**Abstracts**

**Ik heb er geen verklaring voor (SOLK)**

Nettie Blankenstein, hoofd huisartsopleiding afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Amsterdam UMC

Als adequaat medisch onderzoek geen verklaring biedt voor aanhoudende lichamelijke klachten spreken we tegenwoordig over SOLK, Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten. Het idee bestaat dat SOLK in verhoogde mate voorkomen bij allochtone patiënten. We gaan in op de mogelijke achtergronden hiervan (taalproblemen, cultuurverschillen) en bespreken de aanpak van SOLK in de eerste lijn. Hoe ver ga je als huisarts in de diagnostiek, wanneer verwijs je naar een SOLK-poli en hoe werk je hierbij optimaal samen met je POH-GGZ?

**Ziek van eenzaamheid**

Prof. dr. Anja Machielse Bijzonder hoogleraar Empowerment van Kwetsbare Ouderen

Door het overlijden van een dierbare, een scheiding, een verhuizing, ontslag of andere factoren kan eenzaamheid het leven langzaam insluipen. Voor een grote groep mensen (vooral 55-plussers) is het opnieuw opbouwen van een sociaal netwerk erg moeilijk. Van de mensen boven de 75 jaar die alleen wonen, lijdt maar liefst 1 op de 10 aan ‘intense’ eenzaamheid. Dat is niet alleen diep triest, het is ook een gezondheidsrisico. Eenzaamheid kan leiden tot depressie en suïcide en tot vervroegd overlijden. In deze les gaan we in op de mogelijkheden die er zijn om eenzame patiënten uit hun isolement te krijgen en hen te helpen om verbindingen te maken met anderen die het leven weer betekenis geven.

Eenzaamheid: wat is en wat kunnen we eraan doen?

* Wat is eenzaamheid? (iedereen kent het gevoel, maar geeft er een andere invulling aan, daarom is het een complex vraagstuk; het gaat om een gemis aan bepaalde soorten relaties, kwaliteit van relaties, existentieel gemis).
* Vormen van eenzaamheid; sociale eenzaamheid, emotionele eenzaamheid, existentiële eenzaamheid.
* Tijdelijke eenzaamheid (bv. na overlijden partner, echtscheiding, verhuizing), en structurele (langdurige) vormen van eenzaamheid (door verlies van netwerk, gezondheidsproblemen cognitieve problemen, mobiliteitsproblemen, gevoel niet meer nuttig te zijn, besef van eindigheid)
* Gevolgen van (langdurige) eenzaamheid in termen van welzijn, gezondheid en probleemcumulatie.
* Oplossen van eenzaamheid: geen standaardoplossing, verschillende oorzaken en achtergronden, verschillende sociale behoeften, verschillende sociale competenties
* Mogelijke oplossingen: veel soorten interventies, maatwerk, routines doorbreken, competenties versterken, motivatie is belangrijk.
* Van belang: eenzaamheid niet altijd oplosbaar, belang van de woonomgeving

Leerdoelen:

De deelnemers weten na afloop:

* Welke soorten eenzaamheid er zijn;
* Wat achtergronden en verschijningsvormen van eenzaamheid zijn;
* Wanneer eenzaamheid normaal is en wanneer het een probleem is;
* Wat ze kunnen doen aan eenzaamheid.

Gebruik van bronnen:

* Eigen (wetenschappelijk) onderzoek (sinds 1998)
* Wetenschappelijke en populariserende artikelen en boeken over eenzaamheid
* Ervaringen met landelijke en lokale aanpak van eenzaamheid
* Ervaringen als lid van de Wetenschappelijke Advies Commissie ‘Een tegen eenzaamheid’ van het ministerie van VWS.

