

B-154

ABA in a child psychiatric clinic for autism; A chance to empower staff and parents?

B. E. B. M. HUSKENS, M. VERBURG
 b.huskens@leokannerhuis.nl

EXPLANATION In a child psychiatric clinic for Autism Spectrum Disorders (ASD) was a growing need for a scientifically-based method for the staff to improve the learning environment in the residential treatment groups. Treatment is considered as a partnership between the clinic and the parents in order to decrease the problems evolving out of ASD.

An Applied Behavior Analysis (ABA) training package was developed to provide the staff and parents with tools to improve the learning environment in the treatment groups and at home. The goal for the study was to examine the implementation gains for the children, staff and parents.

METHODS The staff package consisted of a 2-days training workshop, live feedback and video feedback during 3 months after training. Parents participated in an ABA parent group training.

The first preliminary results, descriptive and statistical analyses, and conclusions for the future will be discussed.

AIM In the session participants are introduced with a collaboration project between a child psychiatric clinic and a research department. In the project staff and parents received an ABA-training package in order to increase learning opportunities for ASD children. Participants learn about the first preliminary results, gains and limitations.

ABA in a child psychiatric clinic for autism. An introduction

M. VERBURG
 m.verburg@leokannerhuis.nl

BACKGROUND Long waiting lists for clinical treatment and difficulties in the outplacement of in-treatment children formed a permanent and substantial problem in our clinical setting. Many children were 'hopping' from clinic to clinic and thus were institutionalised for years. We wanted to change this.

AIM To empower parents in such a way that they can manage their child at home.

METHODS The main focus of clinical treatment has become ensuring that children are able to return to their parents after clinical treatment. Central goal is empowering child and parents by making them more aware and competent.

Explicit commitment is asked from parents to be prepared to collaborate on reaching this main goal. This parental commitment has become a leading inclusion criterion for clinical treatment. Leading treatment principle is working on the necessary conditions enabling the child to live at home. This requires intensive cooperation between staff and parents.

In addition to regular clinical treatment, we searched for a method to improve both this partnership and parental and staff skills. Pivotal Response Treatment (PRT) contains many elements that are congruent with these wishes. An Applied Behavior Analysis (ABA) training package with PRT principles was developed on behalf of both clinical staff and parents. Details of the training program are described below.

RESULTS Since the treatment focus has shifted strictly to placing children back home, the percentage of children returning to parents has increased significantly. By adding ABA we hope to enlarge this percentage further. We expect that parents and staff will develop essential skills in educating and guiding (their) ASD children. We hope this will have a positive effect on the empowerment of parents and children.

CONCLUSION Strictly focusing on returning the child to his/her parents and working principally on maximizing the conditions to achieve this, has led to an increase of children returning home. A further increase is expected with the introduction of ABA.

ABA in a child psychiatric clinic for autism; Preliminary research results

B.E.B.M. HUSKENS

b.huskens@leokannerhuis.nl

BACKGROUND In order to provide the staff of four residential treatment groups in a child psychiatric clinic for Autism Spectrum Disorders (ASD) with tools to improve the learning environment, an Applied Behavior Analysis (ABA) training package was developed. Principles of Pivotal Response Treatment (PRT) (Koegel & Koegel 2006) were adapted to the residential facility and incorporated in the training. In the clinic treatment is considered as a partnership between the clinic and the parents. Therefore a parent group training was developed using the same principles and techniques as used with the staff.

AIM To improve the learning environment in the four residential treatment groups in order to increase child social initiatives. We also wanted to know whether the ABA training package was adequate in training the ABA techniques to the staff. For the parents the aim was also to improve the learning environment at home in order to increase child social initiatives. Another question is whether parents learn to apply the ABA techniques in the ABA parent group training.

METHODS The training package for staff consisted of a two-day workshop, live feedback and video feedback during three months after training. In the training the staff were introduced with ABA techniques, as prompting, fading, shaping and reinforcement.

For the implementation a multiple baseline design across treatment groups was used.

The parent group training consisted of eight

group sessions and two individual sessions. In the group training, parents were introduced with the same ABA techniques as used within the training package for staff. In the sessions the parents received video feedback.

RESULTS The first preliminary results of the training package and the parent group training will be discussed.

CONCLUSION Is the ABA training package and the ABA parent group training a chance to empower staff and parents? We hope to give an answer to this question.

B-155

Antidepressants, new knowledge obliges

H.G. RUHÉ, R.J. VERKES

h.g.ruhe@amc.uva.nl

EXPLANATION In the last decade several new antidepressants have been launched, making a total of over 20 antidepressants available for use in the Netherlands. How to apply this arsenal of compounds properly in the treatment of our patients with mood disorders? In this session new insights will be presented into the differences in efficacy, and into next steps after failure of the first choice. On the basis of pharmacological differences between antidepressants, current hypotheses of the mechanisms of action will be discussed and explanations will be provided to understand differences in the emergence of side-effects. The presence of new knowledge obliges us to use this knowledge to guide our choices for the optimal treatment.

AIM After this session participants will have improved their knowledge about the most important new insights in the differences between antidepressants with regard to first choice, next-step pharmacological strategies, mechanisms of action, and side-effects.

The first and next steps in the pharmacotherapy for major depressive disorder

H.G. RUHÉ

h.g.ruhe@amc.uva.nl

BACKGROUND A recent study shows that the initial choice of an antidepressant matters. Although the prognosis of a depressive episode is often considered as good, 40-60% of the patients do not respond to the first antidepressant, and remission is only reached in less than 35%. Therefore, clinicians often need to choose among one of the six possible next-step strategies: continuation for another 4-6 weeks, dose-escalation, switching, augmentation, combination or adding/switching to psychotherapy.

AIM To provide an updated overview of the literature on the first choice and on next-step pharmacological strategies.

METHOD The Cipriani meta-analysis about the choice of a first antidepressant will be discussed. Results of literature searches on the next-step strategies will be presented with special attention to continuation for another 4-6 weeks, dose-escalation, switching, augmentation and combination. Available meta-analyses will be used to summarize the current evidence, otherwise recent studies will be addressed.

RESULTS Some antidepressants appear preferable as first choice over others. As next-step strategy for non-responders after 4-6 weeks of treatment: 1. Continuation of treatment has been investigated poorly, but was as effective as a switch strategy. 2. Dose-escalation is a common practice, the evidence, however, is poor. Two new dose-escalation studies show that for SSRIs and duloxetine no dose-response-relationship exists in the normal clinical ranges. 3. For switching no straightforward advice can be given for the choice of the next antidepressant. 4. Augmentation with lithium, especially to tricyclic antidepressants (TCAs) is very effective, and although the augmentation with atypical antipsychotics has been investigated extensively, questions remain about their appropriateness as a second-step strategy. Combination

strategies are used more often after sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR*D), but should not be a routine second-step strategy.

CONCLUSION As soon as one year after the release of the new Dutch multidisciplinary guideline for depression, new evidence has become available that might influence the algorithm for pharmacotherapy provided by the guideline.

Targets of drug action, understanding wanted and unwanted effects of antidepressants

R.J. VERKES

r.verkes@psy.umcn.nl

BACKGROUND Antidepressants differ in their ability to enhance monoaminergic action and their affinity for different receptors. This results in different mechanisms of action and different profiles of side-effects.

AIM To provide an updated review of the literature on mechanisms of action and on the emergence of side-effects, and to discuss the implications for the use of antidepressants in clinical practice.

METHOD Recent scientific literature on the subject was reviewed and will be discussed.

RESULTS Despite differences in targets of drug action all antidepressants appear to modify intracellular routes of signal transduction finally leading to changes in the functioning and growth of neurons. One example is hippocampal neurogenesis. Antidepressants normalize the processing of emotional stimuli, including correction of attentional and memory bias for negative emotional stimuli. In this way antidepressants restore normal activity in a network of brain regions that is dysfunctioning in persons with a depressive disorder. In addition, at least some antidepressants appear to increase the incentive value of rewards through activation of the dopaminergic 'reward' system. In terms of side-effects, there exist significant differences between antidepressants. Differences in the profile of receptor affinities provide a

clear basis to understand these differences in unwanted effects.

CONCLUSION Neurotrophic changes have been shown to underlie the mechanism of action of antidepressants. This is in line with the experience that it takes a couple of weeks before therapeutic effects fully evolve. The way antidepressant action is reached differs between antidepressants. This knowledge may be relevant for efficacy. Furthermore, knowledge about differences in the probabilities of the emergence of various side-effects should be used to guide the choice of a particular compound, be it as first choice or as a next-step strategy. Understanding the mechanisms of action is an important tool to match the treatment with the needs and experiences of a particular individual patient.

B-156

Betekenis van *infant research* voor de (kinder-)psychoanalyse

P. VLIETSTRA-ZOCK
vlietstr@xs4all.nl

TOELICHTING René Spitz ontdekte eind jaren '40 dat de hoge mortaliteit bij jonge kinderen werd veroorzaakt door de afwezigheid van een verzorgende moeder. Daarna is door psychoanalytici veel onderzoek verricht naar de vroege moeder-kindrelatie en de invloed daarvan op de psychische en lichamelijke ontwikkeling van het kind.

Infant research leidde tot nieuwe ontwikkelingen binnen de psychoanalyse.

In een theoretische inleiding wordt een overzicht gegeven over de bevindingen van de *infant research* van de afgelopen decennia. Vervolgens worden de resultaten samengevat van babyobservaties, zoals die binnen de psychoanalytische opleiding worden gedaan. Ten slotte wordt in een klinisch referaat over de psychoanalyse van een kleuter de theorie gekoppeld aan de praktijk.

De psychoanalyse als behandelmethode is sterk beïnvloed door de ontdekkingen van de *infant research*. In de babyobservatie tijdens de opleiding wordt dit proces versterkt. Vooral de preverbaal en non-verbaal communicatie kan onder invloed van babyobservatie beter geïnterpreteerd worden.

LEERDOEL Nieuwe inzichten, zoals kennis over het moduleren van affecten, worden gepresenteerd in samenhang met nieuwe technieken binnen de psychoanalyse. Aan het einde van de sessie wordt de deelnemer geacht inzicht te hebben in de stand van zaken binnen de *infant research* en de gevolgen daarvan voor de psychoanalyse.

Overzicht van de *infant research*

P. VLIETSTRA-ZOCK
vlietstr@xs4all.nl

ACHTERGROND In een theoretisch overzicht wordt de geschiedenis van de *infant research* besproken. Na Spitz hebben Mahler, Stern, Tronick, Shore en Beebe een fundamentele bijdrage geleverd aan het begrip van de ontwikkeling van het jonge kind. Shore heeft klinische observaties gekoppeld aan neurobiologisch onderzoek.

DOEL Op dit moment wordt in de psychiatrie bij het denken over psychopathologie de nadruk gelegd op de genetische aspecten. In het psychoanalytische denken wordt ervan uitgegaan dat de aanleg van een kind een even grote rol speelt als de omgeving waarin het opgroeit. Het kind maakt op basis van aanleg en interactie een innerlijke representatie van de omgeving. Het begrip is altijd door onrijpheid en gebrek aan overzicht vertekend. Misverstanden kunnen zich vastzetten en leiden tot psychopathologie.

METHODEN Een samenvatting van de belangrijkste *research* geeft een beeld van ontdekkingen van de afgelopen decennia. De koppeling met neurobiologisch onderzoek brengt een extra dimensie aan in de *nature-nurture* discussie.

RESULTATEN Hoewel de aanleg van een kind vastligt in zijn genetisch materiaal, wijst pre-

nataal onderzoek uit dat de invloed van de omgeving al voor de geboorte aanwezig is.

Mogelijkheden om kinderen en volwassenen met een vroege problematiek te behandelen nemen toe, als ervan uitgegaan wordt dat een ongunstige omgeving schade toegebracht heeft aan de ontwikkeling.

