

SYMPOSIUM

'DE TOEKOMST VAN DE PSYCHOLOOG'

KEYNOTES

Prof. Dr.

Bruce Wampold

Prof. Dr.

Philippe Delespaul

VRIJDAG

7 OKTOBER

LOCATIE

Aula UGent

Maastricht University

Redesigning
Psychiatry

F-ACT
Nederland

PSY
CHOS
EN
ET .BE



CCAF

Mondriaan
voor geestelijke gezondheid

over de toekomst van ons vak & over onze roots recontextualizing psychiatry & psychologists

Philippe Delespaul

(ph.delespaul@maastrichtuniversity.nl)

De toekomst van de klinische psycholoog -- Gent, 7 oktober 2022

disclaimer



Redesigning
Psychiatry



voor een klinisch psycholoog

gaat het om kennis over het 'normale'
het adaptief vermogen van mensen
over weerbaarheid en veerkracht
... over gezondheid
well-being

laat de psychiater zich bezig houden met ziekte, kwetsbaarheid
en 'ill-health'...

voor een klinisch psycholoog

**dimensioneel denken
zit in ons bloed**

(waar en sinds wanneer zijn we dat vergeten?)



'meta'-dialoog over 'kennis'

(≠ meta-analyse)

het gaat **niet** om detail kennis
maar om de robuuste geaccumuleerde (meta-)kennis
wat er echt toe doet

ons vak re-designen is een ethische noodzakelijkheid!

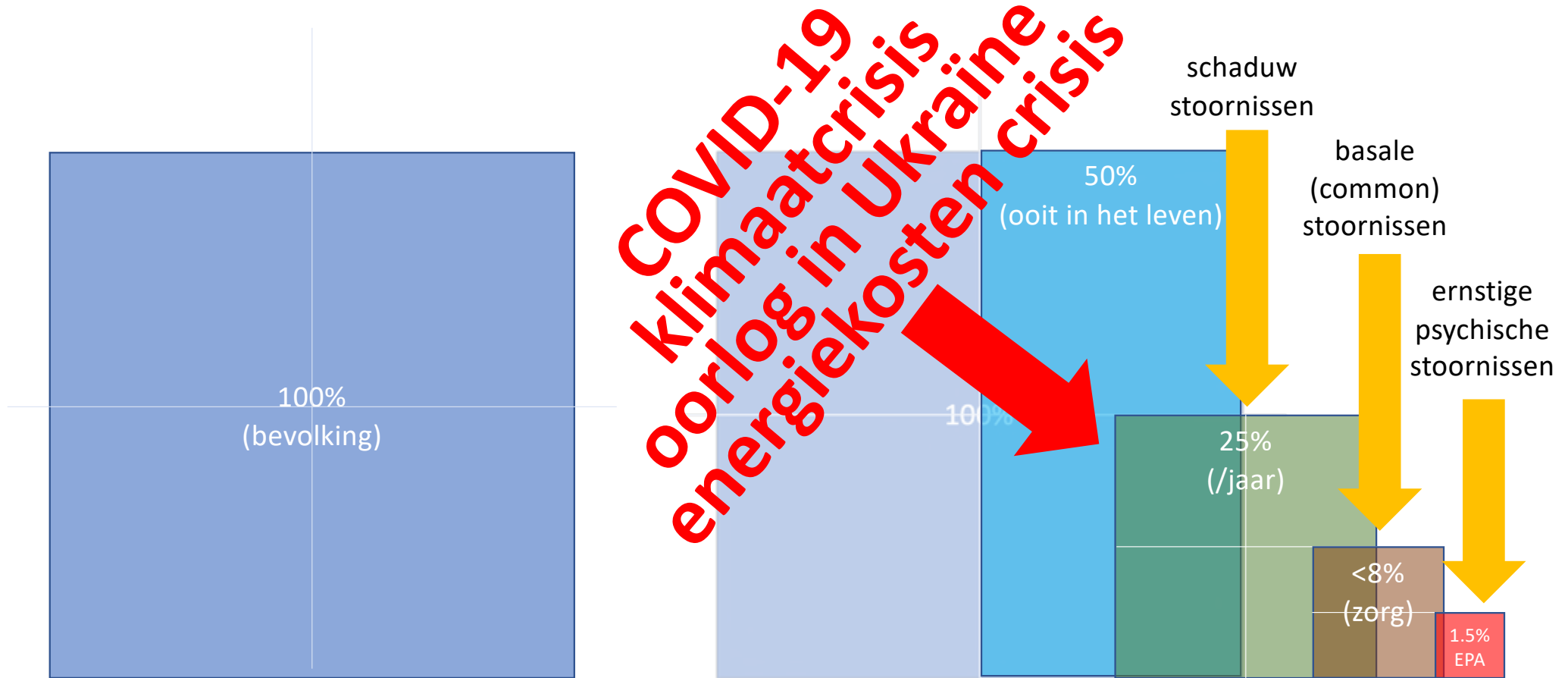
psychisch lijden: prevalentie (onze uitdaging)



Redesigning
Psychiatry



waar het om gaat: psychisch lijden in de regio



GGZ problemen zijn zelden 'banaal'

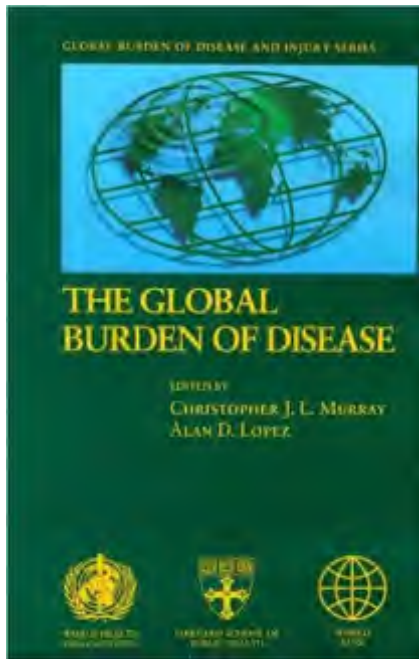
ook zgn. 'lichte' ggz problemen geven vaak een participatie-uitval van 3+ maanden met een hoge maatschappelijke kost (depressies zorgen in Nederland gemiddeld voor 300 dagen arbeidsongeschiktheid)

dus: geen argument om mensen uit te sluiten van zorg...

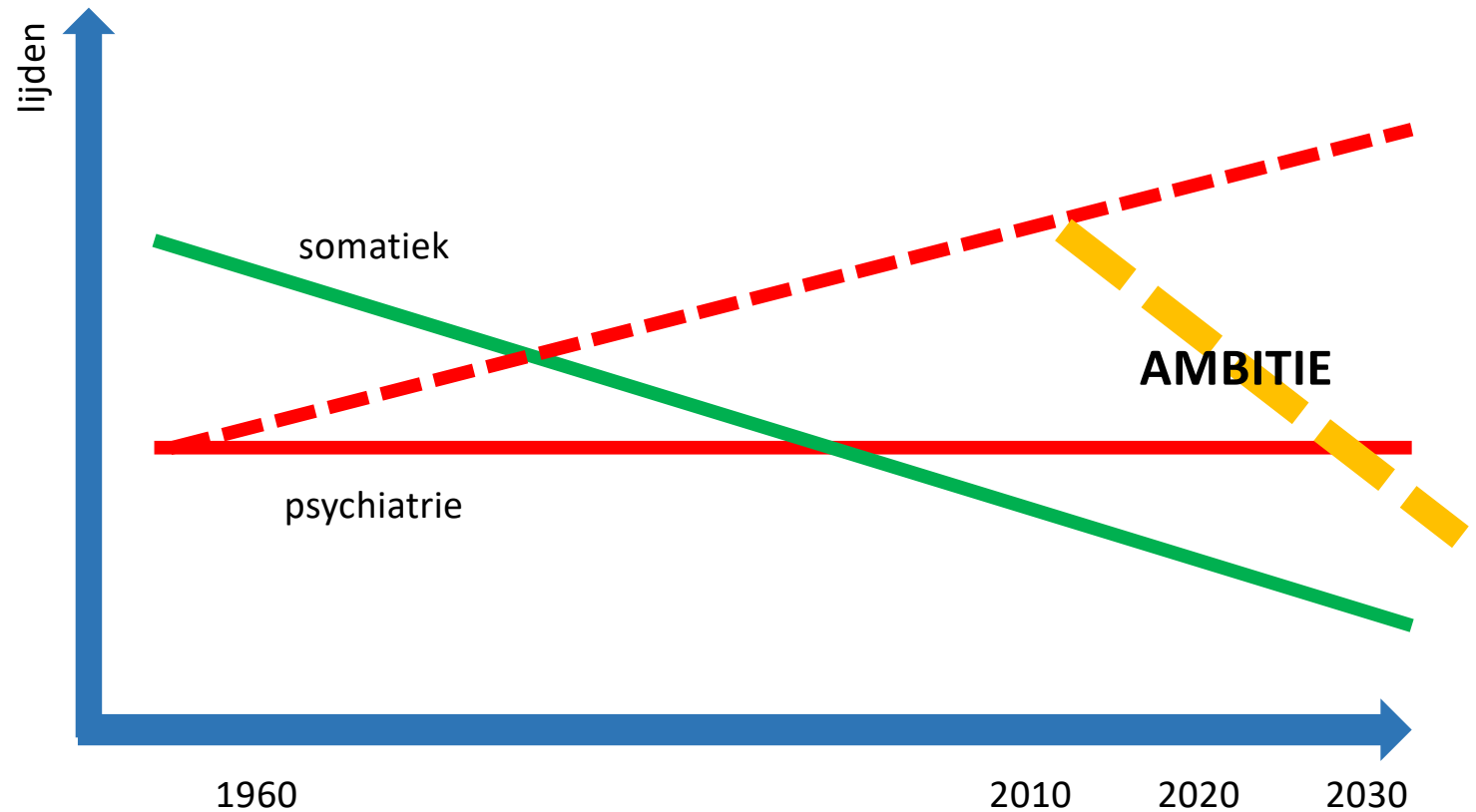
scherp indiceren (precisiediagnostiek) tussen 'echte' psychopathologie en normaal menselijk lijden is een mythe (onmogelijk/onzinnig)

maar toch moeten we schaarse middelen prioriteren

GGZ verliest de strijd... psychisch lijden is een **internationale crisis**



WHO
Global Burden of Disease
(over het 'lijden' in de wereld)



‘wachlijsten’ zijn onvermijdelijk
(ook (en misschien vooral) in ‘rijke’ ggz landen)

hoe managen we
de grote geestelijke gezondheidsnoden
in de maatschappij?

wat loopt mis?



Redesigning
Psychiatry



The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change?

