

GGZet

Wetenschappelijk

2009 • Jaargang 13 • nummer 1

'Afwijkend' DNA speelt mogelijk een rol bij agressief gedrag

Tialda Hoekstra

Prevalentie van slaapstoornissen en gebruik van (off-label) slaapmedicatie in de FPK te Assen

Malinche van der Hoog en Marike Lancel

Hoe kan de intensiteit van zorg binnen FACT-teams bepaald worden?

Margreet Nijburg

De mogelijkheden om bij cliënten van een FACT-team de familie te betrekken in de zorg

Rudy Roelofsen

Schizophrenia and the fate of the self

Frits Milders

Handboek beeldende therapie 'Uit de verf'

Celine Schweizer

The Philosophy of Psychiatry

Frits Milders

Society and Psychosis

Frits Milders

Colofon

Redactie

Elske Bos

Jos de Keijser

Marika Lancel

Frits Milders (hoofdredacteur)

Marinus Spreen

Lex Wunderink

Secretariaat

Anneke Krijgsheld

Postbus 128

9470 AC Zuidlaren

tel. 050 - 4097417

amg.krijgsheld@lentis.nl

Lay-out: Arjan Koster/Klaas van Slooten

Druk: Grafisch Centrum - locatie Zuidlaren

Richtlijnen voor het inzenden van kopij staan
achterin het tijdschrift.

Oplage: 1000 exemplaren

ISSN 1389-1715

Artikel

'Afwijkend' DNA speelt mogelijk een rol bij agressief gedrag

Tialda Hoekstra

Overvallen, moord, zinloos geweld; er lijkt geen dag voorbij te gaan zonder dat agressie in het nieuws is. De media besteden veel aandacht aan de gevolgen van agressief gedrag. Daarnaast houden de oorzaken van dit gedrag menig onderzoeker bezig. Een veel gevonden oorzaak is mishandeling in de kindertijd. Maar niet elk mishandeld kind ontwikkelt agressief gedrag. Speelt een andere factor een rol?

De leeftijd waarop mensen het meest fysiek agressief zijn, is twee jaar. Normaal gesproken neemt de mate van fysieke agressie continue af tussen de vier en twaalf jaar. Dit is echter niet bij iedereen het geval. Sommige mensen blijven agressief of ontwikkelen een hogere mate van agressiviteit in een latere periode in het leven, bijvoorbeeld tijdens de adolescentie of op volwassen leeftijd (Koops, 2001). In de afgelopen jaren zijn er verschillende factoren gevonden die geassocieerd zijn met agressie (Koops, 2001; Frick, 2006). Risicofactoren kunnen betrekking hebben op de omgeving waarin iemand opgroeit, zoals blootstelling aan toxische stoffen in de prenatale fase van de zwangerschap, slechte kwaliteit van zorg in de eerste levensjaren, geen consistentie en discipline in de opvoeding en blootstelling aan veel geweld. Daarnaast zijn er ook biologische en neurocognitieve risicofactoren bekend die van invloed kunnen zijn, zoals een lage hartslag tijdens rust, verminderd executief functioneren, verminderde verwerking van sociale informatie en slechte emotieregulatie. Genetische factoren spelen op het onderzoeksgebied van agressie de laatste jaren een steeds prominentere rol.

De neurotransmitters serotonine, dopamine en norepinefrine staan centraal in de regulatie van agressief gedrag. Het is bekend dat medicatie die de activiteit van norepinefrine verlaagt, zoals propranolol (een medicijn dat onder andere wordt voorgeschreven bij plankenkoorts), agressie vermindert. Medicijnen die aangrijpen op het serotonine systeem, bijvoorbeeld antipsychotica, hebben eveneens een antiagressieve werking (de Boer & Koolhaas, 2005). Daartegenover staat dat drugs die het dopaminegehalte verhogen, zoals amfetamines en cocaïne, juist kunnen leiden tot verhoogd agressief gedrag. Dit suggereert dat een verminderde afbraak van norepinefrine en dopamine, wat leidt tot verhoogde concentraties, agressief gedrag tot gevolg kan hebben. Voor serotonine leidt een verhoogde concentratie juist tot minder agressief gedrag.

Twee enzymen die een belangrijke rol spelen in het metabolisme van de neurotransmitters norepinefrine en dopamine zijn monoamine oxidase A (MAO-A) en catechol-O-methyltransferase (COMT). Een verlaagde activi-

Inhoudsopgave

Artikel

'Afwijkend' DNA speelt mogelijk een rol bij agressief gedrag 2

Tialda Hoekstra

Prevalentie van slaapstoornissen en gebruik van (off-label) slaapmedicatie in de Forensisch Psychiatrische Kliniek te Assen 12

Malinche van der Hoog en Marike Lancel

Criterium versus factor

Hoe kan de intensiteit van zorg binnen FACT-teams bepaald worden? 22

Margreet Nijburg

Familie betrokken?

De mogelijkheden om bij cliënten van een FACT-team de familie te betrekken in de zorg 30

Rudy Roelofsen

Boekbespreking

Lysaker, P. and Lysaker, J. (2008), Schizophrenia and the fate of the self 37

Frits Milders

Handboek beeldende therapie 'Uit de verf' 39

Celine Schweizer

The Philosophy of Psychiatry 46

Frits Milders

Society and Psychosis 48

Frits Milders

teit van deze enzymen, wat geassocieerd is met een vertraagde afbraak van de neurotransmitters, wordt vaak in verband gebracht met verhoogd agressief gedrag. Uit onderzoek is gebleken dat er functionele polymorfismen in het DNA bestaan die kunnen leiden tot een verschil in de enzymactiviteit van MAO-A of COMT. In dit artikel zal een samenvatting worden gegeven van de studies die tot nu toe zijn gedaan op het gebied van twee functionele polymorfismen die invloed hebben op de enzymactiviteit van MAO-A en COMT, in relatie met agressief gedrag.

De relatie tussen enzymactiviteit en DNA

In de celkern van elke menselijke cel ligt genetisch materiaal in de vorm van chromosomen opgeslagen. Mensen hebben 23 chromosoomparen in elke celkern. In de eerste cel van ieder individu worden 23 chromosomen afkomstig vanuit de eicel gekoppeld aan 23 chromosomen uit de zaadcel. Deze 46 chromosomen vormen 23 chromosoomparen. Door celdeling wordt het aantal cellen vele malen vermenigvuldigd zodat uiteindelijk een menselijk lichaam wordt gevormd met in elke cel 23 paren. Een chromosoom is eigenlijk één DNA molecuul. Sommige stukjes DNA bevatten belangrijke genetische informatie, genen genoemd. Een gen is opgebouwd uit basen die in een bepaalde volgorde op het DNA liggen. Deze basen coderen voor een lange keten aminozuren, die onder andere een enzym kunnen vormen.

Voorafgaande aan het coderende stuk bevindt zich het promoter gebied. Het promoter gebied bevat onder andere informatie over de locatie van het gen op het DNA en over de activiteit van het enzym.

Beide chromosomen in een chromosoompaar bevatten dezelfde set genen die voor dezelfde enzymen coderen en in dezelfde volgorde op het chromosoom liggen, maar de chromosomen zijn niet identiek omdat het ene chromosoom van de moeder en de andere van de vader afkomstig is. Twee stukjes chromosoom die voor hetzelfde gen coderen, worden allelen genoemd. De twee allelen van hetzelfde gen komen meestal sterk overeen, maar vaak zijn er kleine variaties in de volgorde van de basen, ofwel polymorfismen. Echter deze kleine variaties kunnen grote gevolgen hebben. Het feit dat elk chromosoom in een chromosoompaar informatie voor dezelfde genen bevat, klopt voor 22 van de 23 chromosoomparen. Het laatste paar, ook wel de geslachtschromosomen genoemd, wijkt hier bij mannen van af. Dit chromosoompaar bepaalt of iemand zich tot man of tot vrouw ontwikkelt. Bij vrouwen bestaat het laatste chromosoompaar uit twee X chromosomen, welke, net als de andere chromosoomparen, beide dezelfde genen bevatten. Mannen hebben echter maar één X chromosoom en daarnaast een Y chromosoom. Het Y chromosoom is veel kleiner dan het X chromosoom, en kan daarom nooit dezelfde hoeveelheid genetische informatie bevatten. Om deze reden zal een polymorfisme op het X chromosoom bij mannen veel eerder consequenties hebben dan bij vrouwen. Vrouwen hebben immers nog een tweede X chromosoom welke, wanneer deze niet hetzelfde polymorfisme bevat, het gevolg (gedeelte-

lijk) kan opheffen. Dit is ook de reden waarom bijvoorbeeld kleurenblindheid en de ziekte van Duchenne vooral bij mannen voorkomt, en vrijwel nooit bij vrouwen (Clark, 2005).

Monoamine oxidase A (MAO-A)

Monoamine oxidase A (MAO-A) is een enzym dat de afbraak van een aantal verschillende neurotransmitters, waaronder norepinefrine, versnelt. Het gen dat voor MAO-A codeert, is gelokaliseerd op de korte arm van het X chromosoom (Xp11.23-11.4) (Sabol, Hu & Hamer, 1998). Inmiddels zijn er een aantal verschillende soorten polymorfismen in het MAO-A gen geïdentificeerd die een effect hebben op de activiteit van de gentranscriptie. Eén van deze polymorfismen is het verschil in het aantal tandem repeats (*variable number of tandem repeats*, VNTR) in het promotor gebied van het MAO-A gen. Het gaat hierbij om dertig basen welke 3, 3 ½, 4 of 5 maal herhaald worden voorafgaand aan het MAO-A gen. Uit onderzoek van Sabol e.a. (1998) is gebleken dat bij allelen die 3 ½ of 4 tandem repeats van deze dertig basen bevatten, de gentranscriptie efficiënter is dan bij allelen met 3 of 5 tandem repeats. Dit leidt vervolgens tot een hogere MAO-A activiteit. Uit ditzelfde onderzoek komt ook naar voren dat onder de normale bevolking 3 en 4 tandem repeats de meest voorkomende varianten zijn. De gevonden verhouding van efficiëntie van de transcriptie van 3 en 4 tandem repeats is respectievelijk 1:4,8.

Naar aanleiding van deze gegevens zijn een aantal onderzoeken gedaan naar de samenhang tussen het aantal tandem repeats in het promotor gebied van het MAO-A gen en agressie. Manuck e.a. (2000) vonden een relatie tussen het polymorfisme dat geassocieerd is met een lage MAO-A enzymactiviteit en een lagere mate van agressie. Zij namen bij 110 gezonde mannelijke proefpersonen vragenlijsten voor impulsiviteit en vijandigheid af. Daarnaast keken ze naar agressief gedrag in het verleden. Het verband dat zij vonden, is erg onverwacht aangezien er vanuit werd gegaan dat het polymorfisme dat geassocieerd is met een lagere MAO-A activiteit gecorreleerd is met een hogere mate van agressie, en niet met een lagere mate van agressie. In andere onderzoeken zijn deze resultaten dan ook niet gevonden, noch werd er een directe relatie tussen het polymorfisme dat geassocieerd is met een lage enzymactiviteit en een hogere mate van agressie aangetoond (onder andere Koller e.a., 2002).

Caspi en zijn collega's (2002) hebben een grote groep jongens vanaf de geboorte tot volwassen leeftijd gevolgd. Bij deze groep hebben zij onderzocht waarom sommige mishandelde kinderen antisociaal gedrag ontwikkelen en andere mishandelde kinderen niet. In het onderzoek vonden ook zij geen direct significant verband tussen de polymorfismen in het promotor gebied van het MAO-A gen en het ontwikkelen van antisociaal gedrag. Echter, ze vonden wel een significante correlatie tussen mishandeling en het ontwikkelen van antisociaal gedrag. Deze relatie is in het verleden al in meerdere onder-

zoeken aangetoond (onder andere Widom, 1989). Na het opsplitsen van de jongens in groepen op basis van het aantal tandem repeats in het promotor gebied van het MAO-gen, bleek dat mishandelde jongens met 3 of 5 tandem repeats (geassocieerd met een lage enzymactiviteit) een significant hoger risico hadden om antisociaal gedrag te ontwikkelen dan mishandelde jongens met 3 ½ of 4 tandem repeats (geassocieerd met een hoge MAO-A activiteit). Na het vinden van deze resultaten werd besloten nog een aantal analyses naar mogelijke interacties tussen genen en omgevingsfactoren (genes x environment) uit te voeren. Uit deze analyses bleek dat mishandelde jongens met het polymorfisme voor een lage MAO-A activiteit een grotere kans hadden om een gedragsstoornis te ontwikkelen dan jongens met hetzelfde genotype die niet mishandeld waren. Dit verschil werd ook gevonden wanneer naar het aantal veroordelingen voor gewelddadig gedrag op volwassen leeftijd werd gekeken. Bij jongens met het polymorfisme voor een hoge MAO-A activiteit werd geen significant verschil gevonden tussen mishandelde jongens en niet mishandelde jongens voor het ontwikkelen van een gedragsstoornis of het aantal veroordelingen. Uit deze resultaten concludeerden zij dat dit verschil in de genen (gedeeltelijk) kan verklaren waarom niet alle mishandelde kinderen later zelf ook dit gedrag gaan vertonen.

Foley en haar collega's (2006) vonden eveneens een direct verband tussen mishandeling en verwaarlozing in de kindertijd en het ontstaan van een gedragsstoornis bij tweeling jongens. Maar ook zij vonden geen onafhankelijke relatie tussen het polymorfisme voor een lage MAO-A activiteit en het ontstaan van een gedragsstoornis. Vervolgens hebben ze gekeken of kinderen met het polymorfisme geassocieerd met een lage enzymactiviteit vaker mishandeld worden dan kinderen met het polymorfisme geassocieerd met een hoge enzymactiviteit. Dit bleek niet het geval te zijn. Het polymorfisme in het promotor gebied van het MAO-A gen lijkt dus geen mishandeling bij kinderen in de hand te werken. Wanneer naar de combinatie van het genotype en de opvoeding werd gekeken, bleek, evenals bij de studie van Caspi e.a. (2002), dat het genotype voor de lage enzymactiviteit een verhoogd risico geeft op het ontstaan van een gedragsstoornis.

Ook Huang e.a. (2004) vonden een significante correlatie tussen het genotype voor een hoge MAO-A activiteit en lagere impulsiviteit en agressiviteit, maar wederom alleen bij mannen die in de kindertijd mishandeld zijn. Bij vrouwen vonden zij deze samenhang niet. Nilsson e.a. (2006) vonden een significant hoger risico voor criminaliteit tijdens de adolescentie bij een groep mannelijke studenten wanneer zij het polymorfisme voor een lage MAO-A activiteit bezitten. Maar ook alleen in combinatie met slechte psychosociale omstandigheden in de kindertijd, zoals het slachtoffer zijn van gewelddadig gedrag.

Jacob en zijn collega's (2005) vergeleken het aantal tandem repeats in het promotor gebied van het MAO-A gen van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis met een gezonde controlegroep. Zij vonden een significante samenhang tussen de lage MAO-A activiteit en de aanwezigheid van een Cluster B persoonlijkheidsstoornis, zoals een antisociale of een narcistische

persoonlijkheidsstoornis. Ook hebben ze gekeken naar een mogelijke relatie met Cluster C persoonlijkheidsstoornissen, waaronder vermijdende en afhankelijke persoonlijkheidsstoornissen, maar dit verband hebben ze niet gevonden. Hun proefpersonengroep bestond naast mannen, ook uit vrouwen die op beide X-chromosomen het polymorfisme voor de lage enzymactiviteit hadden.

Young e.a. (2006) gingen in hun onderzoek een stapje verder dan enkel kijken of het polymorfisme in combinatie met mishandeling correleert met een gedragsstoornis. Zij probeerden een verband te vinden tussen het genotype en het aantal symptomen passend bij de gedragsstoornis. Hun proefpersonen waren allemaal mannen met een gedragsstoornis, maar verschilden qua aantal symptomen. Het onderzoek kon de hypothese niet bevestigen. Mannen met het polymorfisme voor een lagere enzymactiviteit hadden niet meer symptomen van de gedragsstoornis dan mannen met het polymorfisme voor een hoge enzymactiviteit, of andersom. Ook Contini e.a. (2006) vonden geen verschil in het aantal symptomen van een gedragsstoornis tussen, aan alcohol en drugs verslaafde, mannen met het polymorfisme geassocieerd met lage activiteit en mannen die het polymorfisme geassocieerd met hoge enzymactiviteit hebben. Echter, mannen met 3 tandem repeats in het promoter gebied van het MAO-A gen hadden vanaf 15-jarige leeftijd wel meer symptomen van een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast was bij deze mannen de leeftijd waarop zij begonnen met het alcoholmisbruik lager, en gebruikten zij significant vaker verdovende middelen naast alcohol dan mannen met 3 ½ of 4 tandem repeats.