CONCLUSIE Het is voor psychiaters van belang de resultaten van de *infant research*, die gaat over de relatie tussen aanleg en omgeving, op een gebalanceerde wijze toe te passen.

Bevindingen bij babyobservaties

R.H. KORTHALS ALTES
rkalt@upcmail.nl

ACHTERGROND De cursus babyobservatie vormt een vast onderdeel van de opleiding tot psychoanalyticus. Op deze wijze wordt direct aanschouwelijk gemaakt welke interacties plaatsvinden in het prille begin van het leven en welke impact die kunnen hebben op kind en ouders. Door de periode waarover wordt geobserveerd, worden specifieke ontwikkelingen zichtbaar.

DOEL Doelen zijn het aanleren van een niet-actieve houding en een reflectieve capaciteit.

Daarnaast is van belang dat de analyticus in opleiding zich gaat realiseren dat iedere patiënt een achtergrond heeft van een unieke relatievorming met een ouder, als baby.

METHODEN Iedere deelnemer legt zelf contact met een ouder-kindkoppel en observeert gedurende drie maanden wekelijks een uur. Van deze observatie wordt een verslag gemaakt, dat wekelijks in de cursus wordt besproken, samen met de verslagen van de andere deelnemers.

RESULTATEN Door onderlinge bespreking en vergelijking wordt de veelvormigheid zichtbaar in, meestal niet pathologische, vroege ouder-kindrelaties.

CONCLUSIE Babyobservaties leiden tot een gevoelsmatig inzicht van de behandelaar in de cruciale rol die de omgeving en interactie speelt bij de ontwikkeling en persoonlijkheidsvorming.

De psychoanalyse van een kind met een trauma tijdens de zwangerschap

H. KLUIN
h@kluin.demon.nl

ACHTERGROND Het referaat behandelt de psychoanalyse van een jongen, die geboren wordt nadat de moeder depressief is geraakt tijdens de zwangerschap, omdat haar moeder ziek wordt en overlijdt.

Patiënt maakt een versnelde cognitieve ontwikkeling door, slaat een klas over, loopt voor op leeftijdsgenoten in kennis, lezen en rekenen, maar heeft een enorme onzekerheid en achterstand in lichamelijk functioneren. Hij ontwikkelt een incontinentie voor feces en een enuresis en durft niet te fietsen en te zwemmen. Met leeftijdsgenoten weet hij zich te redden, maar voor ouders en leerkrachten is hij onhandelbaar.

DOEL Het weer in evenwicht brengen van de ontwikkeling.

METHODEN Nadat een analytische speltherapie van een jaar niet tot voldoende resultaat heeft geleid, wordt een kinderanalyse geïndiceerd.

RESULTATEN Er blijkt sprake te zijn van almachtsfantasieën die slechts geleidelijk worden opgegeven. De overloopincontinentie verdwijnt, evenals de enuresis diurna. Hij raakt gemotiveerd om het ook 's nachts te proberen. Intussen leert hij fietsen en zwemmen. Omdat het veel beter gaat en de belasting voor de ouders met halen en brengen enorm is, besluiten ze de analyse na een jaar te beëindigen.

CONCLUSIE Kinderanalyse is geïndiceerd bij kinderen met een ernstige en vroeg in de ontwikkeling ontstane problematiek. Het kan in een relatief korte tijd tot indrukwekkende veranderingen leiden.

B-157

De behandeling van complexe PTSS-patiënten

R.A. JONGEDIJK, B.P.R. GERSONS, F.J.J. TER HEIDE
r.jongedijk@centrum45.nl

TOELICHTING

Vooral bij de behandeling van de complexere patiënten met een posttraumatische stressstoornis (PTTS) worden niet altijd de *evidence-based* behandelvormen toegepast zoals die zijn beschreven in de richtlijnen. Vaak worden slecht gedefinieerde stabilisatietechnieken toegepast, veelal gecombineerd met farmacotherapie.

In deze bijblijfsessie zullen een drietal traumagerichte psychotherapeutische behandelvormen worden gepresenteerd, met speciale aandacht voor complexe PTSS-patiënten. Dit zijn de narratieve exposure therapy (NET), het Kort Eclectisch Protocol voor PTSS (KEP) en *eye movement desensitisation and reprocessing* (EMDR).

Betoogd zal worden, dat ook bij complex getraumatiseerde patiënten heel goed met NET, KEP of EMDR traumagerichte behandeling kan plaatsvinden en dat dit doorgaans de voorkeur verdient boven andere behandelmethoden. Wel zijn soms aanpassingen in de therapievorm noodzakelijk. Bij deze aanpassingen zal worden stilgestaan.

LEERDOEL Aan het einde van de sessie wordt de deelnemer geacht goed op de hoogte te zijn van drie *evidence-based* behandelvormen voor PTSS; en kennis te hebben van de mogelijkheden om ook bij complexere patiënten deze traumagerichte behandelingen uit te voeren.

De behandeling van complexe PTSS-patiënten: traumagerichte therapieën

R.A. JONGEDIJK, B.P.R. GERSONS, F.J.J. TER HEIDE
r.jongedijk@centrum45.nl

ACHTERGROND Bij de behandeling van complexe PTSS-patiënten wordt niet altijd de *evi-*

dence-based behandeling toegepast, zoals die wordt beschreven in de richtlijnen. Doorgaans is de mening, dat stabilisatie het enige mogelijke is vanwege gevaar voor psychische decompensatie.

Inmiddels is voldoende evidentie, dat traumagerichte therapieën ook bij complexe PTSS-patiënten mogelijk en effectief zijn.

DOEL In deze bijblijfsessie zal worden betoogd, dat *evidence-based* traumagerichte behandeling bij complexe PTSS-patiënten mogelijk en wenselijk is. Aandacht zal worden besteed aan moeilijkheden en mogelijkheden bij deze groep patiënten.

METHODEN Na een algemene inleiding over de richtlijnen voor psychotherapeutische behandeling van PTSS en over complexe PTSS (R. Jongedijk), zullen vervolgens presentaties worden gegeven over drie *evidence-based* behandelvormen voor PTSS, te weten het Kort Eclectisch Protocol voor PTSS (KEP; B. Gersons), narratieve exposure therapy (NET; R. Jongedijk) en *eye movement desensitisation and reprocessing* (EMDR; J. ter Heide). Expliciet zal worden ingegaan op de moeilijkheden en mogelijkheden van deze therapievormen bij complexe PTSS-patiënten. De aanpassingen in de behandeling voor deze groep patiënten zal worden besproken.

Na de voordrachten zal er tijd zijn voor vragen en discussie.

RESULTATEN Er is een duidelijk overzicht gegeven van drie *evidence-based* psychotherapievormen voor PTSS. Voor de complexe groep PTSS-patiënten zijn de eventuele aanpassingen aan de standaardprocedures van de behandeling aan bod gekomen.

Aangetoond is dat deze behandelvormen goed toepasbaar zijn bij complexe PTSS-patiënten.

CONCLUSIE *Evidence-based* behandeling van complexe PTSS-patiënten door middel van traumagerichte psychotherapie heeft doorgaans de voorkeur. De deelnemer van de bijblijfsessie heeft kennis genomen van drie *evidence-based* behandelvormen voor PTSS en kent de moeilijkheden en mogelijkheden om deze toe te passen bij complexe PTSS-patiënten.

B-158

De gedaagde psychiater

A.C.M. KLEINSMAN, F.R. BRUGGEMAN
 alette.kleinsman@ggzdrenthe.nl

TOELICHTING Medische incidenten staan de afgelopen jaren toenemend in de belangstelling, niet in het minst in de media. De klacht vanuit patiënten is dat het vaak moeilijk is openheid en genoegdoening te krijgen. Medische professionals kunnen geconfronteerd worden met langshepende procedures die soms een ernstige aanslag plegen op de persoonlijke en professionele identiteit. Het zijn lang niet altijd de 'slechte' dokters die een zaak krijgen. Wel zijn er situaties die een verhoogd risico met zich meebrengen, zoals een onhandige communicatie tussen klager en aangeklaagde arts.

Bij het afwikkelen van incidenten zijn inmiddels vele partijen betrokken. Naast de betrokken patiënten, de instellingen en de medisch professionals zelf zijn dat de Inspectie, het Openbaar Ministerie (strafrecht), het Medisch Tuchtcollege en letselschadeadvocaten (civiel recht). Het is voor medici lastig om in te schatten hoe zij zich integer en constructief, maar tegelijk ook effectief ten aanzien van de eigen positie, kunnen opstellen.

LEERDOEL Aan het einde van de sessie wordt de deelnemer geacht meer zicht te hebben op de verschillende juridische aspecten die een rol kunnen spelen bij incidenten en de wijze waarop de psychiater zich als zelfstandig professional maar ook als werknemer van een instelling hiertoe dient te verhouden.

De gedaagde psychiater: kennis over juridische procedures

A.C.M. KLEINSMAN, F.R. BRUGGEMAN
 alette.kleinsman@ggzdrenthe.nl

ACHTERGROND De afwikkeling van incidenten is in toenemende mate complex. Voor veel psychiaters is niet duidelijk wat de werkwijze van de verschillende juridische partijen is en op welke wijze zij zich hiertoe het best kunnen verhouden. De belangen van de individuele psychiater en de instelling kunnen soms tegengesteld zijn.

DOEL De kennis over verschillende juridische procedures vergroten. Handvatten bieden aan psychiaters hoe men procedures kan voorkomen en de rol die de werkomgeving daarbij kan spelen. Inzicht geven in het verstandig omgaan met een eventuele zaak, inclusief de daarbij gewenste juridische ondersteuning.

METHODEN Na een algemene inleiding over de verschillende actoren in het juridische veld wordt specifiek ingegaan op de werkwijze van het Medisch Tuchtcollege en het Openbaar Ministerie (strafrecht). Hierbij wordt verduidelijkt welke aspecten aanleiding geven tot het starten van een procedure, hoe het handelen van de psychiater daarbij wordt beoordeeld en hoe men zich hiertoe het best kan verhouden. Daarnaast wordt informatie gegeven over juridische bijstand in geval van een procedure. De sprekers zijn respectievelijk psychiater/gezondheidsjurist, advocaat en medisch Officier van Justitie. Er wordt gelegenheid geboden tot het stellen van vragen en discussie.

RESULTATEN Aan het eind van de sessie is de deelnemer op de hoogte van de verschillende juridische procedures in geval van een incident en de wijze waarop men zich hiertoe het best kan verhouden.

CONCLUSIE Wordt bekend tijdens de discussie.

B-159

De Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie herzien.
Kennis verplicht - verplichte kennis

C.J. SLOOFF, J. VAN WEEGHEL, D. VAN DUIN
cees.slooff@ggzdrenthe.nl

TOELICHTING Voor de update van de Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie (2005) zijn de uitgangsvragen opnieuw geformuleerd met betrekking tot diagnostiek; farmacotherapie (plus elektroconvulsie therapie (ECT) en transcraniële magnetische stimulatie (TMS)); psychosociale interventies; zorg, begeleiding en ervaringsdeskundigheid; maatschappelijke participatie en rehabilitatie; zorgorganisatie; met een apart hoofdstuk over implementatie.

Het afgelopen jaar is door de kerngroep en de werkgroep een concepttekst opgesteld die door de leden van commentaar is voorzien.

Leden van de kerngroep geven een overzicht van de conclusies en aanbevelingen, die zijn geformuleerd op basis van de uitgangsvragen. De juiste vertaling van wetenschappelijk onderzoek naar de dagelijkse praktijk staat hierbij centraal. Ook de communicatie over de richtlijn naar de overige gebruikersgroepen komt aan bod.

