



## WETENSCHAPPELIJK

*Column*

### **Gehaktbal**

Swanny Kremer

### **Psychofarmaca en seksualiteit**

Marrit de Boer, Thalia Herder en Rikus Knegtering

### **Een psychotische stoornis: Het belang van vroegtijdige herkenning en evidence-based behandeling**

Nynke Boonstra, Annemieke Zwart, Aaltsje Malda en Stynke Castelein

### **Hechting en relationeel geweld**

Birgit de Cnodder

### **Invloed van de duur van de asielprocedure op de prevalentie van psychiatrische stoornissen en andere indicatoren van gezondheid bij Irakese asielzoekers in Nederland: een epidemiologische studie**

Kees Laban

### **Inzicht in psychose**

Annerieke de Vos

### **Emoties, zelf en psychopathologie**

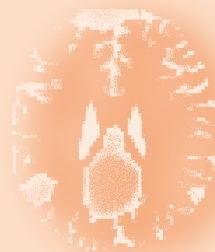
Liwen Zhang, PhD

aliseren

stigma

Zelfreflectie

Inzic





## Inhoud

2

*Column*

**Gehaktbal**

Swanny Kremer

5

**Psychofarmaca en seksualiteit**

Marrit de Boer, Thalia Herder en Rikus Knegtering

21

**Een psychotische stoornis: Het belang van vroegtijdige herkenning en evidence-based behandeling**

Nynke Boonstra, Annemieke Zwart, Aaltsje Malda en Stynke Castelein

37

**Hechting en relationeel geweld**

Birgit de Cnodder

51

**Invloed van de duur van de asielprocedure op de prevalentie van psychiatrische stoornissen en andere indicatoren van gezondheid bij Irakese asielzoekers in Nederland: een epidemiologische studie**

Kees Laban

61

**Inzicht in psychose**

Annerieke de Vos

71

**Emoties, zelf en psychopathologie**

Liwen Zhang, PhD

## Gehaktbal

Al twee keer hoorde ik het dilemma van de gehaktbal langskomen. Zomaar. Tussen neus en lippen door. De eerste keer ergens in de pauze, een half jaar later in de rij voor een kopje thee. Ik weet niet of het dezelfde gehaktbal is maar het liet mij niet los.

Stel je voor: Je werkt in de bejaardenzorg en je bent verantwoordelijk voor dementerende medemensen. Een oude heer op jouw afdeling is voordat hij dement werd vastberaden vegetariër. Heel principieel, en zijn vrouw ook. Maar deze meneer begrijpt er anno nu niets van dat al de andere mensen op zijn afdeling zo'n lekkere gehaktbal krijgen, en hij niet. Hij krijgt een vegetarische schijf.

Deze meneer wordt daar erg boos van. Hij wil ook zo'n lekkere gehaktbal! Waarom krijgt hij die niet? Hij steelt zelfs de gehaktbal bij iemand die naast hem zit. Als het personeel probeert in te grijpen wordt hij heel boos. Het personeel weet er niet zo goed raad mee. Wat moeten ze nu doen?

Aan de ene kant gun je deze meneer zijn gehaktbal. Het lijkt hem zo lekker (nu hij dement is). En voor het personeel en medepatiënten is het ook wel zo makkelijk: geen boze 'gehaktbalstelende' meneer meer. Maar aan de andere kant zegt zijn vrouw dat ze het absoluut niet wil hebben dat hij vlees eet. Haar man was voordat hij dementeerde, net als zij, een zeer overtuigd vegetariër. Maar wat is hij nu, nu hij is vergeten dat hij vegetariër is?

Heb jij dat ook wel eens, dat zoiets dan een beetje in je blijft pruttelen? Ik had er graag een mooi gesprek over willen voeren, maar daar was de situatie niet naar. Niet lang na de tweede gehaktbalconfrontatie eet ik met twee veganisten, ook heel vastberaden en principieel. Ik leg ze het dilemma van de gehaktbal voor. Ik was echt een beetje blij opgewonden want ik wilde die gehaktbalknoop uit mijn mag hebben en verwachtte weer nieuwe input in mijn denken. Zij keken mij een beetje meewarig aan: 'Dan geef je iedereen toch een vegetarische schijf, of een vegetarische gehaktbal? Dan ziet de meneer ook geen verschil meer ten opzichte van de anderen en is er ook meteen geen sprake meer van dierenleed.' Een prachtig staaltje van 'omdenken'. Mijn eerste reactie was dan ook blij verrast. Maar mijn tweede gedachte was: 'Kun je dat dan wel weer maken? Iedereen vegetarisch laten eten terwijl zij daarvoor gewend waren vlees te eten?'

Zo zie je weer dat een dilemma nooit alleen komt, je valt zo van het ene in het andere. Voorlopig is het waarschijnlijk nog zo dat de ene medewerker de meneer een gehaktbal geeft (en dit niet aan zijn vrouw vertelt). En de ander houdt zich vast aan de afspraken.

Het puzzelt mij nog steeds. Deze meneer kan al bijna niets meer zelf bepalen. Wat hij

nog wel aangeeft is dat hij die gehaktbal wil. Moet je hem niet dat beetje autonomie gunnen? Maar hij is nu niet autonoom: waarschijnlijk heeft zijn vrouw enige zeggenschap over hem. En zijn vrouw wil niet dat hij vlees eet, omdat haar man dat vroeger nooit gewild zou hebben. Maar is dat nu niet meer haar wens dan zijn wens? Pff, ik weet echt te weinig over dit vraagstuk om hier iets zinnigs over te zeggen. Ik vraag mij nog steeds van alles af. Ik doe er verstandig aan geen uitspraken te doen. Maar echt, een volgende keer, als ik die gehaktbal weer eens hoor langskomen, dan duik ik erop! Hier met het gehaktbaldilemma, dit vraagstuk moet uitgeplozen worden!

