde kanten, kwaliteiten en veerkracht. Hiertoe zijn diverse transdiagnostische methoden beschikbaar. Leefstijl is er een van. De Raad van Volksgezondheid en Zorg adviseerde de (G)Gz in 2010 om 'van ziekte en zorg, naar gezondheid en gedrag' te bewegen. Er is tevens toenemend wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van therapeutische leefstijl veranderingen voor stemmings- en angststoornissen zoals voeding, beweging, relaxatie (Walsh, 2011). Hoogleraar Ornish ontwikkelde een leefstijl programma met voeding, beweging en relaxatie dat effectief bleek bij hart en vaatziekten, prostaat kanker en tevens depressieve klachten met 50% deed verminderen (Pischke et al., 2010). Ook is er recent meer inzicht gekomen in werkingsmechanismen van leefstijl veranderingen, zoals de gut-brain-axis en de invloed van voeding op brein, stemming en gedrag. Echter, op mindfulness en running therapy na, wordt leefstijl begeleiding nog nauwelijks toegepast in de GGz. Gedragsverandering is moeilijk, zeker op de langere termijn. Bekende voorbeelden zijn jojo effecten bij pogingen af te vallen en de goede voornemens van 1 Januari die vaak voor het eind van de maand zijn vergeten of verlaten. Is duurzame gedragsverandering op gebied leefstijl überhaupt haalbaar? Wat is ervoor nodig om dit te bereiken? Hoe ziet dat er concreet uit in de GGz?

### **Vorm (hoe)**

Deze interactieve workshop bestaat uit drie delen. Eerst wordt een overzicht gegeven van wetenschappelijk onderzoek, richtlijnen en beleidsnotities over preventie en leefstijl. Daarna oefenen deelnemers met het verrichten van een leefstijl anamnese. Tenslotte wordt er in tweetallen geoefend met het induceren van therapeutische leefstijl veranderingen, middels de principes van gedragstherapie, motivational interviewing en oplossingsgericht werken.

### **Leerdoelen**

1. Kennis nemen van recent wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit en werkingsmechanismen van therapeutische leefstijl veranderingen.
2. Leren een leefstijl anamnese af te nemen.
3. Leren hoe therapeutische leefstijl veranderingen te induceren.
4. Leren hoe leefstijl te implementeren in het behandelaanbod.

### **Literatuurverwijzing**

Hoenders, H.J.R., Van der Ploeg, K., Steffek, E., Hartogs, B. (2014) Leefstijl. In: Transdiagnostische factoren: theorie, onderbouwing en behandeling. Heycop the Ham, B, Hulsbergen, M & Bohlmeijer E (red), Boom. Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *The American Psychologist*, 66(7), 579-592. Pischke, CR, Frenda, S, Ornish, D. and Weidner, G (2010) Lifestyle changes are related to reductions in depression in persons with elevated coronary risk factors. *Psychology and Health* Vol. 25, No. 9, November 2010, 1077–1100.



## **W16 De CAMS als “best practice behandeling” bij suïcidaal gedrag**

Dr. Remco de Winter <sup>p1</sup> / Dr. Marieke de Groot <sub>p</sub>

P: Workshopleiders

1. Parnassia Groep/ VU University Amsterdam

### **Inhoud (wat)**

De Collaborative Assessment & Management of Suicidality (CAMS) is een methodologie die gedurende meer dan 25 jaar is ontwikkeld door David Jobes. De CAMS is een therapeutische klinische raamwerk dat gebruikt kan worden bij (chronisch) suïcidaal gedrag (Jobes, 2016) van klinische en ambulante patiënten. De auteurs hebben met Jobes de afspraak gemaakt om het model in Nederland te introduceren en vorig jaar was er het CAMS debuut op het voorjaarscongres van de NVvP. In september 2016 afgesproken om de CAMS "online" training in het Nederlands te vertalen. Verder is het model door de stichting 113online als “best practice” voor de behandeling van suïcidaal gedrag geaccepteerd. In Denemarken en Noorwegen is de CAMS methodologie volledig geïntegreerd in de Geestelijke Gezondheidszorg. In Denemarken is er een netwerk van suicide preventie poli's en klinieken (academisch en perifeer) waarbij de CAMS onderdeel is van de werkwijze bij suïcidaal gedrag. Verder zijn er zowel in Denemarken Noorwegen als de VS een aantal RCT's met het model verricht, waarbij een goed effect is werd gevonden (Aalmond ea). De methode is simpel en kosteneffectief. Het is een raamwerk waarbij de patiënt naast de behandelaar een specifieke werkelijke samenwerking aangaat. de methode houdt in: 1) samen met de patiënt de drijfveren van het suïcidale gedrag inventariseren dat bij de start van de behandeling, gedurende het beloop en bij afsluiting samen een vragenlijst ingevuld wordt (de SSF), 2) gebruik maakt van een samen opgesteld stabilisatieplan en 3) De onderliggende drijfveren van het suïcidale gedrag behandelt. De kracht van de methodologie is dat er geen richtlijn voor de behandeling, waarbij er van wordt uitgegaan dat er een evidence based methode wordt gebruikt. Dit kan betekenen dat een onderliggende depressie volgens de richtlijn wordt behandeld maar er kan bijvoorbeeld ook gebruik gemaakt worden de Dialectisch gedragstherapie bij persoonlijkheidsproblematiek. Er is in Nederland nog geen eenduidige behandeling die toegepast kan worden bij de preventie suïcidaal gedrag en met deze methode kan er een goede aanvulling komen.

### **Vorm (hoe)**

In deze workshop zullen we de methodologie uitleggen en zullen de cursisten een vertaling van de werkwijze krijgen en materiaal krijgen om het toe te passen in de praktijk. Verder kunt u CAMS online training vinden op internet en kunt u de Nederlandstalige CAMS documenten gratis downloaden op [www.suicidaliteit.nl](http://www.suicidaliteit.nl) We oefenen verder 2 opdrachten

### **Leerdoelen**

Op de hoogte zijn van de CAMS werkwijze en dat u een inschatting kan maken of de CAMS u kan helpen om suïcidale patiënten beter te behandelen?

### **Literatuurverwijzing**

Andreasson KT. Suicide prevention and borderline personality disorder- The DiaS trial. PhD Thesis University of Copenhagen 2006. Ellis TE, Allen JG, Woodson H. Frueh BC, Jobes DA. Implementing an evidence based approach to working with suicidal inpatients. Bull Meninger Clin. 2009 Jobes DA. Managing suicidal Risk: A collaborative Approach. Guilford press: 2016 Nielsen AC, Alberdi DA, Rosenbaum B. Collaborative assessment and management of suicidality methods shows effect. Dan Med Bull. 2011;58(8):A4300

## **W17 Digitaliseren in de psychiatrie: Hoe veerkrachtig zijn we eigenlijk?**

Dr. Heddeke Snoek <sup>p1</sup> / Dr. Jeroen Terpstra <sup>p2</sup> / Jacomijn Jacobs

P: Workshopleiders

1. Karakter
2. GGZ Centraal

### **Inhoud (wat)**

Meer eigen regie voor de patiënt en transparant werken! Slimme ICT toepassingen in de zorg bieden mogelijkheden aan patiënten om meer regie te nemen over hun gezondheid. Inzicht in eigen behandelgegevens via een EPD-portal en bijdragen aan je eigen behandeling via een behandelplatform. Middels serious games en apps kan de patiënt thuis en op elk moment aan zijn behandeling werken. Tevens wordt gezocht naar mogelijkheden om het inzetten van psychiatrische kennis en kunde op het juiste moment te vergroten. Door de inzet van beeldbellen en mobiele video-ondersteunende diagnostiek is de behandelaar makkelijker in staat op afstand met de patiënt te communiceren, maar ook kan hij op afstand zijn diagnostische kennis inzetten. Het blijkt echter ook dat zowel patiënten als hulpverleners zoekende zijn hoe met deze innovaties om te gaan. Implementatie verloopt nog mondjesmaat. Ervaren de patiënten deze nieuwe mogelijkheden als een verrijking? Wat is de ervaring van de hulpverleners die er mee aan het werk (moeten) gaan? Wat betekent het concreet als de patiënt meer regie krijgt. Tonen we als hulpverleners en als patiënt voldoende durf en veerkracht om de technologie in de psychiatrie een plaats te geven?

### **Vorm (hoe)**

In de workshop willen we jullie laten ervaren hoe wij met (eigen) ontwikkelde methodieken en producten meer eigen regie voor de patiënt creëren. We nemen jullie mee in het gebruik van de diagnostische camera, het beeldbellen, serious gaming, appen en blended behandelen in ons dagelijks werk, zowel in de zorg als in de opleiding van jonge collega's. Daarna willen we met elkaar ervaringen, verwachtingen en wensen voor de toekomst met elkaar delen.

### **Leerdoelen**

- het verkrijgen van specifieke kennis op het gebied van video-ondersteunende diagnostiek, de achterliggende technologie en het bijbehorende werkproces, zoals bij consultatie, crisisdienst, intake en opleiding.
- het vergroten van inzicht welke specifieke competenties van hulpverleners en patiënten nodig zijn om te werken met huidige digitale middelen.

### **Literatuurverwijzing**

-Rapportage Health-doelstellingen 2016, [www.nictiz.nl](http://www.nictiz.nl)-Projectevaluatie Video-ondersteunende diagnostiek 2012, GGZ centraal

## **W18 Infant Mental Health/Infantpsychiatrie in het UMC: Op zoek naar veerkracht in de ouderkindrelatie.**

Drs. Monique van Lier <sup>p1</sup> / Drs. Fernanda Sampaio de Carvalho <sup>p1</sup> / Drs. Margreet Hornstra Moedt <sup>1</sup> / Dr. Mijke Lambregtse-van den Berg <sup>2</sup> / Drs. Janne Visser <sup>3,4</sup>

P: Workshopleiders

1. Erasmus MC-Sophia, Rotterdam
2. Erasmus MC/Erasmus MC-Sophia, Rotterdam
3. Karakter, Nijmegen
4. UMC St. Radboud, Nijmegen

### **Inhoud (wat)**

Het UMC is in zichzelf al een uitgebreid werkveld voor de IMH-specialist en de infantpsychiater: van risico-zwangeren tot kinderen met niet-aangeboren hersenletsel, van jonge ouders met psychiatrische stoornissen tot kinderen met kinderspsychiatrische en ontwikkelingsstoornissen, van pre- en dysmature kinderen tot ouders en kinderen met PTSS, en tenslotte van kinderen met congenitale aandoeningen en syndromen tot kinderen met acute of chronische ziekten. Ook collega's, werkzaam als consulent in andere ziekenhuizen zullen (delen van ) dit werkveld kennen. IMH neemt binnen het consultatieve en liaisonwerk een bijzondere plek in, niet zozeer vanwege de nauwe samenwerking tussen psychosociale zorg en kinder- en jeugdpsychiatrie en -psychologie, maar vooral vanwege het vroegtijdig opsporen en behandelen van verstoringen in de ouderkindrelatie, en van posttraumatische stress en andere psychiatrische stoornissen bij kind en ouders. Diagnostiek, opname en behandeling binnen (de somatische afdelingen van) het UMC vraagt veel van de veerkracht van kind én ouders én de ouderkindrelatie. Gelukkig is in de meeste gezinnen de veerkracht groot genoeg en is er niet meer nodig dan uitleg en steun. In deze workshop zullen wij laten zien hoe wij op zoek gaan naar veerkracht in de ouderkindrelatie bij een aantal patiëntengroepen in het UMC met een vergroot risico op bovengenoemde stoornissen.

### **Vorm (hoe)**

Korte inleidingen met DVD-opnamen of casuïstiek waarbij de deelnemers uitgenodigd worden goed te kijken naar de ouderkindrelatie en mee te denken wat er in ieder van de gezinnen aan veerkracht aanwezig is en welke hulp nodig is (zo weinig als mogelijk, maar zoveel als nodig).

### **Leerdoelen**

Kennisnemen van mogelijke zorgpaden met betrekking tot IMH binnen een UMC. Inzicht in welke invloed een somatische/psychiatrische aandoening kan hebben op de ouderkindrelatie en andersom. Inzicht in hoe gebruik gemaakt kan worden van veerkracht binnen de ouderkindrelatie.

### **Literatuurverwijzing**

Lambregtse-van den Berg, M.P.; Visser, J.C.; Ransbeek, S. van; Lier, M.H.M. van & Daalen, E. van (2014). Stoornissen van de zuigeling-, peuter- en kleuterleeftijd. In F.C. Verhulst, F. Verheij & M. Danckaerts (red.), Kinder- en Jeugdpsychiatrie (pp. 137-192). Assen: Koninklijke Van Gorcum. Weel, J. van; Lier, M.H.M. van & Verheij, F. (red.) (2012). Consultatieve en liaison kinder- en jeugdpsychiatrie. Assen: Koninklijke Van Gorcum. Biringen, Z. (2008). Emotional Availability (EA) Scales Manual, 4th Edition. Colorado: emotionalavailability.com.

## W19 Is mijn patiënt een terrorist? Hoe schat ik de kans op gewelddadig extremisme in?

Dr. Nils Duits <sup>p1</sup> / Dr. Thomas Rinne <sup>1</sup>

P: Workshopleider

### 1. NIFP

#### Inhoud (wat)

Er zijn ernstige terroristische aanslagen gepleegd in Europa door islamitische gewelddadige extremisten. De AIVD acht de kans op een aanslag in Nederland reëel. 5000 Europeanen vertrokken naar Syrië en Irak. Vanuit Nederland vertrokken ruim 300 personen. Een belangrijk deel van hen blijkt een criminele voorgeschiedenis te hebben en een kleiner deel heeft psychische problemen (Weenink, 2015). ‘Terugkeerders’ en ‘thuisblijvers’ kunnen extremistische aanslagen plegen. Voor terroristen gelden geen grenzen. In Nederland wordt bij de strafrechtelijke bemoeienis met gewelddadig extremisten toenemend gebruik gemaakt van professionele kennis over het inschatten van de kans op gewelddadig extremisme. Het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) en de presentatoren van de workshop spelen daarin een belangrijke rol. Naar aanleiding van ophef in Duitsland over een meldplicht en het schenden van het beroepsgeheim in relatie tot extremisme heeft de KNMG het doorbreken van het beroepsgeheim op grond van een ‘conflict van plichten’ weer toegelicht ([www.knmg.nl](http://www.knmg.nl), 16-8-2016). Een conflict van plichten is aan de orde indien de arts in gewetensnood raakt als hij zijn geheimhoudingsplicht blijft toepassen in de wetenschap dat er daardoor een schijnbaar onafwendbaar gevaar voor de betrokkene of anderen ontstaat. De KNMG stelt dat “zo’n situatie zich ook kan voordoen bij het inschatten van een risico op een terroristische aanslag of andere vorm van geweld.” Pas dan kan de arts “een aangifte of een melding doen bij de politie, sociaal wijkteam, veiligheidshuis of in andere overlegsituaties.” Maar hoe schat de psychiater dat risico op een terroristische aanslag of ander vorm van geweld eigenlijk in? Hoe weet een psychiater of iemand wel of niet een gewelddadige extremistische daad zal begaan? Bij welke collega met kennis kan de psychiater bij twijfel de situatie (anoniem) bespreken? Een hulpmiddel voor deze inschatting is de tweede herziene versie van de Violence Extremism Risk Assessment (VERA-2R; Pressman, Duits, Rinne, & Flockton 2016). Met dit in het Nederlands vertaalde instrument kan men nagaan wat de kans is dat een onderzochte persoon een gewelddadig extremistische daad wel of niet zal begaan. Dat gebeurt op basis van een gestructureerd professioneel oordeel van de relevante indicatoren voor gewelddadig extremisme, bijvoorbeeld inzake de ideologie, de sociale context en intentie, de voorgeschiedenis en het vermogen om gewelddadig te handelen en de toewijding en motivatie van een persoon. Uiteraard zijn er ook beschermende factoren om na te gaan waarom iemand juist niet gewelddadig wordt, resiliënt is, of daarvan af ziet. Met een gestructureerde risicoanalyse kan beter gewogen worden wat de kans is dat een persoon een gewelddadige extremistische daad wel of niet zal begaan. Het kan een conflict van plichten en eventuele gewetensnood beter onderbouwen.

#### Vorm (hoe)

De deelnemers krijgen per mail cursusmateriaal gezonden welke ze moeten doorlezen. In de workshop krijgen de deelnemers een presentatie waarin de principes van het inschatten van geweld, de VERA-2R en de Nederlandse praktijk worden toegelicht. Tenslotte wordt de deelnemers gevraagd om te oefenen aan de hand van geanonimiseerde casuïstiek.

#### Leerdoelen

1. Begrip van het gestructureerd professioneel inschatten van geweld
2. Begrip van de methodiek en principes van de VERA-2R en het inschatten van de kans op extremistisch geweld
3. Kennisname van het gebruik van de VERA-2R in Nederland
4. Oefenen met de toepassing van de VERA-2R

#### Literatuurverwijzing

- KNMG (2016): Beroepsgeheim in tijden van aanslagen. Is mijn patiënt een terrorist? ([www.knmg.nl](http://www.knmg.nl))- Pressman, D.E., Duits, N., Rinne, T. & Flockton, J.S. (2016). VERA-2R, Violence Extremism Risk Assessment-versie 2 Revisie, risicoanalyse van gewelddadig extremisme vanuit een gestructureerd professioneel oordeel. Utrecht: NIFP- Weenink, A. (2015). Behavioral Problems and Disorders among Radicals in Police Files. Perspectives on Terrorism, 9(2), 17-33

## **W20 Veerkracht en het 'autistische ik'**

Dr. Derek Strijbos <sup>p1,2</sup> / Dr. Bram Sizoo <sup>p1</sup> / Prof. Gerrit Glas <sup>1,3</sup>

P: Workshopleiders

1. Dimence Groep
2. Radboud Universiteit
3. VU Amsterdam

### **Inhoud (wat)**

Veerkracht is het vermogen om je (mentale) evenwicht te herstellen na stress of tegenslag. Het is een wezenlijk aspect van zelfmanagement bij autisme. Hoe kun je bij een onverwachte gebeurtenis, overprikkeling, angst of frustratie er voor zorgen dat je kalmeert, overzicht krijgt en weer afgestemd raakt op je omgeving?

Zelfmanagement bij autisme wordt vaak uitgelegd als het zelf kunnen 'managen' van je autisme, met hulp en ondersteuning van anderen. Maar wat nu als de 'manager' zelf problemen heeft met informatieverwerking, emotieregulatie, lichaamsbeleving en zelfgevoel? Autismen heet een pervasieve ontwikkelingsstoornis te zijn. Pervasief betekent 'diep doordringend': autistische kenmerken dringen diep door in de persoon met autisme. Je eigen autisme managen vereist dat je niet alleen je je stoornis managet, maar eigenlijk ook jezelf. Hoe doe je dat op een veerkrachtige manier? Waar liggen specifiek voor mensen met autisme de uitdagingen en mogelijkheden in dit management van het zelf? En hoe kunnen we hen in de behandeling helpen om deze vaardigheden te vergroten? Deze workshop gaat over veerkracht bij (jong)volwassenen met autisme. Veerkracht is enerzijds het resultaat van goed zelfmanagement, anderzijds is het een voorwaarde. Na vaak jaren van tegenslag volgt een diagnose en zien vele mensen met autisme zich gesteld voor de dubbele opgave om zichzelf te leren kennen en tegelijkertijd om te leren gaan met hun stoornis. Dit brengt een spanningsveld met zich mee: waar eindigt het 'autisme hebben' en waar begint het 'autist zijn'? Bestaat er zoiets als een 'autistisch ik'? Gaat er achter autistische gedragingen en symptomen een autistische identiteit schuil die aandacht nodig heeft om tot ontwikkeling te komen? Hoe kunnen we die leren kennen? Dit vergt niet alleen veerkracht van de patiënt, maar ook van de hulpverlener. Hoe ga je als psychiater om met tegenslagen in deze zoektocht van je patiënten? Wat werkt wel, en wat niet op de weg naar persoonlijk herstel? Hoe kun je het geduld en de compassie opbrengen om naast je patiënten te blijven staan in dit langdurige proces?

