

DEPSYCHIATER

PERIODIEK VAN DE VLAAMSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE EN DE VLAAMSE VERENIGING VOOR KINDER- EN JEUGDPSYCHIATRIE

JAARGANG 4
NUMMER 1
FEBRUARI 2011

**STEPHAN
DE BRUYNE**

Sectie
Langdurige zorg
en rehabilitatie

BILL MARSHALL

Behandeling van
seksueel delinquenten

CULTUUR

Museum Dr. Guislain

BIJEENKOMST

Lentevergadering VVP



OPROEPEN VOOR BIJDRAGEN AAN HET EERSTE EUROPESE (F)ACT CONGRES

"CROSSING BORDERS" 6 en 7 oktober, 2011, Rotterdam

Het achtste Nederlandse (F)ACT congres in 2011 gaat internationaal! De European Assertive Outreach Foundation organiseert samen met het CCAF het Eerste Europese (F)ACT congres. Het doel van dit congres is het stimuleren van practice- en evidence based modellen van ambulante zorg in Europa. Momenteel verschilt de behandeling van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen sterk tussen de Europese landen. Er bestaat geen algemeen geaccepteerd model. De wijze waarop ieder land de zorg organiseert wordt vooral bepaald door de nationale context. Sommige landen hebben ambulante behandelteams en/of (F)ACT teams, terwijl in andere landen de zorg vooral vanuit het psychiatrisch ziekenhuis gegeven wordt. De bedoeling van het Eerste Europese (F)ACT congres is om tot een internationale uitwisseling te komen over onderwerpen zoals modellen voor ambulante zorg, bemoeizorg, implementatie van evidence based practices, rehabilitatie en herstel en ambulantisering. Het congres is bedoeld voor (F)ACT medewerkers, andere professionals uit de GGz, managers, beleidsmakers en vertegenwoordigers van patiënten en familie-verenigingen. Wij nodigen u van harte uit om dit congres bij te wonen.

Wij kijken ernaar uit u in oktober 2011 in Rotterdam te mogen verwelkomen!

Dr. H. Kroon, Nederland

The effectiveness of AO models in Europe

Prof. dr. S. Priebe, Engeland

Can AO help in the reduction of beds in Europe?

Prof. dr. M. Nordentoft, Denemarken

What does the evidence of AO mean for the implementation of AO in Europe

Prof. dr. T. Burns, Engeland

Effective ingredients of AO

Drs. R. van Veldhuizen, Nederland

FACT: a new model for all SMI patients

Prof. dr. J. van Os, Nederland

ACT is widely implemented in several European countries, although the evidence is poor; why?

Prof. dr. W. Rössler, Zwitserland

Does AO help local authorities to preserve order?

Dr. R. Mezzina, Italië

Can AO lead to a no bed policy? Experiences in Italy

Dr. J. J. Martínez Jambrina, Spanje

AO in Southern Europe

Dr. K. Prot-Klinger/ Prof. dr. H. J. Salize, Duitsland

AO in Germany and Eastern Europe Outpatient treatment of mentally ill and the use of Assertive Outreach in Germany

Prof. dr. T. Ruud, Noorwegen,

Adviseur EAOF Bestuur

AO in Scandinavia: lessons learned from broad implementation of ACT

Drs. E. H. Reitsma, Nederland

What do clients expect from AO?

M. Firn, Engeland/ C. Sixbey, ACTA, Verenigde Staten, Adviseur EAOF Bestuur

Can or should AO be implemented in all European countries, and should we choose for one model?

Prof. dr. C. L. (Niels) Mulder,

Voorzitter EAOF

M. (Margret) Overdijk,

Secretaris EAOF

F. (Fred) Koops MBA,

Penningmeester EAOF



First European Congress
on Assertive Outreach
"Crossing Borders"

EAOF

BUILDING BLOCK
WITH UNITED
SENSES



Wij nodigen u van harte uit om ons uw aanbieding te sturen voor workshops / symposia / mondelinge presentaties / posters / korte filmpjes over hoe outreachende zorg in Nederland en België geregeld is, in te dienen voor 15 april 2011. Wij verwijzen u naar onze website voor de voorwaarden voor deelname www.eaof.org Voor registratie en betaling www.eaof.org Voor meer informatie info@eaof.org

6 **VVP-sectie Langdurige zorg en rehabilitatie** **Artikel 107: hard of hart voor patiënten**

Stephan De Bruyne vertelt over de doelstellingen en plannen van de Sectie Langdurige zorg en rehabilitatie. 'De sectie kijkt met enige ongerustheid vooruit naar de praktische implicaties van artikel 107.'



Stephan De Bruyne

8 **Forensische psychiatrie** **Interview met professor Bill Marshall**

Dr. Dirk Van de Putte interviewde professor Bill Marshall over de behandeling van seksueel delinquenten en de mogelijke oorzaken van deviant seksueel gedrag.



Bill Marshall

16 **Cultuur** **Museum Dr. Guislain bereikt een breed publiek**

'We tonen de cultuurgeschiedenis, met telkens een verband naar de situatie nu', aldus Patrick Allegaert, artistiek leider van Museum Dr. Guislain.

18 **Doctoraat** **Klinische toepassing van fMRI bij schizofrenie**

Proefschrift van dr. Jan Van Hecke.



Proefschrift van dr. Jan Van Hecke

20 **Opinie** **Beeldvorming van de forensische psychiatrie in de media**

Philippe Van Peteghem belicht de problemen rondom de beeldvorming van de forensische psychiatrie.

Verenigingsnieuws

11 **Nieuwe bezetting VVP-bureau**

Tom Nys en Anita Rys vormen het weer volledig bezette VVP-secretariaat.



Tom Nys en Anita Rys

12 **Nieuwe wet vaststelling arbeidsduur assistenten**

De VVAP belicht de wet en de praktische gevolgen daarvan.

14 **Lentevergadering VVP in teken van 107**

Een toelichting op het programma en een interview met Philippe Delespaul over de ambulante psychiatrie in Nederland.

21 **Richtlijnen in de Vlaamse psychiatrische praktijk: een enquête**

In 2010 hield de VVP een enquête onder haar leden met betrekking tot richtlijnen in de Vlaamse psychiatrische praktijk. Jurgen De Fruyt vat de resultaten samen.

Verder

Editorial	Beste lezer	4
Nieuws	Berichtenpagina	5
Agenda	Activiteiten van VVP, VVK en VVAP	5
Column	Joris Vandenberghe	13
Passie van...	Andy De Witte	19
Column	Ann Berens	22

Beste lezer,

Met dit eerste nummer van de nieuwe jaargang wenst de redactie u alvast veel werk- en andere vreugde in 2011.

2011 wordt ongetwijfeld een bijzonder jaar voor de Vlaamse psychiatrie en haar psychiaters.

Vooreerst is er de 107-reconversie die dit jaar duidelijk vorm zal krijgen en waaraan de VVP haar lentevergadering wijdt: 'Te bed of niet te bed: Vlaanderen na artikel 107' vindt plaats te Duffel op 25 maart 2011. Naast een aantal buitenlandse sprekers komen ook enkele klasbakken van bij ons *hun* kijk geven op deze nieuwe ingrijpende wending die de (residentiële) psychiatrie te wachten staat. Schrap u alvast uw activiteiten op 25 maart 2011?

Hierop aansluitend vindt u in deze uitgave alvast een enthousiasmerend verslag van de Sectie Langdurige zorg en rehabilitatie, die op actieve wijze een lans breekt voor de chronische patiënt. Let u vooral op de bruisende energie die in deze sectie leeft!

Tijdens het forensische congres dat het Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg (OPZC Rekem) in december jl. organiseerde, sprak dr. Dirk Van de Putte met professor Bill Marshall. Zij discussieerden uitgebreid over de behandeling van seksueel delinquenten.

Op forensisch vlak staan er ook in 2011 een aantal rechtzaken op de rol die ongetwijfeld (weer?) een (verkeerd?) beeld van de psychiater in de media zullen schetsen. Dr. Philippe van Pethegem (voorzitter van de Sectie Forensische psychiatrie) blik alvast vooruit en onderzoekt het moeilijke evenwicht met diverse media.

Ook Patrick Allegaert, artistiek leider van Museum Dr. Guislain, laat zien hoe hij ten strijde trekt tegen verkeerde beeldvorming.

Ten slotte hopen we dat u ook naast het werk boeiende zaken mag meemaken. Psychiaters in opleiding bij monde van de VVAP leveren commentaar op een nieuwe wet die de arbeidsduur voor geneesheren op 48 uur per week legt, wat velen onder u extra vrije tijd moet opleveren. En dr. Andy De Witte laat alvast zien hoe je succesvol kan zijn in meer dan één carrière.

Veel leesplezier en tot op één van de vele VVP-initiatieven!

Emmanuel Maes

Filmpjes over psychiatrische stoornissen

Op de website van GGZ Friesland staan sinds kort filmpjes over verschillende psychiatrische stoornissen. 'We willen laten zien hoe het is om bijvoorbeeld depressief te zijn of autisme te hebben', vertelt hoofd communicatie Louwra Weisfelt. 'En met beelden kan je emoties het beste overbrengen.'

Op de oude website van GGZ Friesland stonden ervaringsverhalen van cliënten over hun psychische problemen. 'Maar steeds minder mensen lezen lange teksten op het internet', zegt Weisfelt. 'Daarom hebben we nu voor beeld gekozen. De meeste mensen die op onze site komen, weten precies over welke psychische problemen ze informatie willen hebben. Dat kunnen we nu heel gericht aanbieden.' De filmpjes laten de psychiatrische stoornis zien door de ogen van degene die er mee te maken heeft. Weisfelt: 'Herkenbaar voor cliënten dus. Maar het helpt hun naasten ook om de problemen beter te begrijpen.' GGZ Friesland is van plan om het aantal filmpjes uit te breiden. 'We hebben nu één filmpje over angststoornissen, maar er zijn natuurlijk verschillende soorten angststoornissen. Die willen we stuk voor stuk gaan uitlichten.'

Op de website van GGZ Friesland (www.ggzfriesland.nl) staan filmpjes over ADHD en ADD, autisme, depressie, angst- en eetproblemen, dementie, persoonlijkheids-, seksuele- en traumastornoissen, suïcide en psychoses.

Bron: Psy.nl

UZA en Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Norbertus gaan samenwerken

Op 25 januari 2011 hebben de vzw Emmaüs en het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA) een samenwerkingsovereenkomst ondertekend om een universitair psychiatrisch centrum op te richten in het Psychiatrisch Ziekenhuis (PZ) Sint-Norbertus te Duffel.

Sinds 2007 heeft het UZA enkel nog een polikliniek psychiatrie en was het ziekenhuis op zoek naar een goede partner voor de universitaire hospitalisatie psychiatrie. Die werd gevonden in het PZ Sint-Norbertus. Het Sint-Norbertus ziekenhuis heeft een uitstekende reputatie en een uitgebreid netwerk en is bovendien dicht bij de campus geneeskunde van de Universiteit Antwerpen en het UZA gelegen.

Het UPC zal in het PZ Sint-Norbertus bestaan uit drie hospitalisatiediensten met korte verblijfsduur, gericht op de behandeling van psychose, angst en depressie. Daarnaast maken de dienst ambulante consultatie psychiatrie, het universitair forensisch

centrum en de crisis- en liaisonpsychiatrie van het UZA deel uit van het UPC.

Het UPC wordt aangestuurd door prof. dr. Bernard Sabbe, hoogleraar aan de faculteit geneeskunde van de Universiteit Antwerpen en al twintig jaar werkzaam in het PZ Sint-Norbertus. De samenwerking biedt heel wat voordelen voor beide ziekenhuizen. In het UZA zullen psychiatrische patiënten die op de dienst spoedgevallen terecht komen, sneller kunnen worden doorverwezen naar een gespecialiseerde dienst psychiatrie. Ook voor consultaties en liaisonpsychiatrie zal een gedifferentieerde samenwerking uitgebouwd worden. Verder wordt een gemeenschappelijke wacht georganiseerd tussen beide ziekenhuizen. In het Sint-Norbertus ziekenhuis zal meer universitair onderzoek kunnen plaatsvinden en acht assistent-specialisten in opleiding (ASO's) van de Universiteit Antwerpen zullen in het UPC hun stage kunnen doen.

Bron: Universiteit Antwerpen

AGENDA

04/03/2011

'Verwrongen vooruitblik', Schizofrenie als verstoring van de neurobiologische fundering van voorbewuste geestesprocessen
Psychiatrisch Centrum Sint-Amandus, Beernem

12/03/2011 – 15/03/2011

'Translating Research into Care', 19th European Congress of Psychiatry – EPA 2011
Wenen, Oostenrijk

12/03/2011

'European perspectives on the interface with general psychiatry and criminal justice', one day conference EPA and Ghent Group: Forensic Psychiatry
Wenen, Oostenrijk

24/03/2011

'Het Achterland' – WAIMH-Vlaanderen organiseert een studiedag
Vergadercentrum De Stroming, Antwerpen

24/03/2011

Prof. Graham Thornicroft: Gelijke kansen voor personen met psychische problemen: de strijd tegen stigma en discriminatie
UPC-K.U.Leuven, campus Kortenberg

25/03/2011

'Te bed of niet te bed, GGZ in Vlaanderen na artikel 107', VVP Lentevergadering
Congrescentrum Kleiput, Duffel

25/03/2011

'Au fil du temps, la psychanalyse avec les enfants : entre créativité et éthique', studiedag
Centre Chapelle-aux-Champs, Brussel

26/03/2011

'Multidisciplinaire aanpak van voeding en preventie van ondervoeding', symposium residentiële ouderenzorg
AZ Sint-Jan, Brugge

07/04/2011

'Psychofarmaca bij ouderen', rond de tafel met dr. Mirko Petrovic
Grootseminarie, Brugge

27/04/2011

'Hoe werkt de psychoanalyse vandaag?', studiedag Kring voor Psychoanalyse van de NLS
Nemrodzaal, Gent

29/04/2011

Lentevergadering VVK
Provinciehuis, Leuven

05/05/2011

'Medische Beeldvorming in de Ouderpsychiatrie', lezing van Prof. Vandenbulcke voor de VVP sectie ouderpsychiatrie (nieuwe datum!)
Facultyclub, Leuven

19/05/2011

Symposium Sectie ECT n.a.v. 10 jaar universitaire ECT: voordracht van de Canadese professor Edward Shorter
UPC-K.U.Leuven, campus Kortenberg

31/05/2011 – 4/06/2011

17th International Congress ISPS
Dubrovnik, Kroatië

09/06/2011 – 12/06/2011

'Rethinking Quality in Psychiatry: Education, Research, Prevention, Diagnosis, Treatment', World Psychiatric Association Thematic Conference
Istanbul, Turkije

11/06/2011 – 15/06/2011

14th International Congress of ESCAP
Helsinki, Finland

28/06/2011 – 01/07/2011

International Congress of the Royal College of Psychiatrists
Brighton, Verenigd Koninkrijk

18/09/2011 – 22/09/2011

'World Psychiatry 2011: Our Heritage and Our Future', 15th World Congress of Psychiatry
Buenos Aires, Argentinië

VVP-sectie Langdurige zorg en rehabilitatie

Artikel 107: hard of hart voor patiënten

In het najaar van 2009 werd, onder de vleugels van de VVP en met de steun van professor Bernard Sabbe, de sectie Langdurige zorg en rehabilitatie opgericht. 'Lobbyen voor de chronische patiënt binnen en buiten de beroepsgroep, de bestaande langdurige zorgformules inventariseren en optimaliseren, én doeltreffende zorgvernieuwing stimuleren. Dat zijn onze kerndoelstellingen', zegt Stephan De Bruyne.