**Rouwverwerking bij verlies van gezondheid**

Manu Keirse, is een veel gevraagd rouwspecialist en auteur van verschillende boeken over rouw en verlies

Het thema rouw mag in een ‘the best of editie’ van op de sofa natuurlijk niet ontbreken. Dit keer staat het omgaan met verlies van gezondheid centraal. Deze vorm van rouw grijpt in op alle aspecten van het leven. Patiënten zijn vaak het vertrouwen in hun lichaam kwijt, bang dat de ziekte terugkomt en boos ‘waarom moest dit mij overkomen’. Ook het gevoel eigenwaarde en beleving over de toekomst wordt aangetast. Aan de hand van verschillende voorbeelden laten we zien hoe u patiënten, die te maken hebben met verlies van gezondheid, zo goed mogelijk door dit rouwproces kunt heen loodsen.

Leerdoel:

De bedoeling van deze sessie is artsen concrete inzichten en richtlijnen te geven voor het omgaan met verdriet en verlies bij hun patiënten. Ook al weten wij dat artsen in de praktijk zeer frequent worden geconfronteerd met verlieservaringen, toch is een gedegen instructie hieromtrent vaak geen onderdeel van de normale training en opleiding.

Ook al bestaat er een grote diversiteit aan verlieservaringen en reageren verschillende patiënten hierop steeds op een unieke wijze, toch zijn er universele reactiepatronen te herkennen. In deze sessie wordt aangegeven wat verlies adequaat verwerken precies betekent, hoe men dit proces kan ondersteunen, en mensen kan helpen om zich opnieuw aan het leven toe te vertrouwen.

Via concrete voorbeelden en suggesties wordt duidelijk gemaakt hoe men voor patiënten in het tijdsbestek van een normale raadpleging van vijftien minuten het verschil kan maken.

Gebruik van bronnen:

* Manu Keirse Helpen bij verlies en verdriet. Een gids voor het gezin en de hulpverlener. Leuven: Lannoo; 2017 (7de druk), 320 pp.

**Burn-out en bore-out: in beide gevallen naar de huisartspraktijk**

Witte Hoogendijk, psychiater, hoogleraar en hoofd van de afdeling Psychiatrie bij het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam. Hij is gespecialiseerd in stress en burn-outs.

Samenvatting van de nascholing:

In veel gevallen is de oorzaak van een burn-out werkgerelateerd, maar ook de thuissituatie of juist de combinatie werk-privé kan voor chronische stress zorgen. Het herkennen van een (dreigende) burn-out is belangrijk om zo snel mogelijk met de begeleiding en behandeling te kunnen starten en eventueel langdurig ziekteverzuim te voorkomen. Daarom laten we tijdens deze les nog eens zien welke symptomen horen bij een burn-out, hoe u die kunt onderscheiden van een depressie en wat u kunt doen om de patiënt van de klachten af te helpen. Ook staan we stil bij de behandeling van mensen met een zogenaamde bore-out: overspannen door chronische onderspanning. Oftewel: moe van verveling.

Leerdoelen:

Na het volgen van deze les:

* Kunt u uitleggen wat onder burn-out verstaan wordt
* kunt u de verschillende oorzaken van burn-out benoemen
* Kunt u de differentiaal diagnose maken tussen overspannenheid, burn-out en depressie
* Kunt u de patiënt begeleiden bij herstel van stress
* Kunt u de indicatie stellen voor het starten van een behandeling voor burn-out
* Weet u hoe u een burn-out kunt behandelen
* Heeft u kennis van cognitief gedragstherapeutische interventies om een te kritisch zelfbeeld te ‘repareren’.
* Weet u hoe en wanneer u evalueert tijdens de behandeling
* Heeft u handvatten in het gesprek met patiënt en familie wanneer het over burn-out (recidief) preventie gaat

Gebruik van bronnen:

* Van Big bang tot Burn-out: het grote verhaal over stress door Witte Hoogendijk en Wilma de Rek. Balans, 2017
* Leerboek Psychiatrie, derde druk, door Hengeveld e.a. De Tijdstroom 2016
* Bastiaanssen MHH, Loo MAJM, Terluin B, Vendrig AA, Verschuren CM, Vriezen JA. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning en burn-out. Huisarts Wet 2011:54(12);10-S11-6.
* Venrooij, M.H van (editie 2014).Protocollaire GGZ. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).
* Schreuders, B. (2015). Protocollen voor de begeleiding van mensen met psychische klachten. Handleiding voor de POH-GGZ en overige zorgprofessionals. BSL, Houten.
* Hoogduin, K. (2015) Werkstress, overspanning, burn-out en andere psychische klachten diagnostiek, behandeling en begeleiding

**Depressieve jongeren**

Yvonne Stikkelbroek is universitair docent orthopedagogiek en klinisch psycholoog aan de Universiteit Utrecht. Zij is gespecialiseerd in de behandeling van jongeren met een depressie.