Uit deze studies kan afgeleid worden dat het polymorfisme in het promoter gebied van het MAO-A gen een verband heeft met het ontwikkelen van een agressieve gedragsstoornis en/of Cluster B persoonlijkheidsstoornis, maar in de meeste gevallen alleen in combinatie met slechte omstandigheden waarin iemand is opgegroeid, zoals mishandeling. Het polymorfisme voor een hoge MAO-A activiteit lijkt een beschermende factor te zijn voor het ontwikkelen van een gedragsstoornis. Wanneer de gedragsstoornis zich alsnog ontwikkelt, heeft het waarschijnlijk geen invloed op de ernst van de symptomatologie. Het verband is vooral bij mannen geconstateerd. Slechts in één studie bestond de proefpersonengroep uit mannen en vrouwen. Dit is op zich niet heel verwonderlijk, aangezien het eenvoudiger is om bij mannen naar het MAO-A gen te kijken. Het gen bevindt zich op het X chromosoom waar mannen er, in tegenstelling tot vrouwen, maar één van hebben. Om bij vrouwen hetzelfde verband te kunnen meten, moeten zij op beide X chromosomen het gen voor de lage of hoge activiteit hebben. De kans is veel kleiner om vrouwen met deze genotypes te vinden.

Catechol O-methyltransferase (COMT)

Net als MAO-A is catechol-O-methyltransferase (COMT) een enzym dat centraal staat in de afbraak van neurotransmitters (waaronder dopamine) in

de hersenen. Het gen voor het COMT enzym bevindt zich bij mensen op chromosoom 22. Een bekend functioneel polymorfisme in het COMT gen is de verandering van één base waardoor het aminozuur valine (Val) wordt vervangen door methionine (Met) op codon 158 (22q11.1-q11.2). Dit polymorfisme leidt tot een verlaging van de enzymactiviteit met ongeveer zestig procent (Lachman e.a., 1996). Omdat bekend is dat een verhoogd dopaminegehalte kan leiden tot agressiviteit, zou dit polymorfisme hier ook een rol in kunnen spelen. De verlaagde enzymactiviteit geassocieerd met het homozygote Met genotype (personen die op beide chromosomen de code voor het Met allel bezitten) zou mogelijk het risico voor agressief gedrag kunnen verhogen in vergelijking met personen met het homozygote Val genotype. Het onderzoek van Strous en zijn collega's (1996) naar gevaarlijk gedrag bij een kleine groep patiënten met schizofrenie bevestigt deze hypothese. Een psychiater beoordeelde de patiënt op een lijst voor agressief gedrag in het verleden, zoals gewelddadige criminaliteit en fysieke agressie. Aan de hand van deze lijst werd de patiënt ingedeeld in een groep met een laag, matig of hoog risico voor agressief gedrag. De psychiaters waren niet op de hoogte van het genotype van de patiënt. Uit de studie bleek dat patiënten met het Val-Val genotype vooral in de groep met het lage risico, en een klein deel in de matige risicogroep, werden ingedeeld. Geen van de patiënten met het Met-Met genotype bevond zich in de groep met het lage risico. Zij werden zowel in de matige als in de hoge risicogroep ingedeeld. De heterozygote patiënten (met het Val-Met genotype) bevonden zich voor het grootste deel in de matige risicogroep. De gevonden verschillen bleken statistisch hoog significant. Vervolgens is dit onderzoek herhaald door Lachman en zijn collega's (1998) met een grotere groep patiënten die de diagnose schizofrenie of schizoaffectieve stoornis hadden. Zij vergeleken in dit onderzoek een groep patiënten met een geschiedenis van meerdere agressieve uitingen met een groep patiënten zonder een dergelijke geschiedenis. Uit deze studie bleek dat in de patiëntengroep met een agressief verleden het homozygote Met genotype significant vaker voorkwam dan in de patiëntengroep zonder een agressief verleden. Dit verschil was vooral aanwezig bij mannelijke patiënten. In een onderzoek van Kotler e.a. (1999) werd wederom een verband gevonden tussen het Met-Met genotype en agressief gedrag bij, voornamelijk mannelijke, patiënten met de diagnose schizofrenie. Zij vergeleken deze groep met niet gewelddadige schizofreniepatiënten en een gezonde controlegroep. In een replicatie van dit onderzoek, eveneens bij voornamelijk mannelijke patiënten met schizofrenie, vonden Strous en zijn collega's (2003) eveneens een samenhang tussen het Met-Met genotype en agressief en gewelddadig gedrag tegenover anderen en zichzelf (automutilatie). De verlaagde enzymactiviteit die geassocieerd is met het Met-Met genotype werd in vier verschillende studies in verband gebracht met verhoogd agressief gedrag bij patiënten met de diagnose schizofrenie in vergelijking met het homozygote Val genotype. Toch werd dit verband niet in alle onderzoeken bevestigd. In een studie van Jones e.a. (2001) bij een grote groep, voornamelijk vrouwelijke, schizofreniepatiënten, werd een omgekeerd verband gevonden.

De patiënten met het Val-Val genotype vertoonden meer agressief gedrag dan de patiënten met het Met-Met genotype. Naast dat het in deze studie een groep vrouwelijke patiënten betrof, was een ander verschil met de voorgaande studies dat deze patiënten niet geselecteerd waren op gewelddadig gedrag in het verleden, maar werd gekeken naar agressief gedrag in de kliniek.

Om te kijken of andere factoren meespelen in de verhoogde agressiviteit bij patiënten met het polymorfisme voor de lage enzymactiviteit, namen Rujescu e.a. (2003) bij een groep patiënten, die minimaal één zelfmoordpoging hadden gedaan, en bij een gezonde controlegroep, persoonlijkheidsvragenlijsten af. Hieruit bleek dat mensen met het homozygote Met genotype hun boosheid meer op de omgeving (naar buiten toe) richten, terwijl mensen met het homozygote Val genotype hun boosheid meer opkroppen.

Bovenstaande onderzoeken tonen veel overeenkomende resultaten. Het functionele polymorfisme in het COMT gen dat geassocieerd is met verlaagde activiteit van het COMT enzym, is vooral bij mannelijke patiënten met schizofrenie gerelateerd aan agressief gedrag. Bij vrouwelijke patiënten werd deze relatie niet gevonden. Opvallend is dat een polymorfisme voor de verlaagde activiteit van het COMT enzym alleen gerelateerd is aan een verhoogd risico op agressief gedrag bij patiënten met schizofrenie. Tot op heden zijn er geen studies bekend waarbij gekeken is naar de relatie tussen het COMT gen en agressief gedrag bij een gezonde populatie. Om deze reden kan het polymorfisme in het COMT gen alleen in verband worden gebracht met agressiviteit bij patiënten met schizofrenie.

Conclusie

Uit bovenstaande onderzoeksresultaten kan geconcludeerd worden dat genen die van invloed zijn op enzymactiviteit inderdaad een rol kunnen spelen bij agressief gedrag. Meerdere studies tonen een verband aan tussen een polymorfisme in het COMT gen en agressief gedrag. Het polymorfisme lijkt vooral een relatie te hebben met agressie bij patiënten met schizofrenie of een schizoaffectieve stoornis. Het zou een verklaring kunnen zijn voor agressief gedrag bij een deel van de schizofrene patiëntenpopulatie, en de reden dat niet alle schizofreniepatiënten agressief gedrag vertonen. Een polymorfisme in het promotor gebied van het MAO-A gen lijkt geen direct verband te hebben met agressief gedrag. Geen enkel onderzoek toont aan dat mensen met het polymorfisme voor een lagere enzymactiviteit agressiever zijn dan mensen met het polymorfisme voor een hogere enzymactiviteit. Slechts in één onderzoek wordt een omgekeerd verband gevonden (Manuck e.a., 2000). Meerdere studies vinden echter wel een indirect effect. De combinatie van het polymorfisme voor een lage enzymactiviteit en mishandeling in de kindertijd leidt vaker tot agressief gedrag dan het polymorfisme voor een hoge enzymactiviteit in combinatie met mishandeling. Het polymorfisme voor hoge enzymactiviteit lijkt een beschermende factor te zijn voor het ontstaan van agressief gedrag, maar heeft waarschijnlijk geen invloed op de symptomatologie.

De relatie tussen polymorfismen in het DNA en agressief gedrag is vrijwel alleen onderzocht bij mannen. Een logische verklaring hiervoor is dat mannen veel vaker agressief zijn dan vrouwen. Dit maakt het een stuk moeilijker om een groep agressieve, vrouwelijke proefpersonen te vinden, en ook minder relevant. Daarnaast zijn de resultaten van onderzoeken waar wel vrouwen bij betrokken waren, vaak anders dan de studies met alleen mannen. Dit lijkt erop te wijzen dat het mechanisme van agressie bij vrouwen wezenlijk verschilt van het mechanisme bij mannen.

Een tweede opmerking die bij de gevonden resultaten geplaatst kan worden, is dat naast polymorfismen in genen ook ander factoren van invloed kunnen zijn op de enzymactiviteit. In de beschreven onderzoeken is enkel gekeken naar een bepaald polymorfisme, en niet naar de daadwerkelijke enzymactiviteit bij de proefpersonen. Er wordt van uitgegaan dat proefpersonen met het polymorfisme voor een hoge enzymactiviteit ook daadwerkelijk een verhoogde enzymactiviteit hebben. Dit is echter niet onderzocht. Ook andere factoren zouden bij deze personen een rol kunnen spelen, waardoor zij alsnog een verlaagde enzymactiviteit hebben. Hier zou in toekomstig onderzoek meer naar gekeken kunnen worden.

Ook is het zo dat naast enzymactiviteit andere factoren een rol spelen in het metabolisme van neurotransmitters. Zo zijn er verschillende receptoren die de neurotransmitter serotonine opnemen. De activiteit van deze receptoren zou ook een invloed kunnen hebben op agressief gedrag (Olivier & van Oorschot, 2005). De conclusie die uit het brede spectrum van onderzoeken naar agressie getrokken kan worden, is dat er veel factoren een rol lijken te spelen. Van meerdere neurotransmitters is bekend dat zij verband houden met agressie. Vervolgens zijn bij het metabolisme van elke neurotransmitter weer enzymen en receptoren van invloed op de afbraak en opname, en daarvoor op de concentratie, van deze neurotransmitters. Opvallend is echter dat vrijwel alle onderzoeken zich richten op een klein onderdeel, bijvoorbeeld één polymorfisme dat geassocieerd is met de enzymactiviteit van één neurotransmitter, van wat een veel ingewikkelder mechanisme lijkt te zijn. Om meer inzicht te krijgen in agressie, zou ook gedacht kunnen worden aan het combineren van deze verschillende factoren binnen een onderzoek. Zo zou bijvoorbeeld naar de combinatie van de enzymactiviteit en de activiteit van de receptoren gekeken kunnen worden. Of naar de door de polymorfismen bepaalde activiteit van verschillende enzymen die met deze neurotransmitters in verband staan. De invloed van polymorfismen op een hoge enzymactiviteit zou in het niet kunnen vallen bij de invloed van minder actieve receptoren. Ook zou het effect van een snelle afbraak van de ene neurotransmitter teniet kunnen worden gedaan door een trage afbraak van een andere neurotransmitter. Door verschillende factoren te combineren in toekomstig onderzoek, zou nog meer inzicht in agressief gedrag verkregen kunnen worden. Echter, er moet wel voor gewaakt worden dat de focus van onderzoek niet compleet op het neurobiologische gebied wordt gelegd. Het feit dat omgevingsfactoren ook een belangrijke rol lijken te spelen, geeft aan dat deze in het onderzoek naar de invloed van polymorfismen in het DNA op agressie nooit buiten beschouwing mogen worden gelaten.

Literatuur

- Boer, S.F. de & Koolhaas, J.M. (2005). 5-HT1A and 5-HT1B receptor agonists and aggression: A pharmacological challenge of the serotonin deficiency hypothesis. *European Journal of Pharmacology*, 526, 125-139.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T.E., Mill, J., Martin, J., Craig, I.W., Taylor, A. & Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297, 851-854.
- Clark, D.P. (2005). *Molecular biology. Understanding the genetic revolution*. Burlington/San Diego/London: Elsevier.
- Contini, V., Marques, F.Z.C., Garcia, C.E.D., Hutz, M.H. & Bau, C.H.D. (2006). MAOA-uVNTR in a Brazilian sample: Further support for the association with impulsive behaviors and alcohol dependence. *American Journal of Medical Genetics Part B*, 141B, 305-308.
- Foley, D.L., Eaves, L.J., Wormley, B., Silberg, J.L., Maes, H.H., Kuhn, J. & Riley, B. (2004). Childhood adversity, monoamine oxidase A genotype, and risk for conduct disorder. *Archives of General Psychiatry*, 61, 738-744.
- Frick, P.J. (2006). Developmental pathways to conduct disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15, 311-331.
- Huang, Y.Y., Cate, S.P., Battistuzzi, C., Oquendo, M.A., Brent, D. & Mann, J.J. (2004). An association between a functional polymorphism in the monoamine oxidase A gene promoter, impulsive traits and early abuse experiences. *Neuropsychopharmacology*, 29, 1498-1505.
- Jacobs, C.P., Müller, J., Schmidt, M., Hohenberger, K., Gutknecht, L., Reif, A., Schmidtke, A., Mössner, R. & Lesch, K.P. (2005). Cluster B personality disorders are associated with allelic variation of monoamine oxidase A activity. *Neuropsychopharmacology*, 30, 1711-1718.
- Jones, G., Zammit, S., Norton, N., Hamshere, M.L., Jones, S.J., Milham, C., Sanders, R.D., McCarthy, G.M., Jones, L.A., Cardno, A.G., Gray, M., Murphy, K.C. & Owen, M.J. (2001). Aggressive behaviour in patients with schizophrenia is associated with catechol-O-methyltransferase genotype. *British Journal of Psychiatry*, 179, 351-355.
- Koller, G., Bondy, B., Preuss, Y.W., Bottlender, M. & Soyka, M. (2003). No association between a polymorphism in the promoter region of the MAOA gene with antisocial personality traits in alcoholics. *Alcohol & Alcoholism*, 38, 31-34.
- Koops, W. (2001). De ontwikkeling van agressie. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 56, 270-283.
- Kotler, M., Barak, P., Cohen, H., Averbuch, I.E., Grinshpoon, A., Gritsenko, I., Nemanov, L. & Ebstein, R.P. (1999). Homicidal behavior in schizophrenia associated with a genetic polymorphism determining low catechol-O-methyltransferase (COMT) activity. *American Journal of Medical Genetics*, 88, 628-633.
- Lachman, H.M., Nolan, K.A., Mohr, P., Saito, T. & Volavka, J. (1998). Association between catechol-O-methyltransferase genotype and violence in schizophrenia and schizoaffective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 835-837.

- Lachman, H.M., Papolos, D.F., Saito, T., Yu, Y.M., Szumlanski, C.L. & Weinshilboum, R.M. (1996). Human catechol-O-methyltransferase pharmacogenetics: description of a functional polymorphism and its potential application to neuropsychiatric disorders. *Pharmacogenetics*, 6, 243-250.
- Manuck, S.B., Flory, J.D., Ferrell, R.E., Mann, J.J. & Muldoon, M.F. (2000). A regulatory polymorphism of the monoamine oxidase-A gene may be associated with variability in aggression, impulsivity, and central nervous system serotonergic responsivity. *Psychiatry Research*, 95, 9-23.
- Nilsson, K.W., Sjöberg, R.L., Damberg, M., Leppert, J., Öhrvik, J., Alm, P.O., Lindström, L. & Orelund, L. (2006). Role of monoamine oxidase A genotype and psychosocial factors in male adolescent criminal activity. *Biological Psychiatry*, 59, 121-127.
- Olivier, B. & Oorschot, R. van (2005). 5-HT1B receptors and aggression: A review. *European Journal of Pharmacology*, 526, 207-217.
- Rujesco, D., Giegling, I., Gietl, A., Hartmann, A.M. & Möller, H.J. (2003). A functional single nucleotide polymorphism (V158M) in the COMT gene is associated with aggressive personality traits. *Biological Psychiatry*, 54, 34-39.
- Sabol, S.Z., Hu, S. & Hamer, D. (1998). A functional polymorphism in the monoamine oxidase A gene promoter. *Human Genetics*, 103, 273-279.
- Strous, R.D., Bark, N., Parsia, S.S., Volavka, J. & Lachman, H.M. (1997). Analysis of a functional catechol-O-methyltransferase gene polymorphism in schizophrenia: evidence for association with aggressive and anti-social behavior. *Psychiatry Research*, 69, 71-77.
- Strous R.D., Nolan, K.A., Lapidus, R., Diaz, L., Saito, T. & Lachman, H.M. (2003). Aggressive behavior in schizophrenia is associated with the low enzyme activity COMT polymorphism: a replication study. *American Journal of Medical Genetics Part B*, 120B, 29-34.
- Young, S.E., Smolen, A., Hewitt, J.K., Haberstick, B.C., Stallings, M.C., Corley, R.P. & Crowley, T.J. (2006). Interaction between MAO-A genotype and maltreatment in the risk for conduct disorder: failure to confirm in adolescent patients. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1019-1025.
- Widom, C.S. (1989). The cycle of violence. *Science*, 244, 160-166.