Daarnaast wordt stilgestaan bij het implementatietraject van de verschillende richtlijnenonderdelen.

LEERDOEL Aan het einde van de sessie wordt de deelnemer geacht dat hij in staat is de herziene richtlijn Schizofrenie te gaan gebruiken in de dagelijkse praktijk

De Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie van kennis naar praktijk

C.J. SLOOFF, J. VAN WEEGHEL, D. VAN DUIN
cees.slooff@ggzdrenthe.nl

ACHTERGROND Multidisciplinaire richtlijnen behoeven regelmatig herziening om gelijk tred te houden met de ontwikkelingen op het

gebied van onderzoek, dagelijkse praktijk en maatschappelijke ontwikkelingen.

DOEL Het geven van een overzicht van de herziene Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie.

METHODEN Voor de update van de Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie (2005) zijn de uitgangsvragen opnieuw geformuleerd met betrekking tot diagnostiek; farmacotherapie (plus ECT en TMS); psychosociale interventies; zorg, begeleiding en ervaringsdeskundigheid; maatschappelijke participatie en rehabilitatie en zorgorganisatie. Een apart hoofdstuk is gewijd aan implementatie.

Leden van de kerngroep geven een overzicht van de conclusies en aanbevelingen, die zijn geformuleerd op basis van de uitgangsvragen. De juiste vertaling van wetenschappelijk onderzoek naar de dagelijkse praktijk staat hierbij centraal. Ook de communicatie over de richtlijn naar de overige gebruikersgroepen komt aan bod.

Daarnaast wordt stilgestaan bij het implementatietraject van de verschillende richtlijnenonderdelen.

RESULTATEN Het afgelopen jaar is door de kerngroep en de werkgroep een concepttekst opgesteld die door de leden van commentaar is voorzien, waarna het autorisatietraject is ingezet.

CONCLUSIE De herziening van de Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie biedt handvaten voor patiënt en behandelaar om de kwaliteit van de zorg te optimaliseren. Een goed implementatieproces is daarbij van groot belang.

B-160

Diagnostiek en behandeling van borderlinepersoonlijkheidsstoornis bij adolescenten

J. NOORLOOS, R. DE BRUIN, C. HUIJGEN
j.noorloos@debascul.com

TOELICHTING Adolescenten met borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) worden

vaak als een moeizaam behandelbare populatie binnen de ggz gezien. Bij adolescenten met (kenmerken van) BPS staan problemen in de emotieregulatie op de voorgrond. Deze uit zich bijvoorbeeld in automutilatie, suïcidaal of risicovol gedrag, heftige conflicten en/of middelenmisbruik in combinatie met stemmingswisselingen en een laag of instabiel zelfbeeld.

Lange tijd is er grote onduidelijkheid en aarzeling geweest om de diagnose BPS bij adolescenten te stellen. Vanuit de klinische praktijk was er ten eerste behoefte aan duidelijkheid en handvatten rond classificatie, diagnostiek en indicatie. Daarnaast was er grote behoefte aan een gericht behandelaanbod voor deze jongeren: er zijn er nauwelijks tot geen (EB) specifieke behandelingen voorhanden voor adolescenten met BPS, zowel op psychotherapeutisch als medicamenteus gebied. Binnen de Bascule te Amsterdam is daarom een zorgprogramma voor adolescenten met BPS ontwikkeld. Verschillende aspecten van dit zorgprogramma worden gepresenteerd.

LEERDOEL Aan het einde van de sessie zal de deelnemer handvatten hebben voor classificatie en diagnostiek van BPS bij adolescenten en voor farmacotherapie bij adolescenten. Hij heeft kennis verkregen over de psychotherapeutische behandelmethodes dialectische gedragstherapie-Jongeren (DGT-J).

Richtlijn Diagnostiek en indicatiestelling borderline-persoonlijkheidsstoornis bij adolescenten

J. NOORLOOS

j.noorloos@debascule.com

ACHTERGROND Deze richtlijn is tot stand gekomen vanuit de nadrukkelijke behoefte vanuit de klinische praktijk aan kaders en handvatten in het diagnosticeren en behandelen van borderlinepersoonlijkheidsproblematiek. Hoewel DSM-IV daartoe de mogelijkheid biedt, is er in de kinder- en jeugdpsychiatrie lang aarzeling geweest over of en hoe BPS bij jongeren vastgesteld kan worden. De recente richtlijn BPS voor Neder-

landse volwassenen (2009) stelt dat het gebruik van vragenlijsten en gestructureerde interviews noodzakelijk is, maar er waren geen instrumenten voor 12-18-jarigen voorhanden.

DOEL Ontwikkelen van een richtlijn Diagnostiek en indicatiestelling voor adolescenten die uitvoerbaar is in de klinische praktijk en gebaseerd op *stepped care* principes. Zowel bij het onderzoek als de behandelingsindicatie worden stappen zodanig omschreven en geordend in een stroomschema dat ook collega's die weinig met persoonlijkheidsproblematiek te maken hebben, houvast hebben hoe te handelen.

METHODEN Binnen de Bascule te Amsterdam, zorglijn emotionele stoornissen, is de afgelopen jaren gewerkt aan het ontwikkelen van de richtlijn. Er is overleg gevoerd met collega-instellingen en experts op dit gebied. Onder meer met M. Schuppert, kinder- en jeugdpsychiater; dr. N. Tromp, psycholoog, beide naar aanleiding van (lopend) promotieonderzoek en prof. A. Miller, New York. Daarnaast werd literatuuronderzoek verricht. Ten slotte zijn voorstellen gedaan voor het gebruik bij Nederlandse jongeren.

RESULTATEN Recent is de Bascule richtlijn Diagnostiek en indicatiestelling borderline-persoonlijkheidsstoornis bij adolescenten verschenen. De conclusies hiervan worden gepresenteerd.

CONCLUSIE Het stellen van de BPS-diagnose in de adolescentiefase is volgens de auteurs van belang om vroegtijdig en adequaat te kunnen interveniëren. Daarmee kan definitieve psychopathologie mogelijk voorkomen worden of kunnen de eventuele gevolgen van de persoonlijkheidsstoornis beperkt blijven. Als aanvulling op regulier psychiatrisch en psychologisch onderzoek wordt een screeningsinstrument beschreven en zijn voorstellen gedaan voor gespecialiseerde diagnostiek. De behandelingen die in de Bascule voor deze doelgroep beschikbaar zijn, worden uiteengezet.

Dialectische gedragstherapie-Jongeren (DGT-J): een behandelmethode voor adolescenten met borderlinepersoonlijkheidsproblematiek

R. DE BRUIN

r.debruin@debascule.com

ACHTERGROND Jongeren met borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) worden vaak als moeilijk behandelbaar beschouwd. Motivatieproblemen, veelvuldige crises en therapie-interfererend gedrag bemoeilijken het therapieproces. Therapie-uitval bij jongeren met BPS is doorgaans hoog (50-60%). In Nederland is lange tijd geen gericht behandelprogramma, gebaseerd op EB-methoden, voor deze adolescenten beschikbaar geweest.

DOEL Ontwikkelen van een behandelprogramma voor adolescenten (13-18 jaar) met borderlinepersoonlijkheidsproblematiek, gebaseerd op dialectische gedragstherapie. Dialectische gedragstherapie (DGT), ontwikkeld door M. Linehan, is in verschillende (RCT-)studies effectief gebleken in onder meer het vergroten van therapietrouw en het terugdringen van impulsiviteit en suïcidaliteit. Het heeft duidelijk omschreven crisisstrategieën. DGT is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie, *mindfulness* en dialectiek.

METHODEN Binnen de Bascule te Amsterdam, zorglijn emotionele stoornissen, is de afgelopen jaren gewerkt aan het ontwikkelen van een adolescentenvariant van dialectische gedragstherapie. Hiervoor hebben we het bestaande DGT-programma aangepast naar de situatie van Nederlandse jongeren en geschikt gemaakt voor een poliklinisch en dagklinisch aanbod.

RESULTATEN Hieruit is een behandelprotocol en behandelmethode voor poliklinische en dagklinische behandeling ontstaan dat in deze lezing gepresenteerd zal worden. Bevindingen van adolescenten en therapeuten zijn positief. Een pilotonderzoek naar DGT-J loopt.

CONCLUSIE DGT-J geeft goede handvaten om adolescenten met borderlineproblematiek te behandelen.

Medicatie bij borderlinepersoonlijkheidsstoornis bij adolescenten

C. HUIJGEN

c.huijgen@debascule.com

ACHTERGROND In de richtlijn Borderlinepersoonlijkheidsstoornis voor volwassenen zijn duidelijke aanbevelingen voor medicamenteuze behandeling. Maar er is geen richtlijn voor adolescenten. Hoewel uit onderzoek bleek dat een meerderheid van adolescenten opgenomen met deze diagnose, medicatie krijgt en vaak meer dan een medicijn. Er zijn weinig studies van medicatie en adolescenten, maar veel gebruik van medicatie.

DOEL Ontwikkelen van een *best practice* richtlijn voor medicatie in adolescenten met BPS gebaseerd op literatuur en casestudies.

METHODEN Literatuuronderzoek en overleg met collega-instellingen en experts op dit gebied.

RESULTATEN Een *best practice* richtlijn voor medicatie bij adolescenten met BPS.

CONCLUSIE Psychotherapeutische behandeling heeft altijd de voorkeur, maar in sommige omstandigheden is medicatie ook nodig. Behandeling van de symptomen is soms geïndiceerd.

B-161

Farmacotherapeutische interventies bij persoonlijkheidsstoornissen: nieuwe perspectieven

T.J.M. INGENHOVEN

t.ingenhoven@tip.nl

TOELICHTING In deze bijblijfsessie wordt een overzicht gegeven over de effectiviteit, werkingsmechanismen en bijwerkingen van psychofarmaca in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Bovendien wordt stilgestaan bij het belang van de therapeutische relatie bij farmacotherapie.

LEERDOEL Aan het eind van de sessie wordt de deelnemer geacht een overzicht te hebben van recente farmacotherapeutische inzichten en toepassingsmogelijkheden bij patiënten met een (borderline)persoonlijkheidsstoornis.

Richtlijnen en farmacotherapeutische behandelalgoritmes voor persoonlijkheidsstoornissen anno 2011: wat gaat er veranderen met de DSM-5?

T.J.M. INGENHOVEN

t.ingenhoven@tip.nl

ACHTERGROND De farmacotherapeutische algoritmes in de Nederlandse Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2008) zijn goeddeels gebaseerd op studies naar de effectiviteit van antipsychotica, antidepressiva en stemmingsstabilisatoren bij patiënten met een borderline en/of schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Zij wijken op tal van punten af van de Amerikaanse APA-richtlijn (2001, 2005) en de Britse NICE-richtlijn (2009) voor patiënten met een (borderline)persoonlijkheidsstoornis.

DOEL Het geven van een overzicht van studies naar de effectiviteit van psychofarmaca bij uiteenlopende symptoomdomeinen bij patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis. Wat gaat er veranderen met de komst van de DSM-5?

METHODEN De resultaten van placebogecontroleerde randomized controlled trials (RCT's) met antipsychotica, antidepressiva en stemmingsstabilisatoren bij betrouwbaar geïdentificeerde patiënten met een borderline en/of schizotypische persoonlijkheidsstoornis worden middels een systematisch review en meta-analyses gepresenteerd.

RESULTATEN De effecten van de verschillende groepen psychofarmaca lopen voor cognitief-perceptuele symptomen, impulsieve gedragsontregeling en affectieve dysregulatie sterk uiteen.

CONCLUSIE Recente effectiviteitstudies en meta-analyses onderbouwen de Nederlandse richtlijn op een aantal cruciale punten. Zij zetten

grote vraagtekens bij de Amerikaanse APA- en Britse NICE-richtlijnen.