### **Vorm (hoe)**

Interactieve workshop aan de hand van enkele complexe casus uit een derdelijns behandelcentrum voor (jong)volwassenen met autisme. Deelnemers worden op verschillende momenten gevraagd zich te positioneren in het spanningsveld tussen 'de stoornis' en 'het autistische ik' bij knelpunten in de behandeling. Op deze manier wordt het begrip 'veerkracht' bij autisme(hulpverlening) nader ingevuld.

### **Leerdoelen**

- Reflectie op het spanningsveld tussen autisme als een stoornis en autisme als een identiteit of manier van zijn.
- Inzicht verkrijgen in de complexe relatie tussen zelfmanagement en zelfregulatie bij autisme
- Het begrip 'veerkracht' in autisnehulpverlening verkennen en problematiseren aan de kant van zowel patiënt als professional

### **Literatuurverwijzing**

Southall, C. M., & Gast, D. L. (2011). Self-management procedures: A comparison across the autism spectrum. *Education and training in Autism and developmental disabilities* 46(2): 155-171. Van Geelen, S. (2014) "Managing disease, or managing the self?: Philosophical challenges to patient participation in (mental) health care and the need for self-management training." *The American Journal of Bioethics* 14(6): 21-22.

## W21 De comeback: langdurige klinische zorg in beweging!

MSc Jeroen Deenik <sup>p1</sup> / Dr. MD Diederik Tenback <sup>1,2</sup> / MD Mushde Shakir <sup>p1</sup>

P: Workshopleiders

1. GGz Centraal Innova
2. Dep. Farmaco-epidemiology and Clinical Pharmacology, Utrecht University

### Inhoud (wat)

- Een leefstijl met ongezonde eetgewoonten, sedentair gedrag (liggen/zitten zonder te slapen) en weinig fysieke activiteit heeft invloed op co-morbiditeit binnen deze doelgroep (o.a. metabool syndroom) met een negatieve impact op levensverwachting, algehele gezondheid en kwaliteit van leven [1-3].
- Onderzoek naar dit onderwerp bij langdurig opgenomen patiënten is schaars, terwijl co-morbiditeit hoog prevalent is.
- Een eerste objectieve meting van activiteit op grotere schaal bij mensen binnen de langdurige klinische zorg laat zien dat zij 84% van de tijd sedentair zijn en dat activeren van deze doelgroep niet lukt door enkel in te zetten op motiveren en faciliteren, wat in de praktijk veel gebeurt [4].
- GGz Centraal heeft een leefstijlinterventie ontwikkeld die is geïntegreerd in de dagelijkse behandeling. Hierin staat een 'change-from-within-principe' door multidisciplinaire\* samenwerking centraal. De interventie bestaat uit gezamenlijk op tijd opstaan, drie verantwoorde (zelf gemaakte) maaltijden per dag, een actief dagprogramma, vaardigheidstrainingen (bijv. koken) en psycho-educatie (bijv. over bijwerkingen, voeding, roken). Waar nodig wordt het programma afgestemd op het individu. Het doel van de studie is om het lange termijn effect van de interventie te meten op fysieke en mentale gezondheidsmaten.
- Voorlopige resultaten (augustus 2016) [o.b.v. verschijscores; gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd en diagnose] laten significante effecten zien binnen de interventiegroep (N=65) vergeleken met de controlegroep (N=49; treatment as usual). Er is een afname van gewicht (B = -6,5, p = .001), BMI (B = -2,2, p = .001), buikomvang (B = -4,8, p = .01) en afgestompt gevoel (B = -1.3, p < .01) en een toename van totale activiteit (B = 0,5, p = .01) en attitude t.a.v. beweging (B = 13.3, p = .03).
- Verdere analyses zijn nodig om data gedetailleerder te bekijken en ook uitspraken te kunnen doen over medicatiegebruik (uitkomsten voorjaar 2017 bekend). Op basis van feedback van behandelend psychiaters is de hypothese dat er minder medicatie gebruikt wordt door de interventiegroep.
- Daarnaast wordt nog een implementatie-evaluatie gedaan (uitkomsten voorjaar 2017 bekend), waarbij o.b.v. interviews bij alle betrokken disciplines en patiënten wordt geanalyseerd wat wel/niet werkt: wat zijn de krachten van de interventie en waar zitten de haken en ogen, om de behandeling verder te kunnen optimaliseren?\*betrokken psychiaters, activiteitenbegeleiders, verpleegkundig specialist, diëtiste, verpleegkundigen getraind tot leefstijlcoach en een onderzoeker

### Vorm (hoe)

Op interactieve wijze wordt een korte presentatie gegeven van de effecten van het leefstijlprogramma na 18 maanden op fysieke gezondheid, psychische gezondheid en zorggebruik (medicatiegebruik en eventuele afschaling van zorgbehoefte). Vervolgens worden de uitkomsten gepresenteerd van de implementatie-evaluatie: wat werkt nou wél en wat juist níét bij het implementeren van een dergelijk programma binnen de langdurige zorg? Waar zitten de hobbels en hoe kunnen we daar overheen komen om een structurele activering binnen de langdurige zorg te bereiken? Ervaringen van deelnemers aan de workshop worden meegenomen. Verpleegkundigen (en wanneer op dat moment mogelijk ook een of meerdere patiënten) spreken met deelnemers van de workshop: hoe is het nou gelukt om het roer om te gooien en met bestaande personeelsbezetting en middelen een leefstijlgerichte behandeling aan te bieden op langere termijn?

### Leerdoelen

- Deelnemers krijgen meer inzicht waarom de langdurige zorg zo sedentair is.
- Deelnemers leren wat er verandert als er op langere termijn een geïntegreerd leefstijlprogramma wordt aangehouden in de langdurige zorg
- Deelnemers leren wat essentiële onderdelen en voorwaarden zijn om een dergelijk geïntegreerd programma op te kunnen zetten en vol te kunnen houden
- Deelnemers leren wat wel en niet werkt bij het implementeren en volhouden van een leefstijlprogramma in de langdurige zorg: wat moet absoluut behouden blijven en wat kan aangescherpt worden voor de toekomst?

### **Literatuurverwijzing**

1. De Hert, M., et al., Metabolic syndrome in people with schizophrenia: A review. *World Psychiatry*, 2009. 8(1): p. 15-22. 2. IGZ, Staat van de Gezondheidszorg 2012. Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen. 2012, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Utrecht. 3. Tenback, D.E., et al., Risk factors for inactivity in patients in long-term care with severe mental illness. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2013. 55(2): p. 83-91. 4. Deenik, J., De fysieke activiteit en kwaliteit van leven van patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening in de langdurige zorg, in Faculteit Gedragwetenschappen. . 2014, Universiteit Twente: Enschede.

## **W22 Workshop behandeling van psychische stoornissen bij kinderen en jongeren met een licht of matig verstandelijke beperking**

Dr. Wouter Groen <sup>p1</sup> / Suzanne Bouwman <sup>p1</sup> / Marije Schuur <sup>1</sup> / Bram Hochstenbach <sup>1</sup> / Dr. Fleur Velders <sup>1</sup> / Conny Neuman <sup>1</sup> / Anke Heinemann <sup>1</sup> / Marcel Simons <sup>1</sup> / Josje Oude Sanderink <sup>1</sup>

P: Workshopleiders

### 1. Karakter

#### **Inhoud (wat)**

In 2016 kwamen het Handboek Psychische stoornissen en Licht Verstandelijke Beperking en het boek Psychische Stoornissen in de Levensloop uit, waarin uitgebreid aandacht is voor de verschillende behandelvormen bij psychische stoornissen bij kinderen en jongeren met LVB. Gebaseerd op deze uitgaven presenteren de auteurs de workshop psychologische en farmacologische behandeling van psychische stoornissen bij kinderen en jongeren met een licht of matig verstandelijke beperking. Ongeveer 15 procent van de kinderen heeft een licht verstandelijke beperking (LVB; ~IQ tussen 50-85) of een matig verstandelijke beperking (MVB; ~IQ <50). Psychiatrische stoornissen zijn ook sterk oververtegenwoordigd bij kinderen met een LVB, en met de juiste aanpassingen zijn bijzonder goede behandelresultaten mogelijk. Desondanks is in de beleving van veel klinici psychiatrie bij kinderen met LVB onderbelicht, zowel wat betreft wetenschappelijk onderzoek als praktische ervaring. De workshop heeft als doel om praktische handreikingen aan te bieden, waar kan evidence based, voor de psychologische en farmacologische behandeling bij kinderen met een verstandelijke beperking. Het gaat daarbij zowel om rationeel farmacologisch beleid inclusief cytochroom genotypering, als om aangepaste CGT en EMDR bij kinderen die verbaal onvoldoende vaardig zijn om de emotioneel beladen cognities zelf te verwoorden, als om de voor kinderen met LVB ontwikkelde psychomotore systeemtherapie.

#### **Vorm (hoe)**

De workshop heeft een opbouw naar steeds meer zelfwerkzaamheid van de deelnemers: voor elk van de vier behandelvormen uitleg begint de workshop met uitleg, zien en bespreken van video- en casusmateriaal, en zelf in kleine groep oefenen in een rollenspel. In de afsluitende discussie wordt de informatie geïntegreerd onder begeleiding van een klinisch neuropsycholoog en kinderpsychiater gespecialiseerd in LVB.

#### **Leerdoelen**

- Praktische handvatten voor het verrichten van cognitieve gedragstherapie bij LVB
- Praktische handvatten voor het verrichten van EMDR bij LVB
- Praktische handvatten voor het verrichten van psychomotore gedragstherapie bij LVB
- Praktische handvatten voor het verrichten van farmacotherapie bij LVB

#### **Literatuurverwijzing**

Handboek Psychische stoornissen en Licht Verstandelijke Beperking (2016) Red: Didden, Troost, Moonen, Groen. Tijdstroom, Utrecht. Psychische Stoornissen in de Levensloop (2016) Staal, Vorstman, Van der Gaag. Tijdstroom, Utrecht.



## **W23 Psychotherapie bij Lesbische, Homo, Biseksuele en Transgender (LHBT) patiënten**

Drs. Ben Ruesink p<sup>1</sup>

P: Workshopleider

### 1. Praktijk Ruesink

#### **Inhoud (wat)**

In de workshop ligt het focus op in psychotherapie bij LHBT patiënten frequent voorkomende thema's van 'in de kast', coming out', gender- en seksuele identiteit, homo- en transfobie, het belang van sociale steun en zelf-onthulling van de seksuele identiteit van de therapeut. We bespreken de 'Position Statement of the World Psychiatric Association on Gender Identity and Same Sex Orientation' (2016) en kenmerken van Affirmatieve Psychotherapie.

#### **Vorm (hoe)**

Na een 15 minuten durende PowerPoint presentatie van klinische thema's in psychotherapie bij LHBT patiënten zijn collega psychiaters en met name ook de psychiaters in opleiding van harte uitgenodigd om casuïstiek uit de psychiatrisch-psychotherapeutische praktijk in een open sfeer en op interactieve wijze in te brengen ter bespreking.

#### **Leerdoelen**

Deelnemers leren over het verschil tussen seksuele oriëntatie en seksuele identiteit, over gender- en seksuele diversiteit, over de (on)zin van theorievorming als het gaat om 'oorzaken' van homoseksualiteit, over dissociatie als fenomeen waarmee je je homoseksuele identiteit verborgen houdt, over de diverse manieren van omgaan met stressoren of je nu openlijk gay, lesbisch of transgender bent of je identiteit verborgen houdt. Over de controverse als het gaat om het al dan niet onthullen van je (seksuele) identiteit als therapeut.

#### **Literatuurverwijzing**

'The LGBT Casebook' : Levounis, P.; Drescher, J. & Barber, M.E., eds. (2012). The LGBT Casebook. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. <http://www.appi.org> of <http://www.nbninternational.com>

## **W24 De presentatie van het Acute Boekje Psychiatrie, dé compacte hulpgids in acute psychiatrische beoordelingen**

Jurjen Luykx <sup>p1</sup> / Dr. Lot de Witte <sup>p1</sup> / Dr.mr. Christiaan Vinkers <sup>1</sup> / Joeri Tijdink <sup>2</sup> / Wanda Tempelaar <sup>3,1</sup> / Magriet Moret-Hartman <sup>4</sup>

P: Workshopleiders

1. UMCU
2. Vrije Universiteit
3. Altrecht
4. Kennisinstituut van Medisch Specialisten

### **Inhoud (wat)**

Het Acute Boekje Psychiatrie is gemaakt als handvat om snel te kunnen handelen in acute situaties in de psychiatrie. In tegenstelling tot leerboeken en richtlijnen zijn de adviezen bondig en concreet en stelt het boekje u in staat om snel informatie op te kunnen zoeken. Het boekje telt 28 standaarden die de meest relevante beelden en situaties voor de acute psychiatrie beschrijven. Deze zijn opgedeeld in de volgende categorieën: 1) klinische presentaties bij psychiatrische aandoeningen, 2) klinische presentaties bij psychofarmaca, 3) klinische presentaties bij psychoactieve middelen en 4) juridische zaken in de acute situaties. Dankzij de hulp en ijver van meer dan 30 AIOS en 200 experts uit Nederland en Vlaanderen is het Acute Boekje tot stand gekomen. Het Boekje is ontstaan uit een samenwerking van de NVvP en stichting DeJongePsychiater.nl. Het Boekje lijkt in opzet en uitvoering op de (succesvolle en veel gebruikte) Acute Boekjes Interne Geneeskunde en Neurologie.

### **Vorm (hoe)**

Deze workshop op het VJC zal u wegwijs maken in het gebruik van het Boekje. Door middel van enkele presentaties zullen vier standaarden uit de vier bovengenoemde categorieën worden besproken. Dit helpt u om handig om te gaan met de beschikbare kennis in het boekje en deze direct te kunnen gebruiken in uw spreekkamer. De presentaties worden afgesloten met een kleine toets. Aan het eind van de workshop zal het eerste exemplaar worden overhandigd aan de voorzitter van de NVvP en zullen wij de eerste druk van het Acute Boekje Psychiatrie verspreiden onder de deelnemers van de workshop. Het Acute Boekje Psychiatrie is vanaf maart 2017 beschikbaar op papier en als website (adres volgt). Er wordt ook een App ontwikkeld.

### **Leerdoelen**

Na de workshop heeft u:

- 1) kennis van de inhoud van de vier standaarden Acute Psychiatrie
- 2) inzicht in de opzet en beschikbaarheid van het Acute Boekje Psychiatrie zodat u in de klinische praktijk snel de benodigde info kunt opzoeken via de bijbehorende media (boekje zelf, website en app).

### **Literatuurverwijzing**

-

## **W25 Corsendonkcursus: van onderzoekshypothese tot succesvolle subsidieaanvraag**

Dr. Janneke Zinkstok <sup>p1,2</sup> / Prof. Therese van Amelsvoort <sup>p2,3,4</sup> / Prof. Anton van Balkom <sup>5</sup> / Prof. Richard Oude Voshaar <sup>6</sup> / Prof. Arne Popma <sup>7,8,9</sup> / Dr. Tom Birkenhager <sup>10</sup>

P: Workshopleiders

1. Vincent van Gogh
2. Maastricht Universiteit
3. Mondriaan
4. Virenze
5. GGZ inGeest
6. UMC Groningen
7. VUmc Kinder- en Jeugdpsychiatrie
8. De Bascule
9. Rechtenfaculteit Leiden, Afdeling Strafrecht en Criminologie
10. Erasmus MC

### **Inhoud (wat)**

Deze workshop wordt georganiseerd en geleid door de vaste docenten van de Corsendonkcursus, de jaarlijkse cursus voor klinisch onderzoek in de psychiatrie. Gedurende deze workshop zullen de deelnemers op interactieve wijze kennis nemen van onderzoeksmethoden binnen de psychiatrie. Deze onderzoeksmethoden zullen verder worden geïllustreerd aan de hand van concrete voorbeelden, o.a. presentaties van jonge onderzoekers die de Corsendonkcursus hebben gevolgd. Daarnaast biedt deze workshop de gelegenheid om op interactieve wijze kennis nemen van de vaardigheden en praktische kanten die komen kijken bij het aanvragen van eigen onderzoeksgeld. Tot slot zal tijdens de workshop een overzicht gegeven worden van recente wetenschappelijke 'doorbraken' in de psychiatrie. De docenten van de Corsendonkcursus zijn psychiaters en allen actief betrokken bij verschillende typen klinisch-psychiatrisch onderzoek: bijvoorbeeld klinische trials (RCTs), cohortstudies, epidemiologische studies, en biologisch onderzoek (genetisch/neuroimaging). Hierdoor wordt een brede introductie gegeven in de verschillende typen onderzoek, en de verschillende benaderingen en onderzoeksmethoden die gebruikt kunnen worden.

### **Vorm (hoe)**

Interactieve sessie (duur 1,5 uur) met de docenten van de Corsendonkcursus. Korte presentaties (minimaal 3 verschillende) wisselen elkaar af met discussies en uitwisselen van kennis en ervaring.

### **Leerdoelen**

Het doel van deze workshop is om:

- Basale kennis te vergroten m.b.t. onderzoeksmethoden in de psychiatrie;
- Te enthousiasmeren voor het doen van klinisch onderzoek en het aanvragen van eigen onderzoeksgeld, om daarmee het klinisch onderzoek in de psychiatrie te bevorderen;
- Kennis en vaardigheden vergroten zodat het aanvragen van subsidies voor onderzoek toegankelijker wordt;
- Deelnemers kennis te laten nemen van recente 'doorbraken' in psychiatrisch wetenschappelijk onderzoek.

### **Literatuurverwijzing**

Husain M: How to write a successful grant or fellowship application. Pract Neurol, 2015.

## **W26 Normen en waardering, de nieuwe kwaliteitsvisite**

Joep Tuerlings p<sup>1,2</sup>

P: Workshopleider

1. Tilanus, J.J.D.
2. St. Elisabethziekenhuis

### **Inhoud (wat)**

In 2008 is de voor de herregistratie verplichte kwaliteitsvisite van psychiaters officieel van start gegaan. De kwaliteitsvisite is als onderlinge zelfevaluatie van psychiaters een belangrijk kwaliteitsinstrument. Psychiaters vormen daartoe zoveel mogelijk groepen waarvan de leden een functionele samenwerkingsrelatie hebben. Vanaf 2010 jaarlijks ongeveer 120 visites uitgevoerd, waarbij circa 500 psychiaters worden gevisiteerd. De groep visitateurs bestaat uit ruim 40 getrainde psychiaters. Bijna alle psychiaters zijn al twee keer gevisiteerd en velen hebben zich al aangemeld voor de volgende ronde. Het kwaliteitsvisite-systeem wordt voortdurend aangepast aan feedback vanuit de gevisiteerden. Vanuit de Raad Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten (waarin alle medisch specialistische verenigingen vertegenwoordigd zijn), onze eigen NVvP en de KNMG wordt geprobeerd de kwaliteitsnormen en visite zoveel als mogelijk te uniformeren voor alle medisch specialisten. Centraal hierin is een nieuwe systematiek voor de kwaliteitsvisite middels een zo uniform mogelijke normering en waardering. Inmiddels is er een concept voor een vernieuwing van de kwaliteitsvisite met “normen en waardering” voor de beroepsgroep van psychiaters opgesteld. Eind 2016 zijn er enkele proefvisites uitgevoerd middels de nieuwe systematiek. Dit nieuwe kwaliteitsvisite systeem zal in het voorjaar, na goedkeuring door het bestuur en ledenraad, ingevoerd gaan worden. In deze workshop informeert de Commissie Kwaliteitsvisites over “de normen en waardering” zoals deze gebruikt zullen gaan worden binnen de kwaliteitsvisites en de consequenties hiervan voor u.

### **Vorm (hoe)**

Korte inleidingen afgewisseld met discussie. In deze sessie zal de basismethodiek van de kwaliteitsvisite met normen en waardering worden toegelicht door de Commissie Kwaliteitsvisite van de NVvP. Vervolgens komen de wijzigingen in het nieuwe visitatiereglement aan bod en worden frequent gestelde vragen besproken. Ook zal er aandacht zijn voor toekomstige ontwikkelingen.

