

W1 Zorgstandaard Eetstoornissen

Prof.dr. Annemarie van Elburg ^{p1,2} / Drs. Mirjam Lammers ^{p3} / MSc Tamara Berends ⁴

P: Workshopleiders

1. Altrecht- Rintveld
2. FSW-UU
3. GGNet-Amarum
4. Altrecht-Rintveld

Inhoud (wat)

Informatie over de nieuwe Zorgstandaard Eetstoornissen wordt met het publiek gedeeld.

Vorm (hoe)

Aanvangsquiz, (eigen) casussen worden doorgewerkt aan de hand van de Zorgstandaard, aanbevelingen besproken

Leerdoelen

Nieuwste inzichten m.b.t. diagnostiek en behandeling van voedings- en eetstoornissen eigen maken, randvoorwaarden voor behandeling leren kennen

Literatuurverwijzing

Zorgstandaard Eetstoornissen (in press)

W2 Professionele openheid: over de beroepsrol in tijden van transitie

dr. Derek Strijbos ^{p1} / drs. Erwin van Meekeren / prof. Gerrit Glas ^{p1}

P: Workshopleiders

1. Dimence

Inhoud (wat)

De visie op gezondheid is veranderd (Huber 2014), evenals de visie op de relatie professional-patiënt. Samen beslissen (shared decision making) is het vertrekpunt in het Visiedocument Medisch Specialist 2025, waarin kernbegrippen te lezen zijn als gerechtvaardigd vertrouwen, medemenselijkheid en compassie. De moderne psychiater dient flexibel te zijn in het hanteren van drie rollen: Expert (bijvoorbeeld de deskundige farmacotherapeut), Bemiddelaar ('not knowing') en Persoon (de relatie mens-mens). (Van Oenen et al.) De basistekst van de Zorgstandaarden GGZ gaat voorbij de traditionele 'professionele distantie' en roept vooral op tot 'een verdere verankering van professionele nabijheid in de GGZ' (p.9). In deze workshop gaan we verder in op deze ontwikkelingen. Hoe moeten we de nieuwe norm van 'professionele nabijheid' verder vormgeven en waar liggen de grenzen? Hoe hanteren we de verschillende professionele rollen in een steeds dynamischer wisseling van contexten in de dagelijkse praktijk van de psychiater? Wat zijn de nieuwe uitdagingen wat betreft de bemiddelende rol van de psychiater in tijden van transitie, ook en vooral buiten de muren van de spreekkamer? Uw inbreng ten aanzien van dit 'nieuwe professionalisme' is volop mogelijk.

Vorm (hoe)

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

Leerdoelen

- Kennis vergroten over de verschillende relaties en rollen van de psychiater in tijden van transitie
- Inzicht geven in de literatuur over 'nieuw professionalisme' (new professionalism).
- Reflectie op de wijze waarop professionele openheid (impliciet) gestalte krijgt in de eigen praktijk.
- Vaardigheden vergroten hoe de expertrol ook buiten de spreekkamer in te zetten.

Literatuurverwijzing

Huber, M. 2014. Towards a new, dynamic concept of health. Enschede: Ipskamp Drukkers. Meekeren, E. van (red.). Zelfonthulling; Professionele openheid in de GGZ (2017). Amsterdam: Uitgeverij BoomGlas, G (2015) Persoonsgerichte zorg. In: De ziel van het vak. Meekeren, E van en J. Baars (red.) Amsterdam: Uitgeverij BoomVan Oenen, F.J., Van Deursen, S., Cornelis, J. 2014. De rol van de psychiater; medisch, contextueel en persoonsgericht denken en handelen in de psychiatrie. Tijdschrift voor Psychiatrie 56 (11): 728-736.
https://gallery.mailchimp.com/aa3dd57dd0ff188a82dbe388e/files/170113_Visiedocument_Medisch_Specialist_2025_DEF.pdf <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2016/06/Model-GGZ-Zorgstandaard-2.1.pdf>

W3 Chronotherapie in de klinische praktijk als additionele behandeling bij affectieve stoornissen

Dr. Harm Pieter Spaans^{p1} / Dr. Esmée Verwijk^{p1,2,3}

P: Workshopleiders

1. Parnassia, Klinisch Centrum Mangostraat, Den Haag
2. Afdeling Psychologie, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam
3. Afdeling Medische Psychologie, AMC, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam

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 chronobiologische 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 chronotherapeutische 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 chronotherapeutische principes; herkenning van chronotherapeutische 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).

W4 Vertalen in de praktijk: het gebruik van nieuwe zorgstandaarden bij zwakbegaafde en verstandelijk beperkte patiënten

Dr. Jannelien Wieland ^{p1,2} / MD Sara Kapitein ³ / MD Karlijn Vermeulen ^{p4,5,6,7}

P: Workshopleiders

1. Cordaan
2. Poli+
3. Altrecht
4. Karakter
5. RadboudUMC
6. Donders Institute
7. CCE

Inhoud (wat)

Eind van het afgelopen jaar waren er bijna 20 nieuwe zorgstandaarden klaar voor gebruik in de GGz. Vanaf begin dit jaar is er een start gemaakt met de implementatie. Van behandelaren in de zorg wordt verwacht dat zij, gebruikt maken van deze nieuwe standaarden, samen met hun patiënten de meeste geschikte en passende behandeling gaan uitstippelen. Samen besluiten. Maar hoe vertaalt u deze nieuwe zorgstandaarden voor uw zwakbegaafde of verstandelijk beperkte patiënt? Waar moet u rekening mee houden in de diagnostiek? En kunt u behandelopties waarvan de effectiviteit wetenschappelijk bewezen is bij patiënten met een gemiddelde intelligentie ook toepassen bij mensen met een lager IQ? Of zijn er aanpassingen nodig?

Vorm (hoe)

In deze workshop, vertalen in de praktijk, staan we stil bij het gebruik van de nieuwe stoornisspecifieke zorgstandaarden bij zwakbegaafde en verstandelijk beperkte patiënten. We vertellen over de generieke module psychische stoornissen bij zwakbegaafdheid of lichte verstandelijke beperking. We staan stil bij een aantal belangrijke uitdagingen in het gebruik van de nieuwe zorgstandaarden, oefenen met (door u zelf meegebrachte) casuïstiek en beantwoorden uw vragen.

Leerdoelen

Na het volgen van deze workshop bent u bekend met de generieke module psychische stoornissen en zwakbegaafdheid of lichte verstandelijke beperking en weet u hoe deze generieke module u kan helpen bij het gebruik van de nieuwe stoornisspecifieke zorgstandaarden.

Literatuurverwijzing

Generieke module psychische stoornissen en zwakbegaafdheid of lichte verstandelijke beperking (authorisatiefase). Wieland J, Aldenkamp EA & Vd Brink A. (2017) Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ. Beperkt begrepen. Bohn, Stafleu en van Loghum. Didden R, Troost P, Moonen X & Groen W (redactie). (2016). Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking. Uitgeverij de Tijdstroom.

W5 De therapieresistente patiënt met PTSS. Ben je ooit “uitbehandeld”?

Dr. Carien de Kloet ^{p1} / Joop de Jong ^{p2,3} / Vivian Spiertz ¹

P: Workshopleiders

1. Stichting Centrum 45
2. Parnassia Groep, PsyQ, afdeling psychotrauma
3. Parnassia Groep, Specialismegroep Trauma en Dissociatie

Inhoud (wat)

De lifetime - prevalentie van PTSS is ongeveer 8% en het voorkomen is afhankelijk van vele variabelen. Het leed dat gepaard gaat met het hebben van PTSS is fors en de vaak voorkomende comorbiditeit is daar mede debet aan. Er zijn gelukkig vele, goede, evidence-based psychotherapeutische en farmacotherapeutische behandelingen. De efficiëntie van de therapieën uitgedrukt in number needed to treat is in onderzoek tussen 2 en 4. Binnen de geneeskunde en ook de psychiatrie betekent dat een succes. Het betekent echter ook dat er een aanzienlijk aantal is dat na behandeling nog steeds kampt met PTSS. In de praktijk blijkt dat sommige therapeuten dan zeggen dat deze patiënt uitbehandeld is, maar is dit wel terecht? Zijn er alternatieven? en wat als iemand twee of drie verschillende therapieën gehad heeft en nog steeds PTSS heeft? Wanneer zeg je dat het genoeg is en heb je dan nog iets te bieden?

Vorm (hoe)

Casuïstiek wordt gepresenteerd waardoor het probleem concreet, herkenbaar en bespreekbaar wordt. Kort wordt relevant onderzoek doorgenomen waarna discussie en bespreking volgt wat goede zorg zou kunnen zijn voor PTSS-patiënten die niet opknappen. Hierbij wordt stilgestaan bij de diversiteit in de presentatie en mogelijkheden om hier op aan te sluiten in de behandeling en de integratie van psychotherapeutische en farmacotherapeutische behandelingen. Uiteraard komt ook behandelalgoritme bij comorbide stoornissen aan bod en worden farmacotherapeutische behandelstappen besproken die nog onvoldoende zijn onderzocht, maar in de klinische praktijk wel effect sorteren. Uiteraard wordt ook het advies vanuit de zorgstandaard besproken.

Leerdoelen

Na het volgen van de workshop heeft de deelnemer meer zicht op mogelijke keuzes in de vervolgbehandeling van de patiënt met PTSS die niet of niet voldoende verbetert op een eerstekeus behandeling.

Literatuurverwijzing

de Vries GJ, Olff M. The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *J Trauma Stress*. 2009 Aug;22(4):259-67. doi: 10.1002/jts.20429. Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines C, Sonis J, Middleton JC, Feltner C, Brownley KA, Olmsted KR, Greenblatt A, Weil A, Gaynes BN. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016 Feb;43:128-41. doi: 10.1016/j.cpr.2015.10.003. Koek RJ, Schwartz HN, Scully S, Langevin JP, Spangler S, Korotinsky A, Jou K, Leuchter A. Treatment-refractory posttraumatic stress disorder (TRPTSD): a review and framework for the future. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2016 Oct 3;70:170-218. doi: 10.1016/j.pnpbp.2016.01.015.

W6 Herstelondersteunende zorg

dr. Wil Buis ^{p1} / Dikkie Roelofsen ^{p2,3}

P: Workshopleiders

1. Buis Psychiatrisch Advies, Den Bosch
2. VanOrigine, Nijmegen
3. Howie the Harp, Arnhem

Inhoud (wat)

Deze workshop is bedoeld om psychiaters vertrouwd te maken met herstelondersteunende zorg. Herstelondersteunende zorg is ontwikkeld en bepleit door ervaringsdeskundigen. Met herstel wordt hier niet bedoeld op het verdwijnen van symptomen, maar op het leiden van een zinvol leven ondanks symptomen en beperkingen. Bij een eenzijdig focus op het behandelen van de stoornis kunnen patiënten zich gereduceerd voelen tot hun aandoening. Veel ervaringsdeskundigen zeggen dat de manier waarop hun verhaal en ervaringen waren vertaald naar een psychiatrische diagnose een belemmering was geweest voor hun herstel. Psychiaters die herstelondersteunende zorg bieden ervaren dit vaak als een verbetering van de kwaliteit van zorg en een verrijking van hun werk. Inmiddels wordt herstelondersteunende zorg opgenomen in de kwaliteitsstandaarden en zorgmodules die voor de GGZ ontwikkeld worden. Deze worden door professionals, ervaringsdeskundigen en naasten ontwikkeld en door de beroepsgroepen waaronder de NVvP geaccordeerd. Deze workshop wil bijdragen aan de vertaling van dit gedachtegoed naar de praktijk.

Vorm (hoe)

Een inleiding op het onderwerp van Dikkie Roelofsen vanuit het perspectief van de ervaringsdeskundige en een inleiding van Wil Buis vanuit het perspectief van de psychiater. Daarna oefenen in kleine groepen, gevolgd door een plenaire terugkoppeling van ervaringen en take-home messages.

Leerdoelen

Deelnemers krijgen de mogelijkheid:

- Informatie op te doen over wat herstelondersteunende zorg is en waarom het van belang is;
- Zicht te krijgen op wat verandert in de aanpak vergeleken met de traditionele manier van werken;
- Te ervaren hoe verrijkend deze manier van werken is.

Literatuurverwijzing

Generieke module herstelondersteuning. Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ, Utrecht 2017
<http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2015/03/GM-Herstelondersteuning.pdf>,
Herstelspecial GGZ Nederland 2013 www.ggz nederland.nl/uploads/assets/asset_948983.pdf Oil and water or oil and vinegar? Evidence-based medicine meets recovery. L. Davidson, R. Drake e.a., Community Ment Health J (2009) 45:323-332. The Principle of Personhood: The Field's Transcendent Principle. Anthony, W. A., Psychiatric Rehabilitation J (2004) 27:205

W7 Intervisie volgens Balint

Jan van Trier ^p1 / Dr Moniek Thunnissen ^p2

P: Workshopleiders

1. St Antoniusziekenhuis
2. Zelfstandig gevestigd 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

1. J. van Trier. Balint-groepen. Groepen maart 2010, 23-29.
2. www.balint.nl

W8 Peer supported Open Dialogue (POD)

Dirk Corstens ¹ / Drs Olaf Galisch ² / Drs Masha Mos ³ / Drs Manouche van Alst ³ / drs Kwok Wong ⁴

P: Workshopleider

1. MET ggz Roermond
2. Lentis
3. Altrecht
4. GGzE

Inhoud (wat)

De resultaten van de behandeling van mensen met een eerste psychose (N=90, 5 jaar) met Open Dialogue in Finland zijn echt om over naar huis te schrijven: 80 % is aan het werk of gaat naar school, een kleine minderheid (20%) krijgt nog een lage dosis neurolepticum voorgeschreven, 80% heeft geen psychotische symptomen meer. Open Dialogue is een sociale netwerkbenadering die vaak gecombineerd wordt met individuele psychodynamische therapie als dat gewenst is (60%). Vanuit de Werkplaats Herstelondersteuning hebben MET ggz, Lister, Altrecht en GGzE in 2017 teams naar de training Peer supported Open Dialogue gestuurd die in Engeland wordt gegeven onder leiding van Russell Razaque. Ervaringswerkers worden tegelijk met professionals getraind in de methodiek en voeren samen de netwerkbehandelingen uit. Mindfulness is een methodiek die in deze variant van Open Dialogue wordt gebruikt om een adequate therapeutische houding aan te leren. Inmiddels is er een grote RCT gestart in Londen en omgeving. De psychiaters die deel hebben genomen aan de training zullen u wegwijs maken in de POD.

Vorm (hoe)

Presentatie - Casuïstiek - Reflectieoefening

Leerdoelen

- U bent op de hoogte van de inhoudelijke principes van POD.- U hebt begrepen hoe POD in een organisatie kan worden ingebed.- U weet wat de resultaten zijn van effectonderzoek naar Open Dialogue - U heeft kennis genomen van een aantal casus. - U heeft kunnen oefenen met reflecteren, een belangrijke methodiek binnen Open Dialogue

Literatuurverwijzing

- Russell Razaque and Tom Stockman. An introduction to peer-supported open dialogue in mental health care. *BJPsych Advances* (2016) 22:348-356.- Olson M, Seikkula J, Ziedonis D (2014) The Key Elements of Dialogic Practice in Open Dialogue: Fidelity Criteria. The University of Massachusetts Medical School (<https://www.umassmed.edu/globalassets/psychiatry/open-dialogue/keyelements1.109022014.pdf>). - Seikkula J, Trimble D (2005) Healing elements of therapeutic conversation: dialogue as an embodiment of love. *Family Process*, 44: 461–75. - Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J (2011a) The Comprehensive Open- Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 3: 192–204. - Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, et al (2006) Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16: 214–28.

W9 Uit het donker In het Licht. Hoe de mens met machines het therapeutisch contact met suïcidale mensen kan versterken

Drs. Jan Mokkenstorm ^{p1} / Drs. Eva Becking ^{p1} / Drs. Judith de Heus ¹ / Dr. Wouter van Ballegooijen ²

P: Workshopleiders

1. 113Zelfmoordpreventie
2. Vrije Universiteit Amsterdam

Inhoud (wat)

Het gebruik van nieuwe technologie hierbij wordt door experts beschouwd als één van de meest relevante en beloftevolle ontwikkelingen om suïcide te helpen voorkómen. De kern van suïcidepreventie is contact. De centrale vraag is: Hoe bereik je wanhopige mensen die in de schaduw van hun schaamte worstelen met de duisternis in hun leven; en hoe help je hen uit het donker in het licht? Technologie verlaagt drempels om hulp te zoeken; helpt het verhaal van de hulpzoeker in kaart te brengen beter aan te sluiten en om het contact vast te houden. Hulpzoekers communiceren graag met een immer geduldige, onvermoeibare therapeut zonder tegenoverdracht, empathy fatigue of wachttijd. Door inzet van technologie zou dit nog veel vaker dan nu al het geval is kunnen worden gerealiseerd. Deze workshop is bedoeld om u te laten zien hoe ver het al is met het moderne digitale contact met suïcidale hulpzoekers. Maak kennis met Lotte en Maayke, twee jonge psychologen én vloggers van 113Zelfmoordpreventie. Zij loodsen jongeren met hun motiverende en laagdrempelige videoclips door een online suïcidepreventie interventie. Ontmoet Caspar, die de suïcidale patiënt, en daarmee zijn behandelaar, helpt zijn suïcidaliteit door de dag heen in kaart te brengen. Of chat met Sanne, zij is suïcidaal en een chatbot. Ervaar zelf hoe verbazingwekkend snel u dat laatste vergeet. “Natuurlijk gaat er niks boven “echt” contact, van mens tot therapeut. Er gaat niets boven een “echt” gesprek in een spreekkamer setting.” Denkt u nu nog wellicht. Maar wen er maar aan. Zoals in elk aspect in ons leven, zal technologie ook het aangezicht van de suïcidepreventie ingrijpend veranderen.