Jim van Os^{1,3}, Sinan Guloksuz^{2,4}, Thomas Willem Vijn⁵, Anton Hafkenscheid⁶, Philippe Delespaul^{2,7}

¹Department of Psychiatry, Brain Centre Rudolf Magnus, University Medical Centre Utrecht, Utrecht, The Netherlands; ²Department of Psychiatry and Psychology, Maastricht University Medical Centre, Maastricht, The Netherlands; ³Department of Psychosis Studies, King's College London, King's Health Partners, Institute of Psychiatry, London, UK; ⁴Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA; ⁵Radboud University Medical Center, Radboud Institute for Health Sciences, Scientific Center for Quality of Healthcare, Nijmegen, The Netherlands; ⁶Arkin/Sinar Centrum, Amsterdam, The Netherlands; ⁷Mondriaan, Heerlen/Maastricht, The Netherlands

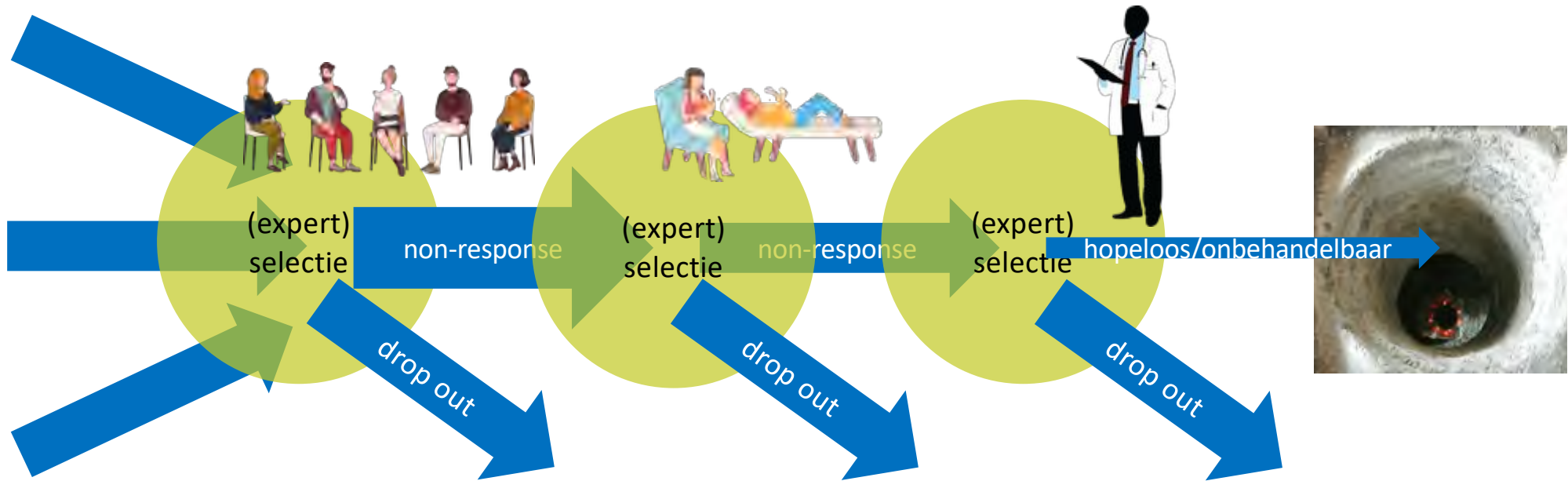
The content and organization of mental health care have been heavily influenced by the view that mental difficulties come as diagnosable disorders that can be treated by specialist practitioners who apply evidence-based practice (EBP) guidelines of symptom reduction at the group level. However, the EBP symptom-reduction model is under pressure, as it may be disconnected from what patients need, ignores evidence of the trans-syndromal nature of mental difficulties, overestimates the contribution of the technical aspects of treatment compared to the relational and ritual components of care, and underestimates the lack of EBP group-to-individual generalizability. A growing body of knowledge indicates that mental illnesses are seldom "cured" and are better framed as vulnerabilities. Important gains in well-being can be achieved when individuals learn to live with mental vulnerabilities through a slow process of strengthening resilience in the social and existential domains. In this paper, we examine what a mental health service would look like if the above factors were taken into account. The mental health service of the 21st century may be best conceived of as a small-scale healing community fostering connectedness and strengthening resilience in learning to live with mental vulnerability, complemented by a limited number of regional facilities. Peer support, organized at the level of a recovery college, may form the backbone of the community. Treatments should be aimed at trans-syndromal symptom reduction, tailored to serve the higher-order process of existential recovery and social participation, and applied by professionals who have been trained to collaborate, embrace idiography and maximize effects mediated by therapeutic relationship and the healing effects of ritualized care interactions. Finally, integration with a public mental health system of e-communities providing information, peer and citizen support and a range of user-rated self-management tools may help bridge the gap between the high prevalence of common mental disorder and the relatively low capacity of any mental health service.

Key words: Mental health care, evidence-based practice, relational components of care, public health, resilience, peer support, trans-syndromal symptom reduction, recovery, e-communities

(*World Psychiatry* 2019;18:88–96)

zorgoptimalisatie/kwaliteitsbeleid/EB richtlijnen

seriële zorg (1^{ste}, 2^{de}, 3^{de} lijn)



mechanisme: Evidence Based selectie (indicatie)
non-response: verwijzing naar meer specialisatie
dit filtert de toegang tot experts (die het systeem bepalen)

klassieke zorgoptimalisatie & kwaliteitsbeleid **FAALT**
de (exclusieve) manier waarop we
relevante zorg definiëren
is onbetaalbaar
en we hebben gewoon
onvoldoende
getrainde professionals

(expert)
selectie

non-response

(expert)
selectie

non-response

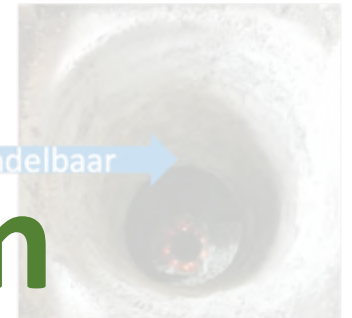
(expert)
selectie

hopeloos/onbehandelbaar

drop out

drop out

drop out



mechanisme: selectie (indicatie) voor zorgpaden (silo)
non-response: verwijzing naar meer specialisatie
filtreert de toegang tot experts (die het systeem bepalen)

klassieke zorgoptimalisatie & kwaliteitsbeleid **FAALT**

**de manier waarop we
zorg optimaliseren**

(zorgpaden, stepped care)

maakt mensen wanhopig

(opties nemen af = iatrogeen)

en dat is doodsvaarlijk



onze strategie (stepped care, zorgpaden, specialisatie, triage)

FAALT

omdat we vergeten zijn wat psychisch (dis)functioneren eigenlijk is
(overigens met goede redenen...)

en omdat we de kern van ons vak vergeten zijn
(en dat misschien ook met goede redenen...)

Ambitie hebben





ambitie: impact



- 1/3de minder psychisch lijden
(van 24% naar 18%)
- 1/3de minder ernstig psychisch lijden
(van 1.5% naar 1%)
- 1/3de minder suicides
(van 900 naar 600/jaar)
- 1/3de meer participatie
(van 50% van de uitkeringen naar 33%)
- 1/3de verbetering levensverwachting
(nu 25 jaar korter, naar 16 jaar korter)
- 1/3de minder (maatschappelijk) stigma
(België CRPD-compliant)
- bij een duurzame inzet van (gelijke)
maatschappelijke middelen
(zorg max 12% BNP; ggz-zorg 10% van de zorg – OESO-norm)

psychisch (dis)functioneren wat is dat?



Redesigning
Psychiatry





wat is 'psychisch lijden'?

– wat weten we en wat weten we niet, misschien nooit –

- psychische nood is geen klassieke 'ziekte' (zoals griep) of een identiteit (DSM: ik ben...) maar een **kwetsbaarheid** (of beter een dimensie in menselijke variatie)
 - deze kwetsbaarheid is '**verspreid**' aanwezig in de bevolking (sommigen meer of minder)
 - en kan '**af en toe**' een probleem vormen (ik heb (nu) last, moeite...)
 - een gevolg van **hetgeen ik** (in mijn leefomgeving) **meemaak /meegemaakt heb**
- stress ervaren en erdoor ondersteboven zijn, is dus **normaal** en komt continu voor
- echte hulp betekent **vergroten van weerbaarheid** en autonomie
- (psychisch lijden als) ziekte is een '**metafoor voor mededogen**'

beter worden = (leer)reizen



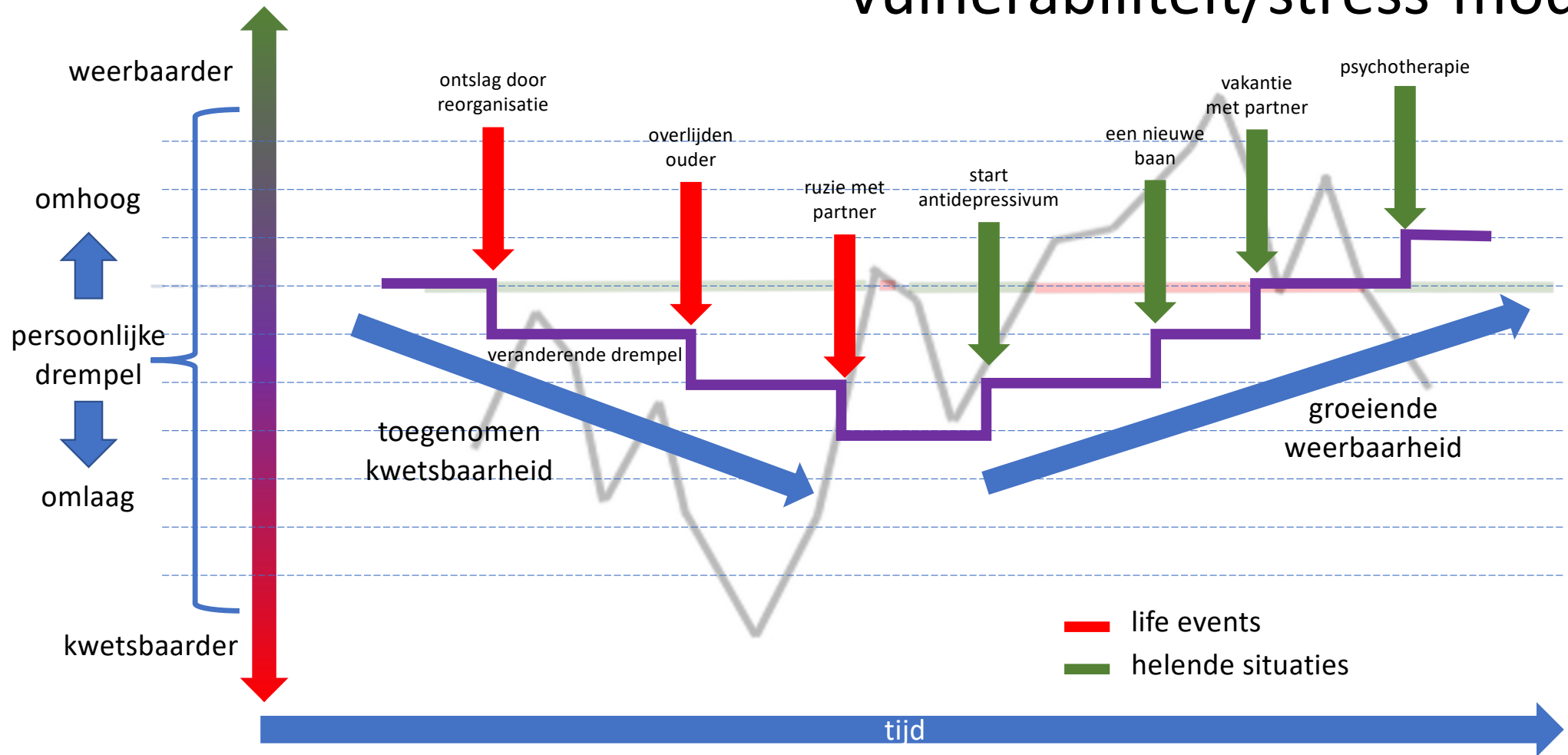
WEL
weerbaarder worden
(herstellen)