Artikel

Prevalentie van slaapstoornissen en gebruik van (off-label) slaapmedicatie in de Forensisch Psychiatrische Kliniek te Assen

Malinche van der Hoog en Marike Lancel

Samenvatting

Zeer veel mensen met een psychiatrische stoornis hebben eveneens problemen met hun slaap. Dat terwijl slaapstoornissen juist bij psychiatrische patiënten ernstige gevolgen kunnen hebben. Zo reageren bijvoorbeeld depressieve patiënten met slapeloosheid minder goed op cognitieve gedragstherapie dan patiënten die goed slapen. Er wordt in de psychiatrische praktijk dan ook veel slaapmedicatie voorgeschreven. Er zijn echter verschillende soorten slaapmedicatie, waardoor soms lastige afwegingen gemaakt moeten worden. Wordt voor een verslavende benzodiazepine gekozen of toch voor een duur antipsychoticum? Om meer inzicht te krijgen in hoeverre slaapproblemen farmacologisch behandeld worden en in de voorschrijfstrategieën van artsen in de psychiatrie, hebben we de prevalentie en behandeling van slaapstoornissen op de FPK onderzocht. Hiertoe hebben de patiënten slaapvragenlijsten ingevuld en hebben de behandelende artsen een overzicht van de slaapmedicatie verstrekt. 57% van de patiënten (n=51) heeft de vragenlijsten ingevuld. Uit deze gegevens bleek dat 59% een slechte slaper is en 31% lijdt aan insomnie. 30% van de patiënten gebruikte slaapmedicatie: dit betrof 35% van de slechte slapers en de helft van de patiënten met insomnie. Veel patiënten met slaapstoornissen worden hier dus niet medicamenteus voor behandeld. Wanneer wel slaapmedicatie werd voorgeschreven werd meestal gekozen voor het antipsychoticum Quetiapine of de benzodiazepine Temazepam. Er is echter nauwelijks bewijs voor de effectiviteit van Quetiapine als slaapmiddel. Ook Temazepam is, gezien de snelle opbouw van tolerantie en afhankelijkheid, niet de eerste keus. Opvallend: de veel geschiktere benzodiazepinenachtigen werden helemaal niet voorgeschreven. De resultaten van dit onderzoek bevestigen dat slaapstoornissen onder psychiatrische patiënten veel voorkomen, ook wanneer specifiek naar forensisch psychiatrische patiënten gekeken wordt. Slaapproblemen worden echter lang niet altijd behandeld. Wanneer dit wel gebeurt, wordt vaak niet voor de voorkeursmiddelen gekozen.

Inleiding

Slaapstoornissen komen veel voor. In Nederland ervaart ongeveer een kwart van de bevolking (4 miljoen mensen) problemen met slapen (Van der Linden 2004). Onder psychiatrische patiënten is dit percentage nog veel hoger, aangezien de meeste psychiatrische aandoeningen geassocieerd zijn met slaapstoornissen (Roth 2007). Ook in gevangenen (een forensische populatie) komen meer slaapstoornissen voor dan in de algemene bevolking (Elger 2004). Het is dan ook aan te nemen dat in forensisch psychiatrische klinieken (psychiatrische ziekenhuizen met een forensische populatie) ook veel slaapstoornissen voorkomen. Dit is echter nog nooit onderzocht, terwijl kennis van de prevalentie wel belangrijk is, mede omdat hieruit afgeleid zou kunnen worden of er wel voldoende aandacht is voor de signalering van slaapstoornissen in een kliniek. Dit is van belang aangezien slecht slapen negatieve consequenties heeft, zoals een verminderd functioneren overdag, een slechtere gezondheid, een grotere kans op ongelukken en een verminderde kwaliteit van leven. Slaapstoornissen leiden ook tot aanzienlijke economische kosten (Sateia en Nowell 2004). Bij psychiatrische patiënten kunnen slaapstoornissen daarnaast de behandeling van de psychiatrische stoornis negatief beïnvloeden. Zo reageren depressieve patiënten met slapeloosheid minder goed op cognitieve gedragstherapie, vallen zij sneller terug in een depressie en plegen zij vaker suïcide wanneer er sprake is van slaapproblemen. Behandeling van de slaapstoornis heeft ook een positieve uitwerking op de depressieve stoornis (Roth 2007).

Omdat er zoveel slaapproblemen voorkomen, wordt ook veel slaapmedicatie voorgeschreven. Dit is zowel het geval in de algemene populatie (Simon 1997, Knuisting Neven 2004), als in gevangenen (Elger 2002) en psychiatrische ziekenhuizen (Barbui 2005). In Nederland gebruikt 3-4% van de bevolking slaapmedicatie, waarvan 80% langer dan een half jaar (Knuisting Neven 2004). Omdat de diverse soorten slaapmedicatie verschillende effecten hebben - dit betreft zowel de slaapeffecten als de bijwerkingen - is het van belang om het juiste middel te kiezen. Een overzicht van de voor- en nadelen van de diverse middelen die voorgeschreven worden bij slaapstoornissen is te vinden in tabel 1. Kennis over de behandeling van slaapstoornissen in een kliniek is belangrijk omdat dit, indien nodig, aanleiding kan geven tot gerichte bij- en herscholing.

Het doel van dit onderzoek was het bestuderen van de prevalentie van slaapstoornissen en de farmacologische behandeling hiervan. Op basis van deze gegevens hebben we adviezen geformuleerd in een poging om de behandeling van slaapstoornissen zoveel mogelijk te optimaliseren.

Tabel 1. Voor- en nadelen van de diverse soorten slaapmedicatie

Groep medicijnen	Voordelen	Nadelen
Benzodiazepinen	<ul style="list-style-type: none"> - Op korte termijn zeer effectief - Relatief goedkoop - Veilig (zelden letale overdosis) - Tevens effect op angst en agitatie 	<ul style="list-style-type: none"> - Snel tolerantie - niet geschikt voor langetermijnbehandeling - Verslavend - Misbruik treedt veelvuldig op - Stoppen leidt vaak tot ontweningsverschijnselen welke lijken op de oorspronkelijke reden van voorschrijven - Evt. slaperigheid overdag (afhankelijk van het middel) - Vaak lange halfwaardetijd (afhankelijk van het middel) - Tast de slaaparchitectuur aan
Benzodiazepinenachtigen	<ul style="list-style-type: none"> - Nauwelijks verslaving - Minder snel tolerantie dan bij de benzodiazepinen - Korte halfwaardetijden - Bij Zopiclon nauwelijks slaperigheid overdag - Veilig, weinig bijwerkingen - Effectief - Tevens effect op angst en agitatie - Minder aantasting van de slaaparchitectuur 	<ul style="list-style-type: none"> - Minder ervaring mee opgedaan dan met benzodiazepinen - Iets duurder dan benzodiazepinen
Melatonine	<ul style="list-style-type: none"> - Veilig - Weinig bijwerkingen - Effectief bij circadiane ritmestoornissen - Mogelijk effect bij andere slaapstoornissen - Korte halfwaardetijd - Tevens effect op depressies en andere aandoeningen 	<ul style="list-style-type: none"> - Relatief weinig ervaring/onderzoek - Weinig informatie over dosering en beste tijd van innamen - Moet dagelijks op een vaste tijd worden ingenomen - Werking sterk afhankelijk van het voorgeschreven middel - Geen gegevens over langetermijneffecten - Veel bijwerkingen - Minder veilig (letale overdosering mogelijk) - Dagelijks gebruik nodig - Duur - Tast de slaaparchitectuur aan - Lange halfwaardetijd
Antidepressiva		
Antipsychotica	<ul style="list-style-type: none"> - Tevens antipsychotisch effect 	<ul style="list-style-type: none"> - Werking afhankelijk van het voorgeschreven middel - Slechts over enkele middelen informatie beschikbaar, weinig informatie over insomnie - Geen gegevens over langetermijneffecten - Veel bijwerkingen - Minder veilig dan benzodiazepinen - Vooral bij Quetiapine wordt misbruik gemeld - Duur tot zeer duur - Lange halfwaardetijd
Antihistaminica	<ul style="list-style-type: none"> - Goedkoop 	<ul style="list-style-type: none"> - Precieze effect onduidelijk, bij Promethazine onderdrukking van de REM-slaap. - Snel tolerantie - niet geschikt voor langetermijnbehandeling - Forse bijwerkingen (o.a. slaperigheid overdag) - Lange halfwaardetijd

Op basis van Le Bon 2005, DeMartinis 2007, Poyares 2005, Rush 1998 en Sateia en Nowell 2008.

Methode

De gegevens werden verzameld gedurende vier weken. Alle patiënten die in deze periode binnen FPK Assen verbleven en die in staat geacht werden deel te nemen aan het onderzoek werden benaderd voor het invullen van vragenlijsten. Patiënten werden mondeling geïnformeerd over het doel van het onderzoek. Benadrukt werd dat de keuze tot deelname of de weigering hiervan geen invloed zou hebben op de behandeling. Voor deelname werd informed consent gevraagd en resultaten werden geanonimiseerd. Van de patiënten die niet in staat waren tot deelname of deelname weigerden werden anoniem gegevens met betrekking tot medicatie en diagnose verstrekt aan de onderzoekers.

De gegevens over de slaap werden verkregen door afname van de volgende vragenlijsten:

- De Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), die zich richt op kwaliteit van slaap en slaapproblemen gedurende de afgelopen maand. Een hoge score op deze vragenlijst duidt op een subjectief slechte slaap (Buysse 1988).
- De Athens Insomnia Scale (AIS) is een korte vragenlijst van 8 items gebaseerd op de ICD-10 classificatie voor insomnie. Bij een hoge score op deze lijst kan de diagnose insomnie gesteld worden (Soldatos 2003).
- De Slaap Diagnose Lijst (SDL) be vraagt de zes meest voorkomende slaapproblemen (insomnie, rusteloze-benensyndroom, slaapproblemen, narcolepsie, hypersomnie en slaapproblemen als gevolg van een psychiatrische aandoening) (Sweere 1999).

Van iedere patiënt in de kliniek werd een recent medicatieoverzicht verschaft. Hieruit werd de relevante medicatie geselecteerd. Aan de behandelend arts werd gevraagd of deze medicatie was bedoeld als slaappmiddel of was aangepast om ook de slaap te bevorderen.

Informatie betreffende de diagnose van de patiënt werd uit het meest recente behandelplan gehaald. Wanneer er nog geen behandelplan beschikbaar was, werd hiervoor de informatie uit het opname- of intakegesprek gebruikt, zoals dit was vastgelegd in het dossier.

Statistiek werd gedaan met behulp van SPSS 15.0 voor Windows.

Resultaten

Patiëntkarakteristieken

Tijdens het onderzoek waren 89 patiënten aanwezig in de kliniek. Van al deze patiënten zijn gegevens met betrekking tot medicatie en diagnose verkregen. 51 patiënten (57%) hebben de slaapproblemenlijsten ingevuld. Drie patiënten hebben de vragenlijst slechts gedeeltelijk ingevuld (2 de PSQI niet en 1 de SDL niet).

Van alle patiënten in de kliniek zijn 82 (92%) man. De gemiddelde leeftijd is 35 jaar (SD 9.1, range 19-60). Van de deelnemende patiënten zijn 50 (98%)

man en is de gemiddelde leeftijd 35 jaar (SD 8.1, range 19-49). De meeste patiënten hebben een psychotische stoornis en/of een persoonlijkheidsstoornis. Vooral cluster B persoonlijkheidsstoornis/trekken komt veel voor. Daarnaast had ca. tweederde van de patiënten problemen met middelen in de (recente) voorgeschiedenis. Bij gebruik van de Chi-kwadraat toets zijn er geen significante verschillen tussen deelnemers en niet-deelnemers.

Slaapstoornissen

Van de 49 patiënten die de PSQI invulden hebben 29 patiënten (59%) een score >5 en vallen dus in de categorie slechte slaper. Van de 51 patiënten die de AIS hebben ingevuld, hebben 16 patiënten (31%) een score ≥ 6 , dus insomnie. Alle patiënten die insomnie hebben volgens de AIS, zijn ook een slechte slaper volgens de PSQI. Scores op de AIS en de PSQI vertonen een lineair verband (lineaire regressie: $r^2=0,70$ en $p < 0,001$).

De resultaten van de SDL staan in tabel 2. Hierbij is een afkapwaarde van 3 per stoornis gehanteerd. Alle patiënten met een stoornis op de SDL zijn ook een slechte slaper volgens de PSQI en meestal hebben ze ook insomnie volgens de AIS. Alleen in de groep patiënten met psychiatrische symptomen (secundaire insomnie) scoren 4 patiënten niet op de AIS. Alle patiënten met hypersomnie hebben tevens insomnie en geven op de AIS aan dat zij overdag slaperig zijn.

Slaapmedicatie

27 patiënten (30%) krijgen medicatie (mede) ter bevordering van de slaap. 5 van deze patiënten krijgen 2 slaapmiddelen. Aan 8 patiënten is slaapmedicatie zo nodig voorgeschreven.

6 patiënten geven op de PSQI aan slaapmedicatie te gebruiken (waarvan 5 drie- of meermaal per week), terwijl hun arts aangeeft dat dit niet het geval is. Ook zijn er 4 patiënten die aangeven aan dat zij geen slaapmiddelen gebruiken, terwijl voor 2 van hen medicatie specifiek voor de slaap is voorgeschreven en bij 2 van hen de medicatie is aangepast om de slaap te bevorderen.

Wanneer medicatie is aangepast om de slaap te bevorderen, betreft dit bij 8 patiënten het specifiek voor de nacht voorschrijven van het medicijn, bij 4 patiënten de bewuste keuze voor een sederend middel en bij 2 patiënten het in eigen beheer geven van het medicament aan de patiënt, zodat deze het voor de nacht kan nemen om zo de slaap te bevorderen. Zevenmaal werd gekozen voor Temazepam en achtmaal voor Quetiapine.

Benzodiazepinenachtigen waren helemaal niet voorgeschreven.

Medicatie en slaapstoornis

Zoals te zien is in tabel 2, geldt voor de meeste soorten slaapstoornissen dat ca. $\frac{3}{4}$ van de patiënten die eraan lijdt slaapmedicatie voorgeschreven krijgt. Alleen in de groep slaapproblemen als gevolg van psychiatrische problematiek krijgen relatief weinig patiënten (minder dan de helft) slaapmiddelen voorgeschreven.

Tabel 2. Prevalentie van slaapstoornissen en slaapgerelateerde problemen volgens SDL en gebruik van slaapmedicatie of medicatie aangepast i.v.m. slaapproblemen.

Slaapstoornis volgens de SDL	Patiënten met slaapstoornis	met	Medicatiegebruik indien slaapstoornis aanwezig
Primaire insomnie	7 (14,6%)	5 (71,4%)	Promethazine 2x Temazepam Mirtazapine Quetiapine
Rusteloze-benensyndroom	4 (8,3%)	3 (75,0%)	Temazepam Quetiapine Mirtazapine
Psychiatrie (depressie/angst)	14 (29,7%)	6 (42,9%)	2x Quetiapine 2x Temazepam Mirtazapine Promethazine
Slaapapneusyndroom	1 (2,1%)	1 (100%)	Cipramil en Quetiapine
Hypersomnie	7 (14,6%)	5 (71,4%)	Cipramil en Quetiapine Promethazine 2x Quetiapine Temazepam
Narcolepsie	0 (0%)	0 (0%)	

Van de 16 patiënten met insomnie volgens de AIS gebruikt de helft slaapmedicatie. Van de 29 patiënten die een slechte slaper is volgens de PSQI gebruiken 10 patiënten (35%) slaapmedicatie.

Conclusie en discussie

Opzet studie

De respons op de vragenlijsten komt overeen met eerdere onderzoeken bij patiënten van FPK Assen. Vanuit praktische overwegingen is gekozen voor het afnemen van vragenlijsten, waardoor subjectieve gegevens zijn verkregen. Gezien de betrouwbaarheid van de vragenlijsten is dit een acceptabele methode. Bovendien heeft waarschijnlijk juist de subjectieve ervaring van slaapproblematiek invloed op het feit of slaapmedicatie voorgeschreven wordt, aangezien patiënten die geen slaapproblemen ervaren geen slaapproblemen aan hun arts zullen melden en dus geen medicatie zullen ontvangen.

Slaapstoornissen

59% van de patiënten is een slechte slaper volgens de PSQI en 31% heeft insomnie volgens de AIS. In een grote Nederlandse studie (De Niet 2008) onder psychiatrische patiënten (zowel klinisch als ambulant) gaf 66% van de patiënten op de PSQI aan een slechte slaper te zijn. Dat de prevalentie in dit onderzoek lager uitvalt, kan onder andere komen doordat in dit onderzoek slechts één vrouw participeerde, terwijl juist de vrouwen in het genoemde onderzoek vaker hoog scoorden op de PSQI. Wanneer zou worden gecorrigeerd voor geslacht, scoren de patiënten in de forensisch psychiatrische populatie

mogelijk gelijk of zelfs slechter dan de patiënten in de reguliere psychiatrie. Op de SDL is te zien dat relatief veel patiënten (30%) psychiatrische symptomen als oorzaak van slaapproblematiek (secundaire insomnie) aangeven. Gezien de psychiatrische populatie is dit niet verwonderlijk. Naast secundaire insomnie komen ook primaire insomnie en hypersomnie veel voor, net als het rusteloze-benensyndroom. Rusteloze-benensyndroom is bij jonge mannen (zoals in deze groep) relatief zeldzaam (Smith 2008). Een mogelijke verklaring voor het relatief hoge aantal dat hier gevonden wordt is dat deze patiënten mogelijk acathisie hebben. Patiënten met acathisie zullen in sommige gevallen namelijk ook scoren op het item rusteloze benen, aangezien de symptomen gedeeltelijk overlappen. Daarnaast is rusteloze benen als gevolg van antidepressiva werkende medicatie (bijvoorbeeld antidepressiva en antipsychotica) een mogelijke oorzaak. Opvallend is dat zowel Quetiapine als Mirtazapine zijn voorgeschreven als slaapmiddel in deze groep. Aangezien beide psychofarmaca zowel acathisie als rusteloze benen kunnen veroorzaken (Smith 2008), is het goed mogelijk dat deze middelen eerder contraproductief dan behulpzaam werken. Een ander type slaapmedicatie lijkt hier aanbevolen.