De overheid is onlangs gestart met een landelijke campagne over jongeren met een depressie. Maar liefst 1 op de 15 kinderen krijgt een depressie. Met als gevolg dat zelfdoding de nummer 1 doodsoorzaak is onder jonge mensen. Waar komt dat door? Waarom zijn veel jongeren ongelukkig? Hoe weet u of klachten, zoals een langdurig rotgevoel, onzekerheid, concentratieproblemen of extreme moeheid, horen bij een bepaalde leeftijdsfase, of bij een depressie? Welke gevallen kunt u behandelen in de huisartspraktijk en wanneer verwijst u door naar een jeugdpsycholoog of -psychiater? En wat is tegenwoordig het voorschrijfbeleid op het gebied van antidepressiva bij jongeren Deze les gaat over het signaleren, bespreekbaar maken en behandelen van depressies bij jongeren.

Deze les begint met een uitleg over waarom de adolescentie een roerige periode is als het gaat om stemmingsproblemen, onzekerheid en vermoeidheidsklachten. Vaak kunnen zulke klachten in deze leeftijdsfase worden verklaard vanuit de lichamelijke, sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling. Bij een deel van de jeugdigen spreken we echter niet van een ‘dip’ of ‘normale somberheid’ maar is er sprake van een klinische depressie. Wanneer spreken we nu van een depressie, wat ligt eraan ten grondslag en hoe kan een depressie zich bij jeugdigen soms anders manifesteren dan bij volwassenen? Het tweede deel van de les gaat over het signaleren en bespreekbaar maken van depressie bij jongeren en de drempel die jongeren daarbij kunnen ervaren. Tevens wordt stil gestaan bij de behandelrichtlijn voor depressie bij jeugdigen. Na afloop weet u welke symptomen kunnen duiden op een depressie en welke behandelingen kunnen worden ingezet.

Leerdoelen:

* Deelnemers beschikken over basiskennis m.b.t. de veranderingen in de ontwikkeling en organisatie van de hersenen in de adolescentie en de invloed daarvan op de lichamelijke (hormonale), cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling
* Deelnemers beschikken over basiskennis m.b.t. een depressie bij adolescenten
* Deelnemers hebben zicht op de behandelrichtlijn voor jongeren met een depressieve stoornis

Gebruik van bronnen:

* ‘De ontwikkeling van het kind’ door F. C. Verhulst (van Gorcum, 2005)
* DSM IV-TR- en DSM-V-gids
* ‘Het puberende brein’ door E. Crone (Bert Bakker, 2008)
* ‘Kinder- en jeugdpsychiatrie, behandeling en begeleiding’ door F. Verheij, F.C. Verhulst, R.F. Ferdinand (red.) (van Gorcum, 2007)
* ‘Cognitieve gedragstherapie bij depressie’ door B. Timbremont, G. Bosmans, C. Braet in Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten 1 (Boom, 2008).
* [www.kenniscentrum-kjp.nl](http://www.kenniscentrum-kjp.nl)
* Prins, P.J.M & Braet, C. (2014). Handboek Klinische Ontwikkelingspsychologie (2e geheel herziene editie). Houten: Bohn Stafleu VanLoghum/Springer Media.
* Stikkelbroek, Y., Bouman, H., & Cuijpers, P. Doepressie protocol. [www.doepressie.nl](http://www.doepressie.nl)

**Sociale angststoornis: wat zullen ze wel niet van mij denken!**

Pieternel Dijkstra, sociaal psycholoog

Mensen met een sociale-angststoornis, zijn bang voor wat anderen van hun denken. Alleen al de gedachte om naar een etentje of feestje te moeten gaan, geeft grote angst. Sommige mensen raken in paniek als ze een presentatie voor een groep mensen moeten geven. Het idee dat andere mensen slecht over hun denken, boezemt angst in en kan klachten geven zoals hartkloppingen en benauwdheid. Hierdoor wordt de angst vaak nog groter waardoor sociale gelegenheden zoveel mogelijk worden vermeden. Hoe ontstaat een sociale angststoornis? Met welke klachten meldt de patiënt zich bij u in de praktijk? En welke behandelmogelijkheden zijn er?