Nieuwe inzichten in de werkingsmechanismen en de bijwerkingen van psychofarmaca bij persoonlijkheidsstoornissen

H. KNEGTERING

rikusknegtering@gmail.com

ACHTERGROND Fundamenteel wetenschappelijk onderzoek bij persoonlijkheidsstoornissen legt geleidelijk bloot welke circuits in de hersenen en welke neurotransmittersystemen zijn betrokken bij cognitief-perceptuele symptomen, impulsieve gedragsontregeling en affectieve dysregulatie.

De aard en ernst van de bijwerkingen van psychofarmaca zet vraagtekens bij het massale voorschrijfgedrag van psychofarmaca door artsen bij patiënten met een (borderline)persoonlijkheidsstoornis. Wat is de farmacologische rationale voor het voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen? Wegen de mogelijke voordelen van deze psychofarmaca op tegen de nadelen?

DOEL Het bespreken van mogelijke neurofysiologische en farmacologische mechanismen bij de toepassing van psychofarmaca bij persoonlijkheidsstoornissen. Tevens worden de belangrijkste farmacologische nadelen besproken.

METHODEN Het geven van een literatuuroverzicht en inzichten uit recent eigen onderzoek omtrent mogelijke farmacologische aangrijpingspunten bij persoonlijkheidsstoornissen, geïllustreerd aan recent eigen onderzoek met antipsychotica.

RESULTATEN Psychofarmaca, met name antipsychotica, grijpen afhankelijk van het middel in op het dopaminerge, serotonerge en glutamaat systeem. Verschillende gewenste en ongewenste (gedrags)effecten zijn deels te begrijpen vanuit per middel verschillende farmacologische profielen. Met name middelen als aripiprazol en clozapine vertonen opmerkelijke eigenschappen

met hieruit voortvloeiende klinisch relevante voor- en nadelen. Deze worden in relatie tot andere antipsychotica, lithium en anticonvulsiva besproken.

CONCLUSIE Psychofarmaca zijn geen eerste keus in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Toch kunnen sommige psychofarmaca, afhankelijk van het farmacologische profiel, bepaalde gedragcomponenten gunstig beïnvloeden. Afhankelijk van het gekozen psychofarmakon zullen per patiënt de voor- en nadelen van het toepassen ervan dienen te worden afgewogen.

Het belang van de therapeutische relatie: van farmacokinetiek naar psychodynamiek

H. L. VAN
rien.van@arkin.nl

ACHTERGROND Psychofarmaca worden altijd voorgeschreven in het kader van een therapeutische relatie. Uit onderzoek blijkt dat de invloed van de kwaliteit van die relatie op het effect van de medicatie aanzienlijk is en minstens zo groot als bij psychotherapie het geval is.

Net als in de farmacokinetiek kunnen ook in de psychodynamiek verschillende processen worden onderscheiden die hierbij een rol spelen.

DOEL Het leren onderscheiden van relevante factoren van de therapeutische relatie die er toe bijdragen het effect van farmacotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen te optimaliseren.

METHODEN Presentatie van onderzoeksgegevens en enkele korte illustraties over de kenmerken van de therapeutische relatie bij farmacotherapie.

RESULTATEN Het blijkt dat niet alleen patiëntfactoren, maar ook kenmerken van de psychiater van invloed zijn op de therapeutische relatie en het effect van farmacotherapie. Het is aanmerkelijk dat dit mede verklaard wordt door een verschil in interpersoonlijke competenties en psychotherapeutische vaardigheden tussen psychiaters. Voorts zijn er aanwijzingen dat een gecombineerde behandeling van farmacotherapie en psy-

chodynamische gespreksvoering door de psychiater het meest effectief is. Dat is onder meer aangetoond bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

CONCLUSIE In farmacotherapie spelen psychodynamische processen op verschillende wijze een rol. Het is van belang deze te identificeren en dat kan handvatten geven om de effectiviteit van farmacotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen te optimaliseren.

B-162

Hechting en emotionele ontwikkeling bij autisme

A. STOCKMANN, M.F. VOGTLÄNDER
a.stockmann@centrumautisme.nl

TOELICHTING In de vroegdiagnostiek van autisme is een hechtingsstoornis vaak een differentiaaldiagnose. Deze differentiatie wordt extra bemoeilijkt doordat hechting door het autisme verstoord wordt. Binnen het Centrum Autisme te Leiden hebben wij een onderzoeksprotocol ontwikkeld om deze differentiatie te maken. Daarnaast zien wij in de behandeling van kinderen en jongeren met autisme dat de emotionele ontwikkeling verstoord is. De invloed van de hechting en met name de affectieve afstemming van ouders op deze ontwikkeling willen we in deze sessie bespreken. Tevens bespreken we welke behandelinterventies hierop aansluiten.

LEERDOEL Aan het eind van de sessie heeft de deelnemer meer kennis omtrent de differentiaaldiagnostiek tussen hechting en autisme en meer zicht op behandelingen gericht op de emotionele ontwikkeling bij jongeren met autisme.

Differentiaaldiagnostiek hechtingstoornis en autisme

M.F. VOGTLÄNDER

m.vogtlander@centrunautisme.nl

ACHTERGROND In de praktijk is differentiëren tussen een autismespectrumstoornis en een hechtingsstoornis of hechtingsproblematiek lastig, met name bij jonge kinderen. Bij ons centrum worden steeds meer kinderen op jonge leeftijd aangemeld (tussen de een en vier jaar) met de vraagstelling of er sprake is van autisme.

DOEL De kwaliteit van de vroegdiagnostiek van autisme, hechting verbeteren en zicht krijgen op behandel mogelijkheden.

METHODEN Sinds ruim een jaar wordt er binnen ons centrum bij 0-4-jarigen een protocol gehanteerd waarin multidisciplinair wordt gewerkt. Hierbij wordt gebruik gemaakt van aanvullende diagnostische interventies zoals de Functional Emotional Assessment Scale (FEAS) en procesdiagnostiek waarbij psychotherapeutische interventies volgens de *Infant Mental Health* visie, worden toegepast.

RESULTATEN In het afgelopen jaar zijn ruim 50 patiënten volgens deze methode gediagnostiseerd. Deze methode helpt om meer zicht op de ouder-kindrelatie te krijgen en om de kwaliteit van de ouder-kindrelatie te verbeteren. Hierdoor wordt het kind maximaal in zijn ontwikkeling gestimuleerd, zodat er meer zicht komt op de diagnostiek en eventuele behandel mogelijkheden.

CONCLUSIE Door gebruik te maken van deze diagnostische interventies is de diagnostiek verbeterd en is er tevens meer zicht op eventuele behandel mogelijkheden.

De rol van affectieve afstemming in de behandeling van autisme

A.P.A.M. STOCKMANN

a.stockmann@centrumautisme.nl

ACHTERGROND Binnen de behandeling van kinderen en jongeren met autisme is de emo-

tionele ontwikkeling vaak ernstig verstoord. De basis voor een emotionele ontwikkeling wordt in de eerste levensjaren gelegd.

Door het autisme zijn er niet alleen kindfactoren die een goede ontwikkeling belemmeren, maar wordt de affectieve afstemming door de ouders ook extra moeilijk. Voor het slagen van een behandeling is niet enkel psycho-educatie en trainen van vaardigheden, maar ook het optimaliseren van de affectieve regulatieprocessen tussen ouder en kind van belang.

DOEL De deelnemer krijgt zicht op de behandelinterventies die effectief zijn om de emotionele ontwikkeling bij kinderen en jongeren met autisme op gang te brengen.

METHODEN Wij maken gebruik van onder meer *Pivotal Response Therapie*, cognitieve gedragstherapie, mentaliseren en gezinstherapie.

RESULTATEN We laten, aan de hand van enkele video's zien, hoe bij jonge kinderen met autisme, de basis voor de emotionele ontwikkeling op gang komt.

Verder geven we voorbeelden hoe we behandelingen op verschillende leeftijden vormgeven.

CONCLUSIE Door de kennis omtrent hechting en mentaliseren toe te passen in de behandelingen van kinderen en jongeren met autisme, wordt de kwaliteit van de ouder-kindrelatie versterkt en de sociaal-emotionele ontwikkeling optimaal gefaciliteerd.

B-163

Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie

C.A.J. VAN HOUWELINGEN, C.H.M. BOGERS, P. STÄRCKE

caj.van.houwelingen@ggze.nl

TOELICHTING Begin 2010 werd aan drie patiënten met een aanhoudende doodswens hulp bij zelfdoding verleend door een psychiater krachtens de in 2002 van kracht geworden euthanasiewet en conform de richtlijn van de Nederlandse

Vereniging voor Psychiatrie (NVvP herziene versie 2009). Een drietal psychiaters zal de ervaringen vertellen met betrekking tot de casuïstiek, het toetsen van de zorgvuldigheidseisen, de uitvoeringsaspecten, verslaglegging en het oordeel van de toetsingscommissie. Doel is de deelnemer inzage te geven in het traject van hulp bij zelfdoding, de persoonlijke en ethische dilemma's en de knelpunten die zich in de praktijk voor kunnen doen. Aan de betekenis van hulp bij zelfdoding voor de achterblijvende naasten zal expliciet aandacht worden besteed. Naast voorlichting aan geïnteresseerde deelnemers beoogt de bijblijfsessie een verdieping voor de deelnemer die zich bevindt in een afwegingsproces of hulp bij zelfdoding gerechtvaardigd is.

LEERDOEL De bijblijfsessie stelt de deelnemer na afloop in staat voor zichzelf meer genuanceerd een afweging te maken of hij bereid zou zijn in ultieme zin in het voorkomende geval hulp bij zelfdoding te verlenen aan een patiënt met een aanhoudende doodswens waarbij geen reële behandelopties meer voorhanden zijn.

Casuïstiekbespreking hulp bij zelfdoding in de psychiatrie

C.H.M. BOGERS, P. STÄRCKE, C.A.J. VAN HOUWELINGEN
chm.bogers@lentis.nl

ACHTERGROND De van kracht geworden euthanasiewet in 2002 biedt de psychiatrische patiënt de mogelijkheid een gerechtvaardigd verzoek te doen om hulp bij zelfdoding bij een aanhoudende doodswens. Slechts incidenteel wordt een verzoek om hulp bij zelfdoding door een psychiatrische patiënt gehonoreerd. In 2008 tweemaal en begin 2010 driemaal. In 2009 werd een herziene versie van de richtlijn Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis uitgegeven en geplaatst op de website van de NVvP.

DOEL De deelnemer neemt kennis van de praktijk van hulp bij zelfdoding in de psychiatrie aan de hand van een drietal gevalbeschrijvingen. Aan bod komen de zorgvuldigheidseisen, de dilemma's waar de behandelend psychiater mee geconfronteerd wordt, de uitvoering van hulp bij zelfdoding, de meldingsprocedure, het oordeel van de toetsingscommissie en de reactie van de naasten.

METHODEN Van elke casus worden de belangrijkste aandachtspunten, gerelateerd aan de zorgvuldigheidseisen, besproken.

RESULTATEN De deelnemer heeft goed kennis kunnen nemen van de werkwijze van de psychiater die hulp bij zelfdoding heeft verleend. Het eigen oordeel of afwegingsproces kent na het volgen van de sessie meer nuanceringen indien de deelnemer in zijn werk geconfronteerd wordt met een patiënt met een aanhoudende doodswens.

CONCLUSIE Geïnteresseerde deelnemers hebben kennis kunnen nemen van het beslissingsproces, de toetsing van zorgvuldigheidseisen en praktische uitvoering bij een drietal patiënten bij wie hulp bij zelfdoding is verleend.