*Swanny Kremer*



# Psychofarmaca en seksualiteit

*Marrit de Boer, Thalia Herder en Rikus Knegtering*

## Inleiding

Veel psychiatrische stoornissen gaan gepaard met veranderingen van het seksueel functioneren. Het is in het kader van diagnostiek en behandeling van belang hier actief aandacht aan te geven. Daarnaast beïnvloeden veel psychofarmaca het seksueel functioneren, bijvoorbeeld via hun invloed op het dopamine-, noradrenaline- en serotoninesysteem. Het is van belang om bij de evaluatie van gewenste en ongewenste effecten van een geneesmiddel ook de effecten op seksualiteit te betrekken. Kennis van farmacologische mechanismen, inclusief effecten op hormonale systemen is van belang bij het overwegen van behandelingsstrategieën voor seksuele bijwerkingen.

Dit artikel is opgebouwd uit de volgende onderdelen:

1. Psychofarmaca en seksualiteit
  - 1.1 Vragen naar seksuele bijwerkingen
2. Effecten op seksueel functioneren bij gebruik van psychofarmaca
  - 2.1 Antidepressiva
  - 2.2 Antipsychotica
  - 2.3 Anxiolytica
  - 2.4 Stemningsstabilisatoren
  - 2.5 Stimulantia
3. Behandelingsstrategieën bij seksuele bijwerkingen van psychofarmaca
  - 3.1 Antidepressiva
  - 3.2 Antipsychotica
  - 3.3 Anxiolytica
  - 3.4 Stemningsstabilisatoren
  - 3.5 Geneesmiddelen die seksueel functioneren bevorderen
4. Neurotransmitters en farmacologische mechanismen op seksueel functioneren
5. Conclusies en uitdagingen

## 1. Psychofarmaca en seksualiteit

Geneesmiddelen hebben naast gewenste effecten helaas vaak ook ongewenste effecten (bijwerkingen), zoals een nadelige invloed op het seksueel functioneren. Seksuele bijwerkingen komen relatief vaak voor bij gebruik van psychiatrische geneesmiddelen (psychofarmaca), terwijl deze middelen veel worden voorgeschreven. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van antidepressiva. In 2014 gebruikten ruim 1,1 miljoen mensen in Nederland een antidepressivum, waarvan ruim de helft (63%) een SSRI (selective serotonine reuptake inhibitors) nam.<sup>1</sup> In een Spaans onderzoek werd bij gebruik van een groep veelgebruikte SSRI's bij ongeveer 56% van de patiënten een afname van seksueel verlangen en bij ongeveer

45% orgasmestoornissen gemeld.<sup>2</sup> Omgerekend naar de cijfers over het gebruik van antidepressiva in Nederland zouden SSRI's mede verantwoordelijk kunnen zijn voor een afname van het seksueel verlangen bij 614.800 mensen en orgasmestoornissen bij 501.820 mensen.

Er is relatief weinig onderzoek verricht naar seksuele bijwerkingen van geneesmiddelen bij vrouwen, terwijl tweederde van de antidepressiva door vrouwen wordt gebruikt. Seksuele bijwerkingen lijken bij mannen en vrouwen evenveel voor te komen en nemen meestal niet af in de loop van de medicamenteuze behandeling.<sup>1</sup> De psychofarmaca die in de afgelopen decennia ontwikkeld zijn, hebben de levenskwaliteit van psychiatrische patiënten sterk verbeterd, maar hebben helaas ook vaak ongewenste effecten, inclusief seksuele stoornissen. Seksuele functiestoornissen kunnen, behalve door medicatie, ook door andere psychische en somatische factoren worden veroorzaakt. Ook bij patiënten met psychiatrische klachten, zoals psychosen, stemmingsstoornissen of angststoornissen, die geen medicatie gebruiken komen namelijk vaak seksuele functiestoornissen voor.

Omdat seksuele bijwerkingen vaak leiden tot een verminderde kwaliteit van leven en een afgenomen therapietrouw, kunnen patiënt en behandelaar voor een lastig dilemma komen te staan: de nadelen van het geneesmiddel afwegen tegen de voordelen. Hoewel veel geneesmiddelen gepaard gaan met een afname in het seksueel functioneren, zijn er ook middelen, zoals sommige anti-parkinson middelen, die tot een toename van seksuele behoeften kunnen leiden.

In het volgende deel van dit artikel zal ingegaan worden op hoe gevraagd kan worden naar seksuele bijwerkingen, de verschillende typen seksuele bijwerkingen, de prevalentie van seksuele bijwerkingen bij de verschillende psychofarmaca, de beschikbare behandelingsstrategieën en betrokken farmacologische mechanismen. Kennis over farmacologische mechanismen leidt ertoe dat in de spreekkamer in overleg met de patiënt beargumenteerde keuzes gemaakt kunnen worden.