### **Leerdoelen**

Aan het eind van de workshop is de deelnemer volledig geïnformeerd over de meest actuele stand van zaken en de vernieuwingen rond de kwaliteitsvisite.

### **Literatuurverwijzing**

-

## **W27 Praktische behandelingsmogelijkheden bij kinderen en jongeren met genetisch bepaalde ontwikkelingsstoornissen**

Drs. Leontine ten Hoopen <sup>1</sup> / Dr. Pieter de Nijs <sup>1</sup> / Drs. André Rietman <sup>1</sup> / Dr. Maartje ten Hooven-Radstaake <sup>2,3</sup>

P: Workshopleider

1. ENCORE Expertisecentrum Erasmus MC/Sophia Kinderziekenhuis Rotterdam: afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie
2. ENCORE Expertisecentrum Erasmus MC/Sophia Kinderziekenhuis Rotterdam: afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie/afdeling Kindergeneeskunde
3. Radboud Universiteit Nijmegen

### **Inhoud (wat)**

Deze workshop is een vervolg op eerdere presentaties vanuit het expertisecentrum ENCORE (Erfelijke Neuro-Cognitieve Ontwikkelingsstoornissen Rotterdam Erasmus MC) over ontwikkelingsstoornissen bij kinderen en jongeren met genetische syndromen. Lag eerder de nadruk op de klinische implicaties van wetenschappelijke bevindingen bij deze groep, nu besteden we juist aandacht aan de behandelingsmogelijkheden bij deze ontwikkelingsstoornissen. Bij het overgrote deel van deze kinderen (circa 60-90%) spelen leer- en gedragsproblemen een prominente rol. Maar vaak vragen ouders ook behandeling van slaapproblemen (gemiddelde prevalentie van 40%) of advies bij het verbeteren van contact en communicatie. Hoe kunnen we de mogelijkheden van het kind en de veerkracht van de ouders versterken en omgekeerd? Uit internationale richtlijnen en wetenschappelijke literatuur zijn niet altijd even gemakkelijk praktische handvatten voor behandeling te halen. Daar besteden we in deze workshop aandacht aan met behulp van concrete casuïstiek. Aan bod komen zowel farmacologische als niet-farmacologische interventies, zoals een ondersteuningsprogramma voor jongeren met een syndroom en een gedragstherapeutisch behandelprotocol bij slaapproblemen. Na de inleidingen komen we terug bij de klinische praktijk en toepassing van de interventies.

### **Vorm (hoe)**

Deze interactieve workshop heeft een opbouw van praktische inleidingen met de laatste stand van zaken naar toepassing op geboden casuïstiek. Aan de hand van de praktische inleidingen kunnen de deelnemers de literatuur kritisch beschouwen en vervolgens toepassen op de casuïstiek. Deze workshop biedt ook houvast voor de praktische behandeling van kinderen en jongeren met ontwikkelingsstoornissen zonder syndromen. Achtereenvolgens komen aan bod: 1. Psychologische en sociale ondersteuning voor jongeren met neurofibromatose 2. Slaapproblemen bij kinderen in het kader van genetische syndromen 3. Psychofarmacologie bij kinderen met genetische ontwikkelingsstoornissen 4 Toepassing op de klinische praktijk

### **Leerdoelen**

- Kennis opbouwen van behandelingsmogelijkheden bij kinderen met ontwikkelingsstoornissen op basis van genetische syndromen en hun ouders
- Kritisch beschouwen van internationale richtlijnen en wetenschappelijke literatuur op evidence voor behandelingsmogelijkheden bij deze groep
- Praktische handvatten voor de behandeling van genetisch bepaalde ontwikkelingsstoornissen aangereikt krijgen

### **Literatuurverwijzing**

1. Vranceanu, A.M. et al. (2015). Quality of life among children and adolescents with neurofibromatosis 1: a systematic review of the literature. *Journal of Neuro-oncology*, 122, 219-2282. Allen, K.D. et al. (2013). Evaluation of a behavioral treatment package to reduce sleep problems in children with Angelman Syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 676-6863. Lion-François, L. et al. (2014). The effect of methylphenidate on neurofibromatosis type 1: a randomised double-blind, placebo-controlled, crossover trial. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 9, 142-149

## **W28 Intensive Home Treatment: potentiëren van patiënt en zijn naastbetrokkenen**

Jurgen Cornelis <sup>p1,2</sup> / MD Lianne Boersma <sup>p3</sup> / MD Elnathan Prinsen <sup>4</sup>

P: Workshopleiders

1. Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam
2. Arkin, Amsterdam
3. GGZ Noord-Holland-Noord
4. Dimence GGZ, Deventer

### **Inhoud (wat)**

Een psychiatrische crisis gaat vaak gepaard met gedesorganiseerd gedrag en veel verschillende emoties. Deze verwarrende en heftige emoties overspoelen dikwijls patiënt en naasten zodat deze de regie, deels, verliezen. Een taak van de psychiatrische crisisdienst, naast diagnostiek en behandeling, is om die regie weer zo snel als mogelijk terug te krijgen bij patiënt en diens systeem. Door patiënt binnen zijn eigen sociale context te behandelen, in zijn eigen woonomgeving met degenen om hem heen die belangrijk voor hem zijn, mits allen goed ondersteund worden door de hulpverlening, kan dit gevoel van regie weer snel terug keren. Het ambulante i.p.v. klinisch behandelen van mensen met psychiatrische problemen heeft in Nederland de laatste jaren geleid tot de vorming van meerdere Intensive Home Treatment (IHT) teams. Deze teams bieden een intensieve behandelperiode van maximaal 6 weken waarmee zij een klinische opname proberen te voorkomen of te verkorten. De behandeling bestaat onder andere uit structurering, activering, maatschappelijke ondersteuning, farmacotherapie en ondersteuning van de naastbetrokkenen. Door deze behandeling thuis te doen en niet klinisch zal de patiënt niet de nadelen van een klinisch behandel milieu ervaren en zich sneller weer als autonoom beleven, en zal de breuk met zijn sociale context minder groot zijn.

### **Vorm (hoe)**

Vanuit het platform IHT Nederland zullen door verschillende sprekers in een aantal korte inleidingen worden ingegaan op wat een IHT team is en zullen de verschillende successen en dilemma's in het organiseren van en werken in een IHT team belicht worden. Verder zal er ruimte zijn voor discussie en uitwisselen van ervaringen.

### **Leerdoelen**

Aan het einde van de workshop hebben deelnemers duidelijk een beeld van wat een IHT team is, welke successen behaald kunnen worden en tegen welke dilemma's men aan kan lopen.

### **Literatuurverwijzing**

Carpenter, R.A., et al., 2013. Crisis teams: systematic review of their effectiveness in practice. *The Psychiatrist*. 37, 232-237. Hubbeling, D., Bertram, R., 2012. Crisis resolution teams in the UK and elsewhere. *J Ment Health*. 21, 285-95. Johnson, S., et al., 2005. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38519.678148.8F. Johnson, S., et al., 2008. *Crisis resolution and home treatment in mental health*. Cambridge: Cambridge University Press. Murphy, S.M., Irving, G.B., Adams, C.E. & Waqar M. *Crisis intervention for people with severe mental illnesses*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, vol. 12. Wheeler, C., et al., 2015. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. *BMC Psychiatry*. Doi: 10.1186/s12888-015-0441-x.

## **W29 Wilsbekwaamheid en veerkracht: hoe te hanteren in de klinische praktijk?**

Dr Irma Hein <sup>p1</sup> / Prof.dr. Adriaan Honig <sup>p2</sup> / Dr. Astrid Vellinga <sup>3</sup> / Prof.dr Gerben Meynen <sup>4</sup> / Mr.drs. Rembrandt Zuiderhoudt <sup>5</sup>

P: Workshopleiders

1. de bascule
2. OLVG West Lucas Andreas VU
3. mentrum arkin
4. VU
5. consultancy zuiderhoudt

### **Inhoud (wat)**

Veerkracht is een zeer belangrijk vermogen om te kunnen werken aan herstel van een psychiatrisch stoornis. Wilsbekwaamheid ter zake kan herstel belemmeren. Aandacht is gewenst voor de beoordeling van wilsbekwaamheid. Vellinga licht het complexe begrip toe, waarbij ook de ethische afweging van de vraag in hoeverre iemand nog goed voor zichzelf kan beslissen en in hoeverre wij als behandelaren denken dat dit past binnen ons idee van goede zorg bieden. Er bestaat echter geen gouden standaard van wilsbekwaamheid. Hein zal wel een onderzoeksinstrument (MacCAT-CR) bespreken bij kinderen, waaruit geconcludeerd werd dat kinderen onder 9.6 jaar over het algemeen niet wilsbekwaam waren en kinderen boven de 11.2 jaar wel. De MacCAT-T is middels een pilot onderzocht en bruikbaar voor de klinische praktijk. Zuiderhoudt schetst de rol van wils(on)bekwaamheid in het personen- en familierecht : het gaat om "in staat zijn tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake". De beoordeling van wilsbekwaamheid wordt toenemend in de GGz, vooral bij de psychiater, gelegd met alle - en toenemend serieuze - consequenties in klacht- en tuchtrecht. Meynen zal de criteria voor wilsbekwaamheid verhelderen vanuit een vergelijking met een verwant begrip: de toerekeningsvatbaarheid. Er zijn aanzienlijke verschillen tussen wilsbekwaamheid en toerekeningsvatbaarheid, maar ook belangrijke overeenkomsten. Het begrip authenticiteit blijkt van belang te zijn voor het maken van wilsbekwame keuzes. Honig tenslotte bespreekt de vaak acute vraag om een beoordeling van wilsbekwaamheid door een ziekenhuis psychiater. Niet alleen speelt de inhoudelijke kant van de beoordeling een rol maar ook rond de patiënt ontstane context met somatische hulpverlening enerzijds en familie en betrokkenen anderzijds. In de dagelijkse praktijk in het algemeen ziekenhuis wordt het MacCAT interview (MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment) gebruikt. In deze workshop wordt dat geïllustreerd aan de hand van een casus. Na deze toelichtingen over het begrip wilsbekwaamheid zal discussie gaan over de klinische bruikbaarheid en betekenis en de relatie tot veerkracht.

### **Vorm (hoe)**

Er worden 5 korte presentaties gegeven over het begrip wilsbekwaamheid, het meten er van, de juridische aspecten, de afbakening van toerekeningsvatbaarheid en het gebruik van de MacCat in de praktijk. Na de casus volgt discussie.

### **Leerdoelen**

update van begrip wilsbekwaamheid in de praktijk met aandacht voor raakvlakken tussen veerkracht en wilsbekwaamheid.

### **Literatuurverwijzing**

Vellinga, J.H Smit, E. van Leeuwen. (2004). Instruments to assess decision-making capacity: an overview. *International Psychogeriatrics*, 16, 397-419 Hein IM (2015). Children's competence to consent to medical treatment or research. Dissertation UvA, <http://hdl.handle.net/11245/1.470172> Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid. Den Haag; Rijksoverheid 2007; Witmer JM, de Roode RP. Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Utrecht, KNMG 2004. Meynen G (2016). *Legal Insanity: Explorations in Psychiatry, Law, and Ethics*. Springer. Adger J.K. Hondius, Rembrandt H. Zuiderhoudt & Adriaan Honig. Wilsbekwaamheid vaststellen. Een casus en een stappenplan. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60; 597-607, 2005.

## **W30 Psylink Hersenkrakers: Psychose. Hoe hersenonderzoek leidt tot een beter begrip van psychiatrische symptomen en een slimmere behandeling**

Dr. Hein van Marle <sup>p1,2</sup> / Dr. Metten Somers <sup>p3</sup>

P: Workshopleiders

1. GGZ inGeest
2. VUmc
3. UMC Utrecht

### **Inhoud (wat)**

Tienduizenden hersenonderzoekers houden zich vanuit de (cognitive) neuroscience bezig met fundamenteel onderzoek naar zaken als angst, empathie, aandacht en beloning. De klinische verstoring van deze hersenfuncties vindt zijn plaats in de psychiatrie. Maar kunnen we vanuit dit onderzoek ook echt iets leren over psychiatrische ziekten? In de jaarlijks terugkerende workshopreeks Hersenkrakers, georganiseerd door het NVvP platform Psylink, proberen we hier een antwoord op te vinden. Dit jaar: Snappen we meer van psychose/schizofrenie als we meer begrijpen van de gerelateerde en aangedane hersenfunctie(s)?

### **Vorm (hoe)**

Per workshop wordt een ziektebeeld of -dimensie behandeld volgens een vast format. Een clinicus, ervaren met het ziektebeeld, introduceert een vignet. Vervolgens geeft een gerenommeerd hersenonderzoeker een aantal korte, maar inzichtelijke lezingen over de belangrijkste neurobiologische constructen die in verband kunnen worden gebracht met de stoornis. De clinicus en de onderzoeker proberen vervolgens samen de symptomatologie uit het vignet te begrijpen vanuit de nieuw verworven kennis over het construct. Tot slot worden alle aanwezigen uitgenodigd om na te denken over hoe deze nieuwe inzichten kunnen leiden tot nieuwe mogelijkheden voor behandeling. De vierde workshop in deze serie is gewijd aan psychose. Na de introductie van het vignet wordt u bijgepraat over recent onderzoek naar neuronale plasticiteit, de rol van het immuunsysteem in de hersenen, synaptogenese en de invloed van deze fenomenen op neurotransmissie. Hoe begrijpen wij vanuit dit onderzoek de invaliderende symptomen uit het vignet, zoals stemmen horen, paranoïde, desorganisatie en cognitief verval? Tot slot wordt gebrainstormd over hoe inzicht in deze potentiële pathofysiologische mechanismen tot nieuwe behandelmethoden kan leiden, zoals gepersonaliseerde farmacotherapie.

### **Leerdoelen**

- Vanuit hersenonderzoek komen tot een dieper begrip van de symptomen van psychose en brainstormen over de implicaties daarvan voor de (toekomstige) behandelpraktijk van de psychiater.

### **Literatuurverwijzing**

Geen



## **W31 De puntjes op de i: Psychotherapeutische vaardigheden voor psychiaters en aios**

Dr Moniek Thunnissen <sup>p</sup>1 / Maurits Nijs <sup>p</sup>2

P: Workshopleiders

1. Vrijgevestigd psychiater
2. Onderwijsbureau NVvP

### **Inhoud (wat)**

Psychiaters krijgen te maken met ernstige psychopathologie: bij medicatieconsulten, op de polikliniek, in de avond- en nachtdiensten, op de opname-afdeling en in Fact-teams. Hiervoor gebruiken zij specifieke psychotherapeutische vaardigheden, waarover inmiddels veel expert-kennis voorhanden is. Hoe voer je een eerste gesprek, hoe betrek je het systeem bij de behandeling, hoe werk je met motiveren en mentaliseren, hoe ga je om met stagnaties in het contact, hoe maak je een medicatieconsult effectief? Op dergelijke vragen wordt ingegaan in de workshop.

### **Vorm (hoe)**

Korte theoretische presentaties waarna de deelnemers aan de hand van vragen en vignetten worden uitgedaagd om te oefenen met de verschillende vaardigheden

### **Leerdoelen**

Aan het einde van de workshop hebben de deelnemers een aantal vaardigheden geleerd:-balans tussen acceptatie en beoordeling in het eerste gesprek-combineren van de medische en de psychotherapeutische benadering-motiveren als interactief begrip-werken met de relatie in medicatieconsulten

### **Literatuurverwijzing**

Thunnissen, M. & Nijs, M. (2017). Basisvaardigheden psychotherapie voor psychiaters. Utrecht: De Tijdstroom (verschijnt begin 2017). Milders, F. & Thunnissen, M. (2015). Psychotherapeutische psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom.

## **W32 HYPE (Helping Young People Early): vroege interventie bij borderline persoonlijkheidsstoornis.**

Drs. Alex de Ridder <sup>p1</sup> / Dr. Pines Nuku <sup>p1</sup>

P: Workshopleiders

1. Reinier van Arkel

### **Inhoud (wat)**

HYPE is een van oorsprong Australische ambulante behandelmethodiek voor jonge pre- en post adolescenten. Deze methodiek wordt ingezet om het ontwikkelen van symptomen van borderline persoonlijkheid in een vroeg stadium te voorkomen of, indien er symptomen zijn, deze in vroegtijdig stadium te behandelen. Daarnaast werkt HYPE ook als behandeling voor jongeren die al een borderline persoonlijkheidsstoornis hebben. Het voorkómen van symptomen is van cruciaal belang want de aanwezigheid hiervan bij kinderen of adolescenten is de sterkste voorspeller van het daadwerkelijk manifesteren of ontwikkelen van borderline persoonlijkheidsstoornis in de (jong)volwassenheid. De indicatiestelling voor HYPE vindt plaats volgens de principes van clinical staging. Een HYPE team leunt op verschillende expertises en disciplines te weten: psychotherapeuten, (klinisch) psychologen, gezinstherapeuten, verpleegkundigen en psychiaters. De kern van HYPE is CAT (Cognitieve Analytische Therapie) psychotherapie. Dit wordt aangeboden in een kortdurende (16 sessies) en sterk gestructureerde (start, midden en eind fase) integratieve therapie met elementen van gehechtheidstheorie, cognitieve gedragstherapie en psychodynamisch theorie. Het Centrum Adolescentenpsychiatrie van Reinier van Arkel implementeert deze nieuwe zorgvorm sinds 2013 en is daarmee de eerste GGZ instelling in NL die deze behandelvorm toepast. In deze workshop komen de diverse praktische en organisatorische aspecten van de implementatie aan bod evenals eerste resultaten van behandeling.

### **Vorm (hoe)**

In de vorm van een interactieve workshop bestaande uit een drietal korte presentaties aan de hand van de literatuur en ervaringen binnen Reinier van Arkel, zal discussie met de deelnemers plaatsvinden over 'feasability' van vroegtijdige interventies, dilemma's rond vroegdiagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen en behandeling daarvan bij kinderen en jongvolwassenen.

### **Leerdoelen**

Deelnemers doen kennis op over de inhoud van de HYPE methodiek, het onderscheid van andere (vroeg-)interventie bij jongeren met BPS, krijgen inzicht in de haalbaarheid van implementatie van het HYPE model in Nederland en verkrijgen kennis over indicatiestelling van HYPE volgens de principes van clinical staging

### **Literatuurverwijzing**

Newton-Howes G, Clark LA, Chanen A. Personality disorder across the life course. *Lancet* 2015; 385: 727–34  
Kaess M, Brunner R, Chanen A, Borderline Personality Disorder in Adolescence, *Pediatrics* 2014;134;782  
Chanen A and Thompson C. Preventive Strategies for Borderline Personality Disorder in Adolescents. *Current Treatment Options in Psychiatry* (2014) 1:358–368  
Nuku P and van Vessel M. Behandeling van jongeren met persoonlijkheidsproblematiek. Reinier, 2015

## **W33 Narratieve Exposure Therapie (NET): meer dan alleen exposure bij PTSS door meervoudig en complex trauma**

Dr. Ruud Jongedijk <sup>p1</sup> / Dr. Rembrant Aarts <sup>p2</sup>

P: Workshopleiders

1. Arq Psychotrauma Expert Groep
2. Equator Foundation / Arq Psychotrauma Expert Groep

### **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. 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 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, 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 (KIDNET) en voor getraumatiseerde patiënten met daderproblematiek (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, met oefeningen, video en demonstraties.

### **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.v7.324733. Robjant, K., Fazel, M. (2010). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: a review. Clinical Psychology Review; 30(8):1030-1039. 4. Lely, J., Smid, G., Knipscheer, J., Jongedijk, R., Kleber, R. The Effectiveness of Narrative Exposure Therapy for Traumatized Refugees: A Meta-analysis and Meta-regression Analysis. Submitted.