NIET 'gezezen'
MAAR 'zich ontwikkelen'

NIET
kwetsbaarder worden
(litteken op litteken)

vulnerabiliteit/stress-model



herstel

optimale zorg
versnelt
de weg naar herstel

sluipwegen/afsnijdingen
zorgen ervoor dat we
kansen om te leren, missen

(the journey (daily life functioning) is more important than the destination)

the long and winding road...



niet veel is eenvoudig
'maakbaar'/'fix'-baar
maar toch is heel veel
'ontwikkelaar' (=proces)

probleem: identiteit van de professional-hulpverlener als 'fikser'

- wat ik (als professional) doe, doet ertoe
- wanneer ik specialiseer wordt ik meer een deskundige (en kan ik beter helpen)
- ik beantwoord aan de verwachting van cliënten en betrokkenen

discours: gezondheid is 'maakbaar': via evidence-based oplossingen, die ik alleen (en collega-professionals als ik) vanuit mijn deskundigheid kan leveren

- minder populair (maar een eerlijker) discours
 - mensen zijn gecontextualiseerde, dynamische wezens
 - onze professionaliteit is een proces-deskundigheid (leren faciliteren)
 - wat haalbaar is, zal blijken uit het proces dat we gaan (en is niet zomaar 'maakbaar')
 - alle maatschappelijke resources (professionele en niet professionele) zijn relevant, kunnen bijdragen
 - we zijn de specialisten van 'publiek domein'-kennis

**psychologen zijn deskundig (specialist)
in publieke kennis**



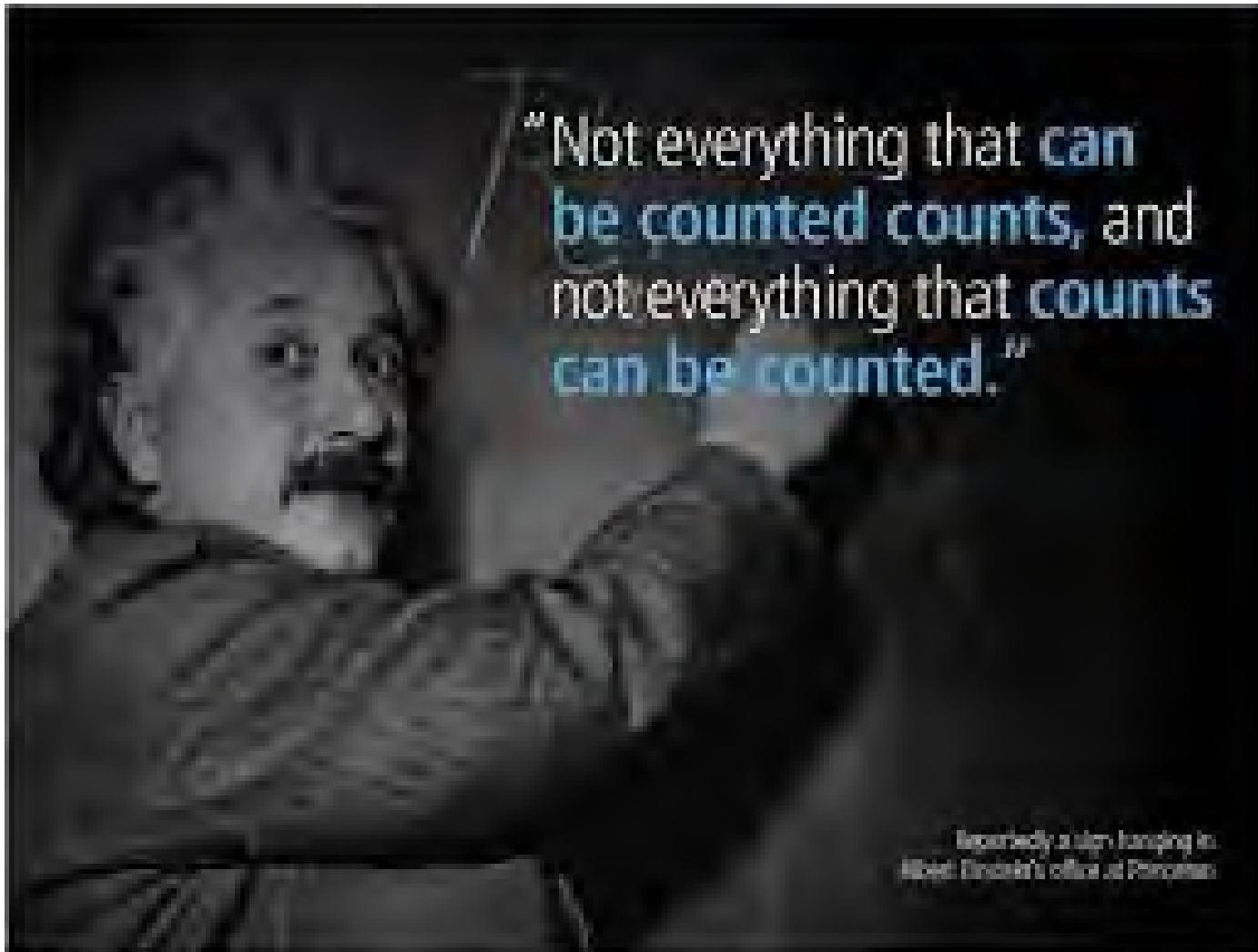
**en we compenseren onze onzekerheid
(soms) door kennis te mystificeren**

waarheden 'als een koe'



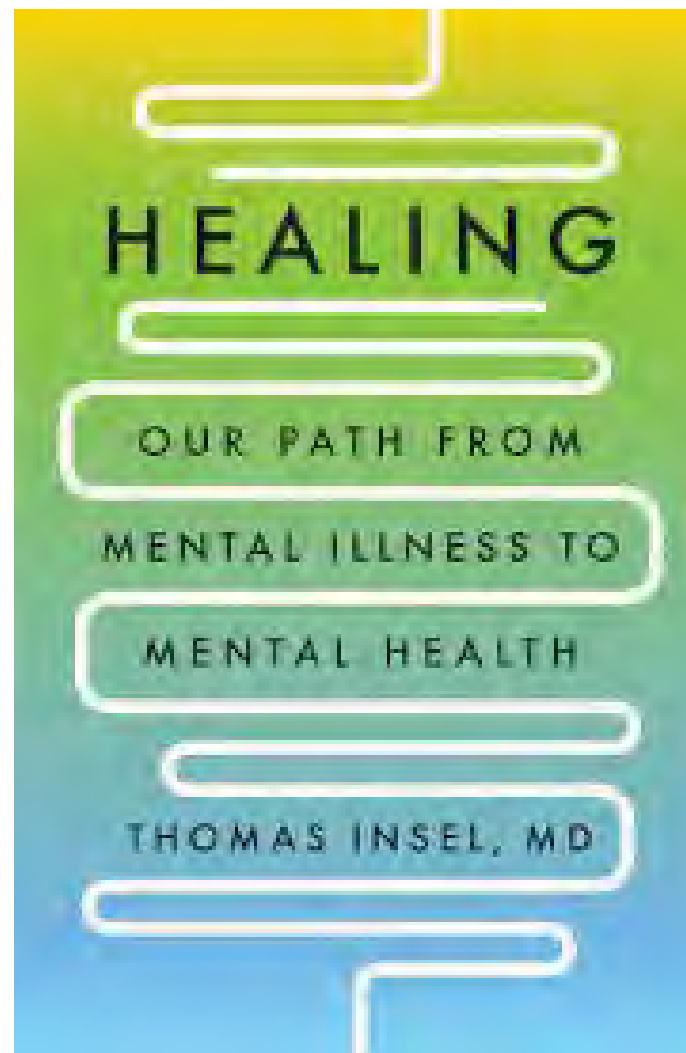
Redesigning
Psychiatry







Thomas Insel, (voormalig) hoofd NIMH



I was wrong...
en nog steeds (digital phenotyping)



Alfred North Whitehead

(1861 - 1947)

"... the intolerant use
of the abstract for the concrete."

misplaced concreteness

for the concrete."



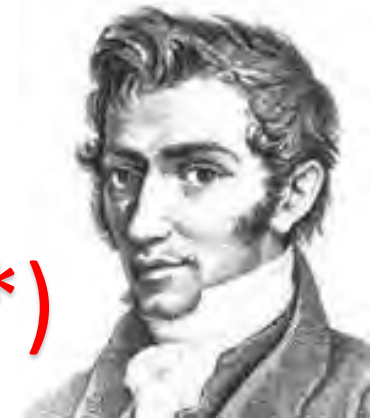
17

misbegrepen statistiek

“l’homme moyen” (n’existe pas*)

in de ggz:

hetgeen werkt voor de gemiddelde patiënt
is niet de beste keuze voor elk individu
misschien zelfs voor niemand



Adolphe Quetelet (1796 – 1874)

* papa Delespaul

een interventie
die vandaag niet/onvoldoende werkt
kan volgend jaar wel effectief zijn
(bij dezelfde persoon, met hetzelfde probleem)

wat werkt zijn 'mechanismen',
niet verpakking (die we in RCT's evalueren)
bijv. EMDR werkt omdat exposure werkt

(we hebben geen CBT of EMDR-genen)

wat EB werkt, kan niet enkel
voor bepaalde diagnoses werken

‘exposure’ werkt niet enkel bij PTSD ,
maar omdat we mensen zijn...

klassieke zorgoptimalisatie & kwaliteitsbeleid **FAALT**

specialistische zorg = seriële zorg

**de ggz-paradox:
proactieve crisisinterventie faalt**
(beleid is watchful waiting)
**waarom zou (geïndiceerde) preventie
dan wel werken?**
(psychiatrisch diagnostiseren is 'a running target',
soms self-fulfilling)

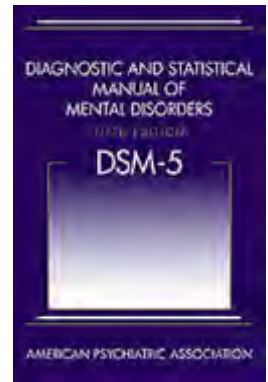


**‘efficiënte’ (EBM) oplossingen,
(de basis van het ggz kwaliteitsbeleid;
bijv. stepped care, zorgprogramma’s, richtlijnen)
zijn (relevant maar) logisch ongegrond
+ niet effectief
+ we halen de doelen niet**

gebrekkige diagnostiek en therapie



optimalisering door psychometrie:
gebruik maken v.e.
'reductionistische filter'



diagnose
(latent construct)