### *1.1 Vragen naar seksuele bijwerkingen*

Een belangrijk probleem is het bespreekbaar maken van seksuele bijwerkingen, waarbij zowel artsen als patiënten kunnen aarzelen om over het onderwerp te beginnen. In een studie van Montejo wordt getoond dat slechts 20% van de patiënten met een seksuele disfunctie dit spontaan meldde. De andere 80% kwam pas boven tafel toen er gericht naar werd gevraagd door een arts.<sup>2</sup> Dat het belangrijk is om ook in wetenschappelijk onderzoek gericht te vragen naar seksuele bijwerkingen is af te lezen aan de zeer lage percentages van seksuele bijwerkingen beschreven in het Farmacotherapeutisch Kompas<sup>3</sup>, terwijl inmiddels in de literatuur is gebleken dat deze frequent voorkomen.

Onderzoeken die gebruik maakten van gestructureerde interviews of vragenlijsten rapporteren veel vaker seksuele disfunctie in vergelijking met studies die gebaseerd zijn op wat patiënten spontaan rapporteren. Het bespreekbaar maken en/of het evalueren van seksuele bijwerkingen kan ondersteund worden door het gebruik van vragenlijsten. Er is een aantal vragenlijsten ontwikkeld die zich richten op het bestaan van seksuele disfuncties bij het gebruik van psychofarmaca. Bij het gebruik van antipsychotica kan de Antipsychotics and Sexual Functioning Questionnaire (ASFQ) worden gebruikt.<sup>4</sup> Andere vragenlijsten die gebruikt kunnen worden om seksuele disfuncties bespreekbaar te maken zijn de Changes in Sexual Function Questionnaire-14 (CSFQ-14) en Psychotropic-Related Sexual Dysfunction



Questionnaire (PRSexDQ). Overige gevalideerde vragenlijsten worden onder andere beschreven in de reviews van De Boer et al. (2015) en Rizvi et al. (2011).<sup>5,6</sup> Verder kan gedacht worden aan het gebruiken van meer algemene vragenlijsten waarin een vraag over seksuele disfuncties is verwerkt, zodat ingang geboden wordt aan patiënt en behandelaar om verder op dit onderwerp in te gaan. Voorbeelden zijn o.a. de Inventory of Depressive Symptoms (IDS-C<sub>30</sub>) en de Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD). Naast het bespreekbaar maken van seksuele disfuncties, kunnen vragenlijsten gebruikt worden om de mate van belemmering in het verloop van de behandeling te evalueren.

Hoewel het gebruik van een vragenlijst kan helpen om het onderwerp te signaleren, is het altijd noodzakelijk om hier verder over in gesprek te gaan met de patiënt, om samen de last van de bijwerkingen te overwegen. In de klinische praktijk helpt gericht navragen naar effecten van geneesmiddelen op seksualiteit. Een goed hulpmiddel om het onderwerp te introduceren is de screeningsvraag uit kader 1.

*Kader 1 Screeningsvraag seksuele bijwerkingen*

*Sommige patiënten merken een verandering in hun seksuele verlangens of functioneren als ze medicijnen gebruiken. Veranderingen in seksueel functioneren kunnen worden gemerkt tijdens het vrijen met een ander, of bij zelfbevrediging. Sommige patiënten merken een verbetering in het seksueel functioneren, anderen een verslechtering. Heeft u een verandering gemerkt in uw seksueel functioneren sinds u uw huidige medicijn gebruikt?*

## **2. Effecten op seksueel functioneren bij gebruik van psychofarmaca**

Effecten (bijwerkingen) van geneesmiddelen op seksueel functioneren worden relatief weinig onderzocht. Dit leidt tot een onderschatting van ongewenste effecten op seksueel functioneren bij het gebruik van geneesmiddelen. Het vergelijken van onderzoeken die zich richten op seksuele bijwerkingen wordt door een aantal zaken bemoeilijkt. Zo is het bij een deel van de onderzoeken niet duidelijk of de seksuele disfunctie het gevolg is van het geneesmiddel of dat er ook andere factoren aanwezig waren die van invloed zijn op het seksueel functioneren, zoals somatische of sociale factoren, of de ernst van de psychiatrische aandoening op dat moment. Ook het onderscheid tussen ‘probleem’ en een ‘disfunctie’ wordt vaak niet eenduidig in de literatuur beschreven. Er is sprake van een disfunctie, wanneer het probleem zorgt voor een verhoogde lijdensdruk of een significante mate van belemmering. Psychofarmaca kunnen alle fasen van de seksuele respons rechtstreeks beïnvloeden, zoals seksueel verlangen, seksuele opwinding, ejaculatie en orgasme. Het meest gemelde ongewenste effect (seksuele bijwerking) is afgenomen seksueel verlangen. Andere bijwerkingen zijn opwindingsproblemen (erectieproblemen bij mannen en afgenomen vaginale vochtigheid bij vrouwen), orgasmeproblemen en een afgenomen hoeveelheid sperma bij de ejaculatie (dit laatste komt regelmatig bij antipsychotica voor). Zeldzame bijwerkingen zijn pijn bij het orgasme en priapisme. Bij priapisme is er sprake van een aanhoudende en pijnlijke erectie. Het is een urologisch spoedgeval, waarbij behandeling de kans op blijvende schade verkleint. Priapisme wordt meestal beschreven bij mannen, maar er zijn ook enkele case reports bij vrouwen beschreven. Bij het gebruik van antipsychotica kunnen menstruatiestoornissen,

borstvorming (gynaecomastie) en uitvloed uit de tepels (galactorroe) voorkomen, samenhangend met een verhoging van het prolactine. Hoewel dit geen seksuele bijwerkingen zijn, komen ze vaak samen voor met seksuele bijwerkingen, aangezien prolactineverhoging vermoedelijk ook een van de factoren is bij het ontstaan van seksuele bijwerkingen.