## **W34 Psychodynamische principes in de algemeen psychiatrische praktijk; ontregelde patiënten en het herstel van eigen veerkracht**

Dr. Kees Kooiman <sup>p1</sup> / MD Gert Spruijt <sup>p2</sup> / Eduarda Vendysova Bakalarova <sup>2</sup>

P: Workshopleiders

1. GGZ-Rivierduinen
2. vrijevestigd

### **Inhoud (wat)**

Transference Focused Psychotherapie (TFP) is een psychodynamische psychotherapie ontwikkeld voor de behandeling van patiënten met borderline pathologie. Hoewel ontwikkeld als een specialistische psychotherapie zijn de algemene principes van TFP echter breed toepasbaar en bovendien makkelijk te leren. Deze algemeen psychodynamische principes, ontleend aan de egopsychologie en de objectrelatiepsychologie, en de 'gezond verstand'-aanpassingen zoals verwoord in de contractfase geven houvast aan elke praktiserend psychiater, ook aan degenen die voornamelijk farmacotherapeutisch werken. Onderkenning van de rol van psychodynamische processen (primitieve afweer; overdracht en tegenoverdracht) en 'shared decision making', waarbij rekening wordt gehouden met zowel de mogelijkheden van de patiënt als van de behandelaar, dragen bij aan het versterken van de veerkracht van de patiënt en die van de behandelaar, waardoor een behandeling, van welke aard dan ook, soms dan pas mogelijk wordt. Deze workshop is relevant voor het werk in elke psychiatrische setting (van opnameafdeling tot ziekenhuispsychiatrie).

### **Vorm (hoe)**

Na een korte theoretisch inleiding wordt met behulp van videomateriaal gedemonstreerd hoe TFP-principes de praktiserend psychiater kunnen helpen een veilig behandelkader te scheppen bij ontregelde en ontregelende patiënten. In rollenspelen zal tot slot geoefend kunnen worden in de hantering van veel voorkomende praktijkproblemen als therapie-ontrouw, overmatig gebruik van medicatie, niet verschijnen op afspraken maar wel een beroep doen op de crisisdienst, splitsing in teams, et etc. Voor deze workshop zijn rollenspelen geschreven, maar de deelnemers kunnen in overleg met de workshopgevers ook zelf casuïstiek inbrengen.

### **Leerdoelen**

Het doel van de workshop is de deelnemers instrumenten te geven die helpen signaleren hoe (tegen-)overdracht en falend mentaliseren de veerkracht van zowel de patiënt als de behandelaar kunnen compromitteren en hoe zij deze kennis kunnen gebruiken om de behandeling in goede richting om te buigen.

### **Literatuurverwijzing**

Bernstein J, Zimmerman M, Auchincloss EL. Transference-Focused Psychotherapy training during residency: an aide to learning psychodynamic psychotherapy. *Psychodynamic Psychotherapy* 2015; 43 (2): 201-222. Hersh RG. Using Transference-Focused Psychotherapy principles in the pharmacotherapy of patients with severe personality disorders. *Psychodynamic Psychiatry* 2015; 43 (2): 181-200. Kooiman K. Overdrachtsgerichte psychotherapie (TFP) bij persoonlijkheidsstoornissen. in Colijn e.a. *Leerboek Psychotherapie*. Hoofdstuk 39.4, pg 703-715. De Tijdstroom. Utrecht, 2009. Zerbo E, Cohen S, Bielska W, en Caligor E. Transference-Focused Psychotherapy in the general psychiatry residency: a useful and applicable model for residents in acute clinical settings. *Psychodynamic Psychiatry* 2013; 41: 163-181.

## **W35 Veerkracht bij suïcidale jongeren en hun omgeving**

Drs. Stanneke Lunter <sup>p1</sup> / Drs. Jan Meerdinkveldboom <sub>p</sub> / Ineke Rood

P: Workshopleiders

1. vrijevestigd

### **Inhoud (wat)**

Suïcidaliteit bij jongeren kan vele bronnen kennen. De diagnostiek is vaak complex, er kunnen bijdragende factoren zijn vanuit genetische aanleg, zich ontwikkelende persoonlijkheid, levensfase, stressoren in het gezin, sociale omgeving, school etc. De machteloosheid bij zowel de jongere als de omgeving is groot, de interactie vaak moeizaam of zelfs vastgelopen. In deze workshop willen we de deelnemers aanknopingspunten en handvatten bieden voor zowel de diagnostiek als de aanpak van suïcidaliteit bij jongeren. We richten ons daarbij zowel op concretisering van diagnostische aspecten als op verbreding naar het systeem en op de wending van pathologie naar veerkracht. Diagnostiek kan concrete aanknopingspunten geven. Het zoeken naar versterking van interactie en gezamenlijkheid en het identificeren van bronnen van (veer-)kracht bij zowel de jongere als diens omgeving geeft verder perspectief, ook bij complexe problematiek.

### **Vorm (hoe)**

Na introductie van het onderwerp en de sprekers door Stanneke Lunter biedt Jan Meerdinkveldboom een interactieve lezing over diagnostiek bij suïcidale jongeren, vooral gericht op de depressie, en het betrekken van het systeem daarbij. Daarna zal Ineke Rood de workshop vervolgen met informatie en oefeningen rond versterking van systemische interactie en veerkracht bij suïcidale jongeren en hun omgeving.

### **Leerdoelen**

- Concretisering diagnostische elementen en aanknopingspunten bij suïcidale jongeren
- Handvatten voor versterking van interactie en verbinding tussen suïcidale jongeren en hun omgeving
- Van pathologie naar veerkracht: wending naar perspectief

### **Literatuurverwijzing**

Ineke Rood en Jan Meerdinkveldboom (2016): Een systeemtherapeutische benadering bij suïcidaal gedrag van jongeren uit autochtone en niet-westerse allochtone gezinnen. *Systeemtherapie*, 28 nr 1, pp 6-23. Amsterdam, uitgeverij Boom

## **W36 Als de rek er uit is**

Drs. Robert Schurink <sup>p<sup>1</sup></sup> / Steven Pleiter <sup>p<sup>2</sup></sup>

P: Workshopleiders

1. NVVE
2. Levensindekliniek

### **Inhoud (wat)**

Euthanasie bij psychiatrie: De zorgvuldigheidseisen ‘Er is geen redelijke andere oplossing’ & ‘Weloverwogen verzoek’ nader bekeken. Er zijn patiënten die na intensieve en lange behandelingen hun toestand niet verbeterd zien. Euthanasie kan dan een verzoek zijn van de patiënt om zijn lijden te beëindigen. Het vergt veerkracht van de patiënt en de psychiater om tot de beslissing te komen, het is genoeg geweest; ik wil stoppen met leven, de rek is er uit. Wanneer een patiënt een verzoek om euthanasie doet, dient dit binnen de kaders van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WtL) te vallen. Zo dient het verzoek vrijwillig en weloverwogen te zijn. Een andere zorgvuldigheidseis is dat er geen andere redelijke oplossing meer is. Maar wanneer is de patiënt uitbehandeld en wanneer is er geen redelijke andere behandeling meer mogelijk? Wat maakt de doodswens weloverwogen? De psychiater hoeft er niet alleen voor te staan in dit verzoek. Het is belangrijk ook de familie er bij te betrekken, collega psychiaters en mogelijke andere betrokken hulpverleners. Ook is de Steungroep Psychiatrie te raadplegen voor advies en steun. In de richtlijn van de NVvP wordt aanbevolen dat bij voorkeur een scen-arts om een raadpleging gevraagd wordt én aan een onafhankelijk psychiater.

### **Vorm (hoe)**

In deze workshop zal het juridische kader geschetst worden voor euthanasie. Vervolgens zullen de verschillende dilemma's aan de orde komen, waarna twee professionals de genoemde invalshoeken op basis van voorbeelden uit hun eigen praktijk verder zullen uitdiepen. De deelnemers worden betrokken in de discussie om hun ervaringen en opvattingen te delen.

### **Leerdoelen**

- Inzicht in de wettelijke mogelijkheden en ethische dilemma's van een euthanasieverzoek.
- Inzicht in de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen weloverwogen verzoek en er is geen redelijke andere oplossing.
- Geeft handvatten hoe je samen met de patiënt en de omgeving tot het juiste besluit komt wanneer de patiënt een weloverwogen doodswens heeft.

### **Literatuurverwijzing**

1. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) (2009). Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. (Herziening van de Richtlijn NVvP wordt verwacht dit najaar).
2. Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WtL) (2002). Online beschikbaar via [www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl)

## **W37 Werken aan veerkracht en herstel met DSM-5 Cultural Formulation Interview**

Dr. Samrad Ghane <sup>p1,2</sup> / Drs. Rob van Dijk <sup>1</sup> / Drs. Hugo Konz <sup>p</sup>

P: Workshopleiders

1. Parnassia Groep
2. Equator Foundation

### **Inhoud (wat)**

Aandacht voor de achtergrond en sociale context van de patiënt, en zijn of haar persoonlijke visie op klachten is een belangrijke voorwaarde voor een (kosten-) effectieve zorg. Instrumenten en methodieken, die de unieke context en visie van de patiënt helpen doorgronden, zijn hierbij van groot belang. Het Cultural Formulation Interview (CFI) van DSM-5 is een dergelijk instrument. Het CFI is een semigestructureerd interview, bestaande uit 16 open vragen, die gericht zijn op het achterhalen van de belevingswereld van de patiënt. Anders dan het woord 'cultural' zou kunnen suggereren, is het interview bedoeld voor alle patiënten ongeacht hun etnische of culturele achtergrond. De vragen zijn verdeeld over vier domeinen:

- (1) de subjectieve definitie van de klacht;
- (2) beleving van oorzaak, context en steun;
- (3) factoren die van invloed zijn op coping en hulpzoekgedrag in het verleden; en
- (4) factoren die van invloed zijn op het huidige hulpzoekgedrag, behandelvoorkeur etc..

Door expliciete focus op de visie, ervaring, achtergrond en steunbronnen van de patiënt bevordert het CFI een persoons- en herstelgerichte vorm van behandeling.

### **Vorm (hoe)**

In deze interactieve workshop wordt middels korte presentaties, videofragmenten, groepsdiscussies en rollenspellen stil gestaan bij de verschillende onderdelen en van het CFI en hoe de daaruit afkomstige informatie betrokken kan worden bij diagnostiek en herstel.

### **Leerdoelen**

- Deelnemers hebben kennis van de meerwaarde van het CFI en zijn op de hoogte van de structuur en opbouw van dit instrument.
- Deelnemers kunnen het CFI in verschillende stadia van de behandeling inzetten.

### **Literatuurverwijzing**

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Washington, DC: APA. Lewis-Fernandez, R. et al. (eds.). (2016). DSM-5 Handbook on the Cultural Formulation Interview. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

## W38 Mental Health First Aid – Eerste hulp bij psychische problemen

Roelof Kleppe p<sup>1</sup>

P: Workshopleider

### 1. GGzE & MHFA Nederland

#### Inhoud (wat)

Eerste Hulp verlenen bij een ongeval, daar zijn veel mensen in getraind. Maar wat doe je als een geliefde, de buurman of je leerling een paniekaanval krijgt of symptomen van depressie laat zien? Eerste Hulp kan ook voor deze en andere psychische klachten nodig zijn. GGz instellingen, gemeentes, scholen, en andere instanties investeren op allerlei gebieden om haar burgers steeds meer zelfredzaam te maken. Daar hoort bij dat mensen ook weer leren problemen bespreekbaar te maken. Als er sprake is van psychische problemen is dit vaak nog moeilijk. De cursus 'Eerste hulp bij psychische problemen' van MHFA Nederland biedt deelnemers praktische tools om op een goede manier om te gaan met mensen die in psychische nood verkeren en om beginnende psychische problemen te herkennen. Zo kan iemand tijdig naar professionele hulpverlening worden geleid waardoor ernstiger leed kan worden voorkomen. In de cursus leren deelnemers hoe ze het gesprek met hun partner, kinderen, andere familieleden, vrienden of burens aan kunnen gaan als zij vermoeden dat iemand psychische problemen heeft. Mensen die een psychisch probleem ervaren zijn niet gek of raar. Iedereen kan te maken krijgen met psychische problemen, bij zichzelf en/of bij anderen. Met deze MHFA cursus ontwikkelt u vaardigheden om adequaat te handelen in een crisissituatie. Uw kennis over psychische aandoeningen zal flink toenemen, onder andere over verschillende ziektebeelden zoals depressie, angst, psychose en verslaving. Daarnaast leert u specifieke communicatieve vaardigheden die u kunt inzetten en leert u signalen te herkennen en adequaat te handelen in een crisissituatie. De cursus is ontwikkeld in Australië door Betty Kitchener en Anthony Jorm en is succesvol ingezet als public health interventie over de hele wereld. Inmiddels zijn al 1 miljoen mensen getraind in MHFA over heel de wereld. Het streven is om zoveel mogelijk burgers in Nederland te trainen. De doelgroepen die daarbij prioriteit krijgen zijn onderwijs, justitie, hulpverleners en de overheid. Uiteindelijk is het streven om het MHFA programma aan iedere belanghebbende aan te bieden én te integreren in bestaande educatieve programma's. Een programma als MHFA bestaat nog niet in Nederland, maar kan een grote meerwaarde hebben in het vroegtijdig (h)erkennen van psychische problematiek. GGz expertise wordt gedeeld met de maatschappij, wat ertoe bijdraagt dat :

- de algemene kennis en vaardigheden m.b.t. psychiatrische problematiek vergroot worden,
- er beter gehandeld kan worden in eerste-hulp-situaties m.b.t. psychische problematiek,
- de negatieve maatschappelijke opinie omtrent geestelijke gezondheidszorg omgebogen wordt.

(1) (2) Resultaten in de praktijk. Een meta-analyse van 15 relevante papers over MHFA laat zien dat MHFA bijdraagt aan het verhogen van kennis over geestelijke gezondheid, negatieve attitude vermindert en ondersteunend gedrag richting mensen met psychische problemen bevordert (3). Vele evaluaties wijzen uit dat MHFA een relevante bijdrage levert aan het bevorderen van de publieke gezondheid door het vergroten van kennis, het doen afnemen van vooroordelen (stigmatisering) en het bevorderen van vroegtijdige acties die mensen (durven) nemen in een situatie waarin zij geconfronteerd worden met (signalen van) psychische problematiek (4). Op dit moment wordt het wetenschappelijk onderzoek naar MHFA in Nederland in werking gezet door Catherine Van Zelst.

#### Vorm (hoe)

MHFA Nederland wil u graag laten kennismaken met Mental Health First Aid en heeft hiervoor een workshop beschikbaar gesteld. MHFA Nederland nodigt u uit om hier aan deel te nemen. Dit zal op een interactieve manier plaats vinden. We zijn zeer benieuwd naar uw ervaringen.

#### Leerdoelen

Tijdens deze workshop krijgt u meer inzicht in de cursus MHFA, daarnaast zal ingegaan worden hoe het wetenschappelijk onderzoek opgestart wordt voor Nederland.

#### Literatuurverwijzing

Referenties: (1) Jorm, A.F. & Kelly, C.M. (2007). Improving the public's understanding and response to mental disorders. *Australian Psychologist*, 42(2), 81-89 (2) Jorm, A.F. & Kitchener, B.A. (2011). Noting a landmark achievement: mental health first aid training reaches 1% of Australian adults. *Australian & New Zealand Journal*



of Psychiatry, 45(10),808-813(3) Hadlaczky, G., Hokby, S., Mkrтчian, A., Carli, V., and Wasserman, D. (2014). "Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: a meta-analysis." International Review of Psychiatry 26(4): 467-475.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25137113> (4) <https://mhfa.com.au/research/mhfa-course-evaluations>

## **W39 Intervisie volgens de Balint-methode**

Jan van Trier <sup>p<sup>1</sup></sup> / Moniek Thunnissen <sup>p<sup>2</sup></sup>

P: Workshopleiders

1. St Antoniusziekenhuis
2. ZGP Bergen op Zoom

### **Inhoud (wat)**

De Balint-methode wordt al meer dan vijftig jaar door huisartsen gebruikt als methode voor intervisie. De methode is genoemd naar de Hongaarse psychiater Balint. Veel psychiaters hebben er reeds ervaring mee omdat zij groepen huisartsen begeleiden met deze gefaseerde methode. De methode leent zich echter ook voor intervisie bij psychiaters. Met de nieuw geformuleerde opleidingseisen volgens het competentiemodel kunnen aios ook profiteren van deze intervisiemethode. In de workshop komt aan bod hoe de Balint-methode kan worden gebruikt als een begeleide groepsintervisie, waarin op een systematische wijze wordt gereflecteerd op persoonlijke praktijkervaringen met de patiënt. De methode richt zich op de communicatie tussen arts en patiënt; inzicht vergroten in eigen mogelijkheden en beperkingen; beter omgaan met emotionele reacties die patiënten oproepen; overdrachtsfenomenen herkennen en bewust worden van tegenoverdrachtsaspecten. Het voordeel van groepsintervisie is dat men kan leren van elkaar. De structuur en de fases volgens de Balint-methode zorgen voor veiligheid en vertrouwen. De psychiaters of psychotherapeuten die de groep leiden, dienen vertrouwd te zijn met principes van groepsdynamiek en supervisie.

### **Vorm (hoe)**

Na een korte inleiding over de Balint-methode zullen de deelnemers ervaring kunnen opdoen met de methode. Een deelnemer presenteert een casus en deze wordt volgens de Balint-methode in de groep besproken. Na afloop bespreken we de waarde voor psychiaters en voor aios met betrekking tot de eerder genoemde competenties.

### **Leerdoelen**

- Psychiaters leren hoe zij intervisiegroepen kunnen begeleiden volgens de Balint-methode.
- Zij leren aandacht te schenken aan met name de communicatie tussen arts en patiënten. Doel van de Balint-methode is dat artsen beter in staat zijn professioneel te handelen. De methode biedt specifieke aandacht voor de competenties communicatie, samenwerken, maatschappelijk handelen en professionaliteit.

### **Literatuurverwijzing**

J. van Trier. Balint-groepen. Groepen maart 2010, 23-29. [www.balint.nl](http://www.balint.nl)

## **W40 Elektroconvulsietherapie, the state of the art**

Dr. Bas Verwey <sup>p1</sup> / Prof.dr. Walter van den Broek <sup>2</sup> / Dr. Tom Birkenhäger <sup>2</sup> / Dr. Frank Grüne <sup>2</sup>

P: Workshopleider

1. Ziekenhuis Rijnstate Arnhem
2. Erasmus Medisch Centrum

### **Inhoud (wat)**

ECT is een behandeling die toenemend kennis en vaardigheden van de uitvoerder vereist. De indicatiestelling met name bij patiënten met gecombineerde stoornissen en de risicofactoren worden behandeld aan de hand van de Richtlijn Elektroconvulsietherapie 2010. Technische aspecten als elektrodenplaatsing, bepaling van de insultdrempel en stimulusdosering passeren de revue in relatie tot het effect. Preoperatieve screening, anaesthesiemiddelen, interacties en bijwerkingen worden besproken met specifiek aandacht voor cardiovasculair gecompromitteerde patiënten. Zowel de behandeling van patiënten na succesvolle als nietsuccesvolle ECT worden gepresenteerd, waaronder de indicatie en uitvoering van onderhouds-ECT.

### **Vorm (hoe)**

Interactieve presentaties; entreetoets

### **Leerdoelen**

Leren indiceren van ECT; inzicht verwerven in technische aspecten, anaesthesie en uitvoering van ECT; kennis vergaren over behandeling na ECT.

### **Literatuurverwijzing**

W.W. van den Broek, T.K. Birkenhäger, e.a. Richtlijn Elektroconvulsietherapie, tweede herziene versie. DeTijdstroom, Utrecht, 2010. W.W. van den Broek, A.F.G. Leentjens, I.M. van Vliet, B. Verwey. Handboek Elektroconvulsietherapie, Van Gorcum, Assen, 2005.