Vorm (hoe)

Korte (video) introductie met de mogelijkheid en alle nadelen en gevaren van toepassing van techniek op te sommen en met elkaar te delen. Demonstratie/discussie Ecologic Momentary Assessment App CASPAR Demonstratie/discussie Persuasive Design via Vlog Live chatten met een suïcidale persona via chatbot en discussie hierover. Interactieve verkenning: Hoe helpt technologie zicht te krijgen op de duisternis van suïcidale mensen? Hoe help je hen gebruik te maken van bronnen om ze leven te leren leven? Hoe zou nieuwe technologie ons kunnen helpen beter, vaker, veiliger, effectiever en prettiger in contact te komen met onze suïcidale patiënten?

Leerdoelen

Kennisoverdracht: Update laatste technologische ontwikkelingen en mogelijke toepassing daarvan in de praktijk van de suïcidepreventie Kennis van Persuasive design bij het aanbieden van (digitale) hulp. Bewustwording: Eigen paradigma's over “echt” contact en hulpverlening en mogelijke alternatieven hiervoor.

Literatuurverwijzing

Hoermann et al S.(2017). Application of Synchronous Text-Based Dialogue Systems in Mental Health Interventions: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(8). O'Connor, R. C. Towards an Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour. In *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice*; O'Connor, R. C.; Platt, S.; Gordon, J., Eds.; Wiley-Blackwell: Chichester, UK, 2011; pp. 181–198. Kelders et al (2012) *J Med Internet Res*. 2012 Nov-Dec; 14(6). Persuasive System Design Does Matter: A Systematic Review of Adherence to Web-Based Interventions. E. Gijsbers De menselijke geest uniek? Dat had u gedacht. NRC 10 oktober 2017 <https://www.nrc.nl/nieuws/2017/10/13/de-menselijke-geest-uniek-dat-had-u-gedacht-13484136-a1577190> Nock et al. (2017) *J Abnorm Psychology* 126(6) 726-738 Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies.

W10 Negatieve symptomen, apathie, psychosen en dementie. Van klinisch probleem en interventie naar neuroscience

Dr. Henderikus Knegtering ^{p^{1,2,3}} / Dr. Leonie Bais ^{p^{1,4}}

P: Workshopleiders

1. Lentis Research
2. Neuroimaging Center UMCG
3. Rob Giel onderzoekscentrum UMCG
4. Neuroimaging Center UMCG

Inhoud (wat)

Negatieve symptomen, initiatief verlies en apathie treden o.a. op bij mensen met psychosen, traumatisch hersenletsel en dementiële beelden. Recent (imaging) onderzoek werp enig licht op hoe initiatief in het brein ontstaat maar werp ook veel vragen op. In Groningen wordt via het apathieproject gekeken of met Transcraniële Magnetische Stimulatie, Transcranial Direct Current Stimulation al dan niet met psychosociale interventies er meer therapeutische mogelijkheden gaan ontstaan. Met neuroimaging technieken wordt gekeken hoe deze interventies hun sporen nalaten. Van klinische vraag, naar interventie naar fundamenteel neurowetenschappelijk onderzoek en terug.

Vorm (hoe)

Zeer recente, deel niet gepubliceerde, bevindingen uit het apathieproject worden gepubliceerd. Bij iedere bevinding wordt de zaal gevraagd mee te denken over de interpretatie van de bevinding en hoe de bevinding in de praktijk of in verder onderzoek een plaats kan krijgen. In de discussie zal met de deelnemers worden gezocht naar een uitwisseling die

Leerdoelen

1. Kennis delen over de voortgang van onderzoek naar de oorzaak en behandeling van apathie en negatieve symptomen.
2. Het bezien wat de mogelijkheden en beperkingen zijn van de uitkomsten van recent onderzoek.
3. Een discussie op gang brengen over hoe het onderzoek zich verder zou kunnen ontwikkelen en wat we met de huidige kennis in de praktijk al zouden kunnen doen.

Literatuurverwijzing

Kos C, Klaasen NG, Marsman JC, Opmeer EM, Knegtering H, Aleman A, van Tol MJ. Neural basis of self-initiative in relation to apathy in a student sample. *Sci Rep.* 2017 Jun 12;7(1):3264. Larabi DI, Liemburg EJ, Pijnenborg GH, Sibeijn-Kuiper A, de Vos AE, Bais L, Knegtering H, Ćurčić-Blake B, Aleman A. Association between prefrontal N-acetylaspartate and insight in psychotic disorders. *Schizophrenia Research.* 2017 Jan;179: 112-118.

W11 Affectfobietherapie en zelfbeeld: integratieve behandeling van Cluster C persoonlijkheidsstoornissen

Dr. Quin van Dam ^{p1} / Drs. Dorien Philipszoon ^{p2,3}

P: Workshopleiders

1. Psychotherapiepraktijk Leiden
2. Zaans Medisch Centrum (stage-opleider psychotherapie)
3. Eigen praktijk in Amstelveen

Inhoud (wat)

De Affectfobietherapie (AFT), is een integratieve behandeling, die steeds meer wordt toegepast in de (semi) ambulante GGZ. Aan het psychodynamisch fundament van AFT zijn technieken vanuit de experiëntiële en cognitief gedragstherapeutische kaders toegevoegd. AFT valt onder de kortdurende psychodynamische psychotherapieën en is effectief voor patiënten met een depressieve- of angststoornis en voor patiënten met een Cluster C persoonlijkheidsstoornis (vermijdende, afhankelijke of dwangmatige persoonlijkheidsstoornis). Bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen is het zelfbeeld en het beeld van anderen vaak star, rigide en zwart-wit: zij beleven zichzelf als betekenisloos en de ander als bedreigend. Bovendien staan zij niet open voor eigen behoeften en gevoelens en ook niet voor intenties en reacties van anderen. Dit gebrek aan ontvankelijkheid belemmert hen positieve ervaringen toe te laten en het negatieve zelfbeeld te veranderen. De ontwikkeling van deze ontvankelijkheid stimuleert de AFT-therapeut in het directe contact met de patiënt: hij biedt de patiënt de mogelijkheid te ervaren dat zijn gevoelens wél de moeite waard zijn en dat hij wél betekenis heeft voor de ander. Een reeks van deze corrigerende emotionele ervaringen helpt de patiënt compassie te ontwikkelen voor eigen behoeften en het disadaptieve zelfbeeld en beeld van de ander geleidelijk te veranderen.

Vorm (hoe)

De volgende vragen staan centraal:

- Uit welke theoretische en praktische onderdelen is AFT opgebouwd?
- Hoe komt de therapeut een disadaptief zelfbeeld en beeld van de ander op het spoor?
- Hoe behandelt de AF-therapeut het gebrek aan ontvankelijkheid en het negatieve zelfbeeld?
- Voor welke patiënten is AFT geschikt (indicatiecriteria)?
- Waaruit bestaat de opleiding tot AFT-therapeut?

De nadruk ligt op het praktisch oefenen met onderdelen van het AFT-model. Daarbij wordt specifiek aandacht besteedt aan de behandeling van een disadaptief zelfbeeld en beeld van de ander.

Leerdoelen

Kennis nemen van het AFT-model, de toepassing daarvan, en de behandeling van een disadaptief zelfbeeld en beeld van de ander.

Literatuurverwijzing

Abbass, A.A., Town, J. & Driessen, E. (2011). The Efficacy of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Depressive Disorders with Comorbid Personality Disorder. *Psychiatry*, 74 (1). Spring, 58-71.

Abbass, A.A., Kisely, S.R., Town, J.M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S. & Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD004687. DOI: 10.1002/14651858.CD004687. pub4.

Dam, Q.D. van (2016). *Affectfobietherapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe.

Dam, van, Q.D., Kok, J. & Schalkwijk, F. (2017). Twee wegen naar Rome. Hoe behandelen een psychodynamisch en een cognitief gedragstherapeut zelf-ander problematiek met Affectfobietherapie? *T. v. Psychother.* (2017) 43: 17.

Draijer, N., & Langeland, W. (2017). Psychoanalyse, psychoanalytische psychotherapie en wetenschappelijke evidentie. *Tijdschr Psychother* 43: 33-59.

Driessen, E., Hegelmaier, L.M., Abbass, A.A., Barber, J.P., Dekker, J.M., Van, H.L., Elise P. Jansma, E.P. & Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical Psychology Review*. 42, 1–15.

W12 De Lancet Commissie voor Dementie Preventie, Behandeling en Zorg - Meet the Expert

Prof. Gill Livingston ^p¹ / Sebastian Köhler ^p²

P: Workshopleiders

1. University College London
2. Universiteit Maastricht

Inhoud (wat)

Dementie is één van de grootste uitdagingen voor de gezondheidszorg en sociale zorg in de 21e eeuw: ongeveer 50 miljoen mensen wereldwijd lijden aan een vorm van dementie is dit getal zal naar verwachting verdrievoudigen tot 2050. De Lancet Commissie voor Dementie Preventie, Behandeling en Zorg heeft de evidentie in het veld onderzocht om tot een lijst van aanbevelingen te komen hoe deze trend gemanaged of zelfs voorkómen zou kunnen worden. Dementie is volgens de commissie geen onvermijdelijk consequentie van het verouderingsproces. Er werden negen potentieel veranderbare gezondheids- en leefstijlfactoren geïdentificeerd gedurende verschillen fasen van de levenscyclus, die indien ze geëlimineerd zouden kunnen worden, het risico op dementie zouden kunnen verlagen. Hoewel zieke-modificerende therapieën tegenwoordig niet beschikbaar zijn, beschrijft de Commissie farmacologische en sociale interventies die in staat zijn om beter om te kunnen gaan met de uitingen van dementie. Het Maastrichtse MijnBreincoach project volgt in deze de oproep van de Commissie letterlijk om ambitieus te zijn ten opzichte van dementie preventie. Het doel van het project is om de Limburgse bevolking bewust te maken van de samenhang tussen gezondheid, leefstijl en dementie door middel van een provinciale campagne.

Vorm (hoe)

Deze interactieve workshop zal ouderenpsychiaters en overige geïnteresseerden de gelegenheid geven om op de hoogte gebracht te worden over recente vorderingen wat betreft onderzoek en beleid rondom dementie risico en preventie. De workshop vindt plaats in de vorm van een vraag-antwoorde sessie met prof. Gill Livingston, hoogleraar Ouderenpsychiatrie aan het University College London (UCL). Het werk van Dr. Livingston draait rondom het ontwerpen en implementeren van praktische, kosteneffectieve behandeling van mensen met dementie en hun mantelzorgers. Sinds 2015 is ze voorzitter van The Lancet Commission on Dementia Prevention, Treatment and Care. Dr. Köhler is senior onderzoeker Neuroepidemiologie binnen het Alzheimer Centrum Limburg een zal vooraf een korte presentatie geven over de opzet en eerste resultaten van het MijnBreincoach project.

Leerdoelen

1. Leren over de recente vorderingen rondom preventie van dementie, de rol van leefstijlfacotren en het levensloopmodel
2. Inzichten opdoen over nieuwe vormen van behandeling en zorg voor mensen met dementie.

Literatuurverwijzing

1. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. Dementia prevention, intervention, and care. The Lancet 2017, Published online July 19, 2017.
2. Davies R. Gill Livingston: transforming dementia prevention and care. The Lancet 2017, Published online July 19, 2017.

W13 Zin en onzin van therapeutic drug monitoring in kinder- en jeugdpsychiatrie

dr. Bram Dierckx ^{p1} / MSc Sanne Kloosterboer ^{p2} / Dr. Birgit Koch ³

P: Workshopleiders

1. Erasmus MC, Kinder-en jeugdpsychiatrie en psychologie
2. Erasmus MC, Kinder-en jeugdpsychiatrie en psychologie, Ziekenhuisapotheek
3. Erasmus MC, Ziekenhuisapotheek

Inhoud (wat)

Therapeutic drug monitoring (TDM) behelst het bepalen van geneesmiddelconcentraties in het bloed, ten einde een optimale dosering in te stellen. TDM wordt in de volwassenpsychiatrie uitgebreid toegepast o.a. bij het gebruik van tricyclische antidepressiva, lithium en clozapine. Deze middelen worden binnen de kinder-en jeugdpsychiatrie minder gebruikt. Echter ook voor andere middelen zoals de overige antipsychotica zijn er aanwijzingen dat TDM effectiviteit kan vergroten en het risico op bijwerkingen kan verminderen(1). We willen met jullie graag de discussie aangaan over de toepasbaarheid van TDM in de kinder-en jeugdpsychiatrie. Waarom wordt het nog zo weinig gebruikt?

Vorm (hoe)

De workshop wordt geleid door een kinder-en jeugdpsychiater/klinisch farmacoloog, een apotheker/klinisch farmacoloog en een arts/onderzoeker gespecialiseerd in TDM. De workshop start met een uitleg van de principes van TDM. Er wordt besproken welke middelen geschikt zijn voor TDM. Vervolgens wordt een overzicht van de recente literatuur met betrekking tot TDM in de kinder-en jeugdpsychiatrie (2) gegeven. Daarna worden enkele casussen gepresenteerd en is het ook mogelijk eigen casussen in te brengen. Er is eveneens ruimte voor discussie.

Leerdoelen

- 1/ Begrijpen waarom sommige middelen in aanmerking komen voor TDM.
- 2/ Overzicht hebben van de huidige evidence voor TDM in de kinder-en jeugdpsychiatrie.
- 3/ Leren wanneer TDM van toegevoegde waarde kan zijn in de kliniek.

Literatuurverwijzing

1/ Hiemke e.a. AGNP Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Psychiatry: Update 2011. Pharmacopsychiatry 2011;44: 195–2352/ Kloosterboer e.a. Therapeutic drug monitoring in child and adolescent psychiatry - a systematic review. In preparation.

W14 LGBTI patiënten met een biculturele achtergrond - diagnostiek en behandeling

drs. Hugo Konz ^{p1,2} / drs. Ardalan Najjarkakhaki ^{p1}

P: Workshopleiders

1. i-psy Amsterdam
2. Specialismegroep Culturele Psychiatrie, Parnassia Groep

Inhoud (wat)

LGBTI staat voor Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender en Intersex individuals. Uit diverse onderzoeken is gebleken dat LGBTI's een groter risico lopen op het ontwikkelen van een depressieve of angststoornis, naast suïcidaal gedrag en drugs- en alcoholproblematiek. Een onderliggende factor daarbij is minority stress: het ervaren van afwijzing, discriminatie of gepest worden en daarmee samenhangend internalisering van negatieve cognities en moeite met zelfacceptatie. LGBTI's kunnen vragen krijgen ten aanzien van hun toekomstverwachting en identiteit. Hoe gaan ze om met bijvoorbeeld hun familie, de sociale omgeving, en met religieuze en culturele normen? LGBTI's met een biculturele achtergrond lopen een relatief groter risico dat zij te maken krijgen met een negatieve houding vanuit hun familie of gemeenschap. De loyaliteit naar de groep kan de angst voor uitsluiting bij de betrokkenen vergroten. Aantasting van de eer van de familie, het vormen van een schande voor de gemeenschap, te maken krijgen met verstoting, eengerelateerd geweld of het wegvallen van sociale steun. Hierbij wordt de psychische druk die iemand ervaart steeds groter en daarmee neemt de kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van psychische klachten toe. Specifieke de LGBTI vluchtelingen hebben bovendien in hun land van herkomst nog te maken gehad met direct geweld en vervolging vanwege hun geaardheid of genderidentiteit. Het risico op een posttraumatische stressstoornis is bij deze groep dan ook duidelijk hoger. Vaak zijn zij opgegroeid in een omgeving waar de acceptatie van LGBTI's ontbrak of het zelfs illegaal en strafbaar was. De neiging erover te zwijgen is dan groot. De drempel naar de hulpverlening is voor LGBTI's vaak hoger. Er kan angst bestaan voor afwijzing of disclosure binnen de gemeenschap, maar zeker ook schaamte om over het onderwerp te beginnen. Binnen de gezondheidszorg wordt al snel uitgegaan van heteroseksualiteit als de norm, iets anders moet specifiek benoemd worden. Maar als iemand daar niet over begint, blijft het dus onbesproken. In het land van herkomst kunnen mensen te maken hebben gehad met een vijandige houding ten aanzien van LGBTI's, ook binnen de lokale gezondheidszorg, met grote risico's om hun identiteit kenbaar te maken. De workshopleiders werken op een recent opgerichte afdeling waar geprobeerd wordt kennis te combineren op het gebied van culturele psychiatrie, psychotrauma en LGBTI-sensitieve hulpverlening. Om zo de drempels voor deze doelgroep te verlagen en te komen tot een passend behandelaanbod.