Indirecte beïnvloeding van het seksueel functioneren door medicatie kan op verschillende manieren plaatsvinden. Bij een anti-cholinerge (o.a. sommige antidepressiva) werking worden de slijmvliezen droger, met als gevolg een droge vulva, droge glans penis en een droge mond. Zoenen is dan minder aantrekkelijk, zeker als daarbij ook een vieze geur in de mond is ontstaan. Bij slaperigheid en sufheid kan de ontspanning van het voorspel ertoe leiden dat iemand in slaap valt. Andere vormen van ongemak zijn hevige transpiratie, hoofdpijn, misselijkheid, duizeligheid. Ook het uiterlijk kan veranderen en daarmee de aantrekkelijkheid voor de partner, bijvoorbeeld door huidafwijkingen en krabeffecten, of door gewichtstoename. Bij antipsychotica gebruik kan de patiënt ook als minder aantrekkelijk worden beleefd door een partner door extrapiramidale verschijnselen zoals een star uiterlijk, traagheid en beven terwijl ook het seksueel initiatief bij de antipsychotica gebruiker verlaagd kan zijn. Ook kunnen psychofarmaca leiden tot stemmingsveranderingen die vervelend zijn voor de patiënt zelf of voor de omgeving, zoals depressiviteit (antipsychotica), manisch gedrag (antidepressiva), agressie, anhedonie (antipsychotica, antidepressiva), angst, nervositeit, ongeïnteresseerdheid en gespannenheid. Deze symptomen kunnen bij patiënt en/of de partner de zin in seks ontnemen.

### *2.1 Antidepressiva*

Antidepressiva worden gebruikt in de behandeling van depressieve stoornissen, angststoornissen en obsessieve compulsieve stoornissen. Het effect hiervan kan meestal na 4-6 weken worden beoordeeld, hoewel bij de obsessieve compulsieve stoornis is beschreven dat het zinvol kan zijn om langer te wachten en na 12 weken het effect te beoordelen. De seksuele bijwerkingen van antidepressiva daarentegen kunnen al na enige uren optreden. De exacte werking van antidepressiva op de stemming is niet bekend, maar wel is bekend dat het gebruik ervan leidt tot een toename van één of meer monoamines (serotonine, noradrenaline en dopamine) in de synapsspleet van zenuwcellen.

Antidepressiva kunnen op basis van verschillende kenmerken in groepen worden ingedeeld. In de praktijk wordt vaak gesproken over 'moderne' en 'klassieke' antidepressiva. De belangrijkste moderne antidepressiva zijn de SSRI's, de serotonine en noradrenaline heropname remmers (SNRI's; serotonine norepinephrine reuptake inhibitors) en mirtazapine wat als een noradrenerge-specifiek serotonerg antidepressivum (NaSSA) wordt aangeduid. De klassieke antidepressiva worden ook wel tricyclische antidepressiva (TCA's) genoemd. Daarnaast zijn er de MAO (monoamineoxidase)-remmers, en een categorie met overige antidepressiva.

Seksuele bijwerkingen komen veel voor bij gebruik van antidepressiva. Tot 80% van de patiënten die een SSRI gebruikt rapporteert seksuele bijwerkingen. Ook bij TCA's lijken seksuele bijwerkingen veel voor te komen, hoewel bij meer noradrenerge TCA's mogelijk minder dan bij SSRI's, echter dit is veel minder onderzocht. Bupropion, mianserine, mirtazapine, moclobemide, trazodon en agomelatine (antidepressiva

die geen TCA of SSRI zijn) geven duidelijk minder vaak seksuele bijwerkingen.<sup>2, 7-9</sup> Afgenomen seksueel verlangen en een uitgesteld orgasme zijn de meest gerapporteerde seksuele bijwerkingen van serotonerge antidepressiva. Bij onderzoek met niet depressieve vrijwilligers, wordt vooral een uitgesteld orgasme gerapporteerd. Soms wordt het effect van een uitgesteld orgasme ingezet als gewenst effect, zoals de behandeling van premature ejaculatie met een SSRI.

Priapisme is een zeldzame bijwerking die het meest gerapporteerd is bij trazodon, en in slechts enkele gevallen ook bij fluoxetine, paroxetine, sertraline, bupropion, citalopram, venlafaxine en fenelzine.

Bij zowel klassieke als moderne antidepressiva worden negatieve effecten op de kwaliteit van het sperma beschreven, hoewel dit weinig onderzocht is.<sup>10</sup>

Het restless genital syndrome (ReGS) wordt gekenmerkt door nare en rusteloos makende genitale sensaties die bij de vrouw het gevoel geven op het punt te staan een orgasme te krijgen en bij de man het gevoel doen ontstaan telkens op het punt te staan te moeten ejaculeren.<sup>11</sup> Het kan veroorzaakt worden door SSRI's en met name bij een vermindering van de dosis of staken van het gebruik ervan, maar ook door een vermindering van oestrogenen bij de vrouw. Een effectieve behandeling is niet bekend.

Post SSRI Sexual Dysfunction (PSSD) is een zeldzaam syndroom. Seksuele bijwerkingen van SSRI's zijn meestal reversibel en verdwijnen bij staken van het gebruik. Maar in extreem zeldzame gevallen verdwijnen ze niet na het staken van de SSRI. Het kan betekenen dat de patiënt na het afbouwen van de SSRI geen libido of opwinding meer voelt, geen erectie of lubricatie meer kan krijgen, geen orgasme of zaadlozing meer heeft en vaak klaagt over een gevoelloosheid van de penis, clitoris of vagina.<sup>12</sup> Tot nu toe is er weinig bekend over dit fenomeen, inclusief dat onzeker is of het een medicatie-effect betreft.