'kennis'
over de groep

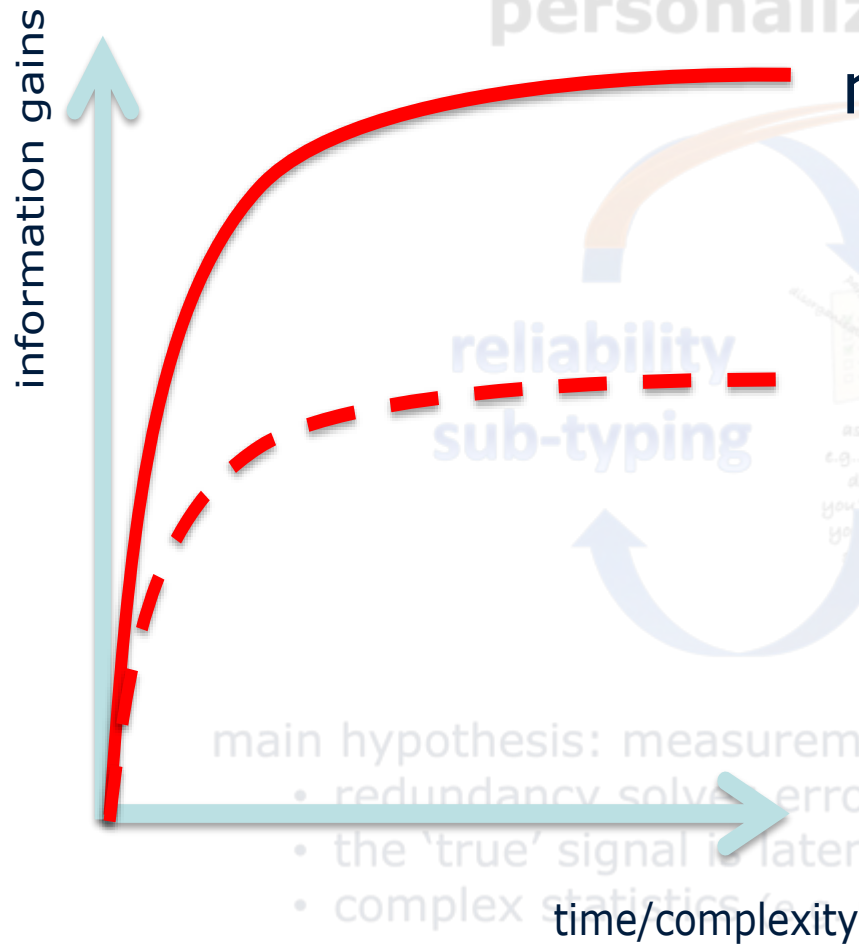


'kennis' over de persoon

echte causale factoren zijn 'latent' ...
(categoriaal = dimensioneel)
die gebruiken we om te voorspellen
(=wetenschappelijke kennis)



personalized mental health



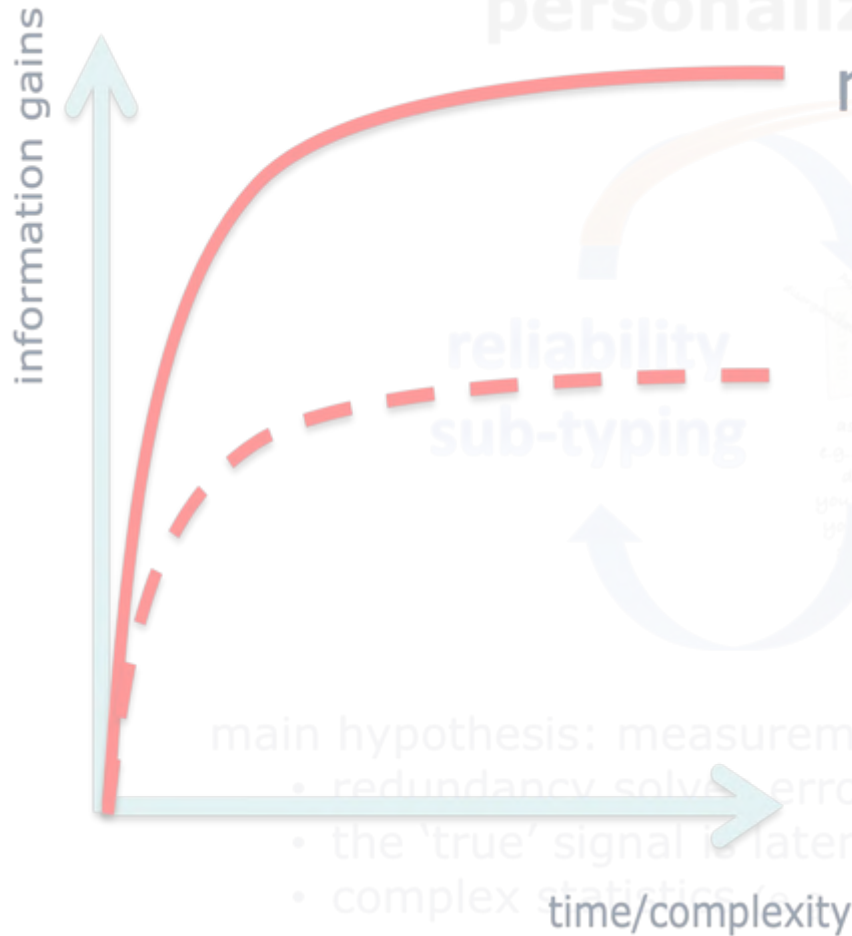
meetvariatie = fouten

- redundantie lost fouten op (meer items, vragenlijsten)
- meer data \neq meer info
- het 'echte' signaal is latent
- complexe statistiek (e.g. netwerk analyses) ontsluiten de echte patronen

main hypothesis: measurement variation reflects error

- redundancy solves error (more items, questionnaires)
- the 'true' signal is latent
- complex statistics (e.g. network analyses) discloses patterns

personalized mental health



meetvariatie = fouten

- redundantie lost fouten op (meer items, vragenlijsten)
- meer data ≠ meer info
- het 'echte' signaal is latent
- complexe statistiek (e.g. network analyses) ontsluit de echte patronen

**precisie
diagnostiek
faalt**

main hypothesis: measurement variation reflects error

- redundancy solves error (more items, questionnaires)
- the 'true' signal is latent
- complex statistics (e.g. network analyses) discloses patterns





psychotherapie droog zwemmen

- wat je leert in psychotherapie
 - inzicht
 - vaardigheden
- generaliseert niet (of te weinig) naar het dagelijkse leven
 - ‘droog zwemmen’ helpt je niet om niet te verdrinken

for the first time in the history of
psychotherapy...



Redesigning
Psychiatry



betere beoordelingen om de werkelijkheid te begrijpen (en de zorg te verbeteren)

© MARK ANDERSON

WWW.ANDERTOONS.COM



"Well, yes, we could fix it in Photoshop, but your arm would still be broken."

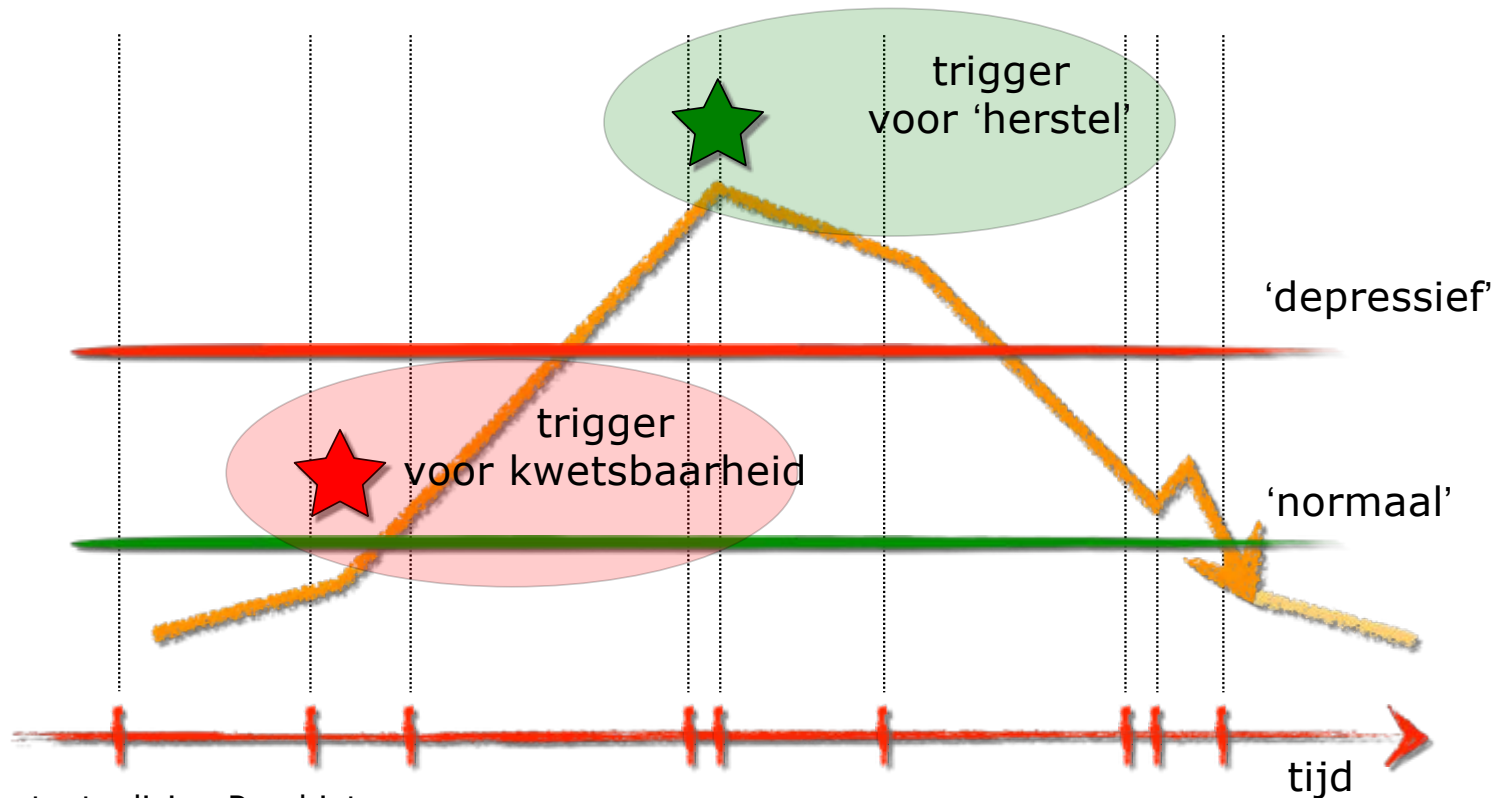
innovation that matters!!!

Apps moeten als potloden zijn:
oplossingen voor problemen die we hebben
(geen oplossingen waarvoor we problemen uitvinden)



we hebben geen potlood-zorg, waarom hebben we eHealth?????