AN SWERTS, WETENSCHAPSJOURNALIST

Psychiater Stephan De Bruyne van het PC Sint-Hiëronymus (Sint-Niklaas), één van de oprichters van de sectie *Langdurige zorg en rehabilitatie*, vertelt waar de kiemen voor de sectie werden gelegd: 'Eigenlijk was dat in het Antwerpse café Zeezicht met de toepasselijke slogan Alle dagen hopen. We kwamen er regelmatig bijeen met vijf psychiaters (De Bruyne, Jan Daems, Vicky Mathijssen, Jan Van Hecke, Lucas Joos) om over chronische zorg te praten. Wat we allemaal deelden, was een grote bezorgdheid over de positie van de chronische patiënt, binnen en buiten de psychiatrie. Die bezorgdheid werd nog aangewakkerd door de oproep van psychiater Dirk De Wachter in de media om de chronische patiënt niet in de kou te laten staan. Ook het T-beddenrapport (2008) was zeker voer, of beter 'vuur', voor onze gesprekken. Dat rapport geeft volgens ons op een vrij ongenueanceerde manier kritiek op psychiatrische patiënten die in T-bedden blijven 'hangen'. Terwijl wij in de praktijk vaststellen dat er voor deze patiënten buiten het ziekenhuis te weinig haalbare alternatieven zijn en hun financiële situatie vaak zo precair is dat ze het gewoonweg niet redden in de maatschappij.'

Oog voor spanningsveld

De bekendmaking van artikel 107 van de federale ziekenhuiswet in het voorjaar van 2010 wakkerde de bezorgdheid van de sectie over de chronische patiënt nog aan. Dit artikel stipuleert dat ziekenhuizen de middelen die zijn toegekend voor psychiatrische zorg *binnen* het ziekenhuis, ook *buiten* het ziekenhuis mogen inzetten, mits goedkeuring van hun project door de overheid. 'Dat vinden we op zich een mooi principe', zegt De Bruyne. 'Het past binnen de trend van zorgvernieuwend

initiatieven om de re-integratie van psychiatrische patiënten in de maatschappij te bevorderen. Daar zijn we absoluut voor. En we kunnen ons ook vinden in de ideologie van de herstelgerichte geestelijke gezondheidszorg waarop de beweging van vermaatschappelijking is gestoeld. Maar we willen niet de illusie hebben dat de vermaatschappelijking van onze patiënt automatisch, en zonder extra ondersteuning, voortvloeit uit een herstelgerichte zorg. Er zijn volgens ons te veel factoren in de maatschappij die herstelbelemmerend werken.' Dat psychiatrische patiënten door hun ziektegeschiedenis en financiële situatie moeilijk aan huisvesting en werk geraken, is een trend die al lang bestaat. 'Maar daarbij komt ook nog dat het aantal *gedwongen* opnamen in de psychiatrie de laatste tien jaar spectaculair is gestegen', zegt De Bruyne. 'Het beste bewijs dat onze maatschappij 'afwijkend' gedrag steeds minder verdraagt. Terwijl er dus vanuit de maatschappij een beweging van psychiatrisering is, wil men vanuit de psychiatrie een tegengestelde beweging, van vermaatschappelijking, op gang brengen. Het spanningsveld dat hierdoor ontstaat moeten we onder ogen durven zien en stimuleert ons als sectie om nóg meer te ijveren voor destigmatiserende campagnes die het emancipatie- en empowermentproces van onze patiënten versterken.'

Middelen voor zorgvernieuwing

De maatschappij zit blijkbaar niet te wachten op psychiatrische patiënten die zich willen re-integreren. 'Uiteraard mag ons dat niet tegenhouden om toch vermaatschappelijking na te streven', zegt De Bruyne. 'We willen de zorgvragen en -noden van de patiënt centraal stellen en de voorzieningen daar maximaal op afstemmen. En we willen binnen (nieuwe) zorgformules zowel *care* als *cure* kunnen verzekeren. Daarom betreuren we dat bij de uitwerking van artikel 107 maar weinig en slechts laattijdig psychiaters uit het werkveld zijn betrokken. Onze sectie blik met enige ongerustheid vooruit naar de praktische implicaties van artikel 107. Zo zal een psychiatrische patiënt, wanneer hij in de (complexe) maatschappij verblijft, meer zorg en ondersteuning nodig hebben dan in een (beschermd) ziekenhuismilieu. Als hiervoor geen extra middelen worden vrijgemaakt, vrezen we dat hij onvoldoende zorg zal krijgen en in de maatschappij niet beter af zal zijn. Het risico voor deze patiënt op marginalisering, eenzaamheid en armoede is dan groot. Een tweede kritische noot: als je aan bemoeizorg doet en patiënten in de maatschappij opzoekt om hen de nodige zorg te verlenen, ga je ook de zorgmijders bereiken die niet



Stephan De Bruyne: 'Onze sectie blikt met enige ongerustheid vooruit naar de praktische implicaties van artikel 107'.

spontaan naar het ziekenhuis komen. Het aantal te behandelen patiënten stijgt dan beduidend, zoals in Nederland al werd aangetoond. En met het aantal patiënten stijgt ook de nood aan middelen. Een derde punt van bezorgdheid: de zorgzwaarte van de patiënten die in de ziekenhuisbedden 'achterblijven' zal toenemen, en dus ook de vereiste middelen om hieraan tegemoet te komen. Onze sectie pleit dus voor het vrijmaken van extra (financiële) middelen die de toepassing van artikel 107 kunnen ondersteunen, zodat de patiënt écht beter af is buiten de ziekenhuismuren.'

Om haar bezorgdheid rond artikel 107 onder de aandacht te brengen van alle hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg én beleidsmakers leidde de sectie hierover een debat op het Vijfde Vlaams Geestelijk Gezondheidscongres in Gent in september 2010. 'Uit dit debat, onder de titel 'An inconvenient truth: langdurige psychiatrische zorg in Vlaanderen', bleek duidelijk dat er nog veel controversie bestaat rond de toepasbaarheid van artikel 107', zegt De Bruyne. Ook de VVP wil het onderwerp op haar agenda brengen: op de lentevergadering van 2011, onder de titel 'Te bed of niet te bed: psychiatrie in Vlaanderen na artikel 107'.

Over disciplines en ziekenhuismuren heen

Lobbyen voor de chronische patiënt binnen en buiten de beroepsgroep. En het proces tot zorgvernieuwing stimuleren en (laten) ondersteunen, zodat *care* en *cure* verzekerd blijven. Dat zijn alvast twee doelstellingen die de sectie Langdurige zorg en rehabilitatie in haar missie vooropstelt. Ze voegt daar nog aan toe: de bestaande zorg voor patiënten met een langdurige

zorgbehoefte in Vlaanderen inventariseren om hiaten op te sporen én bestaande initiatieven te optimaliseren. 'Dat kunnen we alleen maar bereiken door alle betrokken partijen rond de tafel te brengen', zegt De Bruyne. 'Hierbij richten we ons tot al de disciplines die betrokken zijn bij langdurige zorg: psychiaters, psychologen, psychiatrisch verpleegkundigen en sociaal assistenten. Bovendien willen we niet alleen psychiatrische diensten van *binnen* de ziekenhuismuren bij dit overleg betrekken, maar ook van daarbuiten, zoals psychiatrische thuiszorg, beschut wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen. Zelfs diensten die onrechtstreeks met psychiatrie te maken hebben, zoals CAW's, OCMW's en sociale huisvestingsmaatschappijen, willen we graag mee rond de tafel. Zo kunnen we zorgformules optimaal op elkaar afstemmen en kloven dicht en of bruggen bouwen.'

De sectie organiseert daarom studieavonden die ze heel bewust voor ál de disciplines en diensten die met psychiatrie te maken hebben, openstelt. Zoals op 9 december 2009 in het PC Sint-Hiëronymus over *Functie Assertive Community Treatment* (FACT), met als gastspreker de Nederlandse psychiater René Keet. En op 18 november 2010 in de (feest)zaal Theodrome (Wilrijk) over bemoeizorg, met als gastspreker de Nederlandse psychiater Jules Tielens. 'Deze laatste avond was veel meer dan een studieavond', zegt De Bruyne. 'Onze opzet was niet alleen mensen informeren, maar ook een ontmoetingsforum bieden. Vandaar ook onze naam 'Bal Chronique' voor deze avond. En blijkbaar slaat die formule aan, want we mochten meer dan 150 mensen verwelkomen, van verschillende disciplines (meer dan 100 niet-psychiaters) en zowel van binnen als van buiten de ziekenhuismuren. Bovendien kwamen de deelnemers niet alleen uit Antwerpen, maar vanuit gans Vlaanderen.'

'We richten ons tot al de disciplines die betrokken zijn bij langdurige zorg'

Eerherstel voor chronische zorg

De sectie Langdurige zorg en rehabilitatie heeft de intentie om jaarlijks vier keer te vergaderen in het CAPRI (*Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute*). Bij de kerngroep van vijf hebben zich ondertussen al een aantal andere psychiaters gevoegd. 'Maar we hopen in de toekomst nog veel meer mensen te mogen verwelkomen, vanuit alle Vlaamse provincies', zegt De Bruyne. 'En we kijken ook uit naar academische samenwerkingsverbanden voor onderzoek naar het aanbod en de vernieuwing van langdurige zorgformules.' 'Wat we met onze sectie vooral nastreven is dat de langdurige zorg terug het hart van de psychiatrie wordt', besluit De Bruyne. 'Uiteraard begrijpen we de huidige trend in de psychiatrie die erg resultaatgericht is en naar kortdurende behandelingen streeft. Maar we kunnen niet buiten het feit dat een groot aantal patiënten aan een ernstige en complexe psychiatrische aandoening lijdt die nu eenmaal langdurige zorg vereist.' ■

Op 9 en 10 december 2010 vond in Alden Biesen een forensisch congres plaats, georganiseerd door het Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg (OPZC Rekem). De Canadese professor Bill Marshall was één van de sprekers. *De Psychiater* vroeg dr. Dirk Van de Putte (PC Ziekeren), die als eerste in Vlaanderen in 1993 startte met een residentieel behandelingsprogramma voor seksueel delinquenten, om enkele vragen voor te leggen aan zijn collega.

INGE JEANDARME, FORENSISCH PSYCHIATER



FOTOGRAFIE: YORICK JANSSENS

Dr. Dirk Van de Putte interviewt professor Bill Marshall

'De manier waarop interventies bij seksueel delinquenten aangebracht worden, is erg belangrijk'

Van de Putte: 'De laatste 20 jaar is er volgens mij weinig vooruitgang geboekt op het vlak van behandeling van seksueel delinquenten en is er weinig echte kennis voorhanden over hoe deviant seksueel gedrag tot stand komt. Bij de opstart van ons residentieel programma in St Truiden in 1993, was ons aanbod gebaseerd op terugvalpreventie. In mijn visie 'leert' men echter niet om exhibitionist of pedofiel te worden, zelfs al groeit men op in een zeer deviant milieu. Ik vraag mij tevens af of ons gebrek aan kennis niet te maken heeft met een meer algemeen gebrek aan kennis over wat 'normale' seksualiteit zou moeten zijn.'

Marshall: 'We wisten ongeveer niets tot het rapport van Kinsey verscheen. De reactie op dit rapport, met name in de Verenigde Staten, was erg vijandig. Het werk van Masters en Johnson maakte vervolgens de weg voor onderzoek naar deviant gedrag mogelijk.

Maar je hebt absoluut gelijk als je zegt dat er weinig progressie gemaakt is. Er is nog niet zo gek veel veranderd met de tijd waarin ik begon, nu 43 jaar geleden. We begrijpen nog altijd niet goed waar dit gedrag vandaan komt. Maar als je het bewijsmateriaal verzamelt, worden er toch een paar

dingen duidelijk. Laat ik als voorbeeld het onderzoek met de penisplethysmograaf nemen. Dit zal ook duidelijk maken waarom ik het niet met jou eens ben met betrekking tot het aangeleerd gedrag. Wat we uit onderzoek met de penisplethysmograaf geleerd hebben, is dat niet elke pedoseksueel een deviant opwindingspatroon vertoont bij dit onderzoek. De helft van de pedoseksuelen die *arousal* vertonen, reageert vrij normaal. De andere helft reageert op seksueel deviante stimuli. Wat nog interessanter is, is dat de mate van opwinding bij deze laatste groep zeer sterk samenhangt met het aantal slachtoffers: hoe meer slachtoffers, des te hogere opwinding je ziet. Als je bedenkt dat het aantal slachtoffers de mate van opwinding in een laboratoriumsituatie voorspelt, suggereert dit bij mij dat het gaat om aangeleerd gedrag. Bij heel wat *first offenders* zijn er veel contextuele factoren: ze ondergaan meestal op dat moment zelf een moeilijke tijd, vaak met trauma's, zijn op dat moment erg behoeftig aan aandacht en erkenning en maken niet de juiste afwegingen. Met andere woorden, volgens mij zijn de meeste *first offenders* redelijk normale mannen, die onder de meeste omstandigheden zich niet aangetrokken



Bill Marshall: 'Als het gedrag van seksueel delinquenten is aangeleerd, kan het ook worden veranderd.'

zouden voelen tot kinderen. De meesten onder hen zullen dit nooit meer doen. Een aantal wel: zij beginnen te masturberen op fantasieën over kinderen, zeker als ze onder stress staan. Gradueel ontwikkelt dit gedragspatroon zich verder, dus volgens mij is dit volledig aangeleerd. En als het is aangeleerd, kan het ook worden veranderd.'