Flibanserine is oorspronkelijk als antidepressivum ontwikkeld. Het heeft een aantal eigenschappen (het is o.a. 5 HT<sub>1A</sub> agonist) die seksueel verlangen kan doen toenemen. De effectiviteit en de noodzaak van dit middel zijn niet onomstreden.<sup>13, 14</sup>

De Amerikaanse registratie autoriteit (FDA) heeft het middel, onder voorwaarden, in 2015 toegelaten voor het behandelen van een verminderd seksueel verlangen bij premenstruele vrouwen. Het middel dient meerdere weken dagelijks te worden gebruikt alvorens effectief te zijn.

## 2.2 Antipsychotica

Antipsychotica worden o.a. gebruikt in de behandeling van psychotische verschijnselen (wanen en hallucinaties), manie en hevige agitatie of onrust. De meeste antipsychotica zijn postsynaptische dopamineblokkers (dopamine-antagonisten). Daarnaast hebben veel antipsychotica anti-serotonerge, anti-histaminerge en anti-noradrenerge ( $\alpha$ 1-blokkerende) eigenschappen. Een nadeel van de 'klassieke' antipsychotica (onder andere haloperidol, pimozide, thioridazine) is het vaak optreden van extrapyramidale verschijnselen (zoals stijve spieren, kramp, trillen en onrust). Bij de tweede generatie, 'atypische' antipsychotica als amisulpride, aripiprazol, clozapine, quetiapine, risperidon en olanzapine treden die extrapyramidale verschijnselen minder vaak op, maar worden bij sommigen vaker bijwerkingen zoals gewichtstoename en verstoringen van de glucose of vetstofwisseling gerapporteerd (metabole stoornissen).

Een review die verschillende antipsychotica vergelijkt wat betreft seksuele bij-

werkingen, concludeert dat risperidon het vaakst seksuele disfunctie veroorzaakt, gevolgd door klassieke antipsychotica, olanzapine, quetiapine, en met de laagste prevalentie voor aripiprazol.<sup>15</sup> Knegtering et al. vonden een vergelijkbare volgorde (risperidon, klassieke antipsychotica, clozapine, olanzapine, quetiapine, aripiprazol), gebaseerd op studies door dezelfde onderzoeksgroep, met hetzelfde onderzoeksdesign en dezelfde meetinstrumenten.<sup>16,17</sup> In 2011 werd een meta-analyse gepubliceerd die 16-60% seksuele bijwerkingen bij antipsychoticagebruik rapporteerde, waarbij de volgorde op basis van aflopende prevalentie is: thioridazine, clozapine, haloperidol, risperidon, olanzapine, aripiprazol, perfenazine, ziprasidone en quetiapine. Opgemerkt dient te worden dat de kwaliteit van de geïnccludeerde studies erg varieerde en dat men volgens de auteurs voorzichtig moet zijn met interpretatie van de bevindingen met betrekking tot aripiprazol, clozapine, perphenazine en thioridazine.<sup>18</sup>

Een deel van de antipsychotica, met name clozapine en quetiapine, zijn erg zwakke dopamine-antagonisten. Clozapine en quetiapine verhogen daarom nauwelijks de prolactinespiegel in het bloed. Mede hierdoor is hun invloed op het seksueel functioneren in theorie relatief beperkt.

Aripiprazol is enerzijds een sterke dopamine-antagonist, anderzijds ook een dopamine-agonist (een zogenaamde partiële dopamine agonist). De agonistische component komt ook tot uiting in een lichte daling van prolactinespiegel. Uit de literatuur blijken nauwelijks of geen remmende effecten op het seksueel functioneren bij aripiprazol gebruik, en zou het bij sommigen zelfs licht stimulerend kunnen zijn. Veel klassieke antipsychotica maar ook bijvoorbeeld risperidon en het daarvan afgeleide paliperidon (= 9-OH-risperidon) hebben een sterke affiniteit voor de dopaminereceptor. Dit hangt samen met ongewenste seksuele effecten zoals vermindering van seksueel verlangen en stoornissen van erectie, lubricatie en orgasme.

Ten slotte kan in zeldzame gevallen priapisme optreden. Priapisme bij gebruik van antipsychotica is alleen beschreven in case reports voor haloperidol, clozapine, risperidon, olanzapine, aripiprazol en quetiapine. Antipsychotica met een sterke  $\alpha_1$ - en  $\alpha_2$ -antagonistische activiteit lijken het vaakst priapisme te veroorzaken.

Een aantal mannen dat antipsychotica gebruikt merkt een vermindering van de hoeveelheid sperma die vrijkomt bij een orgasme, of het geheel ontbreken daarvan bij het wel ervaren van een orgasme. In sommige gevallen is aangetoond dat sperma tijdens het orgasme in de blaas terecht komt (retrograde ejaculatie), maar in andere gevallen niet. Door te spreken van een 'verminderd volume van het ejaculaat' wordt het symptoom neutraal beschreven, zonder een suggestie te doen over de oorsprong van het symptoom, aangezien deze dus waarschijnlijk kan verschillen. Gedacht wordt dat antipsychotica met alfa blokkerende eigenschappen (zoals o.a. risperidon en sertindol) dit vooral veroorzaken. Het effect lijkt reversibel bij staken van het middel dat het veroorzaakt. Uitleg en geruststelling zijn van belang (cave actuele kinderwens), waarbij van belang is te realiseren dat mannen het effect met de medicatie vaak zelf niet leggen en het niet spontaan melden maar er zich wel zorgen over maken.