Slaapmedicatie

Bijna 1/3 van de patiënten krijgt slaapmedicatie. Hiervan heeft 3/5 als enig doel om de slaap te bevorderen. In de algemene Nederlandse psychiatrische populatie geeft de helft van de patiënten aan slaapmedicatie te gebruiken. Hierin is off-label medicatie en aangepaste medicatie niet meegenomen. Dit percentage is in dit onderzoek aanzienlijk lager. Wederom speelt de man-vrouw verhouding hier mogelijk een rol, aangezien de vrouwen in het genoemde onderzoek vaker slaapmedicatie gebruiken dan mannen (De Niet 2008).

Opvallend is dat er 6 patiënten zijn die denken slaapmedicatie te gebruiken, terwijl dit volgens hun arts niet het geval is. Daarnaast zijn er 4 patiënten die denken geen slaapmedicatie te gebruiken, terwijl dit volgens de arts wel zo is. Het betreft hier waarschijnlijk antidepressiva en antipsychotica. Hier lijkt voorlichting op zijn plaats.

Medicatiekeuze

Voor Quetiapine en Temazepam werden voorgeschreven. De benzodiazepinenachtigen, die eerstekeusmiddelen zijn (zie tabel 1), worden helemaal niet voorgeschreven. Dit kan mede te verklaren zijn vanuit het beleid van de apotheek, waarbij voorschriften van deze middelen automatisch worden omgezet in benzodiazepinen, tenzij anders wordt aangegeven.

Hoewel Quetiapine frequent werd voorgeschreven is er voor de effectiviteit van Quetiapine als slaapmiddel nog maar weinig bewijs. Zo is er bijvoorbeeld maar één studie bij patiënten met insomnie gedaan. Dit betrof een open-label studie met slechts 18 patiënten. Ook verder zijn er slechts kleine en heterogene studies gedaan, waarin niet altijd een klinisch significant effect wordt gevonden (Wine 2009). Daarnaast heeft Quetiapine een lange half-

waardetijd, is het zeer duur en treden bijwerkingen veelvuldig op. Quetiapine is dus niet zo geschikt als slaapmiddel.

De ervaring leert dat Quetiapine vooral als geschikt middel wordt beschouwd bij verslavingsgevoelige patiënten, omdat het niet verslavend zou werken. Gezien het hoge aantal verslavingsgevoelige patiënten in de kliniek, zou dit de voorkeur voor Quetiapine kunnen verklaren. Ook voor Quetiapine zijn echter de nodige meldingen van verslaving en misbruik gedaan (Hanley 2008).

Ook benzodiazepinen werden frequent voorgeschreven, hoewel dit verslavende middelen zijn met vaak een lange halfwaardetijd. Juist in een kliniek met veel verslavingsgevoelige patiënten zou verwacht worden dat eerder voor het minder verslavende Zopiclon of Zolpidem gekozen zou worden. Mogelijk speelt het beleid van de apotheek hier wederom een rol. Een andere verklaring is dat deze middelen in detentie veel worden voorgeschreven. Dit verklaart echter niet waarom de benzodiazepinen in de kliniek niet zijn omgezet in benzodiazepinenachtigen. De benzodiazepinen zijn relatief vaak "zo nodig" voorgeschreven, wat het risico op tolerantie verkleint. Uit dit onderzoek blijkt niet of de benzodiazepinen ook daadwerkelijk intermitterend ingenomen worden.

Slaapmedicatie en slaapstoornis

Van alle patiënten met insomnie volgens de AIS wordt slechts de helft behandeld met slaapmedicatie. Van de 29 patiënten die een slechte slaper zijn volgens de PSQI gebruikt 35% slaapmedicatie. Dit betekent niet per definitie dat de overige patiënten niet worden behandeld. Niet-medicamenteuze behandeling (hetgeen de voorkeur verdient) is namelijk niet meegenomen in dit onderzoek. Er zijn echter maar weinig patiënten die alleen niet-medicamenteus behandeld worden. Uit eerder onderzoek blijkt dat het feit dat een patiënt een slechte slaper is volgens de PSQI niet automatisch betekent dat hij ook vindt dat hij slecht slaapt (De Niet 2008). Niet alle patiënten met een PSQI > 5 zullen dus bij hun arts klagen over slaapproblemen, waardoor zij geen slaapmedicatie zullen ontvangen. Dit kan een mogelijke verklaring zijn voor het percentage onbehandelde patiënten. Het routinematig screenen op slaapstoornissen kan dit ondervangen. De vraag is of dit wenselijk is. Het is namelijk onduidelijk of het behandelen van slaapstoornissen waar iemand geen last van heeft ook positieve effecten heeft.

In vergelijking met de andere oorzaken wordt in de groep met psychiatrische symptomen als oorzaak voor de slaapproblemen relatief weinig slaapmedicatie voorgeschreven. Dat is jammer, aangezien juist in deze groep het effect van behandeling van de slaapstoornis op de psychiatrische stoornis groot is (Roth 2007). Wel is het zo dat niet alle patiënten die scoren op het onderdeel psychiatrische symptomen van de SDL, ook insomnie hebben volgens de AIS. Aangezien het ook mogelijk is om te scoren op dit item zonder slaapproblemen te hebben (maar wel psychiatrische symptomen), moet dit item voorzichtig geïnterpreteerd worden. Naast secundaire insomnie zijn primaire insomnie en hypersomnie veel geziene slaapstoornissen. Ook rusteloze-be-

nensyndroom komt enkele malen voor. In al deze groepen krijgt ca. $\frac{3}{4}$ van de patiënten slaapmedicatie. Bij hypersomnie lijkt het vreemd om patiënten te behandelen met slaapmedicatie; behandeling met stimulantia ligt hier meer voor de hand. Al deze patiënten hebben echter ook insomnie volgens de AIS. Waarschijnlijk worden de klachten van hypersomnie (slaperigheid overdag) dus eerder veroorzaakt door het slechte slapen 's nachts en is er dus niet daadwerkelijk hypersomnie. Behandeling met hypnotica is dan dus wel de aangewezen methode om de slaperigheid overdag te behandelen. De slaapmedicatie (in alle gevallen middelen met een lange halfwaardetijd) kan ook de oorzaak zijn van de slaperigheid overdag.

Conclusie

59% van de patiënten in de kliniek is een slechte slaper en 31% heeft insomnie. 30% van de patiënten in de kliniek krijgt medicatie (mede) ter bevordering van de slaap. Hierbij betreft het meestal Temazepam en Quetiapine. De benzodiazepinenachtigen (welke de voorkeur verdienen) werden helemaal niet voorgeschreven. Ondanks dat veel slaapmedicatie wordt uitgeschreven, worden veel patiënten met slaapstoornissen niet behandeld. Meer aandacht voor de signalering en behandeling van slaapproblemen lijkt dus nodig.

Aanbevelingen voor onderzoek

Om meer duidelijkheid te krijgen over de prevalentie van slaapstoornissen, waaronder de prevalentie in subgroepen (bijvoorbeeld bij vrouwen), is onderzoek in meerdere klinieken noodzakelijk. Ook over de meest gangbare voorschrijfstrategieën kan zo meer duidelijkheid verkregen worden. Om een volledig beeld van de behandeling te krijgen, zou daarnaast ook gekeken moeten worden naar niet-medicamenteuze behandeling. Ook de lengte van verblijf in de kliniek is mogelijk relevant, aangezien artsen bij binnenkomst van een patiënt vaak de medicatie van de vorige behandelaar continueren. Deze wordt pas aangepast wanneer het duidelijk is dat de patiënt langere tijd in de kliniek zal verblijven en hij aan zijn nieuwe omgeving gewend is.

Literatuur

- Barbui, C., Ciuna, A., Nose, M., e.a. (2005). Drug treatment modalities in psychiatric inpatient practice. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255, 136-42.
- Le Bon, O. (2005). Sleep research and the development of antidepressants. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 7:4, 304-313.
- Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., e.a. (1988). The Pittsburg Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28, 193-213.
- DeMartinis, N.A., & Winokur, A. (2007). Effects of psychiatric medications on sleep and sleep disorders. *CNS & Neurological disorders – Drug Targets*, 6, 17-29.

- Elger, B.S., Boehring, C., Revaz, S.A., Morabia, A. (2002). Prescription of hypnotics and tranquilizers at the Geneva's outpatient service in comparison to an urban outpatient medical service. *Sozial- und Präventivmedizin*, 47:1, 39-43.
- Elger, B.S. (2004). Prevalence, types and possible causes of insomnia in a Swiss remand prison. *European Journal of epidemiology*, 19, 665:677.
- Hanley, M.J., & Kenna, G.A. (2008). Quetiapine: treatment for substance abuse and drug of abuse. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65:7, 611-8.
- Knuisting Neven, A., de Jongh, T.O.H., & Schimsheimer, R.J. (2004). Slaapklachten. *Huisarts en Wetenschap*, 47:9, 426-30.
- Van der Linden, M.W., Westert, G.P., de Bakker, D.H., Schellevis, F.G. (2004). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk*. NIVEL/RIVM, Utrecht/Bilthoven.
- De Niet, G., Tiemens, B.G., Lendemeijer, H.H.G.M., Hutschemaekers, G. J.M. (2008). Perceived sleep quality of psychiatric patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 465-70.
- Poyares, D., Ribeiro Pinto, L., Tavares, S., e.a. (2005). Sleep promoters and insomnia. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 27 suppl 1, 2-7.
- Roth, T. (2007). Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences. *Journal of clinical sleep medicine*, 3:5 suppl, S7-S10.
- Rush, C.R. (1998). Behavioral pharmacology of Zolpidem relative to benzodiazepines: a review. *Pharmacology biochemistry and behavior*, 61:3, 253-269.
- Sateia, M.J., Nowell, P.D. (2004). Insomnia. *The Lancet*, 364, 1959-73.
- Schierenbeck, T., Riemann, D., Berger, M., & Hornyak, M. (2008). Effect of illicit recreational drugs upon sleep: cocaine, ecstasy and marijuana. *Sleep Medicine Review*, 12:5,381-9.
- Simon, G.E., VonKorff, M. (1997). Prevalence, burden and treatment of insomnia in primary care. *The American Journal of Psychiatry*, 154:10, 1417-23.
- Smith, J.E., Tolson, J.M. (2008). Recognition, diagnosis, and treatment of restless legs syndrome. *J Am Acad Nurse Pract*, 20, 396-401.
- Soldatos, C.R., Dikeos, D.G., & Paparrigopoulos, T.J. (2003). The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *Journal of psychosomatic research*, 55, 263-267.
- Sweere, Y., Kerkhof, G.A., de Weerd, A.W., e.a. (1999). De Slaap Diagnose Lijst (SDL), een Nederlandse vragenlijst voor het diagnosticeren van slaapstoornissen. *Nederlands tijdschrift voor de psychologie*, 54, 47-53.
- Wine, J.N., Sanda, C., Caballero, J. (2009). Effects of Quetiapine on sleep in nonpsychiatric and psychiatric conditions. *The annals of Pharmacotherapy*, 43, 707-13.

Artikel

criterium versus factor

Hoe kan de intensiteit van zorg binnen FACT-teams bepaald worden?

Margreet Nijburg

Inleiding

In Nederland is binnen de ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) al enkele jaren het ACT-model omarmd. ACT staat voor Assertive Community Treatment en omvat idealiter een multidisciplinair team met casemanagers (verpleegkundigen en Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen), een psychiater, een psycholoog, een verslavingsdeskundige en een trajectbegeleider voor arbeidsrehabilitatie. Een gedeelde caseload, gezamenlijke verantwoordelijkheid en een intensieve begeleiding staan centraal in dit model (Mulder en Kroon, 2005).

Binnen Lentis, de GGz instelling in Groningen, wordt in 2008 een variant van het ACT-model ingevoerd, het zogenoemde FACT; Functie ACT. Het FACT-model biedt een werkbare organisatievorm voor alle verschillende interventies die geïndiceerd zijn bij het behandelen en begeleiden van langdurig zorgafhankelijke patiënten (Van Veldhuizen, 2008).

Een belangrijk kenmerk van het FACT-model is dat casemanagementteams werken met twee methoden tegelijk: enerzijds individuele begeleiding voor stabiele patiënten (de reguliere zorg), en anderzijds de *shared caseload* aanpak met ACT-zorg (intensieve zorg) voor patiënten met ernstiger problemen (Van Veldhuizen, 2006). Alle medewerkers van het FACT-team komen 's ochtends samen en bespreken de patiënten die op het FACT-bord staan. Op het FACT-bord staan patiënten uit een individuele caseload die intensieve en teamzorg nodig hebben die ACT biedt.

De vraag rijst echter: hoe beslist een casemanager dat een patiënt intensieve zorg nodig heeft, dus dat een plek op het FACT-bord gerechtvaardigd is? Zijn hier heldere criteria voor? Het antwoord op deze vraag lijkt 'nee' te zijn, want Mulder en Kroon (2005) merken daar namelijk het volgende over op: *"Binnen het FACT-model zelf zien we voorlopig dat de grootste kwetsbaarheid zit in het goed en snel indiceren van extra zorg én in het weer terugnemen van de zorg"* (p. 185). Vervolgens spreken ze de hoop uit dat er op den duur een heldere set indicatiecriteria gegeven kan worden om te besluiten tot zorgintensivering.

In dit artikel zal duidelijk gemaakt worden, dat er behoefte is aan heldere indicatiecriteria, voor een betere communicatie en een verminderde kwetsbaarheid, maar dat deze moeilijk, zo niet onmogelijk vast te stellen zijn.

Allereerst wordt kort de werkwijze van een FACT-team uitgelegd. Daarna

wordt een overzicht gegeven van indicatiecriteria in de literatuur. Door middel van voorbeelden van genoemde indicatiecriteria wordt duidelijk gemaakt dat de meeste van deze criteria voor meerdere uitleg vatbaar zijn. Om dit te illustreren zal door middel van een praktijkvoorbeeld het “criterium” *overlast* nader uitgewerkt worden.

Vervolgens wordt er aandacht besteed aan een lopend onderzoek binnen Lentis naar *factoren* die een casemanager laat meewegen om de intensiviteit van zorg te bepalen. De onderzoeker heeft bewust gekozen voor de term ‘factoren’ en niet voor ‘criteria’. De keuze hiervoor wordt in dit artikel nader toegelicht, waarna er argumenten beschreven worden hoe het onderzoek naar en het beschrijven van deze factoren een bijdrage kan leveren aan het verminderen van de kwetsbaarheid van het FACT-model. Door verbeteringen in het bepalen van de intensiviteit van zorg wordt er meer uniformiteit gecreëerd, en dit komt uiteindelijk de zorgverlening aan de groep patiënten die langdurig van zorg afhankelijk zijn ten goede. Tot slot wordt de kwetsbaarheid van het FACT-model nader beschouwd. De *kwetsbaarheid* zou namelijk wel eens de *kracht* kunnen blijken te zijn.

Werkwijze FACT

Bij de start van een FACT-team is het belangrijk dat het team een duidelijk beeld heeft van de filosofie achter deze organisatievorm en van de werkwijze (de methodiek). In hoeverre verschilt deze nieuwe werkwijze met de huidige (vaak traditioneel casemanagement) en hoe kunnen we dit handen en voeten geven?

Voor ieder team dat start is het belangrijkste ingrediënt duidelijk: dagelijks een ochtendoverleg rondom het FACT-bord met alle teamleden waarin de acties rondom de patiëntenzorg besproken en gepland worden. In de praktijk is het echter lastig om te bepalen hoe dat FACT-bord gevuld gaat worden. Wanneer komt een patiënt hiervoor in aanmerking en wanneer wordt een patiënt weer van het bord afgehaald?

Een willekeurige selectie uit de verslagen van de FACT-bordbespreking in de FACT-teams van Delfzijl en Uithuizen laat een grote diversiteit zien:

- Opname met inbewaringstelling (IBS), chaotische schizofrene vrouw.
- Overlast burens, persoonlijke hygiëne, drankmisbruik.
- Opname wegens chronisch psychotische problematiek.
- Ernstige persoonlijkheidsproblematiek, alcoholmisbruik, veel lichamelijke klachten/ziekten.
- Onderzocht wordt of er sprake is van dementie.
- Er dreigen problemen in verband met stopzetten uitkering.

De redenen waarom een patiënt weer van het FACT-bord wordt afgehaald worden niet gedocumenteerd. Vaak is de situatie weer gestabiliseerd, extra zorg regulier georganiseerd, of zijn de (psychiatrische) klachten verminderd.