Hoe belangrijk zijn volgens u hechting en hechtingsstoornissen?

'Het is een belangrijke factor, maar niet de enige. Als je denkt over habitueel gedrag in het algemeen en hun etiologie zijn er altijd verschillende factoren die het gedrag uitlokken en andere die het gedrag onderhouden. Neem bijvoorbeeld het roken van sigaretten. Vele jongeren beginnen te roken om zich te gedragen als volwassenen, maar het blijven roken wordt gedreven door totaal verschillende factoren.

Hechtingsstoornissen spelen uiteraard een rol in de ontwikkeling van empathie, een cruciale factor in elke sociale relatie. Er wordt bij seksueel delinquenten vaak gehamerd op hun gebrek aan slachtofferempathie. In mijn opinie is dat een minder relevant gegeven. Men zou de focus meer moeten leggen op algemene empathie en relatievorming. In mijn visie zijn hechtingsstoornissen trouwens zeer bewerkelijk in therapie.'

Op het laatste congres van The Association for the Treatment of Sexual Abusers hoorden wij prof. Cortoni zeggen dat het terugvalpreventiemodel op de terugweg is. Ik hoorde dit voor het eerst, maar was er helemaal niet verbaasd over, gezien mijn

ervaring met dit model in de behandeling van alcoholverslaafden. Er zijn altijd wel trends en hypes. Is het recente Good Lives Model volgens u ook een hype of echt een stap voorwaarts?

'Van in de jaren 60 hebben wij meer en meer geleerd over seksueel delinquenten en hoe ze te behandelen. Het is niet verwonderlijk dat er behandelingen opkomen en weer verdwijnen. Het terugvalpreventiemodel heeft mij nooit heel erg aangesproken. Hiermee wil ik niet zeggen dat je seksueel delinquenten niet moet uitleggen welke hoogrisicosituaties ze best vermijden, maar terugvalpreventie gaat hier veel te ver in. Het *Good Lives Model* is onderdeel van een meer positieve psychologie, een andere manier van het kijken naar daders. En dit is zeker een verdienste van Tony Ward, die ik enorm apprecieer als onderzoeker. Alleen denk ik dat hij als niet-clinicus te ver van de praktijk afstaat en zijn model te ingewikkeld gemaakt heeft. Ik probeer in de praktijk zijn model te vertalen in een veel eenvoudigere taal, zodat de daders begrijpen wat ik bedoel. Ik hou hen ook enkele gelimiteerde doelen voor ogen: twee of drie in plaats van de negen doelen die Ward voorstelt, want dit kan je onmogelijk bereiken tijdens een behandeling.'

Er is in België in het verleden nooit echt geïnvesteerd in de residentiële behandeling van seksueel delinquenten, maar recentelijk is hier verandering in gekomen. De overheid stelt nu een budget beschikbaar, waardoor we de kans hebben de behandeling te intensiveren. Hoe zou een ideale behandeling eruit zien? Met andere woorden, wat zouden we volgens u met ons geld moeten doen?

'De beste raad die ik je kan geven is ons laatste boek over behandelingsprogramma's te kopen (zie kader op pagina 10). De kern van een goede behandeling ligt volgens mij in het engageren van een dader in de behandeling, het ontwikkelen van vaardigheden waardoor ze in staat zijn zich prosociaal op te stellen. De specifieke aanpak van deviant seksueel gedrag is in mijn ogen minder belangrijk. In het boek kan je de volledige beschrijving van ons programma terugvinden. Dat het werkt, blijkt uit onze resultaten: de *effect sizes* liggen boven de 1.0, vier maal hoger dan om het even welke behandeling die je elders in de wereld vindt.'

'Therapeutische attitude is enorm belangrijk'

Kunt u iets zeggen over de duur van de behandeling? Onze behandeling duurt gemiddeld één tot anderhalf jaar en wordt altijd gevolgd door ambulante hulpverlening gedurende een aantal jaren. In vergelijking met Nederland liggen deze termijnen een pak lager.

'De behandelingen duren bij ons gemiddeld vier tot zes maanden, vrij kort dus. Ik was enorm verbaasd in Nederland te horen hoe lang men daar mensen intramuraal behandelt. Ik wil hierbij toch waarschuwen voor het gevaar van overbehandeling. Er is nu toch enig bewijs voor een contrapro-

ductief effect waarbij recidivecijfers stijgen in plaats van dalen. Dit geldt voor veel probleemgedrag, maar is ook specifiek aangetoond bij seksueel delinquenten.’

Als behandelaar heb je dit niet altijd in de hand. Vaak worden termijnen opgelegd door justitie.

‘Je moet de gerechtelijke overheden absoluut uitleggen dat dit een slecht idee is. Hoe langer je iemand uit de maatschappij houdt, hoe moeilijker het wordt hem later weer te integreren.’

Een aantal mensen wordt vaak geweigerd voor behandeling. Ik denk dan bijvoorbeeld aan zwakbegaafde of mentaal gehandicapte ouders of ontkenkende ouders. Wat is uw opinie hierover?

‘Ik weiger nooit mensen met een IQ hoger dan 70/75. Als ze niet kunnen schrijven stel ik vaak een medepatiënt aan om hen te helpen. Dit werkt positief voor beide partijen. Wat ontkenkende ouders betreft, zie ik geen enkele reden om hen niet op te nemen in het programma.’

Ik heb op mijn afdeling niet de luxe dat ik twee aparte groepen kan maken voor ouders die erkennen een delict gepleegd te hebben en ontkenkende ouders. Zou u beide groepen samen behandelen?

‘Het hangt er vanaf waarom je bezorgd bent om de ontkenners. Wij hebben een apart programma voor de categorieke ontkenners en de recidivecijfers na behandeling liggen lager dan in de groep van de bekenners. Als we de mogelijkheid niet zouden hebben om een aparte groep te maken zou ik ze gewoon includeren in onze andere groepen.’

Wat vindt u van het gebruik van anti-androgenen? En is deze behandeling compatibel met het Good Lives Model?

‘Wij verkiezen het gebruik van een SSRI en houden de anti-androgenen voor de meest gevaarlijke groep. De insteek is meestal dat we de gezonde seksualiteit proberen te behouden, door bijvoorbeeld de dosis cyproteronacetaat te verlagen.’

U hecht veel belang aan een sterk ondersteunend, warm klimaat bij de behandeling. De basishouding van de therapeut moet een goede mix zijn van confrontatie binnen een ondersteunende, empathische attitude?

‘Therapeutische attitude is enorm belangrijk. Ik heb patiënten nooit geconfronteerd, zelfs toen dit gangbaar was bij veel collega’s. Ik daag hen uit op een manier waarop ik ook mijn vrienden uitdaag, als ik vind dat ze zelfdestructief bezig zijn.’

Vindt u het gebruik van risicotaxatie-instrumenten belangrijk? Zou u bijvoorbeeld de STATIC gebruiken om een groepsindeling te maken?

‘Ik vind ze niet erg informatief op vlak van behandeling, dus ik hecht er zelf weinig belang aan. *Corrections Canada* gebruikt STATIC-scores om groepen in te delen. Zo hebben ze mijn programma vooral voorbehouden voor de mensen met laag-gemiddelde scores. In de praktijk loopt het echter soms

heel erg door elkaar. Zo hebben wij ook mensen met hoge PCL-scores in onze groepen, wel liefst maar één of twee per groep.’

Wat vindt u tot slot van de hypothese dat pedofilie te maken heeft met een stoornis in de rijping van de hersenen, zoals het werk van onderzoekers als Blanchard (eerder laag IQ, meer kans op linkshandigheid, het ouder-broereffect, schedeltrauma met bewustzijnsverlies vóór het 6^e levensjaar) en bevindingen in brain-imagingonderzoek lijken te suggereren?

‘Als je dergelijk onderzoek onder de loep neemt, gaat het vaak om kleine aantallen patiënten. Sommige resultaten zijn daarenboven misschien wel statistisch significant, maar klinisch totaal irrelevant. Blanchard heeft bijvoorbeeld een verschil gevonden in lichaamslengte tussen pedofiele en normale mannen: de pedofielen bleken gemiddeld 1,5 inch (3,8 cm) kleiner te zijn dan de normale mannen. Wat ben je hiermee in je behandeling? Ik vrees dat het vaak gaat om wat we in het Engels een ‘red herring’ noemen. Men vindt iets in de hersenen wat eerder aspecifiek is, weinig met de zaak te maken heeft en ons afleidt van de kern: misleidende informatie met andere woorden. Waar ik het ook moeilijk mee heb, is dat deze onderzoeklijnen in de kaart spelen van een erg conservatieve kijk op de zaak: het is niet hun fout, het ligt aan de hersenschade. En dus sluiten we ze best levenslang op. Dit gegeven kan maar al te makkelijk worden misbruikt.’ ■

Prof. dr. Em. W. Marshall (Rockwood Psychological Services, Canada) heeft meer dan 40 jaar ervaring binnen de forensische hulpverlening. Als onderzoeker en clinicus heeft hij een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van behandelingsmodellen voor seksueel delinquenten. Plegers van seksuele delicten werden in de afgelopen decennia op verschillende manieren benaderd, gaande van puur gedragsmatige interventies, over terugvalpreventie en meer holistische modellen, naar een good-livesbenadering. Een conclusie daarbij is dat volgens professor Marshall het model op zich weinig belang heeft, maar wel de manier waarop interventies aangebracht worden (ondersteunend, aanmoedigend, respectvol, oplossingsgericht). Studies tonen immers aan dat net die factor de grootste variantie verklaart voor therapeutisch succes. De in het vakgebied welgekende cognitieve distorsies hoeven al helemaal niet de focus te vormen van therapie; het zijn niet meer dan excuses, en daarom ook normaal (we doen het allemaal). Beveiligende maatregelen worden ter discussie gesteld. Terugvalpreventie, zo stelt Marshall, is vaak *overdone*. Sancties – van welke aard dan ook – zijn nooit in verband gebracht met een afname van criminaliteit, wel integendeel. Dat zijn behandelingen zinvolle richtlijnen kunnen opleveren, blijkt uit de aanzienlijke reductie van de terugvalcijfers, onderzoek dat, zo benadrukt hij, door onafhankelijke onderzoekers plaatsvond. Marshall blijft een clinicus in hart en nieren en stelt zichzelf continu de vraag naar de klinische relevantie van hetgeen onderzocht wordt.

Rehabilitating Sexual Offenders: A Strength-Based Approach
William L. Marshall, PhD; Liam E. Marshall; Geris A. Serran, PhD;
and Matt D. O'Brien
Uitgave van de American Psychological Association
ISBN: 978-1-4338-0942-2



Met twee versgerekruteerde medewerkers, Tom Nys en Anita Rys, is het VVP-secretariaat weer volwaardig bezet.

2010 bleek geen onbewogen jaar op het secretariaat van onze VVP. Er was wat personeelsverloop na het vertrek van Joke Moens, wat haast deed vermoeden dat de Vlaamse psychiaters een uiterst moeilijke beroepsgroep is om te doorgronden, om mee te werken en om te organiseren. Maar dat is geenszins het geval; veel had immers te maken met persoonlijke wensen en bekommernissen van de betrokken mensen, die zich nochtans steeds wisten te vinden in de vereniging, haar doelstellingen, haar activiteiten en de leden die ze samenbrengt.

Bij de aanvang van het nieuwe jaar werd gelukkig één en ander rechtgezet zodat het secretariaat opnieuw volwaardig wordt bemand én bevrouwd. Tom Nys en Anita Rys zullen nu met veel enthousiasme en toewijding enkele vertrouwde richtingen van de VVP blijven volgen en zelfs nieuwe wegen durven inslaan. Mogelijk zal het voor hen de eerstkomende weken nog wat zoeken zijn en we hopen dan ook dat zij gedurende deze inwerkperiode af en toe op uw geduld mogen rekenen. Gelukkig zal Joke Moens hen indien nodig op tijd en stond nog wat wegwijs kunnen maken.

In ieder geval moet de werking op de kortst mogelijke tijd wederom vlot draaiende zijn. U zult hoe dan ook meteen als vanouds beroep kunnen doen op de ondersteuning van ons secretariaat. Intussen laten we u even langs deze weg kennismaken met beide versgerekruteerde medewerkers.

Een korte kennismaking

Tom Nys studeerde kunstwetenschappen aan de K.U.Leuven en organiseert al meer dan tien jaar tentoonstellingen en muzikale evenementen. Daarnaast schrijft hij hoofdzakelijk over culturele onderwerpen voor verschillende media. Hij komt dus niet zozeer uit het psychiatrische veld, maar kent het wel uitermate goed door zijn interesse en activiteiten binnen het domein van de genderstudies, vrouwenrechten en feminisme – zijn favoriete auteur is overigens Julia Kristeva. En met een boutade zou kunnen worden gezegd dat de wereld van de (hedendaagse) kunst heel wat gemeenschappelijks heeft met de psychiatrie. Tom zal vooral zijn schrijfvaardigheid, organisatietalent en kennis van de filosofische benadering op de psychiatrie meebrengen naar het secretariaat.

Anita Rys zal minder snel in de gebouwen van UPC Kortenberg – waar de VVP gehuisvest is – verloren lopen dan haar collega,

Nieuwe bezetting VVP-bureau

want zij werkte er tien jaar op het medische secretariaat. Voordien was zij doventolk en werkzaam op een schoolsecretariaat voor dove en blinde kinderen, waar ze ervaringen opdeed die nu soms nog nuttig blijken te zijn. In deze nieuwe uitdaging zullen haar zelfstandigheid, accuratesse en administratieve vaardigheden alleszins goed van pas komen. Door haar hobby's yoga en wandelen – bij voorkeur aan zee – zal zij daarbij het hoofd voldoende koel kunnen houden. De positieve ingesteldheid waarvoor ze gekend is, kunt u weldra ook zelf appreciëren.