## **W41 GGZ zorg aan asielzoekers: Veerkracht versterken en/of behandelen van trauma's?**

Dr. Marjolein van Duijl <sup>p1,2</sup> / Dr. Katinka Haar <sup>p3,4</sup>

P: Workshopleiders

1. Taskforce Vluchtelingen NVVP, voorzitter
2. Amulet ggz en consultancy
3. Taskforce Vluchtelingen NVVP, lid
4. Accare, Kinder en Jeugd Psychiatrie

### **Inhoud (wat)**

Wereldwijd waren er in 2015 meer vluchtelingen dan ooit, de UNHCR registreerde 65,3 miljoen mensen die vanwege oorlog en conflicten huis en haard moesten ontvluchten. In Nederland vroegen ongeveer 45.000 mensen asiel aan terwijl er naar schatting 200.000 tot 250.000 vluchtelingen in Nederland verblijven (CBS). Een deel van deze asielzoekers kamp met ernstige psychische problemen opgelopen door de oorlog, verlieservaringen en omstandigheden in het land van herkomst, ontberingen tijdens de vlucht en soms versterkt door de onzekerheden en verplaatsingen in het land van aankomst. Hoe krijgen zij de zorg die ze nodig hebben? Hoe lopen de verwijstructuren, wat zijn richtlijnen voor goede zorg en hoe kun je daar in de spreekkamer vorm aan geven? Hoe ga je als behandelaar om met taal en cultuurverschillen maar vooral met allerlei procedurele en praktische problemen die de behandeling lijken te doorkruisen? Wat zijn veel voorkomende knelpunten? Deze vragen zullen tijdens de workshop aan de orde komen. De resultaten van recente onderzoeken en rapporten zullen behandeld worden waarin de stand van zaken en adviezen tbv goede ggz zorg voor vluchtelingen in kaart worden gebracht. Ook de richtlijnen die gedurende 2016 ontwikkeld zijn als gevolg van het Convenant GGZ voor Asielzoekers tussen de COA, zorgverzekeraar Menzis en ggz organisaties zullen aan de orde komen. De website [www.nvvp.net/vluchtelingen](http://www.nvvp.net/vluchtelingen), ontwikkeld door de taskforce vluchtelingen, zal o.a. worden toegelicht als mogelijke hulpbron. Vervolgens zal aan de hand van casuïstiek uit de praktijk met de deelnemers geoefend en geïllustreerd worden hoe verschillende interventies kunnen worden ingezet. Versterken van veerkracht en behandelen van trauma, wat zijn de opties?

### **Vorm (hoe)**

Participatieve workshop met inventarisatie van vragen van de deelnemers, presentatie van achtergronden, onderzoeken en richtlijnen, oefenen en discussie mbv casuïstiek, en samenvatten conclusies.

### **Leerdoelen**

Aan het eind van de workshop heeft de deelnemer: - Kennis van de verwijstructuren en interventies niveaus voor preventie, versterken van de veerkracht en de specialistische zorg voor behandeling van psychische problemen van asielzoekers.- Zicht op politieke, juridische en sociale context van het Nederlandse GGZ beleid voor asielzoekers.- Enige kennis van relevante internationale richtlijnen.- Toegenomen kennis van verschillende (evidence-based) behandel mogelijkheden die ingezet kunnen worden en meer vaardigheden om met de juridische, sociale en culturele context van psychische problematiek van vluchtelingen om te gaan ofwel hulpbronnen daarvoor te kunnen vinden.

### **Literatuurverwijzing**

<http://www.nvvp.net/vluchtelingen>

## W42 Veiligheid bij geweld en mishandeling – een praktische en planmatige aanpak

Dr. Alfons Crijnen<sup>p1,2</sup> / Dr. Irma de Hein<sup>3,4</sup> / Drs. Marie-José van Hoof<sup>5,6</sup> / Drs. Femke Kamphuis<sup>7</sup> / Drs. Linda Vogtländer<sup>8</sup> / Drs. Frederique Scheper<sup>9</sup>

P: Workshopleider

1. de Waag Forensische Zorgspecialisten
2. de Opvoedpoli
3. AMC
4. de Bascule
5. Psychotraumacentrum Rivierduinen
6. Curium-LUMC
7. de Viersprong
8. de Waag
9. MOC Kabouterhuis

### Inhoud (wat)

Veiligheid bij geweld en mishandeling – probeer het maar eens te organiseren. Het besef is volop aanwezig dat onveiligheid met geweld en mishandeling in een gezin aangepakt moet worden, omdat het ondermijnd is voor de ontwikkeling van kinderen. Maar de aanpak van onveiligheid in de praktijk van de hulpverlening kan erg lastig zijn. In deze workshop tonen de leden van de werkgroep Trauma en Kindermishandeling succesvolle werkvormen voor de aanpak van onveiligheid: een duurzame visie op ketenzorg binnen teams en over organisaties heen, en een gestructureerd en tweewekelijks terugkerend veiligheidsoverleg binnen een team. Volgens de visie op ketenzorg bij mishandeling, misbruik en verwaarlozing wordt de hulp gefaseerd ingezet. Eerst is een plan voor de directe aanpak van de onveiligheid nodig, daarna wordt een hulpverleningsplan opgesteld op basis van de risico's op herhaling van geweld bij individu en gezin, vervolgens is er aandacht voor verder herstel van de gezinsleden. Het doorbreken van het patroon van geweld en het herstel van veiligheid is een kwestie van lange adem waarbij samenwerking tussen de hulpverleners noodzakelijk is en waarbij een planmatige aanpak met een zorgvuldige timing van interventies van groot belang zijn. Bescherming, praktische hulp, opvoedondersteuning, de aanpak van risicofactoren voor geweld, en behandeling van de gevolgen zoals PTSS en gedragsproblemen moeten op elkaar afgestemd worden. Een structureel veiligheidsoverleg draagt aanzienlijk bij aan de aanpak van kindermishandeling en verwaarlozing in hoog-risico gezinnen. In een veiligheidsoverleg komen verschillende disciplines vanuit de jeugdzorg en vanuit de jeugd-GGZ samen. In dit overleg wordt de veiligheid gemonitord en besproken welke praktische en opvoedondersteuning, welke interventies zoals Signs of Safety, en welke disciplines op welk moment ingezet gaat worden. Recent is samen met Veilig Thuis een instrument voor de screening van geweld bij meldingen bij Veilig Thuis ontwikkeld en een visiedocument over ketensamenwerking geschreven, die in deze workshop besproken zullen worden. Aan de hand van een videoregistratie van een veiligheidsoverleg en de verslaglegging van het multidisciplinair overleg over de tijd wordt de behandeling van onveiligheid in een gezin besproken. De leden van de werkgroep bespreken de visie op veiligheid en het structureel overleg vanuit hun eigen achtergrond met aandacht voor hechting, voor het jonge en oudere kind, en voor de ouders. In het kader van Zichtbaar Vakman wordt in deze presentatie samengewerkt met het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

### Vorm (hoe)

Drie werkvormen worden gehanteerd:

- ♣ Uitleg over de planmatige aanpak van veiligheid, risico's en herstel in een gezin, en over het belang van zorgvuldige timing en samenwerking binnen teams en over organisaties heen;
- ♣ Videofragmenten van een multidisciplinair tweewekelijks veiligheidsoverleg met aandacht voor de rollen en afstemming van iedere discipline, het belang van verslaglegging, en het vasthouden van een gezin tot de veiligheid hersteld is;
- ♣ Interactie met deelnemers over de voorwaarden van een dergelijke aanpak, over de haalbaarheid binnen hun organisatie, over dilemma's zoals wel of niet melden, en over de eisen aan samenwerking over organisaties heen.

### Leerdoelen

Na afloop kennen en herkennen deelnemers:

- ♣ De fasen en behandelmodaliteiten van een geïntegreerde aanpak van veiligheid in een gezin;
- ♣ Een praktisch voorbeeld van een multidisciplinair veiligheidsoverleg bij de aanpak van onveiligheid in een gezin.

#### **Literatuurverwijzing**

- ♣ Vogtländer L & van Arum S (2016): Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risicogestuurde zorg. VNG & GGD GHOR Nederland.
- ♣ Vogtländer L & van Arum S (2015): Triage Veilig Thuis bij huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel misbruik. VNG & GGD GHOR Nederland.
- ♣ Tierolf, B., Lünemann, K., Steketee, M. (2014). Doorbreken geweldspatroon vraagt gespecialiseerde hulp: Onderzoek naar de effectiviteit van de aanpak huiselijk geweld in de G4. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

## **W43 Jonge Psychiaters en hun lacunes: workshop over de cursus Leiderschap en Beleidspsychiatrie voor Jonge Psychiaters van het Consortium Noord-Nederland**

Drs. Jessica Agsteribbe <sup>p1</sup> / Prof. Robert Schoevers <sup>p1</sup> / Drs. Herma van der Wal <sup>2</sup>

P: Workshopleiders

1. UMCG/UCP
2. Dimennce

### **Inhoud (wat)**

Tijdens de opleiding tot psychiater is er veel aandacht voor de omgang en behandeling van patiënten. In het curriculum bestaat minder aandacht voor de beleidsmatige en leiderschapscompetenties die na de opleiding nodig zijn voor het werken als psychiater, met name bij het werken in grotere teams of instellingen. Dit betreft bijvoorbeeld het leiden van een team, het afwegen van prioriteiten bij beperkt beschikbare middelen, het omgaan met beleidsmatige veranderingen en het onderhandelen met het management. Uit onderzoek blijkt dat dergelijke zaken een forse belasting vormen voor de 'jonge klare' en zij zich onvoldoende vaardig voelen om hiermee om te gaan. De samenwerkende opleidingsinstellingen in het Consortium Noord-Nederland hebben daarvoor een cursus van vier dagen ontwikkeld waarbij de jonge psychiaters naar aanleiding van de ervaringen die ze al hebben opgedaan in hun nieuwe functie, de nodige tools en vaardigheden rondom de thema's leiderschap en beleidsvraagstukken aangeboden krijgen. Deze cursus is een voortzetting van het onderdeel Beleidspsychiatrie dat tijdens de opleiding wordt aangeboden. De cursus is toegesneden op de behoefte van de deelnemers: waar lopen zij in hun werk tegenaan, van welke competenties en thema's hebben ze nog onvoldoende kennis van en vaardigheid in? In de cursus staan deze onderwerpen centraal. Tijdens de workshop op het voorjaarscongres willen we de deelnemers inzicht geven in de lacunes die de jonge psychiaters hebben op het gebied van leiderschap en beleidspsychiatrie. Tevens willen de deelnemers kennis laten maken met de cursus Leiderschap en Beleidspsychiatrie voor Jonge Psychiaters.

### **Vorm (hoe)**

In de workshop zal aan de hand van een recente inventarisatie een samenvatting worden gegeven van de problemen van de jonge psychiaters in het consortium Noord-Nederland. Vervolgens wordt kort ingegaan op de opbouw van de cursus. Daarna worden de ervaringen met het geven van de cursus besproken en de evaluaties achteraf van de cursisten gedeeld. Het grootste deel van de workshop wordt besteed aan het uitwerken van enkele opdrachten uit de cursus door de deelnemers.

### **Leerdoelen**

Aan het eind van de workshop hebben de deelnemers meer inzicht in de thema's en onderwerpen waar jonge psychiaters in het begin van hun carrière tegenaan kunnen lopen. Tevens hebben ze een goed beeld van de cursus Leiderschap en Beleidspsychiatrie voor Jonge Psychiaters, zoals die door het Consortium Noord-Nederland is ontwikkeld.

### **Literatuurverwijzing**

Geen

## **W44 Omgaan met suïcidaliteit; ervaren leren in risicotaxatie en behandeling**

Maurits Nijs <sup>p1</sup> / Dr. Barbara Montagne <sup>p2</sup>

P: Workshopleiders

1. NVvP
2. GGZ Centraal

### **Inhoud (wat)**

Het beoordelen van suïcidaliteit is binnen de psychiatrie vrijwel dagelijks werk. Het is dan ook opmerkelijk dat niet alle professionals op een systematisch, geprotocolleerde manier een suïcide-risicotaxatie verrichten. In deze workshop worden deelnemers uitgenodigd –conform de voorhanden zijnde nationale en internationale richtlijnen en literatuur - een suïcide-risicotaxatie protocollair in de praktijk te brengen. De nadruk ligt op het kunnen toepassen van de aangedragen kennis. Eén van de workshopleiders zal als acteur de rol spelen van een suïcidale patiënt in verschillende hoedanigheden. De deelnemers spelen de rol van therapeut. Het volstaat niet om alleen de risico's op suïcide te onderzoeken maar ook om door gerichte interventies de risico's te verminderen.

### **Vorm (hoe)**

In deze workshop ligt de nadruk op het verwerven van klinische vaardigheden. In rollenspelen met als tegenspeler één van de workshopleiders, in de rol van patiënt, kan worden geoefend met de verkregen kennis. Na een korte inleiding -waarin een kader wordt geboden – worden de deelnemers uitgenodigd in rollenspelen te oefenen met het taxeren van suïciderisico's. Ze krijgen ook adviezen aangereikt die hen helpen een behandelplan met de patiënt af te spreken. Verschillende vormen van suïcidaliteit zullen onder de loep worden genomen en in rollenspelen worden gedemonstreerd: acute, chronische en manipulatieve suïcidaliteit.

### **Leerdoelen**

De deelnemer leert 1. het systematisch verrichten van een risicotaxatie suïcidaliteit 2. kennis te nemen van een model hoe om te gaan met chronische suïcidaliteit, en oefenen met dit model 3. kennis te nemen van een model hoe om te gaan met het dreigen met suïcidaliteit en oefenen met dit model.

### **Literatuurverwijzing**

James Christopher Fowler. Core Principles in Treating Suicidal Patients. Psychotherapy. 2013, Vol. 50, No. 3, 268–272. A.M. van Hemert, A.J.F.M. Kerkhof, J. de Keijser, B. Verwey, C. van Boven, J.W. Hummelen, M.H. de Groot, P. Lucassen, J. Meerdinkveldboom, M. Steendam, B. Stringer en A.A. Verlinde (werkgroep) en G. van de Glind (projectleiding). Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. De Tijdstroom 2012. Heerdingen van C. (red). Handboek Suïcidaal gedrag. De Tijdstroom, 2006. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviours. American Psychiatric Association published November 2003. Shea Shawn Christopher. The Practical Art of Suicide Assessment. A Guide of Mental Health Professionals and Substance Abuse Counsellors. John Wiley & Sons. Inc. 1999.



## **W45 Richtlijn Psychiatrische Diagnostiek: van theorie naar praktijk**

Dr. Janneke Zinkstok <sup>p1,2</sup> / Prof. Aartjan Beekman <sup>p3</sup> / Dr. Theo Ingenhoven <sup>4</sup> / Prof. Michiel Hengeveld <sup>5</sup>

P: Workshopleiders

1. Vincent van Gogh
2. Maastricht University
3. GGZ inGeest
4. ProPersona
5. Praktijk Hengeveld

### **Inhoud (wat)**

Doel van deze workshop is om deelnemers kennis te laten nemen van de recent verschenen Richtlijn Psychiatrische Diagnostiek. Deze workshop is bedoeld voor zowel jonge als ervaren psychiaters, om kennis en vaardigheden op dit gebied aan te scherpen en op te frissen. Zowel in deze Richtlijn als in de DSM 5 wordt veel waarde gehecht aan stagering en profilering van psychiatrische aandoeningen, maar dit zijn begrippen die in de praktijk mogelijk nog weinig (gestructureerd) worden toegepast. Aan de hand van praktijkvoorbeelden en videofragmenten zullen onderdelen van de Richtlijn worden toegelicht. De begrippen classificatie, stagering en profilering zullen besproken worden, en hoe het benoemen van symptoomdimensies kunnen helpen bij het indiceren van behandeling. Specifiek zal in worden gegaan op aspecten van diagnostiek bij depressieve stoornissen met somatische co-morbiditeit, persoonlijkheidsstoornissen, autismespectrumstoornissen en psychosespectrumstoornissen. Twee van de workshopleiders (Beekman en Hengeveld) maakten deel uit van de werkgroep die de Richtlijn Psychiatrische Diagnostiek heeft geschreven.

### **Vorm (hoe)**

Interactieve sessie (duur 1,5 uur) waarbij aan de hand van casussen en videofragmenten de hoofdpunten van de Richtlijn Psychiatrische Diagnostiek worden doorgenomen met ruimte voor discussie en vragen.

### **Leerdoelen**

Het doel van deze workshop is om: - Deelnemers kennis te laten nemen van de nieuwe Richtlijn Psychiatrische Diagnostiek;- Deelnemers te laten oefenen met de principes beschreven in de Richtlijn;- Vaardigheden m.b.t. psychiatrische diagnostiek te vergroten door discussie en uitwisselen van kennis;- Kennis te vergroten over de begrippen classificeren, stageren, profileren en symptoomdimensies.

### **Literatuurverwijzing**

Richtlijn psychiatrische diagnostiek. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Tweede herziene druk, 2015. De Tijdstroom Uitgeverij, Utrecht.

## **W46 Beschouwing van de doelmatigheid van een gedwongen opname bij verslaving in Nederland en Vlaanderen**

Dr. Hein de Haan <sup>1</sup> / Paul Höppener <sup>2</sup> / Peter Joostens <sup>3</sup> / Karen Lindenburg <sup>1</sup>

P: Workshopleider

1. Tactus
2. Reinier van Arkel
3. Fracarita

### **Inhoud (wat)**

In Nederland is de verslavingszorg steeds beter uitgerust om patiënten met ernstige stoornissen in- of door het gebruik van middelen op te vangen, die gedwongen worden opgenomen in het kader van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrisch Ziekenhuis (Wet BOPZ). Ook het aantal gedwongen opnames met een stoornis in- of door het gebruik van middelen neemt eveneens toe. Echter de meningen zijn verdeeld over de doelmatigheid van een gedwongen opname middels een rechterlijke machtiging. Gedegen onderzoek naar de doelmatigheid ontbreekt momenteel. In deze workshop wordt door de Haan en Lindenburg resultaten gepresenteerd van een lopend onderzoek van de afgelopen 2 jaar. Hierin worden dossiers retrospectief onderzocht naar de doelmatigheid van een gedwongen opname bij stoornissen in- of door het gebruik van middelen. Ook zullen alternatieve benaderingen worden besproken zoals palliatieve zorg bij chronische door-drinkers of drugsgebruikers. Tevens vindt er een beschouwing plaats vanuit Vlaams perspectief, waarbij een fors aandeel van de gedwongen opnames in het kader van de “Wet ter Bescherming van de Persoon van de Geesteszieke” te maken heeft met een stoornis in- of door het gebruik van middelen. Ten slotte zal er gediscussieerd worden over de doelmatigheid van een gedwongen opname bij ernstige verslaving

### **Vorm (hoe)**

- Tijdens de workshop worden aan de hand van casuïstiek en presentaties de recente ontwikkelingen behandeld op het gebied van de Wet BOPZ en de Wet Verplichte GGz.
- Tevens worden in het kader van drang en dwang diverse dilemma's aan de orde gebracht over de doelmatigheid van een gedwongen opname versus palliatieve zorg bij ernstige verslaving.
- Uitwisselen van ervaring, kennis en discussie.

### **Leerdoelen**

- Aan het einde van de workshop heeft de deelnemer meer Inzicht in het besluitvormingsproces wanneer gedwongen behandeling aan de orde is bij stoornissen in of door het gebruik van middelen.
- Tevens vergroot de deelnemer zijn kennis over de doelmatigheid van gedwongen opname in het kader van de wet BOPZ en de eventuele alternatieve mogelijkheden bij de chronische door-drinkers of drugsgebruikers.
- De deelnemer vergroot zijn kennis over de wettelijke mogelijkheden en de behandeling van stoornissen in of door het gebruik van middelen.

### **Literatuurverwijzing**

Höppener PE, Godschalx-Dekker JA, Van de Wetering BJM. De zin en onzin van gedwongen opname bij stoornissen in of door het gebruik van middelen. Tijdschrift voor Psychiatrie 2013; 55: 269-277.

## **W47 Diagnostiek autismespectrumstoornissen volgens de DSM-5**

Dr. Annelies Spek <sup>p1</sup>

P: Workshopleider

1. Autisme Expertisecentrum

### **Inhoud (wat)**

De komst van de DSM-5 brengt grote veranderingen met zich mee voor de autismespectrumstoornis. Het is van belang dat hulpverleners hierop anticiperen, met name bij het diagnostisch onderzoek. In deze workshop wordt ingegaan op het volgende:

- Verandering qua criteria en hoe deze te bevragen tijdens de diagnostiek.
- Welke diagnostische instrumenten gebruik je bij ASS diagnostiek in de DSM-5?
- Hoe zit het met de sociale communicatiestoornis en de verzamelstoornis?
- Hoe werkt de ernstinschatting en wat is de functie hiervan?
- Wat gebeurt er met de huidige diagnoses binnen het autismespectrum?
- Zijn er alternatieve diagnoses voor mensen die volgens de DSM-5 niet (meer) voldoen aan ASS?
- Het gebruik van de WHODAS (als instrument opgenomen in de DSM-5) bij ASS
- Verslaglegging aan de hand van de DSM-5

### **Vorm (hoe)**

Het zal deels gaan om (plenaire) kennisoverdracht, waarbij ter illustratie ook filmpjes van mensen met een autismespectrumstoornis worden getoond. Daarnaast wordt gediscussieerd, onder anderen over de ernstinschatting. Verder wordt er, indien mogelijk, een rollenspel gedaan, gericht op het bevragen van de enkele criteria van ASS in de DSM-5.

