

Abstracts Workshops

Voorjaarcongres 2013



WI E-health in de kinder- en jeugdpsychiatrie

J. Ruwaard, M. Koelman

Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Amsterdam

j.ruwaard@kenniscentrum-kjp.nl

INHOUD

E-health, zo lijkt het, is voor volwassenen, voor de toeleiding naar de zorg, of voor de behandeling van milde klachten, maar niet voor de populatie die in de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt gezien. Bovendien is er nauwelijks evidentie voor de effectiviteit van het huidige aanbod.

In deze workshop leert en ervaart u dat de zaken anders liggen. De situatie is minder somber dan door velen wordt gedacht. Het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie identificeerde het afgelopen jaar tientallen veelbelovende

e-health-initiatieven in de Nederlandse jeugd-ggz. We spraken met velen over de kansen en knelpunten op e-healthgebied. Bestuurders, wetenschappers, zorgverleners, ouders en kinderen: alle visies kwamen aan bod. Deze gesprekken en de geïdentificeerde toepassingen werden door ons gebundeld in de handreiking *E-health in de kinder- en jeugdpsychiatrie*, een inspirerend en leerzaam boek voor stakeholders in de jeugd-ggz die aan de slag willen met e-mental health.

VORM

De workshop bestaat uit drie delen. In het eerste deel leiden we u door de handreiking *E-health in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. In het tweede deel maakt u praktisch kennis met enkele e-health-toepassingen, waarbij er ook gelegenheid is om met de ontwikkelaars in gesprek te gaan. De workshop wordt afgesloten met een plenaire discussie.

LEERDOELEN

Na deze workshop heeft u zicht op de meest veelbelovende e-health-projecten in de jeugd-ggz, en heeft u een concreet idee hoe e-health praktisch bijdraagt aan de specialistische zorg aan kinderen en adolescenten. U hoort welke oplossingen anderen bedachten voor de problemen die innovatieve toepassingen onvermijdelijk met zich meebrengen, en u maakt kennis met e-health-experts uit ggz-instellingen en academische centra. Wie iets wil met e-health, maar niet weet waar of hoe te beginnen, mag deze workshop niet missen!

W2 Hoe start ik een zelfstandig gevestigde psychiatriepraktijk?

A.B. van Nijen, G. van de Berg

Psychiatriepraktijk van Nijen/ NIFP, Olst/ Zwolle

a.b.vannijen@gmail.com

INHOUD

In deze workshop geven ervaren zelfstandig gevestigde psychiaters praktische informatie voor het starten van een eigen psychiatriepraktijk.

VORM

Door twee inleidingen en ruime gelegenheid om vragen te stellen krijgt de deelnemer inzicht in de verschillende aspecten van de zelfstandige vestiging. Onderdelen zijn: inhoudelijke kwaliteitseisen (profiel en veldnormen); tijdspad van de voorbereiding (aansluiting zoeken bij intervisie of regionale groep, contracten met zorgverzekeraars, contact met verwijzers); praktische zaken (verzekeringen, pensioen, ICT, certificaten). De deelnemer ontvangt een reader waarin allerlei informatie over de zelfstandige vestiging wordt opgenomen.

LEERDOELEN

De deelnemer krijgt inzicht in de verschillende aspecten van zelfstandige vestiging, zowel inhoudelijke kwaliteitseisen, als voorbereiding en praktische aspecten.

LITERATUUR

De ondernemende psychotherapeut, handboek voor zelfstandigen, Dick Bouman, BSL, Houten 2010 ISBN 978 90 313 81883

W3 Internet in de klinische praktijk: zoeken met www.psychiatrienet.nl

H.W. Hoek¹, W.F.H. Pardoën², [P.N. van Harten](mailto:pnvanharten@gmail.com)³

¹Parnassia Bavo Groep, Den Haag

²PsyQ Haaglanden, Den Haag

³GGz Centraal, Amersfoort

pnvanharten@gmail.com

INHOUD

Het internet biedt geweldige zoekmogelijkheden, maar hoe maakt een psychiater in de drukke dagelijkse praktijk effectief gebruik van de oneindige informatie?

Psychiatrienet.nl, gedragen door ruim vijftig redacteuren, biedt een onafhankelijke selectie van kwalitatief hoogwaardige sites. Naast de vele links met direct toepasbare informatie biedt de website content, zoals de veelgebruikte medicatie-switchtabellen.

In deze workshop verheldert de hoofdredactie de structuur van de site en worden tips en trucs gegeven om klinische vragen te beantwoorden.

Enkele voorbeelden:

(i) U heeft een Arabisch sprekende patiënt met een depressie. Bij de start van de behandeling wilt u informatie meegeven in de eigen taal en de ernst vastleggen op een rating scale. U bemerkt na 8 weken behandeling weinig effect van het antidepressivum en overweegt of dit samenhangt met het metabolisme (hoe vaak komen genetische variaties in Cyp-enzymen voor bij deze bevolkingsgroep?). U overweegt te switchen naar een ander antidepressivum en wilt de richtlijn inzien. Voor al deze vragen (folder in eigen taal, frequentie van Cyp-variaties, hoe te switchen van medicatie, interacties, rating scales, richtlijnen) kunt u terecht op Psychiatrienet.nl.

(ii) Uw aios wil een poster op het Voorjaarscongres presenteren over genen, omgeving en schizofrenie.

Risicofactoren staan in een recent leerboek over schizofrenie, maar voor de laatste bevindingen over de genetica van schizofrenie verwijst u naar Psychiatrienet.nl. Een van de veel gebruikte rubrieken is de onlangs geheel vernieuwde arts-assistentenrubriek, met informatie over de opleiding, presenteren, solliciteren etc.: buitengewoon handig voor aios en psychiaters.

VORM

Interactieve korte lezingen. Interactieve discussie met demonstratie van online-zoekstrategieën. Deelnemers met een laptop kunnen direct aan de slag.

LEERDOELEN

Vaardigheid in zoeken op het internet verbeteren door zoekstrategieën te leren. Vaardigheid verbeteren om de vele mogelijkheden van Psychiatrienet.nl te benutten.

W5 De kinder- en jeugdpsychiater kijkt mee!

S.M. Bouwman, W. van der Jagt, J.B. Muskens, K. Vermeulen, M. Teluij, M. Langeslag

Karakter, kinder- en jeugdpsychiatrie, BOPZ, Nijmegen

s.bouwman@karakter.com

INHOUD

Om de psychopathologie van het zich ontwikkelende kind te kunnen herkennen, is kennis over de normale ontwikkeling essentieel. Hiermee kan eventuele functiebeperking (ziekte) geobjectiveerd worden.

In 3 interactieve onderdelen (geordend naar leeftijd) zullen wij ingaan op de manier waarop media aansluiten bij ontwikkelingstaken. In beeld en geluid zal geïllustreerd worden hoe de verschillende ontwikkelingslijnen, namelijk lichamelijk, cognitief, motorisch, sociaal-emotioneel en taal/spraak verweven zijn in bekende kinderseries. De verschillende ontwikkelingslijnen zullen benaderd worden vanuit de ontwikkelingsfasen volgens Piaget en vanuit het psychodynamisch perspectief. Het lukt programmamakers van kinderseries om aan te sluiten bij de verschillende ontwikkelingsstadia van kinderen. Bewustwording hiervan, middels kennis van de verschillende ontwikkelingslijnen, is essentieel voor het klinisch denken van de kinder- en jeugdpsychiater. Uiteindelijk zal dit de diagnostiek en behandeling van kinderen en adolescenten ten goede komen.

VORM

De deelnemers zullen na een korte inleiding in 3 groepen worden verdeeld. Elke groep neemt, in carrouselvorm, deel aan elk interactief onderdeel (respectievelijk infants, latentiekinderen en adolescenten). Per groep zal door middel van beeld- en geluidsfragmenten geïllustreerd en bediscussieerd worden hoe de verschillende ontwikkelingslijnen verweven zijn en herkend kunnen worden in bekende kinderseries.

LEERDOELEN

Kennis verwerven over de ontwikkelingstaken van het kind: lichamelijk, cognitief, motorisch, sociaal-emotioneel en taal/spraak.

LITERATUURVERWIJZING

De ontwikkeling van het kind. Frank C. Verhulst. Uitgever: van Gorcum 2008.

Ontwikkelingspsychologie: inleiding tot de verschillende deelgebieden. Mönks Knoers. Uitgever: van Gorcum 2009.

Handboek ontwikkelingspsychologie: grondslagen en theorieën. Verhofstadt- Denever, van Geert. Bohn Stafleu Van Loghum 2003.

Kind in ontwikkeling: een handreiking bij de observatie van jonge kinderen. R.A.C. Biló, H.W.A. Voorhoeve. Reed Business 2008.

W6 Intervisie volgens de Balintmethode

J. van Trier¹, M.M. Thunnissen²

¹St Antoniusziekenhuis, afd. Psychiatrie, Utrecht

²ZGP, Bergen op Zoom

jvantrier@antoniusziekenhuis.nl

INHOUD

De Balintmethode wordt al meer dan 50 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 Balintmethode als een begeleide groepsinterview gebruikt kan worden, 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 groepsinterview is dat men kan leren van elkaar. De structuur en de fases volgens de Balintmethode zorgen voor veiligheid en vertrouwen. De psychiaters of psychotherapeuten die de groep leiden, dienen vertrouwd te zijn met principes van groepsdynamiek en supervisie.

VORM

Na een korte inleiding over de Balintmethode zullen de deelnemers ervaring op kunnen doen met de methode. Een deelnemer presenteert een casus en deze wordt volgens de Balintmethode 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 Balintmethode. Zij leren aandacht te schenken aan met name de communicatie tussen arts en patiënten. Doel is dat artsen beter in staat zijn professioneel te handelen. De Balintmethode biedt specifieke aandacht voor de competenties communicatie, samenwerken, maatschappelijk handelen en professionaliteit.

LITERATUUR

J. van Trier. *Balint-groepen*. Groepen maart 2010, 23-29.

W7 Samen verder na een incident

A.C.M. Kleinsman¹, K. den Ridder²

¹Altrecht, Kliniek Senior, Zeist

²UMC Utrecht, Utrecht
a.kleinsman@altrecht.nl

INHOUD

Een incident, een situatie waarin onbedoelde schade voor een patiënt en/of zorgprofessional ontstaat, kan een grote impact hebben op alle betrokkenen. De schade kan nog groter zijn als de afwikkeling niet goed verloopt. Voor de patiënt of diens naastbetrokkene die geen duidelijkheid krijgt of moet vechten voor genoegdoening. Maar ook voor de professional, die zich in het beklagenbankje voelt zitten of niet goed opgevangen wordt na een traumatische gebeurtenis. In de gezondheidszorg is het lange tijd gebruik geweest na een incident te zoeken naar een schuldige. Daarmee wordt de kans gemist om werkelijke oorzaken te achterhalen en zinvolle maatregelen te kunnen nemen om herhaling te voorkomen. Incidenten ontstaan pas als in meerdere onderdelen van het zorgproces dingen misgaan. De huidige inzichten over patiëntveiligheid stellen dan ook het systeemdenken centraal.

In deze workshop worden een aantal begrippen en uitgangspunten rond patiëntveiligheid toegelicht. Specifiek zal worden ingegaan op het belang van veilig melden en op de in algemene ziekenhuizen veel toegepaste methode van Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie (SIRE).

Aan de hand van een casus wordt de SIRE-methode nader toegelicht. Tevens wordt aandacht besteed aan de afwikkeling van een incident, met aandachtspunten voor de opvang van zowel medewerkers als patiënt en familie.

VORM

Inleidingen door de sprekers, waarna in de discussie nader op het thema wordt ingegaan. Deelnemers kunnen ook eigen casuïstiek inbrengen.

LEERDOELEN

- Deelnemers zijn op de hoogte van de begrippen rond het thema patiëntveiligheid en het systeemdenken.
- Deelnemers hebben kennis van een methode om incidenten te analyseren.
- Deelnemers hebben kennis van de aandachtspunten bij de afwikkeling van een incident.

LITERATUUR

Ian Leistikow, Karien den Ridder, Bas de Vries, *Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie* (Elsevier gezondheidszorg, tweede druk 2010).

W8 Ontsproten aan de glutamaathypothese: innovatieve interventies bij schizofrenie

S.R.T. Veerman¹, L. de Haan², P.F.J. Schulte¹

¹GGZ Noord-Holland-Noord, FACT, Alkmaar

²Academisch Medisch Centrum Amsterdam, Amsterdam

selene.veerman@live.nl

INHOUD

In Nederland lijden circa 116.900 patiënten aan schizofrenie. Positieve symptomen reageren vaak goed op antipsychotica. Tot op heden bestaat geen effectieve farmacologische behandeling voor negatieve symptomen, noch voor cognitieve stoornissen. Deze beperkingen belemmeren of verhinderen opleiding of beroepsuitoefening, participatie in de maatschappij, maar ook persoonlijke relaties of zelfs zelfstandig wonen. Medicatie, specifiek gericht op deze symptomen, zou de kwaliteit van leven en de zelfredzaamheid kunnen verbeteren. Glutamaatreceptoren vormen een belangrijk aangrijpingspunt voor therapeutische effecten van antipsychotica.

VORM

Het glutaminerge systeem in het menselijk brein wordt met heldere illustraties verklaard. De deelnemers worden actief betrokken bij het uitkristalliseren van de glutamaathypothese als verklaringsmodel voor de ontwikkeling van schizofrenie. De hypothese dat hypofunctie van een specifieke glutamaatreceptor, de N-methyl-D-Aspartaat-receptor (NMDA), het onderliggend mechanisme is van deze neurodegeneratieve aandoening, wordt middels vier argumenten gestaafd.

De deelnemers worden gestimuleerd om innovatieve farmacologische aangrijpingspunten te bedenken. De farmacologische werking van antipsychotica en in het bijzonder glutamaatmodulatoren wordt uiteengezet. Tot slot wordt een overzicht gepresenteerd van de geringe beschikbare evidentie omtrent de effectiviteit van glutamaatmodulatoren in combinatie met reguliere antipsychotica.

LEERDOELEN

Deelnemers leren dat de glutamaathypothese niet alleen een verklaring biedt voor positieve en negatieve symptomen, zoals de dopaminehypothese, maar ook voor cognitieve beperkingen. Inzicht in reciproque verbanden tussen dopamine- en glutamaatreceptoren verheldert de farmacologische werking van innovatieve augmentatiestrategieën. Glutamaatmodulatoren zijn mogelijk de antipsychotica van de toekomst, vanwege het herstel van de glutaminerge homeostase. Er zijn aanwijzingen dat glutamaatagonisten effectief zijn in combinatie met andere antipsychotica dan clozapine. Combinatietherapie van clozapine en glutamaatantagonisten dient in het bijzonder nader te worden onderzocht bij therapieresistente schizofrenie.

LITERATUUR

Veerman SRT, Schulte PFJ, Haan de L. A Glutamate Antagonist as a promising Clozapine Augmentation Strategy in Refractory Schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology* (submitted for publication)

W9 Naastbetrokkenen in de spreekkamer

E. van Meekeren, J. Baars, G. Glas

¹GGNet, Scelta, Den Haag

evm@claproth.com

De argumenten om 'de context' (familie en anderen) te betrekken worden besproken, gevolgd door een analyse waarom dat desondanks zo weinig gebeurt. Daarna volgen praktische tips: hoe organiseer je het en hoe laat je een eerste gesprek goed verlopen.

LITERATUUR

Meekeren, E. van & J. Baars (2011) Zieke individuen – verstoorde systemen. Over psychiatrische patiënten en hun omgeving. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 11, 6, 402-416.

Meekeren, E. van & J. Baars (2011) *Psychische stoornissen en naastbetrokkenen – Een praktijkboek voor behandelaars*. Amsterdam: Boom.

W10 Reviewen van een wetenschappelijk artikel. Een vak apart!

J. Spijker¹, S.J. Roza²

¹Pro Persona, Academisch Psychiatrisch Behandelcentrum, Nijmegen

²Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam

j.spijker@propersona.nl

INHOUD

Auteurs van (wetenschappelijke) artikelen krijgen vroeg of laat de vraag om zelf een artikel van een collega te beoordelen. Bijna alle Nederlandse en internationale wetenschappelijke tijdschriften maken namelijk gebruik van het peer-reviewsysteem. Daarvoor worden collega's benaderd met expertise in het vakgebied.

Deze nieuwe taak (het beoordelen van een artikel) wordt meestal aangegaan met beperkte instructie en zonder voorbeelden, met als gevolg dat de kwaliteit van de reviews sterk uiteenloopt. Een ervaren reviewer kan bijdragen aan de kwaliteit van het manuscript en daarmee de publicatie van het manuscript bevorderen. Een onervaren reviewer daarentegen kan aanleiding geven tot onterechte afwijzingen. De reviewer gaat dan bijvoorbeeld sterk uit van eigen sympathie of antipathie met het onderwerp van het artikel of vergeet een systematiek aan te brengen in de review. Een hoge kwaliteit van de reviews dient daarmee een groot belang.

Deze workshop wil de beginnende reviewer helpen bij het reviewproces en heeft als boodschap: reviewen is een vak apart. De workshopgevers zijn als plaatsvervangend hoofdredacteur en redacteur van het *Tijdschrift voor Psychiatrie* bedreven in het reviewen van manuscripten voor zowel nationale als internationale tijdschriften. Zij zullen ruim putten uit eigen ervaringen en ook reflecteren op de beperkte literatuur over het reviewproces.

VORM

De workshop bestaat uit een inleiding van 30 minuten over het reviewproces, een interactieve bespreking (30 minuten) waarin aandachtspunten en valkuilen worden uitgewisseld, en ten slotte een oefening waarbij de abstract van een manuscript wordt beoordeeld. De oefening wordt plenair nabesproken. De oefening en nabespreking duren tezamen ook 30 minuten.

LEERDOELEN

De workshop zal de deelnemers leren wat een goede aanpak is om een artikel te reviewen.