De VVP is dus gereed om er in te vliegen: om het goede van voorheen te continueren en hier en daar te werken aan enkele belangrijke aandachtspunten. Feedback van uwentwege stimuleren we ten zeerste en we hopen op een goede samenwerking naar de toekomst toe! ■

LEREN IS LEVEN

De Universiteit Antwerpen is een kenniscentrum met 3.900 medewerkers waar grensverleggend en vernieuwend onderzoek wordt uitgevoerd op internationaal niveau.

De universiteit besteedt hierbij bijzondere zorg aan de opvang en begeleiding van de studenten, met voortdurende aandacht voor onderwijsinnovatie. We zijn een autonome pluralistische universiteit die wenst mee te werken aan een open, democratische en multiculturele samenleving, en die een gelijkemansbeleid voert.

Zelfstandig Academisch Personeel

De faculteit **Geneeskunde** zoekt een (m/v):

• voor **gecombineerde functie ZAP (60 %)/Diensthoofd ZNA Universitair Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen (UCKJA)**

GEÏNTERESSEERD?

U vindt de functiebeschrijving, de vereiste competenties, de arbeidsvoorwaarden en de afsluitdatum van deze vacature op www.ua.ac.be/vacatures.

Universiteit Antwerpen



Kwaliteiten van mensen zijn belangrijker dan leeftijd, geslacht, etnische afkomst of nationaliteit.





Nieuwe wet vaststelling arbeidsduur assistenten

De wet is er, nu snel naar de praktijk

Op 12 december 2010 keurde de regering van lopende zaken een nieuwe wet tot vaststelling van de arbeidsduur van geneesheren, tandartsen, dierenartsen, kandidaat-geneesheren in opleiding, kandidaat-tandartsen in opleiding en studenten-stagiairs die zich op deze beroepen voorbereiden goed. Een wet die dan ook van toepassing is op de kandidaat-geneesheren specialisten en dus ook van belang is voor de Vlaamse assistenten psychiatrie. Hoe reageren assistenten psychiaters? *De Psychiater* legde zijn oor te luisteren bij François-Laurent De Winter, voorzitter van de Vlaamse Vereniging Assistenten Psychiatrie, en bij Elke van Roie, ondervoorzitster, en Jeroen Decoster. De twee laatste vertegenwoordigen respectievelijk de kind- en jeugdpsychiatrie en de volwassenenpsychiatrie.

FILIP VAN BRABANDER, WETENSCHAPSJOURNALIST

Werden de assistenten psychiatrie voor het opstellen van de wet geraadpleegd?

Jeroen: 'Een aantal belangengroepen, waaronder ook assistentenverenigingen, werd inderdaad om advies gevraagd. Het moet wel duidelijk zijn dat de nieuwe wet voor een aantal disciplines, ik denk hier bijvoorbeeld aan chirurgie, echt noodzakelijk was geworden. Assistenten psychiatrie worden tot nog toe minder met wantoestanden geconfronteerd. Maar als we zien dat het aantal assistenten psychiatrie tanend is, dan kan de wet ook voor ons in de toekomst essentieel worden.'

François-Laurent: 'Zeker wat universitaire stageplaatsen betreft, mogen we stellen dat daar alles redelijk goed geregeld is. In de periferie is dat niet altijd zo, daar staan assistenten er vaak alleen voor en moeten bijvoorbeeld veel meer wachtdiensten worden vervuld.'

Wat zijn volgens jullie de meest essentiële elementen van de wet?

Elke: 'In het algemeen is het duidelijk dat ons statuut nu beter wordt beschermd. Zeker voor die assistenten in de periferie uiteraard een goede zaak. Ook kunnen verschillen tussen ziekenhuizen, en tussen diverse diensten binnen de ziekenhuizen, nu worden weggewerkt.'

François-Laurent: 'Erg belangrijk lijkt mij dat nu na een 12 tot 24 uren durende arbeidsprestatie een rustperiode van 12 uren wordt gegarandeerd. Dat is niet alleen goed voor de gezondheid en de efficiëntie van de assistent psychiater zelf, maar vanzelfsprekend ook voor de kwaliteit van de zorg voor de patiënt en soms ook voor diens veiligheid.'

Mooie wet dus, maar is de praktijk er klaar voor?

Jeroen: 'Dat is nog niet helemaal duidelijk. In Kortenberg bijvoorbeeld, en dat zal ook elders wel zo zijn, vragen assistenten zich af of zij er nu zelf voor moeten zorgen dat de wet wordt toegepast, of zij nu zelf alle hens aan dek moeten roepen. Of zijn het de directies die alles voor ons moeten regelen, zodanig dat zij wettelijk in orde zijn? Ik denk dat de diensthoofden-supervisoren hier een belangrijke taak wacht. Zij zijn het immers die ons takenpakket bepalen.'

Elke: 'Het is inderdaad een beetje afwachten. Ik heb de indruk dat nogal wat directies natuurlijk wel wisten dat de Europese richtlijn ooit in een Belgische wet zou worden omgezet, maar dat dit zo onverwacht snel – door een regering van lopende zaken dan nog – zou gebeuren, heeft velen toch verrast.'

François-Laurent: 'We mogen ervan uitgaan dat de verantwoordelijkheid bij de directies ligt, maar toch zal veel van de assistenten zelf afhangen. Zij zullen bijvoorbeeld moeten vermijden dat er spanningen ontstaan tussen diegenen die twaalf uur extra willen werken en zij die dat niet doen. Assistenten zullen wat dit betreft hun zin voor verantwoordelijkheid moeten laten blijken.'

Elke: 'De wet vermeldt dat "de werknemer geen enkel nadeel mag ondervinden", maar er heerst enige gezonde argwaan binnen de assistentengroep. Zo vrezen sommigen onder andere dat van hogerop beslist zou kunnen worden dat, als er maar 48 uur per week gewerkt wordt, na verloop van tijd de opleiding wordt verlengd. Ook hierover moeten duidelijke afspraken worden gemaakt!' ■

De wet in een notendop

De wet van 12 december 2010 voorziet in de omzetting van Richtlijn 2003/88/EG van het Europese Parlement en de Raad van 4 november 2003. De wet werd van kracht op 1 februari 2011. Belangrijke elementen ervan zijn:

- De wekelijkse arbeidsduur mag niet meer bedragen dan 48 uren (inclusief wachtdiensten) gemiddeld over een referentieperiode van 13 weken.
- De arbeidsduur mag tijdens elke arbeidsweek de absolute grens van 60 uren niet overschrijden.
- De duur van elke werkperiode mag nooit 24 uren overschrijden.
- Elke arbeidsprestatie waarvan de duur tussen 12 en 24 uren bedraagt moet worden gevolgd door een rustperiode van minstens 12 opeenvolgende uren.
- De uren wetenschappelijk werk verplicht in het kader van de academische vorming worden als arbeidstijd meegeteld ten belope van 4 uren per week waarvan 2 uren op de werkvloer.
- Mits schriftelijk individueel akkoord en aanvullend loon kan een bijkomende arbeidstijd van 12 uren per week.

Worsteling

“Ik heb met de dood gevochten. Ik wilde namelijk niet meer leven, ik zag geen lichtpuntje meer. Nu zie ik dat ik mijn eigen doodswens in stand hield door schuldgevoelens rond het afscheid van mama en mijn betekenis als zus voor mijn broers en als dochter voor mijn vader. Ik voelde me een slecht mens en vond mijn leven niets waard. Ik ben zo bang geweest voor wat het leven nog ging brengen dat ik er van wou weglopen door euthanasie. Gelukkig is mijn woordenboek nu één woordje armer. Nu zeg ik heel voorzichtig dat ik wel iets waard ben en dat ik een leven buiten de psychiatrie verdien. Ik durf voor het eerst in mijn leven te zeggen dat ik leef.”

Dit komt uit misschien wel de mooiste brief met nieuwjaarswensen die ik ooit heb ontvangen. Ik leerde haar een jaar of twee geleden kennen, op zoek naar een ambulante psychiater. Na bijna 10 jaar ‘in de psychiatrie’ wilde ze terug op eigen benen staan. Of tenminste, dat wilden wij, ambulante therapeute, ik en de afdeling waar ze nog opgenomen was. Zijzelf wilde eigenlijk alleen maar dood zijn. Keer op keer duwden pijn, dissociatie en overspoeling haar in chaos en dolen.

“Ik wil euthanasie.” Ze meende het en ik begreep het, na al haar jaren van afzien, verlies, leegte, gruwelijke zelfverwonding en telkens weer die dissociatie die haar overvalt en vervreemdt van zelf en wereld. Ik hoorde haar herhaalde vraag als het resultaat van een overwogen en doorleefd beslissingsproces waarin ze de balans maakt, als het ware vanuit haar gezonde, beslissingsbekwame deel: *“It’s what you can bear,”* zegt Laura Brown in *The Hours*. Zo duidelijk als dat toen leek, zo twijfelachtig is dat nu, als ik haar nieuwjaarswoorden lees. Tien jaar en minstens evenveel observatie-, SGA (Sterk Gedragsgestoord of Agressief)- en therapeutische afdelingen en opnames, verschillende psychothera-

peutische benaderingen, tientallen psychofarmaca, ECT, ... Wat kan er in godsnaam méér nodig zijn om te spreken van “een ernstige en ongeneeslijke aandoening” en “een medisch uitzichtloze toestand van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden”?

In de broederlijke liefde waarin ze was opgenomen kreeg ze al langer als antwoord dat “dat niet hun optie is”. Dat maakte haar opstandig en nog meer suïcidaal. Ze voelde zich onbegrepen. Ik zei haar dat ik niet op voorhand nee zeg op haar vraag en dat dit wettelijk ook kan. Ik koppelde er twee elementen aan. Het lange en moeilijke proces tussen euthanasievraag en *eventuele* euthanasie kan pas van start gaan na haar opname – een futiele poging om splitsing te voorkomen. En ten tweede: hoezeer ik ook meevoel met haar doodswens en ervaren uitzichtloosheid, toch blijf ik wel perspectief zien in het leven, in haar leven. Hebben we niet allemaal patiënten meegemaakt die na ondraaglijke jaren, zelfs decennia, toch terug door het leven gegrepen worden? Is het niet onze taak de hoop levend te houden, ook – en vooral – wanneer de patiënt dit zelf niet meer kan (zien)?

Ik zie haar een maand of twee later terug in het brandwondencentrum van Gasthuisberg. Zich in brand gestoken in het psychiatrisch ziekenhuis, in dissociatieve toestand. Ernstige derdegraads brandwonden. Wonderlijke paradox: zoals wel vaker brengt de pijnlijke realiteit van het lichaam haar terug dicht bij het leven. Tijdens de maanden dat ik haar volg in het brandwondencentrum sippelt af en toe hoop door haar pijn. Naast schuldgevoelens ook dankbaarheid voor de goede zorgen. Het verlangen om



JORIS
VANDENBERGHE

iets terug te doen. De doodgewaande droom – een zorgberoep – die terug begint te sluimeren. Die ene therapeut op die ene SGA-afdeling waar ze nog in gelooft. Het ontluikende inzicht dat haar doodswens reeds jaren elke therapie ondermijnt, dat die doodswens net zoals de dissociatie een vluchtheuvel geworden is voor ondraaglijke pijn.

Deze inzichten en die hoop vertalen zich in een stapsgewijs ‘behandelcontract’ van een jaar: van brandwondencentrum naar SGA-afdeling, met clozapine en intensieve therapie, dan terug naar het psychiatrisch ziekenhuis in eigen regio, dan beschut wonen met ambulante opvolging. Al die tijd: non-suïcideafspraken en euthanasievraag in de koelkast om therapie echt een kans te geven. Ze springt, naar het leven. Of om nog eens met Laura Brown van *The Hours* te spreken: *“It was death. I chose life.”*

Meer dan twintig keer belt ze me in dat jaar. Nu eens om te zeggen dat ze het niet volhoudt, dat het verschrikkelijk zwaar is. Dan weer dat ze kwaad is op mij, op zichzelf dat ze dat behandelcontract getekend heeft. Of met een smeekbede om toch terug over euthanasie te spreken. Geleidelijk meer en meer om te zeggen dat het beter gaat, om te bedanken dat ik in haar geloofde. En dan, op het einde van dat jaar, op de drempel van beschut wonen, haar ontroerende nieuwjaarsboodschap...

Terwijl zij worstelde met leven en dood, worstelde ik met het euthanasievraagstuk. We zijn er nog niet, geen van beiden. Maar hoop doet leven. ■

Lentevergadering VVP

Van klinische naar ambulante psychiatrie

De Lentevergadering van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie op 25 maart in Duffel zal in het teken staan van de invoering van artikel 107. De in Nederland werkende Vlaamse klinisch psycholoog Philippe Delespaul vergelijkt de overgang van klinische naar ambulante psychiatrie voor ernstig zieke patiënten in Nederland met hetgeen België te wachten staat.

PATRICK MARX, WETENSCHAPSJOURNALIST

Philippe Delespaul is programmaleider integrale zorg bij Mondriaan, een academisch netwerk voor geestelijke gezondheidszorg in Nederlands Zuid-Limburg. Hier werkt hij aan de opzet van ambulante psychiatrische zorg. 'België heeft het grootste aantal bedden per inwoner voor psychiatrische patiënten in Europa en haast geen ambulante zorg. Het is intrigerend dat Nederland, ondanks een uitgebreide ambulante zorg, nog steeds een hoog aantal bedden per inwoner heeft', aldus Delespaul. Een belangrijke oorzaak ligt in de manier waarop de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen in Nederland zijn intrede deed.

Functie Assertive Community Treatment

'De Nederlandse ambulante zorg is een variant op het Amerikaanse *Assertive Community Treatment* (ACT)-model. ACT richt zich heel intensief op de crisispatiënten uit de groep met ernstige psychiatrische aandoeningen. Toen we dit zorgsysteem wilden implementeren, realiseerden we ons dat we de psychiatrische zorg moesten reorganiseren. We konden dit alleen doen voor de kleine minderheid van crisispatiënten of voor alle patiënten. De uitkomst was het *Functie Assertive Community Treatment* (FACT)-model waarbij de crisiszorg onderdeel vormt van de ambulante basiszorg. De psychiater heeft hiermee de middelen om de basiszorg te intensiveren als het nodig is.'