### **Leerdoelen**

Kennistoename m.b.t. autismespectrumstoornissen in de DSM-5. Vaardigheden uitbreiden rondom diagnostiek autismespectrumstoornissen.

### **Literatuurverwijzing**

Spek, A.A. (2015). Diagnostisch onderzoek naar ASS bij volwassenen. Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme, 2, 63-68

## **W48 In gesprek met jonge mensen met borderline persoonlijkheidsstoornis: een clinical staging model in de behandelkamer**

Drs. Christel Hessels <sup>p1</sup> / Dr. Joost Hutsebaut <sup>p2,3</sup>

P: Workshopleiders

1. GGz Centraal
2. De Viersprong
3. Kenniscentrum persoonlijkheidsstoornissen

### **Inhoud (wat)**

Borderline persoonlijkheidsstoornissen (BPS) zijn ernstig invaliderende aandoeningen die gedurende vele jaren een grote impact kunnen hebben op het sociale en beroepsmatige functioneren en gepaard gaan met een verhoogde morbiditeit en mortaliteit. Inmiddels weten we dat we BPS betrouwbaar en valide kunnen vaststellen, ook in vroege fases van de aandoening en is er toenemende bewijskracht voor de haalbaarheid, veiligheid en doelmatigheid van vroege interventies bij BPS. Hoewel de meeste mensen met BPS al tijdens hun puberteit hulp zoeken, wordt de diagnose op die leeftijd vaak gemist of uitgesteld. Hiermee gaat een kritische periode voor het stellen van de diagnose en het behandelen van de aandoening voorbij zonder adequate interventie. In deze workshop staan we stil bij wat de psychiater in zijn of haar behandelkamer nodig heeft om BPS in een vroeg stadium te detecteren en welke interventies hierbij behulpzaam kunnen zijn.

### **Vorm (hoe)**

Na een korte theoretische inleiding over vroege detectie en interventie wordt met behulp van videomateriaal en discussie-opdrachten stilgestaan bij de kennis en vaardigheden die in de behandelkamer kunnen helpen in het werken met jonge mensen met (kenmerken van) BPS. In rollenspelen zal tot slot geoefend worden in de hantering van veel voorkomende praktijkproblemen als wisselende motivatie, co-morbiditeit, therapie-ontrouw, het samenwerken met ouders en andere betrokkenen. Voor deze workshop zijn speciaal rollenspelen geschreven. Daarnaast kunnen de deelnemers in overleg met de workshopgevers ook zelf casuïstiek inbrengen.

### **Leerdoelen**

- het verwerven van kennis over vroege detectie en interventie bij Borderline persoonlijkheidsstoornis;
- het verkrijgen van meer inzicht in de belangrijke onderdelen van een programma voor vroege interventie;
- het vergroten van vaardigheden om met jonge patiënten met (kenmerken van) BPS in gesprek te gaan over hun diagnose en behandeling.

### **Literatuurverwijzing**

Chanen AM, Thompson, K. Borderline Personality and Mood Disorders: Risk Factors, Precursors, and Early Signs in Childhood and Youth. In Borderline Personality and Mood Disorders. Springer New York; 2015 p. 155-174. Hutsebaut, J. & Hessels, C. (2016). De klok tikt: Clinical staging en vroege interventie bij Borderline persoonlijkheidsstoornissen. Tijdschrift voor Psychiatrie (in druk).

## **W49 Medicatie & Suïcidaal Gedrag**

Drs. Marijke Josephus Jitta <sup>p</sup><sup>1</sup> / Drs. Ruud Coolen van Brakel <sup>p</sup><sup>2</sup>

P: Workshopleiders

1. 113Online
2. Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM)

### **Inhoud (wat)**

Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik ([www.medicijngebruik.nl](http://www.medicijngebruik.nl)) en Stichting 113Online ([www.113.nl](http://www.113.nl)) hebben de handen ineen geslagen om meer inzicht te krijgen over het verband tussen geneesmiddelen en suïcidaal gedrag teneinde het aantal suïcides te verminderen.

### **Vorm (hoe)**

- Casuïstiek: Suïcidaal gedrag als gevolg van medicatie
- Presentatie: Zelfmoord met en door geneesmiddelen
- Presentatie van lopend onderzoek- Vertaling naar behandelpraktijk
- Discussie en uitwisselen van ervaringen

### **Leerdoelen**

- Na het volgen van de workshop heeft de deelnemer zich een beeld gevormd over suïcidaal gedrag als gevolg van medicatiegebruik en medicatie gebruikt om zelfmoord te plegen.
- De deelnemer kan deze inzichten toepassen in de dagelijkse praktijk om suïcidaal gedrag te behandelen en de veiligheid van de suïcidale patiënt te verbeteren.

### **Literatuurverwijzing**

Rapport van het IVM in opdracht van 113Online: Zelfmoord met en door geneesmiddelen - Analyse van gegevens uit literatuur en databanken, dr. Linda Kok en drs Marcel Stroo, juni 2016

## **W50 Mindfulness en compassie: een update**

Rhoda Schuling <sup>p1</sup> / Anne Speckens <sup>p1</sup>

P: Workshopleiders

### 1. Radboudumc

#### **Inhoud (wat)**

Mindfulness Based Cognitieve Therapie (MBCT) is sinds de intrede in 2000 onderwerp geweest van wetenschappelijk onderzoek, dat zich in belangrijke mate heeft gericht op het voorkomen en behandelen van terugkerende depressie. Inmiddels laten diverse meta-analyses zien dat de effectiviteit van MBCT vergelijkbaar is met antidepressieve medicatie en cognitieve gedragstherapie. Terugvalpercentages blijven echter ook na MBCT relatief hoog: er is zeker nog ruimte voor verbetering voor deze populatie. Werkingsmechanismen van MBCT lijken onder andere te zijn het verminderen van rumineren en cognitieve reactiviteit en het ontwikkelen van bewustzijn en een vriendelijke(r) grondhouding naar jezelf. Vertaald naar de praktijk houdt dit in dat mindfulness leert op te merken wanneer er sprake is van terugkerende, negatieve gedachten en hier niet door meegesleept te worden. Bij patiënten met terugkerende depressie speelt echter ook vaak een onderliggend negatief zelfbeeld, waarvoor de impliciete nadruk op een vriendelijke grondhouding in MBCT niet altijd voldoende soulaas biedt. Een vervolgtraining expliciet gericht op het ontwikkelen van (zelf)compassie, lijkt een vruchtbare volgende stap te zijn. De meest toegepaste compassietraining in Nederland is de cursus Mindfulness Based Compassievol Leven (MBCL; Koster & van den Brink, 2014). In het Radboudumc Centrum voor Mindfulness wordt onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze training als vervolg op MBCT bij volwassenen met terugkerende depressies. In de workshop zal een toelichting worden gegeven op het onderzoek en de inhoud van de training en zullen de deelnemers in de gelegenheid worden gesteld zelf ervaring op te doen met oefeningen uit de MBCL.

#### **Vorm (hoe)**

Tijdens deze workshop zal de nadruk liggen op de praktijk. Na een korte presentatie en discussie over de onderzoeksresultaten uit de eerste trial met MBCL bij terugkerende depressie, zal worden geoefend met oefeningen uit het Mindfulness Based Compassievol Leven (MBCL) programma. Na de oefening zal worden gereflecteerd op het ervaren, waarbij de workshopleiders feedback geven op het hoe en waarom van de oefening.

#### **Leerdoelen**

- Kennis nemen van onderzoek m.b.t. compassie als vervolg op mindfulness in een klinische populatie
- Kennis nemen van de rationale die ten grondslag ligt aan de verdieping van mindfulness naar compassie
- Inzicht in de opbouw en inhoud van MBCL
- Ervaring opdoen met oefeningen uit MBCL

#### **Literatuurverwijzing**

- Koster, Frits & Van den Brink, Erik: Compassievol Leven: van Mindfulness naar Heartfulness. Uitgeverij Boom, 2014.
- MacBeth, Angus & Gumley, Andrew: Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychological Review*, 2012.
- Schuling, Rhoda; Huijbers, Marloes; Van Ravesteijn, Hiske; Donders, Rogier; Kuyken, Willem & Speckens, Anne: A parallel-group, randomized controlled trial into the effectiveness of Mindfulness-Based Compassionate Living (MBCL) compared to treatment-as-usual in recurrent depression: Trial design and protocol. *Contemporary Clinical Trials*, 2016.

## **W51 Diagnostiek en behandeling van getraumatiseerde vluchtelingen**

Drs. Hugo Konz <sup>1,2</sup> / Drs. Steven van Beek <sup>3</sup> / Drs. Joop de Jong <sup>3,4</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. i-psy Midden-/Noord-Nederland
2. Parnassia, specialismegroep intercultureel
3. ParnassiaGroep, PsyQ afdeling psychotrauma
4. Specialismegroep parnassia Trauma en Dissociatie

### **Inhoud (wat)**

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

### **Vorm (hoe)**

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

### **Leerdoelen**

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

### **Literatuurverwijzing**

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

## W52 Zelfstigma & Zelfonthulling

Drs. Antoinet Oostindier <sup>p1</sup> / Menno Oosterhoff / Drs. Andrea Doeser <sup>p1</sup>

P: Workshopleiders

### 1. AERREA

#### Inhoud (wat)

Het risico op psychische klachten is relatief hoog binnen de medische beroepsgroep. Hier wordt echter nauwelijks structurele aandacht aan gegeven. Om dit te doorbreken, is het in de eerste plaats noodzakelijk dat wij ons bewust worden van onze afweermechanismen en omgang met eigen problematiek. Het is een grote stap om hulp te zoeken, immers de rollen zijn: wij geven hulp en zij ontvangen. Dit loslaten blijkt ingewikkeld en wordt ook niet voorgeleefd; er wordt nauwelijks over gesproken. De workshop-leiders nemen u mee in het zelfonderzoek naar stigma en het nut van zelfonthulling waarmee zij inmiddels zelf uitgebreide ervaring hebben opgedaan. Hoe kun je goede hulp verlenen als je zelf niet goed in je vel zit? En wat is het effect op de therapie wanneer we niet transparant durven of kunnen zijn? In het algemeen blijkt het helend te zijn om openheid te geven want stigma's maken ziek. Maar hoe werkt dit wanneer je de behandelaar bent van een patiënt met problematiek die ook op jezelf betrekking heeft? En hoe gaan we om met zelfonthulling in het publieke domein? Zelfstigma vormt een belemmering voor zelfonthulling. Hierbij spelen almacht in de behandelrelatie, rolwisseling, grenzen, schaamte en kwetsbaarheid een rol. Hoe zet je jezelf in, in je rol als behandelaar en voor wie houd je jezelf achter (voor jezelf, je collega's of voor de patiënten)?

#### Vorm (hoe)

Een workshop waarbij ervaringsleren centraal staat. Aan de hand van hun eigen verhaal nemen de workshopleiders u mee in het onderzoek naar wat zelfstigma en zelfonthulling voor u kunnen betekenen. Hierbij gebruiken wij oefeningen waarbij gevoeld kan worden hoe het is om je te bevinden in de rol van hulpvrager als ook hulpgever.

#### Leerdoelen

\_bewustwording van zelfstigma en stigma naar anderen  
\_ontdekken welke mogelijkheden en onmogelijkheden er bij zelfonthulling een rol spelen (naar collega's, patiënten en in het publieke domein)

#### Literatuurverwijzing

Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2295-302. Liem L, Duijn, S de. Hoog aantal suïcides anesthesiologen. *MedNet Magazine* 2005; 16. Schaik AM van, Kleijn SA, Veldt AAM van der, Tilburg W van. Artsen zijn notoire zorgmijders. *Medisch Contact* 2010; 25. Center C, Davis M, Detre T, et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA* 2003; 289:3161-6. Schernhammer E. Taking their own lives – the high rate of physician suicide. *N Engl J Med* 2005; 352:2473-6. Lagro-Janssen ALM, Luijckx HDP. Zelfdoding bij vrouwelijke en mannelijke artsen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008; 152:2177-81. Thomas NK. Resident burn-out. *JAMA* 2004; 292:2880-9. Heijden FMMA van der. Toegewijd, maar oververmoeid. *Medisch Contact* 2006; 45:1792-5. Heijden FMMA van der, Prins JT, Bakker AB. Burn-out in de opleiding tot medisch specialist. *Medisch Contact* 2005; 60:1904-7. Broersen S. Artsen negeren eigen werkgerelateerde klachten. *Medisch Contact* 2016; 04 Oosterhoff M. *PsyXpert* 2016; 3:53-56 Oostindier A. *PsyXpert* 2106; 4, verwacht



## W53 Motivational Interviewing meets Shared Decision Making

Dr. Jannet de Jonge <sup>1</sup> / Wout van Ark <sup>2</sup>

P: Workshopleider

1. Windesheim
2. Dimence

### Inhoud (wat)

In de nieuwe definitie van gezondheid staan 'veerkracht', het aanpassingsvermogen, en zelfregie centraal (Huber, Van Vliet et al, 2011). In gesprekken met patiënten over de beleving van gezondheid geeft motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2012) handvatten om het aanpassingsvermogen en motieven voor mogelijke veranderingen door patiënten te versterken. Gezamenlijke besluitvorming, shared decision making, in gesprekken met cliënten geeft cliënten ruimte de eigen overwegingen met de arts te bespreken. Niet voor niets wordt gezamenlijke besluitvorming als kernmethode in de Generieke Zorgstandaard Herstelgerichte zorg genoemd (2016). Motiverende gespreksvoering sluit goed aan bij gezamenlijke besluitvorming. Centraal thema binnen deze twee methodieken is het verkrijgen en behouden van overeenstemming tussen patiënt en arts over het doel van het behandeltraject. Daarnaast delen de twee methodieken de onderliggende attitude van samenwerking en respectvolle bejegening van de patiënt. "Motiverende Gespreksvoering is een op samenwerking gerichte gesprekstijl die iemands eigen motivatie en bereidheid tot verandering versterkt." Basisgespreksvaardigheden als vragen stellen, reflectief luisteren en informatie uitwisselen worden in beide methodieken gehanteerd (Elwyn et al 2014). Het trainingseffect van motiverende gespreksvoering werd uitgebreid onderzocht, en deelname aan een standaard motiverende gespreksvoering bleek training effectief: professionals worden competent (Schwalbe et al., 2014). Helaas bleek bij follow-up metingen na 1-4 maanden dat de vaardigheden iets verminderd waren. Implementatie in de praktijk waarbij de competentie van professionals gehandhaafd was een uitdaging. Het aanbieden van post-workshop feedback leek een manier achteruitgang in competentie te voorkomen.

### Vorm (hoe)

In deze interactieve workshop wordt een integratie van motiverende gespreksvoering en gezamenlijke besluitvorming besproken en getraind. Een voorlopig model integratie wordt gepresenteerd (Groen-van de Ven, de Jonge & Smits., 2016). Oefeningen vanuit motiverende gespreksvoering en gezamenlijke besluitvorming zullen worden uitgevoerd. Een model en enkele ervaringen met de implementatie van motiverende gespreksvoering ná training binnen de Verslavingspsychiatrie Dimence (de Jonge, 2016) zullen worden gepresenteerd.

### Leerdoelen

1. Deelnemers hebben kennis van de integratie van motiverende gespreksvoering en gezamenlijke besluitvorming
2. Deelnemers hebben geoefend met basisgespreksvaardigheden vanuit beide methodieken
3. Deelnemers hebben geoefend met het ontlocken van argumenten voor verandering

### Literatuurverwijzing

Elwyn, G., Dehlendorf, C., Epstein, R. M., Marrin, K., White, J. et al (2014). Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. *Annals of Family Medicine*, 12, 270-275 Groen -van de Ven, L., de Jonge, J M. & Smits., C.(2016). De Krachten Gebundeld: Een geïntegreerde methodiek Motiverende Gespreksvoering en Gezamenlijke Besluitvorming voor sociale wijkteams. Utrecht: Congres Motiverende gespreksvoering, 23 september 2016 Huber, M., Knottnerus, A, Green, L., vanderHorst, H., Jadad, A. R. et al., (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163doi:10.1136/bmj.d4163 De Jonge, J. M. (2016). Training en implementatie van motiverende gespreksvoering binnen de Dubbel Diagnose Jeugd. Dimence: Intern rapport Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012) *Motivational Interviewing, Helping People Change*, 3rd edition New York: The Guilford Press Schwalbe, C. S., Oh, H. Y. & Zweden, A. (2014) *Sustaining motivational interviewing: a meta-analysis of training studies*. *Addiction*, 109, 1287-1294 Zorgstandaard: Generieke Module Herstel ondersteunende zorg (2016). Utrecht: Kwaliteitsontwikkeling GGZ

## **W54 Het nut van neurocognitieve screeners voor psychiaters, als opmaat naar verdiepende diagnostiek in de volwassenen zorg.**

Drs. Mike van Kessel <sup>p1</sup> / Drs. Joris van der Vlugt <sup>p1</sup>

P: Workshopleiders

1. Antes

### **Inhoud (wat)**

Cognitieve stoornissen komen voor bij bijna elk psychiatrisch ziektebeeld. Vroeger werd gedacht dat deze stoornissen verbleekten als het psychiatrisch ziektebeeld in remissie ging. Steeds meer studies tonen echter aan dat dit niet zo is. Een delirium, bijvoorbeeld, kan een voorbode zijn van dementie en patiënten kunnen nog lang na een depressie cognitieve problemen ondervinden. Het uitvragen van (milde) cognitieve stoornissen bij psychiatrische ziekten wordt vaak door psychiaters zelf gedaan. Door inzet van neurocognitieve screeners kan, mits hierin getraind, snel een globaal valide beeld worden verkregen van de specifieke cognitieve domeinen. Deze screeners zijn hypothese genererend en geven aanleiding tot aanvullende neuropsychologische diagnostiek. Beide elementen zijn waardevol en, mits juist ingezet, verhogen de effectiviteit van het diagnostisch proces.

### **Vorm (hoe)**

Als vervolg op de geslaagde workshop van vorig jaar, wordt tijdens deze workshop verdieping gegeven aan het nut en de valkuilen bij het gebruik van neurocognitieve screeners en de rol van deze screeners in complexe neuropsychiatrische casuïstiek. Naast basiskennis over de afname van bekende en minder bekende screeners, zal met name gekeken worden naar de bruikbaarheid van deze instrumenten als eerste stap in uitvoeriger neuropsychiatrische/-psychologische diagnostiek. Aan de hand van unieke praktijkvoorbeelden wordt stilgestaan bij de diagnostische cyclus van complexe neuropsychiatrie en de rol daarbij voor neurocognitieve screeners.

### **Leerdoelen**

Vergroten van inzicht in de meerwaarde en de valkuilen van cognitieve screeners voor psychiaters in de volwassenenzorg, als opmaat naar meer verdiepende neuropsychologische diagnostiek bij complexe neuropsychiatrische casuïstiek.