LITERATUUR

Van Harten PN. Peer review process. *Tijdschrift voor Psychiatrie*; 2008;50:3-7

W I I De CrisisMonitor, systematische gestructureerde risicotaxatie voor de acute psychiatrie

E.M. Hellendoorn¹, R.R.W. van de Sande², R.F.P. de Winter¹

¹Parnassia, Den Haag

²Bavo Europoort, Rotterdam

e.hellendoorn@parnassiabavogroep.nl

INHOUD

Uit een internationaal georiënteerde literatuurstudie (Van de Sande ea (2006)) over separatiereductieprogramma's blijkt dat er weinig empirische studies zijn over het gebruik van kortetermijnrisicotaxatiemodellen die escalaties op acute opnameafdelingen kunnen voorkomen. Het behandelteam wordt op deze afdelingen regelmatig geconfronteerd met patiënten die (dreigend) agressief gedrag vertonen, met separatie als mogelijk gevolg. Van de Sande e.a. (2006) hebben gezocht naar een passend risicotaxatie-instrument. Op basis van wetenschappelijk geëvalueerde risicotaxatie-instrumenten is de CrisisMonitor ontwikkeld. De CrisisMonitor is als Randomized Clinical Trial (RCT) onderzocht op vier vergelijkbare opnameafdelingen van de Bavo Europoort (Sande van de ea, 2011). Verpleegkundigen zijn als dataverzamelaars betrokken bij het onderzoek. Gedurende deze RCT werden 617 patiënten opgenomen. Na een 3 maanden durende baseline-meting bleken de experimentele afdelingen en de controle-afdelingen vergelijkbare aantallen separaties en duur van separaties te hebben. Ook het aantal agressie-incidenten verschilde weinig. Na de invoering van de CrisisMonitor was op de experimentele afdelingen een duidelijk daling zichtbaar van het aantal separaties en de duur hiervan. De resultaten worden tijdens de workshop gepresenteerd.

OPBOUW

1. Wetenschappelijke evaluatie CrisisMonitor
2. Hoe werkt de CrisisMonitor?
3. Wat zijn de klinische effecten van de CrisisMonitor (forumdiscussie): voor patiënten, en voor de multidisciplinaire samenwerking
4. Organisatorische gevolgen voor het werken met de CrisisMonitor

VORM

Lezing, training en discussieforum.

LEERDOEL

- De deelnemer weet wat de klinische en organisatorische meerwaarde is van werken met risicotaxatie-instrumenten (en in het bijzonder de CrisisMonitor), en tevens wat het effect hiervan is.
- De deelnemer is op de hoogte van het instrument en kan onderzoeken of het haalbaar is binnen zijn of haar werkzame praktijk.
- De deelnemer wordt zich bewust van de randvoorwaarden die van belang zijn om met wetenschappelijk ontwikkelde risicotaxatie-instrumenten te kunnen werken.

WI2 Een integrerende behandelstrategie voor patiënten met auditieve verbale hallucinaties (AVH)

J.A. Jenner
Jenner Consults, Haren
j.a.jenner@hotmail.com

VORM

Korte inleiding gevolgd door oplossingsgerichte casusbesprekingen.

INHOUD

Auditieve verbale hallucinaties (AVH) komen frequent voor bij dissociatieve stoornissen, schizofrenie, PTSS en persoonlijkheidsstoornissen als borderline (BPS). De life-timeprevalenties variëren van 80% tot 30%.

Medicatie heeft, onder andere door therapieontrouw, slechts bij maximaal 50% van de patiënten effect.

Behandelingen als cognitieve gedragstherapie (CGT), empowerment, voice dialogue en HIT (hallucinatiegerichte integratieve therapie) richten zich met wisselende resultaten specifiek op AVH.

Een korte inleiding wordt geven van (1) de achtergronden van deze methoden, (2) de mogelijkheden en problemen om deze te integreren, en (3) in tabelvorm: een vergelijkend overzicht van uitgangspunten en effecten van deze behandelmethoden. Hierna wordt de deelnemers gevraagd om probleemoplossingen aan te dragen voor casussen uit de praktijken van de presentatoren, waarna de presentatoren hun aanpak vertellen en toelichten.

LEERDOELEN

Aan het eind van de workshop hebben de deelnemers:

- een overzicht van uitgangspunten en effecten van bovengenoemde behandelingen,
- inzicht gekregen in mogelijkheden en valkuilen bij het integreren van interventies,
- kennisgemaakt met een integrerende manier van behandelen.

LITERATUUR

Jenner JA. *Hallucinaties: kenmerken, verklaringen en behandelingsmethoden*. 2^{de} druk. Van Gorcum & Comp. Assen, 2012.

W12 Welke motiveringsstrategie past bij welke (psychotische) patiënt?

J.A. Jenner

Jenner Consults, Haren

j.a.jenner@hotmail.com

VORM

Een korte inleiding over bestaande motiveringsstrategieën. Daarna oefenen met enkele strategieën.

INHOUD

Non-compliance van patiënten met schizofrenie is 30% in het eerste jaar van behandeling en loopt daarna op tot 70%. Non-compliance is nadelig voor onze patiënten. Het is slechts gedeeltelijk ziektegebonden; non-compliance is namelijk ongeveer even hoog bij niet-schizofrene psychiatrische patiënten én bij patiënten met een somatische aandoening.

In de workshop wordt een breed palet aan motiveringsstrategieën besproken. Uitgangspunt hierbij is dat iedere patiënt gemotiveerd is, dat motivatie wisselt in de tijd en dat gericht motiveren de compliance beïnvloedt. Na de inleiding worden enkele motiveringsoefeningen gedaan en nabesproken.

LEERDOELEN

Aan het eind van de workshop hebben de deelnemers:

- een overzicht gekregen van het brede scala aan motiveringsstrategieën ,
- ervaring opgedaan met enkele bij psychotische patiënten effectieve methoden,
- kunnen leren dat motivatie slechts gedeeltelijk ziektegebonden is, maar vooral contextgebonden en beïnvloedbaar.

LITERATUUR

Hoofdstuk 1 uit: Jenner JA. *Directieve interventies in de acute en de sociale psychiatrie*. (5^{de} druk). Van Gorcum, Assen, 2013.

WI3 Overeenkomsten en verschillen in theorie en klinische praktijk van MBT en TFP

G.H. Kuipers, C.G. Kooiman, Ch. Huffstadt, E. van Ankom
Rivierduinen, afd. Jelgersma, Oegstgeest
h.kuipers@centrumpersoonlijkeidstoornissen.nl

INHOUD

Mentalisation based treatment (MBT) en transference-focused psychotherapy (TFP) zijn beide empirisch ondersteunde behandelingen die voortkomen uit de psychoanalyse. Belangrijke verschillen: MBT claimt dat haar uitgangspunten meer gedeeld kunnen worden door ook andere psychotherapiemodellen, terwijl TFP meer uitgesproken psychoanalytisch is. Ook verschillen beide modellen in achterliggend mensbeeld: de rol van agressie voor het ontstaan en persisteren van psychopathologie krijgt een andere plaats toebedeeld, hetgeen consequenties heeft voor de noodzakelijk geachte interventies.

VORM

In deze workshop worden achtergronden van beide modellen toegelicht, alsmede de toepassing van deze modellen in de klinische setting: de MBT in een klinisch programma voor cluster A-persoonlijkeidproblematiek en de TFP in een klinisch cluster C-programma. Met behulp van videodemonstraties wordt geïllustreerd hoe beide modellen van elkaar verschillen en wordt aan de hand van een aantal aandachtspunten met de workshopdeelnemers bediscussieerd wat de meerwaarde van elk model is, en waar de beide modellen elkaar juist kunnen aanvullen.

LEERDOELEN

- Vergroten van de kennis van (overeenkomsten en verschillen tussen) TFP en MBT.
- De verschillen kunnen herkennen op interventieniveau.

LITERATUUR

Transference Focused Psychotherapy en Mentalisation Based Treatment: broer en zus? *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 2005, 11, no.3: 169-183. Margit Deben- Mager en Annelies Verheugt-Pleiter.

Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment, Anthony Bateman and Peter Fonagy, (University Press, Oxford 2004).

A Primer of Transference-Focused Psychotherapy for the Borderline patients, Frank E. Yeomans, John F. Clarkin and Otto F. Kernberg (2002, Jason Aronson Inc, Nortvale NY).

Klinische variant van mentaliserenbevorderende therapie voor patiënten met cluster A-persoonlijkeidstoornis, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 54 (2012)4, 377-382, Just Blom en Sjoerd Colijn.

WI4 ECT, the state of the art

B. Verwey¹, W.W. van den Broek², T.K. Birkenhager², T.H.N. Groenland²

¹Ziekenhuis Rijnstate, afd. Psychiatrie, Arnhem

²Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam

basverwey@gmail.com

INHOUD

Elektroconvulsietherapie (ECT) is een behandeling die toenemend kennis en vaardigheden van de uitvoerder vereist. In deze workshop worden de indicatiestelling, technische aspecten, anesthesie en behandeling na ECT besproken aan de hand van de Richtlijn Elektroconvulsietherapie 2010.

De indicatie van complexe patiënten en de risicofactoren worden behandeld. Technische aspecten als elektrodeplaatsing, bepaling van de insultdrempel, en stimulusdosering passeren de revue in relatie tot het effect. Preoperatieve screening, anesthesiemiddelen, interacties en bijwerkingen worden besproken, met specifiek aandacht voor cardiaal gecompromitteerde patiënten. De behandeling van patiënten zowel na succesvolle als na niet-succesvolle ECT wordt gepresenteerd, waaronder de indicatie en uitvoering van onderhouds-ECT.

VORM

Interactieve presentatie, entreetoets.

LEERDOELEN

- Leren indiceren van ECT.
- Inzicht verwerven in technische aspecten, anesthesie en uitvoering van ECT.
- Kennis vergaren over de behandeling na ECT.

LITERATUUR

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.

W15 Wet Verplichte GGZ (WVGGZ) & Wet forensische zorg (Wfz)

A.J.K. Hondius¹, T.E. Stikker², M. van de Ven³, E. Masthoff⁴, E. Prinsen⁵

¹GGZ Centraal-veluwe/flevo, Veluwe-Flevo, Ermelo

²GGZ Nederland, Amersfoort

³GGZ Noord-Holland-Noord, Heiloo

⁴Ministerie van Justitie, Den Bosch

⁵Hoeven Kliniek, Utrecht

a.hondius@ggzcentraal.nl

VORM – DEEL I

Stand van zaken van de uitvoering in de reguliere zorg van de Wet Verplichte GGZ (WVGGZ) en de Wet forensische zorg (Wfz).

VORM – Deel II

Stand van zaken van de uitvoering in de forensische zorg van de WVGGZ en de Wfz.

INHOUD

Begin jaren '90 werd een groot aantal gezondheidswetten van kracht (Bopz, WGBO, BIG). Wetten codificeren veranderingen in de gangbare praktijk. Inmiddels zijn we toe aan nieuwe codificatie (WVGGZ, Wfz). In de nieuwe wetten is er aandacht voor bescherming van de autonomie (zorgkaart, informatieplicht) en voor human dignity (recht op adequate zorg en daarmee verplichte zorg op maat).

De forensische en de reguliere psychiatrie schakelen met elkaar, uitgaande van de juiste zorg op de juiste plaats. Patiënten en behandelaars moeten zich bovendien veilig kunnen voelen en de maatschappij wil de veiligheid verbeteren.

Een juridische titel en daarbij passende financiering bepalen nog steeds de plaats waar iemand zorg en veiligheid geboden krijgt. Hierdoor ontstonden schotten tussen de reguliere en de forensische psychiatrie. Een patiënt moet echter op een forensische afdeling kunnen worden opgenomen als de veiligheid in het gedrang komt, net zoals hij in een reguliere ggz-instelling behandeld moet kunnen worden, ongeacht de juridische titel.

Via de nieuwe wetten hebben we een kans om te 'ontschotten'. De Commissie Wet- en Regelgeving (CWER) van de NVvP gaat uit van een individuele benadering: ontschotting vanuit een zorgstandpunt (WVGGZ) en vanuit een veiligheidsstandpunt (Wfz). Door te werken met een matrix van veiligheid en zorg (high-medium-low) ontstaan negen hokjes. Een goede inhoudelijke indicatie leidt naar een specifiek hokje. Een omgeving op maat voor diegene die zorg in een veilige context nodig heeft.

LEERDOELEN

Bekendheid met:

- Vorm en inhoud van de nieuwe wetten WVGGZ en Wfz.
- Invoering wetten in de praktijk.
- Standpunt CWER ontschotting zorg en veiligheid.

WI6 Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP), een psychotherapie om diegenen die lijden aan een chronische depressie beter te leren interacteren met hun omgeving

D.J.F. van Schaik^{1,2}, P. van Oppen^{1,2}, J.E. Wiersma^{1,2}

¹GGZ inGeest / VUmc, Amsterdam

²Academische Werkplaats Depressie

a.vanschaik@ggzingeest.nl

INHOUD

Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) is een psychotherapievorm die speciaal ontwikkeld is voor patiënten met een chronisch verlopende depressie. Achtergrond van de methode is dat chronisch depressieve patiënten vaak moeilijk te betrekken zijn in de reguliere psychotherapieën voor depressie. Specifieke technieken zijn noodzakelijk om het ontwijkende gedrag van deze patiënten te doorbreken. CBASP integreert technieken uit de cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke psychotherapie en de psychodynamische psychotherapie en voegt daaraan ook minder conventionele strategieën toe zoals de 'disciplined personal involvement'. De methode is in meerdere studies effectief gebleken en biedt therapeuten goede handvatten om de moeilijke groep van chronisch depressieve patiënten te behandelen.

VORM

Het behandelprotocol van CBASP zal worden toegelicht en geïllustreerd met videomateriaal. Daarna zullen een aantal voor CBASP specifieke technieken worden geoefend. Verschillen met bestaande psychotherapievormen zullen worden bediscussieerd.

LEERDOEL

Meer inzicht verkrijgen in de specifieke problematiek van chronisch depressieve patiënten en kennismaken met CBASP.

LITERATUUR

McCullough, J. P. (2000). *Treatment for Chronic Depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. New York: The Guilford Press. Wiersma, J. E. e.a., (2008).

Treatment of chronically depressed patients: a multisite randomized controlled trial testing the effectiveness of 'Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy' (CBASP) for chronic depressions versus usual secondary care. *BMC Psychiatry*, 8, 18.

W17 Psychiatrie, religie en spiritualiteit

P.J. Verhagen, H.J.G.M. van Megen

GGz Centraal, afd. Ambulatorium, Harderwijk

verhagen.p@wxs.nl

INHOUD

Op basis van epidemiologisch en sociaal-psychologisch onderzoek staat inmiddels wel vast dat religie, spiritualiteit en levensbeschouwing van belang zijn voor mensen met een psychiatrische stoornis. Meta-analyses maken duidelijk dat er een positieve samenhang is tussen (dimensies van) religiositeit en (aspecten van) psychische gezondheid. Toch is deze kennis geen gemeengoed en wordt ze dus ook niet toegepast. Daarbij komt dat ook in richtlijnen geen of onvoldoende aandacht gegeven wordt aan trans- of subculturele aspecten (waaronder religie en spiritualiteit).

In drie stappen wordt in deze workshop aan deze achterstand aan kennis en tekort aan vaardigheden gewerkt. In de eerste stap wordt met de deelnemers onderzoek gedaan naar deze bias. Welke opvattingen spelen er bij professionals, als het gaat om hun houding ten aanzien van religie en spiritualiteit in de psychiatrische praktijk? Zijn er wat dat aangaat verschuivingen waar te nemen ten opzichte van wat daarover in de literatuur werd beweerd? In de volgende stap wordt met de deelnemers een interview ontwikkeld dat in de eerste plaats een screenende functie heeft (is het relevant om met deze patiënt aandacht te besteden aan deze thematiek) en in de tweede plaats een verdiepende functie (als het gaat om het nader verkennen en exploreren van religieuze of spirituele thematiek).

In de derde stap wordt met behulp van casuïstiek aandacht besteed aan het verwerken van religieuze en spirituele aspecten, indien relevant gebleken, in de diagnostiek (diagnostische formulering) en het behandelingsplan.

LEERDOELEN

Aan het eind van de cursus is de deelnemer in staat om met het verkregen materiaal concreet aan de slag te gaan. De cursus levert daarmee een bijdrage aan het ontwikkelen en verbeteren van vaardigheden en kennis.

VORM

Korte inleidingen, oefeningen, casuïstiek, videobeelden, rollenspelen, discussie.

LITERATUUR

Verhagen, P.J. & Van Megen, H.J.G.M. (red.) (2012). *Handboek voor Psychiatrie, Religie en Spiritualiteit*. Utrecht: De Tijdstroom.

WI8 Bewegingsstoornissen en psychiatrie: (genetische) kwetsbaarheid, prodroom, symptoom of syndroom

D. Rhebergen¹, P.R. Bakker², D. Cath³, J.P.F. Koning³

¹GGZ inGeest, Circuit Ouderen, Amsterdam

²GGz Centraal, Amersfoort

³Altrecht, Utrecht

INHOUD

Verlamd van schrik. Verstijfd van angst. Het besef van de relatie tussen emotie en beweging is reeds eeuwenoud. Maar wat betekenen bewegingsstoornissen voor ons huidige begrip van psychopathologie, en omgekeerd?

Bewegingsstoornissen komen voor bij antipsychotica-naïeve patiënten, bij familieleden van schizofreniepatiënten, als symptoom bij schizofrenie en ernstige depressies, als bijwerking bij antipsychotica en antidepressiva. En indien ze aan een aantal klinische kenmerken voldoen, vormen zij op zichzelf staande syndromen. Omgekeerd gaan bewegingsstoornissen vergezeld van veel psychopathologie.

Deze workshop richt zich op het verkennen van de relatie van bewegingsstoornissen met psychopathologie.