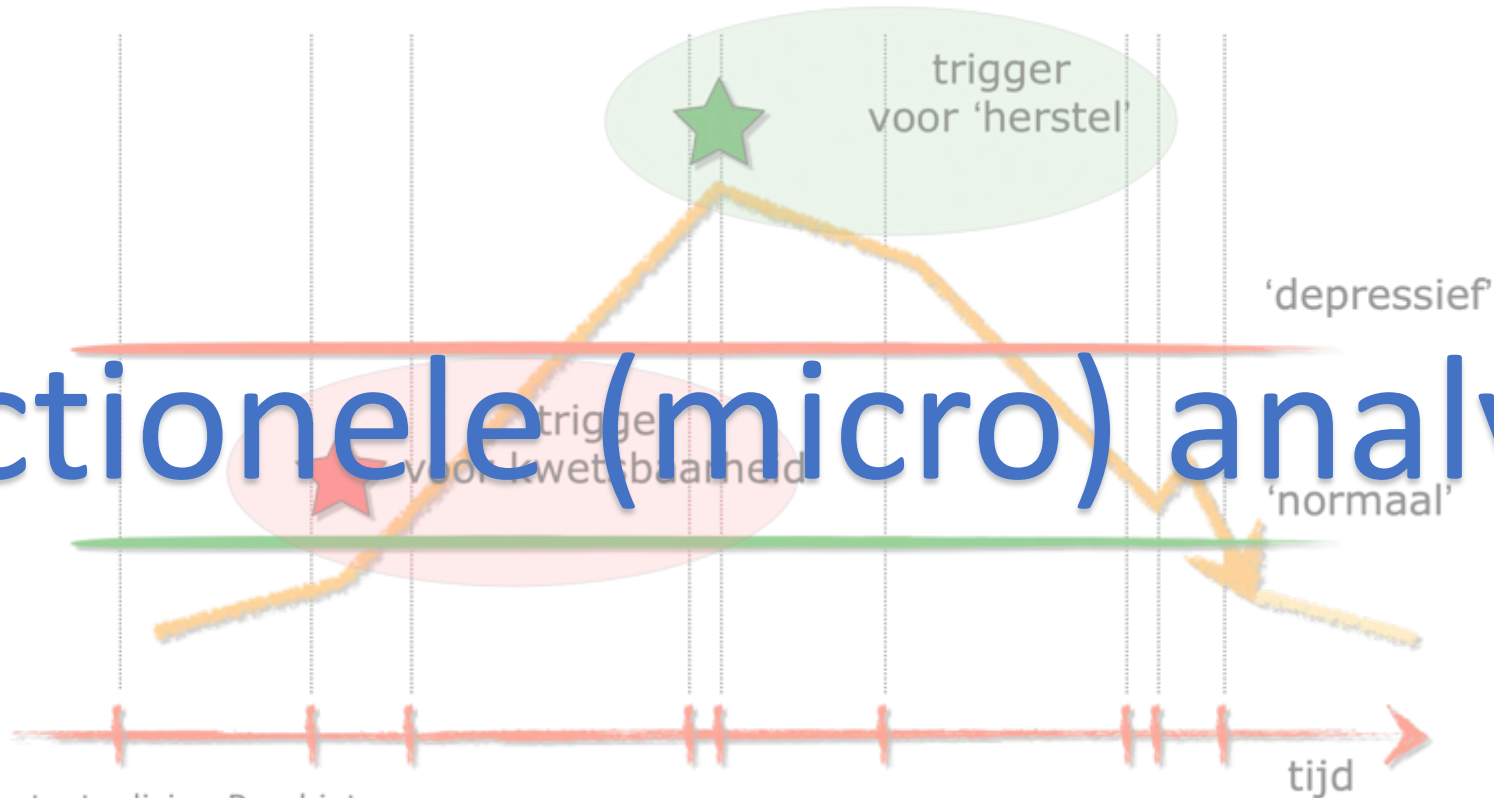
focus op veranderingen in de tijd



deVries (1997) Recontextualizing Psychiatry

focus op veranderingen in de tijd

functionele (micro) analyse



deVries (1997) Recontextualizing Psychiatry

Back to Basics

(basis processen in psychologie)

$$B = f(P;E)$$

gedrag
stemming
cognitie
perceptie

persoonlijkheid
genen
trekken
trauma's
leergeschiedenis

omgeving/context
stressoren (betekenis-context)
personen (who?)
activiteiten (what?)
plaatsen (where?)
tijd (when?)

Back to Basics

(basis processen in psychologie)

$$B = f(P;E)$$

holistische (macro) analyse



persoonlijkheid
trekken
trauma's
leergeschiedenis

**stabiele
factoren**

omgeving/context
stressoren (betekenis-context)
activiteiten (what?)
tijden (when?)

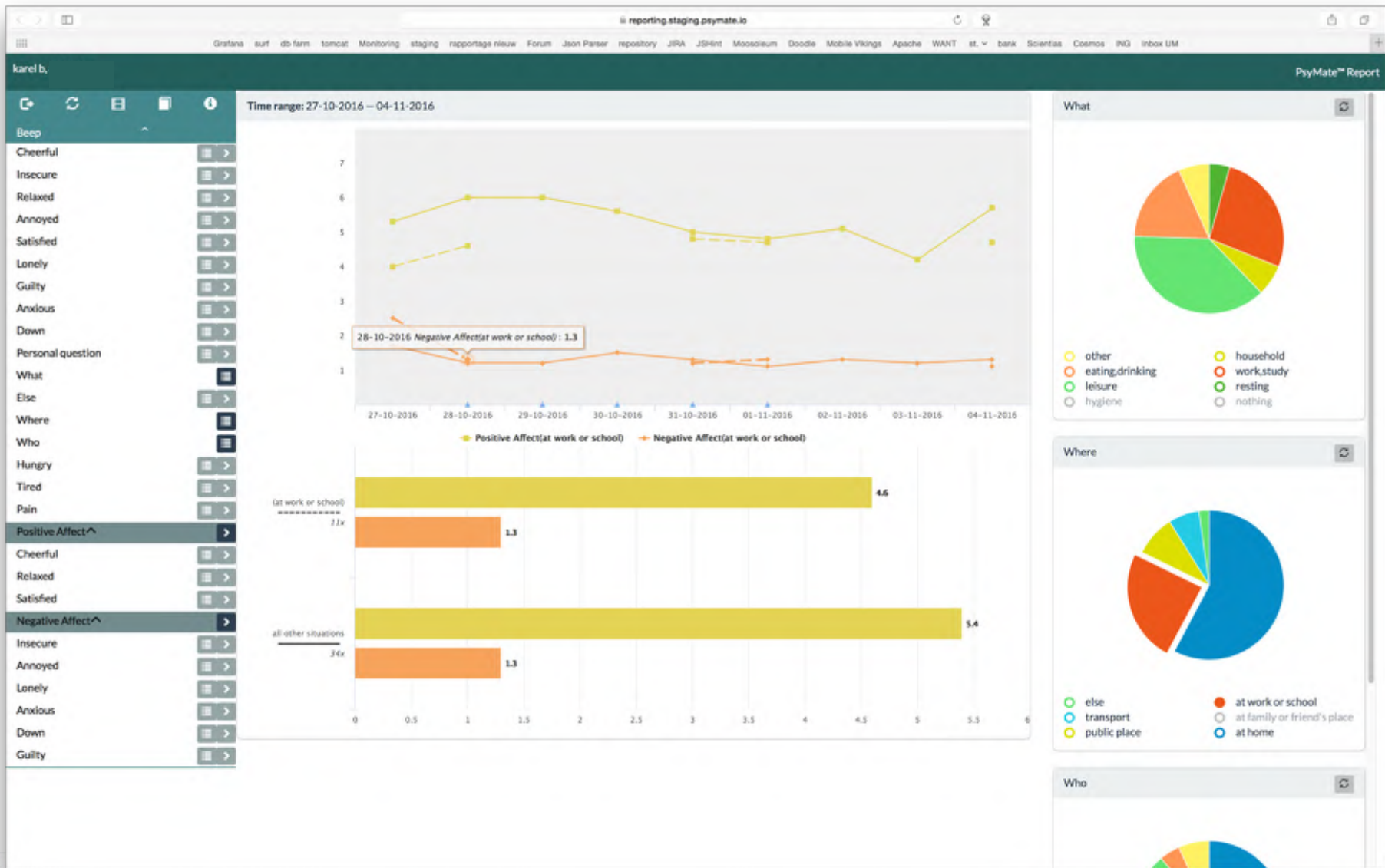
**dynamische
factoren**

EMA/ESM

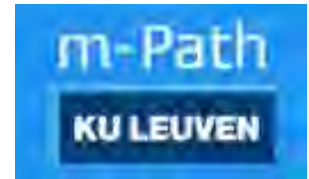
de andere 23(/24) uren + gecontextualiseerde variatie



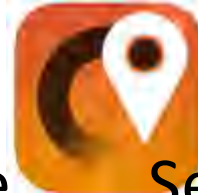




mHealth boven eHealth



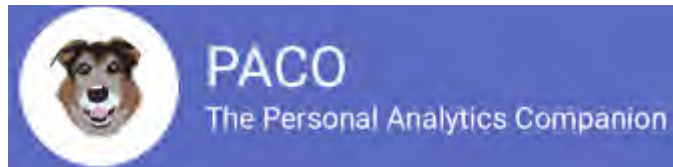
PsyMate



Sesamo



Life in a Day



Psychiatry



.BE





apps = mindshift

je grasduint
en kiest
wat je aantrekkelijk vindt
wat voor iedereen werkt
is irrelevant (eigenlijk nonsens)

behandel ambitie
gegeneraliseerde (mobiele) interventies
in het dagelijkse leven

- gelokaliseerde diagnostiek voor shared decision making
- therapie (leren/implementeren) met de uitdagingen van het dagelijkse leven
 - **GECOACHED LEREN** (met potentieel betere outcome)
- onafhankelijk van de beschikbaarheid van professionals (autonomie, verminderde afhankelijkheid)
 - **PROTHESE INTERVENTIE** (wanneer leren niet/onvoldoende lukt)

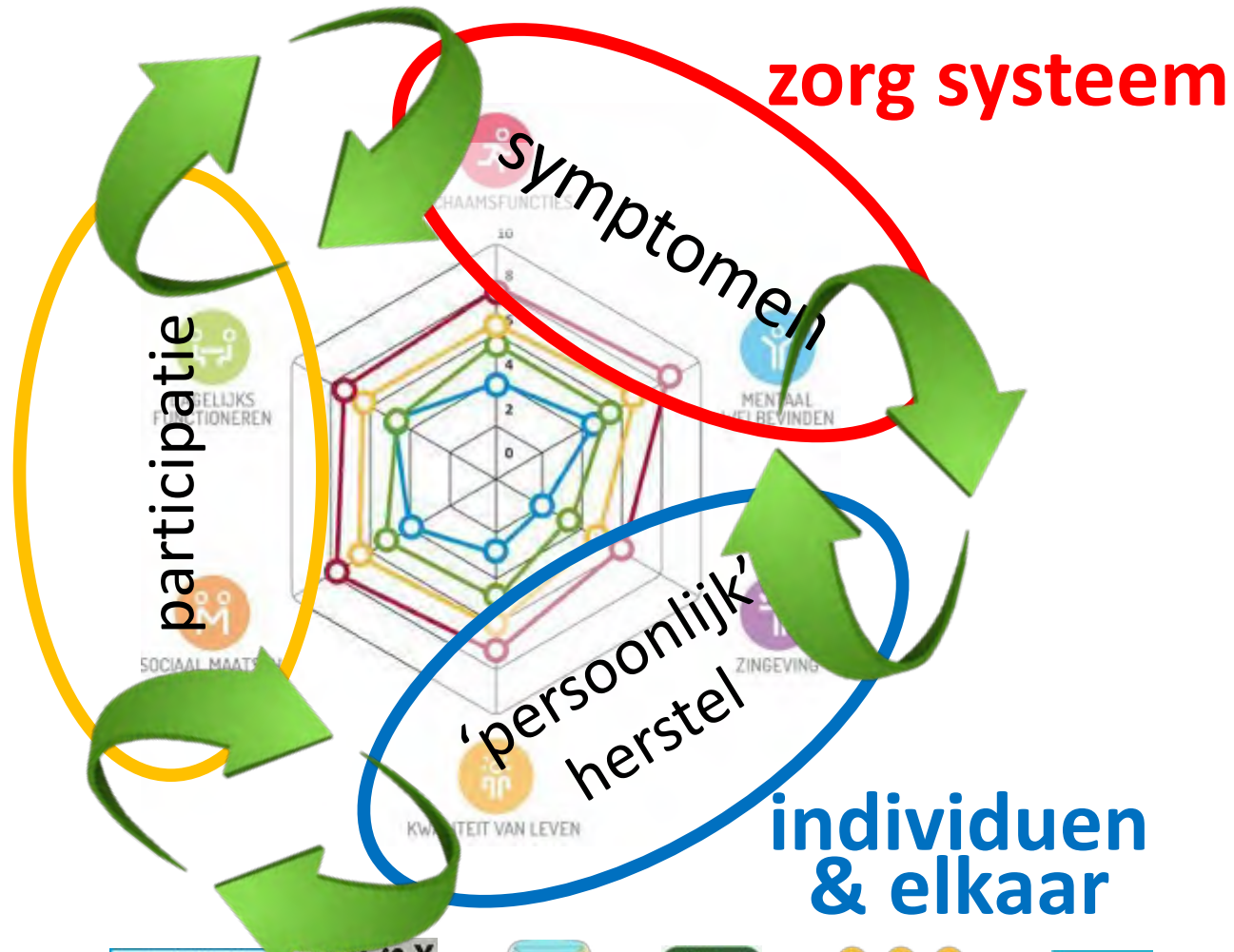
reframing van de ggz...