Vorm (hoe)

In de workshop gaan we in op cases uit de klinische praktijk en de eerste resultaten van onze prospectieve dataverzameling. Op die manier krijgen deelnemers meer inzicht in belangrijke aspecten van de diagnostiek en behandeling van LGBTI patiënten met een biculturele achtergrond. We kunnen bijvoorbeeld ingaan op een jonge genderfluid patiënt uit Syrië, die vanaf jonge leeftijd onder druk stond van zijn familie om meer 'mannelijk' te worden. Of ptss bij een West-Afrikaanse biseksuele vrouw die een geheim leven leidde en te maken kreeg met ernstig geweld en 'corrective rape'. En een hoogopgeleide, depressieve, Arabische homoseksuele man, die vastbesloten lijkt om vanwege religie en traditie, en de behoefte aan een gezin, met een vrouw te gaan trouwen.

Leerdoelen

Deelnemers krijgen meer inzicht in de volgende vragen. Hoe beïnvloedt cultuur de ideeën van de patiënt over seksualiteit, geaardheid en gender identiteit? Wat betekenen deze ideeën, naast (traumatische) ervaringen met afwijzing en geweld, voor het zelfbeeld, de zelfacceptatie en de relaties met anderen? Hoe gebruik je deze kennis binnen de diagnostiek en behandeling?

Literatuurverwijzing

Hall, S & Sajjani, R; MEantel Health Challenges for LGBT asylum seekers in Canada. Rainbow Health Ontario. DeBord, K, Fischer, A et al; Handbook of Sexual Orientation and Gender Diversity in Counseling and Psychotherapy. American Psychological Association, 2017. Nealy, E. Transgender Children & Youth. John Wiley and Sons Ltd. 2017.

W15 De wet verplichte GGZ, wat betekent deze voor de kinder- en jeugdpsychiatrie

Dr. Chaim Huijser ^{p1}

P: Workshopleider

1. De Bascule

Inhoud (wat)

In 2019 vervangt de WVGZ de wet BOPZ. Wat gaat er veranderen ? Wat betekent deze wet voor de praktijk van de kinder- en jeugdpsychiatrie ? Hoe werkt de wet ? Wat moeten de instellingen, de geneesheren-directeur en kinder- en jeugdpsychiaters en andere behandelaren aan voorbereidingen doen om straks klaar te staan voor deze nieuwe wet. Hoe verhoudt de wet zich ten opzichte van andere wetten zoals de WGBO, de jeugdwet, de wet zorg en dwang, de wet voor gesloten jeugdinstanties.

Vorm (hoe)

Kennisoverdracht d.m.v. lezing, literatuur QuizSerious games waarbij de verschillende actoren volgens de nieuwe wet VGGZ een zorgmachtiging en/of een crisismachtiging aanvragen.

Leerdoelen

Kennis van de nieuwe wet en achtergronden hiervan, weten welke voorbereidingen getroffen moeten worden voor invoering, weten wat er van de verschillende actoren gevraagd wordt bij de uitvoering van de wet.

Literatuurverwijzing

www.dwanginzorg.nl/de-toekomst/wetsvoorstellen/wet-verplichte-geestelijke-gezondheidszorg-
Wetsvoorstel WVGZ geconsolideerde versie- Memorie van antwoord Minister Eerste Kamer 25-09-2017

W16 Behandel me als een dame! Alles wat u moet weten over autismespectrumstoornissen bij meisjes en vrouwen

Dr. Janneke Zinkstok ^{p1} / Dr. Els Blijd-Hoogewys ^{p2}

P: Workshopleiders

1. UMC Utrecht
2. Inter-Psy Groningen

Inhoud (wat)

Autismespectrumstoornissen (ASS) lijken minder vaak voor te komen bij meisjes en vrouwen dan bij jongens en mannen. Er is steeds meer aandacht voor het feit dat ASS bij meisjes en vrouwen waarschijnlijk minder herkend wordt. Oorzaken hiervoor zijn o.a. dat autisme bij vrouwen zich ogenschijnlijk anders presenteert, waardoor symptomen enerzijds als minder beperkend wordt beoordeeld en anderzijds als 'niet typisch ASS'. Velen doen er ook alles aan om maar 'normaal' gevonden te worden, maar het constante compenseren en camoufleren eist een hoge tol. Dit resulteert zich in allerlei co-morbide lichamelijke en psychische problemen (angst, depressie, burn-out klachten, eetstoornissen). Behandeling van deze problematiek sluit vervolgens niet goed aan, of werkt zelfs averechts, omdat er geen rekening wordt gehouden met de onderliggende ASS. In de DSM-5 staat vermeld dat vrouwen inderdaad een grote kans hebben niet opgemerkt te worden, omdat hun sociale en communicatieve problemen zich subtieler uiten. In de workshop gaan we in op man-vrouwverschillen in de klinische presentatie van ASS op alle leeftijden (infants, kinderen, volwassenen & ouderen), staan we stil bij de gevolgen van misdiagnose en bespreken we specifieke aandachtspunten voor de behandeling van vrouwen met ASS.

Vorm (hoe)

Tijdens de workshop wordt er ingegaan op de wetenschappelijke en klinische kennis over ASS bij meisjes en vrouwen, en wordt er theoretische achtergrond gegeven. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van videofragmenten die interactief met de deelnemers van de workshop besproken worden. Het is nadrukkelijk de bedoeling om eventuele inbreng en vragen van de deelnemers aan bod te laten komen.

Leerdoelen

Het doel van deze workshop is om: - Kennis en vaardigheden m.b.t. vrouwspecifieke aspecten van ASS te vergroten en daarmee de kans op gemiste diagnoses te verkleinen;- Aandacht te vragen voor sekse- en genderspecifieke benadering van psychiatrische stoornissen om daarmee 'zorg op maat' en/of 'personalized medicine' te stimuleren.

Literatuurverwijzing

- Wilson CE, Murphy CM, McAlonan G, Robertson DM, Spain D, Hayward H, Woodhouse E, Deeley PQ, Gillan N, Ohlsen JC, Zinkstok J, Stoencheva V, Faulkner J, Yildiran H, Bell V, Hammond N, Craig MC, Murphy DG. Does sex influence the diagnostic evaluation of autism spectrum disorder in adults? *Autism* 2016, Oct;20(7):808-19.- Rieffe, C., Bülow, A., Willems, D., Blijd-Hoogewys, E., & Stockmann, L. (2017). Meisjes met autisme, hoe empathisch zijn ze? *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 16, 2, 2-14.- Lai MC, Lombardo MV, Ruigrok AN, Chakrabarti B, Auyeung B, Szatmari P, Happé F9 Baron-Cohen S; MRC AIMS Consortium. Quantifying and exploring camouflaging in men and women with autism. *Autism*. 2017 Aug;21(6):690-702.

W17 Genderdysforie voor psychiaters

Dr. Marijke Bremmer ^{p1,2} / Drs Brand Coumou ^{p2} / Drs. Roy van Vlerken ^{2,3} / Dr. Annelou de Vries ^{2,3}

P: Workshopleiders

1. Ziekenhuispsychiatrie, VUmc
2. Kennis- en Zorgcentrum Genderdysforie VUmc
3. Kinder- en Jeugdpsychiatrie VUmc

Inhoud (wat)

Gender is “hot” in de media en de politiek, en bij de Gender polikliniek zien we ieder jaar steeds meer volwassenen en kinderen die om hulp vragen vanwege genderdysforie. De kans is groot dat u in uw praktijk te maken gaat krijgen met een patiënt met vragen omtrent genderdysforie, of met een patiënt die in transitie is geweest. De diagnostiek en behandeling van genderdysforie roept veel vragen op en het fenomeen dwingt ons om na te denken over de grenzen van ons vak, over wat normaal of psychopathologisch is. Ook confronteren deze patiënten ons met onze eigen opvattingen over hoe we zelf mannelijkheid en vrouwelijkheid zien. Dat leidt tot vragen als: kan een gender-gevoel wel pathologisch zijn?, worden er soms onbewust trauma's en conflicten uit-geageerd?, is het niet eigenlijk een Body Dysmorphic Disorder puur gericht op het geslacht? en in hoeverre zijn deze wensen te duiden als een (pre-) psychotisch verschijnsel?

Vorm (hoe)

Deze workshop wordt verzorgd door een psycholoog en psychiater van het KZcG. We zullen een introductie verzorgen in de verschillende aspecten van genderbeleving, gender identiteit en genderexpressie. We bespreken zowel het Kinderprotocol als ook het Volwassenen protocol van het KZcG. Aan de hand van enkele casus worden verschillende aspecten van de behandeling van psychiatrische patiënten met genderdysforie uitgewerkt. Thema's die aan bod komen zijn: identiteitsvorming, lichaamsbeeld en psychose. Deelnemers wordt nadrukkelijk gevraagd om casuïstiek in te brengen.

Leerdoelen

U verwerft kennis over de ontwikkeling van genderidentiteit en genderdysforie in de levensloop. U wordt vaardig in de diagnostiek en differentiaal diagnostiek van genderdysforie. U herkent enkele ethische dilemma's die spelen in de Genderzorg aan kinderen en volwassenen en u kunt beter uw eigen afwegingen verwoorden.

Literatuurverwijzing

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

W18 Beknopte Eclectische Psychotherapie voor Traumatische Rouw (BEP-TG)

dr. Geert Smid ^p¹ / Prof.dr. Paul Boelen ^p²

P: Workshopleiders

1. Arq Psychotrauma Expert Groep
2. Universiteit Utrecht

Inhoud (wat)

BEP-TG is een individuele behandeling die gericht is op verwerking van traumatisch verlies, d.w.z. verlies van een (of meerdere) dierbare(n) onder gewelddadige omstandigheden. Van traumatische rouw kan worden gesproken als nabestaanden na traumatisch verlies langdurige klachten ontwikkelen van persisterende complexe rouwstoornis, posttraumatische stress en/of depressie. BEP-TG wordt poliklinisch aangeboden en als onderdeel van dagklinische behandeling. Het BEP-TG-protocol bestaat uit vijf onderdelen met bewezen effectiviteit in de behandeling van persisterende complexe rouwstoornis, posttraumatische stressstoornis (PTSS) en depressie: informatie en motivatie, rouwgerichte exposure, memorabilia en schrijfopdrachten, betekenisgeving en activering, en een afscheidsritueel. Rouwgerichte exposure kan plaatsvinden op vier manieren, afhankelijk van de vermijding door de patiënt van de realiteit van het verlies en/of de herinneringen aan de traumatische omstandigheden ervan.

Vorm (hoe)

Tijdens deze interactieve workshop maakt u kennis met de verschillende therapie-onderdelen en de verschillende vormen van rouwgerichte exposure. Daarbij wordt gebruik gemaakt van videomateriaal en casuïstiek.

Leerdoelen

Na deelname aan de workshop herkent u klachten als gevolg van traumatisch verlies, kent u behandelindicaties voor BEP-TG en weet u onderscheid te maken tussen verschillende vormen van traumatische-rouwgerichte exposure.

Literatuurverwijzing

Boelen P.A., Smid G.E. (2017). Disturbed grief: prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. *The BMJ*, 357, j2016. doi:10.1136/bmj.j2016De Heus, A., Hengst, S. M. C., de la Rie, S. M., Djelantik, A. A. M., Boelen, P. A., & Smid, G. E. (2017). Day patient treatment for traumatic grief: preliminary evaluation of a one-year treatment programme for patients with multiple and traumatic losses. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 1375335. doi: 10.1080/20008198.2017.1375335Smid, G. E., Kleber, R. J., de la Rie, S. M., Bos, J. B., Gersons, B. P., & Boelen, P. A. (2015). Brief Eclectic Psychotherapy for Traumatic Grief (BEP-TG): toward integrated treatment of symptoms related to traumatic loss. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 27324. doi:10.3402/ejpt.v6.27324

W19 Leefstijl ter preventie en behandeling van stemmings- en angststoornissen

dr. Rogier Hoenders ^p1

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. In het visiedocument van de federatie voor medisch specialisten 2025 wordt gesproken over 'de medisch specialist als leefstijlcoach' (FMS, 2016). Er is 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). Tevens lijken leefstijl veranderingen kosteneffectief (Stahl et al., 2015). Er is recent meer inzicht gekomen in werkingsmechanismen van leefstijl veranderingen, zoals de gut-brain-axis, het microbioom 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 behandel aanbod.

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.
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.
Stahl JE, Dossett ML, LaJoie AS, Denninger JW, Mehta DH, Goldman R, et al. (2015) Relaxation Response and Resiliency Training and Its Effect on Healthcare Resource Utilization. *PLoS ONE* 10(10): e0140212.
Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *The American Psychologist*, 66(7), 579-592.

W20 Patiënten met een therapieresistente conversiestoornis: is er nog beweging mogelijk?

dr. Lineke Tak ^{p1} / dr. Babette de Graeff-Meeder ² / MD Mirte Hulscher-Ruks ^{p2}

P: Workshopleiders

1. Dimence
2. Altrecht Psychosomatiek

Inhoud (wat)

Conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis) heeft een roemruchte geschiedenis in de geneeskunde en valt nu onder de somatisch-symptoomstoornis en aanverwante stoornissen in de DSM-5. Toegepaste behandelingen zijn o.a. fysiotherapie, psychotherapie, hypnotherapie en multidisciplinaire behandeling. Er is echter ook een groep patiënten te identificeren bij wie sprake is van een therapieresistente conversiestoornis. Bij deze groep patiënten lijkt behandeling de klachten soms juist steeds erger te maken: ze worden rolstoel- of bedgebonden, krijgen katheters of voedingssondes en ondanks dat er zeer ernstige klachten zijn, raken ze in de tussentijd wal en schip en ontvangen soms uiteindelijk alleen nog zorg van de huisarts. Er ontstaat veel machteloosheid van zowel patiënt, systeem als vaak meerdere betrokken behandelaars. Niemand krijgt grip op patiënt. Dat leidt er mede toe dat er regelmatig gedacht wordt aan een nagebootste stoornis. Er zijn geen richtlijnen hoe om te gaan met deze groep patiënten met een (richtlijn)therapieresistente conversiestoornis. Toch is het belangrijk een kader te hebben hoe een geïntegreerde visie te houden op een patiënt die in beeld is bij verschillende hulpverleners. Kan de volwassenenzorg iets leren van AMBIT (Adolescent Mentalization Based Integrative Therapy)? Kan het maken van een 'desintegratie raster' helpen in situaties met hyper- en hypomentaliseren zoals die vaak voorkomen bij patiënten en hulpverleners rond een therapieresistente conversiestoornis? In deze workshop zal de (wetenschappelijke) achtergrond geschetst worden van de historie en huidige behandelinzichten betreft de conversiestoornis. Vervolgens wordt casuïstiek besproken vóórbij geldende behandelrichtlijnen, waarbij steeds de vraag aan het publiek is wat hun overwegingen en beleid zou zijn en besproken of principes uit AMBIT hulpverleners geholpen hebben.

Vorm (hoe)

Theorie: wetenschappelijke presentatie. Praktijk: casuïstiek-bespreking van patiënten met een ernstige, therapieresistente conversiestoornis met participatie publiek, waarbij de steeds eerst de vraag aan het publiek is: 'wat zou u nu doen?' en vervolgens besproken wordt wat er gedaan is en of dat effectief was.

Leerdoelen

- Herkennen van groep patiënten met ernstige, therapie-resistente conversiestoornis
- Onderscheid maken tussen conversiestoornis en nagebootste stoornis
- Kennen evidence-based behandelingen conversiestoornis en beschreven interventies voor patiënten met ernstige, therapieresistente conversiestoornis
- Kennismaken met het AMBIT model, toegepast op hulpverleners
- Uitwisseling van ervaringen met interventies vóórbij de geldende richtlijnen.

Literatuurverwijzing

Spaans J, van der Horst H, Rosmalen J, van Rood Y, Visser S (redactie). Handboek Behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. LannooCampus, Tielt, 2017. Bevington D, Fuggle P, Fonagy P. Applying attachment theory to effective practice with hard-to-reach youth: the AMBIT approach. *Attach Hum Dev.* 2015;17(2):157-74. van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, Kleinstaubler M, Leone SS, Terluin B, et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2014(11):CD011142. Stone J. Therapeutic sedation for functional (psychogenic) neurological symptoms. *J Psychosom Res.* 2014 Feb;76(2):165-8. Stone J. Neurologic approaches to hysteria, psychogenic and functional disorders from the late 19th century onwards. *Handb Clin Neurol.* 2016;139:25-36. Schönfeldt-Lecuona C, Lefaucheur JP, Lepping P, Liepert J, Connemann BJ, Sartorius A, Nowak DA, Gahr M. Non-Invasive Brain Stimulation in Conversion (Functional) Weakness and Paralysis: A Systematic Review and Future Perspectives. *Front Neurosci.* 2016 Mar 31;10:140.