'België staat veel uitdagingen te wachten voordat de ambulante zorg zich een vaste plek kan veroveren'

De uitvoering van de zorg ligt in handen van regionale multidisciplinaire teams onder leiding van een teamleider, meestal een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Psychiaters, psychologen, sociaal psychologisch verpleegkundigen en specifieke experts zijn lid van zo'n team. De experts kunnen bijvoorbeeld hulp bieden bij patiënten met comorbiditeit zoals verslaving of bij het vinden van werk.

'De Nederlandse ambulante zorg begon bij psychiaters die deze zorgvorm wilden introduceren. Langzaam maar zeker ontstond zo een netwerk over Nederland. Het is uitzonderlijk voor dit land, maar er is nog steeds geen wettelijk kader dat deze vorm van zorg reguleert. Een nadeel hiervan is dat we bij de oprichting van elk team opnieuw in overleg gaan met de ziektekostenverzekeraar over de financiering. Een voordeel is dat de financiering van de klinische zorg in stand bleef, waardoor de afbouw van bedden gebeurt na de introductie van het ambulante zorgsysteem. België kiest voor een top-downbenadering waarbij artikel 107 geld uit het budget voor de klinische zorg vrijmaakt voor experimenten met ambulante zorg.'

Discussie

Inmiddels heeft Nederland tien jaar ervaring met de FACT-teams. Nu ontstaat discussie over de toekomst van de klinische zorg. Volgens Delespaul staat deze steeds meer in het teken van de ambulante zorg: 'Ons ziekenhuis heeft nauwelijks een medische staf. De ambulante psychiater is ook tijdens de opname verantwoordelijk voor het behandelbeleid.'

De meest gehoorde kritiek op artikel 107 is dat de nieuwe ambulante zorg de zorgzwaarte in ziekenhuizen doet toenemen.

Delespaul is het hier niet mee eens: 'Doordat meer patiënten thuis hulp krijgen, komt er in de ziekenhuizen meer ruimte voor éénpersoonskamers. Opname op een eenpersoonskamer verkleint de kans op

iatrogene psychiatrie, doordat de patiënt meer privacy heeft en niet geconfronteerd wordt met andere psychotische patiënten. Het is denkbaar dat langdurige thuisbehandeling, op de tippen van de mogelijkheden, zorgt voor ernstigere crises bij opname. In Nederland merken we dit niet. Een mogelijkheid om dit te voorkomen is een kortdurende opname. Het is een soort

time-out waarbij de patiënt, als onderdeel van zijn ambulante behandeling, een paar dagen in het ziekenhuis verblijft.’

Samenwerken

België staat veel uitdagingen te wachten voordat de ambulante zorg zich een vaste plek kan veroveren. Het gaat ook om uitdagingen op organisatorisch vlak. ‘In Zuid-Limburg bestaat het zorgnetwerk uit twee partners, naast Mondriaan is dat de Regionale Instelling voor Beschermd Wonen. In België moeten

per regio 30 tot 50 organisaties samen gaan werken. Er zijn tientallen particuliere initiatieven voor beschutte woonvormen versnipperd over het land. Het zal een hele kluit zijn om uit te zoeken wie de regie gaat voeren en hoe collega’s gaan samenwerken. Als het overleven van een instelling van het werven van patiënten afhangt, zullen ze niet snel patiënten naar een concurrerende instelling verwijzen.’ ■

Meer informatie over FACT is te vinden op de website www.ccaf.nl.

Te bed of niet te bed: GGZ in Vlaanderen na artikel 107 25 maart 2011, Duffel

Je moet al bijna van een andere planeet komen om als Vlaamse psychiater niet te weten waar het cijfer 107 voor staat. Het lijkt wel een geheime Da Vinci-code, waardoor insiders zich van buitenstaanders onderscheiden. Bij die insiders niet enkel psychiaters, maar ook heel wat ggz-managers. Toch zijn er grote meningsverschillen omtrent de mogelijkheid om door reductie van bedden en outreachende zorg de geestelijke gezondheidszorg te vernieuwen. Sommigen zien het als een hoofdzakelijk ideologisch geïnspireerde en/of door besparingsmotieven gemotiveerde hervorming, die zal resulteren in minder zorg voor wie die het meeste nodig heeft. Daarbij wordt verwezen naar thuisloze psychiatrische patiënten in de straten van Amerikaanse en Engelse grootsteden en de toename van forensische bedden. Anderen zien de 107-projecten dan weer als een al te lang uitgestelde noodzakelijke stap in de vermaatschappelijking van de psychiatrische zorg, die patiënten eindelijk de mogelijkheid biedt hun herstel vorm te geven, weg van de betutteling en de restrictieve maatregelen van psychiatrische instituten. En dan hebben we het nog niet over de vrees dat psychiaters (en andere medewerkers) gedwongen zullen worden om in moeilijker omstandigheden complexer werk uit te voeren tegen een slechtere vergoeding.

Programma

De Lentevergadering van de VVP op 25 maart te Duffel wil onder de titel *Te bed of niet te bed: GGZ in Vlaanderen na artikel 107* de discussie in de beroepsgroep van de psychiaters stimuleren. Een aantal toonaangevende buitenlandse sprekers zal hiertoe argumenten aanbrengen. Graham Thornicroft, één van de leidende auteurs over de organisatie van psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg, zal in een inleidende lezing het proces van de wereldwijde ontwikkeling van gemeenschapspsychiatrie beschrijven en de lessen die daaruit kunnen geleerd worden aangeven. Twee specialisten zullen sleutelementen van de hervorming bespreken. Remmers van Veldhuizen zal het hebben over zijn geesteskind FACT, opnamevoorkomende of -verkortende outreachende zorg voor patiënten met ernstige langdurige psychiatrische stoornissen in de gemeenschap, met opvang tijdens crisismomenten. Sonia Johnson redigeerde in 2010 een supplement van het *British Journal of Psychiatry* over residentiële alternatieven voor acute psychiatrische afdelingen, en zal dan ook dit aspect belichten. Op deze uiteenzettingen volgen reflecties vanuit respectievelijk de VVP-sectie Langdurige zorg en rehabilitatie en de sectie PAAZ en urgentie en intensieve zorgen. Bea Cantillon zal de rol van het sociale beleid in het beschermen en activeren van kwetsbare psychiatrische patiënten bespreken.

Ten slotte zal Guido Pieters, als een case-study, concrete toelichting verschaffen over de ontwikkeling en uitwerking van het 107-project Leuven-Tervuren, dat als startklaar werd beoordeeld. Philippe Delespaul, een Vlaming die in Maastricht het hervormingsproces mee gestalte geeft en onderzoekt, zal met zijn commentaar de discussie inleiden. Allicht is het een illusie te denken dat Vlaamse psychiaters één gemeenschappelijk standpunt zullen innemen ten opzichte van de 107-hervorming. Deze lentevergadering zal in ieder geval een hoop stof tot nadenken bieden over deze hervorming, die zowel een kans als een bedreiging inhoudt voor de psychiatrie in Vlaanderen.

Voor meer informatie en inschrijven kunt u terecht bij de VVP, op de website www.vvp-online.be of via e-mailadres info@vvp-online.be.

Prof. dr. Guido Pieters



FOTOGRAFIE: HILDE PAUWERS

Graham Thornicroft zal in een inleidende lezing het proces van de wereldwijde ontwikkeling van gemeenschapspsychiatrie beschrijven.

Het denken over psychiatrie gaat nog steeds met stereotiepen gepaard. Met geëngageerde tentoonstellingen probeert het Museum Dr. Guislain dit te doorbreken. Nog tot 8 mei 2011 loopt de tentoonstelling *Het gewichtige lichaam*.

HILDE PAUWELS, WETENSCHAPSJOURNALIST



Museum Dr. Guislain

'We bereiken een breed publiek'

Het Museum Dr. Guislain behoort tot de pioniers in Europa. Aanvankelijk stuitten jullie echter ook op tegenstand. Waarom precies?

Patrick Allegaert, artistiek leider Museum Dr. Guislain: 'De geschiedenis van de psychiatrie is heel beladen en confronterend, niet iedereen vond het zinvol die te laten zien. Maar gaandeweg verminderde de argwaan. We bleven de cultuurgeschiedenis tonen, met telkens een verband naar de situatie nu. Op die manier willen we taboes bespreekbaar maken en het publiek laten nadenken over hoe we naar het andere kijken. Het keerpunt was heel duidelijk te merken in 2002 met de tentoonstelling over tweelingen. We haakten in op erfelijkheidsonderzoek, psychiatrische aandoeningen, enzovoort. Maar we gingen ook breder en hadden het over de maatschappelijke fascinatie voor tweelingen. Zo organiseerden we ook een feest voor meerlingen. We waren afwachtend, misschien was de drempel wel te hoog. Maar we bereikten ongeveer drieduizend mensen, wat een succes was.'

Blijft het desondanks niet moeilijk om een museum, en dan nog over psychiatrie, bij het brede publiek bekend te maken?

'In het algemeen groeit de belangstelling voor medisch en psychiatrisch erfgoed, wat een belangrijke evolutie is. Jaarlijks hebben we ongeveer 70.000 bezoekers, waarvan de helft in groepsverband komt. Hiermee behoren we tot de middenmoot van de Gentse musea. Vergeet ook niet dat onze ligging aan de rand van de stad niet ideaal is. We bereiken echter niet

alleen mensen met een historische of medische achtergrond, zoals psychiaters. We boren ook specifieke doelgroepen aan. Zo maakten we een tentoonstelling over gekte in film en theater, dat lokte een heel eigen publiek. Ook zien we dat veel kunstenaars hier graag werk laten zien. In een regulier museum bereiken ze een nichepubliek, onze reikwijdte is breder.'

Hoe pakken jullie het aan om een tentoonstelling te maken?

'We werken niet met curators. Wel doen we vaak een beroep op experts. Op basis van hun inbreng tekenen we dan een eigen parcours uit. Voorts hebben we geregeld contacten met gelijkaardige instituten zoals in Nederland en Groot-Brittannië. We wisselen tentoonstellingen uit, denken na over ideeën. We benaderen de onderwerpen vanuit verschillende invalshoeken, zoals ook het culturele, de geschiedenis, het beeldende. Dat maakt de openheid groter.'

Wordt het niet moeilijker dan vroeger? De samenleving is minder tolerant geworden.

'Het is tegenstrijdig. We merken dat het gesprek nog steeds mogelijk is. Tegelijk bestaat het stigma over bepaalde psychische aandoeningen nog steeds. Het kan iedereen overkomen, maar dat wordt niet altijd geaccepteerd. De opdracht die we onszelf 25 jaar geleden gaven, staat dus nog pal overeind. Bepaalde zaken als depressie en autisme kwamen de afgelopen jaren weliswaar vaak in de media, maar ook hier is er een dubbel gevoel. Soms wordt gekoketteerd met autisme of depressie,



Het Museum Dr. Guislain huist in het Psychiatrisch Centrum Dr. Guislain.

maar dat kan heel pijnlijk zijn voor wie er op een ernstige manier mee wordt geconfronteerd. Niet alle aandacht in de media dient hun zaak.'

Welke toekomstplannen zijn er?

'Momenteel loopt de tentoonstelling *Het gewichtige lichaam*. Intussen bereiden we een volgende tentoonstelling voor over kinderen. Zijn kinderen in gevaar? Er wordt bijvoorbeeld veel meer medicatie dan vroeger voorgeschreven. Tegelijk worden kinderen soms als een gevaar gezien, denk aan jeugdcriminaliteit. Ook werken we aan een publicatie over de medische collecties in België. Het brengt de geschiedenis van de geneeskunde in kaart en gaat in op de subjectieve beleving van de patiënten. Een thema dat ons nauw aan het hart ligt, is het verband met architectuur. Sommige instellingen zijn heel oud en dreigen verloren te gaan. Ook de gebouwen van het PC Dr. Guislain werden bijna gesloopt. In de Verenigde Staten waren de opvangcentra heel grootschalig. Fotograaf Christopher Payne bracht ze in beeld. Zijn werk is schitterend. Ik hoop dat we er in slagen om de tentoonstelling naar hier te halen. Ook willen we de top van de Belgische fotografen laten werken rond het thema marge.'

Outsiderkunst is een vaste waarde. Is er nog een grenslijn met 'normale' hedendaagse kunst?

'Dat is moeilijk te omschrijven. Weliswaar is er een andere historische dimensie. Outsiderkunst kwam vroeger uit psychiatrische instellingen die nog een zeer gesloten karakter hadden. Denk ook aan Jean Dubuffet die in zijn werk het verband legt met psychiatrie. Vanuit esthetisch oogpunt vond hij het bijna jammer dat er psychofarmaca kwamen. Hij stelde dat bijvoorbeeld een psychose kan leiden tot een veel krachtigere

en authentiekere creatie. Medicatie zorgt er anderzijds voor dat mensen die vroeger veroordeeld waren tot een isolement in de psychiatrie nu toch een gewoon leven kunnen leiden. En als je het bekijkt vanuit de 'gewone' hedendaagse kunstenaar is er zijn genialiteit, maar ook het flirten met waanzin. Veel kunstenaars geven aan dat ze tot die grens moeten gaan.' ■

Het gewichtige lichaam, Over dik, dun, perfect of gestoord. Nog tot 8 mei 2011.

Patrick Allegaert: 'Deze tentoonstelling belicht de vraag waarom mensen besluiten te hongeren. Vraag is ook wanneer het omslaat naar een ziekelijke of gestoorde omgang met het lichaam. Dit laten we zien via verschillende invalshoeken. In kunst komt het thema geregeld voor. Er is het bekende beeld Venus van Willendorf dat een zware vrouw voorstelt. Daarvan vonden we een heel mooie replica. Ook tonen we werk van de tweelingzussen Raeven. Beiden zijn anorectisch en nemen de ziekte als uitgangspunt voor hun kunst. Andere kunstenaars zijn onder meer Fernando Botero, Niki de Saint Phalle, Gideon Kiefer, enzovoort.