(van structurele afhankelijkheid naar autonomie)



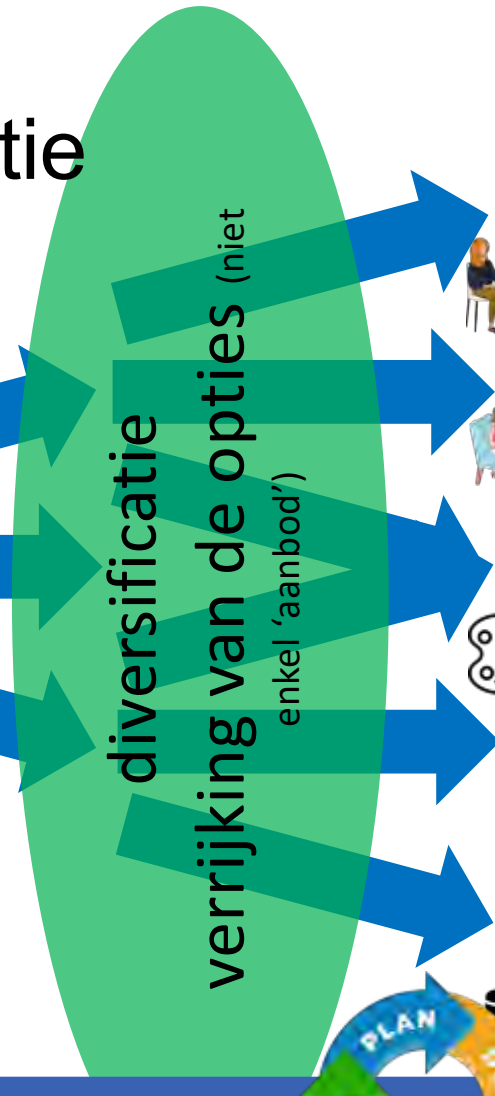
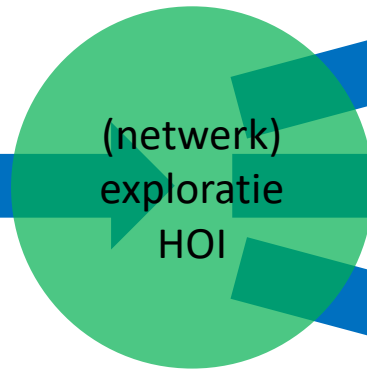
**indiceren voor optimale zorg
is niet selecteren voor onze oplossingen
maar (samen) keuzes maken
die de moeite waard zijn
om uit te proberen
om beter je 'ding' te (leren) doen**

maatschappij



GEM zorgoptimalisatie

integrale zorg = parallelle
(netwerk) zorg



mechanisme: diversificatie/exploratie
(de moeite waard om uit te proberen)

non-response: verdere horizontale exploratie
experts staan beschikbaar (een van de opties)

persoonlijk (iteratief) zorgproces; doel: optimaal leren om weerbaarheid te ontwikkelen



doordenker:

**in de psychiatrie bestaat geen enkele
therapie of unieke behandelsetting
waarvoor het de moeite waard is
om 3 maanden op te wachten**

herstel ondersteunende intake (HOI)
herstel ondersteunend consult (HOC)
weerbaarheid ondersteunend contact (WOC)
weerbaarheid ondersteunend gesprek (WOG)
weerbaarheid ondersteunend werk (WOW)

= (multidomein) herstel als iteratief proces

en vraagt duurzame borging door resources zonder schaarste (bottleneck)



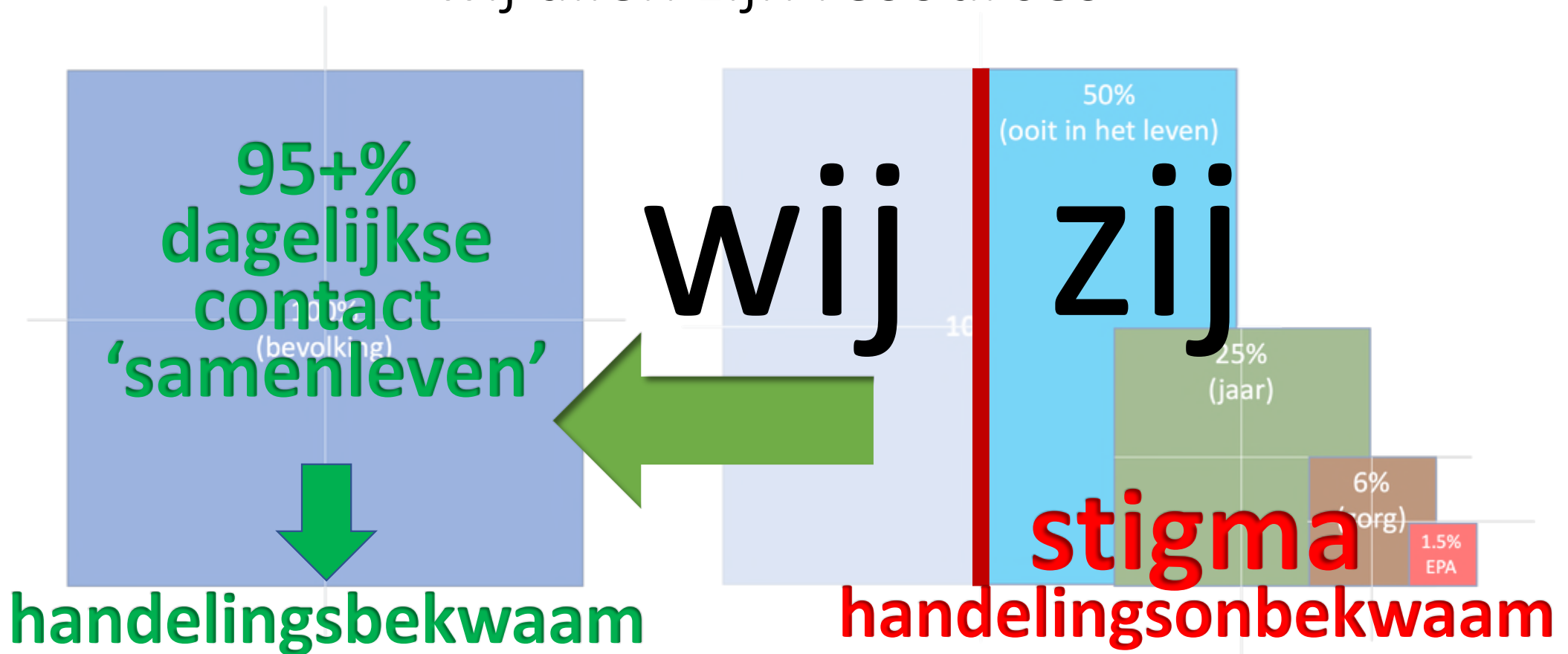
de kern van het 'psychologisch' vak mensen in hun leefwereld



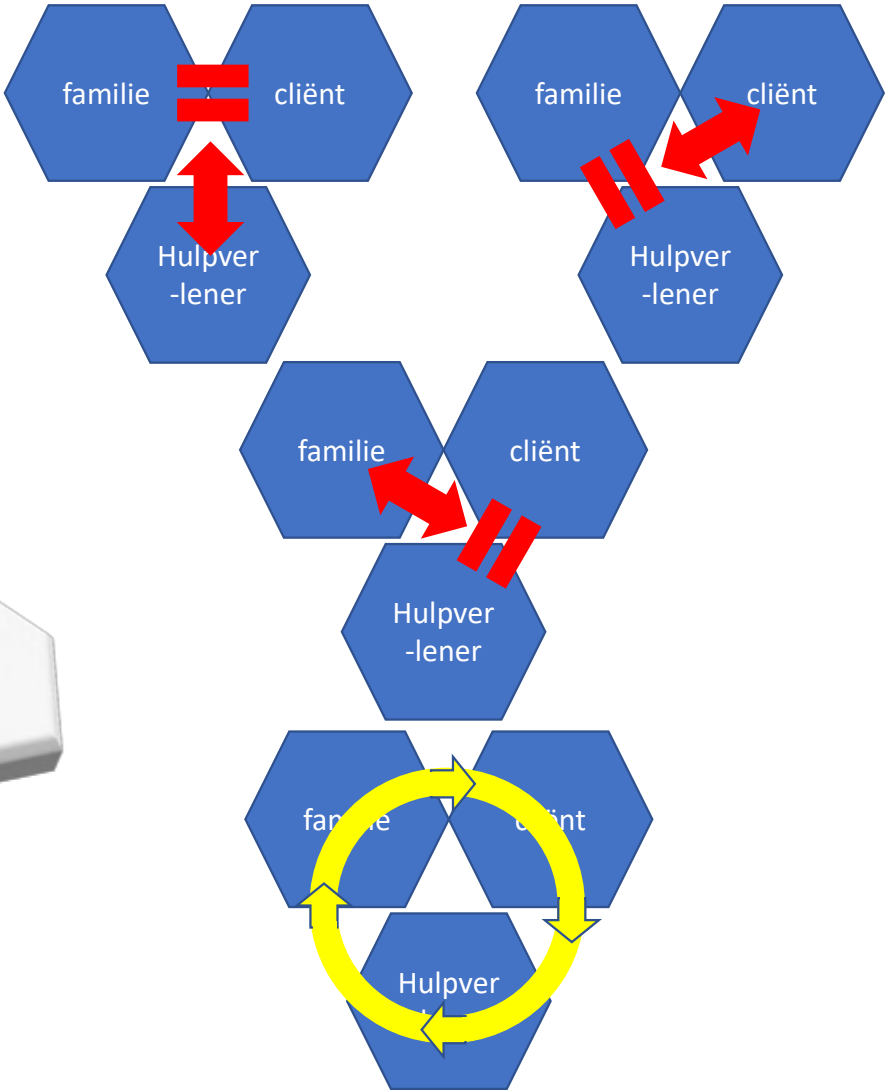
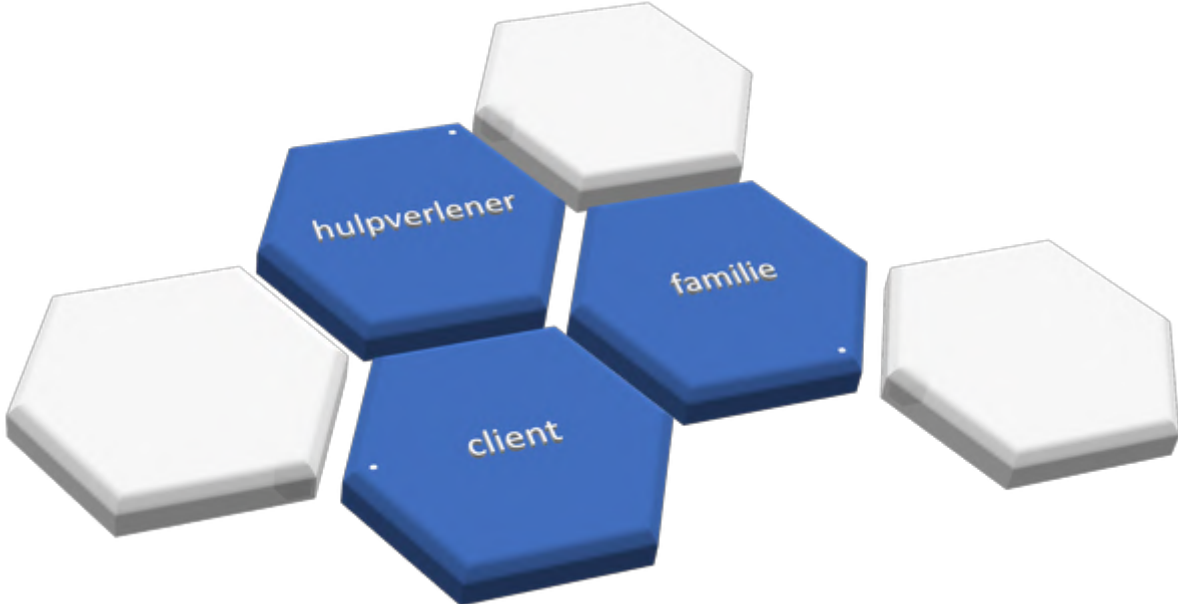
Redesigning
Psychiatry