Indicatiecriteria in de literatuur

Om de praktische werkwijze inzichtelijk te maken is er in GGz-Noord Holland Noord een protocol ontwikkeld waarin beschreven wordt welke indicaties er zijn voor FACT. In dit protocol wordt een indeling gemaakt in tijdelijke indicaties, langdurige indicaties en er is speciale aandacht voor de groep zorgmijders. Dit protocol ziet er als volgt uit:

Tijdelijke indicaties:

- patiënten waarbij er tijdelijk sprake is van een toename van psychiatrische symptomen/crisis;
- patiënten die overlast bezorgen in wijk;
- patiënten die zich niet houden aan gemaakte afspraken;
- patiënten met life-events;
- nieuwe patiënten.

Langdurige indicaties:

- patiënten die vaak worden opgenomen (draaideurpatiënten);
- patiënten die chronisch te maken hebben met bovenstaande problematiek (chronische FACT-patiënten);
- patiënten met een lage GAF-score (< 40).

Zorgmijders:

- patiënten die zichzelf verwaarlozen;
- patiënten die zorgwekkend/zorgmijgend zijn.

Dit protocol vormt de basis van waaruit een casemanager kan bepalen of zijn/haar patiënt in aanmerking komt voor intensivering van de zorg. Op het eerste gezicht lijkt dit protocol duidelijk, overzichtelijk en bruikbaar. Maar als we alleen al het eerste item nader beschouwen (*patiënten waarbij er tijdelijk sprake is van een toename van psychiatrische symptomen/crisis*) vallen een aantal zaken op. Bijvoorbeeld: Hoe tijdelijk is 'tijdelijk'? Hoe groot dient de toename van symptomen te zijn? Kunnen we dit meten? Om welke symptomen gaat het eigenlijk? Heeft de term 'crisis' betrekking op de toename van de psychiatrische symptomen? En wie bepaalt of er sprake is van een crisis? Is dit de hulpverlener, de patiënt, de omgeving van de patiënt (ouders, instanties, bureaus)?

Soortgelijke interpretatievragen zijn bij bijna alle genoemde items te stellen, met uitzondering van 'nieuwe patiënten'. Dit betreft een categorie patiënten die door het FACT-team nieuw in zorg worden genomen en standaard twee à drie weken op het bord staan.

In de literatuur worden echter veel meer indicatoren gevonden dan in het protocol genoemd staan op basis waarvan een casemanager kan bepalen dat de zorg geïntensiveerd moet worden. Het betreft soms een verbijzondering van een indicatie uit bovenstaand protocol, maar vaak is het een nieuwe indicator.

Volgens Van Veldhuizen, Bähler en Teer (2006) komen bijvoorbeeld patiënten in aanmerking voor het FACT-bord als er sprake is van:

- een klinische opname;
- detentie;
- sociale gebeurtenissen (bijvoorbeeld dreigende uithuiszetting);
- verslavingsproblematiek;
- voormalige longstay patiënten;
- patiënten met een BOPZ-titel.

Een verbijzondering in bovenstaande lijst betreft bijvoorbeeld verslavingsproblematiek. Deze indicator past binnen het protocol van GGz Noord-Holland Noord in de groep 'zorgmijders'.

De indicator 'sociale gebeurtenissen' roept weer veel vragen op. Het is een te ruim begrip, want er zijn talloze sociale gebeurtenissen die voor de FACT-doelgroep zeer wenselijk zijn. Sociaal betekent immers volgens Van Dale: *betrekking hebbend op de menselijke samenleving*. Hierbij valt dus ook te denken aan samen eten, samen koffie drinken, samen winkelen en dergelijke. Het voorbeeld wat erbij genoemd staat (dreigende uithuiszetting) geeft de richting aan waarbij deze indicator volgens de auteur van toepassing is. Het toevoegen van het woordje 'stressvol' zal al meer duidelijkheid scheppen bij het hanteren van deze indicator (dus: 'stressvolle sociale gebeurtenis').

In deze lijst worden drie items genoemd waarbij de interpretatie van de indicatie geen problemen oplevert, namelijk een klinische opname, detentie en patiënten met een BOPZ-titel¹.

In een artikel van Van Veldhuizen (2006) wordt een andere indeling, vanuit een ander gezichtspunt, gebruikt. Hij noemt een aantal FACT-indicaties die voortvloeien uit de noodzaak die er is om de zorg te intensiveren. Van Veldhuizen (2006, p.11) onderscheidt vijf noodzaakcategorieën, namelijk de noodzak voor:

1. behandeling: intensivering van contacten bij rouw, psycho-educatie, maar ook frequent pillen brengen, labcontroles en dergelijke;
2. zorg: steun, structuur, dagritme, persoonlijke en huiselijke hygiëne etc;
3. binding: kortere of chronische bemoeizorg, steeds weer benaderen omdat betrokkene zonder dat niet in staat is zelf aan zorgsysteem te gaan binden;
4. controle: rondom voorwaardelijke Rechterlijke Machtiging, overlast voorkomen, middelengebruik zo mogelijk kanaliseren, eventueel monitoren van forensische aspecten;
5. resocialisatie: vanuit kliniek of gevang.

¹ De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ) regelt gedwongen opname en behandeling van mensen die lijden aan een geestesstoornis. Een patiënt met een BOPZ-titel heeft een inbewaringstelling (IBS) of een rechterlijke machtiging (RM).

In deze opsomming wordt de lijst met indicatoren voor het intensiveren van zorg op een aantal punten uitgebreid, en worden nieuwe indicatoren toegevoegd ten aanzien van het FACT-protocol van GGz-Noord Holland Noord. Een nieuwe indicator is bijvoorbeeld de noodzaak voor resocialisatie. De interpretatie hiervan is helder; zodra iemand met ontslag gaat uit de kliniek of uit de gevangenis is intensieve zorg geïndiceerd. De patiënt moet begeleid worden bij zijn terugkeer in de maatschappij, zodat hij de draad weer kan oppakken en herhaling voorkomen kan worden.

De noodzaak voor binding roept veel vragen op. Hoe kan bindingsnoodzaak een op zichzelf staand iets zijn? Er kan van uitgegaan worden dat altijd aanvullende indicatoren een belangrijke rol mee spelen, redenen waarom de binding aangegaan dient te worden, zoals zelfverwaarlozing, overlast et cetera. Een aanvulling van deze categorie met indicatoren uit de andere categorieën is onontbeerlijk. De uitleg die volgt bij deze categorie is helder en richt zich op de bemoeizorgpopulatie. De term 'binding' vervangen door 'bemoeizorg' maakt deze categorie beter te interpreteren.

Kortom, het bepalen van de noodzaak die er is om de zorg te intensiveren kan een bruikbaar instrument zijn waarmee FACT-teams de intensiteit van zorg kunnen vaststellen, maar ook hier ligt het gevaar van interpretatieverschillen op de loer. Het nader beschrijven en definiëren van de verschillende categorieën is noodzakelijk.

Uit bovengenoemde voorbeelden uit de literatuur komt een diffuus beeld naar voren. De oproep van Mulder en Kroon (2005) dat er op den duur een heldere set indicatiecriteria gegeven moet worden om te besluiten tot zorgintensivering wordt ter harte genomen. De auteurs geven opsommingen en doen indelingsvoorstellen die duidelijk raakvlakken met elkaar hebben, maar op sommige punten ook wezenlijk van elkaar verschillen. Een 'grote gemene deler' is uit deze drie publicaties niet naar voren gekomen als het gaat om heldere indicatiecriteria. Dit is goed te verklaren uit het feit dat het FACT-model nog slechts kort (sinds 2002) geïntroduceerd is en nu op diverse plaatsen in Nederland ingevoerd wordt. Er zijn nog volop ontwikkelingen gaande.

Een praktijkvoorbeeld

De problemen die rijzen bij het hanteren van (veronderstelde) heldere indicatiecriteria worden in het volgende voorbeeld duidelijk gemaakt.

Overlast

Meneer De Vries (47) woont onopvallend in een rustige straat, hij heeft schizofrenie. Iedere twee weken komt een begeleider van het FACT-team bij hem op bezoek.

Meneer De Vries laat zich door een collega van de sociale werkplaats overhalen

om de jaarlijkse kermis te bezoeken. Het bier stroomt rijkelijk en het is ver na middernacht als meneer De Vries zingend en schreeuwend zijn straat binnenloopt. Uit baldadigheid drukt hij hier en daar op een deurbel en plast in een portiek. Hij zwalkt verder richting zijn huis, verliest zijn evenwicht en valt midden in het bloemperkje van de buurvrouw. De buurvrouw, die hem altijd al een vreemde snuiter vond, belt in paniek de politie. Als deze arriveert, stribbelt De Vries even tegen, maar hij laat zich naar huis brengen. Beschaamd en met een flinke kater wordt meneer De Vries de volgende ochtend wakker en belt zijn begeleider van het FACT-team.

De begeleider weegt eerst de feiten af:

- Er is sprake van overlast in de buurt.
- Er is contact met de politie.
- Er is sprake van problematisch alcoholgebruik.

Al deze drie feiten kunnen een indicatie zijn voor intensivering van zorg. Vervolgens weegt de begeleider de omstandigheden: de jaarlijkse kermis, de eenmalige overlast en de schaamte die meneer De Vries voelt. Hij concludeert dat er geen sprake is van een crisis, maar dat het een ongelukkige samenloop van omstandigheden is geweest en dat het risico op herhaling minimaal is. Meneer De Vries wordt dus niet op het FACT-bord geplaatst.

Dezelfde situatie zou op basis van dezelfde feiten wél kunnen leiden tot intensiveren van de zorg, als meneer De Vries in het verleden bijvoorbeeld een ernstig alcoholprobleem zou hebben gehad. Als een ex-alcoholist, die al jaren droog staat, plotseling weer een grote hoeveelheid alcohol nuttigt, kan dat leiden tot hernieuwde verslavingsproblematiek. Een extra ‘vinger aan de pols contact’ via een plek op het FACT-bord is dan zeker op zijn plaats. Uit dit voorbeeld valt te concluderen dat de *context* waarin de criteria zich voordoen een belangrijke rol speelt in het indiceren van de intensiteit van zorg.

Het onderzoek binnen Lentis

Binnen Lentis wordt een kwalitatief onderzoek verricht naar factoren die een casemanager laat meewegen om de intensiviteit van zorg te bepalen. Bij aanvang van het onderzoek binnen Lentis naar indicatiecriteria is er allereerst gezocht naar criteria in de beschikbare literatuur. Al snel werd duidelijk dat het lastig, zo niet onmogelijk, is om objectieve criteria te hanteren voor het intensiveren van zorg. Het voorbeeld van meneer De Vries laat dit duidelijk zien. De ‘indicatiecriteria’ zoals die beschreven worden in de literatuur kunnen beter aangeduid worden met de term ‘indicatiefactoren’. Om het verschil tussen criterium en factor te verhelderen wordt de volgende definitie gehanteerd: Een *criterium* is een standaard en heldere, eenduidige en objectieve maatstaf, waarover geen discussie mogelijk is. Een patiënt is bijvoorbeeld wel of niet opgenomen in de kliniek, heeft wel of niet een BOPZ-titel

enzovoort. Een *factor* daarentegen is een ruimer, subjectief begrip, de interpretatie van een situatie speelt een belangrijke rol. Bijvoorbeeld: is er sprake van zelfverwaarlozing als een patiënt zich één week niet gedoucht heeft, of na drie weken? Of als hij gaat ‘ruiken’?

Het onderzoek dat verricht wordt binnen Lentis richt zich dan ook niet meer op het vaststellen van criteria, maar gaat op zoek naar factoren die de casemanager een rol laat spelen bij het bepalen van de intensiteit van zorg. De factoren worden ingedeeld in drie categorieën: hulpverlenergebonden factoren, patiëntfactoren en omgevingsfactoren. In de pilotfase (februari tot juni 2008) van het onderzoek zijn twee casemanagers geïnterviewd en dit zeer kleinschalige onderzoek leidde reeds tot een opvallende conclusie.

Tijdens beide interviews kwam naar voren, dat de categorie ‘hulpverlenergebonden factoren’ bij beide casemanagers het zwaarst meeweegt bij het nemen van het besluit om de zorg te intensiveren. Tevens blijkt dat deze factor niet los te koppelen is van de andere categorieën (patiëntfactoren en omgevingsfactoren).

In het eerste interview werd door de respondent als zwaarst wegende factor om de zorg te intensiveren genoemd dat de continuïteit van zorg gewaarborgd moest te worden. In het tweede interview waren de persoonlijke motieven van de respondent de belangrijkste redenen om de zorg te intensiveren. Het persoonlijke motief van een casemanager om de zorg te intensiveren (*“dat moeten we als hulpverlening toch niet toelaten!”*) is uiteraard gebaseerd op de context. In deze casus was dat a) het gevaar dat aanwezig is voor de lichamelijke gezondheid (een patiëntfactor) en b) de staat waarin de woning zich bevindt (een omgevingsfactor).

Op basis van dit pilotonderzoek is de belangrijkste aanbeveling dat het van belang is om tijdens de implementatie van de FACT-methodiek ruim aandacht te geven aan hulpverlenerfactoren die een rol spelen bij het besluit tot intensiveren van de zorg.

Kwetsbaarheid of kracht?

Kan het mogelijk zijn dat hulpverlenergebonden factoren de belangrijkste oorzaak zijn voor de kwetsbaarheid van het FACT-model? De uitkomsten van het pilotonderzoek lijken hiernaar te wijzen. Verder onderzoek is echter nodig om deze veronderstelling te toetsen.

In de implementatiefase van de FACT-methodiek is het echter van groot belang om hulpverleners te trainen in het maken van afwegingen. *“Wat zijn de (objectieve) feiten die een rol spelen bij deze casus?”* En: *“Wat maakt dat ik deze feiten dusdanig interpreteer dat er een gegronde reden is om de zorg te intensiveren (óf om het juist niet te doen)?”*

Op deze manier vindt er een kwaliteitsverbetering plaats in de directe zorg-

verlening. Patiënten worden gericht gescreend op indicatiefactoren zodat een patiënt daadwerkelijk de zorg krijgt die hij of zij nodig heeft. Ook zal de communicatie tussen hulpverleners onderling worden verbeterd. De discussie over het al dan niet intensiveren van zorg kan helder gevoerd worden, doordat het inzicht van casemanagers vergroot is. Dit leidt tot meer uniformiteit en zal dus resulteren in een krachtiger (minder kwetsbaar) FACT-model. Tot slot een aspect dat nog niet belicht werd in dit artikel, namelijk nut en noodzaak van het vaststellen van objectieve indicatiecriteria. In dit artikel is beschreven dat het vaststellen van de intensiteit van zorg vaak een zaak is van context en een combinatie van diverse factoren. Zou het niet een verarming zijn van de professionaliteit van de hulpverlener als er een kant en klaar 'recept' beschikbaar komt van indicatiecriteria?

Maatregelen die de zorg moeten verbeteren blijken soms te leiden tot de-professionalisering, bureaucratisering en tot kwaliteitsverlies, zo betogen Hutschemaekers, Tiemens en Smit in hun boek *weg van professionalisering* (2006). Een professional is méér dan een toepasser van protocollen en richtlijnen. Vanuit formele kennis (evidence based mental health) en praktijkkennis is hij juist in staat om te reflecteren op zijn afwegingen en handelen en hierdoor gefundeerde keuzes te maken voor de best passende zorg (zorg op maat).

Een onderzoek naar indicatiefactoren levert een belangrijke bijdrage aan het verhogen van de formele kennis (evidence) en zal kaders bieden voor besluitvorming rondom het indiceren van de intensiteit van zorg. Deze kaders kunnen echter nooit de meest bepalende factor in de besluitvorming zijn: zorg op maat blijft mensenwerk. De kwetsbaarheid van het FACT-model zou dus tegelijk ook de kracht van het model kunnen blijken te zijn!

Literatuur

- Hutschemaekers, G., Tiemens, B. & Smit, A. (2006). *weg van professionalisering, paradoxale bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg*. Wolfheze: GRIP – De Gelderse Roos.
- Mulder, C. L. & Kroon, H. (red.). (2005). *Assertive Community Treatment*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Veldhuizen, J.R. van (2006). Bindende zorg met de functie ACT. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 2, 5-14.
- Veldhuizen, J.R. van (2008). ACT, Fact en Fract? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 63, 201-206.
- Veldhuizen, J. R. van, Bähler, M. & Teer, W. (2006). Fact: de 'Functie act'. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61, 525-533.

Artikel

Familie betrokken?

De mogelijkheden om bij cliënten van een FACT-team de familie te betrekken in de zorg

Rudy Roelofsen

Hendrik heeft schizofrenie. Hij gebruikt in toenemende mate drugs. Wanneer hij de deur niet open doet terwijl we een afspraak hebben, bel ik zijn moeder om te horen of zij nog contact met hem heeft gehad. We hebben een kort gesprek over de verslechterende situatie van Hendrik. Aan het eind van het gesprek bedankt ze me en verzucht ze: "Ik vind het heel erg hoe het nu met Hendrik gaat, maar het is de eerste keer dat ik me door de hulpverlening serieus genomen voel en ook eens mijn ei kwijt kan"...