W21 AMBIT: translatie van psychotherapie naar buiten de muren van de GGZ

MD Saskia Knapen ^p¹ / MD Rozemarijn van Duursen ^p¹

P: Workshopleiders

1. Altrecht

Inhoud (wat)

Patiënten met ernstige hechtingsproblemen vormen een moeilijk te bereiken doelgroep, die vaak al een lange, gebroken hulpverleningsgeschiedenis achter de rug hebben. Door eerdere ervaringen met de GGZ zijn ze gedesillusioneerd geraakt en zijn ze hun vertrouwen in de hulpverlening verloren, waardoor het veel moeite kost om weer vertrouwen op te bouwen in de behandelrelatie. Interactieproblemen en heftig destructief gedrag staan in de behandeling vaak op de voorgrond. Dit levert ook bij hulpverleners soms heftige emoties op, die ertoe leiden dat de (behandel)relatie met deze mensen onder druk kan komen te staan. Het kunnen delen en begrijpen van deze emotionele reacties is van groot belang om de behandelrelatie te kunnen behouden en de behandeling te kunnen volhouden. Ondersteuning van je eigen mentaliserend vermogen is daarom gewenst. Inbedding in een team met kennis en vaardigheden t.a.v. persoonlijkheidsstoornissen wordt als essentieel geacht voor het behoud van gezonde en productieve medewerkers, maar ook voor de borging van de kwaliteit van de behandeling en het voorkomen van onder behandeling en iatrogene schade. AMBIT (Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment) biedt hiertoe een gestructureerde werkwijze, die binnen het Anna Freud Centre in Londen ontwikkeld is voor moeilijk te bereiken mensen met ernstige complexe problemen op verschillende levensdomeinen. AMBIT is gebaseerd op de hechtingstheorie en legt een sterke nadruk op het bouwen van relaties. Het is geen individuele therapie, maar een teambenadering. In de werkwijze wordt de aandacht niet alleen gericht op de patiënt, maar gelijk verdeeld over het werken met de patiënt, je team, je netwerk en het leren van wat je doet (de vier domeinen van het AMBIT-wiel).

Vorm (hoe)

In deze workshop wordt uitleg gegeven over de AMBIT-werkwijze, er wordt geoefend met de tools die binnen de vier verschillende domeinen gebruikt kunnen worden, en er is aandacht voor hoe AMBIT te implementeren binnen de bestaande behandelmodellen.

Leerdoelen

- kennismaking met de AMBIT werkwijze
- kennismaking met praktische AMBIT tools

Literatuurverwijzing

Knapen, S. (2017). AMBIT als antwoord op wijkgericht werken. *GZ-Psychologie*, 9(5), 17-21.

W22 Neuropsychologische bed-side screening

Laura Breuning ^{p1} / Floor van Bergen ^{p2} / Meike Holleman ²

P: Workshopleiders

1. Reinier van Arkel
2. Jeroen Bosch Ziekenhuis

Inhoud (wat)

In de ouderenpsychiatrie gaan psychiatrische klachten vaak gepaard met cognitieve problemen. Het is vaak moeilijk om te onderscheiden of er sprake is van een primair psychiatrische stoornis met comorbide cognitieve problemen of een neurodegeneratieve aandoening met comorbide psychiatrische symptomen. Voor de diagnostiek naar deze complexe ziektebeelden is cognitieve screening onontbeerlijk. Zo vertaalt je het klachten patroon in objectieve waarden, die richting kunnen geven aan de diagnostiek. Uitgebreid neuropsychologisch onderzoek is tijdrovend en bij deze populatie vaak niet haalbaar. Korte neuropsychologische testen kunnen ingezet worden om een indruk te krijgen van het cognitief functioneren.

Vorm (hoe)

In de inleiding zal een actueel overzicht gegeven worden over de verschillende cognitieve screeningsinstrumenten (inclusief een zeer nieuw vertaalde screeningslijst). Er zal ingegaan worden op de mogelijkheden en ook de onmogelijkheden van neuropsychologische screening en een richting gegeven worden welke test wanneer af te nemen. Nadien zal aandacht geschonken worden aan de afname en zal er geoefend worden met de verschillende screeningsinstrumenten.

Leerdoelen

Na de workshop weet je welke screeningstesten je kan afnemen bij verschillende cognitieve symptomen, weet je deze af te nemen en te interpreteren.

Literatuurverwijzing

J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2004 May; 75(5): 700–705. doi: 10.1136/jnnp.2003.021055PMCID: PMC1763549The seven minute screen: a neurocognitive screening test highly sensitive to various types of dementiaE Meulen, B Schmand, J P van Campen, S J de Koning, R Ponds, P Scheltens, and F VerheySeven Minute Screen (7MS)Tijdschrift:Neuropraxis > Uitgave 5/2016Auteur:Marjolein de BrouwerMocatest.orgDautzenberg PLJ, de Jonghe JFM. Montreal Cognitive Assessment: afname- en scoringinstructies. 2004. Beschikbaar via: <http://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/tests-instructions/MoCA-Instructions-Dutch.pdf> [Geraadpleegd op: 2016 Mar 2]Vandermeulen JAM, Derix MMA, editors. Neuropsychologische casuïstiek: verdieping en praktijkgerichte gevalsbeschrijvingen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2015.IPA survey of brief cognitive screening instrumentsKI Shulman, N Herrmann, H Brodaty, H Chiu... - International ..., 2006 - cambridge.org

W23 Tijdschrift voor Psychiatrie workshop: wetenschappelijk publiceren voor aios

dr. Boudewijn Bus ^p1,2 / MD Sanne Smith-Apeldoorn ^p3

P: Workshopleiders

1. GGZ Oost Brabant
2. Maastricht University
3. UMC Groningen

Inhoud (wat)

Binnen de CanMeds competentie “kennis en wetenschap” is beschreven dat elke medisch specialist binnen de opleiding moet leren medische informatie kritisch te beschouwen en de ontwikkeling en verbreding van medisch wetenschappelijke kennis te bevorderen. Een voor de hand liggende manier om deze competentie te ontwikkelen is om zelf artikelen te publiceren. Helaas gebeurt dat in de praktijk niet frequent, getuige het feit dat bij het Tijdschrift voor Psychiatrie in het afgelopen jaar slechts negen oorspronkelijke artikelen zijn gepubliceerd met een aios als eerste auteur. Mogelijke redenen hiervoor zijn de beperkte mogelijkheden om binnen de opleiding data te verzamelen en/of een hoge ervaren drempel om het verrichte werk (wat doorgaans wel als eindreferaat wordt gepresenteerd) om te zetten in een artikel. Het schrijven van een referaat is een mooi alternatief om het wetenschappelijk denken te ontwikkelen en tevens een artikel te publiceren, zonder dat er data verzameld hoeft te worden. In deze workshop zullen we uitgebreider ingaan op de vraag hoe een artikel goed gerefereerd kan worden om zodoende de kans op acceptatie en publicatie te vergroten. Tevens zullen we aandacht besteden aan het schrijven van een goede gevalbeschrijving. Dit is, naast het schrijven van een referaat, een andere laagdrempelige manier om te publiceren. De workshop is gericht op aios, maar kan ook nuttig zijn voor supervisors die aios begeleiden bij het werken aan hun wetenschappelijke competenties.

Vorm (hoe)

De workshop wordt gegeven door twee redacteuren van het tijdschrift voor psychiatrie. We starten met een korte introductie over de verschillende mogelijkheden voor aios om te publiceren in een peer reviewed tijdschrift. Daarna zullen we gezamenlijk op een interactieve manier het proces doorlopen om tot een publicabel referaat te komen. Ten slotte wordt stilgestaan bij de kenmerken van een goede gevalbeschrijving.

Leerdoelen

- Een overzicht krijgen van de mogelijkheden voor aios om een artikel te publiceren, ook wanneer er geen zelfstandig onderzoek wordt verricht.
- Vaardigheden ontwikkelen om een artikel te refereren en om te zetten in een publicabel referaat
- Vaardigheden ontwikkelen om een goede gevalbeschrijving te schrijven

Literatuurverwijzing

Geen

W24 Wanneer werkt feedback? Het kritisch gebruik van feedback als procesversneller in behandeling

drs Rint de Jong ^{p1} / dr Heddeke Snoek ^{p1} / dr Helen Klip ¹

P: Workshopleiders

1. Karakter

Inhoud (wat)

Systematisch werken met feedback van de patiënt bij elke sessie, als praktische vorm van ROM, vertaalt de geboden zorg naar een personalized care. Een open attitude van de behandelaar, efficiënte digitale assessment en delibereren met de patiënt over de feedback verhoogt de sensitiviteit van de behandelaar voor een van de meest effectief werkzame factoren in behandelingen: de wijze waarop de patiënt de behandeling en de behandelrelatie ervaart. Het vragen naar feedback wordt vaak als vanzelfsprekend ervaren, echter daadwerkelijk weten wat de patiënt denkt over de behandeling en de behandelrelatie weten behandelaren vaak toch niet. De sessie-bij-sessie feedback lijkt een veelbelovende aanvulling op gestandaardiseerde ROM: de tijdsresolutie ligt hoger en de vragen sluiten beter aan bij de persoonlijke situatie en dat met een minimale belasting. De feedback stelt de behandelaar in staat het verhaal van de patiënt over de behandeling te vertalen naar kritische succesfactoren voor het doen slagen van de behandeling. In deze workshop presenteren wij u de meest recente bevindingen uit ons RCT naar het effect van systematisch gebruik van feedback binnen een kinderpsychiatrische setting. We laten u kennismaken met Feedback Informed Treatment: een in de behandlesessie toepasbare, digitale en grafische manier om feedback te genereren over zowel het welbevinden van de patiënt als diens beleving van de therapeutische relatie. In de onderzoeksliteratuur is de algemene constatering dat het gebruik van feedback effectief is en staat nu de voor de praktijk bijzonder interessante vraag centraal: bij wie werkt feedback en wanneer? Op basis van onze onderzoeksbevindingen geven wij invulling aan het wanneer. We willen u kritisch laten worden voor timing in de behandeling. Hoe draagt feedback bij aan een optimale match tussen de ontvankelijkheid van de patiënt en de interventie door de therapeut?

Vorm (hoe)

Naast een plenaire inleiding en een korte bespreking van onze onderzoeksresultaten kan iedere deelnemer participeren in het gebruik van de Feedback Informed Treatment Tool. Participanten dienen hiervoor te beschikken over een device met WiFi (smartphone, tablet, laptop). In een discussie-werkvorm onderzoeken we de relevantie van de factor Timing in behandeling om vervolgens in subgroepen hiermee praktisch aan het werk te gaan op basis van feedbackprofielen uit casuïstiek. We ronden af met een plenaire reflectie over de ontstane inzichten tijdens deze workshop.

Leerdoelen

1. De participanten hebben kennis van recente inzichten over het gebruik van feedback in behandeling en integreren dit in hun professionele kritische houding ten aanzien van ROM in het algemeen en meer specifiek ten aanzien van gebruik van feedback in behandeling.
2. De participanten ervaren de toepassingsmogelijkheden van de feedback-tool Feedback Informed Treatment en bepalen voor zichzelf de meerwaarde hiervan voor de eigen behandelsetting.
3. De participanten verhogen hun behandel efficiëntie door kritisch gebruik te maken van de factor timing.

Literatuurverwijzing

Gondek, D., Edbrooke-Child's, J., Fink, E., Deighton, J. & Wolpert, M. (2016). Feedback from Outcome Measures and Treatment Effectiveness, Treatment Efficiency, and Collaborative Practice: A Systematic Review. *Administration and Policy in Mental Health*, 43: 325-343
Bargmann, S. & Robinson, B. (2012). Manual 2: Feedback-Informed Clinical Work: The Basics. International Center for Clinical Excellence
Miller, S.D., Duncan, B.L., Brown, J., Sorrell, R., & Chalk, M.B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome. *Journal of Brief Therapy*, 5, 5-22.

W25 Verhalen vertalen: de impact van een tuchtklacht

dr. Ursula Klumpers ^{p1,2} / mr Caren Velink ^{p3} / mr. dr. Brenda Frederiks ^{4,5} / mr Rembrandt Zijderhoudt ⁶

P: Workshopleiders

1. GGZ inGeest
2. VUmc School of Medical Sciences
3. Velink & De Die advocaten Amsterdam
4. VU Universiteit Amsterdam
5. Centraal Tuchtcollege Den Haag
6. Zijderhoudt Consultancy

Inhoud (wat)

In de huidige maatschappelijke gezondheidssetting neemt de klachtbereidheid van patiënten toe. Als een klacht van een patiënt over de behandeling niet binnen de werksetting kan worden opgelost, kan deze uitmonden in een gang naar het medisch tuchtcollege. Een (tucht)klacht of de vrees de daartoe, geeft veel stress en heeft een grote impact op het dagelijkse functioneren als professional. Uit literatuur wordt duidelijk dat de minderheid van de artsen immuun is voor de (aan)klachten en dat maar een zeer klein aantal artsen aangeeft de klacht als leermoment te ervaren

(1). Naar de eventuele gevolgen van een tuchtklacht is zowel in Nederland als in het buitenland beperkt onderzoek gedaan. Vele artsen ervaren stress mede vanwege de onvoorspelbaarheid over de voortgang en het verlies van controle, omdat de regie bij de klager c.q. het tuchtcollege ligt. Gevoelens van schaamte spelen bij behandelaren een grote rol. Artsen functioneren na het doormaken van een tuchtprocedure, ongeacht de uitkomst, doorgaans minder goed dan daarvoor. Denk aan: defensiever werken, minder werkplezier hebben, meer aan hun eigen belang - het voorkomen van een klacht - denken, en minder aan de belangen van de patiënt

(2). Als reactie kunnen verschijnselen optreden van depressie of 'overwhelming anger', somatische klachten, alcohol of drugsgebruik. 12% van de artsen > 60 jaar stopt met de uitoefening van het vak na een boete of berisping en in 3% volgt suïcide

(3). Eigenlijk kun je spreken van een psychotrauma met een gefaseerde verwerking van zowel emotionele als professionele reacties.

Vorm (hoe)

In deze workshop wordt aandacht besteed aan de verschillende aspecten die komen kijken bij een tuchtklacht, zoals de procedure en het inschakelen van bijstand. Er wordt casuïstiek besproken en is er ruimte om ervaringen met elkaar uit te wisselen. Beoogd wordt de deelnemers handvatten te geven hoe te handelen in het geval hij/zij geconfronteerd wordt met een tuchtklacht.

Leerdoelen

Het onderkennen van

- de impact van een tuchtklacht op professioneel en emotioneel vlak
- het belang van juridische professionele counseling
- de noodzaak van support uit professionele en privé omgeving, en dit weten te organiseren.

Literatuurverwijzing

1. Tuchtrect: wordt de dokter er beter van? Medisch Contact 30 september 20152. Niet meer de oude na een tuchtrechtklacht. Sophie Broersen, Medisch Contact 28 januari 20153.

<https://www.nivel.nl/nl/nieuws/openbaarmaking-tuchtuitspraak-extra-belastend-voor-zorgverlener>

W26 Moreel Beraad in de forensische psychiatrie

dr. Yolande Voskes^{p1,2} / drs. Swanny Kremer³ / Prof.dr. Frans Koenraadt⁴ / drs. Carolien Sijbrandij⁵ / dr. Jaap van Vliet / drs. Petra de Leede⁶ / drs. Charlotte Karman⁷ / prof.dr. Guy Widdershoven^{p1}

P: Workshopleiders

1. VUmc
2. GGZ Breburg
3. FPC van Mesdag
4. Universiteit van Utrecht
5. Trajectum
6. FPA Roosenburg
7. GGZ Nederland

Inhoud (wat)

De Commissie 'Ethiek in de Forensische Psychiatrie' houdt zich sinds 2008 bezig met ethische vragen in het veld van de forensische zorg. Deze commissie bestaat uit behandelaars, ethici en juristen uit praktijk en wetenschap en wil een platform zijn waar ethische vragen in de forensische zorg besproken kunnen worden. Dit gebeurt door o.a. expertmeetings, werkbezoeken maar ook door middel van Moreel Beraden in de praktijk. Een Moreel Beraad is een gesprek waarin de deelnemers gezamenlijk een ethische kwestie uit hun werk bespreken. Zij doen dit gestructureerd, aan de hand van een gespreksmethodiek, en met behulp van een gespreksleider. Tijdens een Moreel Beraad wordt aan de hand van een concreet voorbeeld uit de dagelijkse praktijk, samen gezocht naar een antwoord op de vraag wat in die specifieke situatie goede zorg is. Moreel Beraad richt zich allereerst op het verbeteren van de kwaliteit van zorg binnen de besproken casus. Daarnaast is ook de toename van professionele morele competenties een belangrijk doel. Tot slot beoogt een Moreel Beraad de kwaliteit van zorg te verbeteren op het niveau van de organisatie, door het stimuleren van een gezamenlijk leerproces en het verbinden van Moreel Beraad met instellingsbeleid.

Vorm (hoe)

Tijdens de workshop zal er kort ingegaan worden op het werk van de ethische commissie waarna een casus besproken zal worden uit de eigen praktijk van een van de deelnemers door middel van Moreel Beraad.