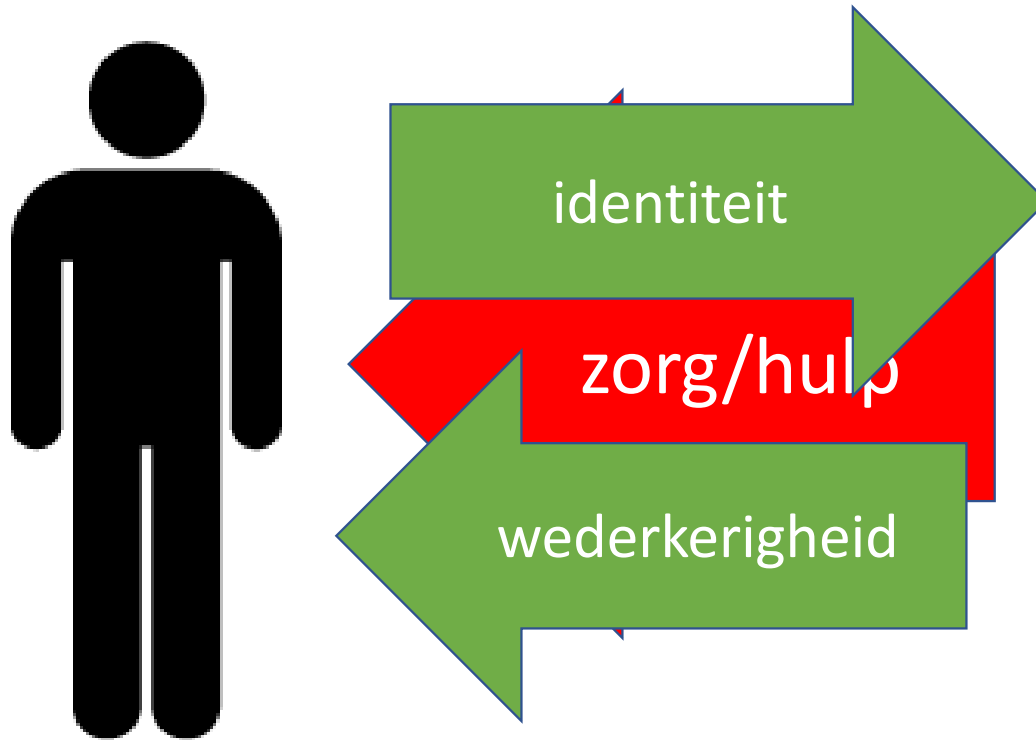
wij allen zijn resources



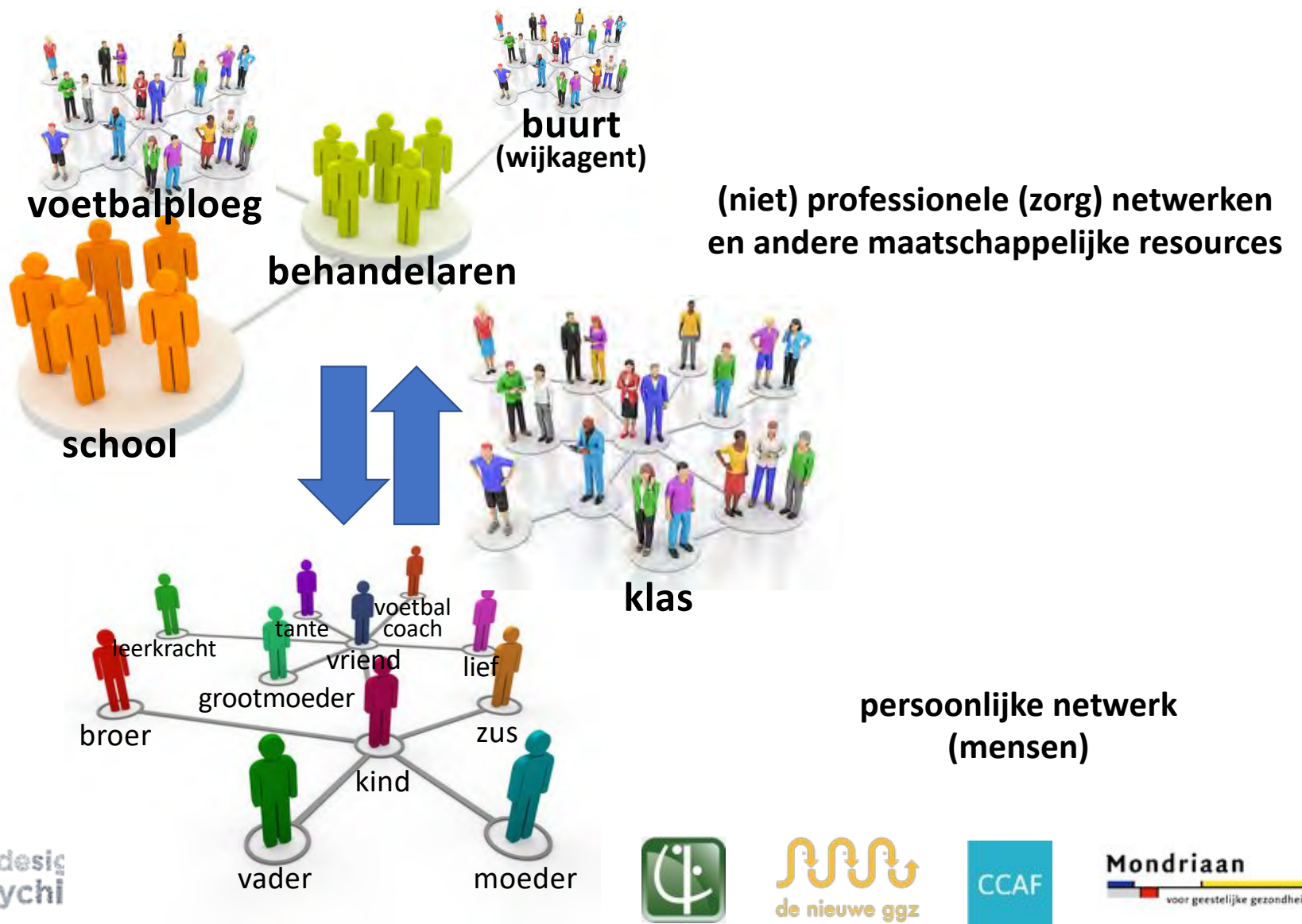
triade



netwerken bieden kader voor ~~zorg~~ **zingeving**



netwerken van netwerken



**bij zorg zijn
alle
maatschappelijke
resources
relevant
(public health)**



Hét platform over
psychosegevoeligheid,
stemming en herstel

Stel hier je vraag

**de nieuwe (klinisch) psycholoog
≠ (enkel) de bron voor technieken
= de specialist van motivatie
en betekenisgeving (psychisch functioneren)**

**voor patiënt, cliënt, burger,
betrokkenen en maatschappij**

reframing van 'participatie' en de rol van professionals in/buiten de ggz

- **WAS:** onze taak is zorg te bieden
 - aan wie het alleen niet kan
 - aan wie het met zijn netwerk aan betrokkenen niet kan
 - (scherp indiceren om spaarzaam te zijn op de toebedeelde maatschappelijke middelen)
- **PROBLEEM:**
 - wie probeert/zich engageert wordt afgestraft (zorg voor dementerende ouder, psychotische zoon,..)
 - komt niet in aanmerking voor zorg of steun (heeft geen indicatie en staat alleen)
- **en MOET WORDEN:**
 - ggz/wmo als maatschappelijke beschikbare resource
 - voor cliënten en betrokken derden (familie, buurt, wijk, burgers)
 - zodat engagement wordt beschermd, en mensen (autonoom) weerbaar kunnen worden

reframing van 'participatie' en de rol van professionals in/ruimende ggz

- **WAS:** onze taak is zorg te bieden
 - aan wie het alleen niet kan
 - aan wie het met zijn netwerk aan te trekken niet kan
 - (scherp indiceren om spaarzaam te zijn in de toebedeelde maatschappelijke middelen)
- **PROBLEEM:**
 - wie probeert/engageert wordt afgestraft (org van de ontterende ouder, psychotische zoon,..)
 - komt niet in aanmerking voor zorg of hulp (heeft geen indicatie en staat alleen)
- **en MOET VOORZIEGEN:**
 - ggz/wmo als maatschappelijke beschikbare resource
 - voor cliënten en betrokken derden (familie, buurt, wijk, burgers)
 - zodat engagement wordt beschermd, en mensen (autonoom) weerbaar kunnen worden

mediatie
zorg

de nieuwe professional



charlatan

professionele
identiteit
(kennisdeskundigheid)

'generalist'/'specialist'
(een vergiftigende gedachte)

12 jaar full-
time studie

soms 'maar' 2
maanden
aanstelling

de wereld verandert

razend snel

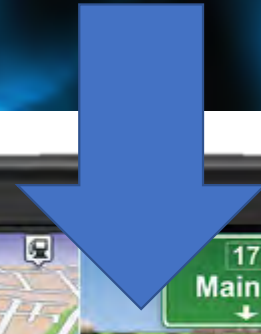


klassieke professionele identiteit: 'kennisexpert'