Allereerst worden verschillende klinische presentaties van bewegingsstoornissen besproken, onder meer bewegingsstoornissen bij schizofrenie en antipsychoticagebruik, bewegingsstoornissen bij depressie, tics en psychogene bewegingsstoornissen. Hierbij worden klinische observatielijsten – zoals de 'Extra Piramidale Symptomen-tool' (EPS) en de CORE – en instrumentele meting van bewegingsstoornissen besproken en met elkaar vergeleken.

Vervolgens volgt een bespreking van i) de invloed van genen (bijvoorbeeld de dopaminehypothese), ii) de invloed van de omgeving (stress, immunohypothese) en iii) hun interactie voor de pathofysiologie van bewegingsstoornissen, en de betekenis daarvan voor de klinische praktijk. Er wordt in deze workshop intensief gebruik gemaakt van dvd-materiaal.

VORM

Interactieve workshop: presentaties met achtergrondinformatie worden afgewisseld door een demonstratie van meetinstrumenten van bewegingsstoornissen, waarbij deelnemers de gelegenheid krijgen om deze te oefenen.

Discussie over de praktische toepasbaarheid van observatieschalen versus instrumentale meting van bewegingsstoornissen wordt gestimuleerd.

LEERDOELEN

- Kennis vergaren van bewegingsstoornissen als potentiële marker voor (genetische) kwetsbaarheid, als prodroom, symptoom of syndroom.
- Inzicht in de rol van de pathofysiologie van bewegingsstoornissen.
- Vaardigheid in de herkenning en differentiatie van de verschillende bewegingsstoornissen en het gebruiken van meetinstrumenten.
- Kennis over de relevantie voor de dagelijkse praktijk.

WI9 Psychiatrische genetica made (relatively) easy. Hoe werkt het, waar staan we en waarom is het relevant?

H.J.F. van Marle¹, M. Somers², C.D. Schubart², A.F. Schellekens³

¹AMC, Amsterdam

²UMC Utrecht, Utrecht

³UMC St. Radboud, Nijmegen

m.somers@umcutrecht.nl

INHOUD

De psychiatrische genetica is een onderzoeksveld op zich geworden, en dermate complex dat het nauwelijks te overzien is (laat staan bij te houden) wanneer het niet je eigen onderzoeksexpertise is. Toch is de genetica het afgelopen millennium een belangrijke rol gaan spelen in de neurobiologische onderzoeksagenda van de psychiatrie. Wat begon met het systematisch bijhouden van clustering van psychiatrische aandoeningen in families in de tijd van Kraepelin, is uitgegroeid tot een zeer divers en complex onderzoeksveld. Evoluerend langs tweeling-, adoptie- en familiestudies en later kandidaatgenen, gaat de psychiatrische geneticaliteratuur nu over linkage-analyses, GWAS, exome sequencing en epigenetica. Maar wat houdt dit eigenlijk precies in? Leidt het ergens toe? Zijn er al relevante resultaten? En hoe verhoudt het zich tot de klinische praktijk?

De workshop wordt gegeven door vooraanstaande Nederlandse onderzoekers uit de psychiatrische genetica, en wordt voorgezeten door leden van het platform PsyLink.

LEERDOELEN

Na deze workshop is de bezoeker in staat een genetica-paper te lezen, te begrijpen en de inhoud ervan op waarde te schatten.

VORM

De workshop bestaat uit drie delen:

- 1) Een korte opfrissessie: hoe werkt genetica ook al weer?
- 2) Een wat uitgebreidere tour langs de meest gebruikte moleculair-biologische technieken en wat die hebben opgeleverd voor de psychiatrie.
- 3) Een afsluitende discussie (ook met het publiek) over de relevantie van de psychiatrische genetica, met als centrale vraag of het binnen 30 jaar gelukt zal zijn om de genetische determinanten van een grote psychiatrische aandoening duidelijk te hebben.

W20 Effectieve supervisie in achterwachtsituaties

H.L. Van, J.E. Cornelis, C.H.M. Sturm, M. Peereboom

Arkin, Amsterdam

rien.van@planet.nl

INHOUD

Ad-hocsupervisie geven en ontvangen komt veel voor als achterwacht in diensten en in acute situaties. Over deze supervisieform is echter nauwelijks literatuur beschikbaar. Toch vereist het specifieke competenties en vaardigheden, waar opleidingsgroepen in het kader van de professionalisering aandacht aan dienen te besteden. Supervisie in deze situaties heeft betrekking op: kunnen werken onder tijdsdruk; snelle inschattingen kunnen maken van zowel het acute medisch psychiatrisch toestandbeeld, als de invloed van de context op de patiënt; en kunnen omgaan met veelal onvolledige informatie. Ook speelt mee dat ad-hocsupervisors het competentieniveau van de aios vaak niet kennen (en reguliere supervisors wel).

Omgekeerd geldt ook voor de aios dat deze geregeld de supervisor niet kent, en twijfelt over de verantwoordelijkheidsafbakening. Het is lastig feedback te vragen en ontvangen op het klinisch handelen in deze situatie.

Deze workshop heeft als doel de reflectie op ad-hocsupervisie te vergroten en een model aan te reiken om deze vorm van supervisie verder te ontwikkelen. Dit wordt zowel vanuit het perspectief van de supervisor als van de aios belicht.

VORM

In een korte inleiding door supervisor en aios wordt ingegaan op de wijze van inschatting van wederzijdse competenties, wat essentieel is voor het verloop van de ad-hocsupervisie. Aan de hand van videomateriaal worden enkele veelvoorkomende aspecten geïllustreerd, en er worden tips besproken om de kwaliteit te optimaliseren. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de ambulante en klinische setting.

LEERDOELEN

Aan het einde van deze workshop zijn de deelnemende supervisors en aios zich meer bewust van de mogelijkheden bij het geven en ontvangen van ad-hocsupervisie. Er worden suggesties gegeven om het wederzijdse inschattingsvermogen te verbeteren en effectiever gebruik te maken van deze supervisieform.

W2I Come together! Samenwerken bij klinisch onderzoek naar psychose in het Consortium Klinisch Onderzoek Psychose

N.J.M. van Beveren¹, I. Sommer, L. de Haan, R. Bruggeman
¹Delta Psychiatrisch Centrum, Poortugaal
nico.van.beveren@deltapsy.nl

INHOUD

In Nederland wordt hoogstaand onderzoek verricht op het gebied van psychotische stoornissen. Desondanks is de daadwerkelijke toepasbaarheid van veel onderzoek beperkt. Nog steeds bestaat behandeling van vrijwel alle patiënten met schizofrenie uit antipsychotica. Het bestaande onderzoek heeft wel nieuwe inzichten opgeleverd, maar de directe relevantie van het onderzoek is vaak beperkt. Om die slag te maken zijn innovatieve trials nodig. In Nederland doen we relatief weinig klinische trials. Deels omdat vaak grote aantallen patiënten geïncludeerd moeten worden, die door individuele centra niet makkelijk bereikt worden. Het Consortium Klinisch Onderzoek Psychose (CKOP) is een initiatief om samenwerking tussen instellingen in Nederland te faciliteren op het gebied van klinisch psychoseonderzoek. Het is van groot belang dat in dit initiatief zowel academische instellingen als ggz-instellingen meedoen. De overgrote meerderheid van patiënten wordt behandeld in niet-academische centra: CKOP wil de deelname aan klinisch onderzoek van deze groep patiënten bevorderen. Samenwerking kan worden verbeterd als collegae vanaf het begin van een onderzoeksproject betrokken zijn.

DOEL

Het doel van dit symposium is:

- 1) globaal de opzet en werkwijze van CKOP te presenteren,
- 2) de deelnemers uitnodigen mee te denken over het design en de uitvoerbaarheid van de protocollen,
- 3) de deelnemers uitnodigen te participeren in CKOP,
- 4) een situatie bereiken waarin een actief netwerk van academische en niet-academische centra bestaat waarbinnen een groot aantal patiënten routinematig benaderd wordt voor deelname aan klinisch onderzoek. Deze workshop is ook geschikt voor bestuurders die zich oriënteren op mogelijkheden om kwalitatief hoogwaardig, én praktisch toepasbaar wetenschappelijk onderzoek binnen hun instelling te positioneren.

VORM

Er worden 3 lezingen gegeven waarin Nederlands klinisch onderzoek wordt beschreven (De Haan: 'Screening indicatie clozapinebehandeling'; Sommer: 'OPTIMISE-studie'; Van Beveren: 'Gewichtstoename en respons tijdens gebruik olanzapine').

De focus zal minder liggen op de presentatie van resultaten, maar meer op de uitvoeringspraktijk, en de mogelijkheden voor multi-centeronderzoek en nieuw op te starten projecten. Daartoe is er een vierde (algemene) lezing (Bruggeman: 'Algemene opzet en werkwijze van het Consortium Klinisch Onderzoek Psychosen').

Er zal in het algemeen veel mogelijkheid zijn voor discussie en interactie. Het publiek wordt gestimuleerd actief mee te denken.

LEERDOELEN

De deelnemer heeft kennis van:

- De huidige beperkingen rondom klinisch psychoseonderzoek.
- Het bestaan van CKOP, en de doelstellingen ervan.
- Kennis van de mogelijkheden om te participeren in CKOP.
- Inzicht in de gepresenteerde onderzoeken, met name in de context van het zoeken naar samenwerking.

W22 Contextualiseren moet! Over de intrinsieke noodzaak contextueel te denken in diagnostiek en behandeling

G. Glas

Dimence, Zwolle
g.glas@dimence.nl

ACHTERGROND

Aan de geringe aandacht voor de context ligt een paradigmaverschuiving ten grondslag in de richting van een overwegend biomedische oriëntatie. Deze oriëntatie leidt tot een beperkte opvatting van ziekte (stoornis als uiting van disfunctie), en deze leidt op zijn beurt tot individualisme in de behandelpraktijk. Het gaat om de individuele patiënt als drager van de stoornis.

DOEL

Er wordt een alternatief (ziekte)model geschetst dat op begrijpelijke wijze de rol van de context in de psychiatrie laat zien: de context is niet een toevallige versturende factor van een autonoom proces, maar moet intrinsiek meegedacht worden als men wil begrijpen hoe ziektesymptomen zich manifesteren.

De psychiatrie kan in het denken hierover zelfs het voortouw nemen ten opzichte van de somatische geneeskunde, omdat ze zo'n fijnzinnig klinisch gevoel heeft voor het looping-effect dat optreedt doordat de stoornis het omgaan met de stoornis beïnvloedt (demoralisatie als gevolg van depressie beïnvloedt het omgaan met depressie).

METHODE

Conceptuele analyse, en bespreking van ziektemodellen.

RESULTATEN

In de wijze waarop de patiënt omgaat met de stoornis speelt de omgeving een cruciale rol: als bron van betekenisverlening; als bron van steun en hulp; en als modulerende factor die invloed uitoefent op hoe zowel de stoornis als de persoonlijkheid invloed uitoefent op het omgaan met het ziek-zijn.

CONCLUSIE

Het biomedische model moet worden verrijkt met een contextuele dimensie. Er is een eenvoudig conceptueel model beschikbaar dat duidelijk maakt hoe dit verrijkte model werkt in de praktijk van diagnostiek, psycho-educatie en behandeling.

LITERATUUR

G. Glas (2011). Waarom is de psychotherapie een integraal onderdeel van de psychiatrie? J. Pols, R. Knetering, C. Bruinsma (red.). *Psychiatrie in reflectie*. Zuidlaren: Lentis, 164-173.

W23 Workshop Adherence

I.H. de Wit

Ggz Centraal, Poli Stemmingsstoornissen, Amersfoort

i.dewit@ggzcentraal.nl

INHOUD

Medicatie is zeer effectief bij onder meer een bipolaire stoornis en schizofrenie. Onderzoek laat zien dat non-adherence (medicatie-ontrouw) een van de belangrijkste voorspellers is van een terugval en dat het veel vaker voorkomt dan psychiaters en patiënten denken. Non-adherence leidt ook tot meer opnames, lagere kwaliteit van leven, afname van sociale relaties, en afname van dagelijkse activiteiten. Dit heeft grote gevolgen voor het beloop van de ziekte.

Tijdens de workshop zullen de deelnemers specifieke kennis opdoen over bovenstaande aspecten. Op grond van de literatuur worden evidence-based interventies genoemd die de adherence (medicatie-trouw) bij patiënten verbeteren. Deze bestaan onder andere uit een set van aanbevolen interventies voor onder meer een speciële anamnese gericht op adherence en een korte gevalideerde vragenlijst. In de workshop wordt veel ruimte geboden voor discussie en oefenen.

VORM

- Inleiding over de omvang van non-adherence en het belang voor de dagelijkse praktijk.
- Interventies voor onder meer een speciële anamnese ter verbetering van de adherence.
- Introductie vragenlijst BARS (Brief Adherence Rating Scale).
- Discussie.
- Oefenen.

LEERDOEL

Aan het einde van de workshop heeft de deelnemer de vaardigheid om een toegespitste speciële anamnese af te nemen, en voldoende kennis van effectieve interventies om de adherence in te schatten en te verbeteren.

W24 Clozapine voor dezen en genen - Praktische problemen bij de behandeling met clozapine

P.F.J. Schulte¹, J.P.A.M. Bogers², E. Barkhof³, B Bakker⁴, D. van Dijk¹

¹GGZ Noord-Holland-Noord, afd. Kortdurende psychiatrie, Alkmaar

²Rivierduinen, Leiden-Gouda-Voorhout

³Academisch Medisch Centrum Amsterdam, Amsterdam

⁴Parnassia Bavo Groep, Castricum

dijkwell@xs4all.nl

INHOUD

Clozapine is als antipsychoticum ongeëvenaard in zijn werking. Maar het kent belangrijke risico's en lastige bijwerkingen. Bij de behandeling is specifieke kennis vereist die aanzienlijk verder gaat dan het agranulocytose-risico. Als de psychiater uit onkunde angst heeft voor de complicaties, wordt de patiënt met therapieresistente schizofrenie de laatste reële kans op verbetering ontnomen. Andersom zal het onvoldoende monitoren en inadequaet behandelen van bijwerkingen de patiënt onnodig blootstellen aan en belasten met bijwerkingen. Bij een deel van de therapieresistente patiënten is non-compliance met de inname van clozapine de oorzaak van therapiefalen. Behalve intramusculaire injecties zijn er nog andere mogelijkheden die regelmatige orale inname kunnen verzekeren.

VORM

Aan de hand van een casus wordt met de deelnemers gediscussieerd over indicaties en omgaan met complicaties. Stukjes casus worden afgewisseld met discussie en talrijke korte presentaties. Er is veel ruimte voor eigen inbreng van de deelnemers.

LEERDOELEN

- Kennis over verschillende indicaties van clozapine en het monitoren en behandelen van complicaties.
- Verbetering van 'clinical decision making', waarbij ongelijksoortige entiteiten tegen elkaar moeten worden afgewogen, zoals levenskwaliteit, autonomie van de patiënt, tegenstrijdige effecten op mortaliteit en verschillende graden van bewijs.
- Verbreding van het behandelrepertoire bij non-compliance met clozapinetherapie.

LITERATUUR

Richtlijn voor het gebruik van clozapine. www.clozapinepluswerkgroep.nl

Schulte PFJ. The risk of clozapine-associated agranulocytosis and mandatory white blood cell monitoring. *Annals of Pharmacotherapy* 2006;40:683-688.

Schulte et al. Compulsory treatment with clozapine: a retrospective long-term cohort study. *Int J Law & Psychiatry* 2007; 30: 539-545.

Bogers et al. Clozapine-induced leukopenia: arguments to rechallenge. *Irish Journal of Medical Science* 2012;181: 155-156.

Cohen et al. Beyond white blood cell monitoring: screening in the initial phase of clozapine therapy. *J Clin Psychiatry*, in druk.

W25 Blended e-health binnen het zorgprogramma Persoonlijkheidsstoornissen

H.C.W.M. Aalders

Altrecht, Brinkveld, Zeist

h.aalders@altrecht.nl

INHOUD

E-health als behandelvorm voor persoonlijkheidsstoornissen is lange tijd buiten de deur gehouden. Gedacht werd dat internetbehandeling voor deze doelgroep weinig zou bieden. Binnen Altrecht is een vorm van 'blended e-health' ontwikkeld die als rode draad door diverse zorgpaden loopt.

In deze workshop wordt uitleg gegeven over de opzet en werkwijze van deze e-health-programma's. Specifiek zal worden ingegaan op de vormgeving van het e-health-programma binnen het zorgpad Schematherapie voor borderline-persoonlijkheidsstoornissen, dat zowel ambulante als klinische behandeltrajecten beslaat. Tevens zullen, vanuit de ervaringen met dit behandelaanbod in de dagelijkse praktijk, de do's en don'ts worden besproken, alsmede ideeën voor verdere ontwikkeling.

VORM

Demonstratie.

LEERDOELEN

Kennismaken met blended e-health als behandelvorm binnen het zorgprogramma Persoonlijkheidsstoornissen.

W26 Volwassenen met autismespectrumstoornissen: diagnostiek en behandeling van comorbiditeit

Y. Roke, A.J.P van Voorst
GGz Centraal, Emerhese, Amersfoort
g.vanvoorst@ggzcentraal.nl

ACHTERGROND

Autismespectrumstoornissen (ASS) worden steeds meer gediagnosticeerd op volwassen leeftijd (prevalentie 1%, (Brugha, 2011)), en de kinderen en jongeren met ASS worden volwassen. Er ontstaat zodoende een sterk groeiende groep volwassenen met ASS, en er bestaan nog veel onduidelijkheden over de diagnostiek en behandeling van de comorbiditeit. De kernsymptomen van ASS zijn gedurende het hele leven aanwezig. De behandeling van ASS is vooral gericht op aanpassingen in de omgeving. Comorbiditeit is echter meer regel dan uitzondering. Er komen verschillende targetsymptomen in aanmerking voor behandeling, zoals zintuiglijke overprikkeling, aandacht- en concentratiestoornissen, preoccupatie, impulsiviteit, psychotische belevingen, maar ook bijkomende psychosociale problemen (werk, relaties).