Je had vroeger hongerkunstenaars, hoewel dit vaak bedrog was. Zij zaten tegen betaling in een kooi en aten niet. Het lichaam werd ook gebruikt in ideologieën. In socialistische beelden werd het kapitalisme doorgaans als een rondbuikige man voorgesteld, het werkvolk daarentegen was ofwel uitgemergd door de uitbuiting ofwel kranig en sterk. Religie heeft ook een bepalende invloed. Zo zijn er veel afbeeldingen van heiligen die vasten. Tegelijk laten we ook het omgekeerde zien, het gulzige dat vaak als een zonde werd bestempeld. Voorts krijgt het medische luik veel aandacht. Rond 1870 zijn er enkele artsen die anorexia nervosa beschrijven, maar het duurt zowat een eeuw voordat het als ziektebeeld door de psychiatrie werd opgenomen. Vanaf de 16^e eeuw duiken wondermeisjes op; ze stelden dat ze omwille van een wonder niet moesten eten. Er was een meisje dat werd ontmaskerd omdat ze toch iets at. Ze zou worden gedood, maar een arts wees er toen al op dat het om een ziekte ging. De samenleving nu legt schoonheidsidealen op, denk aan de discussie over te magere modellen. Olivier Toscani nam de foto No-I-ta die dit duidelijk hekelt. En we gaan ook in op de manier waarop anorexia nervosa momenteel wordt bekeken. Daarvoor deden we een beroep op de kennis van psychiater Walter Vandereycken en psychologe Myriam Vervaet.



Op vrijdag 18 maart 2011 vindt een debat plaats over deze actuele problematiek met onder andere Vandereycken en Vervaet. Meer informatie over dit debat is te vinden op de website van het museum.

Museum Dr. Guislain
Jozef Guislainstraat 43
9000 Gent
tel. 09 216 35 95
www.museumdrguislain.be

Klinische toepassing van fMRI bij schizofrenie

Psychiater Jan Van Hecke promoveerde op vrijdag 17 december jl. op het proefschrift getiteld *Clinical application of fMRI in schizophrenia; beyond imagination*. We legden hem 3 vragen voor.

Wat was je onderzoeksvraag?

‘De onderzoeksvraag was in hoeverre functionele neurobeeldvorming met *functional magnetic resonance imaging* (fMRI) klinisch relevante informatie bij schizofrenie kan opleveren. Drie voorwaarden voor de klinische toepassing van fMRI binnen de psychiatrie werden dan ook tijdens dit doctoraats-traject onderzocht.

Een eerste vraag was of fMRI ondanks de relatief lage signaal-ruisverhouding kan gebruikt worden om een disfunctie van een hersennetwerk bij een individuele patiënt te meten. Ten tweede welk soort fMRI-paradigma nodig is om activiteit van een frontostriataal hersennetwerk te meten. Immers, de hersenactiviteit in frontostriatale regio's lijkt alvast op groepsniveau verbonden met de prognose van schizofrenie. Ten slotte was de laatste vraag hoe dit fMRI-paradigma zo kan worden opgezet dat neurale activiteit in deze netwerken betrouwbaar en herhaaldelijk kan worden vergeleken tussen patiënten- en controlegroep. Daartoe is het belangrijk dat activiteitsverschillen niet onbetrouwbaar worden doordat patiënten de taak in de scanner niet goed afleggen. Frustratie, demotivatie of zelfs opgave, bij een taak die moeilijker of te moeilijk is voor een patiënt kunnen namelijk de vergelijking van hersenactiviteit met een controlegroep ongewenst beïnvloeden.’

Wat zijn de belangrijkste uitkomsten?

‘In een eerste onderzoek toonden we bij een patiënt met het Wernicke-Korsakoffsyndroom aan dat, naast de radiologisch detecteerbare anatomische letsels in het diëncephalon, ook een algemene disfunctie van een geheugen netwerk de anterograde amnesie verklaart. Een disfunctie van de hippocampus en de ventrale prefrontale cortex was namelijk eveneens gecorreleerd met de cognitieve problemen van deze patiënt. fMRI blijkt dus gevoelig genoeg om een neurale disfunctie bij een individuele patiënt te meten. In de discussie kon dan verder worden uitgewerkt hoe het heterogeen klinisch beeld, de uiteenlopende cognitieve disfuncties en de verschillen in behandeling en hun respectievelijke invloed op hersenactiviteit de detectie van eenzelfde specifieke neurale disfunctie bij een patiënt met schizofrenie moeilijk maken.

Uit een tweede onderzoek bleek dat schizofreniepatiënten bij het afleggen van een aandachtstaak een hogere neurale activiteit nodig hadden om tot eenzelfde prestatie als controles te komen. Als dan een moeilijker taak werd afgenomen en de

patiënten toch minder goed presteerden dan de controles, kon een lagere neurale activiteit worden aangetoond. Het ontwikkelen van taken waarbij prestatieverschillen tussen beide groepen worden vermeden of tenminste voor deze verschillen in prestatie kan worden gecontroleerd, leek dan ook een volgende stap bij het ontwikkelen van fMRI-paradigma's voor schizofrenieonderzoek.

In de volgende hoofdstukken worden dan ook paradigma's voorgesteld waarbij verschillen in taakprestaties zo veel mogelijk worden vermeden. Namelijk door de eenvoud van taakinstructies en de korte duur van de taak, maar ook doordat mogelijke foutieve responsen geen invloed hebben op het verder taakverloop. Ook werden deze paradigma's zo opgebouwd dat verschillen in prestatie mee konden worden genomen bij de vergelijking van hersenactiviteit tussen de groepen.

In het laatste hoofdstuk wordt een eerste studie met één van deze paradigma's bij schizofrenie besproken. Hierbij toonden we aan dat niet enkel taakgebonden, maar ook taakonafhankelijke factoren, met name de mate waarin men de aandacht op de taak richt, zich vertalen in neurale activiteitsverschillen. Patiënten met schizofrenie toonden namelijk een verminderde capaciteit om een niet-taakgebonden netwerk dat instaat voor onder andere zelf-referentiële processen te onderdrukken tijdens het afleggen van de taak. Dit zou kunnen verklaren waarom er door de patiëntengroep minder aandacht op de taak zelf kon worden gericht en de taak vergeleken met controles trager en minder nauwkeurig werd uitgevoerd.’

Wat betekent je onderzoek voor de wetenschap, de hulpverlener en de patiënt?

‘Op wetenschappelijk niveau tonen deze studies aan hoe belangrijk het is taken te ontwikkelen die niet alleen netwerken aanspreken die relevant zijn voor schizofrenie, maar ook haalbaar zijn voor patiënten met deze stoornis. Zo kan gecontroleerd worden voor de invloed van niet-taakgebonden factoren op hersenactiviteit bij prestatieverschillen bij deze patiëntengroep. Voor een hulpverlener is het vaak bijzonder moeilijk in te schatten in hoeverre een behandeling van een eerste psychose zal resulteren in een volledig, partieel of gebrekkig herstel. Dit leidt tot heel wat onzekerheid zowel bij patiënt, zijn familie als de behandelaar. Het lijkt dan ook bijzonder belangrijk instrumenten te ontwikkelen die de determinanten van de prognose op neurale niveau kunnen in kaart brengen. Mogelijk kunnen zo op termijn ook meer gerichte behandelingen worden ontwikkeld. Het ontwerpen en testen van aangepaste paradigma's die op een betrouwbare manier hersennetwerken in kaart brengen om zo tot een neurale risicoarchitectuur van schizofrenie te komen, is hiervoor een eerste en noodzakelijke stap.’ ■





FOTOGRAFIE: HILDE PAUWELS

Andy De Witte: 'Alles wat pop en rock is, van de jaren 60 tot nu, probeer ik op te volgen.'

Psychiater Andy De Witte is een fervent muzikliefhebber. Hij speelt in twee bands en er zijn geregeld optredens. De therapeutische waarde van muziek is hem zeker niet vreemd.

HILDE PAUWELS, WETENSCHAPSJOURNALIST

Waarom ging je psychiatrie studeren?

'Een lange tijd twijfelde ik tussen geneeskunde en een professionele muzikloopbaan. Het werd dus geneeskunde, en meteen wist ik ook dat ik psychiatrie wilde studeren. Ik weet niet goed vanwaar dat komt, het was een soort buikgevoel. Weliswaar was er een twijfelmoment. Want ook chirurgie leek me wel iets. Tijdens mijn stage heelkunde kwam ik met patiënten in contact die zelfverwondend gedrag vertoonden. Dat frappeerde me zo dat mijn eerste keuze voor psychiatrie meteen heel duidelijk was. Na mijn opleiding werkte ik een jaar in het psychiatrisch ziekenhuis Sancta Maria te Sint-Truiden waar ik een afdeling voor somatoforme stoornissen oprichtte. Maar ik keerde samen met mijn partner terug naar mijn roots in Antwerpen. Ik werk nu als PAAZ-psychiater in het Sint-Vincentius ziekenhuis en startte met een privépraktijk. Die groeide intussen uit tot een huis voor psychotherapie, Miander.'

En wat doe je met je passie voor muziek?

'Van mijn zevende tot mijn 23^e volgde ik muzikles. Ik kom uit een muzikale familie. Mijn passie is dus waarschijnlijk genetisch bepaald. Samen met mijn broer speel ik bij Hexeen, genoemd naar de chemische structuur. We zijn met zes, vandaar. Onlangs vierden we ons vijftienjarig bestaan. Hexeen is een covergroep, we spelen pop en rock. Ook brengen we eigen nummers. Vroeger schreef ik zelf gedichten en teksten, ik componeerde ook enkele liedjes. De teksten van Hexeen worden vooral door onze zanger Hendrik Theunissen geschreven. De muziek maken we samen. Enkele jaren geleden brachten we met het eigen materiaal een cd uit. Intussen hebben we een nieuwe reeks nummers, dus een tweede cd behoort tot de ambities.'

Repeteren jullie vaak?

'Ja hoor. Om de twee tot drie weken repeteren we in mijn garage. Garagerock! Als er een optreden in het vooruitzicht ligt, drijven we het tempo op tot een wekelijkse repetitie.

Een leven vol muziek

Muziek is voor mij altijd heel therapeutisch geweest. Dat begon in het middelbaar toen ik vooral klassieke piano speelde. Ik vond het heel ontspannend, het bracht me rust. Nu is er het groepsgevoel. Het is fantastisch om samen iets te realiseren. Het is een echte vriendengroep geworden, wat logisch is als je vijftien jaar samenspeelt. Niemand van ons werd professioneel muzikant, maar we blijven oefenen.'

Hebben jullie nog plankenkoorts?

'Toch wel, maar dat duurt niet langer dan vijf minuten voor een optreden. Dan valt alle stress weg. We traden onlangs op in TRIX in Antwerpen, wat voor ons een hoogtepunt was. We konden er spelen voor vrienden en kennissen. In totaal waren er zowat vierhonderd mensen, schitterend was het. De locatie is bijzonder, onze zanger zorgde daarvoor. Hij is actief in vzw Den Tunnel die culturele activiteiten organiseert. Via die weg konden we TRIX reserveren.'

Welke muziek speel je het liefste?

'Ik ben een fervente bluesfan. Maar eigenlijk ben ik heel eclectisch: zowat alles kan. Het valt me moeilijk te kiezen. Alles wat pop en rock is, van de jaren 60 tot nu, probeer ik op te volgen. Als ik muziek ga kopen, kom ik vaak met zo'n twintig cd's thuis. Ik probeer graag nieuwe dingen uit, soms op basis van een tip of een fragmentje dat ik hoorde. Ook lees ik recensies. Als iets wordt aangeprezen, probeer ik ernaar te luisteren. Bands die me liggen zijn onder meer The Seatniffers, Editors en Kings of Leon. Maar ooit heb ik mijn hart verpand aan The Beatles. Ik ben een heel grote fan, ook al was dat een lange tijd *not done*. Maar ik blijf hun muziek appreciëren.'

Je speelt nog in een tweede band. Hoe kwam dat?

'Samen met kinderpsychiater Jan De Corte uit Sint-Truiden begon ik een band The Bende. Jan De Corte is zanger-gitarist van de groep. Toen ik ginds werkte, vroeg hij me om samen wat muziek te maken. Hij speelde al in verschillende groepen en is een fervent liefhebber. We brengen heel andere muziek: meer rock 'n roll en boogie, dus de jaren 60 en 70. Denk bijvoorbeeld aan de Rolling Stones en Eric Clapton. De stijl is heel anders, maar ook heel plezierig. Ik heb er de rit naar Limburg graag voor over, meestal is dat op zondagochtend. En we geven ook optredens, soms naar aanleiding van een verjaardag. Dus dat gaat van woonkamers tot zalen.' ■

Op <http://15jaarhexeen.podomatic.com> is een podcast te zien van het optreden in TRIX. Op YouTube zijn met de zoektermen Jan 50 Delmar of Hexeen Alma Pope twee filmpjes te zien.

Beeldvorming van de forensische psychiatrie in de media

PHILIPPE VAN PETHEGEM

Het jaar 2010 gaat de recente geschiedenis van de Belgische forensische psychiatrie in als een jaar waarin de beeldvorming in de media op zijn minst gezegd schaamte oproept. Niet alleen niet-psychiaters verdrongen zich voor de beeldbuis om *one-line statements* over doders, hun profiel en hun motieven te declameren, doch ook psychiaters en psychologen deinsden er niet voor terug zonder schroom krasse beschrijvingen, diagnoses en prognoses over niet-onderzochte personen de wereld in te sturen. Ook in fora merkten wij uitzichtloze discussies tussen de deskundigen die verstrikt raakten in het voorbereid splittend pleidooi van de advocaten, en uiteindelijk de eigen boodschap niet meer naar de jury konden vertolken. Misschien ligt het aan onze ethiek als psychiater, maar gehaaide advocaten zullen wij meestens niet worden! In deze stressvolle situaties is het een deugd bescheiden te blijven, raakpunten tussen visies te vinden en niet de collega proberen de loef af te steken: alleen verwarring is hiervan het resultaat en vernietigende koppen in de krant.