Concluderend: gebruik van middelen die dopamine sterk blokkeren, zoals risperidon en haloperidol, gaat vaak gepaard met seksuele disfuncties. Bij gebruik van olanzapine, quetiapine en clozapine worden minder vaak seksuele problemen en prolactineverhoging gevonden. Aripiprazol veroorzaakt niet of nauwelijks seksuele

functiestoornissen, bij sommigen mogelijk een lichte toename in seksueel verlangen.

### 2.3 Anxiolytica

Anxiolytica worden gebruikt bij de behandeling van angstklachten. De belangrijkste groep vormen de benzodiazepinen zoals diazepam en oxazepam. Deze stoffen werken doorgaans ook sederend (versuffend) en versterken de werking van de neurotransmitter GABA. Het effect is snel (start minuten tot uren na orale inname). Weinig onderzoek is verricht naar het effect van het gebruik van benzodiazepinen op het seksueel functioneren. Wel is bekend dat benzodiazepinen een dosisafhankelijke vertraging van het orgasme geven en mogelijk een verminderd seksueel verlangen. Bij alprazolam is een onderzoek verricht naar de invloed van dit middel op het seksueel functioneren. Hieruit bleek dat alprazolam niet van invloed is op het seksueel functioneren wanneer het gebruikt wordt voor de behandeling van een paniekstoornis.<sup>19</sup>

Buspiron is een anxiolyticum en verwant aan antidepressiva, maar is geen benzodiazepine en is niet sederend. Van buspiron zijn geen seksuele bijwerkingen bekend, hetgeen waarschijnlijk samenhangt met 5-HT<sub>1A</sub>-agonistische eigenschappen. Sporadisch wordt priapisme gemeld. Ook de serotonerge antidepressiva werken anxiolytisch, de effecten op seksualiteit zijn eerder in dit artikel beschreven. Pregabalin is een analoog van GABA en is recent geïndiceerd voor de behandeling van een generaliseerde angststoornis en wordt gebruikt bij epilepsie en neuropathische pijn. Het grijpt niet aan op de GABA-receptoren en werkt ook niet als GABA-agonist. Wel wordt de afgifte van noradrenaline en glutamaat verminderd. De gerapporteerde seksuele bijwerkingen van pregabalin zijn zowel een afname en toename van seksueel verlangen, vertraagde ejaculatie en anorgasmie. Hoewel weinig onderzoek is gedaan naar het effect van pregabalin op het seksueel functioneren, zijn er aanwijzingen dat het toevoegen van pregabalin bij een anti-epileptische behandeling een (verergering van) erectiele disfunctie kan veroorzaken.<sup>20</sup>

### 2.4 Stemningsstabilisatoren

Stemningsstabilisatoren, zoals lithium, hebben meestal een antimanische en/of een antidepressieve werking. Ze worden zowel gebruikt in acute manische fasen, als voor onderhoudsbehandeling bij patiënten met een bipolaire stoornis. Naast lithium horen hier ook enige anti-epileptica (carbamazepine, valproïnezuur, lamotrigine) bij. Er is nauwelijks systematisch of gecontroleerd onderzoek naar de invloed van stemningsstabilisatoren op seksueel functioneren. Hierna worden enkele zaken uit de literatuur aangestipt, met als kanttekening dat er meer onderzoek nodig is om zeker te zijn.

De seksuele bijwerkingen van lithium (al dan niet in combinatie met andere stoffen) werden in Nederlands onderzoek geëvalueerd. De zin in seks wordt nadelig beïnvloed bij 40%, de erectie bij 36% en het orgasme bij 27%. Daarentegen rapporteert 7% meer zin en 10% een beter orgasme. Bij monotherapie met lithium geeft 30% moeite met seksueel functioneren.<sup>21</sup> Sommige onderzoekers menen echter dat lithium als monotherapie weinig seksuele functiestoornissen geeft. In combinatie met benzodiazepines zou wel een toename van seksuele functiestoornissen optreden.<sup>22</sup>

Carbamazepine en valproïnezuur laten de SHBG (sex-hormone binding globulin)-

spiegel stijgen, waardoor minder (vrij) testosteron beschikbaar blijft. De verlaging van het vrije testosteron wordt vaak als oorzaak gezien voor een afname in de zin in seks. Een verminderd seksueel verlangen en anorgasmie bij het gebruik van valproïnezuur hangt mogelijk samen met zowel verhoging van de serotonerge transmissie als verhoging van de SHBG-spiegel. Er zijn een aantal gevallen beschreven van retrograde ejaculatie, hetgeen zich uit in verminderd vrijkomen van sperma tijdens een orgasme.<sup>23</sup>

Lamotrigine lijkt weinig invloed op het seksueel functioneren te geven. Het verandert de SHBG-spiegel niet. Er is een beperkt aantal aanwijzingen dat lamotrigine het seksueel functioneren verbetert en er is een aantal gevallen beschreven waar sprake was van hyperseksualiteit.<sup>24</sup>

### 2.5 Stimulantia

Stimulantia worden gebruikt als behandeling bij ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) of ADD (Attention Deficit Disorder), maar worden ook gebruikt in het uitgaansleven en zijn populair onder studenten met als doel om langer en beter te focussen tijdens het studeren.