VORM

Een overzicht geven van wat er bekend is over targetsymptomen en comorbiditeit bij volwassenen met ASS en een normale begaafdheid, door middel van een literatuuronderzoek in Pubmed. Daarnaast voorbeelden uit de klinische praktijk geven van targetsymptomen en comorbiditeit, en daarin de invloed vanuit de omgeving bespreken (structuur of niet, hoeveelheid prikkels, overvraging). De praktijk van diagnostiek en behandeling bij deze problematiek wordt toegelicht aan de hand van beeldmateriaal, klinische vignetten en casuïstische voorbeelden.

LEERDOELEN

- Handvatten krijgen voor de diagnostiek en behandeling van comorbide psychiatrische stoornissen en/of targetsymptomen en bijkomende psychosociale problemen bij volwassen met ASS en een normale begaafdheid.
- Inzicht in het verschil tussen een comorbide stoornis en een targetsymptoom bij ASS.

Er zal aandacht gegeven worden aan de verschillende omgevingsfactoren, psychosociale interventies en farmacotherapeutische behandelstrategieën die het beloop van de ASS kunnen beïnvloeden.

De presentatie heeft een cursusachtige opzet, waarbij de deelnemers bij de bespreking van de casuïstiek interactief betrokken worden.

W27 In de greep van middelen: problematisch middelengebruik en psychische comorbiditeit bij jongeren

M.A. Hansman-Wijnands¹, I.J.J. Aben², C. Mos³, G.M. Schippers^{4,5}

¹Dimence, afd. Dubbeldiagnose Jeugd, Zwolle

²Mondriaan, Heerlen

³De Jutters, Den Haag

⁴Amsterdam Medisch Centrum, Amsterdam

⁵Universiteit van Amsterdam, Amsterdam

g.m.schippers@amc.uva.nl

INHOUD

De afgelopen jaren worden landelijk in (poli)klinieken gespecialiseerde behandelingen aangeboden aan een groeiende groep jeugdigen die hulp vragen bij hun problematisch geworden middelengebruik. Daarentegen wordt in de kinder- en jeugdpsychiatrie weinig aandacht geschonken aan problematisch middelengebruik. Het onderwerp wordt in de anamnese overgeslagen, of professionals nemen genoegen met een bagatelliserend antwoord (Resultaten Scoren, 2011). Bij jongeren met problematisch middelengebruik is in de overgrote meerderheid sprake van psychiatrische comorbiditeit. Internaliserende of externaliserende gedragsproblemen, ADHD, ASS, een kwetsbare persoonlijkheidsontwikkeling met een gebrekkige impulscontrole, wankel zelfbeeld en toenemende autonomiebehoefte, en andere adolescentiefaseproblemen vergroten de kans op problematisch middelengebruik en vice versa. Daarbij spelen er veelal gezinsproblemen.

Diagnostische criteria in de DSM en de ICD zijn geformuleerd voor volwassenen. Het onderscheid tussen recreatief en problematisch gebruik, misbruik en afhankelijk, is bij jongeren niet eenvoudig te maken. In de klinische praktijk wordt geworsteld met dit onderscheid.

VORM

Leden van de expertgroep van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie geven een interactieve presentatie over het protocol Problematisch middelengebruik en psychische comorbiditeit. Zij bespreken (vroeg)signalering, herkenning en diagnostiek, ondersteunende psychofarmaca en de behandeling met evidence-based en best-practice psychotherapeutische en psychosociale interventies gericht op de jongere en zijn directe sociale context, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT) en Multidimensionele Familiotherapie (MDFT). Deze workshop is, vanwege veel animo, een herhaling van de workshop op het NVvP-voorjaarscongres 2012. De tussentijdse ontwikkelingen binnen het werkveld worden toegevoegd in de presentaties.

LEERDOELEN

U herkent sneller comorbide verslavingsproblemen naast psychiatrische stoornissen, en u hebt handvatten om te interveniëren. Van direct belang voor uw dagelijks werk!

LITERATUUR

Adviescommissie Kwetsbare Jeugd & Verslaving (2011). *Van kwetsbaar naar weerbaar. Verslaving bij kwetsbare jongeren voorkomen en adequaat begeleiden*. Utrecht: Resultaten Scoren, kenniscentrum verslaving.

<http://www.kenniscentrum-kjp.nl/>

W28 Praktisch Mentaliseren

S.R.Y. Knapen
Altrecht, FACT, Zeist
s.knapen@altrecht.nl

INHOUD

Als de angst regeert, kun je niet meer mentaliseren. Maar wat is dat nou eigenlijk, mentaliseren, en waarom zou je het doen? Hoe kan mentaliseren je helpen om niet geregeerd te worden door bijvoorbeeld angst of woede en verdriet, en op welke manier? Hoe kun je herkennen of je mentaliseert, en wanneer is een interventie mentaliserend en wanneer juist niet?

In deze workshop proberen we antwoord te geven op deze vragen. Je maakt kennis met mentaliseren door het vooral te doen, en je ervan bewust te worden dat je het al doet. We staan stil bij de theoretische achtergrond van mentaliseren, maar gaan vooral proberen het in de praktijk toe te passen door mentaliserende oefeningen, videofragmenten te beoordelen en mee te doen met een rollenspel.

VORM

Interactieve lezingen, oefeningen en rollenspel.

LEERDOELEN

- Kennismaken met mentaliseren.
- Basisbegrippen kunnen hanteren.

LITERATUUR

Allen, Fonagy & Bateman; *Mentaliseren in de klinische praktijk*.

W29 Het genetisch onderzoek in de psychiatrische praktijk

N.W.A. van de Kerkhof¹, I. Feenstra², W.M.A. Verhoeven¹

¹Vincent van Gogh Instituut, Venray

²UMC St Radboud, Nijmegen

noortjevandekerkhof@gmail.com

INHOUD

Met moderne technieken kunnen steeds kleinere chromosomale afwijkingen worden opgespoord. Als gevolg hiervan zijn inmiddels verschillende nieuwe microdeletiesyndromen geïdentificeerd. Daarnaast is het mogelijk om gericht genetisch onderzoek van genen te laten verrichten bij verdenking op een specifiek genetisch syndroom. Soms gaat een syndroom gepaard met psychiatrische symptomen. Het opsporen van dergelijke syndromen is van belang, daar dit gevolgen kan hebben voor de behandeling of behandelbaarheid van het psychiatrische symptoomprofiel. Routinematig chromosomenonderzoek lijkt echter vooralsnog niet zinvol en aanvullend onderzoek dient te worden bewaard voor patiënten die, naast de psychiatrische stoornis, een ontwikkelingsachterstand, congenitale afwijkingen en/of dysmorfe kenmerken hebben. De dysmorfieën kunnen echter subtiel zijn en worden door het ongeoefende oog niet altijd opgemerkt.

Deze workshop richt zich op het onderkennen van de waarde van aanvullend genetisch onderzoek voor de psychiatrische praktijk. Naast de bespreking van recente onderzoeksbevindingen en enkele bekende syndromen wordt geoefend met het herkennen en beschrijven van diverse dysmorfe kenmerken, teneinde handvatten te bieden om genetisch onderzoek aan te vragen in de dagelijkse praktijk.

VORM

Ter inleiding zullen bevindingen worden gepresenteerd uit onderzoek van de werkgroep "Psychopathologie en Genetica" (samenwerking Vincent van Gogh en het UMC St Radboud) en zullen enkele syndromen worden beschreven aan de hand van casuïstiek. Er zal uitleg worden verschaft over de verschillende genetische technieken. Vervolgens zal aan de hand van beeldmateriaal worden geoefend met het herkennen en beschrijven van verschillende dysmorfe kenmerken, die tijdens een psychiatrisch consult of lichamelijk onderzoek kunnen worden waargenomen.

LEERDOELEN

- De deelnemer neemt kennis van de samenhang tussen genetisch bepaalde syndromen en psychiatrische fenotypen.
- De deelnemer is in staat om diverse dysmorfe kenmerken bij patiënten te herkennen en beschrijven.
- De deelnemer is in staat om gericht en onderbouwd aanvullend genetisch onderzoek/consultatie aan te vragen.

W30 Asielzoekers en de psychiater

W.A. Thijs, C.J. Laban

GGZ Drenthe, De Evenaar, Beilen

willemathijs@gmail.com

ACHTERGROND

Asielzoekers kampen met de gevolgen van geweld, en met de gevolgen van diverse verlieservaringen en worstelen met angst over de uitkomst van de asielprocedure. Dit alles speelt zich af in een politiek verhardend klimaat. Vaak doen asielzoekers voor psychische klachten een beroep op de ggz, soms in crisissituaties.

DOEL

De deelnemers krijgen inzicht in de problematiek van asielzoekers en in de mogelijkheden voor hulpverlening binnen de ggz. Daarbij worden richtlijnen gegeven hoe de psychiater om kan gaan met een aantal knelpunten en dilemma's die zich bij deze specifieke problematiek voordoen.

METHODE

Er wordt gestart met een voordracht aan de hand van onderzoek en ervaringen uit de praktijk over de achtergronden en problematiek van asielzoekers. Vervolgens zal worden ingegaan op de vraag wat de ggz hun kan bieden. Een en ander wordt toegespitst op vier kernvragen:

- 1) Welke diagnostische vragen doen zich voor?
- 2) Is psychiatrische hulpverlening wel mogelijk en zo ja: hoe moet die eruitzien?
- 3) Hoe om te gaan met vragen om medische informatie ten behoeve van de asielprocedure?
- 4) Welke dilemma's doen zich voor en hoe kan worden voorkomen zelf overspoeld te raken door deze problematiek?

Deze vier vragen zullen worden besproken aan de hand van vier verschillende werkvormen waarin gerichte vragen aan de deelnemers worden voorgelegd. Na ieder onderdeel zal een richtlijn worden gegeven. De workshop wordt afgesloten met een samenvatting en een round-up.

LEERDOELEN

- De deelnemers zijn op de hoogte van de achtergronden van asielzoekers en hun psychiatrische problematiek.
- Ze kunnen omgaan met de diagnostische vragen die zich daarbij voordoen en hebben inzicht in de hulpverleningsmogelijkheden binnen de ggz.
- De deelnemers weten hoe te reageren op brieven van advocaten en artsen van Justitie.
- Ze hebben inzicht in de dilemma's en emoties die het werken met deze doelgroep oproept, en weten deze te hanteren.

W3I Everything you always wanted to try in playing with actors but were afraid to do

J. Agsteribbe¹, T.W.D.P. van Os², W.H. Winthorst¹, H. ten Hoopen³, M.L. Boshuisen⁴

¹UMCG, afd. UCP, Groningen

²GGZ Friesland, Leeuwarden

³GGZ Drenthe, Assen

⁴Lentis, Groningen

j.agsteribbe@umcg.nl

INHOUD

In de Onderwijs- en Opleidingsregio Noord-Nederland hebben we in oktober 2011 een nieuw psychotherapie-curriculum ingevoerd, gebaseerd op de notitie 'Competenties Basiscurcus Psychotherapie' van de Taakgroep Psychotherapie van de NVvP (2010). Een nieuw curriculum, dat overigens door de aios zeer gewaardeerd wordt, vraagt om een nieuwe manier van toetsen. Een vorm van toetsen die recht doet aan het vaardigheidsonderwijs dat psychotherapieonderwijs in onze ogen zou moeten zijn.

Wij hebben daarom gekozen voor het zogenaamde stationsexamen, ook wel bekend als OSCE (Objective Structured Clinical Examination). Hierbij wordt gewerkt met trainingsacteurs die na afloop van het gesprek feedback geven op de psychotherapeutische interventies die de aios hebben toegepast. De sessies zijn op video opgenomen en zijn daardoor toegankelijker voor de beoordeling en evaluatie en voor het formuleren van leerdoelen door de aios. In de workshop willen we u laten zien, maar vooral ook laten ervaren, wat een stationsexamen is, en hoe wij dat specifiek toegepast hebben voor het psychotherapieonderwijs.

VORM

Na een korte beschrijving van het stationsexamen en hoe wij dit specifiek toegepast hebben voor de beoordeling van het psychotherapieonderwijs, willen we u dit graag zelf laten ervaren, met behulp van 2 trainingsacteurs.

LEERDOEL

Aan het eind van de workshop kunt u beoordelen of het stationsexamen een vorm van toetsen is die u in uw eigen opleiding zou willen toepassen. Daarnaast krijgt u mogelijkheden aangereikt om het stationsexamen in uw eigen opleiding te implementeren.

W32 Combinatie FACT en MBT bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen: hoe het toevoegen van voldoende holding op verandering gerichte psychotherapie toch mogelijk kan maken

S.R.Y. Knapen, A. Klarenbeek
Altrecht, FACT, Zeist
s.knapen@altrecht.nl

INHOUD

De genetische bijdrage aan het ontstaan van persoonlijkheidsstoornissen is ten minste 50%, maar vooral de ernst van de stoornis wordt bepaald door de omgeving in de vroege jeugd. Psychotherapie is de behandeling van eerste keus. Uit recent onderzoek blijkt echter dat slechts 20% ook daadwerkelijk een behandeling volgens de richtlijnen ontvangt.

Deze workshop draait om de vraag hoe je mensen met persoonlijkheidsstoornissen moet omgeven opdat voldoende holding wordt geboden om psychotherapie toch mogelijk te maken. Ook voor de meest ernstige groepen. FACT blijkt deze holding te kunnen bieden. Daarbij staat het monitoren en bevorderen van mentaliseren in crisissituaties centraal, zowel bij de patiënt als de hulpverlener.

We leggen uit waarom we denken dat FACT het mentaliseren bevordert, doordat het de arousal verlaagt. De verschillen met de reguliere FACT-werkwijze komen aan de orde. Wat zijn belangrijke voorwaarden om met deze methode te kunnen werken? Begrippen als 'shared caseload' en 'limit setting' worden besproken en verder uitgediept. En hoe doe je dat dan eigenlijk: grenzen stellen en blijven mentaliseren? En hoe houd je dat vol? We gaan praktisch oefenen aan de hand van een uit de hand gelopen casus.

VORM

Interactieve lezingen, oefeningen en casusbespreking.

LEERDOELEN

- Bieden van adequate holding door FACT zonder verantwoordelijkheid over te nemen.
- Wat is shared caseload en hoe geef je dat vorm?
- Grenzen stellen zonder af te wijzen.

LITERATUUR

Allen, Fonagy & Bateman; *Mentaliseren in de klinische praktijk* 2008
Gabbard & Wilkinson; *Management of countertransference with borderline patients* 1994

W33 Schrijf een wetenschappelijk artikel!

P.N. van Harten
GGz Centraal, Amersfoort
pnvanharten@gmail.com

INHOUD

Wetenschappelijk onderzoek is een van de kerntaken van universitaire ziekenhuizen, maar gebeurt al jaren ook in perifere instellingen¹. Bij onderzoek hoort een publicatie en het schrijven daarvan gaat niet altijd even gemakkelijk. Vaak kan de auteur moeiteloos over het onderwerp vertellen, maar als de gedachten op papier gezet moeten worden, stopt het proces soms.

Deze workshop wil de beginnende auteur helpen bij het schrijffproces. De workshopgever is hoofdredacteur van het *Tijdschrift voor Psychiatrie* en geeft al jaren cursussen in het schrijven van een artikel. Daarin kwam naar voren dat auteurs de achterliggende structuur van het artikel en met name van de inleiding en de discussie onvoldoende beheersen².

Ter illustratie noem ik de structuur van de discussie. Deze start met de belangrijkste bevinding, gevolgd door eventuele andere belangrijke bevindingen. Daarna komen in verschillende volgorde aan bod: de beperkingen en krachtige kanten van het onderzoek, de resultaten in de context en de implicaties van de resultaten (de klinische relevantie). Tot slot volgt de boodschap van het artikel en eventueel een aanwijzing welk onderzoek nog meer nodig is².

Verder wordt aandacht besteed aan de keuze van het tijdschrift, de begeleidende brief, en het reviewproces³.

VORM

Na een inleiding (20 minuten) over het schrijffproces, volgt vanuit voorbeelden een interactieve bespreking (30 minuten). Daarna schrijven de deelnemers in 15(!) minuten een inleiding van een artikel, die vervolgens met elkaar en plenair wordt nabesproken.

LEERDOELEN

Kennismaken met, en oefenen in belangrijke aspecten van het schrijven van een wetenschappelijk artikel.

LITERATUUR

¹van Harten PN. Wetenschappelijk onderzoek in ggz-instellingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2010;3-6

²Van Harten PN. Schrijf een artikel! *Tijdschrift voor Psychiatrie*; 2007;3-5

³ Van Harten PN. Peer review process. *Tijdschrift voor Psychiatrie*; 2008:3-7

W34 Psychotherapeutische behandelingen bij somatoforme stoornissen. Hoe evidence-based te behandelen

S. Visser^{1,2}

¹UvA, Amsterdam

²Pro Persona, Amsterdam

s.visser@uva.nl

Deze workshop is bedoeld om een overzicht te geven van evidence-based behandelen van somatoforme stoornissen. Er zal een overzicht gegeven worden van de adviezen uit richtlijnen, en de beperkingen en discussiepunten hiervan. Daarna zal dieper ingegaan worden op de psychotherapeutische behandeling van specifieke somatoforme stoornissen.