'Gehaaide advocaten zullen wij meestens niet worden'

Dynamische variabele

We dienen onze positionering in het debat goed te beseffen. Ons wordt dan door de media een gebrek aan duidelijkheid, rechtlijnigheid en eensgezindheid verweten, terwijl juist het tegensprekelijk aspect van het debat pas wetenschappelijk en democratisch is. Begrippen als al of niet toerekeningsvatbaar voor of het gevaarscriterium bevorderen deze vage begrenzing van een geestestoestand. Zoals reeds lang terecht aangebracht wordt dat we in de DSM de dynamische variabele van diagnoses missen, zo missen we in de wettelijk-juridische omschrijving van de geestesstoornis evenzo een dynamische factor in de tijd, plaats, en context. Het inschatten van gevaarlijkheid is ook een dynamisch en genuanceerd begrip, waarbij zowel bedreigende, beschermende als bufferende factoren dienen beschreven te worden. De uitkomst zal dan nooit 'afwezig of nul' zijn, maar wel licht, matig of hoog.

Erkenning

De nieuwe wet op de internering, reeds op 13 juli 2007 in het staatsblad verschenen maar waarvan de uitvoeringsbesluiten mogelijk ook in 2011 niet zullen worden gepubliceerd, laat misschien een meer genuanceerde omschrijving op concrete personen toe. De bruikbaarheid zal pas duidelijk worden wanneer deze in de praktijk wordt toegepast.

In de interneringswet wordt ook aangegeven dat de forensisch psychiater aan bepaalde door 'de Koning omschreven' criteria moet voldoen. De uitvoeringsbesluiten moeten dit verduidelijken. Naar analogie met de in 2008 opgerichte erkenningscommissie tot specialist in de verzekeringsgeneeskunde en medische expertise zal in de schoot van het RIZIV een erkenningscommissie worden opgericht. Kandidaten bereiden zich best nu al voor met praktijkervaring in het forensisch werkveld. Postacademische interuniversitaire vorming in de forensische psychiatrie en psychologie – die in het najaar 2011 haar 7e tweejaarlijkse cyclus start (informatie via het e-mailadres forensisch.psy@telenet.be) – biedt een goede wetenschappelijke basis.

Pijnpunt dat in 2010 in de media kwam en waarover de commissie Beroepsuitoefening van de VVP een open brief aan de minister heeft gericht, is de achterstand in België waar het gaat over financiële waardering, zowel in hoegrootheid als in uitbetaling van de onkostenstaten.

Krediet

Tot slot: wat de media schrijven, is niet fraai. Nochtans zijn het onze bondgenoten om de publieke opinie correct te informeren. Ik verwijs naar de reeks die deze zomer in Knack verscheen, met een objectief verhaal over forensische psychiatrie van prof. dr. Chris Dillen. Blijkbaar kan objectieve informatie wel wanneer ze losgekoppeld is van een sensationeel verhaal. Ook patiënten, medewerkers, en kennissen lieten mij in persoonlijke contacten een kritisch-positieve kijk op de forensische psychiatrie merken. We hebben nog krediet bij het publiek, maar proactief werken naar verbetering van onze beeldvorming is alvast aan de orde. Vandaar dat de sectie Forensische psychiatrie van de VVP in de loop van 2011 een symposium plant rondom de ethisch-forensische dimensie van beeldvorming van ons werkveld. ■

Richtlijnen in de Vlaamse psychiatrische praktijk: een enquête

FOTOGRAFIE: ISTOCK

De algemene houding ten aanzien van richtlijnen was genuanceerd positief.

In navolging van het lentecongres 2010 (Richtlijnen en de kunst van de psychiatrische praktijk) ontwikkelde het wetenschappelijk comité van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP) een enquête met betrekking tot richtlijnen in de Vlaamse psychiatrische praktijk. De eerste resultaten van deze enquête werden voorgesteld op het recente congres van 'Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde' te Berlijn.

JURGEN DE FRUYT

Focus van de enquête waren de algemene houding ten aanzien van richtlijnen en hun ontwikkeling, mogelijke barrières en hulpmiddelen bij de implementatie ervan. De vragenlijst werd opgesteld aan de hand van een reeds bestaande vragenlijst (Autrique et al., 2009; enquête met betrekking tot de houding van Belgische hulpverleners ten aanzien van richtlijnen bij de behandeling van middelengebonden stoornissen) en inzichten uit de implementatiewetenschap (wetenschap gericht op de vertaling van richtlijnen naar de klinische praktijk). Uit onderzoek blijkt implementatie in verschillende fases te verlopen. In elk van deze fases zijn mogelijke obstakels aanwezig: obstakels die te maken hebben met kennis, attitude, en externe factoren. Kennis betreft het weet hebben van en het zich vertrouwd kunnen maken met richtlijnen. Attitude betreft hoe hulpverleners zich verhouden tot *evidence-based medicine* en de toepasbaarheid van richtlijnen in het algemeen, alsook de toepasbaarheid van specifieke richtlijnen. Externe factoren zijn onder andere gebrek aan tijd of middelen, patiënten die andere keuzes maken dan door de richtlijn voorgeschreven, karakteristieken van de richtlijn (bijvoorbeeld tegenstrijdigheden, niet praktisch opgesteld). Er werd geprobeerd deze factoren zo exhaustief mogelijk in de enquête te vatten.

Uitkomsten

Deze enquête werd verstuurd naar alle VVP-leden: de respons was 36 procent, de respondenten waren representatief voor de verschillende settings en oriëntaties. De algemene houding ten aanzien van richtlijnen was genuanceerd positief. Richtlijnen werden vooral beschouwd als een nuttige synthese van brede wetenschappelijke informatie, een middel om iets over behandeling bij te leren. Het negatieve effect van richtlijnen op de autonomie van de hulpverlener, het rigide karakter van

richtlijnen en andere bezorgdheden werden uiteraard geuit, doch niet door een meerderheid. Volgens de respondenten diende bij de ontwikkeling van richtlijnen gebruik te worden gemaakt van wetenschappelijk onderzoek, breed gedefinieerd en met klinische relevantie. Richtlijnen mochten niet worden opgelegd maar dienden eerder een richting aan te geven. Deze houding werd gedeeld door ongeveer 50 procent. Vijfentwintig procent leek veel strikter in de interpretatie en de toepassing van wetenschappelijke evidentie: nadruk op strikt wetenschappelijk onderzoek, niet op klinisch oordeel of uniciteit van de patiënt. Bij 25 procent was deze focus juist omgekeerd.

Uiteenlopende barrières bij implementatie werden vermeld, zonder een duidelijk patroon. De verschillende obstakels met betrekking tot kennis, attitude en externe factoren werden door de respondenten aangehaald en bleken nauw met elkaar verbonden. Top drie van deze barrières waren: toepasbaarheid bij individuele patiënten (bijvoorbeeld problematiek van comorbiditeiten), beperkte kennis door een teveel aan richtlijnen en onverenigbaarheid van richtlijnen met de keuze van de patiënt. Financiële factoren (niet vergoed worden voor de implementatie van richtlijnen) kreeg de laagste score.

In tegenstelling tot de barrières, was de mening met betrekking tot potentiële hulpmiddelen duidelijker en meer uitgesproken. Ondersteuning (door onder andere lokale organisatie of experten), aanpassing van richtlijnen aan de Vlaamse context, trainingen, verbeterde beschikbaarheid (internet, samenvattingen) werden hierbij vermeld. Ondersteuning door beleid/regelgeving werd als minder belangrijk beschouwd.

Toepassing

Deze enquête kan richting geven aan hoe de VVP, op een door de leden gedragen manier, verder met richtlijnen dient om te gaan. De genuanceerde mening van een meerderheid van de respondenten (ten aanzien van richtlijnen en hun ontwikkeling) sluit aan bij hoe *evidence-based medicine* oorspronkelijk werd gedefinieerd: "the ideal clinician is always integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research while also taking into account client values, preferences and expectations" (Sackett, 1996). Deze genuanceerde houding vertaalt zich in de diversiteit van potentiële obstakels. Zoals aangegeven in de antwoorden over hulpmiddelen bij implementatie, lijkt voor de VVP een taak weggelegd bij het bekend maken van, aanpassen aan de Vlaamse context en training in de toepassing van richtlijnen: taken die overeenstemmen met de doelstellingen van een wetenschappelijke vereniging. De Vlaamse psychiater ziet minder heil in een financiële tegemoetkoming of regulerend beleid hieromtrent. ■

Veranderingen

Verandering houdt het leven spannend, maar met de jaren zoek ik toch naar minder intrusieve veranderingen in mijn leven als ik weer toe ben aan wat spanning. Afgelopen maanden ben ik veranderd van kapper en kort daarop van haarkleur. Toen ik zag hoe mijn collega's hierop reageerden, hield ik mijn hart vast toen men de nieuwe meubels voor mijn privépraktijk leverde. Ik dacht terug aan een psychoanalytische opleiding jaren terug waar er sprake was van een kader voor therapie... Er bleef niet veel meer over van mijn kader: nieuwe verlichting, nieuwe zetels en ja, nieuwe haarkleur. Gelukkig viel het allemaal nogal mee. Als patiënten al registreerden dat er iets was veranderd, kwamen er toch weinig opmerkingen. Slechts een enkeling gaf aan zich moeilijk te kunnen aanpassen aan de nieuwe psychiater. Als differentiële diagnostisch instrument misschien moeilijk vol te houden en weinig valideerbaar ... maar de diagnose autisme werd her en der wel opnieuw bevestigd. In diezelfde periode werd door het ziekenhuis de regel uitgevaardigd dat in het kader van betere handhygiëne polshorloges, ringen en nagellak vanaf nu moeten thuisgelaten worden. En dat in een sector waar voor 90 procent de dienst wordt uitgemaakt door vrouwen. Wellicht was er minder weerstand geweest

als men had gevraagd om vanaf nu de patiënten niet meer aan te raken, zelfs niet voor een handdruk! Ontkenning, verdringing, boosheid werden gevolgd door stilzwijgend negeren van het bevel. Ik voelde me een rebel door me aan een regel te houden. En vroeg me af wat de fantasie van onze patiënten zou zijn als we er massaal voor kozen om onze trouwring niet meer te dragen. We zullen het wellicht nooit te weten komen. Ik werd meewarig bekeken als ik mijn team probeerde te overtuigen dat het niet dragen van juwelen en nagellak weinig intrusief is in een mensenleven in vergelijking met de al dan niet impliciete verwachtingen die we aan ons patiënten stellen (verander je gedrag, je toekomstperspectief, je leven). En dat wij hen ook vaak regels opleggen op een afdeling waar ze niet direct de rationale van kunnen of willen begrijpen. Ook op ziekenhuisniveau staan er veranderingen op het programma. Artikel 107 lijkt de voorbode van een nieuwe geestelijke gezondheidszorg. En iedereen lijkt toch aan te voelen dat er ook hier nog behoorlijk wat water naar de zee zal moeten vloeien voor we alles hebben geïmplementeerd. Ach, veranderen is en blijft moeilijk. Het houdt het leven spannend maar herinnert ons er tevens aan dat elke verandering in



ANN
BERENS

ons leven, hoe klein ook, ons dichter bij de allerlaatste brengt. Daar waar we meer loslaten dan een ring of een haarkleur, maar het leven inruilen voor de dood. Veranderen impliceert loslaten van iets anders, wat we kennen. Geen probleem als we er vanaf willen, maar behoorlijk vervelend als naar ons gevoel het vorige nog wel werkte. Een zelfgekozen interieur is iets anders dan een opgelegde hand ontdaan van juwelen. Radicale acceptatie is een voorwaarde voor elke verandering. Radicaal genieten van elke zelfgekozen verandering misschien een voorwaarde om de opgelegde te kunnen verdragen ... ■

COLOFON

De Psychiater is een onafhankelijk tijdschrift, waarin opgenomen nieuws en mededelingen van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie en de Vlaamse Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie. *De Psychiater* verschijnt 4 maal per jaar in een oplage van 1.000 exemplaren.

REDACTIE

Benecke
Chantal Foeken, eindredactie
Arena Boulevard 61-75, 1101 DL Amsterdam
Telefoon: 0031 20 715 06 14
Fax: 0031 20 691 84 46
E-mail: chantal.foeken@benecke.nl

HOOFDREDACTEUR EN VOORZITTER REDACTIERAAD

Dr. Pascal Sienaert, UPC K.U.Leuven, campus Kortenberg

REDACTIERAAD

Dr. Sofie Crommen, Praktijk voor Kinderpsychiatrie, Zutendaal (voorzitter VVK)
Dr. Jeroen Decoster, UPC K.U.Leuven, campus Kortenberg
Dr. Inge Jeandarme, PC Ziekeren, St Truiden; F.P.K. De Grote Beek, Eindhoven
Dr. Emmanuel Maes, Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen, Tienen
Dr. François-Laurent De Winter, U.Z. Leuven, campus Gasthuisberg (voorzitter VVAP)

UITGEVER

Benecke
Wijnand van Dijk

VERENIGINGSSECRETARIAAT

Secretariaat VVPsychiatrie
Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg
Telefoon: 02 758 08 14, fax: 02 759 98 78
www.vvp-online.be E-mail: info@vvp-online.be

MEDEWERKERS AAN DIT NUMMER

Filip van Brabander | Patrick Marx |
Hilde Pauwels | An Swerts

VORMGEVING EN OPMAAK

Novente vormgevers, Barneveld

FOTO OMSLAG

Stefaan Baeten

PRODUCTIE

ËPOSPRESS, Zwolle

ABONNEMENTEN

Leden van de VVP, VVK en VVAP krijgen *De Psychiater* kosteloos toegezonden. Andere geïnteresseerde professionals kunnen zich via de uitgever abonneren à € 40,- per jaar.

ADRESWIJZIGING

VVP-, VVK- en VVAP-leden kunnen een adreswijziging sturen naar het verenigingssecretariaat.

ADVERTENTIES

Benecke
Arena Boulevard 61-75, 1101 DL Amsterdam
Telefoon: 0031 20 715 06 00
E-mail: linda.van.iwaarden@benecke.nl

© BENECKE 2011



Dit tijdschrift is gedrukt op ecologisch verantwoord papier.

De uitspraken van auteurs en geïnterviewden in artikelen in deze uitgave weerspiegelen niet noodzakelijkerwijs het standpunt van de redactie en de uitgever. Ook zijn uitgever en redactie niet verantwoordelijk voor de inhoud van andere uitingen, zoals cartoons, columns en advertenties. De redactie heeft geprobeerd alle rechthebbenden op teksten en beeld te achterhalen. In gevallen dat dit niet gelukt is, vragen wij u contact op te nemen met de eindredacteur, via chantal.foeken@benecke.nl.