Leerdoelen

De deelnemers:

- maken kennis met het werk van de ethische commissie forensische psychiatrie
- krijgen inzicht in eigen morele dilemma's in de (forensisch) psychiatrische praktijk
- maken kennis met Moreel Beraad als methode voor morele reflectie

Literatuurverwijzing

- van Dartel, H. & Molewijk, A.C. (2014). In gesprek blijven over goede zorg; overlegmethoden voor ethiek in de praktijk. Amsterdam: Boom uitgeverij
- Voskes, Y., Weidema, F. & Widdershoven, G.A.M. (2016). Clinical ethics in Forensic Psychiatry: Using Moral Case Deliberation in order to foster reflection and dialogue at the ward. *Journal of Clinical Ethics*, 11,

W27 Neuroimaging voor psychiaters

MD Peter Mulders ^p1 / MD Daphne Everaerd ^p2

P: Workshopleiders

1. RadboudUMC
2. Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis

Inhoud (wat)

Na de positieve ontvangst van vorig jaar dit jaar een nieuwe editie van “Neuroimaging voor psychiaters”. Een grote uitdaging in de vertaling van neurobiologie naar de kliniek gaat over het interpreteren van neuroimaging onderzoek. Wat betekent het? Hoe beoordeel ik of de gebruikte methode gangbaar is? Hoe interpreteer ik de figuren en wat betekenen de conclusies nu concreet voor mijn patiënten? Allemaal vragen die een zekere kennis vereisen van de hedendaagse psychiater; kennis die echter door de breedte van de neuroimaging niet makkelijk is om je eigen te maken. Vanuit deze gedachte gaan we, vanaf de basale natuurkunde tot aan de interpretatie, op een interactieve manier aan de slag met de verschillende typen neuroimaging, wat het meet en wat je er mee kan.

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. Deze workshop wordt gegeven door twee psychiaters (in opleiding) die zich tijdens hun promotieonderzoek verdiept hebben in verschillende neuroimaging technieken.

Leerdoelen

Kennis vergroten van neuroimaging technieken die worden ingezet voor wetenschappelijke publicaties binnen de psychiatrie- methodesectie van imaging paper leren begrijpen.

Literatuurverwijzing

Literatuur wordt ter plekke uitgedeeld en besproken.

W28 Intensive Home Treatment (IHT) als model voor ambulante psychiatrische crisisbehandeling: van theorie naar de Nederlandse praktijk

Jurgen Cornelis ¹ / Lianne Boersma ² / Elnathan Prinsen ³

P: Workshopleiders

1. Arkin
2. GGZ Noord-Holland-Noord
3. Dimence

Inhoud (wat)

Het idee om psychiatrische behandelingen zo veel als mogelijk thuis te laten plaatsvinden is niet nieuw. Intensive Home Treatment (IHT) is een model gebaseerd op eerdere ervaringen met ambulante hulpverlening voor psychiatrische patiënten en verder uitgewerkt voor de beoordeling en behandeling van een psychiatrische crisissituatie. De kern van het model is:

- Het op zeer korte termijn beoordelen van de situatie.
- Het direct starten, indien nodig, van een kortdurende psychiatrische behandeling.
- Het inzetten van intensieve zorg thuis met als doel een opname te voorkomen of te verkorten.
- Het continueren van de zorg totdat deze is overgedragen of afgesloten.

Sinds 2000 is dit model op grote schaal geïmplementeerd in de United Kingdom waar sinds die tijd ook veel onderzoek naar IHT is gedaan. Uitkomsten uit dit onderzoek zijn onder andere dat IHT opname voorkomend werkt, patiënten en naastbetrokkenen tevreden zijn over de geboden zorg en klinische resultaten vergelijkbaar zijn met die van klinische opnames. In 2012 zijn de eerste IHT-teams in Nederland opgestart en in de daarop volgende jaren zijn er veel teams verspreid over het hele land bijgekomen.

Vorm (hoe)

In deze interactieve workshop worden de ervaringen gedeeld met betrekking tot hetgeen de IHT methodiek inhoudt en hoe deze methodiek is te implementeren. Vanuit het platform IHT Nederland zullen door verschillende sprekers in een aantal korte inleidingen over de methodiek worden gegeven en over de stand van zaken met betrekking tot onderzoek naar IHT in Nederland. Er zal op een interactieve manier ingegaan worden op de verschillende dilemma's in het organiseren van en werken in een IHT-team.

Leerdoelen

Aan het einde van de interactieve workshop hebben deelnemers duidelijk een beeld van hetgeen de IHT methodiek inhoudt, de uitvoering ervan, mogelijke dilemma's, de successen en de stand van zaken m.b.t. het onderzoek naar IHT in Nederland.

Literatuurverwijzing

Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G. Crisis resolution and home treatment in mental health. Cambridge: Cambridge University Press; 2008. Prinsen E, Wel B, Mulder N & De Koning N. Handboek intensive home treatment. Utrecht: de Tijdstroom; 2016.

W29 Een translationale uitdaging: vertaalslag van en naar naastbetrokkenen

drs. Erwin van Meekeren ^p¹ / Drs Jan Baars ^p²

P: Workshopleiders

1. BirdView
2. GGZ Centraal

Inhoud (wat)

De omgeving van onze patiënten bepaalt mede het verhaal van de patiënt, en de dialoog met de psychiater. Naast internet -inclusief sociale media- gaat het ook om naastbetrokkenen. Welke hypothesen hebben zij en hoe zijn die van invloed op de patiënt en op de dialoog (shared decision making). Welke invloed hebben onze hypothesen, zeker als deze hen in verleden en/of heden als 'mede-veroorzaker' zien, op naastbetrokkenen? Hoe vertalen we alle verhaallijnen en uiteenlopende perspectieven en belangen naar een gemeenschappelijk verhaal? Deze workshop biedt praktische interventies om alle betrokkenen aan tafel te krijgen, te houden en hetzelfde belang na te streven.

Vorm (hoe)

Na een korte theoretische onderbouwing gaat het over de praktijk. Hoe vertalen we de verschillende perspectieven tot een vruchtbare samenwerking. M.b.v. onze casuïstiek, en inbreng van de deelnemers wordt aangemoedigd, gaan we aan de slag: het motivatiegesprek met de patiënt, de uitnodiging, het eerste contact en de verdere samenwerking en vertaalslagen.

Leerdoelen

Het leren van praktische interventies om alle betrokkenen aan tafel te krijgen, te houden en hetzelfde belang na te streven.

Literatuurverwijzing

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 Boom
Meekeren, E. van & J. Baars (2014). Hoe betrek je familie en andere naasten bij psychotherapie. In: Themanummer Tijdschrift voor Psychotherapie, 1, 62-79.
Meekeren, E. van & J. Baars (2016). Contextuele psychiatrie, een herwaardering; met focus op naastbetrokkenen. Tijdschrift voor psychiatrie, 4, 301-308

W30 Werkzame elementen uit evidence-based PTSS-behandelingen toegepast in sandbox games bij kinderen en jongeren

Drs. Rik Knipschild ^p1

P: Workshopleider

1. Karakter kinder- en jeugdpsychiatrie

Inhoud (wat)

De klachten van kinderen met een posttraumatische stress stoornis (PTSS) zijn doorgaans goed te behandelen met EMDR en schrijftherapie (De Roos e.a., 2017), exposuretherapie (Hendriks e.a., 2017) of traumagerichte cognitieve gedragstherapie (Diehle e.a., 2014). Deze interventies zijn opgenomen in diverse nationale en internationale richtlijnen als 1e keuze behandeling bij PTSS. Soms zijn kinderen echter onvoldoende gemotiveerd om met de genoemde therapieën te starten. Bijvoorbeeld omdat de therapievorm en therapiesetting onvoldoende aansluiten bij de belevingswereld van het kind of de jongere. Deze workshop gaat over het flexibel toepassen van werkzame elementen (Schnyder e.a., 2015) uit evidence-based PTSS-behandelingen met als doel om aansluiting bij jongeren te vinden en motivatie te vergroten voor behandeling van de posttraumatische stress. De uitdaging voor de therapeut is gelegen in het vertalen van de werkzame elementen naar een behandelcontext waarbinnen de jongere gemotiveerd raakt om met verwerking aan de slag te gaan. Een van de middelen die een therapeut in zou kunnen zetten is het gebruik van sandbox games. Oftewel, Open-Wereld games zoals Minecraft en Lego Worlds. In deze workshop wordt aan de hand van actuele casuïstiek de toepassingsmogelijkheden en beperkingen besproken van games als middel in een PTSS-behandeling.

Vorm (hoe)

Workshop

Leerdoelen

In de workshop leren de deelnemers over werkzame elementen van diverse evidence-based PTSS-behandelingen bij kinderen. In de workshop wordt besproken hoe werkzame elementen uit bestaande PTSS-behandelingen flexibel toegepast kunnen worden in sandbox games op de PC, Xbox One, Playstation 4 en Nintendo Switch. In de workshop worden de deelnemers gestimuleerd om creatief na te denken over het flexibel toepassen van werkzame elementen uit PTSS-behandelingen met behulp van, voor hen, passende middelen.

Literatuurverwijzing

de Roos C, van der Oord S, Zijlstra B, Lucassen S, Perrin S, Emmelkamp P, de Jongh A (2017). Comparison of EMDR Therapy, cognitive behavioral writing therapy, and Waitlist in Pediatric PTSD Following Single- Incident Trauma: A Multi-Center Randomized Clinical Trial' in *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (June 29th 2017). DOI: 0.1111/jcpp.12768. Diehle J, Opmeer BC, Boer F, Mannarino AP, & Lindauer RJL. (2014). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(2), 227–236. Hendriks L, de Kleine RA, Heyvaert M, Becker ES, Hendriks GJ, van Minnen A (2017), Intensive prolonged exposure treatment for adolescent complex posttraumatic stress disorder: a single-trial design. *J Child Psychol Psychiatr.* Schnyder U, Ehlers A, Elbert T, Foa EB, Gersons BP, Resick PA, e.a. (2015). Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? *European Journal of Psychotraumatology*, 14(6), 28186, Doi:10.3402/ejpt.v6.28186.

W31 Autisme en eetproblemen

dr. Annelies Spek ^{p1} / Drs. Vivian Snouckaert ^{p1}

P: Workshopleiders

1. Autisme Expertisecentrum

Inhoud (wat)

Wetenschappelijk onderzoek naar de combinatie van autisme en eetstoornissen is zeer beperkt en is vooral gericht op mensen met een intellectuele beperking. Dit maakt het voor klinici moeilijk om eetstoornissen te herkennen bij mensen met autisme en om autisme te herkennen bij mensen met een eetstoornis. Verder weten we nog weinig over de behandeling van eetstoornissen bij mensen met autisme. Tijdens deze workshop wordt ingegaan op zowel diagnostiek als behandeling van volwassenen met autisme en een comorbide eetstoornis.

Vorm (hoe)

Bij de workshop wordt gebruik gemaakt van filmpjes om de theorie toe te lichten en de problematiek levendig te maken. Daarnaast wordt met de mensen in de zaal gediscussieerd over differentiaaldiagnostiek en behandelmogelijkheden bij deze complexe patiëntengroep.

Leerdoelen

- Leren herkennen wanneer er, naast de eetstoornis, ook sprake is van een autismspectrumstoornis.
- Leren inschatten welke behandeling en begeleiding het meest aansluit bij mensen met autisme en een eetstoornis.

Literatuurverwijzing

Spek, A.A. (2015). Eetproblemen bij mensen met een autismspectrumstoornis zonder intellectuele beperking. Tijdschrift voor Psychiatrie, 10, 749-756.

W32 Neurocognitieve screeners voor psychiaters

Drs. MSc. Joris van der Vlugt ^p1 / Drs. Mike van Kessel ^p2

P: Workshopleiders

1. Delta psychiatrisch centrum/Maasstadziekenhuis

2. Antes

Inhoud (wat)

Cognitieve stoornissen komen voor bij bijna ieder psychiatrisch ziektebeeld. Vroeger werd gedacht dat deze afwijkingen verbleekten als het psychiatrisch ziektebeeld in remissie ging. Tegenwoordig komt er steeds meer evidentie naar voren waaruit blijkt dat dit niet zo is. Een delirium kan bijvoorbeeld een voorbode zijn van dementie en patiënten kunnen nog lang na een depressie cognitieve problemen ondervinden. Het uitvragen van (milde) cognitieve afwijkingen bij psychiatrische ziekten wordt vaak door psychiaters zelf gedaan. Door inzet van neurocognitieve screeners kan, mits 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's van de afgelopen twee 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., Fleming, S., Kopelman, M., Lovestone, S., Mellers, J. (4 th ed.) *Lishman's Organic Psychiatry, a Textbook of Neuropsychiatry*. Oxford: Wiley Blackwell Science Ltd. (ISBN: 9781405118606 hard cover)

W33 “Even Slikken: de zin en onzin van antidepressiva” Hoe vertaal je als jonge psychiater wetenschappelijke kennis en informatie naar de praktijk?

dr. Paul Naarding ^{p¹} / Dr. Christiaan Vinkers ^{p²}

P: Workshopleiders

1. GGNet
2. UMC Utrecht

Inhoud (wat)

Begin 2017 kwam het boek ‘dodelijke psychiatrie en stelselmatige ontkenning’ van de internist Peter Götzsche op de markt. Er was rondom dit sterk polariserende boek veel publiciteit en ook binnen de beroepsgroep ontstond hierover discussie. Dit ging o.a. over het gebruik, de werkzaamheid en de bijwerkingen van antidepressiva. In plaats van alleen maar in de verdediging te schieten op kritische berichtgeving, zou de beroepsgroep actiever mogen uitdragen dat medicatie één van de reële behandelopties is bij een depressie. Daarvoor is eerlijke en evenwichtige informatie en kennis van zaken nodig, met ruimte voor twijfel, zowel voor gebruik in de media als in de behandelkamer.

Vorm (hoe)

Deze workshop zal in de vorm van een quiz zijn, en is speciaal bedoeld voor aios psychiatrie. Aan de hand van 20 vragen zullen de belangrijkste thema's rondom de epidemiologie van depressie, het gebruik (werking en bijwerkingen) van antidepressiva, de rol van de farmaceutische industrie en de (jonge) psychiater in de maatschappij de revue passeren. Hoe gaan we als beroepsgroep om met media-aandacht? Hoe komen we constructief en positief in het nieuws ipv te reageren op anderen?

Leerdoelen

U neemt kennis van de epidemiologie van de depressieve stoornis

U weet aan het eind van deze quiz alles van antidepressiva t.b.v. de behandeling van uw patiënten

U kunt aan het eind van deze quiz uw positie als jonge psychiater innemen in het publieke debat

U kent de rol van de farmaceutische industrie in het ontwikkelen en aan de man brengen van antidepressiva

Literatuurverwijzing

CH Vinkers en Roeland Vis: Even slikken: de zin en onzin van antidepressiva. Uitgeverij Prometheus 2017.

W34 Ouderschap bij verwaarlozing en mishandeling: beoordelen – beslissen – behandelen bij onveiligheid

dr. Alfons Crijnen ^{p1} / dr. Irma Hein ² / drs. Marie-José van Hoof ^{p3} / drs. Cecil Prins ⁴ / drs. Frederike Scheper ⁵ / drs. Linda Vögtlander

P: Workshopleiders

1. de Waag Forensische Zorghspecialisten
2. AMC/de Bascule
3. YOEP Onderwijs en Zorg/Curium-LUMC/eigen praktijk
4. GGZ Drenthe
5. MOC Kabouterhuis

Inhoud (wat)

Safety first bij dreiging van onveiligheid bij geweld en mishandeling – zo leert ons stap 4 & 5 van de Meldcode Kindermishandeling. Maar hoe schatten we dan in dat ouders tekortschieten in de zorg voor hun kind? 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 expertgroep Trauma en Kindermishandeling instrumenten en methoden waarmee het risico op onveiligheid getaxeerd kan worden, waarmee de kwaliteit van de ouder-kind interactie en de hechting beoordeeld kan worden, waarmee door een gezinsopname in moeilijke gevallen toch een oordeel gevormd kan worden. 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. In deze workshop worden instrumenten en methoden geplaatst in het kader van MDA ++: Multidisciplinaire Aanpak Kindermishandeling met aandacht voor beschadiging bij het kind en de aanpak van risicofactoren bij ouders. Risicotaxatie richt zich op het vaststellen van acuut gevaar en het risico op toekomstig gevaar van kindermishandeling. Risicofactoren, zoals verstoorde impulscontrole, alcoholmisbruik of verstandelijke beperking, werken door op het kind via tekortschietende ouderschapsvaardigheden. Aan de hand van de ARIJ, een veelgebruikt instrument, worden relevante risicofactoren besproken. De ouder-kind interactie wordt beoordeeld op de mate waarin ouders aansluiten op de ontwikkelingsbehoefte van het kind, op gezins- en omgevingsfactoren, en op ouderschaps capaciteiten. Deze laatste betreft de mate waarin voldaan wordt aan basale zorg, aan stimulatie, structuur en warmte, en aan de mate waarin veiligheid wordt gegarandeerd. Talloze instrumenten zijn beschikbaar om deze capaciteiten te scoren. Aandacht verdient de hechting, omdat het diagnosticeren van onveilige, en met name gedesorganiseerde, gehechtheid belangrijk is. Gedesorganiseerde gehechtheid hangt samen met onverwerkt verlies en met transgenerationale overdracht van onveilige gehechtheid. Handvaten worden gegeven voor het vaststellen van gehechtheid bij ouder en kind. Gezinsopname voor ouders en kinderen gericht op beoordeling en behandeling kan het antwoord zijn in bijzondere gevallen van onveiligheid en is beschikbaar op enkele plaatsen in Nederland. Het raamwerk voor de beoordeling van ouderschapsvaardigheden wordt gegeven. Benadrukt wordt dat in deze centra beoordeling van het ouderschap gekoppeld wordt aan een beoordeling van de behoeften van het kind en aan behandeling. Zo kunnen de mogelijkheden voor verandering en groei beter ingeschat worden. De Multidisciplinaire Aanpak Kindermishandeling met aandacht voor beschadiging bij het kind en de aanpak risicofactoren bij ouders, ook wel bekend als MDA ++, biedt een raamwerk voor state-of-the-art behandeling. Een instrument voor de screening van geweld bij meldingen bij Veilig Thuis en een visiedocument over ketensamenwerking worden besproken.