Elke casemanager die in zijn functie te maken krijgt met cliënten met langdurige psychiatrische problematiek zal bevestigen dat het van belang is om de familie te betrekken bij de behandeling van een cliënt. De reactie van de moeder van Hendrik, waar het artikel mee opent, zal echter voor veel hulpverleners herkenbaar zijn. Bool en Bransen schrijven in een artikel over naastbetrokkenen van cliënten met psychiatrische problematiek dat naastbetrokkenen zich niet gezien en erkend voelen en zelfs worden buitengesloten bij de behandeling van hun naaste (2006). De titel is daarom geen uiting van twijfel over de mate van betrokkenheid van de familie bij hun familielid, maar is een vraag aan casemanagers of de familie betrokken wordt in de zorg rondom de cliënt. In de praktijk blijkt dat familieleden vaak een bijdrage leveren aan de zorg rondom de cliënt, maar dat er onvoldoende afstemming is met de hulpverleners (Van Meijel et al., 1998).

In dit artikel worden de mogelijkheden beschreven die een casemanager binnen een FACT-team heeft om de familie actief bij de behandeling van hun familielid te betrekken. Ten eerste wordt beschreven wat een FACT-team is. Aan de hand van vijf specifieke kenmerken van een FACT-team worden de mogelijkheden om de familie bij de zorg te betrekken genoemd. Als laatste worden twee specifieke mogelijkheden genoemd waarvan casemanagers die werkzaam zijn in een FACT-team gebruik kunnen maken om de familie op een positieve en constructieve manier te betrekken bij de hulpverlening.

FACT/ACT

FACT staat voor Functie Assertive Community Treatment en is een variant op ACT, een model om ambulante zorg te organiseren voor cliënten met een chronische psychiatrische stoornis. ACT staat voor Assertive Community Treatment. "Assertive" wil zeggen dat een ACT team pro-actief handelt en

cliënten “zoekt” (casefinding), door onder andere contact te leggen met maatschappelijke instanties in plaats van te wachten tot een cliënt naar een hulpverlener toekomt. “Community Treatment” staat voor een wijkgebonden aanpak. Een ACT-team richt zich op een bepaalde wijk en werkt ook vanuit de wijk. Een ACT-team richt zich op de moeilijke patiëntencategorie van mensen met psychiatrische problematiek die vaak buiten het zicht van de reguliere hulpverlening blijven.

In Nederland is een variant ontstaan op ACT-teams, het zogenaamde FACT-team. Een FACT-team is een multidisciplinair ambulant wijkteam dat zich richt op langdurige begeleiding van alle chronisch psychiatrische cliënten binnen een bepaalde regio. De doelgroep bestaat uit cliënten met (voornamelijk) een as 1-stoornis met daarbij problemen op verschillende levensterreinen. In een FACT-team is de langdurige zorg voor stabiele cliënten gecombineerd met de “functie ACT” waarbij de zorg voor een cliënt voor een bepaalde tijd geïntensiveerd kan worden. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat er sprake is van een crisissituatie, maar ook wanneer de cliënt levensbepalende gebeurtenissen meemaakt zoals het overlijden van een familielid of een verhuizing. In de praktijk blijkt dat 20% van de populatie cliënten in een bepaalde regio in aanmerking komt voor deze intensivering van zorg (Van Veldhuizen et al., 2006).

Een FACT-team bestaat uit een psychiater, een psycholoog en casemanagers zoals een maatschappelijk werker, verpleegkundigen, SPV'en en een verslavingsdeskundige.

De functie ACT wordt toegepast bij cliënten die hiervoor door een casemanager zijn geïndiceerd. De cliënt wordt op dat moment op een FACT-bord geschreven. Dit FACT-bord (een whiteboard of een excellijst die met behulp van een beamer wordt geprojecteerd) bevat behalve de naam van de cliënt ook andere relevante informatie, zoals de diagnose, de indicatie en adresgegevens. De cliënten op het FACT-bord worden meerdere keren per week in het multidisciplinaire team besproken. Bij deze cliënten wordt dan gesproken van een ‘shared caseload’, de casemanager van de cliënt kan de zorg delen met het team.

Elke cliënt van een FACT-team heeft een vaste casemanager en een eigen psychiater. De casemanager begeleidt de cliënten uit zijn caseload in principe langdurig.

Kortom, de kenmerken van een FACT-team zijn: een doelgroep bestaande uit cliënten met chronisch psychiatrische problematiek, multidisciplinair, langdurige zorg, outreachend en een shared caseload bij FACT-clieñten.

Chronische psychiatrische problematiek

Eén van de kenmerken van een FACT-team is dat het zich richt op chronisch psychiatrische cliënten. In de praktijk betekent dit dat een cliënt die bij een FACT-team in zorg is, in principe niet wordt uitgeschreven, tenzij de cliënt verhuist of overlijdt. De familie van de cliënt heeft vanwege de langdurige

problematiek net als de cliënt een hulpverleningsverleden. Gelukkig ligt de tijd al lang achter ons dat volgens hulpverleners de interactie binnen families de oorzaak zou zijn voor het ontstaan van een psychiatrische stoornis. In de praktijk is het mogelijk dat je als casemanager wordt geconfronteerd met familieleden die deze denkbeelden nog hebben gehoord en hierdoor teleurgesteld zijn in de hulpverlening. Het is vanwege het chronische verloop van de ziekte van belang om het vertrouwen van familie terug te winnen. Dit is mogelijk door een beroep te doen op familie en hen te betrekken bij de hulpverlening. Het voorbeeld aan het begin van dit artikel geeft weer hoe belangrijk het is dat de hulpverlening zich niet strikt beperkt tot de cliënt zelf. Het geven van psycho-educatie en het bieden van ondersteuning en het uitleggen van de werkwijze aan familie is een belangrijk middel om de samenwerking en betrokkenheid te bevorderen (Boise et al, 2004).

Multidisciplinair

Een tweede kenmerk van een FACT-team is dat er sprake is van een multidisciplinair team. Het feit dat er een heel team betrokken is bij de zorg maakt dat een casemanager de verantwoordelijkheid voor een cliënt kan delen. Er kan immers eenvoudig een beroep worden gedaan op de kennis en competenties van andere teamleden en disciplines. Als voorbeeld wil ik een situatie noemen die ik als casemanager van een FACT-team ben tegengekomen. Ik bezocht een jongeman van 23 jaar die psychotisch en achterdochtig was. Deze jongeman woonde bij zijn ouders thuis. Zowel de cliënt als zijn ouders hadden weinig positieve ervaringen met de hulpverlening en stonden mede daarom afwijzend tegenover medicatie. Na een aantal bezoeken, waarin het eerste contact was gelegd en er bij de ouders enig vertrouwen was gegroeid, is de psychiater van het FACT-team mee geweest op huisbezoek. De psychiater heeft de cliënt kort gezien en daarna ook met de ouders gesproken. De psychiater kon op grond van zijn specifieke kennis de ouders uitleg geven over de verschillende soorten medicijnen, over hun werking en bijwerkingen. Deze op de ouders gerichte interventie door een psychiater uit het FACT-team heeft er toe geleid dat de ouders overtuigd raakten van de noodzaak en het nut van medicatie en dat hierdoor ook hun zoon voldoende vertrouwen kreeg en genegen was medicatie te gaan gebruiken. Dit voorbeeld laat zien dat een multidisciplinaire benadering mogelijkheden biedt om informatie en steun te leveren aan familie, zodat die ondersteund wordt en betrokken raakt bij de zorg aan de cliënt.

Langdurige zorg

Een derde kenmerk is dat een FACT-team gericht is op het bieden van langdurige zorg. Omdat een casemanager in een FACT-team in principe een langdurig behandelcontact heeft met de cliënt, leert hij de familie haast van-

zelf kennen. Zoals het voor managers een zeer belangrijke eigenschap is om namen van zakenpartners te kennen en te onthouden, zo zou het voor een casemanager ook een vanzelfsprekendheid moeten zijn om de namen van familieleden van de cliënt te onthouden. De familie is immers de ‘zakenpartner’ in de zorg rondom de cliënt. Het kennen van de namen zal door de cliënt gewaardeerd worden en vergroot je betrokkenheid als casemanager bij de cliënt en zijn familie. Voor familie is het belangrijk om een aanspreekpunt te hebben dat goed bereikbaar is. Het geven van een mobiel telefoonnummer en een e-mailadres biedt aan de cliënt en zijn familie de mogelijkheid om snel en gemakkelijk contact te leggen. Wanneer er eenmaal contact is geweest tussen de familie en de casemanager en men elkaar kent, zal dit bevorderlijk zijn voor de communicatie.

Shared Caseload

Het vierde kenmerk van een FACT-team is de gezamenlijke caseload. Casemanagers in een FACT-team hebben in principe een kleine caseload van 25 tot 30 bij een fulltime dienstverband. Zoals hierboven al genoemd is er bij de 20% van de cliënten die op het FACT-bord staan, sprake van een shared caseload. Niet de casemanager is verantwoordelijk voor de zorg rondom de cliënt, maar het hele team draagt gezamenlijk de verantwoordelijkheid. Dat betekent dat iemand die op het FACT-bord staat minstens 2, maar soms ook meer teamleden op bezoek krijgt. Het feit dat meerdere hulpverleners betrokken raken bij de zorg zou negatieve aspecten kunnen hebben voor een cliënt. Een belangrijk argument dat genoemd wordt is dat de cliënt vertrouwen heeft gekregen in zijn eigen casemanager. Positieve kanten van de shared caseload zijn dat een cliënt en ook de familie kennis maakt met andere hulpverleners dan degene die ze al (lang) kennen. Uiteraard kent de vaste casemanager de cliënt het langst, maar door het frequente overleg krijgt het team inzicht in de situatie en de omgeving van de cliënt. Hierdoor is de zorg aan cliënten die veel zorg behoeven voor een individuele casemanager langer vol te houden en is de continuïteit van zorg ook op de lange termijn gewaarborgd. Zowel de cliënt als zijn familie kan een beroep doen op andere FACT-teamleden met eigen competenties, kennis en vaardigheden.

Outreaching

Het vijfde kenmerk is dat casemanagers in een FACT-team voornamelijk outreaching werken. Dat wil zeggen dat de meeste afspraken bij de cliënt thuis plaatsvinden. Als casemanager ben je ‘te gast’ bij de cliënt. Zeker als een cliënt nog thuis woont of een relatie heeft, is het contact met familie snel gelegd. De casemanager kan gemakkelijk en op een natuurlijke wijze de familie betrekken bij een gesprek. Een huisbezoek wordt door cliënten en hun familie als minder stigmatiserend ervaren dan een bezoek aan een kantoor van de

ggz-instelling. De drempel voor familie om bij een gesprek aanwezig te zijn is lager wanneer dit bij de cliënt thuis plaatsvindt.

“Outreaching” kan ook nog uitgelegd worden als “uitreiken naar...”: Van een casemanager in een FACT-team mag worden verwacht dat hij zich actief richt op de behoeften en de belangen van familie. De casemanager hoeft hierbij niet te wachten tot familie eventueel contact met hem opneemt. Hierdoor wordt optimaal gebruik gemaakt van de ervaring van familieleden, die vaak veel eerder dan de cliënt zelf of zijn casemanager, in de gaten heeft hoe goed of hoe slecht het gaat met de cliënt. De familie krijgt hiermee een belangrijke rol en daarmee verantwoordelijkheid in de zorg. Tijdens een huisbezoek is de communicatie tussen cliënten en familie zichtbaar. Omdat de problematiek van een cliënt ook vaak wordt ervaren in de relatie met familieleden is de interactie vaak een onderwerp van gesprek. Het is hierdoor mogelijk om gerichte adviezen te geven aan familieleden en het effect hiervan te zien.

Psycho-educatie aan familie

Psycho-educatie is de eerste van twee specifieke interventies die casemanagers vaak toepassen, waarbij familie op een eenvoudige wijze betrokken kan raken bij de zorg. In de begeleiding van cliënten wordt vaak en op een terloopse manier psycho-educatie gegeven. Het is daarnaast ook de taak van de casemanager van het FACT-team om gevraagd en ongevraagd voorlichting te geven aan familie en andere naastbetrokkenen (Reilman, 2007). Dat kan op verschillende manieren. In sommige gevallen kan het zijn dat familie nog in het geheel niet op de hoogte is van de kenmerken van de ziektebeelden van hun familielid. Het geven van een cursus psycho-educatie voor familieleden is dan een uitstekend middel om de betrokkenheid van de familie te vergroten en het contact tussen de hulpverleners en de familie tot stand te brengen of te versterken. Het kan ook zijn dat de familie zich op verschillende manieren heeft laten informeren over het ziektebeeld, maar in de communicatie met het familielid met een psychiatrische aandoening voortdurend tegen dezelfde problemen aanloopt. Een casemanager kan in deze gevallen een inschatting maken of hij hierin een informerende of begeleidende rol kan spelen, of dat hij verwijst naar andere mogelijkheden binnen en buiten het FACT-team. Hierbij valt te denken aan een psycholoog uit het FACT-team, maar ook de familievereniging Ypsilon is actief op het gebied van trainingen voor familieleden specifiek gericht op interactie (www.schizofrenieplein.nl). Daarnaast is ook het hanteren van grenzen in hoe ver je als familielid gaat in het bieden van zorg, een belangrijk onderwerp van gesprek. De zorg van familie aan de cliënt leidt onvermijdelijk tot lastige dilemma's (Knipscheer, 2004). Het FACT-team kan de familie ondersteuning bieden bij deze dilemma's. In het geval dat familie overbetrokken is, kan ondersteuning bij het bewaken van eigen grenzen op korte termijn leiden tot vermindering van de zorg aan hun familielid. Op de lange termijn zal deze ondersteuning een

gunstig effect hebben op de onderlinge relatie en de mate waarin de zorg wordt volgehouden.

Signaleringsplan

De tweede veel gebruikte interventie waardoor familie op eenvoudige wijze te betrekken is bij de zorg rondom de cliënt, is het signaleringsplan. In de ambulante psychiatrie wordt steeds meer gebruik gemaakt van signaleringsplannen, met name bij cliënten met een psychotische stoornis. Een signaleringsplan is een plan waarin voortekenen beschreven staan van een psychotische episode. Een signaleringsplan kan door de casemanager samen met de cliënt en met de familie opgesteld worden. Veel cliënten herkennen bijvoorbeeld dat vóór ze een psychotische episode meemaken, ze last hebben van slaapproblemen. In een signaleringsplan zou een slaapprobleem als 'waarschuwingssignaal' beschreven kunnen worden. Een volledig ingevuld signaleringsplan bestaat dan uit enkele waarschuwingssignalen waarbij wordt beschreven hoe dit waarschuwingssignaal er concreet uitziet wanneer deze in lichte, matige of ernstige mate voorkomt. Ook wordt beschreven wie het meeste of het beste zicht heeft op dit signaal. Heel dikwijls is het de familie die ziet dat het niet goed gaat met de cliënt.

Uit een onderzoek waarin meerdere hulpverleners werden geïnterviewd over het opstellen van signaleringsplannen, komen vier belangrijke redenen aan de orde om de familie hier nauw in te betrekken (Van Meijel et al., 1998).

Allereerst beschikt de familie over belangrijke informatie, ten tweede kan de situatie van de cliënt met behulp van de familie beter gemonitord worden. Een derde reden is dat familie ervaring heeft met hoe ze het beste om kunnen gaan met de cliënt bij een eventuele psychotische episode. Als laatste reden wordt genoemd dat de inzet van de familie bepalend is voor het inschakelen van adequate hulp. In dit onderzoek wordt ook gemeld dat er een taak is weggelegd voor hulpverleners om de activiteiten van de familie en de hulpverleners op elkaar af te stemmen.

Bij het opstellen van een signaleringsplan wordt daarom de familie uitgenodigd en ingeschakeld om de cliënt op specifieke waarschuwingssignalen te attenderen. Dit maakt het voor de familie gemakkelijker om feedback aan de cliënt te geven in een situatie waarin de cliënt normaal gesproken mogelijk niet meer open staat voor advies. Voor cliënten wordt het gemakkelijker om deze feedback te ontvangen omdat het onderwerp al eerder besproken is. Een signaleringsplan is hiermee bij uitstek geschikt om de familie te betrekken bij de zorg rondom de cliënt.

Samenvatting

Elke hulpverlener zal het belang erkennen van het betrekken van familie bij een behandeling van een cliënt. Desondanks zullen ook veel hulpverleners

beamen dat familie nog lang niet zo vaak en intensief bij een behandeling betrokken wordt als wenselijk is. De strekking van het artikel is dat het FACT-model verscheidene kenmerken heeft die bij uitstek mogelijkheden bieden om de familie op eenvoudige en constructieve wijze bij de behandeling van een cliënt te betrekken. Deze verschillende kenmerken van een FACT-team worden belicht vanuit de invalshoek van het contact met de familie.