6E JAARSYMPIOSIUM GEHECHTHEID

-TRAUMA-

Onder voorzitterschap van Liesbeth Eurelings-Bontekoe

- Over:**
- Separatie
 - Loverboys
 - Psychosomatiek
 - Zelfkwellende relaties
 - Secundaire traumatisering

Dinsdag 31 mei 2011

10.00-16.30 uur

Congrescentrum de Reehorst, Ede, Nederland

25 jaar





INVEGA®

PALIPERIDONE

Prolonged-Release Tablets

Publieksprijs	
INVEGA 3 MG	
28 tabl.	102,78 €
56 tabl.	196,58 €
INVEGA 6 MG	
28 tabl.	110,42 €
56 tabl.	211,85 €
INVEGA 9 MG	
28 tabl.	110,42 €
56 tabl.	211,85 €



Krachtig voor de geest. Zacht voor het lichaam.



NAAM VAN HET GENEESMIDDEL: INVEGA 3 mg, tabletten met verlengde afgifte; INVEGA 6 mg, tabletten met verlengde afgifte; INVEGA 9 mg, tabletten met verlengde afgifte. • **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING:** Iedere tablet met verlengde afgifte bevat 3 mg paliperidon. Hulpstof: iedere tablet bevat 13,2 mg lactose. Iedere tablet met verlengde afgifte bevat 6 mg paliperidon. Iedere tablet met verlengde afgifte bevat 9 mg paliperidon. • **FARMACEUTISCHE VORM:** Tabletten met verlengde afgifte. Langwerpige, capsulevormige witte tabletten met drie lagen met de opdruk 'PAL 3'. Langwerpige, capsulevormige beige tabletten met drie lagen met de opdruk 'PAL 6'. Langwerpige, capsulevormige roze tabletten met drie lagen met de opdruk 'PAL 9'. • **Therapeutische indicaties:** INVEGA is bestemd voor de behandeling van schizofrenie. • **Dosering en wijze van toediening:** Volwassenen: INVEGA dient oraal te worden ingenomen. De aanbevolen dosering van INVEGA is eenmaal daags 6 mg, 's morgens in te nemen. De inname van INVEGA dient te worden afgestemd op de voedselinname. De patiënt dient instructie te krijgen om INVEGA ofwel altijd op de nuchtere maag te nemen ofwel altijd bij het ontbijt in te nemen, en niet inname op de nuchtere maag met inname na voedsel af te wijken. Een dosistratie bij aanvang van de behandeling is niet nodig. Sommige patiënten kunnen gebaat zijn bij lagere of hogere doseringen binnen het aanbevolen dosisbereik van 3 tot 12 mg eenmaal daags. De dosisaanpassing, indien aangewezen, mag uitsluitend plaatsvinden na klinische evaluatie. Indien dosisverhoging aangewezen is, wordt een dosisaanpassing van 3 mg/dag aanbevolen en dient deze in het algemeen over een interval van meer dan 5 dagen te gebeuren. INVEGA dient in zijn geheel te worden doorgeslikt met een vloeistof, en mag niet worden gekauwd of gebroken. De werkzame stof bevindt zich binnen een niet-absorbeerbaar omhulsel, dat zo is ontworpen dat de werkzame stof met gereguleerde snelheid wordt afgegeven. Het omhulsel wordt samen met onoplosbare bestanddelen uit het binnenste van de tablet uit het lichaam verwijderd; patiënten hoeven zich geen zorgen te maken als ze in hun ontlasting iets opmerken dat eruit ziet als een tablet. • **Patiënten met leverinsufficiëntie:** Bij patiënten met milde of matige leverinsufficiëntie hoeft de dosis niet te worden aangepast. Aangezien INVEGA niet is onderzocht bij patiënten met ernstige leverinsufficiëntie, is voorzichtigheid bij deze patiënten geboden. • **Patiënten met nierinsufficiëntie:** Voor patiënten met een milde nierinsufficiëntie (creatinineklaring ≥ 50 tot < 80 ml/min), is de aanbevolen startdosis eenmaal daags 3 mg. Deze dosis kan verhoogd worden tot 6 mg éénmaal daags afhankelijk van de klinische respons en tolerantie. Voor patiënten met een matige tot ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring ≥ 10 tot < 50 ml/min), bedraagt de aanbevolen startdosis van INVEGA 1,5 mg éénmaal daags, deze kan verhoogd worden tot eenmaal daags 3 mg na een klinische herevaluatie. Aangezien INVEGA niet is onderzocht bij patiënten met een creatinineklaring lager dan 10 ml/min, wordt het gebruik bij deze patiënten niet aangeraden. • **Ouderen:** De aanbevolen doseringen voor oudere patiënten met een normale nierfunctie (≥ 80 ml/min) zijn hetzelfde als voor volwassenen met een normale nierfunctie. Omdat oudere patiënten echter een verminderde nierfunctie kunnen hebben, kan aanpassing van de dosis nodig zijn, afhankelijk van hun nierfunctie (zie **Patiënten met nierinsufficiëntie** hierboven). INVEGA dient met de nodige voorzichtigheid te worden gebruikt bij ouderen met demantie met risicofactoren voor een CVA. • **Kinderen:** De veiligheid en werkzaamheid van INVEGA bij patiënten jonger dan 18 jaar werden niet bestudeerd. Er is geen ervaring bij kinderen. • **Andere bijzondere groepen:** Er wordt geen dosisaanpassing van INVEGA aanbevolen op basis van geslacht, ras of rookgedrag. • **Overschakelen op andere antipsychotica:** Er zijn geen systematisch verzamelde gegevens over specifieke patiënten die van INVEGA overschakelen naar andere antipsychotica. Door de verschillende farmacodynamische en farmacokinetische profielen van de antipsychotica onderling dient de overschakeling naar een ander antipsychoticum, indien medisch noodzakelijk, onder toezicht van een arts te gebeuren. • **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel, risperidon, of voor een van de hulpstoffen. • **Bijwerkingen:** De meest gerapporteerde bijwerkingen die in klinische studies werden gemeld, zijn hoofdpijn, akathisie, slaperigheid, sedatie, duizeligheid, extrapyramidale stoornissen, tachycardie, agitatie, constipatie, nausea, tremor, dyspepsie, braken, droge mond, hypertonie, sinus tachycardie, gewichtstoename, dystonie en vermoeidheid. De volgende bijwerkingen bleken dosisgerelateerd te zijn in klinische studies bij schizofrenie: gewichtstoename, hoofdpijn, hypersalivatie, braken, dyskinesie, akathisie, dystonie, extrapyramidale stoornissen, hypertonie en parkinsonisme. Hieronder worden alle bijwerkingen weergegeven die in klinische studies en postmarketing zijn gemeld. De bijwerkingen worden als volgt uitgedrukt: zeer vaak ($\geq 1/10$); vaak ($\geq 1/100$, $< 1/10$); soms ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$); zelden ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$); zeer zelden ($< 1/10.000$) en niet bekend (kan met de beschikbare gegevens uit klinische studies niet worden bepaald). Binnen elke frequentiegroep, worden de nevenwerkingen voorgesteld in afnemende graad van ernst. De frequentiecategorie is vastgesteld op basis van de gepoolde gegevens van zes placebo-gecontroleerde, dubbelblinde studies bij schizofrenie en bipolaire stoornis. Er waren in totaal 1205 volwassen personen met schizofrenie die aan drie placebogecontroleerde, 6 weken durende, dubbelblinde klinische studies deelnamen. Van hen ontvingen er 85 INVEGA in vaste doseringen tussen 3 mg en 12 mg eenmaal daags. Daarnaast bevat de gepoolde gegevensset 1257 vol-

wassen personen met bipolaire stoornis die deelnamen aan drie placebogecontroleerde, dubbelblinde studies, van wie er 739 INVEGA ontvingen. • **Infecties en parasitaire aandoeningen:** Vaak: urineweginfectie; • **Immuun-systeemaandoeningen:** Soms: angio-oedeem; Zelden: anafylactische reactie, overgevoeligheid; • **Endocriene aandoeningen:** Zelden: hyperprolactinemie; • **Voedings- en stofwisselingsstoornissen:** Vaak: gewichtstoename, verhoogde eetlust; Soms: hyperglykemie; • **Psychische stoornissen:** Vaak: agitatie; Soms: nachtmerrie; • **Zenuwstelselaandoeningen:** Zeer vaak: hoofdpijn; Vaak: dystonie, extrapyramidale stoornissen, akathisie, tremor, hypertonie, duizeligheid, kwijlen, sedatie, slaperigheid; Soms: syncope, tardieve dyskinesie, dysartrie, parkinsonisme, dyskinesie, orthostatische hypotensie, lethargie; Zelden: beroerte (TIA), grand mal convulsie, convulsie, parkinsonachtige gang, tandradrigiditeit; • **Niet bekend:** cerebrovasculair accident, maligne neuroleptica-syndroom; • **Oogaandoeningen:** Vaak: wazig zicht; Soms: ologyrische crisis; • **Hartaandoeningen:** Vaak: sinus tachycardie, tachycardie, bundeltakblok; Soms: eerstegraads atrioventriculair blok, bradycardie, bundeltakblok links, palpities, abnormaal elektrocardiogram, sinusaritmie; Zelden: verlengd QT op elektrocardiogram; • **Bloedvataandoeningen:** Vaak: orthostatische hypotensie; • **Soms:** hypotensie; Zelden: ischemie; • **Ademhalingsstelsel-, borstkas- en mediastinum-aandoeningen:** Vaak: ryngolaryngeale pijn, neuscongestie; • **Niet bekend:** pneumonie, aspiratie; • **Maagdarmstelselaandoeningen:** Vaak: braken, pijn in de bovenbuik, maagongemak, nausea, dyspepsie, droge mond, constipatie; Soms: hypersalivatie, flatulentie; • **Niet bekend:** obstructie van de dunne darm, gezwollen tong; • **Huid- en onderhuidaandoeningen:** Vaak: pruritus; Soms: rash; Zelden: rash papulair; • **Skeletspierstelsel- en bindweefsel-aandoeningen:** Vaak: artralgie, rugpijn, pijn in extremiteiten; Soms: spierigiditeit, spierspasmen, spiertrekkingen, spierpijn, trismus; Zelden: torticollis; • **Nier- en urineweg-aandoeningen:** Soms: urineretentie; Zelden: urine-incontinentie; • **Voortplantingsstelsel- en borstaandoeningen:** Soms: erectiestoornissen, galactorroe, amenorroe, retrograde ejaculatie; Zelden: gynaecomastie, tepelvloed, onregelmatige menstruatie, gevoeligheid van de borsten; • **Niet bekend:** priapisme; • **Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen:** Vaak: asthenie, vermoeidheid; Soms: oedeem, perifeer oedeem. • **Ouderen:** In een studie bij oudere patiënten met schizofrenie bleek het veiligheidsprofiel hetzelfde als bij niet-ouderen. INVEGA is niet onderzocht bij ouderen met demantie. In klinische studies met enkele andere atypische antipsychotica zijn verhoogde risico's gemeld op overlijden en cerebrovasculaire incidenten (zie rubriek 4.4). • **Bijwerkingen van bijzonder belang voor deze klasse: Extrapyramidale symptomen (EPS).** In klinische studies werd er geen verschil waargenomen tussen placebo en de doseringen van 3 en 6 mg van INVEGA. Bij de twee hogere doseringen van INVEGA (9 en 12 mg) werd een dosisafhankelijkheid voor EPS gezien. EPS omvatte een gepoolde analyse van de volgende symptomen: dyskinesie, dystonie, hyperkinesie, parkinsonisme en tremor. • **Gewichtstoename.** In klinische studies werden de percentages deelnemers vergeten die $\geq 7\%$ gewichtstoename hadden (het criterium voor gewichtstoename). Hieruit bleek dat de incidentie van gewichtstoename bij de doseringen 3 en 6 mg INVEGA vergelijkbaar was met placebo, en de incidentie van gewichtstoename bij de doseringen 9 mg en 12 mg INVEGA bleek hoger te zijn in vergelijking met placebo. • **Laboratoriumonderzoeken: serumprolactine.** In klinische studies werd bij 67% van de patiënten die behandeld werden met INVEGA een mediane toename in serumprolactine waargenomen. Bijwerkingen die mogelijk duiden op een verhoogde prolactinespiegel (bijv. amenorroe, galactorroe, gynaecomastie) werden bij 2% van de patiënten gemeld. De maximaal gemiddelde toename van de prolactineconcentratie in het serum werd in het algemeen gezien op de 15de dag van de behandeling, maar bleef op het einde van de studie boven de uitgangswaarde. • **Klasse-effecten:** QT-verlenging, ventriculaire aritmieën (ventrikelfibrilleren, ventrikeltachycardie), plotsse onverklaarbare dood, hartstilstand en 'torsade de pointes' kunnen bij gebruik van antipsychotica optreden. Met het gebruik van antipsychotica zijn er gevallen gemeld van veneuze trombo-embolie, waaronder gevallen van longembolie en diep-veneuze trombose - frequente niet bekend. Paliperidon is de actieve metabool van risperidon. Het veiligheidsprofiel van risperidon kan van toepassing zijn. • **Aard en inhoud van de verpakking:** Doordrukstrips: Polyvinylchloride (PVC)-laag bedekt met polychloor-trifluorethyleen (PCTFE)/aluminium doordruklaag. Verpakkingsgrootten: 28 en 56 tabletten met verlengde afgifte. • **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, België • **NUMMER(S) VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:** 28 tabletten 3 mg: EU/1/07/395/001; 56 tabletten 3 mg: EU/1/07/395/004; 28 tabletten 6 mg: EU/1/07/395/006; 56 tabletten 6 mg: EU/1/07/395/009; 28 tabletten 9 mg: EU/1/07/395/011; 56 tabletten 9 mg: EU/1/07/395/014 • **DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST:** 01/07/2010. Meer informatie is beschikbaar op verzoek. • **REFERENTIES:** Davidson M. et al. Efficacy, safety and early response of paliperidone extended-release tablets (paliperidone ER): results of a 6-week, randomized, placebo-controlled study. Schizophr. Res. 2007; 93(1-3):117-130. Kramer M. et al. Paliperidone Extended-release tablets for prevention of symptom recurrence in patients with schizofrenie: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Journal of Clin. Psychopharmacology. 2007; vol. 27; 1



JANSSEN-CILAG
50 jaar onderzoek in psychiatrie