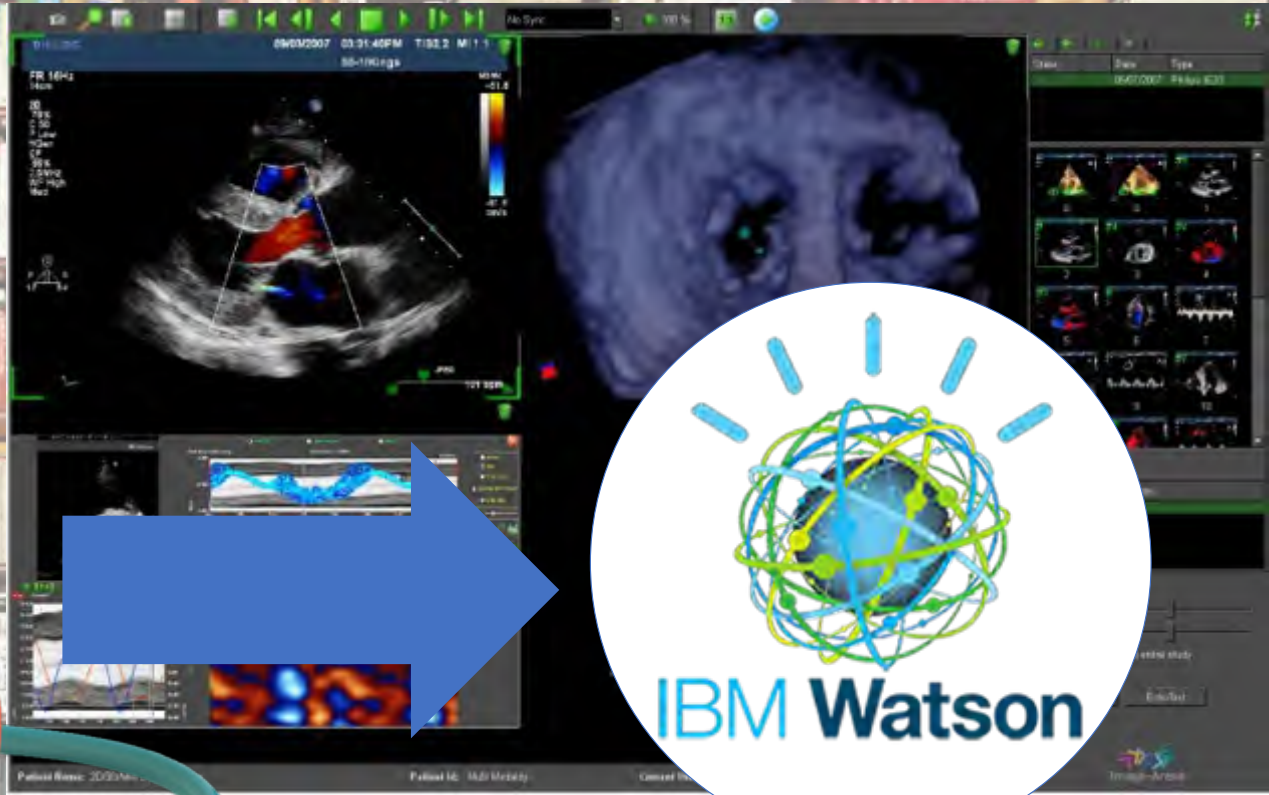
U B E R



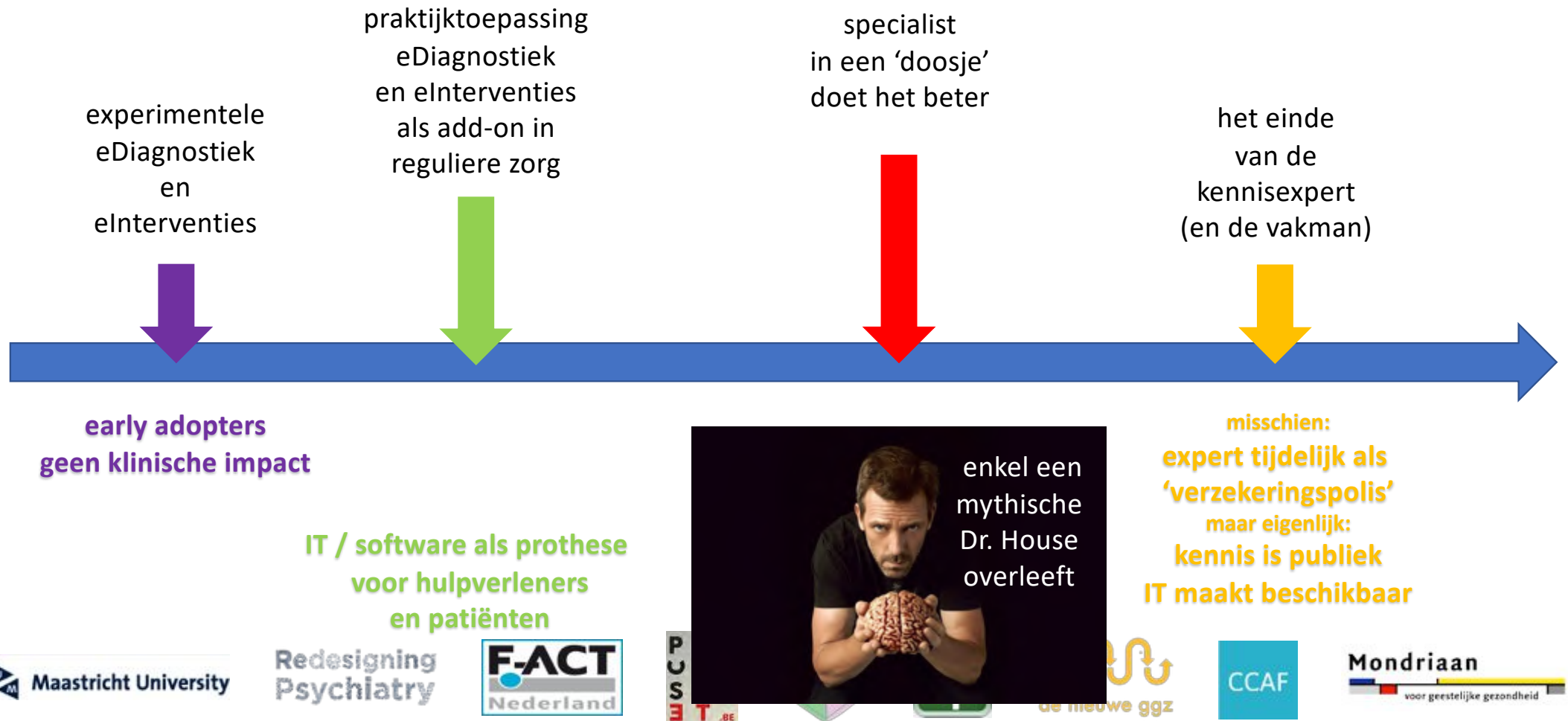
protectionistische respons (vakbonden)



**durven we ons de vraag stellen
of ons kwaliteitsbeleid
(accreditatie – BIG – registratie)
niet een protectionistische reflex is
is het valide?
is het duurzaam?**



tijdslijn voor 'cultuur' verandering in de zorg (door IT)



early adopters
geen klinische impact

IT / software als prothese
voor hulpverleners
en patiënten

enkel een
mythische
Dr. House
overleeft

misschien:
expert tijdelijk als
'verzekeringspolis'
maar eigenlijk:
kennis is publiek
IT maakt beschikbaar

de nieuwe (klinisch) psycholoog
≠ de beheerder van (geheime, exclusieve) kennis
= de specialist in het gemeenschappelijk
(creatief) begrijpen van
adaptatieve processen
voor patiënt, cliënt, burger,
betrokkenen en maatschappij



RS
rbij!
JKE
IEK
GGZ



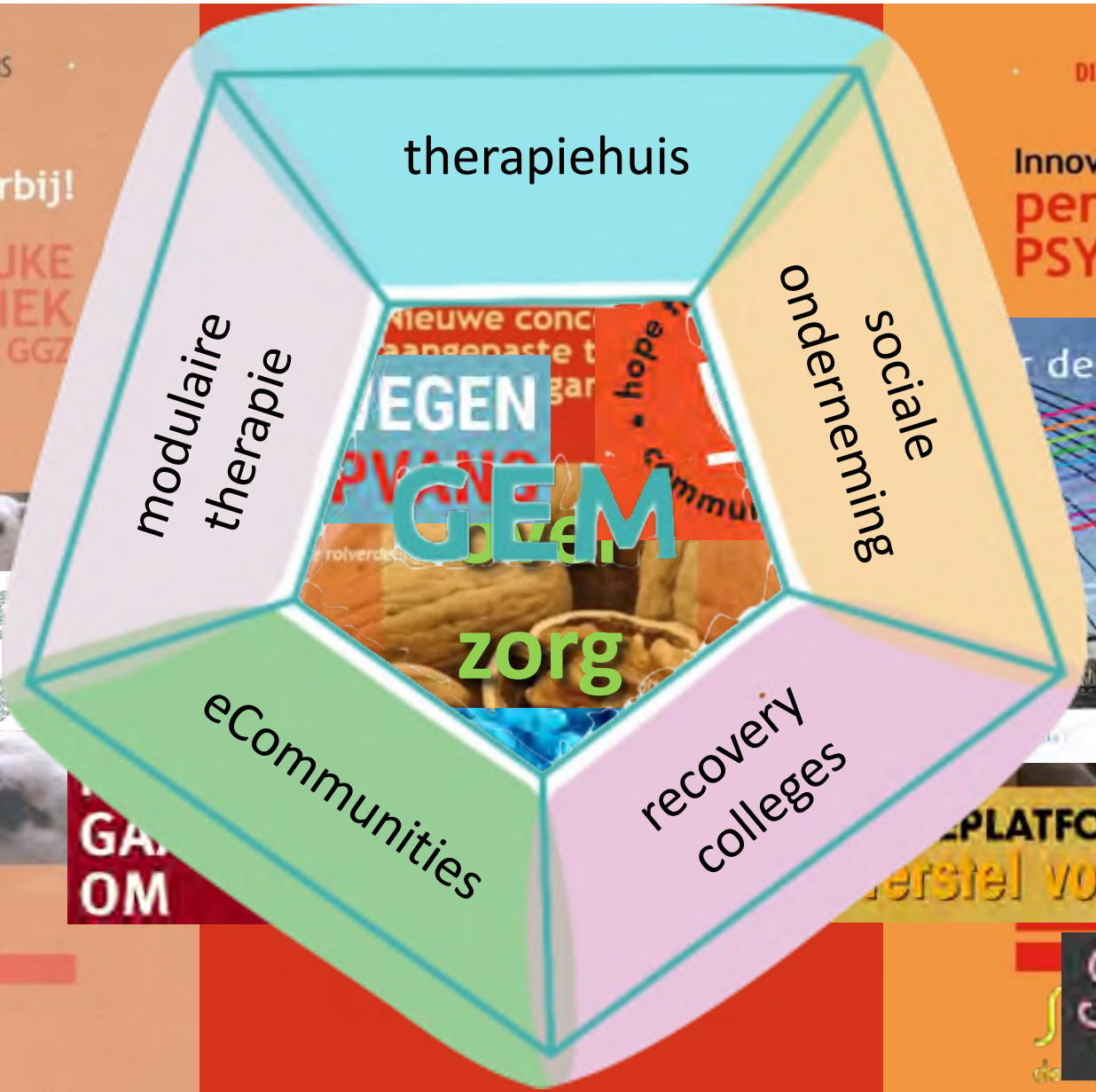
over
Resdesigning
Psychiatry

PSY
CHON
SEN
TE
van Os
.BE

GAM
OM

PLATFORM
erstel voor iedereen

SAMENBETER
werken aan vitale wijken



bedankt!

www.denieuweggz.nl

[www.psychosenet.nl\(.be; .uk\)](http://www.psychosenet.nl(.be; .uk))

www@psymate.eu

ph.delespaul@maastrichtuniversity.nl

sluit je aan bij de co-creatie dialoog



Redesigning
Psychiatry