- De richtlijnen voor de somatoforme stoornissen. Wat kunnen we er mee en waar zitten de valkuilen. *Dr. Jan P.C. Jaspers, UMCG Groningen*
- Body Dismorphic Disorder: *prof. dr. Theo K. Bouman, Klinische Psychologie, Rijksuniversiteit Groningen*
- Somatoforme stoornissen en de borderline-persoonlijkheid: diagnostische en therapeutische aspecten. *Drs. Jaap Spaans, Altrecht Psychosomatiek Eikenboom*
- Hypochondrie en health anxiety. Evidence-based behandelingen en nieuwe ontwikkelingen: *prof. dr. Sako Visser, UvA & GGZ Pro Persona.*

W35 www.medicawiki.eu, een belangrijke omgevingsfactor ter verbetering van de farmacotherapie

M.J. de Roo¹, [W.J. Broekema](mailto:w.broekema@ggzcentraal.nl)¹, Y. Roke¹, F.R. Kruisdijk²

¹GGz Centraal, afd. Apotheek, Amersfoort

²SymforaMeander (SMCvP), Amersfoort

w.broekema@ggzcentraal.nl

INHOUD

Medicatieveiligheid is een belangrijk aandachtspunt in de huidige psychiatrie. Bij het voorschrijven van medicatie moet rekening worden gehouden met individuele factoren als comorbiditeit en genetische variatie. www.medicawiki.eu is een evidence-based beslissysteem. Doel is het veiliger voorschrijven van psychofarmaca bij patiënten met somatische comorbiditeit. Het geeft adviezen over welk geneesmiddel bij een patiënt met een specifieke caution area toegepast kan worden. Caution areas zijn ziektebeelden of risicogebieden van een patiënt waarmee men rekening moet houden bij het starten van een psychofarmakon, zoals QTc-verlenging of gewichtstoename, maar ook polymorfismen van CYP450-enzymen.

VORM

Tijdens de inleiding van de interactieve workshop maakt men kennis met de website. Er zal worden ingegaan op de achtergrond en de actuele ontwikkelingen van www.medicawiki.eu (W.J. Broekema). Aan de hand van casussen wordt getoond hoe met de medicawiki kan worden gewerkt (F.R. Kruisdijk, Y. Roke, M.J. de Roo). Deelnemers kunnen hiervoor hun eigen laptop meenemen en men mag zelf een casus inbrengen. Er zullen op de individuele patiënt afgestemde medicatieadviezen worden ontwikkeld.

In het huidige internettijdperk is een patiënt steeds vaker op zoek naar informatie over zijn aandoening en de mogelijke behandeling. Met behulp van www.medicawiki.eu kan een voorschrijver evidence-based informatie meegeven aan zijn patiënt, wat de therapietrouw kan bevorderen. Tijdens de workshop zullen ook deze mogelijkheden aan de orde komen.

LEERDOELEN

- De deelnemers leren werken met www.medicawiki.eu.
- Ze krijgen inzicht in de functies en ontwikkelingen.
- Men zal zien dat medicawiki een handig hulpmiddel is dat de medicatieveiligheid en therapietrouw zal verbeteren.

W36 Model voor (incompany-) beleidsintervisie voor beginnende psychiaters

A.M. van Schaik¹, A.R. Miedema²

¹GGZ inGeest, Ouderenpsychiatrie, Amsterdam/Haarlem

²GGD Amsterdam, Amsterdam

au.vanschaik@ggzingeest.nl

INHOUD

Beginnende beleidspsychiaters (gedefinieerd als maximaal 5 jaar werkervaring als psychiater) hebben regelmatig behoefte aan ondersteuning in belangrijke taken en mogelijke problemen die zij ondervinden op het gebied van beleid, management en leiderschap. Beleidsintervisie is een uitstekend instrument om de hiertoe benodigde competenties verder te ontwikkelen en verbeteren.

In de beleidsintervisie wordt aandacht gegeven aan zaken als beleidscasuïstiek (d.m.v. de Balint-methode), eigen professioneel functioneren, werken met een persoonlijk ontwikkelingsplan (POP), teaminteracties en leiding geven. Ook kunnen specifieke beleidsmatige thema's inhoudelijk worden verdiept. Nevendoelstellingen zijn gesteund worden in problematiek, herkenning vinden, een netwerk vormen, maar vooral ook plezier hebben in beleid/management en de intervisiebijeenkomsten.

Hoe zet men een dergelijke intervisie op? Wat is een goed model? En wat zijn voor- of nadelen van een incompany-intervisie?

VORM

Theoretisch deel waarin een model wordt gepresenteerd waar de workshopleiders reeds ervaring mee hebben als deelnemer en coach. Vervolgens worden enkele methodieken in de groep geoefend, zoals de beleidscasuïstiek (d.m.v. de Balint-methode) en werken met een POP. Mogelijk worden enkele videofragmenten getoond van beleidsintervisies, om de technieken toe te lichten.

LEERDOELEN

Praktische handvatten hoe een beleidsintervisie op te zetten voor beginnende psychiaters als deelnemer of coach.

LITERATUURVERWIJZING

Ofman, D., *Kwaliteit en bezieling in organisaties*, Servire, 200

W37 Beknopte Eclectische Psychotherapie voor de Posttraumatische stressstoornis (BEPP)

B.P.R. Gersons¹, M.J. Nijdam²

¹AMC/Arq Psychotrauma Expert Groep, Amsterdam

²AMC Center for Anxiety Disorders, Amsterdam

b.p.gersons@amc.nl

INHOUD

De Beknopte Eclectische Psychotherapie voor de Posttraumatische stressstoornis (BEPP, voorheen KEP) is een van de drie effectief gebleken behandelingen voor PTSS. BEPP bestaat uit een geprotocolleerd programma van 16 keer. BEPP is aanvankelijk ontwikkeld voor politiemensen met PTSS, maar wordt inmiddels al vele jaren en in vele landen toegepast bij allerlei patiënten met PTSS (www.traumabehandeling.net). De effectiviteit is aangetoond middels twee randomized clinical trials (RCT), en de behandeling is onder andere opgenomen in de NICE-guidelines 2005 voor PTSD.

Uit een recente RCT van BEPP versus EMDR blijkt EMDR sneller te werken, maar is het resultaat na 16 keer gelijkwaardig. Waar EMDR en cognitieve gedragstherapie (CGT) zich richten op angstvermindering, wordt in BEPP de nadruk gelegd op catharsis van de emoties. Een zeer belangrijk verschil van BEPP met andere benaderingen is het deel betekenisverlening.

Het doel van de cursus is kennisname van de theoretische basisprincipes van BEPP, en kennismaking met toepassing ervan bij mensen met PTSS.

VORM

Ingegaan zal worden op de rationale van BEPP en op de onderdelen van BEPP-psycho-educatie, imaginaire exposure, doorgaande brief, betekenisverlening en afscheidsritueel. Tijdens de workshop zullen delen van dvd's getoond worden, en wordt er ook geoefend met een gedeelte van het protocol. Indicaties en contra-indicaties komen eveneens aan bod.

LEERDOELEN

- Zich de rationale van de behandeling van posttraumatische stressstoornis (PTSS) eigen maken.
- Imaginaire exposure kunnen toepassen.
- Gebruik maken van het protocol in de behandeling van patiënten met PTSS.

LITERATUUR

Protocol 'Beknopte Eclectische Psychotherapie voor de Posttraumatische stressstoornis (BEPP)', Nederlandse versie 2011

Gersons, B.P.R., Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D., van der Kolk, B., A randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy in police officers with posttraumatic stress disorder, *J of Traumatic Stress* 13 (2):333-347,2000

Lindauer, R.J.L. Gersons, B.P.R., van Meijel, E.P.M., Blom, K., Carlier, I.V.E., Vrijlandt, I., Olf, M. Effects of Brief Eclectic Psychotherapy in patients with posttraumatic stress disorder: randomized clinical trial, *J of Traumatic Stress* 2005; 18:205-212

Bisson, J.I., Ehlers, A., Matthews, R. & Pilling, S., Richards, D., Turner, S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder Systematic review and meta-analysis *Br J of Psychiatry* 2007, 190: 97-104

Nijdam, M.J., Gersons, B.P.R., Reitsma, J.B., de Jongh, A., Olf, M., Brief eclectic psychotherapy versus eye movement desensitization and reprocessing therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder: randomized controlled. *Br J Psychiatry* 2012; 200, 1-8

W38 Stijlen van leidinggeven bij supervisie en mentoraat van aios psychiatrie

M.G. Nys

Centrum Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma, Leiden/ Oegstgeest

m.nijs@centrumpersoonlijkheidsstoornissen.nl

INHOUD

De workshop is bedoeld voor psychiaters die belast zijn met de supervisie en/of het mentoraat van aios psychiatrie. De nadruk van deze workshop ligt op het verwerven van vaardigheden. Geoefend wordt in het opzetten van een op de persoon van de aios toegesneden leertraject (persoonlijk leerplan), met als uitgangspunt competentiegericht leren (HOOP). Aan de hand van eindtermen wordt in kaart gebracht wat de sterke en zwakke eigenschappen zijn van de aios. Er wordt een opleidingstraject uitgezet dat in werkdoelen is geoperationaliseerd en is toegesneden op de persoon van de aios, met als uiteindelijke doel dat de arts-assistent voldoet aan de eindtermen. Vervolgens wordt gekeken op welke wijze effectief leiding kan worden gegeven aan de aios, om zijn persoonlijk leerplan te kunnen realiseren.

VORM

Korte inleiding (30 minuten) over competentiegericht opleiden (HOOP); opstellen van een individueel leerplan voor de aios, rekeninghoudend met 7 kerncompetenties (Canmeds); oefenen in rollenspelen aan de hand van casuïstiek, met verschillende leidinggevende rollen.

LEERDOELEN

- Een sterkte-zwakteanalyse maken van de kennis en kunde van de arts-assistent.
- Een expliciet leertraject voor de aios uitzetten.
- Verschillende stijlen van leidinggeven in mentoraat en supervisie kunnen hanteren.

LITERATUUR

1. De herziene 'Profielschets Psychiater' van de NVvP april 2005
2. *HOOP Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie*. De Tijdstroom 2009.
3. Jan Pols. *De psychiater als coach*. De Tijdstroom 2006.

W39 Interne geneeskunde voor de (ouderen)psychiater

N. Schutter¹, J.L. Parlevliet²

¹Arkin Amsterdam, Mentrum ouderen, Amsterdam

²AMC, afdeling Interne Geneeskunde, Amsterdam

natasjaschutter@me.com

INHOUD

Er zijn tal van raakvlakken tussen somatisch en psychisch disfunctioneren. Lichamelijke ziekten vergroten de kans op psychiatrische comorbiditeit en andersom beïnvloeden psychiatrische stoornissen de somatische gezondheid van patiënten. Verder hebben psychiatrische behandelingen soms somatische complicaties, zoals bijvoorbeeld het metabole syndroom bij langdurig gebruik van antipsychotica en leukopenie bij gebruik van clozapine.

In de algemene competenties voor de psychiater staat opgenomen dat deze in staat moet zijn om een goede differentiaaldiagnose op te stellen, en waar nodig een indicatie te stellen voor aanvullende diagnostiek (laboratorium, biologisch, psychologisch, psychiatrisch) en de bevindingen te interpreteren. Het gaat dan om het samenbrengen, integreren en interpreteren van bevindingen uit biologische, psychologische en sociale domeinen in de context van levensfase, levensloop en levensomstandigheden. Naast kennis van het psychosociale en psychiatrische domein is kennis van onder andere de interne geneeskunde nodig. In hoge mate geldt dit voor de ouderenpsychiater. Een groot aantal onderwerpen is hierbij relevant, zoals diabetes mellitus, metaboolsyndroom, schildklierpathologie, nierfunctiestoornissen, hart- en vaatziekten, en de effecten van alcohol op de lever.

Om dieper op een aantal onderwerpen in te kunnen gaan is ervoor gekozen twee hoofdonderwerpen te behandelen in deze workshop: multimorbiditeit en polyfarmacie.

VORM

Multimorbiditeit en polyfarmacie zullen door een klinisch geriater uitvoerig belicht worden. De deelnemers gaan het geleerde toepassen bij het uitwerken van een aantal casussen.

LEERDOELEN

Na deze cursus is de kennis van de (ouderen-)psychiater over de invloed van somatische comorbiditeit en polyfarmacie opgefrist. De deelnemer is in staat kritisch de medicatielijst te bekijken, laboratoriumuitslagen te interpreteren, een differentiaaldiagnose op te stellen en de behandeling waar nodig aan te passen, dan wel gericht door te verwijzen naar een somatisch specialist.

W40 De toepassing van mindfulness based interventies in de psychiatrie

A.E.M. Speckens¹, P. Kolthoff²

¹UMC St Radboud, Psychiatrie, Nijmegen

²GGZ Noord-Holland-Noord, Alkmaar

a.speckens@psy.umcn.nl

INHOUD

De eerste helft van de workshop (1,5 uur) zal een praktisch en ervaringsgericht karakter hebben. Er zullen aandachtsoefeningen uit de mindfulnessstraining worden gedaan. De opgedane ervaring wordt exploratief nabesproken, zoals dat in de mindfulnessstraining gebruikelijk is.

De tweede helft van de workshop (1,5 uur) zal een theoretisch karakter hebben. Toepassingen bij depressie, somatisch onverklaarde lichamelijke klachten en bij ernstige lichamelijke ziekten als kanker en multiple sclerose zullen besproken worden. Hierbij zal aandacht zijn voor werkzaamheid, kosteneffectiviteit en veronderstelde werkingsmechanismen. Tevens zal onderzoek naar het effect van mindfulness op het functioneren van werknemers in de gezondheidszorg aan de orde komen.

VORM

Eerste helft: praktische oefeningen en nabespreking.

Tweede helft: interactieve diapresentatie met ruimte voor discussie en vragen.

LEERDOELEN

- Praktische en experiëntiële kennismaking met mindfulnessoefeningen.

- Het verwerven van up-to-date kennis over de toepassingsmogelijkheden van mindfulness bij de belangrijkste doelgroepen, de actuele stand van klinisch onderzoek bij deze doelgroepen en de veronderstelde werkingsmechanismen.

LITERATUUR

van Ravesteijn et al. (submitted). Effect of mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial

Fjorback et al. (2011). Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy - a systematic review of randomized controlled trials, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124: 102-119.

Grosman et al. (2010), MS Quality of Life, Depression, and Fatigue Improve after Mindfulness Training, a Randomized Trial. *Neurology*, 75: 1141-1149.

Kuyken et al. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Relapse in Recurrent Depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 76, No. 6, 966-978.

W4I Bespreekbaar maken van seksualiteit bij mensen binnen de (geestelijke) gezondheidszorg

W.J.S.S. Cuypers

RINO Zuid-Nederland, Eindhoven

wjsscuyper@hotmail.com

INHOUD

Seksuele problemen komen onder psychiatrische patiënten vaak voor als symptoom van psychiatrische aandoeningen of als bijwerking van psychofarmacagebruik. Onderzoek van Hanneke Voermans laat zien dat psychiaters en aios psychiatrie weinig aandacht hebben voor seksuele problemen. Schaamte en incompetentie spelen daarbij een belangrijke rol. Het bespreken van seksualiteit in supervisie en mentoraat hangt samen met meer aandacht voor seksualiteit en wordt dan ook van harte aanbevolen.

Tijdens deze workshop wordt nader ingegaan op het bespreken van de seksualiteit van mensen in de (geestelijke) gezondheidszorg. Op interactieve wijze en onder begeleiding van seksuologen krijgt men de kans te oefenen op dit precare onderdeel van het onderlinge gesprek met de patiënt.

VORM

Interactief: inleiding, rollenspel en nabespreking.

LEERDOELEN

Het belangrijkste doel is het verlagen van de drempel tot het spreken over seksualiteit, zowel voor patiënt als professional.

Verder zijn deelnemers:

- zich bewust van de moeilijkheden voor cliënten, patiënten en professionals als het gaat om spreken over seksualiteit;
- zich bewust van normen en waarden, gevoelens, remmingen en grenzen bij het spreken over seksualiteit;
- in staat bovengenoemde bespreekbaar te maken;
- bekend met diverse vormen van taalgebruik en invalshoeken om seksualiteit bespreekbaar te maken, waarbij zij zich bewust zijn van het belang een veilige sfeer te creëren;
- zich bewust van onproductieve, weinig productieve en productieve benaderingen bij het spreken over seksualiteit;
- bekend met het biopsychosociale model en kunnen ze hiermee werken;
- in staat om een seksuele (mini-)anamnese af te nemen;
- bekend met seksuele problemen waar mensen mee te maken kunnen krijgen.

LITERATUUR

I J.M. Voermans et al., Het bespreken van seksuele problemen door psychiaters en aiossen, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2012: 1: 9-16

W42 Omgaan met suïcidaliteit: ervaren leren in risicotaxatie en behandeling

M.G. Nys, L.M.C van de Bosch

Centrum Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma, Leiden/ Oegstgeest

m.nijs@centrumpersoonlijkheidsstoornissen.nl

INHOUD

Het beoordelen van suïcidaliteit is binnen de psychiatrie vrijwel dagelijks werk. Het is dan ook opmerkelijk dat professionals vaak niet op een systematische manier een suïciderisicotaxatie verrichten.

In deze cursus worden deelnemers uitgenodigd een suïciderisicotaxatie protocollair in de praktijk te brengen, conform de voorhanden zijnde nationale en internationale richtlijnen en literatuur. De nadruk ligt op het kunnen toepassen van de aangedragen kennis. Een professioneel acteur zal de rol spelen van een suïcidale patiënt. De deelnemers spelen de rol van therapeut. Het volstaat niet om alleen de risico's op suïcide te onderzoeken: de risico's moeten ook door gerichte interventies worden verminderd.

VORM

De cursus bevat drie onderdelen; de nadruk ligt op het verwerven van klinische vaardigheden. In rollenspelen met als tegenspeler een professioneel acteur kan worden geoefend met de verkregen kennis. In deel 1 worden – na een korte inleiding – de deelnemers aan deze cursus uitgenodigd in rollenspelen te oefenen met het taxeren van suïciderisico's; ze moeten ook in staat zijn een behandelplan te maken. In deel 2 wordt een model gepresenteerd dat vaardigheden leert aan chronisch suïcidale patiënten (vaak bij persoonlijkheidsstoornissen). In rollenspelen kunnen de deelnemers oefenen om dit model in praktijk te brengen. In deel 3 wordt een model geïntroduceerd hoe om te gaan met 'manipulatieve suïcidaliteit'. Ook deze methodiek wordt geoefend met een acteur.