Kenmerken zijn onder meer dat een FACT-team is gericht op langdurige zorg aan cliënten met chronisch psychiatrische problematiek. Een FACT-team is een multidisciplinair team en werkt outreachend. Daarnaast heeft elke casemanager een kleine caseload, maar voor de cliënten die om welke reden dan ook geïndiceerd zijn voor de functie ACT, is sprake van een shared caseload. Het geven van psycho-educatie en het maken van een signaleringsplan zijn twee interventies die apart genoemd worden. De reden hiervoor is dat het twee veel voorkomende interventies zijn en ze bij uitstek mogelijkheden bieden om familie op een eenvoudige wijze te betrekken bij de zorg.

Literatuurlijst

- Boise, P. M. P., & White, D. (2004). The Family's Role in Person-Centered Care, Practice Considerations. *Journal of Psychosocial Nursing*, 5, 12-20.
- Boel, M., & Bransen, E. M. (2006). Naastbetrokkenen van mensen met psychische problemen: een bijzondere groep mantelzorgers. *Bijblijven*, 22, 31-36.
- Knipscheer, K. (Red.) (2004). *Dilemma's in de mantelzorg*. Utrecht: Vilans.
- Meijel, B. van, Gaag, M. van der, Kahn, R. S., Grypdonck, M. (1998). Vroegsignalering en vroege interventie bij patiënten met schizofrenie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 53, 347-360.
- Reilman, A. (2007). *Case-manager in een FACT-team: stoeien met nieuwe competenties*. In eigen beheer.
- Veldhuizen, J. R. van, Bähler, M., & Teer, W. (2006). Fact: de 'Functie ACT'. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61, p. 525-534.

Boekbespreking

Lysaker, P. and Lysaker, J. (2008), Schizophrenia and the fate of the self

**Oxford University Press, Oxford (deel uit de serie
"international perspectives in philosophy and psychiatry)**

Frits Milders

De huidige psychiatrie wordt gedomineerd door een objectief wetenschappelijk, liefst waarde vrij onderzoek van schizofrenie. In deze benadering is weinig plaats voor de subjectieve beleving van patiënten. De auteurs van dit boek benadrukken dat een eerste persoonsperspectief onmisbaar is om schizofrenie beter te begrijpen ten aanzien van de consequenties voor de patiënt in relatie tot zijn context, het beloop van de stoornis en de behandeling. Uitgangspunt voor hun studie is de klinische ervaring dat het zelfgevoel van patiënten fundamenteel is veranderd. Zij zijn minder vitaal en zij ervaren hun zelf als verarmd (diminishment). In deze studie is een interessante poging gedaan om het zelfgevoel - binnen de normaliteit - en in zijn verarmde vorm - bij schizofrene patiënten - te conceptualiseren. Volgens de auteurs is het zelf niet een vaste kern van de persoonlijkheid die slechts door introspectie kenbaar is. Veeleer openbaart zich het zelfgevoel (of dringt zich op) in de manier waarop de persoon zich in steeds wisselende dialogen met anderen begeeft. Het zelf en zijn componenten - de zogenaamde zelfposities - kunnen beter beschreven worden als actieoriëntaties dan als een passieve en reactieve kern van de persoonlijkheid. De auteurs beschrijven drie vormen van zelfposities die niet los gezien kunnen worden van een bepaalde context. Ten eerste de organisme-positie, een prereflectieve ervaring van het lichaam: het zelf als bedreigd, hongerig of kwaad. De tweede is de persoonspositie die betrekking heeft op prereflectieve actieoriëntaties die zijn afgeleid van sociale rollen: het zelf als broer, burger, heteroseksueel. De derde zelfpositie (meer reflectief van aard) is de meta-positie die een deel of het geheel van iemands leven symboliseert: het zelf als succesvol of als slachtoffer. In de normaliteit wordt het zelf gekenmerkt door een rijk, flexibel en dynamisch geheel van zelfposities. Bij patiënten die lijden aan een schizofrene stoornis ontstaat een sterke verarming en verstarring van deze zelfposities. De auteurs beschrijven een taxonomie van deze gestoorde zelfbeleving: het monologische zelf, het lege zelf en het kakofone zelf. Positieve symptomen, affectieve vervlakking en gebrek aan ziektebesef kunnen de zelfverarming versterken. Verder laten de auteurs aan de hand van casuïstiek zien hoe bij een verarmd zelf het oproepen van nieuwe zelfposities door psychosociale verwachtingen sterke angstgevoelens kun-

nen ontstaan. Daarnaast geven zij op basis van deze dialogische zelftheorie aanknopingspunten voor psychotherapie. Het boek is niet filosofisch van aard, is helder en onderhoudend geschreven en staat dicht bij de klinische praktijk. Opmerkelijk is dat de auteurs sterk beïnvloed zijn door de theorie van het dialogische zelf van de Nederlandse psycholoog H.J.M. Hermans, die binnen de Nederlandse psychiatrie vrijwel onbekend is. Al met al een origineel en inspirerend boek.

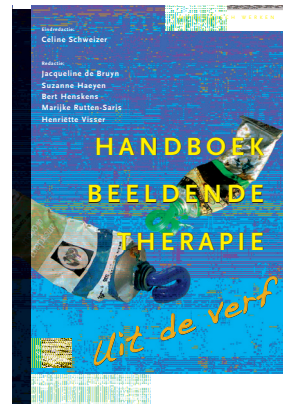
Boekbespreking

Handboek beeldende therapie 'Uit de verf'

Eindredactie: C. Schweizer.

*Redactie: J. de Bruyn, B. Henskens,
S. Haeyen, M. Rutten-Saris, H. Visser
Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum*

Celine Schweizer



Als eindredacteur van het handboek beeldende therapie, breng ik dit boek graag onder de aandacht. Het beroep 'beeldend therapeut' wordt al bijna zestig jaar beoefend in de geestelijke gezondheidszorg. Nu is er een handboek, waarin de geschiedenis van het beroep, de beroepspraktijk en de voorwaarden voor de professionele beroepsbeoefening worden beschreven. In eerste instantie is het boek bedoeld voor de HBO-opleiding. Maar het is ook waardevol als naslagwerk voor ervaren beeldend therapeuten. Er staan veel kleurenfoto's in het boek en er is een DVD te vinden achter in het boek. Op de DVD staan onder andere opnames van beeldend therapeuten aan het werk met cliënten van diverse doelgroepen en ook interviews met beeldend therapeuten. Ook is er een link met www.hboswitch.nl, een website waarop beeldend therapeutische diagnostische instrumenten te vinden zijn en formulieren om het behandelaanbod te standaardiseren.

De beeldende therapie in Nederland

Een beeldend therapeut helpt mensen met problemen met behulp van beeldende werkvormen op professionele wijze. Een diepgaande belangstelling voor beeldende materialen is nodig voor de uitoefening van dit beroep. Bij de beroepsuitoefening spelen zowel technisch ambachtelijke toepassingsmogelijkheden van beeldende materialen een rol, als kunstzinnige en expressieve mogelijkheden.

Daarnaast is het persoonlijk vermogen om een goede hulpverlenersrelatie op te bouwen en te onderhouden vereist. Theoretische kennis ondersteunt het handelen in de praktijk: mensvisies, psychologische stromingen, kennis van psychische en psychiatrische problematiek, psychosociale ontwikkelingsmogelijkheden.

De vaardigheden en kennis van de beeldend therapeut zijn zowel theoretisch georiënteerd als ervaringsgericht. Het leveren van kwaliteit van behandeling vraagt om afstemming van het contact tussen cliënt, therapeut en de beeldende activiteit.

De cliënt die naar beeldende therapie komt, heeft een probleem waardoor hij in het dagelijks leven niet helemaal *uit de verf* komt, zoals hij zou willen. Het lukt de cliënt niet om het probleem zelfstandig op te lossen. Met behulp van beeldende materialen, zoals klei, hout, draad, krijt, kwast of verf helpt de beeldend therapeut de cliënt zich te uiten. De vormgeving van de problematiek in beeldende materialen draagt vaak bij aan het verwerken en/of anders leren omgaan met de problematiek. Opdat de cliënt beter *uit de verf* kan komen in het dagelijks leven.

In beeldende therapie wordt een *analogie* verondersteld tussen het beeldend werken en ervaringen en gedrag in het dagelijks leven. Wie kent niet het gevoel zich uit te kunnen leven door een stuk papier te verfrommelen en weg te smijten? Of op een mooie zonnige dag op het strand, zittend in het warme zand het zachte zand gedachteloos door de vingers laten stromen. De stof van een mooi gekleurde zachte trui roept een ander gevoel op bij aanraking dan het vaatdoekje op het aanrecht. Een uitzicht over de velden ontroert onverwacht, een sfeervol schilderij raakt. Van dergelijke principes maakt de beeldend therapeut al zo'n 60 jaar gebruik.

Er is al veel te lezen over beeldende therapie. In het tijdschrift voor Vaktherapie wordt gepubliceerd en ook in andere bladen gericht op diverse terreinen van hulpverlening en psychotherapeutische behandelvormen worden artikelen gepubliceerd met casusbeschrijvingen, onderzoeksrapporten en behandelmethoden. Ook zijn er diverse Nederlandse boeken over het werken met specifieke doelgroepen volgens bepaalde methoden en methodieken. Internationaal is er veel vakliteratuur gepubliceerd, vooral in het Engelse taalgebied. Bij de samenstelling van dit boek heeft er een brede oriëntatie plaatsgevonden op de vele publicaties met als doel een goed overzicht te kunnen geven van de inhoud van het beroep.

Het behandelaanbod van beeldende therapie is een veelkleurig boeket van verschillende behandelmethoden en visies en wordt in diverse settings aangeboden. De ene beeldend therapeut is meer een kunstenaar en de andere is vooral psychotherapeutisch ingesteld. De een werkt vooral klachtgericht vanuit een cognitief georiënteerde benadering en een andere beeldend therapeut werkt ontwikkelingsgericht volgens een psychodynamische visie. De specialisatie vindt bij onze beroepsgroep vooralsnog in de praktijk plaats en leidt tot inzichten en interventies die gerelateerd zijn aan een specifieke problematiek. De beroepsuitoefening heeft een historie waarin verschillende stromingen en uitgangspunten naast elkaar en door elkaar liepen. Deze diversiteit bestaat nog steeds, zowel in de beroepspraktijk als in de opleidingen. Het is een weerspiegeling van verschillen tussen mensen, hun mogelijkheden, mensvisie, benaderingen van beeldende kunst of beeldende expressie, en opvattingen over hulpverlening. Met het in kaart brengen van de basiskennis over het beroep beeldend therapeut in dit handboek, is ook deze diversiteit in kaart gebracht. Hierbij was het uitgangspunt om de beroepspraktijk zodanig te

omschrijven dat er een kader wordt geboden voor de praktische beroepsuitoefening. Tevens wordt er verantwoording afgelegd met betrekking tot het beroepsmatig handelen met behulp van praktijkvoorbeelden, theoretische onderbouwing en onderzoek. Het boek is een naslagwerk waarin methoden en visies vanuit verschillende invalshoeken naast elkaar staan. Er wordt een kader geboden aan studenten en professionals die met een diversiteit van cliënten en problematieken in verschillende instellingen kunnen werken.

Tijdens het maken van dit boek bleek dat dit proces leidde tot ontwikkeling van een nieuw product. Door de beeldende therapie te beschrijven werd het beroep geherdefinieerd.

De vier uitgangspunten voor dit boek, die uit het bovenstaande voortvloeien zijn dan ook:

1. Overzicht
2. Onderbouwing
3. Overeenkomstigheid
4. Ontwikkeling.

1. Overzicht

De samenstelling van een handboek voor de beeldend therapeut berust op vele keuzes. Dit handboek begint bij de basis en biedt informatie die aansluit bij de basisopleiding. In Nederland is dat een HBO-opleiding, tegenwoordig Bachelor genoemd. Daarnaast is het een naslagwerk voor de beroepsbeoefenaar.

Vanwege de diversiteit in de beroepsuitoefening biedt dit handboek een zo volledig mogelijk overzicht vanaf de ontstaansgeschiedenis van het beroep beeldend therapeut in Nederland. De huidige stand van zaken is in kaart gebracht en er is aandacht voor toekomstige ontwikkelingen. Er wordt een overzicht gegeven van verschillende visies en stromingen binnen de beeldende therapie. Binnen het kader van dit boek kunnen echter niet alle visies, stromingen en methodieken uitputtend behandeld worden. De belangrijkste kenmerken worden beschreven en er wordt verwezen naar actuele literatuur voor nadere bestudering. Naast de achtergronden van het beroep en de aspecten die bij de beroepsuitoefening komen kijken, wordt er overzicht gegeven van de praktijksituaties waarin de beeldend therapeut dagelijks werkt. Ook is beschreven wat de aandachtpunten zijn voor de professionaliteit van de beroepsbeoefenaar. Professionaliteit van een beroep dat in ontwikkeling blijft onder invloed van nieuw verworven kennis en inzichten en maatschappelijke ontwikkelingen.

2. Onderbouwing

Een van de uitgangspunten van dit boek is de fundering van het professioneel handelen.

Spinoza had het al over 'scientia intuitiva', het onmisbare maar ook feilbare intuïtieve denken. Dit geldt bij uitstek voor onze beroepsgroep. Zonder (geschoolde) intuïtie kan het beroep niet uitgeoefend worden. Tegelijkertijd kan

er vanuit het 'goede gevoel' onvoldoende verantwoording afgelegd worden over de beroepsuitoefening. Kwaliteit van hulpverlening wordt beschouwd als 'dicht bij de praktijk' staand; kwaliteit schuilt in de professionele relatie, die afgestemd is op de individuele vraag van een cliënt. Tegelijkertijd is theoretische fundering onmisbaar. Ter onderbouwing van de beroepspraktijk is er in dit handboek gebruik gemaakt van literatuur en onderzoek, zowel nationaal als internationaal, waarin de diverse aspecten die bij de beroepsuitoefening horen, worden beschreven. Er wordt veel waarde gehecht aan theoretische fundering.

Er worden veel praktijkvoorbeelden gegeven als mogelijkheden; het gaat niet altijd op die manier. Het boek is een handleiding waarmee de beroepsbeoefenaar zijn eigen beroepsvaardigheden en visie op het beroep kan ontwikkelen. Eén hoofdstuk is specifiek gewijd aan het onderbouwen van het professioneel handelen door middel van onderzoek. In hoofdstuk 8 zijn onderzoeksmogelijkheden naar de praktijk van de beeldend therapeut beschreven als een vanzelfsprekend en onmisbaar onderdeel van de beroepspraktijk.

3. Overeenkomstigheid

Het beroep beeldend therapeut is niet eenduidig. Vandaar dat dit boek niet geschreven is vanuit één visie op het beroep. Deze wijze van beschrijven draagt bij aan ontwikkelingen van het beroep naar een meer algemeen geldend en toetsbaar niveau. Tegelijkertijd is het belangrijk om zoveel mogelijk overeenkomstigheid over begripshantering te verkrijgen, zodat we van elkaar weten wat we bedoelen. Het introduceren van standaarden roept associaties op met eenheidsworst en biedt op het eerste gezicht geen ruimte voor de persoonlijke unieke situaties, de eigen vormgevingsprocessen en zegt niets over de interventies van de beeldend therapeut die telkens afgestemd zijn op het individu.

Tegelijkertijd stelt de overheid eisen aan professionals die werkzaam zijn in de GGZ om hun werkzaamheden evidence-based te maken. Een eenduidig begrippenkader draagt hieraan bij. Het bevordert de onderbouwing en toetsing van de beeldende therapie. In hoofdstuk 5 worden een aantal standaarden naast elkaar gezet, die bij het maken van behandelmodulen voor beeldende therapie gebruikt worden. Hieruit blijkt hoe lastig het is om werkelijk overeenkomstigheid te scheppen.

De identiteit van dit beroep kan echter niet afhangen van overheidseisen alleen. Het is van belang dat de fundamenteën van het beroep gebaseerd zijn op eigen theoretische kaders, los van de eisen van de overheid. De kwaliteit van de Nederlandse beeldend therapeut was altijd die van de ervaringsgerichte professional. Hutschemaekers (2006) waarschuwt de professionals in de GGZ voor te sterke standaardisering van behandelingen volgens overheidsnormen. De beeldend therapeut moet 'eigen'(wijs) durven blijven. Het 'goede gevoel', de professionele intuïtie, vormt de basis samen met de theoretische onderbouwing.

In dit boek wordt bijgedragen aan de definiëring en profilering van het beroep door het gebruik van specifieke vaktermen. Het is zinvol om belangrijke begrippen een herkenbare betekenis te geven, zoals: fasering van een behandeling, methoden, methodieken en werkwijzen. Deze begrippen en hun toepassingsmogelijkheden worden zoveel mogelijk onderbouwd met theoretische kaders en onderzoeksgegevens.

Bij sommige bestaande begrippen bleek dat deze in de praktijk een andere betekenis hebben gekregen, of dat de betekenis ervan is uitgebreid. In het handboek is op actuele ontwikkelingen ingespeeld, bijvoorbeeld ten aanzien van de begrippen analoge proces en werkwijze in de hoofdstukken 2, 3 en 4. Overeenkomstig gehanteerde begrippen dragen bij aan een steviger beroepsbeeld. En bij het streven naar standaardisering blijkt niet altijd de ‘gouden standaard’ realiseerbaar in een zich ontwikkelend beroep. Voortschrijdend inzicht tijdens het verzamelen van informatie bracht een aantal vernieuwende keuzes met zich mee op het gebied van terminologie.