### **Literatuurverwijzing**

1. Gualtieri CT, Morgan DW. The frequency of cognitive impairment in patients with anxiety, depression, and bipolar disorder: an unaccounted source of variance in clinical trials. *The Journal of clinical psychiatry*. 2008;69(7):1122-1130. 2. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014;383(9920):911-922. 3. Baune BT, Miller R, McAfoose J, Johnson M, Quirk F, Mitchell D. The role of cognitive impairment in general functioning in major depression. *Psychiatry Res*. 2010;176(2-3):183-189. 4. Eling, P., Krabbendam, L., Aleman, A., (2013) *Cognitieve Neuropsychiatrie*. Amsterdam: Boom Nelissen (ISBN 9789461051967) 5. David, A., Fleminger, S., Kopelman, M., Lovestone, S., Mellers, J. (4 th ed.) *Lishman's Organic Psychiatry, a Textbook of Neuropsychiatry*. Oxford: Wiley Backwell Science Ltd. (ISBN: 9781405118606 hard cover)

## **W55 Veerkracht vergroten bij meervoudig interpersoonlijk getraumatiseerde adolescenten; voor of door traumaverwerking?**

Drs. Liesbeth Wasterval <sup>p1</sup> / Drs. Rik Knipschild <sup>p1</sup> / Drs. Karien Kroeze <sup>1</sup> / Drs. Els Kors <sup>1</sup>

P: Workshopleiders

### 1. Karakter kinder- en jeugdpsychiatrie

#### **Inhoud (wat)**

Jongeren met een voorgeschiedenis van kindermishandeling laten binnen de Jeugd-GGZ een scala aan klachten zien. Vaak is er bij hen sprake van een (comorbide) posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Geprobeerd wordt hun veerkracht te beïnvloeden en te verbeteren/herstellen door behandeling. Helaas is er nog weinig zicht op de effectiviteit van behandelingen voor adolescenten met PTSS ten gevolge van kindermishandeling. Visies en (internationale) richtlijnen spreken elkaar tegen. Grofweg zijn er twee grote visieverschillen. Enerzijds zijn er vakgenoten die pleiten voor een gefaseerde behandeling van de PTSS. Zij adviseren om eerst te werken aan het verbeteren van de emotieregulatie en het vergroten van interpersoonlijke vaardigheden; vaardigheden die zijn aangedaan door chronische stress in de kindertijd. Deze fase wordt in de literatuur veelal Fase 1 ofwel 'de stabilisatiefase' genoemd. Benoemd wordt dat adolescenten deze vaardigheden nodig hebben om te kunnen profiteren van reguliere PTSS behandeling, zoals EMDR of Imaginaire Exposure (IE), ook wel Fase 2 of 'traumagerichte behandeling' genoemd. In Fase 2 worden traumatische herinneringen verwerkt door confrontatie met traumatische herinneringen. De spanning die hiermee gepaard gaat moeten adolescenten reguleren, en dat doen zij door de vaardigheden in te zetten die voorafgaand (Fase 1) aan de EMDR of IE (Fase 2) geleerd worden. Worden deze vaardigheden niet geleerd, dan is de kans op ontregeling groot, evenals verergering van de psychiatrische klachten en therapie drop-out. Echter, deze veronderstellingen kunnen niet rekenen op empirische evidentie en er is een groeiende groep vakgenoten die twijfelen aan deze veronderstellingen op basis van klinische ervaringen en/of op basis van behandel-effectiviteitsonderzoeken bij volwassenen met PTSS ten gevolge kindermishandeling. Zij veronderstellen dat de stabiliteit bij de patiënt toeneemt door traumagerichte behandeling (Fase 2) en dat het toevoegen van een specifieke stabilisatiefase leidt tot onnodig lange, dure en ongestructureerde behandeltrajecten, zonder voldoende te werken aan de kern van de problematiek, namelijk het verwerken van posttraumatische stress. Binnen Karakter is de beschreven discussie vertaald in een onderzoeksplan waarbij een gefaseerde traumabehandeling vergeleken wordt met een traumagerichte behandeling. Een eerste stap in het onderzoeksplan was om gebruik te kunnen maken van een geprotocolleerde en bewezen effectief stabilisatieprogramma, namelijk het 'Skills Training Affective Interpersonal Regulation for Adolescents' (STAIR-A) protocol. In samenwerking met de oorspronkelijke auteurs hebben de begeleiders van deze workshop het protocol vertaald naar het Nederlands. Het protocol is gebaseerd op gedragstherapeutische principes. In 12-sessies wordt er met de adolescent gewerkt aan het vergroten en versterken van de cognitieve regulatie, emotionele regulatie, interpersoonlijke regulatie en wordt er geoefend met nieuwe en adequate oplossingsvaardigheden. In de workshop voor het NVvP voorjaarscongres zal kort het onderzoeksplan besproken worden, maar zal er voornamelijk in worden gaan op het STAIR-A protocol en zullen de deelnemers hiermee ervaring op doen.

#### **Vorm (hoe)**

In deze workshop krijgen de deelnemers uitleg over de theoretische achtergrond van de STAIR-adolescenten training en maken zij kennis met de opbouw van het STAIR-A protocol. Aan de hand van casuïstiek wordt vervolgens in kleinere groepen geoefend met het toepassen van vaardigheden uit het protocol.

#### **Leerdoelen**

De deelnemers zijn na afloop op de hoogte van veel voorkomende vaardigheden die getraind worden bij meervoudig interpersoonlijk getraumatiseerde adolescenten en hoe het STAIR-A protocol hierin voorziet. De deelnemers zijn na afloop op de hoogte van het STAIR-A protocol; een cognitief gedragstherapeutisch protocol dat zich richt op het vergroten en verbeteren van de cognitieve regulatie, emotionele regulatie en interpersoonlijke regulatie.

#### **Literatuurverwijzing**

Geen.

## **W56 De invloed van psychofarmaca op slaapstoornissen**

Jeanine Kamphuis <sup>p1</sup> / Dr. Marike Lancel <sup>p2</sup> / Ronald Jan Hanhart <sup>2</sup>

P: Workshopleiders

1. GGZ Drenthe
2. GGZ Drenthe, Slaapcentrum voor Psychiatrie Assen

### **Inhoud (wat)**

Goede slaap is van cruciaal belang voor het psychisch welbevinden en vice versa. Zo is bekend dat insomnie het risico op het ontstaan van stemmings-, angst- en verslavingsstoornissen aanzienlijk verhoogt. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat insomnie bij psychiatrisch patiënten de psychopathologie kan versterken en de therapie respons op psychofarmaca en psychotherapie kan vertragen en/of verminderen. Er zijn aanwijzingen dat andere slaapstoornissen die eveneens een chronisch slaapgebrek veroorzaken, zoals het Obstructieve Slaapapneu Syndroom (OSAS), verlate slaapfase syndroom en Restless Legs Syndroom (RLS), overeenkomstige effecten hebben. Omgekeerd gaan psychiatrische aandoeningen heel vaak gepaard met slaapstoornissen, vooral insomnie, maar bijvoorbeeld ook hypersomnie, omdraaiing van het slaap-waak ritme en nachtmerries. Het is juist voor psychiatrische patiënten van groot belang slaapstoornissen in een zo vroeg mogelijk stadium adequaat te behandelen. Psychofarmaca kunnen hierbij een essentiële rol spelen: bijna alle psychofarmaca hebben zowel directe als indirecte effecten op de slaap. Psychofarmaca kunnen een slaap verstorende werking hebben door een direct activerend effect op het brein of door het veroorzaken / verheugen van slaapstoornissen, zoals insomnie, RLS, nachtmerries en OSAS. Ze kunnen echter ook een direct slaap bevorderende of sederende werking hebben. Door een vermindering van de ernst van psychiatrische symptomen kan er tevens een indirecte slaapverbetering plaatsvinden. Kennis van de invloed van psychiatrische medicijnen op de slaap en het functioneren overdag maakt het mogelijk de keuze van farmacotherapie zo optimaal mogelijk af te stemmen op de meest dominante slaapklacht van een patiënt.

### **Vorm (hoe)**

In deze workshop zal informatie worden gegeven over slaapstoornissen, diagnostische methodologie en de directe effecten van psychofarmaca op de slaap. Met behulp casuïstiek zal inzicht worden gegeven in de rol van psychofarmaca in het triggeren en normaliseren van slaap-waakstoornissen bij psychiatrische patiënten.

### **Leerdoelen**

Praktische kennis verkrijgen over directe effecten van psychofarmaca op de slaap, zodat farmacotherapie beter aangepast kan worden op de (comorbide) slaap-waakproblematiek.

### **Literatuurverwijzing**

Kamphuis J, Taxis K, Schuiling-Veninga CCM, Bruggeman R, Lancel M. Off-label prescriptions of low-dose quetiapine and mirtazapine for insomnia in The Netherlands. *J Clin Psychopharmacol* 2015; 35: 468-70. Karsten J, Hagenauw L, Kamphuis J, Lancel M. Low doses of mirtazapine or quetiapine for transient insomnia: A randomized, double blind, cross-over, placebo controlled trial. *J Psychopharmacol* (in press). Lancel M, Karsten J. Antidepressiva: effecten op de slaap. *Psyfar* 2013; 8 (2): 20-6. Lancel M, Karsten J. Invloed van benzodiazepines, zolpidem en zopiclon op de slaap. *Psyfar* 2014; 9 (3): 10-6. Lancel M, Storm N. Effecten van antipsychotica op de slaap. *Psyfar* 2012; 7 (2): 16-21.

## **W57 Imaging voor psychiaters**

Daphne Everaerd <sup>p1,2</sup> / Peter Mulders <sup>p1,2</sup>

P: Workshopleiders

1. Radboudumc
2. Donders Instituut

### **Inhoud (wat)**

Neuroimaging onderzoek is tegenwoordig een belangrijk onderdeel van het wetenschappelijk arsenaal van de psychiater. Het bijhouden van de snelle ontwikkelingen binnen dit vakgebied is echter niet gemakkelijk. Daarmee is het soms ook lastig om bevindingen van onderzoek op waarde te kunnen schatten of interpreteren. Deze workshop is erop gericht om in vogelvlucht de geïnteresseerde psychiater (in opleiding) te informeren over de meest gebruikte technieken en toepassingen. De workshop zal bestaan uit twee delen. Het eerste deel zal worden besteed aan het bespreken van het proces dat plaatsvindt tussen het maken van een MRI-scan en het publiceren van een wetenschappelijk artikel over neuroimaging data. Er wordt ingegaan op de principes achter structurele (T1 en DTI) en functionele (taak en "resting-state") MRI, van de achterliggende fysica tot de uiteindelijke statistische analyses en interpretatie. Gedurende het tweede deel zal worden ingegaan op de relevantie van deze kennis voor de psychiater: hoe moet de kennis die vergaard wordt in dit onderzoek geïnterpreteerd worden. Zal deze kennis leiden tot betere patiëntenzorg? Hierbij komt onder andere aan bod welke technieken bijvoorbeeld gebruikt kunnen worden voor het voorspellen van behandelrespons. De doelgroep bestaat uit iedere psychiater of AIOS die interesse heeft voor dit onderwerp. Voorkennis van neuroimaging is niet noodzakelijk: de basisprincipes zullen aan bod komen gedurende deze workshop.

### **Vorm (hoe)**

Interactieve workshop waarbij aan de hand van relevante wetenschappelijke publicaties bovenstaande onderwerpen aan het licht zullen worden gebracht. Er zal veelal gebruik worden gemaakt van beeldmateriaal. Inhoudelijke uitleg wordt afgewisseld met interactieve, digitale quiz/ discussie vormen. Deelnemers worden dan ook geacht een smartphone mee te nemen naar de workshop.

### **Leerdoelen**

- kennis vergroten van neuroimaging technieken die worden ingezet voor wetenschappelijke publicaties binnen de psychiatrie- methodesectie van imaging paper leren begrijpen: hoe komt de onderzoeker van MRI scans tot 'blobs'
- kritisch leren kijken naar de gebruikte onderzoeksmethoden- inzicht krijgen in de relevantie van deze kennis voor de dagelijkse praktijk in de psychiatrie

### **Literatuurverwijzing**

- Weinberger DR, Radulescu E. Finding the Elusive Psychiatric "Lesion" With 21st-Century Neuroanatomy: A Note of Caution. *Am J Psychiatry*. 2016 Jan;173(1):27-33. - Insel TR, Cuthbert BN. Medicine. Brain disorders? Precisely. *Science*. 2015 May 1;348(6234):499-500. - Phillips ML, Chase HW, Sheline YI, Etkin A, Almeida JR, Deckersbach T, Trivedi MH. Identifying predictors, moderators, and mediators of antidepressant response in major depressive disorder: neuroimaging approaches. *Am J Psychiatry*. 2015 Feb 1;172(2):124-38.

## W58 Het belang van Farmacogenetica (PGx) in de Psychiatrische praktijk

Dr. Roos van Westrheden <sup>p1,2</sup> / Prof.dr. Witte Hoogendijk <sup>p1</sup> / Dr. Tom Birkenhäger <sup>1</sup> / Dr. Marieke Coenen <sup>3</sup> / Prof.dr. Ron van Schaik <sup>1</sup>

P: Workshopleiders

1. Erasmus MC Rotterdam
2. Capri Hartrevalidatie Rotterdam
3. Radboud MC Nijmegen

### Inhoud (wat)

In de klinische psychiatrische praktijk zijn bijwerkingen van psychotrope medicatie een veel voorkomend probleem, en meestal wordt via trial-and-error gezocht naar een medicijn dat de individuele patiënt het beste kan verdragen. Voor veel psychofarmaca is aangetoond dat genetische polymorfismen de farmacokinetiek van deze geneesmiddelen significant beïnvloeden. De meerderheid van geneesmiddelen in het algemeen wordt door 5 verschillende CYP enzymen gemetaboliseerd: CYP2A4 (ca. 50%), CYP2D6 (25 a 30%), CYP2C9 (5 a 10%), CYP2C19 (5 a 10%), en CYP1A2 (ca. 5%). Er is sprake van een aanzienlijke interindividuele variatie in CYP activiteit en dus ook op verschil in werkzaamheid en risico op bijwerkingen. In een landelijke, door apothekers opgezette, Kennisbank worden op grond van de nu beschikbare informatie adviezen gegeven t.a.v. dosisaanpassingen van medicatie op grond van farmacogenetica. Het betreft in ongeveer een derde van het totale aantal adviezen psychotrope medicatie. Hiervoor is op dit moment nog te weinig aandacht in de psychiatrische behandeling.

### Vorm (hoe)

In deze workshop zullen 2 experts uit de (psycho)farmacologische en farmacogenetische wereld met het publiek bespreken welke kennis er tot nu toe beschikbaar is, waar deze te verkrijgen is en hoe deze toe te passen is om bekendheid over de mogelijkheden onder psychiaters te vergroten. Professor dr. Hoogendijk en dr. R. van Westrheden zullen laten zien hoe de huidige stand van zaken is wat betreft de Farmacogenetica in het algemeen, in Nederland en internationaal en in het bijzonder op het Erasmus MC. Daarna zullen enkele casussen stapsgewijs met het publiek worden doorlopen, waarbij inzichtelijk wordt gemaakt wat de bijdrage van farmacogenetica kan zijn de in de psychiatrische behandelpraktijk. Het publiek maakt op praktische wijze kennis met de huidige beschikbare kennis, zoals die te vinden is via verschillende bronnen.

### Leerdoelen

1. Bekendheid met de status quo van farmacogenetica in het algemeen, in Nederland en internationaal
2. Oefenen met casuïstiek
3. Meer gevoel voor de toegevoegde waarde van farmacogenetica voor de klinisch psychiatrische praktijk

### Literatuurverwijzing

Altar CA, Carhart JM, Allen JD, Hall-Flavin DK, Dechairo BM, Winner JG. Clinical validity: combinatorial pharmacogenomics predicts antidepressant responses and healthcare utilizations better than single gene phenotypes. *The Pharmacogenetics J* 2015;15:443-451  
Hall-Flavin DK, Winner JG, Allen JD, Carhart JM, Procter B, Snyder KA e.a. Utility of integrated pharmacogenomics testing to support the treatment of major depressive disorder in a psychiatric outpatient setting. *Pharmacogenetic genomics* 2013;23:535-548

## **W59 Kindcheck en dan....Bespreken van ouderschap draagt bij aan herstel, maar hoe doe je dat goed?**

Drs. Willemien Willems<sup>p1</sup> / Dr. Karin Slotema<sup>p2</sup> / Dr. Henny Wansink<sup>3</sup> / Sandra Hekel<sup>4</sup> / Arie van der Meer<sup>4</sup>

P: Workshopleiders

1. Parnassiagroep
2. PsyQ
3. Parnassia Academie
4. Brijder

### **Inhoud (wat)**

Op 1 juli 2013 is de Kindcheck in werking getreden. De definitie van de Kindcheck is: 'gestandaardiseerde controle of een cliënt verantwoordelijk is voor de verzorging en opvoeding van een of meer minderjarigen, met het oog op de veiligheid daarvan' Deze maatregel houdt in dat ook hulpverleners in de Volwassenen GGZ verplicht zijn om zicht op de kinderen van hun patiënten te krijgen en problemen rond de veiligheid van het kind te signaleren. Dit roept bij behandelaren veel vragen op: is het stigmatiserend, hoe kan ik vragen naar de opvoeding zonder bevoogdend te zijn en hoe praat ik met eventuele kinderen, waar kan ik terecht met mijn vragen. Tegelijkertijd blijkt uit het proefschrift van Peter van der Ende dat Ouderschap bij GGz-cliënten een belangrijke rol speelt in het herstelproces ( september 2016). Het versterken van de ouderrol, versterkt ook de veerkracht van de patiënt en zijn/haar off spring. Deze positieve insteek kiezen we in deze workshop. Hoe doe je dat en welke hulp kan je daarbij inzetten? De Kindcheck is bij de Parnassia Groep geïmplementeerd binnen de intakefase. Het invullen van vragen over de kinderen is een verplicht item. In 2015 werd de Kindcheck bij ongeveer 48.000 patiënten ingevuld. Zo weten we dat 1/3 deel van onze patiënten (ongeveer 15.000) kinderen heeft en wie van hen zich zorgen maakt over de kinderen. Vragen naar kinderen is de eerste stap, maar wanneer is extra zorg nodig en welke interventie is dan op zijn plaats? Zijn hulpverleners binnen de volwassenen GGZ voldoende in staat om problemen bij de kinderen of de opvoeding te signaleren? Om ondersteuning te bieden bij de uitvoering van de Kindcheck werd bij een aantal afdelingen een project gestart, waarbij patiënten met kinderen een gesprek konden krijgen bij een deskundige op het gebied van jeugd. Casemanagement bij KOPP gezinnen biedt hulpverleners op een andere manier ondersteuning, wanneer zij zich zorgen maken over de kinderen. Tijdens deze workshop zullen de resultaten van de Kindcheck worden gepresenteerd alsmede een werkwijze om te bepalen wanneer welke zorg nodig is. Duidelijk wordt wat de impact is van deze aanpak, voor hulpverleners, ouders en hun kinderen. Vervolgens zal aan de hand van casuïstiek besproken worden wat je zelf kan doen als hulpverlener. Tot slot volgen aanbevelingen voor de klinische praktijk.