Twee veel gebruikte stimulantia in Nederland zijn methylfenidaat en dexamfetamine. De eigenschappen van beide middelen hebben sterke overeenkomsten met amfetamine en hebben een noradrenerge en dopaminerge werking.

Onderzoek naar seksuele bijwerkingen bij het gebruik van stimulantia is weinig gedaan, onder meer omdat het in grote mate een patiëntengroep betreft die minderjarig is. Wel zijn er aanwijzingen dat methylfenidaat bij acuut (dus niet chronisch) gebruik het verlangen en de opwinding kan verhogen. Tot nu toe zijn deze effecten alleen gezien bij een hoge dosering van een snelwerkend preparaat dat intraveneus werd toegediend.<sup>25</sup> In de praktijk worden deze hoge doseringen weinig toegepast en is intraveneuze behandeling niet aan de orde. Daarnaast wordt in de literatuur een aantal gevallen beschreven van priapisme bij jongens.

## 3. Behandelingsstrategieën bij seksuele bijwerkingen van psychofarmaca

Het is van belang om gericht naar seksuele bijwerkingen te vragen tijdens gebruik van medicatie, waaronder psychofarmaca, en deze samen met de patiënt te evalueren. Daarbij moet onderscheiden worden welke factoren bij een patiënt betrokken kunnen zijn bij de seksuele disfunctie, bijvoorbeeld psychofarmaca, psychologische factoren, sociale factoren, psychiatrische factoren, somatische oorzaken, etc. Op basis daarvan kunnen niet-medicamenteuze en medicamenteuze behandelingsstrategieën overwogen worden. Niet-medicamenteuze strategieën zijn bijvoorbeeld psycho-educatie of relatiegesprekken.

De effecten van psychofarmaca op het seksueel functioneren worden bepaald door hun eigenschappen en daarmee hun werkingsmechanisme. Het tegengaan of verminderen van de ongewenste effecten verschilt dan ook per middel. De behandelingsstrategieën van antidepressiva, antipsychotica, anxiolytica en stemmingsstabilisatoren worden hierna beschreven.

### 3.1 Antidepressiva

Bij seksuele bijwerkingen bij gebruik van antidepressiva kunnen de volgende opties worden overwogen:<sup>28, 29</sup>

- » dosisverlaging;
- » overschakelen naar een middel met minder kans op seksuele bijwerkingen;
- » additiestrategieën.

Bij de additiestrategieën is er de meeste evidentie voor de additie van bupropion (een dopamine agonist) of een fosfodiësterase-5-remmer (PDE-5-remmer) als sildenafil of tadalafil. PDE-5-remmers zijn ook bij vrouwen onderzocht en effectief gebleken, hoewel mogelijk iets minder effectief dan bij mannen. Andere, mogelijk zinvolle, additiestrategieën zijn het toevoegen van een 5-HT<sub>2</sub> antagonist (mirtazapine, olanzapine, trazodon) of een dopamine agonist (cyproheptadine, bromocriptine, apomorfine). Verder zijn er zijn aanwijzingen dat het toevoegen van minimaal 30 mg buspiron, een partiële 5-HT<sub>1A</sub>-agonist, in de behandeling met een SSRI-geïnduceerde seksuele disfunctie, de seksuele functiestoornissen kan doen verminderen.<sup>30, 31</sup>

### 3.2 Antipsychotica

Wanneer bij het gebruik van antipsychotica seksuele bijwerkingen optreden, kan er gedacht worden aan de volgende strategieën:<sup>32, 33</sup>

- » dosisverlaging;
- » overschakelen naar een middel met minder kans op seksuele bijwerkingen;
- » additiestrategieën: dopamine agonist, aripiprazol of een fosfodiësteraseremmer.

Dopamine agonisten zijn middelen die o.a. worden voorgeschreven voor de ziekte van Parkinson. Er zijn onderzoeken die laten zien dat toevoegen van een dopamine agonist, zoals cabergoline, amantadine of bromocriptine, seksuele functiestoornissen bij antipsychoticagebruik kan verminderen. Het is belangrijk om deze middelen niet te hoog te doseren, in geval van cabergoline bijvoorbeeld wordt 0.125-0.250 mg per week in de literatuur gemeld, aangezien anders de psychotische verschijnselen zouden kunnen toenemen. In de onderzoeken die er naar gedaan zijn bleek het toenemen van psychotische symptomen overigens niet voor te komen. Ten slotte kan overwogen worden fosfodiësteraseremmers te adviseren, hiervan zijn in enkele studies gunstige effecten gerapporteerd. Fosfodiësterase-5 remmers zijn middelen als sildenafil (Viagra®) of tadalafil (Cialis®), die geregistreerd zijn voor de behandeling van erectiestoornissen. Door remming van het fosfodiësterase-5 neemt de hoeveelheid stikstofoxide in de bloedvaten van de penis toe, waardoor de vaten verwijden en de gladde spiercellen ontspannen. Op deze manier wordt het krijgen van een erectie bij seksuele opwinding gefaciliteerd. Hoewel fosfodiësterase remmers redelijk effectief lijken, worden ze niet door de ziektekostenverzekering vergoed en blijken ze in de praktijk nogal eens te prijzig voor patiënten met weinig inkomen. Toevoegen van een lage dosis aripiprazol (1-5mg per dag), hoewel beperkt onderzocht, kan door partieel dopamine agonistische en partieel 5-HT<sub>1A</sub>-agonistische eigenschappen, ook overwogen worden bij door antipsychotica veroorzaakte seksuele functiestoornissen.