B-164

Intimiteit in de behandelrelatie

A.M. HEINEMEIJER, S. MARLISA
merleheinemeijer@xs4all.nl

TOELICHTING Intieme relaties spelen een centrale rol in gezondheid, welbevinden, geluk. Ze zijn een kenmerk van psychische gezondheid en beschermen tegen psychopathologie. Beperkingen in het vermogen intieme relaties aan te gaan of te verbreken zijn gerelateerd aan een veelheid van symptoomstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.

De behandelrelatie, het contact, is van centrale betekenis in de uitoefening van de totale breedte van ons vak.

Het verkennen van mogelijkheden en obstakels in het creëren van intimiteit genereert kennis over het functioneren van de patiënt en brengt ontwikkeling in diens relationele mogelijkheden.

Doel van deze sessie is dan ook kennisoverdracht die bijdraagt aan het bewustzijn van de behandelaar van het grote potentieel van de behandelrelatie.

De methode: een conceptueel overzicht en theorie vanuit enkele psychoanalytische stromingen, geïllustreerd met twee psychiatrische vignetten en een speelfilmfragment.

Wat betreft het resultaat: een van de belangrijkste specifieke factoren is hiermee gespecificeerd.

Kennis over en vaardigheden in het genereren van intimiteit in de behandelrelatie zal de behandeluitkomst positief beïnvloeden.

LEERDOEL Aan het einde van de sessie wordt de deelnemer geacht theoretische en klinische kennis over intimiteit te hebben verworven en gemotiveerd te zijn deze in het proces van behandeling te benutten.

Bewustwording van het potentieel van intimiteit in de behandelrelatie

A.M. HEINEMEIJER, S. MARLISA

merleheinemeijer@xs4all.nl

ACHTERGROND Het vermogen intieme relaties aan te gaan en te verbreken is een kenmerk van psychische gezondheid en beschermt tegen psychopathologie.

Een zorgvuldige observatie van en een actieve participatie in het maken van contact en het ontwikkelen van intimiteit in de behandelrelatie, genereert kennis over de patiënt, die een bijdrage kan leveren aan de uitkomst van de behandeling. Enerzijds kan deze kennis een (gestandaardiseerd) behandelaanbod toespitsen op individuele kenmerken van de patiënt, anderzijds genereert het een ervaring die veranderingen teweeg kan brengen in het intersubjectief relationeel domein (Stern), waarmee de ervaring gene-

raliseert en groei kan doen plaatsvinden in relationele mogelijkheden.

DOEL Bewustwording van het potentieel van intimiteit in de behandelrelatie en deze aspecten ook maximaal benutten.

METHODEN Wij geven een conceptueel overzicht waaruit blijkt dat de aard van de intimiteit in de behandelrelatie het meest aansluit op de opvatting van intimiteit als proces: idealiter zal op basis van affectie en vertrouwen een verbinding kunnen ontstaan met de ander, als iemand met intrinsieke waarde, met eigen initiatief en echtheid, met eigen subjectiviteit. In die intieme verbinding is kennisontwikkeling mogelijk, over jezelf, over de ander en over 'samen'. De setting van de behandeling biedt hiervoor gunstige voorwaarden; in zowel begrenzing als afstand en nabijheid wordt voorzien.

Het vermogen tot intimiteit wordt vervolgens gezien vanuit een ontwikkelingsperspectief, een filosofisch perspectief en vanuit enkele psychoanalytische stromingen.

In de vignetten van twee patiënten (met borderlinepersoonlijkheidsproblematiek en met recidiverende depressies bij ontwijkende persoonlijkheidsstoornis) zullen wij illustreren hoe genoemde perspectieven een relatie hebben met het beloop van de behandelingen en de structurele veranderingen diens gevolg.

Tevens zullen wij een fragment laten zien uit de film *Confidence trop intime* van Patrice Leconte uit 2004.

RESULTATEN Een bijdrage aan de specificatie van de specifieke factoren in behandeling.

CONCLUSIE Kennis over en vaardigheden in het genereren van intimiteit in de behandeling, verbeteren het resultaat.

B-165

Kennis in praktijk gebracht: de Korte Praktijk en 360 graden beoordeling

L.N.M. PERQUIN

l.perquin@ggzingeest.nl

TOELICHTING Toekomstige psychiaters worden tijdens de opleiding geconfronteerd met vele kennisgebieden. Hoe de aios de verworven kennis in praktijk brengen, onttrekt zich echter vaak aan het oog van de meester - de supervisor en de opleider. De per 1 januari 2011 verplichte Korte Praktijk Beoordeling (KPB) en de 360 graden beoordeling kan daarin verandering brengen (HOOP 2009).

In deze bijblijfsessie voor supervisors, opleiders en aios wordt een aantal beoordelingsmethoden gedemonstreerd en besproken: het inzetten van leerdoelen, gerichte feedback en videoanalyse, alsook de organisatie en vormgeving van een 360 graden beoordeling.

LEERDOEL De deelnemer is na afloop van de sessie gemotiveerd om de Korte Praktijk Beoordeling en 360 graden beoordeling systematisch toe te passen en weet de aios te inspireren om deze niet als 'zwaarden van Damocles' maar als waarachtige leermomenten in een opleidingsproces in te zetten.

Kennis in de praktijk beoordelen: koudwatervrees?

L.N.M. PERQUIN

lperquin@ggzingeest.nl

ACHTERGROND Zowel de aios als de supervisor blijken op te zien tegen het doen van KPB's en 360 graden beoordelingen. De angst voor een negatieve beoordeling, de zorg dat dit alles veel tijd kost en gebrek aan methoden en praktische vaardigheden spelen hierbij een rol.

DOEL Modellen en ideeën aanreiken om de KPB en 360 graden beoordeling optimaal te laten bijdragen aan het opleidingsproces.

METHODEN Demonstratie en discussie.

RESULTATEN Theoretische achtergronden en praktijkervaringen worden met de deelnemers gedeeld.

CONCLUSIE De deelnemer is na afloop van de sessie gemotiveerd om Korte Praktijk Beoordelingen en 360 graden beoordelingen systematisch toe te passen en weet de aios te inspireren om deze als waarachtige leermomenten in een opleidingsproces te hanteren.

B-166

Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

A.M. VAN HEMERT, G. VAN DER GLIND, A.J.F.M. KERKHOF, B. VERWEY, J. DE KEIJSER

b.vanhemert@parnassiabavogroep.nl

TOELICHTING Jaarlijks overlijden in Nederland ongeveer 1.500 personen als gevolg van een suïcide. Daarnaast rapporteren ongeveer 400.000 volwassen personen suïcidegedachten en 110.000 een suïcidepoging in het voorgaande jaar. Van de laatsten komen ongeveer 12.500 personen voor behandeling in een algemeen ziekenhuis. Zorgprofessionals hebben een belangrijke rol in de herkenning en behandeling van suïcidaal gedrag en de preventie van suïcide. Op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) heeft een multidisciplinaire werkgroep van psychiaters, psychologen, verpleegkundigen en huisartsen een richtlijn opgesteld voor de diagnostiek en de behandeling van suïcidaal gedrag. De richtlijn geeft zorgprofessionals aanbevelingen voor het omgaan met suïcidaal gedrag in de dagelijkse praktijk.

LEERDOEL Aan het einde van de sessie kent de deelnemer de belangrijkste overwegingen en aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag in de klinische praktijk.

De verbinding van evidentie en praktijk

A.M. VAN HEMERT, G. VAN DER GLIND, A.J.F.M. KERKHOF, B. VERWEY, J. DE KEIJSER
 b.vanhemert@parnassiabavogroep.nl

ACHTERGROND De werkgroep voor de richtlijn suïcidaal gedrag heeft zich tot doel gesteld om op basis van de beschikbare evidentie aanbevelingen te doen voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag in de klinische praktijk. De richtlijn moet een praktische en leesbare aanbeveling zijn voor psychiaters, psychologen, verpleegkundigen en huisartsen, die in hun dagelijks werk te maken hebben met personen met suïcidegedachten, -plannen of -pogingen. Er is wereldwijd veel onderzoek gedaan naar factoren die met suïcidaal gedrag samenhangen. Bij de vertaling van onderzoeksresultaten naar klinische toepassing zijn er twee belangrijke methodologische beperkingen die voor het meeste onderzoek gelden. Ten eerste blijkt het niet mogelijk om op basis van beschikbare informatie voor individuele patiënten een suïcide betrouwbaar te voorspellen. Ten tweede wordt alle onderzoek uitgevoerd in een omgeving waarin actief geprobeerd wordt om een suïcide te voorkomen. Het is niet realistisch om te verwachten dat wetenschappelijk onderzoek overtuigend uitsluitsel kan geven over de effectiviteit van strategieën om suïcide bij individuele personen te voorkomen. De werkgroep heeft de beschikbare evidentie gebruikt om samen met een klankbordgroep van deskundigen te komen tot praktische aanbevelingen voor het omgaan met suïcidaliteit in de klinische praktijk.

DOEL Praktische aanbevelingen voor het omgaan met suïcidaliteit in de klinische praktijk.

METHODEN Wereldwijd veel onderzoek naar factoren die met suïcidaal gedrag samenhangen. Maar met twee belangrijke methodologische beperkingen.

RESULTATEN Samen met een klankbordgroep van deskundigen komen tot praktische aanbevelingen voor het omgaan met suïcidaliteit in de klinische praktijk.

CONCLUSIE Het is niet realistisch te verwachten dat wetenschappelijk onderzoek overtuigend uitsluitsel kan geven over de effectiviteit van strategieën om suïcide bij individuele personen te voorkomen.

Wat is suïcidaal gedrag?

A.J.F.M. KERKHOF, A.M. VAN HEMERT, B. VERWEY, J. DE KEIJSER, A.A. VERLINDE, J.W. MEERDINKVELD-BOOM
 ajfm.kerkhof@psy.vu.nl

ACHTERGROND Het is vaak onduidelijk wat precies onder suïcidaal gedrag moet worden verstaan. Dat is geen semantisch probleem, maar een probleem dat samenhangt met ons begrip van wat mensen met hun suïcidaal gedrag beogen. Suïcidaal gedrag is intentioneel: men wil iets bereiken. Maar wat? Is dat het dood zijn, het doodgaan, het niet meer hoeven te voelen of te denken, een einde maken aan een leven dat klaar is? Of is het een uiting van onmacht naar anderen? Kennelijk zijn er vele verschillende intenties van suïcidaal gedrag. Soms ook is de motivatie tot suïcide niet invoelbaar, vreemd, bizar zelfs. En soms juist heel invoelbaar. Hoe welbewust is de wens om suïcide te plegen, in hoeverre spelen minder bewuste motieven een rol? Hoe weloverwogen of impulsief is een suïcide? Suïcide betekent ook iets anders voor jongeren dan voor ouderen. Bij ouderen zie je vaak een sterke doodsintentie, een verlangen naar de dood, geen perspectief meer zien, geen andere oplossingen kunnen bedenken, doelloosheid, lichamelijke aftakeling en vaak ook alcoholgebruik. Bij jongeren spelen eerder gevoelens van afwijzing, vragen rond identiteit en ondraaglijke gevoelens. De betekenis van suïcide moet dan ook anders worden begrepen bij jongeren dan bij ouderen en misschien ook nog wel verschillend voor mannen en voor vrouwen. In deze bijeenkomst wordt een verantwoording gegeven van de keuze die de richtlijncommissie heeft gemaakt bij het omschrijven van verschillende suïcidale gedragingen. Daarbij wordt belang gehecht aan

het gegeven dat er vaak meerdere motieven tegelijk aanwezig zijn: dood willen gaan en tegelijkertijd geholpen willen worden. Willen stoppen met voelen en denken, en tegelijkertijd hulp willen mobiliseren. Ambivalentie komt in alle gradaties van suïcidaliteit terug. Deze ambivalentie vormt een mogelijkheid en uitdaging voor de hulpverlener om tot een goed gesprek met de patiënt te komen.