### **Vorm (hoe)**

Korte presentaties over de kindcheck en vervolg- Kindcheck; wat heb jij eraan? Implementatieproces en gegevens over 15.000 patiënten met kinderen. door Drs. WJ Willems, projectleider HG/KM en kindcheck-Ouder Kind programma Centrum voor Persoonlijkheidsproblematiek (onderzoeksgegevens van 80 patiënten) door Dr.CW Slotema, Psychiater en manager zorg Programma Persoonlijkheidsproblematiek- Programma Verslaving en Ouderschap (ongeveer 400 patiënten per jaar). De Praktijk in Zuid Holland. S. Hekel, behandelmedewerker PVO Brijder en Arie van der Meer Behandelmedewerker en systeemtherapeut Brijder PVO - Basiszorg Coördinatie, een vorm van casemanagement bij KOPP (RCT onder 120 patiënten) Dr. H. Wansink,(promoveert 25 oktober as hierop),Onderzoeker en Ondersteuner kennisdomeinen Kind en Jeugd en Forensische zorg. Bespreking casuïstiek, Conclusies en aanbevelingen voor de klinische praktijk

### **Leerdoelen**

De deelnemers

- zijn zich na afloop bewust van het belang van de Kindcheck
- kunnen het thema opvoeding bespreken op een neutrale wijze die niet stigmatiserend is'.
- kunnen ahv casuïstiek zelf beter de veiligheid van kinderen van hun patiënten inschatten
- weten met wie te overleggen en hoe te handelen wanneer kinderen onveilig zijn
- hebben een beeld van waar zij advies en ondersteuning kunnen krijgen in de praktijk

### **Literatuurverwijzing**

Van der Ende, P.C. (2016). *Vulnerable Parenting, a study on parents with mental healthproblems: strategies and support*. Groningen: Hanze University of Applied Sciences Groningen Spijkerman, R., Muller, M., Glopper de A., Rosenberg, E. Willems, W.J., Hendriks, V. (2015) *Programma Verslaving en Ouderschap PVO. Handboek voor professionals in de verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg*. Brijder, Den Haag Wansink, H.J., Hosman, C.M., Janssens, J.M., Hoencamp, E., & Willems, W.J. (2014). Preventive family service coordination for parents with a mental illness in the Netherlands. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37, 216-221. doi: 10.1037/prj0000073. Wansink, H. J., Janssens, J.M.A.M., Hoencamp, E., Middelkoop, B.J.C., & Hosman, C.M.H. (2015). Effects of preventive family service coordination for parents with mental illnesses and their children, a RCT. *Families, Systems, & Health*, 33, 110-119. doi: 10.1037/fsh0000105. Wansink, H.J., Drost, R. M.W.A, Paulus, A.T.G., Ruwaard, D., Janssens, J.M.A.M., Hosman, C.M.H., & Evers, S.M.A.A. (2016). Cost-effectiveness of preventive case management for parents with a mental illness: a randomized controlled trial from three economic perspectives. *BMC Health Services Research*, 16:228. DOI: 10.1186/s12913-016-1498-z. retrieved 2016-07-07: [bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1498-z](http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1498-z) Factsheet KOPP/KVO Trimbos Instituut, 2012.



## **W60 Omgaan met chronische suïcidaliteit: beheersen of begrijpen?**

MD Rozemarijn van Duursen <sup>p1</sup> / MD Saskia Knapen <sup>p1</sup>

P: Workshopleiders

1. altrecht

### **Inhoud (wat)**

Chronische suïcidaliteit is een belangrijk kenmerk van de borderline persoonlijkheidsstoornis, die maanden tot jaren kan aanhouden. Deze voortdurende suïcidale dreiging kan heftige gevoelens oproepen bij behandelaars, waardoor de behandeling zich kan gaan richten op het beheersen van het risicovolle gedrag, wat juist tot verdere escalatie van suïcidaal gedrag kan leiden en kan gaan interfereren met een effectieve behandeling. Vanuit hechtingsperspectief kan suïcidaliteit begrepen worden als een (inadequate) poging tot emotieregulatie en het zoeken van nabijheid. Destructief gedrag kan soms de enige manier zijn waarop verbinding met de ander ervaren kan worden. Vanuit gedragstheoretisch perspectief kan suïcidaal gedrag gezien worden als ongezond – en dus ongewenst – gedrag, leidend tot een lagere kwaliteit van leven. Suïcidaal gedrag heeft echter een direct en zeker positief effect op overspoelende emoties. Het stoppen van suïcidaal gedrag heeft een onzekere uitkomst op langere termijn, waardoor de bekrachtigende waarde van gezond gedrag minder groot is. Behandelstrategieën zoals die gebruikt worden bij acute suïcidaliteit, blijken in de praktijk niet toepasbaar en kunnen zelfs contraproductief werken bij chronische suïcidaliteit en juist leiden tot regressie en versterking van het zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag. In deze workshop willen we een alternatieve behandelstrategie bieden voor het omgaan met chronische suïcidaliteit. Doelen zijn hierbij het versterken van de autonomie, het bekrachtigen van gezond gedrag en het begrenzen van inadequaat gedrag, zodat een proces van begrijpen van suïcidaal gedrag op gang gebracht kan worden. Hiertoe is het noodzakelijk om een afweging te maken tussen de risico's van suïcidaal gedrag op korte termijn en de risico's op lange termijn. In afstemming met patiënt, naastbetrokkenen, ketenpartners en andere mogelijke hulpbronnen uit het professionele en informele netwerk van de patiënt, wordt een behandelplan opgesteld waarin de nadruk komt te liggen op het gezamenlijk begrijpen van (het ontstaan) van suïcidale gedachten, het bevorderen van probleemoplossende vaardigheden en emotieregulatie, en niet op het beheersen van het suïcidaal gedrag en voorkomen van risicovol gedrag door het nemen van escalerende veiligheidsmaatregelen.

### **Vorm (hoe)**

theoretische inleiding met veel ruimte voor interactie oefenen door rollenspel en het opstellen van beleid t.a.v. suïcidale patiënt oefenen hoe je dit beleid uitlegt aan patiënt en diens naastendiscussie over casuïstiek

### **Leerdoelen**

- Het vergroten van kennis over het ontstaan van chronisch suïcidaal gedrag bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis vanuit verschillende therapeutische perspectieven
- Het aanleren van vaardigheden die toegepast kunnen worden bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis in crisis, die zich presenteren met chronisch suïcidaal gedrag
- Het maken van een risicoweging bij chronisch suïcidaal gedrag
- Het opstellen van een behandelplan, vaardigheden t.b.v. afstemming met patiënt, naastbetrokkenen en ketenpartners

### **Literatuurverwijzing**

Knapen, S.R.Y. (2013). Een veilige relatie heeft grenzen nodig. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 68, 262-270. Duursen van, R. en Knapen, S. (2016). Omgaan met chronische suïcidaliteit. Van beheersen naar begrijpen, handvatten voor de praktijk. geaccepteerd voor publicatie, PsyExpert, December 2016.

## **W61 Herstel door veerkracht, met de context**

Drs. Erwin van Meekeren <sup>p<sup>1</sup></sup> / Drs. Jan Baars <sup>p<sup>2</sup></sup>

P: Workshopleiders

1. GGNet
2. GGZ Centraal

### **Inhoud (wat)**

De GGZ is qua diagnostiek en behandeling georganiseerd rond individuele stoornissen en individuele kwetsbaarheid, maar ook autonomie. Maar de mens (patiënt) is een uitgesproken sociaal dier. In de bestaande behandelmodellen worden familieverbanden worden vaak gezien als potentieel belastende factoren, terwijl ze net als andere naastbetrokkenen ook juist een geweldig potentieel aan veerkracht kunnen genereren. Veerkracht verwijst naar processen bij families en naastbetrokkenen die maken dat families en netwerken en hun individuele leden zich kunnen aanpassen aan moeilijke gebeurtenissen en/of omstandigheden, problematische situaties te boven komen en daarvan kunnen leren en zelfs in staat zijn hiervan te groeien. In deze workshop besteden we aandacht aan hoe we patiënten kunnen helpen hun sociale steun te mobiliseren om hun veerkracht te versterken. Zo kunnen zij beter druk en stress hanteren. 'Afhankelijkheid' krijgt zo een positieve connotatie. Naastbetrokkenen kunnen helpen het aanpassings- en leervermogen te vergroten door realiteitszin, doelgerichtheid en improvisatievermogen te vergroten en zelfvertrouwen te versterken. In deze tijd waarin vanwege bezuinigingen, transities en politieke keuzes ('meer beroep doen op je omgeving') is het actief betrekken van naasten een noodzakelijke interventie!

### **Vorm (hoe)**

Na een korte theoretische uiteenzetting ligt het accent op de praktijk d.m.v. simulatieoefeningen. Inbreng deelnemers wordt toegejuicht.

### **Leerdoelen**

Attitudeverandering bij de psychiater: oprechte en merkbare aandacht voor naastbetrokkenen  
Vergroten van vaardigheden in het 'praten met naastbetrokkenen' Veerkracht aanboren in systemen

### **Literatuurverwijzing**

Generieke module Ondersteuning familiesysteem en mantelzorg (2016). Kwaliteitsnetwerk GGZ.Meekeren, E. van & J. Baars (2011) Psychische stoornissen en naastbetrokkenen – Een praktijkboek voor behandelaars. Amsterdam: Boom.Baars, J. & E. van Meekeren (2013) (red.) Een psychische stoornis heb je niet alleen; Praten met families en naastbetrokkenen. Amsterdam: uitgeverij BoomMeekeren, E. van & J. Baars (2016). Contextuele psychiatrie, een herwaardering; met focus op naastbetrokkenen. Tijdschrift voor psychiatrie, 4, 301-308

## **W62 Diagnostiek van traumatische rouw**

Dr. Geert Smid <sup>p1</sup> / Prof.dr. Paul Boelen <sup>p2,1</sup>

P: Workshopleiders

1. Arq Psychotrauma Expert Groep
2. Universiteit Utrecht

### **Inhoud (wat)**

De invoering van de DSM-5 heeft belangrijke consequenties voor de diagnostiek van trauma- en stressorgerelateerde stoornissen en stemmingsstoornissen na verlies van dierbaren. De persisterende complexe rouwstoornis dient als "andere specifieke trauma- of stressorgerelateerde stoornis" te worden overwogen naast posttraumatische stressstoornis en depressie. Deze diagnoses worden gepresenteerd en in detail besproken aan de hand van casuïstiek. Implicaties voor indicatiestelling en behandeling worden daarnaast geïntroduceerd.

### **Vorm (hoe)**

Presentatie van diagnostische criteria en meetinstrumenten voor traumatische rouw. Bespreking van casuïstiek van deelnemers.

### **Leerdoelen**

Diagnostiek volgens DSM-5 van veelvoorkomende stoornissen na (traumatisch) verlies van dierbaren kennen en kunnen toepassen. Inzicht verkrijgen in de implicaties voor indicatiestelling en behandeling.

### **Literatuurverwijzing**

Maciejewski, P. K., Maercker, A., Boelen, P. A. and Prigerson, H. G. (2016), "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder", but not "complicated grief", are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry*, 15: 266–275.  
doi:10.1002/wps.20348

## W63 Neuropsychiatrie in de praktijk, de differentiaal diagnostiek bij Frontotemporale dementie

Dr. Welmoed Krudop<sup>1,2,3</sup> / Drs. Flora Gossink<sup>1,3</sup> / Drs. Everard Vijverberg<sup>3,4</sup> / Dr. Yolande Pijnenburg<sup>3,1</sup> / Dr. Annemiek Dols<sup>1,3</sup> / Prof. dr. Max Stek<sup>1</sup>

P: Workshopleiders

1. GGZinGeest
2. UMC Utrecht
3. VUmc
4. HAGA Ziekenhuis

### Inhoud (wat)

De gedragsvariant van fronto-temporale dementie (bvFTD) is een klinisch heterogeen syndroom, gekenmerkt door persoonlijkheids- en gedragsveranderingen (2;5). BvFTD kent symptomatische overeenkomsten, zowel met andere neurodegeneratieve ziekten als met psychiatrische aandoeningen. De nieuwe internationale consensuscriteria zijn behulpzaam in het diagnostisch proces, echter het klinisch relevante onderscheid met psychiatrische aandoeningen blijft een uitdaging met prognostische consequenties. De 'Laat Ontstaan Frontaal Syndroom (LOF)-studie' is een naturalistische en prospectieve cohort-studie, waarin patiënten (45-75 jaar) met frontale gedragsstoornissen (apathie, ontremming, compulsief of stereotiep gedrag) werden onderzocht. De etiologieën van het laat ontstane frontaal syndroom en de aanvullende waarde van MMSE, FAB, MADRS, FBI, SRI, Faux Pas, Ekman Faces en MRI-, PET- en liquor-onderzoek werden onderzocht. Alle patiënten werd diagnostisch gevolgd door zowel een psychiater als neuroloog. De definitieve diagnose volgde na twee jaar follow-up. Ongeveer één derde bleek een psychiatrische stoornis te hebben, waarvan de meerderheid een stemmingsstoornis. Bij ongeveer een vierde van de patiënten bleek er sprake van 'waarschijnlijke' of 'definitieve' bvFTD en een vierde van de patiënten had een andere neurodegeneratieve aandoening. De MADRS, SRI en Ekman Faces lieten een hoge voorspellende zien in het diagnostisch proces. Gedurende deze sessie staat een klinisch vignet met video centraal van een patiënt die voor een tweede mening werd verwezen naar VUmc in verband met verdenking bvFTD. Aan de hand van een zelfontworpen stroomdiagram worden de differentiële diagnostiek van bvFTD en adviezen aangaande het diagnostisch proces besproken (1;3).

### Vorm (hoe)

Interactieve workshop met een klinisch vignet van een mogelijke bvFTD patiënt waarbij het klinisch redeneren centraal staat en de differentiaal diagnostiek van bvFTD besproken wordt. Daarnaast wordt de laatste stand van zaken uit de wetenschappelijke literatuur over bvFTD samengevat en wordt de longitudinale data van de LOF-studie gepresenteerd.

### Leerdoelen

Na het volgen van de workshop zijn deelnemers op de hoogte van de diagnose bvFTD (inclusief het onderscheid "mogelijke" en "waarschijnlijke" bvFTD middels de consensuscriteria), in staat tot het maken van een differentiaal diagnose bij een verdenking op bvFTD en kunnen zij gefundeerde afwegingen maken in het diagnostisch proces bij persoonlijkheids- en gedragsveranderingen op latere leeftijd.

### Literatuurverwijzing

1. Gossink FT, Dols A, Kerssens CJ, Krudop WA, Kerklaan BJ, Scheltens P, Stek M, Pijnenburg YAL. Psychiatric diagnoses underlying the phenocopy syndrome of behavioural variant frontotemporal dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, jnnp-2015.2. Mackenzie IRA, Neumann M, Bigio EH, et al. Nomenclature and nosology for neuropathologic subtypes of frontotemporal lobar degeneration: an update. *Acta Neuropathol* 2010 Jan;119(1):1-4.3. Pijnenburg YAL, Kerssens CJ, Sanders J. De psychiatrische differentiaaldiagnose van FTD. *Tijdschrift voor neuropsychiatrie & gedragsneurologie* 2009 4: 153-1574. Rascovsky K, et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain*. 2011 Sep, 134(pt9): 2456-77. Epub 2011 Aug 2.5. Renton AE, Majounie E, Waite A, et al. A Hexanucleotide Repeat Expansion in C9ORF72 Is the Cause of Chromosome 9p21-Linked ALS-FTD. *Neuron* 2011 Oct 20;72(2):257-268.

## **W64 Moderne opvattingen over het mind-brain probleem**

Maurits Nijs <sup>p1</sup> / dr. Thomas Nijs <sup>p2</sup>

P: Workshopleiders

1. NVvP
2. Departement Wijsbegeerte UVA Philosophy and Public Affairs

### **Inhoud (wat)**

Levenslang leren houdt voor psychiaters in dat zij hun klinische ervaring en observatievermogen als uitgangspunt nemen voor reflectie en zelfreflectie ten einde een steeds beter psychiater te worden. Toch volstaat het niet om alleen te reflecteren op eigen ervaring om het vak wetenschappelijk vooruit te helpen. Dat hangt mede af van de helderheid van de concepten die wij als psychiaters hanteren en van de breedte en de subtiliteit van ons begripsvermogen. Die helderheid en subtiliteit ontbreekt nogal eens. De psychiatrie gaat nog te vaak uit van onheldere vooronderstellingen en gebruikt nogal eens onlogisch, krakkemikkige, niet steekhoudende argumenten. De filosofie kan daarbij helpen. Filosofie is bij uitstek een vakgebied dat zich bezighoudt met het logisch analyseren van concepten en argumenten. Zonder overdrijven kan worden gesteld dat u als psychiater in uw dagelijkse praktijk herhaaldelijk en misschien wel het meest van alle beroepen te maken krijgt met de relatie tussen geest en brein. Uw behandelinterventies sluiten enerzijds aan bij de subjectieve ervaringen van uw patiënt, en anderzijds grijpen zij –zeker met de behandeling met psychofarmaca- in op objectieveerbare traceerbare hersencircuits. Hoe zit dat? Een complexe relatie die om verheldering vraagt, om heldere concepten en werkhypothesen. De filosofie heeft een rijke traditie te reflecteren over de relatie tussen geest en brein. Daar kunnen wij, als psychiaters, ons voordeel mee doen.

### **Vorm (hoe)**

De gangbare filosofische theorieën over de mind/brain-relatie worden voor u ingeleid: dualisme in zijn verschillende vormen (W. Hart), type-identiteit (J. Smart), taak-identiteit (J. Kim), functionalisme (J. Fodor), eliminatief materialisme (D. Davidson), externalisme (R. Roland), realisme en antirealisme (H. Putnam) fenomenologie (F. Varela en E. Thompson), Vervolgens worden de verschillende theorieën tegen het licht gehouden voor zover zij een bijdrage kunnen leveren aan de theorievorming van het eigen vakgebied, de psychiatrie.

### **Leerdoelen**

De deelnemer leert:

- kennis te hebben van de voornaamste filosofische stromingen in de “philosophy of mind”
- te kunnen inschatten wat de betekenis is van die verschillende stromingen op de theorievorming van het eigen vakgebied, de psychiatrie.

### **Literatuurverwijzing**

S. Nassir Ghaimi. The Concepts of Psychiatry. The Johns Hopkins University Press, 2007. Kenneth Kendler. A Psychiatric Dialogue on the Mind-Body problem. American Journal of Psychiatry. 2001; 158: 989-1000. Kenneth Kendler. Toward a Philosophical Structure for Psychiatry. American Journal of Psychiatry. 2005; 162: 433-440

## **W65 De multidisciplinaire persoonsgerichte aanpak bij potentieel gewelddadige eenlingen; lenigheid in samenwerking tussen politie en GGZ**

Bram Sizoo <sup>p1,2</sup> / Arnoud Jansen <sup>p1</sup> / Didier Rammers <sup>3</sup>

P: Workshopleiders

1. Dimence
2. Team Dreigingsmanagement, landelijke eenheid, politie
3. Team dreigingsmanagement, landelijke eenheid, politie

### **Inhoud (wat)**

Potentieel Gewelddadige Eenlingen zijn mensen die zich bijzonder dreigend uiten naar instanties of personen, vaak door een samenloop van psychische kwetsbaarheid en omgevingsfactoren, zoals een trauma, verlies van werk, relatieproblemen of een perceptie van onrecht. Als de aard van de dreiging zodanig is dat het realiseren daarvan een grote maatschappelijke impact kan hebben, komt het Team Dreigingsmanagement (TDM) bij de landelijke eenheid van de politie in beeld. Dit multidisciplinaire team bestaat uit professionals van politie en GGz. Het team zoekt de samenwerking met lokale partijen in het maatschappelijk veld. Het gezamenlijk doel is om de zorg en steun voor het individu zo te organiseren in de maatschappij dat de dreiging afneemt, in plaats van door repressie en vervolging de persoon die dreigt te isoleren van de maatschappij. Leningheid is hierbij geboden. Leningheid wil zeggen dat een lichaam de maximaal mogelijke beweging kan benutten. Spieren en gewrichten geven die beweging maar kennen ook hun begrenzing. De begrenzing binnen deze samenwerking is om de ruimte maximaal te benutten, maar binnen de kaders die de wet daaraan stelt. Welke informatie mag wanneer worden gedeeld? Onder welke omstandigheden is het delen van informatie wel of juist niet handig? Voor de politie worden de kaders gesteld door onder andere de Wet Politiegegevens en de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Voor de GGz is dat vooral de WGBO en de BOPZ.

### **Vorm (hoe)**

In deze workshop verkennen we met u de (on-)mogelijkheden van deze Persoon Gerichte Aanpak aan de hand van casuïstiek van potentieel gewelddadige eenlingen die dreigen in het Rijksdomein. De relevante juridische kaders worden besproken evenals een conceptmodel dat ontwikkeld wordt door de GGz en TDM, om de samenwerking op een verantwoorde manier vorm te geven.

### **Leerdoelen**

- Kennis van de relevante wetgeving op het gebied van privacy en geheimhouding
- Kennis van de doelen en werkwijzen van de verschillende partijen
- Inzicht in mogelijkheden om door samenwerking tot een veerkrachtige multidisciplinaire persoonsgebonden aanpak te komen

### **Literatuurverwijzing**

- Paul Gill, A False Dichotomy? Mental Illness and Lone-Actor Terrorism, law and human behavior · august 2014- Sjaak Nouwt, Gemeentezorg en privacyzorgen, Nederlands Juristenblad (42) december 2014