Vorm (hoe)

Drie werkvormen worden gehanteerd:

- Uitleg over en voorbeelden van risicotaxatie, inschattingen van de ouder-kind interactie, het vaststellen van gehechtheidsstijl, gezinsopname en MDA++ worden gegeven;
- Videofragmenten van een ouder van een jong kind die onveiligheid bespreekt worden getoond;
- Interactie met deelnemers over hun ervaringen met het inschatten van onveiligheid in de ouder-kind interactie en over dilemma's zoals wel of niet melden.

Leerdoelen

Na afloop kennen en herkennen deelnemers:

- Instrumenten voor het inschatten van onveiligheid in gezinnen alsmede voor het inschatten van ouderschapsvaardigheden en gehechtheidsstijlen;
- Een kader voor de Multidisciplinaire Aanpak van Kindermishandeling en de behandeling in uitzonderlijke gevallen.

Literatuurverwijzing

- Van Hoof M.J. (2017) Diagnostiek van gehechtheid in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Tijdschrift voor Psychiatrie 59(2017)9,546-553
- Reder P, Duncan S, & Lucey C (2005) Studies in the assessment of parenting. Routledge, London.
- Vischer A, Grietens H, Knorth E. & Mulder H. (2017) Assessing parenting in the context of reunification of infants/toddlers and their families: how to face the challenges? Infant Mental Health Journal: 38, 406-421
- Vogtländer L & van Arum S (2016): Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risicogestuurde zorg. VNG & GGD GHOR Nederland.

W35 Renale bijwerkingen bij chronisch lithiumgebruik: evidentie en besluitvorming

MD Alexandra Beunders¹ / MD PhD Annemieke Dols^{1,2} / MD PhD Eline Regeer³ / Prof. dr. Ralph Kupka^{p1,2,3}

P: Workshopleiders

1. GGZ inGeest
2. VUmc
3. Altrecht GGZ

Inhoud (wat)

Lithium is het middel van eerste keus bij medicamenteuze behandeling van de bipolaire stoornis. Het gebruik van deze stemmingsstabilisator wordt dan ook aangeraden door alle belangrijke internationale richtlijnen (1,2). Lithium is niet alleen het meest effectief als onderhoudsbehandeling ter preventie van depressieve of (hypo)manische episoden (3), het wordt ook gebruikt in de behandeling van een acute manie (4) of bipolaire depressie, waarbij het vaak gecombineerd wordt met andere middelen (5). Daarnaast vermindert lithium het risico op suicide bij bipolaire stoornis (6) en heeft het mogelijk een neuroprotectief effect (7). Langdurig lithiumgebruik kan echter invloed hebben op de nierfunctie en deze renale bijwerkingen roepen vragen op over welk beleid gevoerd moet worden met betrekking tot het lithium gebruik. Moet een patiënt met een progressieve nierinsufficiëntie stoppen met lithium? En zo ja, wanneer? En zou aan een patiënt met late-onset bipolaire stoornis en een bestaande nierinsufficiëntie lithium als onderhoudsbehandeling overwogen moeten worden? Wat is het beleid bij een 30-jarige vrouw die geen stemmingsepisoden meer heeft gehad sinds start van het lithium maar bij wie de nierfunctie gestaag achteruitgaat? Wat zijn hierbij de afwegingen? Deze workshop bespreekt de huidige kennis over renale bijwerkingen bij chronisch lithiumgebruik. Sinds het verschijnen de huidige richtlijn 'Renale bijwerkingen chronisch lithiumgebruik' in 2013 (8) meerdere studies verschenen over het langetermijneffect van lithiumgebruik op de nieren. Een update is dus op zijn plaats. Verschillende soorten lithium-geïnduceerde nieraandoeningen komen aan bod, met een focus op renale diabetes insipidus en chronische nierinsufficiëntie. Hierbij zal worden ingegaan op etiologie, prevalentie, diagnostiek en behandeling. Vervolgens wordt de huidige richtlijn onder de loep genomen. Aan de hand van een aantal klinische dilemma's zal een discussie volgen over mogelijk toekomstig beleid rondom renale bijwerkingen bij lithiumgebruik. Hierbij zal worden geoefend met het maken van een risk-benefit analyse (9). Deelnemers zijn uitgenodigd zelf ook casuïstiek in te brengen.

Vorm (hoe)

- Uitgangsquiz met multiplechoicevragen (individueel)
- presentatie door de workshopleiders
- maken van risk-benefit analyse aan de hand van casussen met klinisch dilemma (in kleine groepjes)
- groepsdiscussie over de klinische dilemma's en mogelijk toekomstig beleid.

Leerdoelen

- De deelnemer kent de indicaties en richtlijn voor starten met lithium
- De deelnemer kan farmacologische begrippen als therapeutische breedte, biologische beschikbaarheid, farmacokinetiek en farmacodynamiek m.b.t. de klinische praktijk hanteren en kent de belangrijkste medicamenten die kunnen interacteren met lithium
- De deelnemer kent de noodzakelijke (somatische) controles bij lithium.
- De deelnemer kent de huidige richtlijn voor stoppen met lithium vanwege renale bijwerkingen
- De behandelaar kent de indicatie en medicatiewijzigingen, bij zowel manische als depressieve episodes (inclusief stabiele en acute episodes)
- De deelnemer kent de evidentie van bijwerkingen van lithium op de nieren op de lange termijn
- De deelnemer kan gedeelde besluitvorming toepassen in de klinische praktijk, met betrekking tot acute en chronische nierziekten
- De deelnemer kent het concept 'risk-benefit analyse' en kan deze uitvoeren in de klinische praktijk

Literatuurverwijzing

1. Parker GB, Graham, RK, Tavella, G. Is there consensus across international evidence-based guidelines for the management of bipolar disorder? *Acta Psychiatr Scand* 2017(135); 515–526.
2. Multidisciplinaire Richtlijn Bipolaire stoornissen. 3e herziene versie, 2015. R. Kupka et al.
3. Severus E, Taylor MJ, Sauer C et al. Lithium for prevention of mood episodes in bipolar disorders: systematic review and meta-analysis. *Int J Bipolar Disord*. 2014; 2:15.
4. Cipriani A., Barbui C., Salanti G et al. Comparative efficacy and acceptability of antimanic drugs in acute mania: A multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2011(378); 1306-1315.
5. Malhi et al. Lithiummeter: Version 2.0. *Bipolar Disord*. 2016(8):631-641.
6. Smith KA, Cipriani A. Lithium and suicide in mood disorders: Updated meta-review of the scientific literature. *Bipolar Disord*. Publication online 2017 Sep 12.
7. Quiroz JA, Machado-Vieira R, Zarate CA et al. Novel insights into lithium's mechanism of action: neurotrophic and neuroprotective effects. *Neuropsychobiology* 2010; 62(1):50–60.
8. Richtlijn Renale bijwerkingen chronisch lithiumgebruik. 2013. De Beus & Rookmaaker, zie www.nefrovisie.nl/richtlijnen-indicatoren.
9. Gupta et al. Management of the renal adverse effects of lithium. *Advances in psychiatric treatment* 2013 (19); 457–466.

W36 Elektroconvulsietherapie, the state of the art (duurt drie uur)

dr. Bas Verwey^{p1} / Prof. Walter van den Broek² / Dr. Tom Birkenhäger² / Dr. Theo Groenland

P: Workshopleider

1. Ziekenhuis Rijnstate Arnhem
2. Erasmus MC

Inhoud (wat)

ECT is een behandeling die toenemend kennis en vaardigheden van de uitvoerder vereist. De indicatiestelling, technische aspecten, de anesthesie en de behandeling na ECT worden in deze workshop behandeld aan de hand van de Richtlijn Elektroconvulsietherapie 2010. De indicatie van complexe patiënten en de risicofactoren worden besproken. Technische aspecten als elektrodeplaatsing, bepaling van de insultdrempel, en stimulusdosering passeren de revue in relatie tot het effect. Preoperatieve screening, anaesthesiemiddelen, interacties en bijwerkingen worden besproken met specifieke aandacht voor cardiaal gecompromitteerde patiënten. Zowel de behandeling van patiënten na succesvolle als na niet-succesvolle ECT wordt gepresenteerd, waaronder de indicatie en uitvoering van onderhouds-ECT.

Vorm (hoe)

Interactieve presentatie

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

W37 Vertaling van een lage IQ score naar een classificatie van verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid in DSM-5

Christel Grimbergen ^{p1} / Dr. Joanneke van der Nagel ^{p2} / Dr. Jannelien Wieland ^{3,4}

P: Workshopleiders

1. GGD Amsterdam
2. Tactus Verslavingszorg
3. Poli Plus
4. Cordaan

Inhoud (wat)

Sinds de invoering van DSM-5 is er veel veranderd in de classificatie van zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking. En dat heeft de diagnostiek gecompliceerd. IQ scores zijn minder belangrijk geworden. Er is een belangrijke rol weggelegd voor het adaptief functioneren. Om een verstandelijke beperking te kunnen classificeren moeten er beperkingen in het aanpassingsvermogen zijn zowel op het gebied van leren, op sociaal gebied en in de zelfverzorging. De ernst van de verstandelijke beperking moet gebaseerd worden op de ernst van de afwijkingen van het adaptief functioneren. Maar hoe bekwaam ben je als psychiater in het vaststellen van het adaptief functioneren van je patiënt? En hoe maak je onderscheid tussen de beperkingen die voortkomen uit een psychiatrische stoornis, een verslaving en/of hersenschade bij niet aangeboren hersenletsel en de beperkingen die passen bij een verstandelijke beperking? DSM-5 biedt hier geen handvatten voor. En hoe classificeer je zwakbegaafdheid, nu DSM-5 voor deze V-code geen criteria meer biedt?

Vorm (hoe)

In de workshop bespreken we de ervaringen van deelnemers met de diagnostiek van verstandelijke beperking en zwakbegaafdheid binnen DSM-5. We bieden handvatten hoe om te gaan bij de uitdagingen waarvoor de DSM-5 ons in de praktijk stelt. We zullen ingaan op de rol die IQ scores spelen in de classificatie. We besteden daarnaast extra aandacht aan methoden om het adaptief functioneren vast te stellen. Aan de hand van een papieren casus zal er tijdens de workshop met drie instrumenten geoefend worden om het adaptief functioneren vast te stellen (AVVB, Zelfredzaamheidsmatrix en de klinische blik van de psychiater). We nodigen deelnemers uit eigen instrumenten voor het vaststellen van adaptief functioneren mee te nemen. Daarnaast bespreken we veel voorkomende knelpunten in de diagnostiek van bijzondere doelgroepen in de GGZ: mensen met ernstige psychiatrische comorbiditeit, met verslaving en met niet aangeboren hersenletsel.

Leerdoelen

1. Wat is de rol van IQ bepaling binnen het vaststellen van een verstandelijke beperking en zwakbegaafdheid binnen DSM 5.
2. Hoe meet je het adaptieve vermogen van een persoon met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid?
3. Verschillen in werkwijze bij het vaststellen van 'aangeboren' verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid en 'verworven' vormen bij patiënten met psychiatrische comorbiditeit, bij verslaving en bij niet aangeboren hersenletsel.

Literatuurverwijzing

Grimbergen, C. Diagnostiek van (lichte) verstandelijke beperking in DSM 5. LinkedIn, 2017. Online available: <https://www.linkedin.com/pulse/diagnostiek-van-lichte-verstandelijke-beperking-dsm-5-grimbergen>. Van der Nagel, J., Kiewik, M. en Didden, R. Handboek LVB en verslaving. Utrecht: Uitgeverij Boom, 2017. Wieland, J. en Aldenkamp E. Beperkt begrepen. Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ. Utrecht: Bohn Stafleu, 2017.

W38 Zorg bij Conversie-stoornissen; een translationele uitdaging!

Sabine Swolfs ^p1

P: Workshopleider

1. ETZ, ElisabethTweeStedenZiekenhuis Tilburg

Inhoud (wat)

Onverklaarde motorische of sensorische symptomen worden in de DSM-5 aangeduid als conversiestoornis; "functioneel-neurologische-symptoomstoornis". De klachten kunnen zich onder andere manifesteren als spierzwakte, spierspasmen, moeite met praten, ongevoeligheid voor pijn, doofheid, visusklachten, toevallen en convulsies (PNEA). De conversiestoornis is geen zeldzame aandoening; schattingen van de incidentie bij de neurologische patiëntenpopulatie liggen tussen 1-10%. Zeker bij de ziekenhuis-psiachtrische populatie, komt conversieve uitval veelvuldig voor. Onze ervaring is, dat goede diagnostiek, en vervolgens goede uitleg aan de patiënt en diens netwerk, essentieel zijn voor een goede start van een behandeltraject. Dit sluit wat ons betreft goed aan bij het thema "translationele uitdagingen!". We laten n.a.v. een casus, achtereenvolgens passeren; · Korte update m.b.t. achtergrondinformatie conversie (ouderenpsychiater N.Veth) · Hoe kan een neurologisch onderzoek helpen onderscheid te maken tussen een neurologische ziekte, conversie, nabootsen of simulatie? Hoe kan je "positive signs" benutten in je uitleg? (aios M.Roobol) · Zijn beeldvormende technieken van meerwaarde? (ouderenpsychiater D.Everaerd). Wat zijn do's en don'ts in een conversie-consult? (psychiater S.Swolfs) · Welke reattribution-modellen kunnen helpen? (aios M.Heesterbeek) · Waar bestaat het actuele therapeutisch aanbod bij conversie uit? Hier komen o.a. psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie, fysiotherapie, psychomotore therapie (doel; lichaamsmentaliteit bevorderen) en ook het toepassen van hypnotische interventies aan bod. (klinisch-psychologe E.Beijer).

Vorm (hoe)

We laten bewust in workshop-format, de hierboven genoemde themata op praktisch toepasbare wijze aan bod komen; op een manier die sterk de interactie met de participanten vergroot.

Leerdoelen

State-of-the-art update t.a.v. de achtergronden, diagnostische- en behandelmogelijkheden van conversie. Het oefenen met een "conversie-consult"; hoe krijgen we het goed uitgelegd? Hoe het neurologisch onderzoek max. te benutten ter diagnostiek en reattribution? Is beeldvormend onderzoek nuttig? Welke therapeutische opties zijn wanneer geïndiceerd?

Literatuurverwijzing

Beilen van, M., e.a., Functionele bewegingsstoornissen, Tijdschrift voor Neurologie en Neurochirurgie, 2005, pg.100-107. K.Hoogduin, Psychologische interventies bij conversiestoornissen. Kanaan, R.A. e.a., The role of psychiatrists in diagnosing conversion disorder; a mixed-method analysis. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2016, 1181-1184. Moene, F.C., Rumke, M., Behandeling van de conversiestoornis. 2004, Praktijkreeks Gedragstherapie deel 20. Moene, F.C., Roelofs, K., Hypnosis in the treatment of conversion and somatization disorders. The Oxford Handbook of hypnosis, theory, research and practice, 2008, 625-647. Schaik van, A., e.a., Simulatie in het algemeen ziekenhuis, Ned.Tijdschrift voor Geneeskunde, 2012. Stone J, e.a., Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria". BMJ; October 2005. Themanummer Directieve therapie, 2015, nr.3; toepassing van hypnose en katalepsie bij conversiestoornis Vermeulen, M., Conversiestoornis, Ned.Tijdschrift voor Geneeskunde, 2012.

W39 De downside van het digitale fietsenhok: over de negatieve gevolgen van online interacties tussen jongeren

Drs. Rik Knipschild ^{p1} / Dr. Iva Bicanic ^{p2,3} / Drs. Liesbeth Wasterval ¹

P: Workshopleiders

1. Karakter kinder- en jeugdpsychiatrie
2. Landelijk psychotraumacentrum UMC Utrecht
3. Centrum Seksueel Geweld

Inhoud (wat)

'Merle (15 jr) volgt de aanwijzingen van haar DGT-therapeut en ademt diep in. Ze heeft vandaag moeite zich te focussen op de aandachtsoefening. 'Wat is er aan de hand?', vraagt haar therapeut. Zichtbaar gespannen legt Merle uit dat een van haar vriendinnen op de groepsapp heeft aangegeven niet meer te willen leven nadat een naaktfoto van haar verspreid is. Sindsdien reageert ze niet meer op berichtjes in de groep'. In toenemende mate worden we in de klinische praktijk geconfronteerd met de stormachtige digitale ontwikkelingen en de positieve en negatieve aspecten van social media op het psychisch welbevinden van jongeren zoals Merle. De onbegrensde mogelijkheden om 24/7 met elkaar in contact te staan, en de grensoverschrijdingen die jongeren op verschillende domeinen mee kunnen maken leiden geregeld tot handelingsverlegenheid in de behandelkamer. Filmpjes van pesten worden gedeeld. Naaktfoto's worden zonder toestemming verspreid. Zelfbeschadigend gedrag wordt getoond op Instagram. In hoeverre interfereren online contacten en gebeurtenissen met de psychiatrische (crisis-) behandeling? In welke mate dragen zij bij aan het ontwikkelen en/of in stand houden van psychiatrische problematiek? In deze workshop gaan de sprekers hier nader op in en zullen zij inzoomen op de begeleidings- en behandelmogelijkheden bij online seksueel geweld (sexting, grooming, sextortion), cyberpesten en het delen van zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag via social media en groepsapps.