4. *Ontwikkeling*

Het in kaart brengen van ‘The State of the Arts’, bracht nieuwe inzichten met zich mee. Zo kwam bijvoorbeeld aan het licht dat er in Nederland geen vaststaande definitie gehanteerd wordt van ‘beeldende therapie’. Dit leidde tot een interessant onderzoek en tot formulering van een beroepsdefinitie.

De huidige wetenschappelijke ontwikkelingen brengen kennis voort over de werking van de hersenen op het gebied van emoties, cognities en beeldverwerking. Deze kennis wordt nog nauwelijks gebruikt in praktijk en onderzoek. Toch is het van belang om het functioneren van de hersenen meer te betrekken in de beroepsontwikkeling. Sensorische en motorische impulsen maken deel uit van het handelen in beeldende therapie en verdienen nadere bestudering. Gezien de groeiende mogelijkheden om via deze weg effecten aan te tonen is er een paragraaf gewijd aan dit onderwerp.

De beschrijving van de geschiedenis van beeldende therapie en het hoofdstuk over de fundamentele vaardigheden brachten nieuwe inzichten met zich mee.

De creatief proces theorie is altijd beschouwd als de best theoretisch onderbouwde visie. Er blijkt echter veel uitgebreider onderzoek en onderbouwing te zijn naar het analoge procesmodel. En in Nederland hebben kunstenaars lange tijd veel betekend in de psychiatrie. Dit heeft geleid tot de ‘kunst analoge methode’. In Nederland is hier echter nauwelijks over gepubliceerd.

In hoofdstuk 5 is er een beschrijving gemaakt van methoden en methodieken, los van de doelgroep waarmee gewerkt wordt. Er is hiermee duidelijker in kaart gebracht welke overeenkomsten en verschillen er zijn tussen diverse methoden. Ook de mate van theoretische onderbouwing is zeer verschillend. Het handboek biedt tal van aanknopingspunten om meer te onderzoeken en te beschrijven wat de verbanden zijn tussen beroepspraktijk, methodische interventies en theorie.

Het boek is opgebouwd uit drie delen.

Deel 1, ‘Achtergronden’, begint met de definitie van het beroep beeldende

therapie zoals dit in Nederland wordt uitgeoefend. De geschiedenis van het beroep beeldende therapie wordt in kaart gebracht en de belangrijkste theoretische fundamenteën. Als een van de eerste publicaties wordt de psychiater Lombroso (1864) genoemd met een verhandeling over de kunst van waanzinnigen. De beschrijving van de ontwikkeling van het beroep door de tijd heen geeft perspectief aan ons beroepsbeeld. Vanuit deze beschrijving en ook vanuit de theoretische achtergronden is het beter te begrijpen en te definiëren waarom we het beroep uitoefenen, onderzoeken en beschrijven zoals we dat nu doen. De werking van de hersenen is in dit deel opgenomen omdat kennis over hersenfuncties verklaringsmogelijkheden aanreikt voor het begrijpen en beschrijven van psychologische, emotionele, sensomotorische en beeldende ontwikkelingsprocessen.

Deel 2 is het gedeelte waarin de directe beroepsuitoefening aan bod komt. Allereerst komt in hoofdstuk 3 de fasering van de behandeling aan bod. In grote lijnen wordt weergegeven hoe een beeldend therapeutisch proces kan verlopen. Voorbeelden illustreren de theorie. Het daarop volgende hoofdstuk, hoofdstuk 4, is gewijd aan interventies, de aansturing van het beeldend therapeutisch proces. Kenmerken van non-verbale communicatie en communicatie in en met het medium worden beschreven, bijvoorbeeld wat er gebeurt wanneer een cliënt zo heerlijk aan het verven is dat hij zich verliest in de kleuren en het schilderen. Er worden in dit hoofdstuk geen praktische tips gegeven om zulke situaties op te lossen. Wel worden er voorbeelden gegeven ter verduidelijking. Ook is er een gedeelte gewijd aan verbale interventies, tijdens of naar aanleiding van beeldend werk.

In hoofdstuk 5 wordt het begrippenkader van methoden en methodieken gedefinieerd. In vier verschillende aandachtsgebieden worden de methoden beschreven:

- a) methoden en methodieken gebaseerd op psychologische stromingen in combinatie met vormgevingsprincipes;
- b) methoden en methodieken gebaseerd op psychologische stromingen;
- c) methoden en methodieken op basis van een kunstzinnige techniek of werkvorm;
- d) beeldend therapeutische diagnostische instrumenten.

Deel 3 is gewijd aan professionaliteit en het beroep in ontwikkeling. Aan bod komen voorwaarden voor professionaliteit op microniveau: intervisie en de beeldende ruimte, mesoniveau: positionering in instelling en macroniveau: maatschappelijke positionering met beroepsvereniging, etc. In het hoofdstuk over onderzoek worden geen specifieke onderzoeksmethoden beschreven, want die zijn in onderzoeksliteratuur te vinden. Wel wordt beschreven welke vormen van onderzoek heden ten dage van belang zijn voor beeldend therapeuten.

Het Handboek Beeldende Therapie is een product dat tot stand is gekomen dankzij drie jaar intensieve samenwerking van de redactie plus een stuk of

veertig schrijvers. De kennis die beschreven is bestrijkt een breed terrein en het had niet anders gekund dan deze gezamenlijk in kaart te brengen. Deze samenwerking komt tot uitdrukking in de diversiteit van het tekstmateriaal. Hiermee is 'the state of the art' zichtbaar: de mate van kennis op de verschillende terreinen van het beroep beeldend therapeut wordt weerspiegeld. De gebieden waarin het beroep verder ontwikkeld kan worden, zijn hiermee tevens in kaart gebracht. Het beroep beeldend therapeut wordt in dit handboek onderbouwd vanuit historisch besef, theoretische kaders, maatschappelijke relevantie en een betrokken, creatieve en verantwoorde beroepshouding.

Boekbespreking

The Philosophy of Psychiatry

Edited by Jennifer Radden. Oxford University Press, 2004

Frits Milders

Wie zijn de potentiële lezers van boeken over de filosofie van de psychiatrie? Eerder filosofen dan psychiaters, of andersom? Filosofen zullen de psychiatrie waarschijnlijk een boeiende speelplaats vinden voor de praktische toepassing van filosofische theorieën. Want in welk wetenschapsdomein kan men genieten van zo'n methodologische complexiteit, van klemmende ethische dilemma's en van de intrigerende wisselwerking van psychiatrie en maatschappij met haar verborgen machtsaspecten. Maar een dergelijk boek moet dan wel filosofisch prikkelend zijn. Daartegenover kijken psychiaters af en toe graag in de spiegel die de filosoof hen voorhoudt om het vak te verdiepen en richting te geven en ook om zichzelf beter te begrijpen. Voor de psychiater zou het waarschijnlijk prettig zijn als zo'n boek een paar hapklare en goed verteerbare hoofdstukken bevat. Het eerste boek in de serie "International Perspectives on Philosophy and Psychiatry" van Oxford University Press, "Nature and Narrative" van Fulford en Sadler (2002) voldoet redelijk aan deze criteria. Het is een aardig overzichtelijk boek, weliswaar geschreven door verschillende auteurs, maar toch met een richtinggevende visie van redacteur Fulford op de toekomst van de psychiatrie. Met het tweede boek in deze serie lijkt redacteur Jennifer Radden alles nog eens grondig over te willen doen. Aan dit lijvige boek hebben niet minder dan 36 auteurs meegewerkt. Zij ontvouwen hun gedachten in 30 hoofdstukken (totaal 447 bladzijden). Het boek omvat vijf delen: 1) psychopathologie en normaliteit, 2) antinomieën in de praktijk, 3) normen, waarden en ethiek, 4) theoretische modellen en 5) een poging tot omschrijving van psychiatrische stoornissen. Een boek van een dergelijke omvang stelt hoge eisen aan het uithoudingsvermogen en het geweten van de recensent. Het laatste houdt in dat het boek van kaft tot kaft wordt gelezen om recht te doen aan de auteurs en om het zonder schuldgevoel in de eigen boekenkast te kunnen zetten. Daar staat het nu na een jaar zwoegen. Ik kan niet zeggen dat ik ervan genoten heb. Er zijn wel hoofdstukken die interessant zijn, bijvoorbeeld over sociaal constructivistische modellen of over geestelijke gezondheid en haar grenzen en het deel over de antinomieën van de praktijk. Met name het hoofdstuk van Sadler met een originele analyse van de psychiatrische diagnose. Hij ziet het diagnostisch proces als een veelzijdig esthetisch gebeuren. Bijvoorbeeld het verbinden van kennis en ethische inzichten tot een effectieve interventie. Daarnaast is de diagnosticus filosoof en detective in één persoon als hij het verhaal van de patiënt herinterpreteert. Helaas doen vele andere taai hoofdstukken het plezier van een enkel hoofdstuk teniet. Wat ontbreekt is een samenbindende visie op de psy-

chiatrie. Daardoor is het boek een verzameling oprispingen van experts over deelaspecten van de psychiatrie waarbij sommige filosofen het zelfs beter menen te weten dan de psychiater. In dit boek ontbreken grotendeels bovengenoemde desiderata. Voor filosofen biedt het geen uitdaging. Voor psychiaters is het helaas te dik en te saai.

Boekbespreking

Society and Psychosis

Edited by Craig Morgan, Kwame McKenzie and Paul Fearnon (2008), Cambridge University Press

Frits Milders

Soms lijkt het erop dat de sociale psychiatrie op sterven na dood is. Dat is gelukkig maar schijn. De laatste jaren wordt steeds duidelijker hoe belangrijk sociale factoren zijn in het ontstaan, beloop en behandeling van psychiatrische stoornissen. Juist de ontwikkelingen in de neurowetenschappen en de genetica laten zien dat conceptualisering van omgevingsinvloeden wetenschappelijk noodzakelijk is. Als we iets willen begrijpen van psychiatrische stoornissen zullen we hun complexiteit in conceptueel opzicht meer recht moeten doen. Het boek *Society and Psychosis* levert hiervoor een uitstekende bijdrage. De auteurs benaderen vanuit een internationaal perspectief de relatie maatschappij – psychose waarbij zij serieuze pogingen doen om integratieve modellen te ontwikkelen waarin sociale, psychologische en biologische factoren met elkaar interacteren. De indeling van deze studie is logisch en educatief. Deel I gaat over theoretische en conceptuele fundamenten, met name de lastige kwesties van de conceptualisering van de sociale wereld en de relatie genen – sociale omgeving (gen – omgeving correlatie en interactie). Deel II focust op sociale factoren bij het ontstaan van psychosen (o.a. invloeden uit de jeugd, gezinsfactoren en life events op volwassen leeftijd) en ten slotte de relatie tussen migratie, etniciteit en psychose. Deel III omvat de sociale factoren en het beloop van psychosen. Een interessant hoofdstuk in dit deel gaat over de invloed van stigmatisering op mensen met een psychiatrische stoornis. Een verontrustende conclusie van de auteurs is dat het wetenschappelijk onderzoek naar stigma zich vooral richt op het kernconcept en niet op vooroordelen en discriminatie ten opzichte van patiënten met een psychiatrische stoornis. Dit heeft ertoe geleid dat mensen met psychiatrische stoornissen veelal buiten beschouwing worden gelaten als het gaat om politieke aandacht en besluitvorming met betrekking tot mensen met handicaps. Deel IV beschrijft enkele integratieve modellen waarin cognities, emoties en de sociale wereld worden gerelateerd aan het ontstaan en voortduren van psychotische ervaringen.

De editors komen tot de conclusie dat sociale psychiatrie springlevend is en dat zij een schitterende toekomst heeft juist door het genetisch onderzoek. Deze studie is zowel aan te bevelen aan onderzoekers als aan psychiaters en psychologen die in de praktijk werkzaam zijn. De complexe sociale realiteit wordt zorgvuldig geanalyseerd en de belangrijkste methodologische voetangels en klemmen waar de onderzoeker rekening mee moet houden, komen aan de orde. Voor de practicus biedt dit boek nieuwe interpretatiemogelijk-

heden van beleven en gedrag van patiënten met een psychotische stoornis in hun complexe sociale context.

Over de auteurs

Drs. T. (Tialda) Hoekstra, vrouw, van april 2006 tot februari 2009 werkzaam geweest als junior onderzoeker bij de divisie forensische psychiatrie, GGZ Drenthe in Assen.

Afgestudeerd aan de Universiteit Leiden, klinische en gezondheidspsychologie, afstudeertraject neuropsychologie, januari 2006.

Huidig werkadres: Universitair Medisch Centrum Groningen, COACH onderzoeksgroep, Afdeling Cardiologie, Triadegebouw LM1 (AB41),

Postbus 30.001, 9700 RB Groningen

Telefoon (050) 361 00 21 / 06 30 35 82 00

E-mail: tialdahoekstra@gmail.com

Malinche van der Hoog is laatstejaars student geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen en doet de wetenschappelijke stage bij de Divisie Forensische Psychiatrie, GGZ Drenthe, Assen

Marika Lancel is senior onderzoeker bij de Divisie Forensische Psychiatrie, GGZ Drenthe, Assen

Dr. C.F.A. Milders, psychiater, is A-opleider bij Lentis.

E-mail: cfa.milders@lentis.nl

Margreet Nijburg is GGz Verpleegkundig Specialist i.o., FACT Delfzijl, Lentis

Rudy Roelofsen is GGz Verpleegkundig Specialist i.o., FACT Stadskanaal, Lentis

Celine Schweizer is beeldend therapeut (SRVB sr.), supervisor (LVSC), docent op de opleiding creatieve therapie in Leeuwarden en onderzoeker bij het lectoraat Social work and Arts Therapies

Richtlijnen voor aanleveren kopij GGzet Wetenschappelijk

GGzet Wetenschappelijk is een tijdschrift van, voor en door wetenschappelijk geschoolde medewerkers van Lentis, GGZ Friesland en GGZ Drenthe. Het bevat artikelen over uiteenlopende onderwerpen die binnen de instellingen spelen of tot het aandachtsgebied van de medewerkers behoren. Bijvoorbeeld: Literatuuroverzichten, onderzoeksverslagen, theoretische beschouwingen, presentatie van nieuwe behandelingen, casusbeschrijvingen, samenvattingen van proefschriften en referaten. Publicatie in GGzet Wetenschappelijk kan een voorbereiding zijn op publicatie in een 'extern' tijdschrift. Artikelen die al elders werden gepubliceerd worden slechts bij hoge uitzondering in GGzet Wetenschappelijk geplaatst. Artikelen mogen zo lang of kort zijn als de inhoud vereist, maar 5000 woorden is de richtlijn.

Beoordeling

Uw bijdrage wordt door minimaal twee redactieleden beoordeeld. Dit geeft meestal reden tot aanpassing. Lever bij de tweede versie a.u.b. een brief waarin u aangeeft hoe en waar u het commentaar heeft verwerkt.

Opmaak

- Document aanleveren in Word.
- Gebruik alleen de standaardinstellingen (die zijn al automatisch ingeprogrammeerd).

Enkele algemene aanwijzingen:

- Probeer jargon te vermijden en schrijf in gewone mensen taal
- Woorden niet handmatig of via het tekstverwerkingsprogramma afbreken;
- Niet inspringen;
- Woorden niet in hoofdletters typen, behalve bij geaccepteerde afkortingen;
- Hou de tekst zo 'schoon' mogelijk en geef eventuele aanwijzingen op een printuitdraai. Bij literatuurverwijzing afsluiten met een alfabetisch overzicht van geraadpleegde literatuur, analoog aan het Tijdschrift voor Psychiatrie:
- Naam auteur, voorletter(s), jaartal, titel publicatie, uitgever + plaats, of naam tijdschrift met jaargang en paginaverwijzing.
- Indien meerdere auteurs, vanaf 2e auteur de voorletters vóór de achternaam.
- De titel van het boek óf de naam van het tijdschrift cursiveren.

Voorbeelden (let ook op de interpunctie):

Bowlby, J. (1969), *Attachment and loss*. Basic Books, New York.

of:

Dixon, L.B., A.F. Lehman en J. Levine (1995), Conventional antipsychotic medication for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 567-576.

- Verwerk ook in de kopij de literatuurverwijzing door naam auteur en jaartal te noemen.

Kopij met onvolledige literatuurvermelding kan niet worden geaccepteerd

Anonimiteit / aansprakelijkheid

Voorkom herkenbaarheid van patiënten! De gevolgen van klachten van mensen die zich in beschrijvingen herkennen, komen uitsluitend ten laste van de auteur en dus niet van de redactie en directies / raden van bestuur van de GGz instellingen die aan GGzet Wetenschappelijk deelnemen.

Verzenden

- U levert uw artikel per e-mail aan.
- Vermeld de volledige voor- en achternaam/namen van de auteur(s), de voorletters, de functie en de werkplek plus, indien gewenst, een adres, telefoonnummer en/of mailadres.
- Voorzie de kopij van een korte en zeer toegankelijke samenvatting ten behoeve van plaatsing op de website van Lentis.
- Inleveradres:
Secretariaat GGzet Wetenschappelijk, t.a.v. Anneke Krijgsheld.
e-mail: amg.krijgsheld@lentis.nl.