LEERDOELEN

- Systematisch verrichten van een risicotaxatie suïcidaliteit.
- Oefenen met een model hoe om te gaan met chronische suïcidaliteit.
- Oefenen met een model hoe om te gaan met het dreigen met suïcidaliteit.

LITERATUUR

A.M. van Hemert, A.J.F.M. Kerkhof, J. de Keijser, B. Verwey. *Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal gedrag 2012*. ZonMw, Trimbos Instituut, NVvP, NIP.

W43 In contact komen en blijven met psychotische mensen met behulp van Verbindende Gesprekstechniek. Een workshop voor de praktijk

J.A.E. Tielens
MoleMann Tielens, Amsterdam
info@tielensbemoezorg.nl

INLEIDING

Praten met mensen met een andere betekenisgeving en een andere realiteit dan de gemiddelde mens kan behoorlijk lastig zijn. Zij zien de wereld vaak heel anders en menen meestal dat met hen niets aan de hand is. En toch moet er vaak wat mee. Een patiënt met een psychose vertoont vaak een forse terugval in functioneren en kan zelfs maatschappelijk geheel teloorgaan. Hij veroorzaakt soms gevaar en drijft de naaste omgeving tot wanhoop. En die naaste omgeving – of dit nu de politieagent, een familielid of de woningbouwcorporatie is – wil dat u wat gaat doen.

We weten dat er bij psychosen 2 bepalende factoren zijn voor uitval uit behandeling: ontbrekend ziekte-inzicht en een slechte behandelrelatie. De LEAP-methode grijpt op deze beide punten aan. De workshop zit boordevol met tips en valkuilen uit de dagelijkse praktijk van de behandeling van mensen met een psychose. U kunt morgen direct aan de slag.

VORM

Interactief hoorcollege met gebruik van rollenspelen.

INHOUD

Behandeld zal worden: (1) Het probleem van ontbrekend ziektebesef (anosognosie) bij een flink deel van de mensen met een psychose. (2) De relevantie voor de praktijk en de noodzaak om ook een ander model dan het huidige (psycho-educatie) te hanteren, namelijk LEAP. (3) De drie basisattitudes (adviseren, verleiden en ingrijpen) van de psychiatrie zullen kort benoemd worden, waarna benodigheden (toolbox) van Motivationaleel Interviewen volgens LEAP benoemd zullen worden. Dit zal een bewerking zijn van de LEAP-methode van prof. X. Amador. LEAP staat voor Listen, Empathise, Agree en Partnership. Ingredienten zijn: wat is een psychose voor de patiënt, basisattitude bepalen, rationale bepalen van gesprek, reflectief luisteren, empathie tonen, perspectief van patiënt bepalen en overeenstemming krijgen over het juiste behandeldoel.

W44 De werking en de impact van het tuchtcollege

A.M. van Nispen tot Pannerden¹, M. Doorackers¹, W. Vaes¹, H.P. van Griensven²

¹Vincent van Gogh, afd. Ouderenpsychiatrie, Venray

²Regionaal tuchtcollege, Eindhoven

alnispen@planet.nl

INHOUD

In deze workshop willen we in aanwezigheid van de voorzitter van het regionaal tuchtcollege Eindhoven een tuchtzaak uitwerken middels een rollenspel, om goed duidelijk te krijgen hoe het tuchtcollege werkt. We bespreken hoe het college werkt, hoe men tot een uitspraak komt, de consequenties van uitspraken en de implicaties voor de arts zelf en voor zijn beroepsgroep.

VORM

In 1,5 uur willen wij, na een introductie over het tuchtrecht, middels een rollenspel een tuchtzaak spelen. Enige weken van tevoren zullen een aantal deelnemers een rol toebedeeld krijgen en de instructies ontvangen. Het rollenspel zullen wij evalueren in samenspraak met de voorzitter van het regionaal tuchtcollege, en er zullen korte voordrachten gehouden worden over de impact voor de individuele arts als ook voor de professie als geheel. Met als afsluiting enige praktische adviezen.

LEERDOELEN

Na het volgen van de workshop heeft de deelnemer kennis van het tuchtrecht en haar werkwijze, en zicht op de impact voor het individu als ook voor de professie als geheel. De bedoeling is dat onnodige angsten, vooroordelen en ongelukkige fouten ten tijde van de juridische procedure voorkomen kunnen worden door de gecreëerde duidelijkheid.

LITERATUUR

Hodiamont P.P.G. (2004): De psychiater en het tuchtrecht. *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie*. 46 : 295-304.

Crul B. & Meersbergen van D. & Rijksen P.: *Dokters voor de rechter* (2011) Medisch Contact Utrecht.

Heineman M.E.F. & Hubben J.H. (1998): *De psychiater en de medische tuchtrechtspraak. 1989-1997*. Lelystad: Koninklijke Vermande.

W45 Introductieworkshop Acceptance and Commitment Therapy

L.F.M. Goessens¹, J.H.B. Engels²

¹GGNet, Scelta, Nijmegen

²Atrium MC, Heerlen

lucasg@xs4all.nl

INHOUD

Ons welbevinden (en ook psychiatrische ziekte of gezondheid) wordt niet alleen bepaald door genen en omgevingsfactoren, maar in belangrijke mate ook door de wijze waarop wij ons verhouden tot de consequenties daarvan, met name hoe wij alles wat op ons afkomt ervaren. Fundamenteel gedragsonderzoek wijst uit dat niet het lijden an sich leidt tot psychopathologie, maar wel het contraproductief vermijden van pijnlijke ervaringen. Logische strategieën om psychische klachten te bestrijden lijken gedachteonderdrukking, 'positief denken', analyseren van gedachten en het zoeken naar verklaringen en oorzaken.

Deze pogingen tot beheersing en controle leiden er echter vaak toe dat patiënten overwegend vereenzelvigd raken met hun klachten, ten koste van hun waarden, doelen, en inspiraties.

In Acceptance and Commitment (ACT) gaat de therapeut met de patiënt op zoek naar de meest flexibele en werkzame 'ervaringsattitude'. ACT heeft een stevige wetenschappelijke basis in de Skinneriaanse gedragsanalyse, en is in de VS geregistreerd als evidence-based practice voor uiteenlopende psychiatrische diagnoses. ACT gebruikt mindfulness en ervaringsgerichte en gedragsveranderende strategieën, om het vizier meer te richten op de commitment aan een waardevol leven, ondanks aversieve reacties en belevingen. Dit is, voor de psychiater en zeker voor mensen met ernstige psychiatrische klachten, geen gemakkelijke opgave, maar wel zinvol en zeer inspirerend.

VORM

Uitleg, interactie, rollenspelen. Enige actieve participatie wordt van de deelnemers verwacht, om ACT-interventies aan den lijve te kunnen ervaren.

LEERDOELEN

Kennismaken met theorie, praktijk en wetenschappelijke evidentie van ACT, en enkele principes leren toepassen bij verschillende psychiatrische (ook medicamenteuze) interventies.

W46 Acute kinder- en jeugdpsychiatrie. Praktijk en interventies

L.M. Dil, J.E. Cornelis

Arkin, afd. Jeugd C/OW, Amsterdam

l.m.dil@zonnet.nl

INHOUD

Verschillende diensten verlenen hulp aan kinderen in crisissituaties. Onderzoek laat zien dat een psychiatrische stoornis in het kind weliswaar een rol kan spelen bij het ontstaan van de crisis, maar dat overbelasting en uitputting in het systeem om het kind heen dikwijls doorslaggevend zijn. De relatie tussen het kind en zijn omgeving kan plotseling verstoord raken, maar ook langdurend en steeds opnieuw op dezelfde manier tot een crisis leiden. Met name deze laatste groep doet een sterk beroep op hulpverleners, die zich machteloos gemaakt kunnen voelen en die niet meer weten hoe te handelen.

In deze workshop wordt stilgestaan bij de verscheidenheid aan psychiatrische beelden bij het kind in crisissituaties, beïnvloedende factoren in de omgeving en de wijze van interveniëren in de moeilijkste situaties.

VORM

Inleiding met een overzicht van wetenschappelijk onderzoek in internationaal verband over acute kinder- en jeugdpsychiatrie aan de hand van een powerpointpresentatie; filmmateriaal; en bespreking van casuïstiek die door deelnemers ingebracht kan worden.

LEERDOELEN

Overzicht verkrijgen van verschillende typen kinderpsychiatrische crises, de invloed van omgevingsfactoren en manieren van interveniëren.

LITERATUUR

Dil, L.M., Vuijk, P.J. (2012). Emergency Presentations to an inner-city Psychiatric Service for Children and Adolescents. *Child Care in Practice*, 18, 255-269.

W47 Kortdurende Psychodynamische Steungevende Psychotherapie (KPSP) bij adolescenten

L.M. Dil

Arkin, afd. Jeugd C/OW, Amsterdam

l.m.dil@zonnet.nl

INHOUD

Depressie is bij adolescenten een van de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen. Aan de hand van gevalsbeschrijvingen illustreren we dat Kortdurende Psychodynamische Steungevende Psychotherapie (KPSP) zich goed leent voor de behandeling van depressie bij adolescenten. De focus ligt op relationele patronen en analyse van de dynamiek die op kan treden tijdens KPSP. Hierbij is de directe betrokkenheid van de familie een uitgelezen kans om eventuele negatieve interacties te ontwarren en te veranderen. Parallelsessies met familieleden kunnen het veranderingsproces versnellen en gunstig beïnvloeden.

De adolescentie is een turbulente levensfase met een veelheid aan oefensituaties, waarin therapie-ervaringen en -inzichten kunnen bijdragen aan een positieve uitkomst.

VORM

Als opmaat wordt een kort overzicht gegeven van de huidige evidentie van psychodynamische behandelingen voor kinderen en jeugdigen. Vervolgens wordt het behandelmodel van de KPSP aan de hand van klinische vignetten geïntroduceerd.

De workshop wordt ondersteund met powerpointpresentaties. In interactie met de deelnemers worden mogelijkheden tot interventie getoetst en uitgewisseld.

LEERDOELEN

Kennismaking met KPSP bij adolescenten, inclusief de rol van de familieleden, ter verbreding en verdieping van het therapeutische behandelarsenaal.

LITERATUUR

Dil, L.M., Van, H.L. (2011). Kortdurende psychodynamische steungevende psychotherapie bij adolescenten. Twee gevalsbeschrijvingen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 37, 99-116.

Midgley, N., Kennedy, E. (2011). Psychodynamic psychotherapy for Children and Adolescents: A Critical Review of the Evidence Base. *Journal of Child Psychotherapy*, 37, 1-29.

W48 Farmacogenetica en spiegelbepalingen in de dagelijkse praktijk

C.H. Lunter, P. Brummelhuis-Visser, R.R. Ploeger
ZGT Almelo, afd. PAAZ, Almelo
c.lunter@12move.nl

INHOUD

Veel psychofarmaca worden in de lever gemetaboliseerd via enzymen van het cytochroom P450-systeem. Tegelijkertijd zijn psychofarmaca vaak van invloed op dit systeem, waardoor het metabolisme van andere geneesmiddelen wordt versneld of juist wordt afgeremd. Ook roken en bepaalde voedingsmiddelen hebben invloed op dit systeem. Tot slot zijn er verschillen in de genetische aanleg voor de aanwezigheid en activiteit van diverse CYP-450-enzymen. Deze genetische diversiteit kan onwerkzaamheid van of intoxicaties met geneesmiddelen veroorzaken. Bij sommige psychofarmaca kan een spiegelbepaling nuttig zijn, bij sommige patiënten genotypering.

Doelstelling van de workshop is het bevorderen van rationele farmacotherapie, rekening houdend met interactie en genetische variatie, zodat voor patiënten een gerichte keus tussen psychofarmaca kan worden gemaakt, met optimalisering van beoogd effect en minimalisering van risico's en bijwerkingen.

VORM

De sprekers zullen aan de hand van casuïstiek in interactie met de deelnemers en met elkaar de essentie van het CYP-450-systeem en de consequenties voor farmacotherapie verduidelijken.

LEERDOELEN

Na het volgen van deze workshop

- is de deelnemer zich bewust van implicaties van het CYP-450-systeem bij het voorschrijven van psychofarmaca;
- kent de deelnemer veelvoorkomende voorbeelden van remming of inductie in de dagelijkse praktijk;
- kan de deelnemer spiegelbepaling en genotypering gericht toepassen;
- kan de deelnemer de uitslagen interpreteren;
- kan de deelnemer het farmacotherapeutisch beleid op rationele gronden optimaliseren.

NB: deze workshop werd op het voorjaarscongres 2011 gepresenteerd onder de titel 'Psychofarmaca, spiegelbepalingen en CYP450 in de dagelijkse praktijk' en door de bezoekers gewaardeerd met een 8.4. Uiteraard zal voor het voorjaarscongres 2013 de workshop worden gereactualiseerd.

W49 Vader-kindrelatie en transgenerationale overdracht

G.O. Helberg¹, K. Tjin A Djie²

¹Introspect, Praktijk voor Psychiatrie en Psychotherapie, Amsterdam

²Bureau Beschermjassen, Amsterdam

info@beschermjassen.nl

INHOUD

De hechtingstheorie richt zich in hoofdzaak op het hechtingsproces tussen moeder en kind. Vanwege deze focus draagt de hechtingstheorie het risico in zich om vaders uit te sluiten. De vader is van belang want hij helpt het kind om strategieën te ontwikkelen om met stress om te gaan. Een biologisch mechanisme zorgt ervoor dat de strategieën opgeslagen worden in de hersenen, zodat het kind zelf leert hoe van een stresssituatie in een rustsituatie te komen. Daar waar moeders vooral strategieën overdragen om troost te vinden, leren vaders vooral om actie te ondernemen. Beide strategieën zijn nodig. In een kwetsbare levensfaseovergang zijn de strategieën die je geleerd hebt van je vader en je moeder cruciaal. Als er sprake is van een disfunctioneel familiepatroon, zoals het structureel ontbreken van de vaderrol, zijn er drie generaties nodig om dat patroon te herstellen. Hulpverleners kunnen cliënten in de kwetsbare fase steunen door de stemmen van drie generaties bijeen te brengen en vergeten strategieën helpen herinneren.

VORM

Uitleg theorie, concepten, toepassing genogram, levenslijn.

LEERDOELEN

Inzicht en handvatten bij disfunctionele familiepatronen.

W50 Suïcidaliteit in de crisisdienst, een systemische benadering

J.E. Cornelis¹, E. Mutter²

¹Arkin, Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, Amsterdam

²Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, Amsterdam

ella.mutter@ggzspa.nl

INHOUD

Suïcidaliteit is vaak een reden van aanmelding voor een acute psychiatrische beoordeling. In 2011 werden bij de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam 2868 unieke patiënten aangemeld, waarvan 27% in verband met suïcidaliteit. Bij patiënten met een hoog suïciderisico bleek 70% een betrokken systeem te hebben en 55% verstoringen te ondervinden in de familiebetrekkingen. Een systemische visie bij beoordeling en behandeling van suïcidaliteit is dus onontbeerlijk. In de nieuwe richtlijn over suïcidaliteit wordt het belang hiervan dan ook onderstreept. In deze workshop worden de belangrijkste systemische interventies toegelicht, gedemonstreerd en geoefend. Het theoretisch referentiekader wordt hierbij gevormd door het zogenaamde Driestappenmodel (Oenen e.a. 2007). De kern van dit model bestaat eruit om samen met de patiënt en zijn naasten hypothesen te maken, om uiteindelijk tot een gezamenlijke veranderingsgerichte interventie te komen. Hierbij worden onder andere de volgende aspecten besproken: attitude en alliering van de hulpverlener met betrokkenen, spanningsveld tussen autonomie van de patiënt en het geven van informatie aan naasten, uitstel ter bezinning en het doorbreken van het isolement.

VORM

Na een korte theoretische uiteenzetting van het model worden videofragmenten van een systeemgesprek getoond van een suïcidale patiënt en zijn naasten. Aan de hand van deze videofragmenten worden rollenspelen gespeeld, waarbij geoefend wordt met het maken van een hypothese en de uitvoering van systemisch veranderingsgerichte interventies.

LEERDOELEN

Na het volgen van deze workshop is de deelnemer in staat het systeem bij een crisisinterventie te betrekken; het ontstaan, de aard en ernst van de suïcidaliteit gezamenlijk met de patiënt en diens systeem te exploreren; en een systeeminterventie te ontwerpen en uit te voeren.

LITERATUUR

Oenen, F.J. van, Bernardt, C.M.L. & Post, L.F.M. van der (2007). *Praktijkboek Crisisinterventie*. Utrecht: de Tijdstroom.

Cornelis, J.E. (2011) Intervenieren bij suïcidaliteit, zonder naasten gaat het niet. *Systeemtherapie*, 23 (4), 217- 231

W51 Mindfulness

C.J. Meijer¹, C. ten Brink²

¹AMC, Universiteit van Amsterdam, Vroege Psychose, Amsterdam

²GGZ Drenthe, Hoogeveen

c.j.meijer@amc.uva.nl

INLEIDING

Onderzoek laat zien dat aandachtstraining ('mindfulness') effectief is bij de behandeling van onder meer depressie, angststoornissen en eetstoornissen.

Enkele kleine studies wijzen uit dat mindfulness ook effectief zou kunnen zijn bij mensen met een psychotische kwetsbaarheid. Het is hierbij echter van groot belang rekening te houden met de specifieke kwetsbaarheden van deze groep. Effectonderzoek op grotere schaal blijft nodig.

Deze workshop is tevens het startsein voor een (landelijk) netwerk voor mensen die zich bezig (willen) houden met mindfulnessstraining voor mensen met een psychotische kwetsbaarheid.