DOEL Verantwoording geven van de keuze die de richtlijncommissie heeft gemaakt bij het omschrijven van verschillende suïcidale gedragingen.

METHODEN Omschrijven van verschillende suïcidale gedragingen.

RESULTATEN Ambivalentie komt in alle gradaties van suïcidaliteit terug.

CONCLUSIE Ambivalentie vormt een mogelijkheid en uitdaging voor de hulpverlener om tot een goed gesprek met de patiënt te komen.

Contact maken met suïcidale patiënten - hoe doe je dat?

J.W. HUMMELEN, M. STEENDAM, B. STRINGER

j.hummelen@ggnet.nl

ACHTERGROND Het tot stand brengen van een werkrelatie is een beschermende factor tegen suïcide en is een noodzakelijke voorwaarde om valide onderzoek naar suïcidaal gedrag te kunnen doen. Besproken wordt welke aspecten het opbouwen van een werkrelatie bemoeilijken en welke vaardigheden nodig zijn voor het vestigen van een adequaat contact.

DOEL Weten hoe je contact kunt maken met suïcidale patiënten.

METHODEN Verzamelen van evidentie over de wijze van contact leggen.

RESULTATEN Het tot stand brengen van een werkrelatie is een noodzakelijke voorwaarde om valide onderzoek naar suïcidaal gedrag te kunnen doen.

CONCLUSIE Het tot stand brengen van een werkrelatie is een beschermende factor tegen suïcide.

Diagnostiek van suïcidaal gedrag

J. DE KEIJSER, D. JONKER

jos.de.keijser@ggzfriesland.nl

ACHTERGROND In de richtlijn voor suïcidaal gedrag staan de versterkende en beschermende factoren voor suïcidaal gedrag beschreven. De factoren zijn te grofmazig om op individueel niveau suïcidaal gedrag te voorspellen. Exploratie van deze factoren kan wel bijdragen aan inzicht in het ontstaan van suïcidaliteit en geeft een indruk van de ernst. Bovendien spelen omstandigheden als tijd (chronisch versus incidenteel), plaats (alleen of beschermd in kliniek of bij familie) en beschikbaarheid van letale middelen een belangrijke rol. Het is uiteindelijk de professional die in het contact met de suïcidale patiënt dient te komen tot een afgewogen klinisch oordeel. Simon (2010) noemt dit de persoonlijke vingerafdruk van factoren die de basis vormen voor het veiligheidsplan. Hoe de professional de algemene factoren door diagnostisch onderzoek kan reduceren tot persoonlijke factoren en weet te verbinden met veiligheidsaspecten, is de focus van deze bijdrage.

DOEL De professional weet hoe hij de algemene factoren door diagnostisch onderzoek kan reduceren tot persoonlijke factoren en verbinden met veiligheidsaspecten.

METHODEN Exploratie van factoren uit de richtlijn.

RESULTATEN Exploratie van de factoren uit de richtlijn kan bijdragen tot inzicht in het ontstaan van suïcidaliteit en een indruk geven van de ernst.

CONCLUSIE Het is uiteindelijk de professional die in het contact met de suïcidale patiënt dient te komen tot een afgewogen klinisch oordeel.

Behandeling van suïcidaal gedrag

B. VERWEY, A.J.F.M. KERKHOF, A. VAN DAM, M. STEEN-
DAM
bverwey@alysis.nl

ACHTERGROND Suïcidaal gedrag is een specifieke reactie op een uniek complex van individuele factoren. De behandeling moet hierop aansluiten. De behandeling kan bestaan uit interventies die zijn gericht op de directe veiligheid, op de suïcidale gedachten, plannen en motieven en op het complex van achterliggende factoren. Dit vraagt om interventies op de korte en op de langere termijn. Uitgaande van het stress-kwetsbaarheidsmodel en rekening houdend met de specifieke kenmerken van de toestand van de suïcidale patiënt worden kortetermijninterventies op somatisch, psychiatrisch en psychosociaal gebied besproken. Bij behandeling op langere termijn worden psychotherapeutische en farmacologische interventies behandeld. Hierbij wordt een beknopt overzicht gegeven van de evidentie die door de werkgroep multidisciplinaire richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag werd verzameld.

DOEL Een beknopt overzicht geven van de evidentie die door de werkgroep multidisciplinaire richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag werd verzameld.

METHODEN Er wordt uitgegaan van het stress-kwetsbaarheidsmodel en rekening gehouden met de specifieke kenmerken van de toestand van de suïcidale patiënt. Kortetermijninterventies op somatisch, psychiatrisch en psychosociaal gebied. Behandeling op langere termijn: psychotherapeutische en farmacologische interventies.

RESULTATEN Behandeling kan bestaan uit interventies die zijn gericht op de directe veiligheid, op de suïcidale gedachten, plannen en motieven en op het complex van achterliggende factoren.

CONCLUSIE Suïcidaal gedrag is een specifieke reactie op een uniek complex van individuele factoren. De behandeling moet hierop aansluiten.

B-167

Neurobiologische aspecten van crimineel en antisociaal gedrag

A.M. VAN DER LOO
adrianoloo@tiscali.nl

TOELICHTING Agressieve en gewelddadige gedragingen worden in de wetenschap vanuit vele invalshoeken wetenschappelijk onderzocht en verklaard. Theorieën van crimineel en gewelddadig gedrag behoorden tot voor kort tot het domein van de psychologie, de gedrags- en de sociale wetenschappen. Het gebrek aan integratie van de verschillende modellen was een probleem in studies over menselijke agressie. Modern onderzoek, zowel bij dieren als bij mensen, toont aan dat neurologische, hormonale en andere biologische factoren van belangrijke en soms cardinale invloed zijn bij agressief gedrag. Voor het neurobiologisch, basaal wetenschappelijk onderzoek is het essentieel dat er heldere en bruikbare conceptuele modellen en indelingen worden gehanteerd. Dit is de sleutel ter verbetering van de diagnostiek en de behandeling van individuele patiënten.

LEERDOEL Kennis en inzicht in modellen en neurobiologische aspecten van crimineel en gewelddadig gedrag.

Neurobiologie van agressie

A.M. VAN DER LOO
adrianoloo@tiscali.nl

ACHTERGROND Uit onderzoek over fundamentele neurale mechanismen van agressief gedrag bij de mens, dat veel overeenkomsten vertoont met die van dieren, zijn er sterke aanwijzingen dat bij agressiegerelateerde psychopathologie drie belangrijke neurobiologische processen een rol spelen:

1. Disfunctioneren van de hersenen op het gebied van agressiebeheersing, wat gereguleerd wordt vanuit verschillende hersencentra en cir-

cuits (bijvoorbeeld in bepaalde soorten hersenletsel, epilepsie en de ziekte van Alzheimer).

2. Hypo-arousal, met lage plasma-cortisolspiegels, waarbij vermindering van de emotionele barrières agressief gedrag kunnen bevorderen (bijvoorbeeld bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis).

3. Hyperarousal, met prikkelbaarheid en agressieve uitbarstingen.

Verschillende aandoeningen worden geassocieerd met verschillende soorten van agressiviteit. Hypo-arousal wordt vaak geassocieerd met instrumentele agressie, terwijl hyperarousal vaak gepaard gaat met oncontroleerbare, impulsieve uitbarstingen. Het onderscheid van agressie in de offensieve en defensieve modellen is ook nuttig in het fundamenteel wetenschappelijk onderzoek en geeft inzicht in de hersenmechanismen die betrokken zijn bij het gedrag. Impulsieve agressie, als gevolg van verlies van impulscontrole, wordt geassocieerd met lage liquor 5-HIAA-concentraties en/of veranderingen in het serotonerge systeem in verschillende hersengebieden. Offensieve agressie wordt geassocieerd met assertief gedrag, competitief en dominant gedrag, met hogere niveaus van *central spinal fluid* (CSF) serotonine, dopamine en vrije testosteron. In het bijzonder blijkt dat specifieke serotoninereceptoren, zoals 5-HT_{1A}- en de postsynaptische 5-HT_{1B}-subreceptoren, een sterke agressieregulerende functie hebben. Verder zijn er aanwijzingen dat fysiologische processen tijdens de agressieve aanval een dynamisch beloop hebben.

DOEL Kennis over neurobiologische processen bij agressie.

METHODEN Overzicht van literatuur op neurobiologisch gebied.

RESULTATEN Inzicht in neurobiologie van pathologische agressie.

CONCLUSIE De neiging tot agressief gedrag wordt mede beïnvloed en bepaald door afwijkingen van agressieregulerende hersenfuncties.

Neurobiologische bevindingen in het antisociale spectrum

M.M. LOOMANS, J.H.M. TULEN, H.J.C. VAN MARLE
m.loomans@erasmusmc.nl

ACHTERGROND Beeldvormend onderzoek neemt een steeds prominentere plaats in bij het verklaren van antisociaal gedrag. Het is dan ook de vraag hoe deze informatie kan worden geïntegreerd in de dagelijkse forensische praktijk.

DOEL Een neurobiologische bijdrage leveren aan adequate diagnostiek binnen het antisociale spectrum.

METHODEN Literatuuronderzoek met behulp van PubMed, waarbij werd gezocht met combinaties van de trefwoorden *psychopathy*, *antisocial*, *neurobiology* en *neuroanatomy*, betreffende de periode 1990-2009.

RESULTATEN Afwijkingen in de prefrontale cortex, de amygdala, de hippocampus, de superieure temporale gyrus, het corpus callosum en de anterieure cortex cingularis bieden een mogelijke verklaring voor een groot deel van de symptomen die samenhangen met antisociaal gedrag. Het concept 'psychopathie' wordt vooral in verband gebracht met afwijkingen in de hersenen in een prefrontaal-temporolimbisch systeem.

CONCLUSIE Combinaties van disfuncties in de betreffende hersengebieden en gebreken in de communicatie tussen de verschillende hersenstructuren lijken een grotere rol te spelen dan tekortkomingen in de afzonderlijke hersenstructuren. De relevantie van beeldvormend onderzoek voor diagnostiek en behandeling in een forensisch psychiatrisch centrum zal worden besproken.

Het vierfactorenmodel van psychopathie

S. BOGAERTS
s.bogaerts@uvt.nl

ACHTERGROND Psychopathie is een ernstige persoonlijkheidsstoornis, gekenmerkt door emotionele tekorten en een gebrek aan respect

voor de maatschappelijke normen. De *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) is het best gevalideerde instrument voor de beoordeling van psychopathie (Hare 2003). In dit model worden twee factoren onderscheiden. Factor 1 omvat de interpersoonlijke en emotionele kenmerken van psychopathie. Hoge scores op factor 2 beschrijven een impulsief en onverantwoordelijk persoon, zonder langetermijndoelen. Cooke en Michie (2001) onderzochten een driefactorenmodel. Hares factor 1 werd opgedeeld in affectieve en interpersoonlijke factoren. Hares tweede factor werd gehandhaafd. Deze heeft betrekking op een impulsieve en onverantwoordelijke gedragstijl. In ons onderzoek stellen we een vierfactorenmodel voor dat indicaties biedt voor behandeling en risicotaxatie (Bogaerts & Spreen 2010).

DOEL Kennis over oude en nieuwe modellen met betrekking tot psychopathie.

METHODEN Bespreking van het vierfactorenmodel.

RESULTATEN Inzicht in het begrip psychopathie.

CONCLUSIE Het vierfactorenmodel is een bruikbaar instrument om het concept psychopathie te begrijpen.