Vorm (hoe)

Workshop

Leerdoelen

Deelnemers hebben na het volgen van de workshop een overzicht van actuele wetenschappelijke literatuur over diverse vormen van digitaal seksueel geweld. Deelnemers hebben na het volgen van de workshop geoefend met het indicatiestellen en geven van psychoeducatie over de kansen op juridisch, medisch en psychologisch vlak na het meemaken van digitaal seksueel geweld. In deze workshop worden ideeën en onderzoeksresultaten besproken en uitgewisseld met de deelnemers met betrekking tot het omgaan met negatieve (digitale) groepsinteracties bij overwegend klinisch geplaatste jongeren in de KJP.

Literatuurverwijzing

Knipschild, R. & Bicanic, I. (2017). EMDR gericht op schade door sexting. Een leidraad voor behandeling. EMDR Magazine, 2 (14), 8-10.

W40 Werken met Super Brains, de nieuwe lifestyle app voor ADHD

dr. Sandra Kooij^{p1,3} / Rutger den Hollander^{p2}

P: Workshopleiders

1. Psychiater PsyQ
2. Associate Professor psychiatrie VUMC
3. Directeur Super Brains

Inhoud (wat)

Super Brains is een nieuwe lifestyle app voor mensen met ADHD van alle leeftijden, ontwikkeld door ervaringsdeskundige en ICTer Rutger den Hollander, i.sm. het ADHD team van PsyQ o.l.v. Sandra Kooij. De app biedt meer dan tips en tricks: er zijn 49 behandelvideo's voor evenveel weken, waarin de avatar 'dr. Brains' praat over relevante thema's voor ADHD, zoals Focus, Onrust & Impulsiviteit, Slaap, Relaties, en Bijkomende problemen. Psycho-educatie, vragenlijsten, coaching, CGT interventies en nieuw gedrag oefenen via de zg. Tiny Habits maken deel uit van het aanbod. Elke activiteit in de app wordt beloond, zodat het motiverend is om het te doen voor zowel patiënten als behandelaars! Behandelaars hebben hun eigen 'Virtual Practice', chatrooms, toegang tot kennis en vragenlijsten. Ook zij worden beloond voor het monitoren van de voortgang van hun patiënten via de app, of voor het beantwoorden van vragen van collega's of patiënten. Er zijn 3 versies: Super Brains Light, voor gebruik in eigen regie, Super Brains Blended, voor gezamenlijk gebruik door patiënt en behandelaar tijdens de behandeling, en Super Brains Digital Coach, voor gebruik na ontslag ter voorkoming van terugval. Bij de laatste is er alleen digitaal contact met de eigen behandelaar.

Vorm (hoe)

Video demonstratie van de Super Brains app met interactieve discussie.

Leerdoelen

Ontdekken wat Blended Care voor ADHD inhoudt en kennismaken met eventuele toepassing in de eigen praktijk. Super Brains wordt ook ontwikkeld voor andere stoornissen, in nauwe samenwerking met patiënten en experts.

Literatuurverwijzing

Nog geen

W41 Moderne opvattingen over mind and brain

Maurits Nijs ^p¹ / dr. Thomas Nys ^p²

P: Workshopleiders

1. Landelijk Psychiatrie Onderwijs NVvP
2. Universiteit van Amsterdam

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 objectiveerbare 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 ons voordeel bij 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

Dieneke Hubbeling. Review of Maladapting minds: Philosophy, Psychiatry, and evolutionary Theory. *Philosophical Psychology*, Vol 26(6), Dec, 2013. pp. 932-936. 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

W42 Frame or be framed. If we are not at the table we'll be on the menu. Of: vertaal je verhaal effectief in de (social) media

drs Jan Mokkenstorm ^p1,2 / drs Anke Wammes ^p2 / drs Marcel Hammink

P: Workshopleiders

1. GGZ inGeest
2. 113 Zelfmoordpreventie

Inhoud (wat)

Beeldvorming over psychiatrische aandoeningen speelt een hoofdrol bij het bij het stigma rond psychisch lijden en het doorbreken daarvan; en kan bijdragen aan preventie maar helaas ook leiden tot ongewenste effecten voor de volksgezondheid. Beeldvorming over psychiaters en de psychiatrie beïnvloedt het maatschappelijk draagvlak en vertrouwen in onze professie en in de ggz als sector. In de huidige beeldcultuur is het vrijwel onmogelijk en ook onwenselijk te voorkómen dát beeldvorming plaatsvindt. Als wij ons verhaal niet vertellen wordt het vóór ons en óver ons verteld.

Vorm (hoe)

Dynamische workshop met spraakmakende beelden en prikkelende interactie. Deelnemers worden door een expert duo (een ervaren journalist en een communicatie strateeg) uitgedaagd een kernboodschap, pakkende slogan of een sterk symbool, en effectieve media te kiezen voor een (tijdens de workshop te kiezen) zaak die hen aan het hart gaat. Dit gebeurt na een inleiding van het begrip framing aan de hand van korte video clips en social media uitingen, nieuwsitems en campagne materiaal.

Leerdoelen

Kennis overdracht: Hoe maken de (social) media verhalen over de GGZ en de mensen hierin? Wat zijn frames? Welke frames zijn vaker gebruikt in relatie tot de GGZ? Welke effecten zijn er van verschillende vormen van beeldvorming? (bijv: copy-cat effect of Papageno effect) Vaardigheid: Hoe formuleer je jouw verhaal in kernboodschappen? Welke frames kun je hierbij gebruiken? Welke kanalen of media passen het beste bij de boodschap?

Literatuurverwijzing

Aalberg, T., Strömbäck, J., & De Vreese, C. H. (2012). The framing of politics as strategy and game: A review of concepts, operationalizations and key findings. *Journalism*, 13(2), 162-178. McGinty, E. E., Webster, D. W., Jarlenski, M., & Barry, C. L. (2014). News media framing of serious mental illness and gun violence in the United States, 1997-2012. *American journal of public health*, 104(3), 406-413. Sieff, E. (2003). Media frames of mental illnesses: The potential impact of negative frames. *Journal of Mental Health*, 12(3), 259-269.

W43 Werken met psychodynamische principes in de algemeen psychiatrische praktijk

dr. Kees Kooiman ^{p1} / drs Gert Spruijt ^{p2} / drs Eda Vendysova Bakalarova ²

P: Workshopleiders

1. De Viersprong
2. vrijgevestigd

Inhoud (wat)

Hoe meer we onder stress staan, hoe meer ons gedrag wordt bepaald door automatische verwachtingen die wij hebben ten aanzien van onszelf en anderen. Dat geldt voor patiënten en voor onszelf. Daar waar het de werkrelatie verstoort, hebben wij als psychiater de taak om versturende impliciete drijfveren te vertalen naar expliciete verwachtingen en gevoelens om met wederzijds begrip het werk (weer) mogelijk te maken. Transference Focused Psychotherapie (TFP), een psychodynamische psychotherapie ontwikkeld voor de behandeling van patiënten met borderline pathologie, geeft daar handvatten voor. Hoewel ontwikkeld als een specialistische psychotherapie zijn de algemene principes van TFP breed toepasbaar en bovendien makkelijk te leren. Deze algemeen psychodynamische principes geven met 'gezond verstand'-aanpassingen houvast aan elke praktiserend psychiater, ook aan degenen die voornamelijk farmacotherapeutisch werken.

Vorm (hoe)

Na een korte theoretisch inleiding wordt met behulp van videomateriaal gedemonstreerd hoe TFP-principes de praktiserend psychiater kunnen helpen een behandelkader te scheppen dat zowel voor de patiënt als voor de behandelaar veilig is en dat de werkrelatie verstevigt. 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

De workshop geeft de deelnemers instrumenten in handen 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.

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

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

P: Workshopleiders

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

Inhoud (wat)

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

Vorm (hoe)

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

Leerdoelen

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

Literatuurverwijzing

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

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

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

P: Workshopleiders

1. Karakter
2. UMC Utrecht

Inhoud (wat)

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

Vorm (hoe)

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

Leerdoelen

na het volgen van de workshop:

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

Literatuurverwijzing

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

W46 Dialectische Gedragstherapie (DGT): state of the art

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

P: Workshopleider

1. Scelta
2. Dialexis advies

Inhoud (wat)

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

Vorm (hoe)

PowerPoint presentatie, videomateriaal, discussiegroepen.

Leerdoelen

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

Literatuurverwijzing

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

W47 Translationele uitdagingen in de dialoog met naasten

Prof. Wiepke Cahn^{p1,2} / Erwin van Meekeren^{p3} / Bert Stavenuiter⁴ / Roxanne Vernimmen² / Jan Baars⁵

P: Workshopleiders

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

Inhoud (wat)

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

Vorm (hoe)

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

Leerdoelen

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

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

Literatuurverwijzing

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

W48 Groepstherapie, wat moet de psychiater weten anno 2018?

Niels Tinga p¹

P: Workshopleider

1. GGZ Ingeest

Inhoud (wat)

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

Vorm (hoe)

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

Leerdoelen

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

Literatuurverwijzing

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

W49 Diagnostiek en behandeling van getraumatiseerde vluchtelingen

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

P: Workshopleiders

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

Inhoud (wat)

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

Vorm (hoe)

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

Leerdoelen

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

Literatuurverwijzing

Hasan A (2015). Opvang van vluchtelingen Alles staat of valt met het gevoel van eigenwaarde 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

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

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

P: Workshopleiders

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

Inhoud (wat)

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

Vorm (hoe)

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

Leerdoelen

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

Literatuurverwijzing

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

W51 Van de kliniek naar onderzoek en weer terug: een toolkit om afbouw of continuatie van antidepressiva te begeleiden

dr. Mascha ten Doesschate ^p¹ / prof. dr. Claudi Bockting ^p²

P: Workshopleiders

1. Verslavingszorg Noord Nederland
2. AMC

Inhoud (wat)

Depressie is voor de meeste mensen een terugkerende aandoening. De meest gebruikte manier om terugval te voorkomen is het continueren van antidepressiva (Multidisciplinaire richtlijnen Depressie). Een groot deel van de mensen met recidiverende depressies slikken de eerste jaren na herstel de antidepressiva niet op een wijze zoals aanbevolen volgens de multidisciplinaire richtlijnen depressie (GGZ richtlijnen, 2013, Bockting et al., 2008). Dat wil zeggen: men staakt de antidepressiva vroegtijdig, slikt een te lage dosis en/of is in hoge mate medicatie-ontrouw (Doesschate et al., 2009, Gueorguieva et al., 2017). Deze workshop beoogt de huidige stand van zaken rondom terugvalpreventie weer te geven. Er zullen praktische tips en tricks worden gegeven over de begeleiding van zowel de continuatie van antidepressiva na herstel als de afbouw van antidepressiva na herstel. Bijzondere aandacht zal besteed worden aan een antidepressivatoolkit, waarin uiteengezet wordt op welke wijze een psychiater antidepressiva kan afbouwen. Daarnaast komt de evidentie, indicatiestelling en werkwijze van Preventieve Cognitieve Therapie aan bod. Dit gezien de terugvalwerende werking bij het afbouwen van antidepressiva, maar ook in aanvulling op onderhoudsantidepressiva (Bockting et al, submitted).

Vorm (hoe)

In een interactieve workshop wordt een antidepressivatoolkit gepresenteerd, waarin aan bod komt hoe zowel de continuatie van antidepressiva als de afbouw na herstel door de psychiater geoptimaliseerd kan worden. Daarnaast komt de indicatiestelling voor Preventieve Cognitieve Therapie aan bod en worden de belangrijkste interventies geïllustreerd.

Leerdoelen

- Stand van zaken evidentie terugvalpreventie strategieën bij depressie na herstel
- Adequate onderhoudsbehandeling met antidepressiva na herstel bij recidiverende depressie
- Kennis over begeleiding van afbouw van antidepressiva bij mensen die willen stoppen
- Stand van zaken psychologische interventies ter preventie van terugval bij depressie
- Indiciestelling en kennis van ingrediënten Preventieve Cognitieve Therapie

Literatuurverwijzing

GGZ-Richtlijnen - Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (3e revisie, 2013) (1.0) - 01-08-2013 <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/8af6d324-8514-40a6-b943-34d1b434b33a.pdf> Bockting, C. L. H., ten Doesschate, M. C., Spijker, J., Spinhoven, P., Koeter, M. W. J., Schene, A. H. & the DELTA study group (2008). Continuation and maintenance antidepressant use in recurrent depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 17-26. Bockting, Klein, et al., The effectiveness of preventive cognitive therapy while tapering antidepressants compared with maintenance antidepressant treatment and their combination in the prevention of depressive relapse or recurrence (DRD study): a three-arm randomised controlled trial, submitted. Gueorguieva R, Chekroud AM, Krystal JH. (2017) Trajectories of relapse in randomised, placebo-controlled trials of treatment discontinuation in major depressive disorder: an individual patient-level data meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017 Mar;4(3):230-237. Ten Doesschate, M. C., Bockting, C. L. H., & Schene, A. H. (2009). Adherence to continuation and maintenance antidepressant use in recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, 115(1-2), 167-170.

W52 Autisme of narcisme

Marije Swets ¹ / prof dr Liesbeth Eurelings ^{p2,3} / drs Pleun van Vliet ^{p4,5}

P: Workshopleiders

1. Leo Kannerhuis
2. Eurelings Training Psychodiagnostiek
3. Universiteit Leiden
4. RINO Groep Utrecht
5. van Vliet Psychodiagnostiek

Inhoud (wat)

Van 1987 tot 2003 is de prevalentie van autisme met 634% gestegen. De meest recente cijfers zijn dat 1 op de 65 jongens een autisme spectrum diagnose heeft. Waar waren al die autisten 20 jaar geleden? Eén mogelijke verklaring is dat patiënten met ASS zich nu meer melden doordat zij overvraagd worden door de eisen die de huidige maatschappij stelt aan mentale flexibiliteit en sociabiliteit. Daarnaast kan sprake zijn van substitutie. Dat wil zeggen dat mensen die vroeger een andere diagnose hadden, nu de diagnose autisme krijgen. Veel van de patiënten bij het Leo Kannerhuis, een GGZ gespecialiseerd in autisme, hebben voordat zij de diagnose kregen eerste vele andere diagnoses gehad. De Autism Spectrum Stoornis (ASS) is een pervasieve ontwikkelingsstoornis, waarbij pervasief duidt op het feit dat er problemen zijn op veel verschillende gebieden. Overlap en comorbiditeit met andere stoornissen is hoog. Omgekeerd zijn problemen in sociale relaties en rigiditeit, de centrale problematiek bij autisme, ook veel voorkomende problemen bij een scala aan andere psychiatrische stoornissen. Er is geen mens zonder een autistisch trekje en er is geen autist die alle autistische kenmerken heeft. De differentiaaldiagnostiek tussen autisme en persoonlijkheidsstoornissen is complex, maar van groot klinisch belang. Moet je bepaalde problematiek benaderen als een handicap of als verworven problematiek? Moet je de oplossing zoeken in het aanpassen van de omgeving, of moet je streven naar verandering bij de patiënt? Sluit de ene stoornis de ander uit? ASS kenmerken kunnen bij vele stoornissen voorkomen, en de aanwezigheid ervan bepaalt de behandelbaarheid van de stoornis, Welke diagnostische middelen zijn nuttig voor het herkennen van kenmerken van ASS en hoe kun je differentiëren tussen overwegend persoonlijkheidspathologie en ASS? Bij deze workshop richten we ons op het herkennen van ASS kenmerken en op de differentiaaldiagnostiek tussen ASS en de o.a. narcistische persoonlijkheidsstoornis. Daarbij wordt een "bottum up" diagnostische strategie gepresenteerd bij het interpreteren van informatie uit (neuro)psychologisch onderzoek.

Vorm (hoe)

In het eerste gedeelte van deze workshop zal vanuit klinisch en psychodiagnostisch perspectief stil gestaan worden bij de verschillen en gelijkenissen van o.a. de narcistische persoonlijkheidsstoornis en de autisme spectrumstoornis. Daarna zal aan de hand van casuïstiek op een interactieve manier de theorie in praktijk worden gebracht.

Leerdoelen

Het doel van de workshop is dat de deelnemers aan het eind autisme specifieke symptomen kunnen herkennen van belang voor behandelbeleid. Tevens wordt stil gestaan bij hoe autisme zich verhoudt tot (persoonlijkheids-)stoornissen. Daarnaast worden adviezen gegeven over welke diagnostische middelen in te zetten.