VORM

In de workshop is aandacht voor de huidige stand van zaken met betrekking tot onderzoek naar mindfulness bij psychose. Theorie wordt afgewisseld met praktische oefeningen die inzicht geven in de aandachtstraining.

LEERDOELEN

- Op de hoogte zijn van (wetenschappelijke) ontwikkelingen op het gebied van mindfulness bij patiënten met een psychotische kwetsbaarheid.
- Ervaring opdoen met mindfulness-oefeningen en specifieke aandachtspunten voor mensen met een psychotische kwetsbaarheid.
- De workshop geeft mogelijkheid voor uitwisseling van ervaringen met mindfulnessstraining bij deze doelgroep.

LITERATUUR

Ashcroft K, Barrow F, Lee R, Mackinnon K. Mindfulness groups for early psychosis: A qualitative study. *Psychol Psychother*. 2012 Sep;85(3):327-34.

Van der Valk R, van de Waerdt S, Meijer CJ, van den Hout I, de Haan L. Feasibility of mindfulness-based therapy in patients recovering from a first psychotic episode: a pilot study. *Early Interv Psychiatry*. 2012 Mar 9.

Chadwick P, Hughes S, Russell D, Russell I, Dagnan D. Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: a replication and randomized feasibility trial. *Behav Cogn Psychother*. 2009 Jul;37(4):403-12.

Abba N, Chadwick P, Stevenson C. Responding mindfully to distressing psychosis: A grounded theory analysis. *Psychother Res*. 2008 Jan;18(1):77-87.

W52 Degenen die omgeven: hoe het systeem in de behandeling te betrekken

S.M.E. Schopman, M.C. Bergh

GGZ inGeest, Polikliniek psychosomatiek, Amsterdam

sschopman@hotmail.com

INHOUD

Het is al langer bekend dat de kwaliteit van leven van de patiënt en zijn omgeving wordt bevorderd door het systeem bij de handeling te betrekken; ook neemt de terugvalprevalentie hierdoor af. Desondanks blijft het in de praktijk lastig om goed zicht te krijgen op de familierelaties en deze in te zetten voor herstel.

Wij willen in deze workshop handvatten aanreiken om, zonder direct een systeembehandeling te starten, meer vat te krijgen op de manier waarop de relaties het ziektebeeld beïnvloeden, en op welke manier deze relaties ingezet kunnen worden voor herstel. Hierbij willen wij specifiek aandacht besteden aan situaties waarin de familie niet mee wil komen, of waarin de patiënt dit juist erg afhoudt.

VORM

Er wordt gestart met een korte powerpointpresentatie met enige theoretische achtergrond. Hierna zullen er enkele casussen besproken worden, waarbij ook casussen van deelnemers meegenomen kunnen worden.

Afsluitend zal er ook praktisch geoefend worden met behulp van een rollenspel.

LEERDOEL

- Aan het eind van de workshop heeft de deelnemer meer kennis van de systemdiagnostiek.
- De deelnemer leert meer sensitief te zijn voor systeemproblematiek en weet hier adequaat mee om te gaan.

W53 Groepsgezinstherapie

J. Doorn

e.h.doorn@chello.nl

INHOUD

In deze workshop wordt eerst uitleg gegeven over de verschillende vormen van groepsgezinstherapie, aan de hand van een korte inleiding met behulp van een powerpointpresentatie. Daarin leggen we tevens uit hoe we zelf een vorm voor deze behandeling hebben ontwikkeld.

Wij werken met deze methodiek in een groep jongvolwassenen en laat adolescenten, die worden behandeld in een psychiatrische dagkliniek, in een groep die eenmaal per week een middag in behandeling is. Eenmaal per zes weken wordt bij deze groep de groepsgezinsbehandeling toegepast.

VORM

Na de inleiding oefenen we met de methodiek die wij in de loop van drie jaar hebben ontwikkeld en die is ontleend aan het model van mevrouw S. Gingrich. Zij werkt in de VS met deze methodiek bij schizofrene patiënten met hun gezinnen/systemen.

Aan het eind van de workshop laten we een video zien met de reacties van ouders en jongeren op de groepsgezinstherapie. In deze interviews is gebruik gemaakt van een kort, gestandaardiseerd vragenlijstje.

LEERDOELEN

- 1) Zien en ervaren van een techniek om patiënten met gezinnen samen te behandelen via groepsbijeenkomsten.
- 2) Leren beseffen van de betekenis van een behandeling voor de mensen om de patiënt heen, en leren luisteren naar de mensen om de patiënt heen.
- 3) Leren zien hoe het isolement van de mensen om een patiënt heen kan worden verminderd door mensen die in dezelfde situatie zitten daarover met elkaar in contact te brengen.
- 4) Het bewust worden van de eigen angst van behandelaars voor confrontatie met de eigen verantwoordelijkheid tegenover de mensen om de patiënt heen.

W54 Stabilisatiecursus Complexe PTSS voor patiënten met een geschiedenis van seksuele en/of fysieke mishandeling in de jeugd (vroeger en verder)

E. Dorrepaal¹, K. Thomaes²

¹Parnassia Groep/ VUmc, Dan Haag

²GGZ inGeest/ VUmc, Amsterdam

e.dorrepaal@xs4all.nl

INHOUD

Een Complexe PTSS is een posttraumatische stressstoornis gecompliceerd door symptomen als affectregulatie, dissociatieve fenomenen, verstoord zelfbeeld en interpersoonlijk functioneren, somatisatie en zingevingsproblematiek, nadat chronisch trauma in een afhankelijkheidsrelatie de normale ontwikkeling verstoort. Er is sprake van veel comorbiditeit, op zowel DSM-IV als I als II.

In deze workshop zullen de achtergrond en inhoud van het draaiboek behorende bij de stabilisatiecursus Complexe PTSS worden gepresenteerd. Ook komen de uitkomsten van de RCT naar deze behandeling kort aan de orde.

De cursus is gebaseerd op het 3 fasen-model, waarbij de eerste fase van behandeling – voor verwerking (fase 2) – uit stabilisatie bestaat. Het protocol bestaat uit een bewerkt en uitgebreid protocol van C. Zlotnick, gebaseerd op onder anderen Linehan en Martsakis. Stabilisatie bestaat hier uit het vergroten van controle door kennis en vaardigheden. Dit wordt bereikt door het geven van psycho-educatie; omgaan met triggers; slaapproblemen en dissociatie; het (h)erkennen van emoties en de samenhang met cognitie en gedrag; het leren van vaardigheden om met onregelende symptomen om te gaan; het hanteren van gevoelens van schuld, schaamte en wantrouwen; en het aanleren van assertiviteit.

In de workshop zal een overzicht van de sessies gegeven worden, en enkele sessies zullen in detail worden getoond met slides uit de cursus zelf om een goed beeld te geven.

VORM

Lezing en interactief bespreken van patiëntenmateriaal, met een kort rollenspel waarin de cursus wordt nagebootst.

LEERDOELEN

Overzicht over de achtergrond van deze stabilisatiebehandeling, de inhoud en de vorm, evenals een ervaring van de werkwijze.

W55 Omgeven door familiale en sociale verbanden; over de rol van 'signs of safety' en netwerkberaden in de behandeling van huiselijk geweld

G.T. Blok¹, E.J. Sulkers²

¹Emergis, De Waag Zeeland, Middelburg

²Adriaan De Ruyter Ziekenhuis, Vlissingen

blok@emergis.nl

INHOUD

De afgelopen jaren is er in de provincie Zeeland zeer veel ervaring opgedaan in het gebruik van de signs of safety-methodiek van A. Turnell uit Australië. In Zeeland wordt bij de tijdelijk huisverboden structureel gebruik gemaakt van deze methodiek, en medewerkers van bureau jeugdzorg, maatschappelijk werk, vrouwenopvang en centra voor jeugd en gezin zijn opgeleid als casemanagers en facilitators. Om het gezin waarbinnen huiselijk geweld plaatsvindt, wordt op deze manier een schil van familie, vrienden en burens georganiseerd, die een belangrijke protectieve rol kunnen spelen. Door de aanwezigheid van deze veiligheidsschil ontstaan belangrijke randvoorwaarden waarbinnen forensisch psychiatrische en psychologische behandelingen plaats kunnen vinden.

METHODE

In de workshop willen we achtereenvolgens aandacht besteden aan:

- Methodiek van Signs of Safety.
- Ervaringen van de afgelopen jaren bij het gebruik van Signs of Safety bij tijdelijk huisverboden in Zeeland.
- Aantallen en kenmerken van de mensen bij wie een tijdelijk huisverbod is opgelegd en waarbij de forensisch psychiatrische zorg is ingeschakeld.
- Inbedding van de netwerkberaden in het zorgprogramma huiselijk geweld van Emergis/De Waag Zeeland.
- (On)mogelijkheden bij de forensische behandelingen rond huiselijk geweld.
- Discussie en vragen/stellingen.

W56 Gebruik van kortetermijnrisicotaxatie-instrumenten in de transmurale spoedeisende psychiatrie

E.J.M. Penterman¹, R. van der Sande²

¹GGZ Oost Brabant, FACT, Uden/ Veghel

²Hogeschool Utrecht, Utrecht

e.penterman@home.nl

Het voorspellen van agressief gedrag van patiënten binnen de ggz blijft een enorme uitdaging. In de crisisdienst en opnameafdelingen wordt men regelmatig geconfronteerd met agressie van patiënten. Voor de preventie van gevaarlijke situaties zijn het efficiënt omgaan met informatie en kortetermijnrisicotaxatie cruciaal. Recentelijk zijn hiervoor instrumenten ontwikkeld en getoetst, met als doel het aantal agressieve incidenten in de acute praktijk te reduceren. Voor de kliniek is er de CrisisMonitor, een set van observatie- instrumenten met predictieve en incident-evaluerende mogelijkheden, en voor de ambulante crisisdienst de CRC (Checklist Risico Crisisdienst). Onderzoek laat zien dat de toepassing van deze hulpmiddelen heeft geleid tot een reductie van agressieve incidenten in beide spoedeisende psychiatrisettings.

De volgende uitdaging is het systematischer gebruiken van beide werkmethodeken in de spoedeisende psychiatrische ketenzorg. De hypothese is dat het multidisciplinaire gebruik van beide risicotaxatiewerkwijzen de veiligheid in zowel de ambulante crisisdienst als de opnamekliniek kan optimaliseren en de interventies kan verbeteren.

VORM

In het eerste deel van de workshop laten we twee korte (ambulante en klinische) films zien over de gevolgen van agressief gedrag voor alle partijen. Vervolgens worden de relevante studieresultaten doorgenomen en zullen de deelnemers worden betrokken in de discussie over praktische toepassingsvormen.

LEERDOELEN

Aan het eind van de sessie zijn de deelnemers in staat om de CrisisMonitor en de Checklist Risico Crisisdienst systematisch toe te passen in de dagelijkse hectiek van de spoedeisende psychiatrie.

LITERATUUR

Penterman, E. J. M & Nijman, H.L.I. (2009). Het inschatten van agressie bij patiënten van de ggz-crisisdienst. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 355-364.

van de Sande, R, Nijman, HL, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C, Mulder CL.(2011) Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *British Journal of Psychiatry*. 2011 Dec; 199(6):473-8.

W57 Moderne opvattingen over mind and brain in de 20e en 21e eeuw

M.G. Nys¹, T.R.V. Nys²

¹Centrum Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma, Leiden/ Oegstgeest

²Vakgroep Philosophy and Public Affairs, Departement Wijsbegeerte, Universiteit van Amsterdam
m.nijs@centrumpersoonlijkheidsstoornissen.nl

INHOUD

Als u dit met aandacht leest, dan gebruikt u uw geestelijke vermogens, en staat u open voor nieuwe ervaringen. Misschien vindt u dit niet bijzonder en heeft u geen boodschap aan de probleemstelling van de dichter John Keats in een van zijn gedichten, waarin hij zich afvraagt hoe de wereld eruit zou zien zonder denkbeelden en ervaringen, zonder betekenis; 'een wereld van sterren met toeters en bellen maar zonder een naam, zonder één verwijzing'? Als u zich er wel over verbaast, over onze vermogens betekenis te geven aan eigen gedachten en ervaringen, en daarin een zekere vrijheid voelt, dan deelt u deze verbazing met filosofen die zich al millennia bezighouden met het probleem van 'Mind and Brain'.

Zonder overdrijven kan worden gesteld dat u als psychiater misschien wel het meest van alle beroepen te maken krijgt met de relatie tussen geest en brein. Uw behandelinterventies moeten aansluiten bij de subjectieve ervaringen van uw patiënt, en tegelijkertijd grijpen ze aan op objectieve hersenfuncties.

VORM

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

LEERDOELEN

- 1) Kennis hebben van de voornaamste filosofische stromingen in de 'philosophy of mind'.
- 2) Kunnen inschatten wat de betekenis is van die verschillende stromingen voor de theorievorming van de psychiatrie.

LITERATUUR

Kenneth Kendler. Toward a Philosophical Structure for Psychiatry. *American Journal of Psychiatry*. 2005; 162: 433-440

W58 Interpersoonlijke psychotherapie in een ambulante groep, een geprotocolleerde behandeling voor depressie

D. Snippe¹, M.F. van Vreeswijk², H. Groen³

¹Snippe-Supervisie, Den Haag

²Psycho Medisch Centrum G-Kracht, Delft

³t Centrum, Twello

dinasnippe@worldmail.nl

INHOUD

Bij interpersoonlijke psychotherapie in groepen (IPT-G) worden de vier focussen van de IPT toegepast in een ambulante kortdurende groepstherapie (Wilfley e.a. 2000 & Snippe, 2009). IPT is een kortdurende individuele psychotherapie, die is ontwikkeld voor de behandeling van depressie. In Nederland is het een van de evidence-based methoden, die als eerstekeuzebehandeling is opgenomen in de multidisciplinaire richtlijn voor depressie. Uitgangspunten van IPT zijn de relatie tussen hechting en het ontstaan van stemmingstoornissen, en die tussen het optreden van life-events en depressie. Bij de keuze voor IPT is er sprake van een stressvolle gebeurtenis, die de aanleiding is voor het (weer) krijgen van een depressie. IPT werkt met vier focussen: rouw, interpersoonlijk conflict, rolverandering en interpersoonlijk tekort.

Voor de groepstherapie wordt de focus individueel vastgesteld. De groepstherapie is semigestructureerd. Door middel van een kennismakingsoefening, psycho-educatie en het gebruiken van een sociogram wordt de cohesie in de beginfase van de groep bevorderd. Daarna wordt er uitsluitend groepsdynamisch gewerkt. Deze vorm van kortetermijngroepspsychotherapie heeft een duur van 14 wekelijkse zittingen en twee follow-up-sessies. In een pilot werden bij negen groepen (n=60) drie keer vragenlijsten afgenomen. Na zeven maanden follow-up was er sprake van een significante vermindering van de depressieve symptomen, een verbetering van de (geestelijke) gezondheid en een verandering in de copingstijl.

VORM

Presentatie over de theorie en de werkwijze van IPT-G met dvd-illustratie. Oefenen van vaardigheden door middel van groepssimulatie.

LEERDOELEN

Kennismaken met de theoretische uitgangspunten en de werkwijze van IPT-G.

LITERATUUR

Blom, M., Peeters, F., en Jonker, K., *Leerboek interpersoonlijke psychotherapie* (2011). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Snippe, D. (2009). *Interpersoonlijke psychotherapie in een ambulante groep*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Wilfley, D.E., MacKenzie, K.R., Welch, R.R., e.a. (2000). *Interpersonal psychotherapy for group*. New York: Basic Books.

W59 Neurologie voor de (ouderen)psychiater

P. Naarding¹, N.D. Prins

¹GGNet, Apeldoorn

p.naarding@ggnet.nl

INHOUD

De neuroloog en de psychiater houden zich beiden bezig met hersenziekten. Historisch worden specifieke ziekten geassocieerd als neurologisch of psychiatrisch, maar in de dagelijkse klinische praktijk bestaat er een overlap tussen neurologische en psychiatrische ziektebeelden en bevinden bepaalde aandoeningen zich op het grensgebied tussen de twee disciplines. Bij neurologische aandoeningen, zoals bijvoorbeeld de ziekte van Huntington of de ziekte van Creutzfeldt-Jakob, zijn psychiatrische symptomen zoals psychose en stemmingsstoornissen prominent aanwezig. Daarnaast kunnen psychiatrische ziekten zoals schizofrenie op oudere leeftijd klinisch sterke gelijkenis vertonen met bijvoorbeeld frontotemporale dementie, en ook gepaard gaan met afwijkingen op structureel en functioneel beeldvormend onderzoek. Tot slot komt neurologische comorbiditeit veel voor in de psychiatrische patiëntenpopulatie. Om deze redenen is het voor de psychiater belangrijk om kennis te hebben van de belangrijkste neurologische ziektebeelden, vooral die raakvlakken vertonen met de psychiatrie, en tevens op de hoogte te zijn van de neurologische diagnostiek.

VORM

In deze cursus wordt een inleiding verzorgd waarin de neurologische anamnese, het routine neurologisch onderzoek en het voor de psychiater relevante specifieke neurologisch onderzoek aan de orde komen. Daarnaast is er aandacht voor het neurologische diagnostische proces. Hierin worden achtereenvolgens onderscheiden:

1. Lokalisatie; waar precies bevindt zich het pathologische proces (corticaal, basale kernen, ruggenmerg, motorische voorhoorn, et cetera)?
 2. Syndroomdiagnose (bijvoorbeeld dementie of hypokinetisch rigidesyndroom).
 3. Etiologie; wat is de oorzaak van het syndroom (bijvoorbeeld ziekte van Alzheimer of ziekte van Parkinson).
- Er wordt aandacht besteed aan de keuze voor en interpretatie van neurologisch aanvullend onderzoek, zoals de MRI, EEG en lumbaalpunctie. Genoemde inhoud zal aan de hand van casuïstiek worden geïllustreerd en op een interactieve manier worden toegepast. Er is ruimte voor inbreng van eigen casuïstiek.