B-168

Nieuwe ontwikkelingen bij de biologische behandelingsmogelijkheden van depressie

L. TIMMERMAN, I.M. VAN VLIET

leo.timmerman@ggzdrenthe.nl

TOELICHTING Depressie is een potentieel ernstige, chronisch recidiverende aandoening waarbij de behandelresultaten in de tweede en derde lijn vaak voor verbetering vatbaar zijn. Het doel van deze bijblijfsessie is een update te krijgen wat betreft de biologische behandelingsmogelijkheden voor depressie. Er zijn nieuwe en veelbelo-

vende ontwikkelingen op het gebied van de medicamenteuze behandeling en neurostimulatie. Na falen van de reguliere behandelingsstappen zoals beschreven in de richtlijn, zijn er uit onderzoek diverse veelbelovende behandelingsopties voor depressie beschikbaar.

Gebruikte methoden zijn een review van de recente onderzoeksliteratuur wat betreft farmacotherapie en neurostimulatie bij depressie.

LEERDOEL Aan het eind van de sessie wordt de deelnemer in staat geacht een overzicht te hebben van nieuwe ontwikkelingen wat betreft (medicamenteuze en neurostimulatie) behandelingsopties voor therapieresistente depressie.

Nieuwe antidepressiva, augmentatie- en additie-strategieën

L. TIMMERMAN

leo.timmerman@ggzdrenthe.nl

ACHTERGROND In het eerste deel van deze bijblijfsessie, die een actualisatie is van de eerder op het Voorjaarscongres gegeven bijblijfsessie met dezelfde titel, zullen nieuwe medicamenteuze mogelijkheden van behandeling van (therapieresistente) depressie besproken worden waarvan de ontwikkeling gevorderd is tot fase 3A of 3B in het wetenschappelijk onderzoek. Tevens wordt ingegaan op recente gegevens betreffende het combineren van antidepressiva en van antidepressiva met antipsychotica.

DOEL Bekendheid met potentieel nieuwe farmacologische behandelingsmogelijkheden van therapieresistente depressie.

METHODEN Bespreking van verschillende behandelopties met nieuwe antidepressiva, additie- en augmentatiestrategieën en diverse vormen van neurostimulatie.

RESULTATEN Een aantal ontwikkelingen komt waarschijnlijk niet verder dan fase 3-onderzoek, sommige ontwikkelingen vinden echter hun weg naar de kliniek.

CONCLUSIE Na het falen van de reguliere behandelingsstappen zijn er nog diverse medicamenteuze behandelopties beschikbaar. Recent onderzoek richt zich met name op additiestrategieën.

Neurostimulatie

I.M. VAN VLIET

i.m.van_vliet@lumc.nl

ACHTERGROND In het tweede deel worden de verschillende opties van behandeling door neurostimulatie besproken. De indicaties voor en uitvoering van (onderhouds-)elektroconvulsie-therapie (ECT), transcraniële magnetische stimulatie (TMS) en nervus vagus stimulatie (NVS) komen aan bod. Van deze behandelopties zal voor zover bekend het werkingsmechanisme en de *evidence* voor effectiviteit besproken worden, alsmede mogelijke factoren die respons kunnen voorspellen en dus de behandelkeuze kunnen helpen bepalen.

DOEL Bekendheid met de *state-of-the-art* behandel mogelijkheden en resultaten middels neurostimulatie.

METHODEN Review van de recente en relevante literatuur 2009-2011.

RESULTATEN De nieuwe resultaten met behandeling van affectieve stoornissen middels neurostimulatie zijn veelbelovend en ten dele reeds opgenomen in behandelprotocollen voor depressie.

CONCLUSIE Er komen in toenemende mate data beschikbaar om tot een afgewogen oordeel te komen betreffende de inzetbaarheid van neurostimulatiemethoden bij stemmingsstoornissen.

B-169

Persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-5: diagnostiek en assessment

T.J.M. INGENHOVEN

t.ingenhoven@tip.nl

TOELICHTING De diagnostiek en classificatie van persoonlijkheidsstoornissen gaat in de DSM-5 veranderen: persoonlijkheidsstoornissen verhuizen naar as I; onze inmiddels vertrouwde cluster A, cluster B of cluster C komt te vervallen, evenals de meeste specifieke persoonlijkheidsstoornissen en de persoonlijkheidsstoornis NAO. Een hybride model wordt voorgesteld waarbinnen het psychodynamische niveau van persoonlijkheidsfunctioneren, vijf nieuw omschreven prototypen (antisociaal, borderline, schizotypisch, ontwijkend en obsessief-compulsief) en een palet van maar liefst 37 persoonlijkheidstrekken dient te worden gekwantificeerd. Maar hoe gaan we dat allemaal meten in de alledaagse praktijk? En in wetenschappelijk onderzoek?

In deze bijblijfsessie worden de voorgestelde veranderingen voor de DSM-5 op een rijtje gezet vanuit het Podium Persoonlijkeitsdiagnostiek van het Kenniscentrum Persoonlijkeitsstoornissen. Er wordt een overzicht gegeven van de stand van zaken rond alle kritiek op deze voorstellen van de APA Workgroup. Aan de hand van casuïstiek worden voorbeelden gegeven hoe huidige diagnostische interviewmethoden en persoonlijkheidsvragenlijsten aansluiten bij deze nieuwe DSM-5-classificatie.

LEERDOEL Aan het eind van de sessie wordt de deelnemer geacht een overzicht te hebben van de komende veranderingen rond persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-5 en van de wijze waarop prototypen en persoonlijkheidstrekken kunnen worden vastgesteld en gekwantificeerd.

Stand van zaken rond voorgestelde veranderingen in DSM-5 persoonlijkheidsstoornissen

T.J.M. INGENHOVEN
t.ingenhoven@tip.nl

ACHTERGROND De APA Personality Disorder Workgroup heeft in 2010 voorstellen gedaan om tot een vernieuwde classificatie van persoonlijkheidsstoornissen te komen voor de DSM-5.

DOEL Doel is een overzicht te verkrijgen over de belangrijkste veranderingen ten opzichte van de DSM-IV as-II.

METHODEN Het Podium Persoonlijkeitsdiagnostiek van het Kenniscentrum Persoonlijkeitsstoornissen heeft het initiatief genomen om te komen tot een goede Nederlandse vertaling.

RESULTATEN In dit hybride model is plaats voor een multiconceptuele visie op persoonlijkheidsproblematiek. De vraag blijft hoe we dit gaan meten in de dagelijkse hulpverleningspraktijk.

CONCLUSIE Het is een revolutionair voorstel dat grote gevolgen kan hebben voor de behandelpraktijk.

Assessment van het niveau van persoonlijkheidsfunctioneren op basis van psychodynamische interviewmethoden

T.J.M. INGENHOVEN
t.ingenhoven@tip.nl

ACHTERGROND De algemene definitie, het niveau van persoonlijkheidsfunctioneren en de verschillende prototypen van persoonlijkheidsstoornissen zijn binnen de voorgestelde DSM-5 deels gedefinieerd in psychodynamische en structurele termen.

DOEL Demonstreren hoe de huidige methoden van psychodynamische en structurele persoonlijkheidsdiagnostiek aansluiten bij het DSM-5-concept

METHODEN Door middel van casuïstiek worden voorbeelden gegeven hoe met behulp van

een Structureel Interview (Kernberg) en Ontwikkelingsprofiel (Abraham) persoonlijkheidspathologie conform de DSM-5 kan worden gediagnosticeerd.

RESULTATEN Voor een goede diagnostiek van DSM-5 persoonlijkheidsstoornissen lijkt een multiconceptuele en multi-instrumentele aanpak aangewezen.

CONCLUSIE Psychodynamische persoonlijkheidsdiagnostiek middels een klinisch interview lijkt tot een betrouwbare en valide DSM-5-classificatie te leiden.

Assessment van dimensionele persoonlijkheidstrekken met behulp van vragenlijsten

T.J.M. INGENHOVEN
t.ingenhoven@tip.nl

ACHTERGROND Naast een algemene definitie van een persoonlijkheidsstoornis, de vijf gedefinieerde prototypen en het niveau van persoonlijkheidsfunctioneren, dienen bij een DSM-5-classificatie van persoonlijkheidsstoornissen ook 37 persoonlijkheidstrekken te worden gekwantificeerd, verdeeld over zes domeinen.

DOEL Het doel is nader kennis te maken met deze vorm van dimensionele persoonlijkheidsdiagnostiek.

METHODEN Middels casuïstiek worden verschillende zelfinvulvragenlijsten (zoals de NEO-PI-R, SIPP, DAPP) gepresenteerd waarmee uiteenlopende persoonlijkheidstrekken in kaart kunnen worden gebracht.

RESULTATEN Bestaande persoonlijkheidsvragenlijsten geven een goed overzicht over de persoonlijkheidstrekken zoals die in de DSM-5 zijn opgenomen en gedefinieerd.

CONCLUSIE Een multidisciplinaire aanpak met multiconceptuele en multimethodische diagnostiek lijkt aangewezen voor een goede classificatie van persoonlijkheidspathologie conform de DSM-5.

B-170

ROM als middel om de behandeling vorm te geven

L. CUPPEN, A.M. BAL, A.T. GEERTJES

l.cuppen@leokannerhuis.nl

TOELICHTING In 2010 is binnen het dr. Leo Kannerhuis, centrum voor autisme, een leer- en leefvoorziening voor jongeren van 12 tot 18 jaar met autisme (LLA) opgezet. Deze jeugdigen blijven na het initiële behandeltraject aangewezen op een intensieve vorm van begeleiding en een aangepast behandelklimaat. In de LLA ligt het accent niet alleen op behandelen, maar tevens op langdurige stabilisatie en het creëren van een ontwikkelingsstimulerend leefklimaat. Evenals bij andere cliënten die bij het dr. Leo Kannerhuis in behandeling zijn, worden bij de LLA jongeren op meerdere momenten gedurende de behandeling vragenlijsten afgenomen in het kader van de *routine outcome monitor* Geestelijke Gezondheids Zorg (ROM-GGZ).

In deze sessie worden aan de hand van metingen bij aanvang van de behandeling twee zaken besproken:

1. Hoe gegevens die verzameld zijn in het kader van effectmetingen, ingezet kunnen worden om de kenmerken van een doelgroep in kaart te brengen.

2. Hoe op basis van deze groepskenmerken de behandeling kan worden vormgegeven.

LEERDOEL Aan het einde van de sessie is het de deelnemer helder dat het mogelijk is om met relatief eenvoudig wetenschappelijk onderzoek behandeling in de ggz te verbeteren.

ROM als middel om de behandeling vorm te geven: implicaties voor de behandelpraktijk

L. CUPPEN, A.M. BAL, A.T. GEERTJES

l.cuppen@leokannerhuis.nl

ACHTERGROND Iedere cliënt binnen het dr. Leo Kannerhuis neemt deel aan effectmetingen in het kader van de ROM-GGZ. Hiermee wordt enerzijds de individuele behandeling gemonitord, anderzijds kunnen effecten op groepsniveau worden geanalyseerd. Bij de nieuw opgezette LLA was de eerste vraag op welke manier deze doelgroep zich onderscheidt van de populatie in de andere, bestaande, behandelgroepen. Daarnaast was de vraag wat de implicaties zijn van dit onderscheid voor het behandelbeleid voor deze nieuwe behandelvorm. Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is gebruik gemaakt van interne ROM-gegevens.

DOEL Het in kaart brengen van het specifieke profiel van een nieuwe behandelgroep om aan de hand daarvan de behandeling voor deze doelgroep te kunnen optimaliseren.

METHODEN De profielen van de jongeren van de LLA bij aanvang van de behandeling zijn vergeleken met de profielen van de jongeren van een bestaande klinische behandelgroep voor jongeren bij aanvang van de behandeling. Door middel van t-toetsen zijn de twee genoemde groepen op de volgende domeinen met elkaar vergeleken: ernst problematiek, praktisch functioneren, gezinsfunctioneren, executief functioneren en persoonlijkheid.