In deze les staat de sociale angststoornis centraal, een psychiatrische stoornis waar zo’n 10 tot 15% van de mensen gedurende zijn of haar leven mee te maken krijgt. In de les wordt ingegaan op het verschil tussen verlegenheid en sociale angststoornis, op symptomen van een sociale angststoornis, en hoe nu precies vast te stellen hoe ernstig de symptomen van een sociale angststoornis zijn. In het kader hiervan wordt aandacht besteed aan onder andere de DSM-5 criteria voor sociale angststoornis en de DSM5 – severity measure for social anxiety disorder (SAD). Ook wordt stilgestaan bij oorzaken voor de stoornis, zoals erfelijkheid en negatieve ervaringen met sociale situaties, en de gevolgen ervan, zoals een sociaal isolement en depressieve klachten. Behandeling van de stoornis is van groot belang omdat de stoornis gepaard gaat met twee mechanismen die de stoornis in stand houden waardoor de stoornis zelden vanzelf overgaat. Deze twee mechanismen betreffen angst-opwekkende gedachten over sociale situaties (cognitief mechanisme) en de vermijding van sociale situaties (gedragsmatig mechanisme). Een effectieve psychologische behandeling van de sociale angststoornis grijpt dan ook in op deze 2 componenten, en bevat, naast exposure in vivo (gedragsmatige component), ook het anders omgaan met angst-opwekkende gedachten middels cognitieve herstructurering, aandachttraining en/of defusie. De behandeling middels medicatie valt buiten deze les. In de les krijgen deelnemers niet alleen kennis aangereikt maar ook:

* Een test van de American Psychiatric Association waarmee de ernst van symptomen van een sociale angststoornis kan worden vastgesteld
* Handouts die gebruikt kunnen worden om een patient met een sociale angststoornis meer inzicht te geven in diens gedrag (functie-analyse) en te stimuleren tot gedragsexperimenten.

Leerdoelen:

1. Deelnemers weten hoe ze symptomen van een sociale angststoornis, alsmede gradaties daarin, kunnen herkennen.

2. Deelnemers weten op welke wijze een sociale angststoornis kan ontstaan en zichzelf in stand houdt

3. Deelnemers kunnen een functie-analyse toepassen op vermijdende gedragingen.

4. Deelnemers weten hoe ze een patient kunnen begeleiden bij een gedragsexperiment.

5. Deelnemers weten welke effectieve interventies er zijn om symptomen van een sociale angststoornis te verminderen

Bronnen:

• APA (2018). Online assessment measures: Severity measure for social anxiety disorder (social phobia)—Adult. Geraadpleegd op 27 oktober 2018 op: . https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/educational-resources/assessment-measures

• Barrera, T.L., et al. (2016). An experimental comparison of techniques: Cognitive defusion, cognitive restructuring, and in-vivo exposure for social anxiety. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 44, 249-254.

• LeBeau, R. et al. (2016). The DSM-5 social anxiety disorder severity scale: Evidence of validity and reliability in a clinical sample. Psychiatry Research, 244, 94-96.

• Mayo-Wilson, E., et al. (2014). Psychological and pharmalogical interventions for social anxiety disorder un adults: A systematic review and network meta-analysis. The Lancet, 1, 368-376.

• Vonken, M., & Allart, E. (2017). Protocollaire behandeling van patienten met een sociale angststoornis. In: G. Keyers et al. (red), Protocollaire behandeling voor volwassenen met psychische klachten (deel 1, pp 107-176.). Amsterdam: Boom.