LEERDOELEN

Na deze workshop is de kennis over het neurologische diagnostische proces opgefrist en op peil, en kan de (ouderen)psychiater deze kennis in de praktijk toepassen.

W60 Mentalization-Based Treatment: inleiding en nieuwe ontwikkelingen

A. Hesselink, D.L. Bales, M. Elfering, L. Nijssens
De Viersprong, MBT, Bergen op Zoom
hagerritsen@planet.nl

TOELICHTING

Mentalization-Based Treatment (MBT) is een bewezen effectieve behandeling voor volwassenen met een borderline-persoonlijkheidsstoornis. MBT wordt inmiddels ook breder toegepast in de behandeling van kinderen, adolescenten en gezinnen, en van andere doelgroepen zoals de antisociale persoonlijkheidsstoornis, eetstoornissen en verslaving.

De workshop bestaat uit drie delen. In de eerste workshop wordt stilgestaan bij de uitgangspunten van de MBT. Vervolgens komen twee nieuwe toepassingsvormen van de MBT aan bod, namelijk MBT-F (tweede workshop) en MBT-P (derde workshop).

VORM

Presentatie, klinische vignetten, videodemonstratie en rollenspel.

LEERDOELEN

Kennismaking met de uitgangspunten van de MBT en nieuwe toepassingsvormen.

Eerste Workshop: MBT, inleiding in theorie en interventies

D.L. Bales en A. Hesselink

Inhoud: in deze workshop wordt het theoretisch kader van MBT geschetst en worden illustraties gegeven van het MBT-interventiespectrum.

Tweede workshop: MBT for Families (MBT-F): ervaringen met een complexe doelgroep van gezinnen van adolescenten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis

M. Elfring

Inhoud: MBT-F is gericht op het herstellen van mentaliserende interacties binnen het gezin, met als doel om de communicatie te verbeteren en het competentiegevoel van ouders te herstellen. In deze workshop zullen de uitgangspunten en de praktische toepassing van MBT-F aan bod komen.

Derde Workshop: MBT for Parents (MBT-P) met een borderline-persoonlijkheidsstoornis en hun jonge kinderen
L. Nijssens en D.L. Bales

Inhoud: MBT-P biedt een specifieke interventie om het mentaliseren van ouders in de relatie met hun pasgeboren kinderen te bevorderen. In deze workshop zullen de uitgangspunten en de praktische toepassing van MBT-P aan bod komen.

W61 De psychiater en hulp bij zelfdoding

J. Huisman, C.H.M. Bogers, C.A.J. van Houwelingen

Zelfstandig gevestigd, Veldhoven

johanhuisman@xs4all.nl

INHOUD

In de laatste jaren is meer kennis en ervaring opgedaan over hoe om te gaan met persisterende vragen om hulp bij zelfdoding/euthanasie door patiënten met een chronische psychiatrische stoornis. Er is een lichte stijging gaande van het aantal meldingen door psychiaters en huisartsen met betrekking tot psychiatrische casuïstiek. Eerst wordt nagegaan op welke wijze de zorgvuldigheidseisen weloverwogenheid, wilsbekwaamheid en uitzichtloos lijden in de recente meldingen geoperationaliseerd en getoetst zijn (J. Huisman). Vervolgens zal ingegaan worden op het noodzakelijke proces van samenwerking (wederkerigheid) tussen de verzoeker en de uitvoerend arts en de rol van naasten (C.H.M. Bogers). Ten slotte wordt uitvoerig aandacht besteed aan de uitvoeringsaspecten van hulp bij zelfdoding/ euthanasie en aan de knelpunten, met vertoning van de instructiefilm: *De laatste stappen* (C.A.J. van Houwelingen).

VORM

Kennisoverdracht ondersteund door powerpoint, video en instructiefilm. Inbreng door deelnemers van eigen ervaring en casuïstiek.

LEERDOELEN

Inzicht geven van de professionele mogelijkheden die de behandelend psychiater kan benutten om binnen de grenzen van de euthanasiewet een psychiatrische patiënt met een weloverwogen en aanhoudende doodswens te kunnen ondersteunen en begeleiden.

W62 Handelen volgens het stappenplan van de Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld bij vermoedens van kindermishandeling

M.H.C.M Laan¹, A.A.M. Smits²

¹GGNet, Voortgezette behandeling, Apeldoorn

²De Waag, Utrecht

m.laan@ggnet.nl

INHOUD

Hoe komt u kindermishandeling op het spoor? Hoe maakt u een juiste afweging? Wanneer, bij wie en hoe trekt u aan de bel?

De workshop behandelt het gebruik van de meldcode kindermishandeling en volwassenengeweld in de psychiatrie. De Wet Meldcode is in de maak en wordt begin 2013 verwacht. Deze wet verplicht tot het implementeren van de Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld. De herziene versie van de meldcode, uitgebracht door de KNMG in 2012, bestaat uit een stappenplan Kindermishandeling en een stappenplan Volwassenengeweld. Deze stappenplannen zijn in één meldcode samengevoegd omdat kindermishandeling en volwassenengeweld tegelijkertijd kunnen voorkomen. Ook wordt getuige zijn van geweld gezien als een vorm van kindermishandeling.

De Wet Meldcode is bedoeld als ondersteuning van hulpverleners die geconfronteerd worden met kindermishandeling of volwassenengeweld, of met vermoedens daarvan. De meldcode heeft als doel te kunnen voorzien in de noodzakelijke hulp om de kindermishandeling en/of het geweld te stoppen.

Tijdens de workshop worden handvatten en kaders geboden om het stappenplan kindermishandeling in de dagelijkse psychiatrische praktijk toe te passen. Uitgangspunt vormt het gebruik van het stappenplan, waarbij het een belangrijk element is om zoveel mogelijk openheid te betrachten richting ouders of betrokkenen.

De workshop is zowel relevant voor collega's werkzaam in de kinderpsychiatrie als in de volwassenenpsychiatrie.

VORM

Na een korte inleiding wordt met behulp van een rollenspel geoefend met het gebruik van het stappenplan Kindermishandeling.

LEERDOELEN

Reageren op vermoedens van kindermishandeling volgens het stappenplan van de Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld.

LITERATUUR

Artsen en kindermishandeling: meldcode en stappenplan. KNMG (2008)

Handreiking Gebruik Meldcode Kindermishandeling in de psychiatrie NVvP (2011)

KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld 2012

W63 De dood onder ogen

Q.D. van Dam

Eigen praktijk, Leiden

quinvandam@zonnet.nl

INHOUD

Vanaf jonge leeftijd is het besef van onze eindigheid (sluimerend) aanwezig. Volgens Yalom, een bekende Amerikaanse psychiater en psychotherapeut, ondernemen we diverse pogingen om de angst daarvoor te bezweren, en vast te houden aan de illusie dat we onsterfelijk zijn. Een ernstige ziekte, het verlies van een naaste, een ongeluk of een ramp brengen de angst voor de dood op de voorgrond. Ook twijfels over de zin van het bestaan en de persoonlijke betekenis gaan vaak gepaard met heftige doodsangst.

Hoewel veel mensen bang zijn voor de dood, wordt er weinig over gepraat. In de klinische praktijk komt dit thema minder ter sprake dan wenselijk is. Hoe kunnen de dood en de angst daarvoor besproken worden?

VORM

Het thema doodsangst wordt belicht vanuit psychodynamisch, systeemtheoretisch en existentieel perspectief, en vanuit wetenschappelijk onderzoek.

Bij de interactieve presentatie wordt gebruik gemaakt van filmbeelden en voorbeelden uit de psychotherapeutische praktijk. Er is ruime gelegenheid om van gedachten te wisselen over de angst voor de dood, en te oefenen met de bespreking daarvan.

LEERDOELEN

De deelnemers nemen kennis van de ontwikkeling van het besef van de dood en van het empirisch onderzoek naar doodsangst. Zij leren de verschijnselen van doodsangst te herkennen, en de dood te bespreken met hun patiënten.

W64 Psychotherapy with Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Patients

J. Drescher

Clinical Associate Professor of Psychiatry, New York Medical College, New York, USA

INHOUD

In de workshop richten we ons op veel voorkomende thema's in psychotherapie bij Lesbische, Homo, Biseksuele en Transgender (LHBT) patiënten: hoe het is om in de kast te zitten, uit de kast komen, de zg. coming out, seksuele identiteit, sociale stigma en self-disclosure van de therapeut.

FORMAT

Na een vijftien minuten durende power point presentatie over LHBT specifieke issues in psychotherapie bespreken we de praktijk aan de hand van door de deelnemers zelf in te brengen casuïstiek.

LEERDOEL

Deelnemers:

1. leren het verschil tussen een seksuele oriëntatie en een seksuele identiteit.
2. krijgen inzicht op welke wijze theorieën over 'de oorzaak' van homoseksualiteit een rol spelen bij therapeut en patiënt in het 'begrijpen' van homoseksualiteit.
3. raken vertrouwd met psychologische mechanismen zoals dissociatie en de functie hiervan bij het verborgen houden van de homoseksuele identiteit, het 'in de kast zijn'.
4. nemen kennis van de vele manieren waarop LHBT'ers omgaan(coping) met de psychosociale stressoren bij het in de kast zitten en bij het uit de kast komen, of te wel bij het verborgen houden van de homoseksuele identiteit en bij het er openlijk voor uit komen.
5. bespreken vanuit historische- en hedendaagse perspectieven bestaande controverses betreffende self-disclosure van de therapeut voor wat betreft zijn (seksuele) identiteit.

REFERENTIES

Deelnemers wordt geadviseerd het boek 'The LGBT Casebook' aan te schaffen: Levouns,P, Drescher,J & Barber, M.E., eds. (2012). *The LGBT Casebook*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
<http://www.appi.org> of <http://www.nbninternational.com>

W65 Wat elke psychiater moet weten over hypnose

J.B.C. Mertens, H.A.A. van der Berk, H.G.J.M. Vermetten

Psygids, Velsen-Zuid

jmertens@psygids.nl

INHOUD

Hypnose kan, als medische toepassing, gedefinieerd worden als een reeks van handelingen, met gebruik van de trance- of hypnotische bewustzijnstoestand, met als doel een fysieke of emotionele stoornis te behandelen. Het gebruik van hypnose in psychotherapie kent een lange geschiedenis met pieken en dalen. Het afgelopen decennium is in een reeks publicaties het effect van de toepassing van hypnose bij psychosomatische stoornissen, zoals het prikkelbare-darmsyndroom (Irritable Bowl Syndrome, IBS), opnieuw vastgesteld. Daarnaast zijn er door onder andere beeldvormend onderzoek nieuwe inzichten ontstaan over de neurobiologie van de hypnotische toestand. In trance verandert de activiteit van onder andere de anterior cingulate gyrus, waardoor beïnvloeding van cognitieve circuits mogelijk is.

In deze workshop worden de meest recente wetenschappelijke inzichten over de achtergrond en toepasbaarheid van hypnose in de geestelijke gezondheidszorg uiteengezet. Een basisoefening wordt geoefend.

VORM

Workshop met kennisuitwisseling en een praktische oefening.

LEERDOELEN

Na deze workshop heeft de deelnemer kennis over wat hypnose is en welke toepassingsmogelijkheden er zijn.

LITERATUURVERWIJZING

Functional brain imaging and the induction of traumatic recall: a cross-correlational review between neuroimaging and hypnosis. E. Vermetten, DJ Bremner, *Int J Clin Hyp* 2004

Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. AM Vlieger et al, *Gastroenterology* 2007

Long-term follow-up of gut-directed hypnotherapy vs. standard care in children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome, AM Vlieger et al, *Am J Gastroenterology* 2012

Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. ME Faymonville et al, *Brain Res Cogn Brain Res* 2003

W66 Mentalization-Based Treatment: een behandelmethode voor patiënten met agressieregulatieproblemen in de forensische psychiatrie?

H.A. Gerritsen, D.L. Bales

De Viersprong, afd. MBT, Amsterdam/Bergen op Zoom
hagerritsen@planet.nl

INHOUD

Een substantieel deel van de patiënten in de forensische psychiatrie heeft problemen met hun agressieregulatie, in het bijzonder diegenen met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis. Mentalization-Based Treatment (MBT) is een bewezen effectieve behandeling voor volwassenen met een ernstige borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS). MBT wordt experimenteel toegepast in de behandeling van patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis (ASPS) bij wie tevens sprake is van een borderline-persoonlijkheidsstoornis. MBT is (nog) niet bewezen effectief als behandelmethode voor de ASPS in combinatie met de BPS, noch voor de ASPS alleen.

In deze workshop is de centrale vraag of MBT een toevoeging kan zijn aan andere, op agressie gerichte behandelvormen binnen de forensische psychiatrie. In het eerste deel van de workshop komen allereerst het begrip agressie, vormen van agressie en de behandeling van agressie aan bod. Vervolgens wordt er stilgestaan bij de overeenkomsten en verschillen tussen de ASPS en BPS qua uitingsvorm, breinontwikkeling, ontwikkelingsperspectief vanuit de hechtingstheorie en implicaties voor de behandeling. Na presentatie van de uitgangspunten van de MBT wordt een vertaalslag van de MBT naar de forensische setting gemaakt. In het tweede deel komt de praktijk aan bod van interventies vanuit de MBT-methodiek bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis met problemen in de agressieregulatie.

VORM

De workshop bestaat uit een presentatie, een videodemonstratie en een illustratie aan de hand van een rollenspel.

LEERDOELEN

Kennismaking met de MBT-methodiek voor het hanteren van agressie bij patiënten met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis.

W67 Durft u te vragen naar trauma bij psychotische patiënten?

B.M. van der Vleugel¹, A. van Minnen²

¹GGZ Noord-Holland-Noord, Alkmaar

²Pro Persona, Centrum voor Angststoornissen, Overwaal, Nijmegen

a.van.minnen@propersona.nl

INHOUD

Trauma is een belangrijke risicofactor in het ontstaan van ernstige psychiatrische aandoeningen. Een recente meta-analyse laat zien dat traumatisering in de jeugd de kans op psychosen met 2,8 keer vergroot (Varese et al., 2012). Een aanzienlijk deel van de patiënten met een psychotische stoornis voldoet ook aan de criteria voor een actuele PTSS. We onderzoeken momenteel of psychologische richtlijnbehandelingen voor PTSS ook effectief en veilig zijn bij mensen met een psychotische stoornis.

In deze workshop geen data, maar wel: hoe maak je traumatische ervaringen bespreekbaar met kwetsbare mensen? Hoe reageer je op wat ze vertellen? En op plotseling optredende hevige klachten? Wat moet je weten om te kunnen indiceren voor psychologische behandeling van trauma-gerelateerde klachten?

We willen deze vragen en vermeende obstakels bij het bespreken van trauma behandelen en oefenen aan de hand van vignetten. U traint uw gesprekstechnieken en verfijnt uw indicatiestelling voor psychologische behandeling.

VORM

Interactieve workshop, met presentatie en oefening.

LEERDOELEN

- Verminderen van schroom en ervaren belasting bij het bespreken van trauma.
- Correct indiceren voor psychologische behandeling van trauma-gerelateerde klachten.

LITERATUUR

Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., Van Os, J., & Bentall, R.P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*, advance access, doi:10.1093/schbul/sbs050.

Read, J. (2006). Breaking the silence: Learning why, when and how to ask about trauma, and how to respond to disclosures. In: W. Larkin, A. Morrison (eds.) *Trauma and Psychosis*. London: Brunner-Routledge.

Minnen, A. van (2008). *Wie durft?* Inaugurale rede, Radboud Universiteit Nijmegen. Nijmegen: Thieme MediaCenter.

Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (tweede revisie) (2009). Posttraumatische stressstoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.

W68 Consensusgericht Systemisch Interviewen en Intervenieren: een gespreksmodel om samen te werken met diegenen die de patiënt omgeven

J.E. Cornelis¹, F.J. van Oenen²

¹Arkin, Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, Amsterdam

²Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, Amsterdam

jurgen.cornelis@arkin.nl

INHOUD

Het inzicht dat het belangrijk is om naasten te betrekken bij een psychiatrische behandeling, wordt inmiddels breed gedragen en ondersteund door wetenschappelijke evidentie. Vaak roept een gesprek met familieleden echter gevoelens van onzekerheid op bij de – beginnend – psychiater op. Systeemtherapeutische handboeken bieden tot nog toe weinig handvatten voor de psychiatrische praktijk.

Sinds de oprichting van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (SPA) in 2003 werden zo'n 2000 kortdurende systemisch behandelingen verricht. Deze ervaring heeft mede geleid tot de ontwikkeling van een eenvoudig en handzaam gespreksmodel: Consensusgericht Systemisch Interviewen en Intervenieren, CSII. Tevens werd in de periode 2009-2012 bij een groep van 370 patiënten onderzoek verricht naar de behandeluitkomst. Hieruit bleek dat het in circa 50% van de behandelingen bij deze patiëntenpopulatie zonder veel moeite lukt om naasten te mobiliseren. De behandelde patiëntengroep bleek aanzienlijk ernstiger klachten (GSI-score) te hebben dan een gemiddelde klinische populatie, waarbij er sprake was van een brede variatie aan psychopathologie, variërend van psychose tot psychosociale problematiek. Na drie maanden bleek de meerderheid (55 %) toch reliable change te bereiken, in samenwerking met de naastbetrokkenen van de patiënt.

In deze workshop worden de resultaten van het onderzoek en de principes van CSII gepresenteerd. Het CSII-starterpakket stelt de enthousiaste psychiater in staat zonder langdurige training goed genoeg te werken met naastbetrokkenen.

VORM

De basisprincipes en het model worden gepresenteerd op een interactieve manier, aan de hand van voorbeelden uit de praktijk.

LEERDOELEN

Aan het einde van de workshop hebben deelnemers kennis van basale principes van systemisch werken.

Daarnaast zullen ze aan de hand van het gepresenteerde model in staat zijn om de volgende dag al gemakkelijker met naastbetrokkenen samen te werken.