RESULTATEN Uit de analyses komen meerdere interessante significante verschillen naar voren die implicaties hebben voor de behandelpraktijk.

CONCLUSIE (Wetenschappelijk gegeneerde) ROM-gegevens kunnen worden gebruikt om differentiatie binnen het behandel aanbod aan te brengen.

B-171

Tweede herziening van de richtlijnen Angststoornissen en Depressie: veranderingen voor uw praktijk

A.J.L.M. VAN BALKOM

t.vanbalkom@ggzingeest.nl

TOELICHTING De tweede herziening van de richtlijnen Angststoornissen en Depressie is afgerond. In 2010 zijn de nieuwe richtlijnteksten naar de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) gestuurd om ze te autoriseren. De behandeladviezen van de volgende stoornissen zijn in deze tweede revisie geüpdatet: chronische en therapieresistente depressieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis en sociale angststoornis. In deze parallelsessie zal door de psychiaters die door de NVvP afgevaardigd werden in de richtlijncommissie, verslag worden gedaan van de belangrijkste veranderingen in de tweede update van de richtlijnen. Deze veranderingen betreffen het *stepped care* maken van de richtlijn en het prioriteren van niet-medicamenteuze behandelingen voor korter durende en lichtere stemmings- en angststoornissen.

LEERDOEL Na het volgen van deze sessie heeft de deelnemer kennis van de belangrijkste implicaties van de tweede update van de richtlijnen Angststoornissen en Depressie voor de praktijk.

De herziening van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie: chronische en therapieresistente depressie

J. SPIJKER

j.spijker@degelderseroos.nl

ACHTERGROND De Multidisciplinaire richtlijn Depressie wordt momenteel in stappen herzien.

Het onderwerp chronische en therapieresistente depressie werd in de oude richtlijn summier behandeld.

DOEL Een update geven van de kennis over chronische en therapieresistente depressie.

METHODEN Middels een literatuursearch en bespreking van teksten in de werkgroep.

RESULTATEN De herziening van de tekst voor chronische en therapieresistente depressie is gereed. De definities van chronische depressie en therapieresistente depressie zijn niet scherp geformuleerd. Chroniciteit en therapieresistentie vertonen veel overlap.

Van de biologische behandelopties bieden antidepressiva en ECT de beste perspectieven en de voorkeursbehandeling bij chroniciteit is een combinatiebehandeling van psychotherapie en medicatie. Rehabilitatie bij chroniciteit verdient meer aandacht. De behandelalgoritmes zoals geformuleerd in de eerste herziening bieden een goed vertrekpunt voor de behandeling van chroniciteit en therapieresistentie.

CONCLUSIE Bij chroniciteit en therapieresistentie dient het gehele scala aan *care* en *cure* interventies benut te worden.

De herziening van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen: sociale angststoornis en gegeneraliseerde angststoornis

I.M. VAN VLIET

i.m.van_vliet@lumc.nl

ACHTERGROND De herziening van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen is gaande en verloopt gefaseerd waarbij, na de paniekstoornis, posttraumatische stressstoornis en hypochondrie, nu die van de sociale angststoornis en de gegeneraliseerde angststoornis herzien worden.

DOEL Een update geven van de kennis en behandelingsrichtlijnen met betrekking tot de sociale angststoornis en de gegeneraliseerde angststoornis.

METHODEN Middels een literatuursearch en bespreking van teksten in de werkgroep.

RESULTATEN De nieuwe richtlijnen worden meer *stepped care* gemaakt, aansluitend op de

dagelijkse praktijk in eerste en tweede lijn, met als nieuwe elementen zogenaamde basisinterventies en eerstestapinterventies. Wat betreft de farmacotherapie hebben de nieuwere antidepressiva een plaats gekregen. Er worden adviezen gegeven wat te doen bij comorbiditeit in de vorm van overmatig alcoholgebruik. Tot slot is er meer aandacht voor therapieresistentie.

CONCLUSIE De herziene richtlijnen Sociale angststoornis en Gegeneraliseerde angststoornis zijn meer *stepped care*.

B-172

Veerkracht gerichte behandeling in transculturele setting: theorie en praktijk

C.J. LABAN, W.A. THIJS, S.P.N. GROEN
kees.laban@ggzdrenthe.nl

TOELICHTING De problemen van asielzoekers en vluchtelingen zijn vaak complex en veelzijdig. De aanwezige psychiatrische klachten, nogal eens aanwezig bij meerdere leden uit een gezin, worden veroorzaakt of in stand gehouden door sociaal-culturele maatschappelijke factoren. Voor hulpverleners is het dan ook niet makkelijk een adequate behandelstrategie uit te zetten. Een op veerkracht (*resilience*) gerichte benadering kan daarbij helpen.

Op De Evenaar, centrum voor transculturele psychiatrie Noord-Nederland, is ervaring opgedaan met deze benadering (Laban e.a. 2010) en in deze bijblijfsessie zullen hulpverleners uit dit centrum deze ervaring delen.

LEERDOEL Aan het eind van de sessie hebben de deelnemers kennis van een op veerkracht gericht werkmodel, hebben zij meer zicht op de toepassing van een veerkrachtgerichte benadering in de ambulante hulpverleningspraktijk en zullen zij zich meer toegerust voelen om patiënten 'uit den vreemde' te behandelen.

Achtergrond en beschrijving van een veerkrachtgericht werkmodel

C.J. LABAN
kees.laban@ggzdrenthe.nl

ACHTERGROND Dezelfde stresserende *life events* geven bij verschillende mensen verschillende reacties. Een meer en meer onder de aandacht komend begrip om deze verschillen te verklaren, is veerkracht. Toegepast op de behandelpraktijk is veerkracht kortweg te definiëren als: het vermogen om te herstellen van gezondheidsproblemen die ontstaan zijn na een stressvolle gebeurtenis of, bij voortdurende stressfactoren: stressvolle situaties kunnen verdragen zonder (toename van) gezondheidsproblemen.

DOEL Presentatie over de theoretische aspecten van veerkracht (*resilience*) en een veerkrachtgericht werkmodel.

METHODEN In de voordracht zal een theoretische uiteenzetting over het begrip veerkracht gegeven worden. Vervolgens zal een veerkrachtgericht werkmodel gepresenteerd worden: het SSKK-model (De Jonghe e.a. 1997). Deze letters staan voor: stress, steun, kracht en kwetsbaarheid. De aspecten kracht en steun vormen samen de veerkracht. Van deze aspecten zullen er enkele nader uitgewerkt worden aan de hand van psychologische en neurobiologische onderzoeksbevindingen.

RESULTATEN Duidelijk wordt dat een veerkrachtgerichte benadering recht doet aan het natuurlijk herstelvermogen van mensen, dat deze benadering de patiënt met zijn hele 'zijn' serieus neemt, dat culturele en existentiële (bijvoorbeeld religieuze) aspecten heel vanzelfsprekend deel gaan uit maken van de behandeling, dat diverse veerkrachtfactoren adequaat wetenschappelijk onderzocht en effectief bevonden zijn en dat het werkmodel een leidraad is (een *frame for thought and practice*).

CONCLUSIE Het veerkrachtgerichte SSKK-model heeft, meer dan voorheen, een wetenschappelijke onderbouwing gekregen en is, ondanks en dankzij haar simpliciteit, een goede

leidraad voor hulpverleners en patiënten bij het werken aan vermindering van klachten en verbetering van functioneren.

Veerkrachtgericht werken in de praktijk van een transculturele dagbehandeling

W.A. THIJS

wim.thijs@ggzdrenthe.nl

ACHTERGROND Asielzoekers en vluchtelingen zijn vaak getraumatiseerd in het land van herkomst. Deze trauma's raken aan de zekerheden van het bestaan: veiligheid, voorspelbaarheid, vertrouwen in de medemens en enige mate van controle over het dagelijks leven. Psychiatrische problematiek kan zich uiten in de vorm van een posttraumatische stressstoornis (PTSS), andere angststoornissen, depressies en somatoforme beelden. Naast het omgaan met deze trauma's worden vluchtelingen geconfronteerd met allerlei andere stressoren (acculturatie, het leren van een taal, sociale marginalisatie) en speelt bij asielzoekers ook nog de asielprocedure. Door dit alles heeft deze groep grote moeite zich staande te houden.

DOEL Presentatie over de praktijk van een veerkrachtgerichte behandeling.

METHODEN In de voordracht wordt een beeld geschetst van de praktijk van een dagbehandeling voor getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers, waarin wordt gewerkt met een veerkrachtgerichte benadering. Er wordt ingegaan op de toepassing van SSKK-model dat zowel voor de hulpverleners als voor de patiënten richtinggevend is voor het hulpverleningstraject. Een aantal praktijkvoorbeelden wordt gegeven.

RESULTATEN Duidelijk wordt gemaakt hoe het SSKK-model kan worden gebruikt in de setting van een dagbehandeling en hoe het patiënten kan helpen weer grip te krijgen op hun leven. In een zowel door ondergane trauma's als door andere stressoren ervaren context van machteloosheid, kan de patiënt hiermee zelf zijn kracht hervinden en op zoek gaan naar bronnen van steun. Hierdoor wordt het natuurlijk herstelpro-

ces ondersteund, kunnen de klachten verminderen en zal het functioneren verbeteren.

CONCLUSIE Een veerkrachtgerichte benadering biedt een praktische leidraad om getraumatiseerde asielzoekers en vluchtelingen te helpen de vaak ernstige psychiatrische klachten te doen verminderen en/of hun functioneren te verbeteren. Deze aanpak benadrukt niet het slachtofferschap maar geeft expliciet aandacht aan alle, ook de gezonde, aspecten van de persoon en werkt alleen daardoor al helend. Maar bovenal mobiliseert het eigen krachten en maakt het de patiënt daarmee de regisseur van zijn eigen herstel.

Culturele aspecten van veerkracht in vluchtelingenfamilies

S.P.N. GROEN, E. HURULEAN

simon.groen@ggzdrenthe.nl

ACHTERGROND Het vermogen om te herstellen van gezondheidsproblemen is bij vluchtelingen met traumagerelateerde psychopathologie ingebed in hun cultuur. Reacties op stresserende *life events* zijn van jongs af aan aangeleerd, overgebracht vanuit een culturele erfenis en ze hebben alles te maken met iemands sociaal-culturele inbedding.

DOEL Presentatie over het belang van culturele bronnen van veerkracht in de behandeling van gezinnen met psychiatrische problemen.

METHODEN Aan de hand van culturele interviews (Groen 2008) wordt met patiënten van De Evenaar gesproken over hun culturele achtergrond. Het culturele interview (CI-G) is gebaseerd op de vijf domeinen van de *cultural formulation of diagnosis* in de DSM-IV. Die vijf domeinen zijn: culturele identiteit, culturele verklaringen van ziekte, de psychosociale omgeving en het functioneren, cultuur in de relatie tussen patiënt en hulpverlener en een culturele vaststelling voor de behandeling (Lewis-Fernández & Díaz 2002). Dit CI-G zal gepresenteerd worden.

RESULTATEN Een breed palet aan culturele aspecten van veerkracht komt aan bod via cul-

turele interviews. In de presentatie zal toegelicht worden hoe de bevindingen uit het CI-G bijdragen aan de behandeling. Enkele voorbeelden uit de casuïstiek zullen besproken worden waarbij ingezoomd zal worden op culturele aspecten van veerkrachtgericht werken met gezinnen.

CONCLUSIE Aandacht voor culturele aspecten van veerkracht van intake tot behandelplanbespreking heeft voor de hulpverleners geleid tot meer handvatten voor behandeling, voor de patiënt tot meer vertrouwen in de behandeling en voor een betere werkrelatie.