Literatuurverwijzing

Diagnostic change and the increased prevalence of autism ; Marissa King Peter Bearman, International Journal of Epidemiology, Volume 38, Issue 5, 1 October 2009, Pages 1224–1234, <https://doi.org/10.1093/ije/dyp261>

W53 Translationele uitdagingen in de opleiding: hoe leiden we jonge professionals op tot psychiaters van de toekomst?

dr. Derek Strijbos ^{p1} / prof. Gerrit Glas ^{p1}

P: Workshopleiders

1. Dimence

Inhoud (wat)

Ons vak is rap aan het veranderen en we kunnen het nauwelijks bijbenen. Terwijl de contouren van de toekomstige GGZ langzaam maar zeker zichtbaar worden in verschillende rapporten en visiedocumenten^{1, 2}, leidt HOOP 2.0 onze AIOS op tot de psychiater van gisteren. In deze tijden van verandering en verschuiving in de GGZ moet de vraag naar de professionele identiteit van de psychiater opnieuw een antwoord krijgen. Wat zijn de kerntaken, -competenties, en -waarden van ons 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? 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 het web van relaties, rollen en contexten die de professie vorm geven, bepalen en begrenzen³. Tijdens deze workshop worden de contouren van de toekomstige psychiater geschetst aan de hand van enkele rapporten en visiedocumenten. We pleiten voor een herwaardering van professionele deugden in de opleiding tot psychiater⁴.

Vorm (hoe)

Schets van de psychiater van de toekomst aan de hand van visiedocumenten, waarna herwaardering van specifieke professionele deugden aan de hand van een praktisch model en discussie met de zaal.

Leerdoelen

- Inzicht krijgen in het netwerk en de gelaagdheid rollen, relaties en contexten in de dagelijkse praktijk van de psychiater (in opleiding).
- Introductie van deugdethische benadering van professionalisme en de relevantie voor de positionering van de psychiater van de toekomst
- Kennis opdoen hoe bovenstaande toegepast kan worden in de opleiding tot psychiater

Literatuurverwijzing

1. <https://strategischopleiden.transvorm.org/system/files/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen-de-contouren.pdf>
2. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/11/17/anders-kijken-anders-leren-anders-doen>
3. Glas, G (2015) Persoonsgerichte zorg. In: De ziel van het vak. Meekeren, E van en J. Baars (red.) Amsterdam: Uitgeverij Boom
4. Radden, J. and Sadler, J. 2010. The Virtuous Psychiatrist. Character Ethics in Psychiatric Practice. Oxford University Press.

W54 Blended-learning over somatisch-symptoomstoornissen: diagnostiek en behandeling

Dr. Elma Dijkstra ^p1 / Dr. Lineke Tak ^p2

P: Workshopleider

1. Nederlandse Vereniging van Psychiatrie
2. Dimence

Inhoud (wat)

De meeste artsen, zowel somatisch specialisten als psychiaters, vinden het lastig hoe om te gaan met patiënten met een somatisch-symptoomstoornis (voorheen SOLK). Deze patiënten kunnen negatieve reacties oproepen zoals frustratie, verveling en machteloosheid. Dit komt mede doordat specifieke diagnostiek- en behandelstrategieën vaak onvoldoende bekend zijn. De attitude van de zorgverlener speelt echter een belangrijke rol in hoe de behandelrelatie ervaren wordt. Als de patiënt de indruk krijgt dat u hem of haar niet begrijpt of serieus neemt, kunt u samen in een vicieuze cirkel terecht komen, waardoor de patiënt uiteindelijk ontevreden vertrekt en u zich 'leeggezogen' voelt. De patiënt loopt vervolgens het risico tussen wal en schip van ggz en somatische geneeskunde te vallen. Om psychiaters te ondersteunen in het diagnosticeren en behandelen van patiënten met (comorbide) somatisch-symptoomstoornissen, heeft het Onderwijsbureau van de NVvP in samenwerking met experts een blended-learning cursus ontwikkeld. In deze workshop maakt u kennis met de cursus, reflecteert u op uw eigen handelen met betrekking tot deze patiënten, geven wij u tips over hoe u een goede behandelrelatie opbouwt en welke behandel mogelijkheden er zijn. Ook komt aan bod hoe om te gaan met somatische fixatie en verklaringen uit de alternatieve geneeskunde. Kennis van geschikte diagnostiek- en behandelstrategieën maken dit juist een interessante patiëntencategorie om mee te werken.

Vorm (hoe)

Tijdens de workshop bespreken we op interactieve wijze het concept, de diagnostiek en de behandeling van de somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen. We laten de cursus zien en zullen een selectie van de opdrachten gezamenlijk of in subgroepen uitvoeren. Aan de hand van diverse video's en casuïstiek worden deelnemers aangezet tot individuele en gezamenlijke reflectie. Hiermee beogen we zo dicht mogelijk bij de dagelijkse praktijk aan te sluiten. Tot slot geven we praktische tips voor het opbouwen van een goede behandelrelatie.

Leerdoelen

Na afloop van de workshop:

1. is de deelnemer zich bewust van zijn/haar eigen houding t.o.v. deze specifieke patiëntenpopulatie;
2. kent de deelnemer de belangrijkste veranderingen van de DSM-IV-TR naar de DSM-5 op dit gebied;
3. beschikt de deelnemer over handvatten om een goede behandelrelatie op te bouwen en kent evidence-based behandel mogelijkheden.

Literatuurverwijzing

Spaans, J., Van der Horst, H., Rosmalen, J., Van Rood, Y., Visser, S. (Reds) (2017). Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Tiel: LannooCampus. Bouman, T., van Rood, Y., Mulkens, S. & Visser, S. (2013). 'Somatic symptom and related disorders' in de DSM-5. Directieve therapie 33(4), 282-294.

W55 Psychofarmacologie, bijscholing op een onderwijskundig innovatieve manier

Dr. Henderikus Knegtering ^{p1,2}

P: Workshopleider

1. Lentis
2. Universitair Centrum Psychiatrie Groningen (UMCG)

Inhoud (wat)

Veel artsen en psychiaters kennen psychofarmacologie op een pragmatische wijze. Toch is meer fundamentele kennis van de psychofarmacologie nodig om vernieuwingen in producten of andere (off label) toepassingen te kunnen begrijpen. In het module onderwijs voor de psychiater in opleiding wordt geëxperimenteerd met nieuwe onderwijsmethoden. In deze workshop wordt u bijgeschoold in een van de hoofdstukken van de psychofarmacologie, waarbij u tevens een kijkje krijgt in de keuken van vernieuwend landelijk onderwijs.

Vorm (hoe)

In snel wisselende leervormen wordt vanuit klinische vragen in paren gewerkt afgewisseld met zeer korte stukjes illustratief onderwijs, deel frontaal, deel met filmpjes deels met een swing. Daarbij wordt ook een kijkje genomen in de leeromgeving van psychiaters in opleiding. Een speelse onderwijsstijl wordt verbonden aan up to date psychofarmacologie onderwijs, in dit geval over het gaba en glutamaat systeem. Een smartphone of tablet meenemen is aan te bevelen.

Leerdoelen

Kennismaken met moderne onderwijsvormen om psychofarmacologie aan psychiater in opleiding te leren. Zelf kennis verkrijgen over een deel van de psychofarmacologie. Aansluiting vinden tussen psychiaters in opleiding en psychiaters die als supervisor werken t.a.v. de in het landelijk onderwijs aangeboden kennis in de psychofarmacologie.

Literatuurverwijzing

Rikus Knegtering, Richard Bruggeman (2017). Psychofarmacologie, van historisch perspectief tot hedendaagse toepassing. In: Innovatief Leerboek, Persoonlijke Psychiatrie, terug naar de essentie. Maarten Bak, Patrick Domen, Jim van Os (red). Diagnosis Uitgevers, Leusden. ISBN 978-94-91969-16-4. Blz. 189-191.

W56 rTMS - een nieuwe puls voor de behandeling van therapie resistente depressie

MSc Sjoerd van Belkum ^{p1,2} / MSc Gerrit-Jan Taams ¹ / Dr. Marrit de Boer ¹ / Prof. Dr. Robert Schoevers ¹ / Dr. Benno Haarman ¹

P: Workshopleider

1. UMCG afd. Psychiatrie
2. Rijksuniversiteit Groningen, UMCG, afd. Neurowetenschappen

Inhoud (wat)

De behandeling van repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie (rTMS) voor therapieresistente depressie is voldoende wetenschappelijk onderbouwd om toegepast te kunnen worden in de klinische praktijk. In juni 2017 concludeerde Zorgverzekeraars Nederland dat rTMS-behandeling voor vergoeding in aanmerking kan komen. Er werd aan zorgverzekeraars geadviseerd om deze behandeling te vergoeden, in combinatie met cognitieve gedragstherapie. Hiermee wordt een veelbelovende nieuwe behandelvorm voor depressie beschikbaar voor een grote patiëntenpopulatie. In de internationale literatuur is reeds veel gepubliceerd over behandeling met rTMS. In deze workshop zullen we een vertaling geven van deze wetenschappelijke achtergrond naar praktische handvatten voor implementatie van rTMS in de klinische praktijk.

Vorm (hoe)

In deze workshop zullen op interactieve wijze de wetenschappelijke achtergrond en de praktische mogelijkheden van rTMS aan bod komen. Wij verzoeken de deelnemers om een smartphone mee te nemen naar de workshop, aangezien een deel van de discussie met digitale middelen ondersteund zal worden

Leerdoelen

Na deze workshop weet u: - bij welke doelgroep u rTMS kan overwegen. - Hoe u de indicatie voor behandeling met rTMS kan vaststellen. - In grote lijn hoe een rTMS apparaat werkt. - Welke parameters (locatie, aantal pulsen, etc.) gekozen kunnen worden in de behandeling met rTMS. - Welke overwegingen er zijn rondom de behandelduur. Aan het einde van de workshop heeft u voldoende achtergrondkennis die u kunt gebruiken voor het opzetten van rTMS binnen uw instelling.

Literatuurverwijzing

1. Milev R V, Giacobbe P, Kennedy SH, Blumberger DM, Daskalakis ZJ, Downar J, e.a.: Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 4. Neurostimulation Treatments. *Can. J. Psychiatry.* 2016; 61:561–75
2. Perera T, George MS, Grammer G, Janicak PG, Pascual-Leone A, Wirecki TS: The Clinical TMS Society Consensus Review and Treatment Recommendations for TMS Therapy for Major Depressive Disorder. *Brain Stimul.* 2016; 9:336–46
3. Lefaucheur J-P, André-Obadia N, Antal A, Ayache SS, Baeken C, Benninger DH, e.a.: Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS). *Clin. Neurophysiol.* 2014; 125:2150–206

W57 Jongeren en professionals helpen beleid te maken over hoe om te gaan met middelengebruik in de dagelijkse ggz praktijk

Barbara Visser ^{p1} / Leontien Los _p / Dr Albert Boon ² / Dr Asmar Al Hadithy

P: Workshopleider

1. Parnassiagroep, cliëntenraad onder
2. onderzoeker de jutters

Inhoud (wat)

De jongerenraad van de Jutters heeft dit onderwerp aangekaart in een maandelijks overleg met de bestuurder van de Jutters. De bestuurder van de Jutters is de uitdaging aangegaan om het onderwerp middelen gebruik en verslavingsproblemen op te pakken in samenwerking met de jongerenraad. De volgende acties werden uitgezet: De jongeren raad zet een enquête uit waarin jongeren gevraagd wordt naar gebruik, hoe ze dit aan de orde stellen in hun behandeling en of ze gewezen worden op de interactie met medicatie gebruik en middelen. De jongeren raad interviewt een aantal behandelaren over hoe zij denken dat middelenmisbruik en verslavingsgedrag aan de orde moet komen tijdens behandelingen Bij het psychiateroverleg van de instelling wordt aandacht geschonken aan de interactie tussen geneesmiddelen en middelen. Dit proces was aanleiding voor ons om de uitkomsten van dit proces te presenteren en een workshop te organiseren waarin jongeren met behandelaren uitwisselen hoe middelen gebruik en verslavingsgedrag het beste aan bod kan komen tijdens behandelingen. De workshop bestaat uit 3 onderdelen.

Vorm (hoe)

In deze workshop/ discussie groep zal een korte inleiding gegeven worden door Leontien Los, psychiater en Albert Boon, onderzoeker over middelen gebruik bij jongeren in Nederland, bij de jongeren in behandeling bij jeugdzorg en in de jeugdverslavingszorg. En wat de invloed van middelengebruik en of verslavingsgedrag is op de outcome van behandelingen van psychiatrische aandoeningen. Aansluitend volgt een korte presentatie over de uitkomsten van de enquête onder jongeren in behandeling bij de Jutters.2.Daarna zal Barbara Visser een de discussie leiden tussen ons jongeren panel en de deelnemers van deze bijeenkomst over wat zij van elkaar nodig hebben om middelen gebruik, misbruik en verslavingsgedrag goed te adresseren tijdens behandelingen van psychiatrische aandoeningen. Opmerking: we nemen 4 jongeren mee. Ze zijn niet als auteur opgegeven omdat ze nog niet weten wie er dan meekomen. In totaal zijn er meer dan 10 jongeren betrokken. Deze jongeren zijn ook betrokken bij de voorbereiding. Hieruit willen we gezamenlijk 5 aanbevelingen formuleren voor behandelaren en jongeren over hoe middelengebruik en verslavingsgedrag een plek moet krijgen in de behandeling van psychiatrische aandoeningen3. De meest voor de hand liggende interacties met middelen zullen gepresenteerd worden door L. Los, psychiater en A. Hadithy, eerste apotheker van de Parnassiagroep. Waarbij ook aandacht is voor goede websites waar verdere informatie te vinden is.

Leerdoelen

-In welke maten gebruiken jongeren die in Nederland opgroeien middelen en hoe is dit bij de jongeren in behandeling bij de jeugd ggz- leren hoe jongeren aankijken tegen middelengebruik tijdens behandeling in de jeugd ggz.-leren op welke manier middelen ter sprake gebracht kunnen worden tijdens behandeling-leren wat de meest voor de hand liggende interacties zijn van middelen die jongeren gebruiken en psychofarmaca

Literatuurverwijzing

1. Boon, A., & De Boer, S. (2007). Drug usage as a threat to the stability of treatment outcome. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(2), 79-86. 2. Over EAB, van Gils PF, Suijkerbuijk AWM, Lokkerbol J, de Wit GA (2016). Maatschappelijke kostenbatenanalyse van cognitieve gedragstherapie voor alcohol- en cannabisverslaving. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. 3. S. Van Dorsseleer et al. Peilstokonderzoek rapport: jeugd en riskant gedrag 2016

W58 Klassieke MAO-remmers bij depressie; van niche naar routine naar maatwerk

dr. Rutger Goekoop ^{p1} / Prof Frenk Peeters ^{p2} / Marie Louise Seelen ³

P: Workshopleiders

1. PsyQ, afdeling depressie Den Haag
2. Universiteit van Maastricht
3. PsyQ

Inhoud (wat)

Non-selectieve MAO remmers zoals tranylcypromine (Tracydal) en fenelzine (Nardil) zijn effectief in de behandeling van therapie resistente depressie. Ze worden helaas nog steeds te weinig voorgeschreven. In belangrijke mate komt dat door koudwatervrees bij psychiaters. In 2013 is het protocol "Ambulant instellen MAO remmer" vernieuwd. Onder andere interacties met medicatie en voedingsadviezen zijn versimpeld en ingekort. Daarnaast wordt de belangrijkste indicatie voor de MAO-remmer: atypische depressie, weinig herkent en dus onderbehandeld. Omdat in de meeste gevallen atypische depressie een chronisch beloop kent, betekent dat voor patiënten tientallen jaren onderbehandeling.

Vorm (hoe)

Door middel van voordrachten wordt het thema stapsgewijs uitgelegd. Veel aandacht is daarbij voor praktische uitwerking van de behandeling met een MAO-remmer. Inbreng van eigen ervaring met gebruik van deze middelen en vragen worden nadrukkelijk aangemoedigd. Veel aandacht gaat uit naar de werkwijze, onder andere in samenwerking met een verpleegkundig specialist.

Leerdoelen

Na afloop van de workshop is diagnostiek van therapie-resistente en atypische depressie opgefrist. De deelnemer heeft voldoende geleerd om zelf patiënten op een non-selectieve MAO remmer in te stellen en heeft kennis van nieuwe ontwikkelingen op dit gebied.

Literatuurverwijzing

Blom, M.B.J. (2011), Non-selectieve MAO remmers. Terug van nooit weggeweest. Psyfar, 12-17.

W59 Neuropsychiatrie in de praktijk, de differentiaal diagnostiek bij frontotemporale dementie

MD PhD Welmoed Krudop^{1,2} / Drs Flora Gossink^{2,3} / Dr Yolande Pijnenburg^{2,3} / Dr Annemiek Dols^{2,3} / Prof Dr Max Stek³

P: Workshopleiders

1. UMC Utrecht
2. VUMC Alzheimercentrum
3. GGZ InGeest

Inhoud (wat)

De gedragsvariant van frontotemporale 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 nieuwste 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 waarde 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 de diagnostische criteria 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*, jnp-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: 153-157
4. Rascofsky K, et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant offrontotemporal 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.