### 3.3 Anxiolytica

Bij seksuele bijwerkingen door anxiolytica kan in geval van serotonerge antidepressiva gedacht worden aan de behandlungsstrategieën die bij antidepressiva genoemd worden. In andere gevallen kan een switch naar buspiron een goed alternatief zijn.

### 3.4 Stemningsstabilisatoren

Lamotrigine wordt geassocieerd met een verbetering van het seksueel functioneren. Er zou een switch naar dit middel overwogen kunnen worden als andere stemningsstabilisatoren seksuele functiestoornissen veroorzaken.<sup>24</sup> Verder zijn er aanwijzingen dat het gebruik van aspirine voor de behandeling van lithium-geïnduceerde seksuele disfunctie kan leiden tot een verbetering van het seksueel functioneren. Echter moet hier de opmerking geplaatst worden dat het een nog niet gerepliceerde studie betreft met een korte follow-up duur. Het langetermijneffect van aspirine op lithium-geïnduceerde seksuele disfuncties is onbekend.<sup>34</sup>

### 3.5 Geneesmiddelen die seksueel functioneren bevorderen

Zoals uit voorgaande tekst al blijkt is het niet zo dat (psycho)farmaca alleen remmende invloeden op seksueel gedrag veroorzaken. Hierna wordt kort ingegaan op seksueel gedrag bevorderende mechanismen.

Dopamine stimulerende stoffen (agonisten) kunnen een toename van seksueel gedrag veroorzaken, iets wat onder andere kan gebeuren bij behandeling van de ziekte van Parkinson met dopamine agonisten. Dit kan o.a. seksueel ontremd gedrag veroorzaken bij mensen die worden behandeld voor de ziekte van Parkinson. Voorbeelden van deze stoffen zijn: cabergoline, bromocriptine, pergolide en ropinirol. Het feit dat het als antipsychoticum geregistreerde aripiprazol weinig seksuele functiestoornissen geeft en soms een toename van seksueel gedrag lijkt te veroorzaken, hangt waarschijnlijk deels samen met gedeeltelijk stimulerende effecten op het dopamine systeem, maar misschien ook met de (pre-synaptische) 5-HT<sub>1A</sub>-agonistische effecten. Ook het feit dat het als antidepressivum geregistreerde bupropion gunstig is wat betreft seksuele bijwerkingen heeft waarschijnlijk te maken

**Tabel 1. Het voorkomen van seksuele bijwerkingen bij psychofarmaca<sup>9, 24, 26, 27</sup>**

	Hoog <sup>1</sup>	Gemiddeld <sup>2</sup>	Laag <sup>3</sup>	Geen gegevens bekend
Antipsychotica	Haloperidol Risperidon Paliperidon	Olanzapine Quetiapine Clozapine	Aripiprazol	Lurasidon
Antidepressiva	Paroxetine Citalopram Fluoxetine Sertraline Duloxetine Venlafaxine Clomipramine	Fluvoxamine Escitalopram Nortriptyline Imipramine Fenelzine	Mirtazapine Bupropion Trazodon Agomelatine Moclobemide Mianserine Vortioxetine	Tranlycypromine
Anxiolytica			Alprazolam Buspiron	Pregabaline
Stemmingsstabilisatoren	Carbamazepine?	Lithium? Valproïnezuur?	Lamotrigine?	
Stimulantia			Methylfenidaat?	Dexamfetamine

<sup>1</sup> Overwegend ongunstige invloed; <sup>2</sup> Overwegend matig ongunstige invloed;

<sup>3</sup> Overwegend lichte tot afwezige ongunstige invloed; <sup>?</sup> Weinig gegevens bekend



met dopamine agonistische effecten en 5-HT<sub>1A</sub>-agonistische effecten.

Veel stoffen die een toename van serotonine in het brein veroorzaken (o.a. SSRI's) leiden o.a. tot het uitstellen van orgasme. Het blokkeren van dit effect kan omgekeerde effecten opleveren. Het meest duidelijk blijkt dit bij stoffen die 5HT<sub>1A</sub> presynaptisch agonisten zijn. Aripiprazol (antipsychoticum), buspiron (angstremmend middel) en flibanserine zijn voorbeelden van stoffen met deze eigenschap en hebben geen nadelige effecten of seksualiteit bevorderende effecten onder bepaalde omstandigheden.

Fosfodiësterase type 5 remmers (PDE5 remmers) hebben zonder seksuele stimulus weinig effect op seksueel gedrag. In aanwezigheid van een seksuele stimulus wordt door PDE5 remmers de doorbloeding van penis en vaginawand verbeterd, leidende tot verbetering van erectie en vaginale vochtigheid. Voorbeelden van PDE5 remmers zijn sildenafil, vardenafil en tadalafil.

Androgene hormonen, o.a. bij mensen met een tekort aan androgenen, kunnen seksuele activiteit helpen bevorderen, zowel bij mannen<sup>35</sup> als bij vrouwen.<sup>36</sup> Er worden thans onderzoeken uitgevoerd met combinaties van testosteron met PDE5 remmers of buspiron voor vrouwen met een seksuele interesse/opwindingsstoornis, ten gevolge van hetzij een primair (te) laag libido of een te sterke (prefrontale) remming van de libido.<sup>37</sup> Dit houdt in dat patiënten met een combinatie van medicamenten in een onderzoekssituatie worden behandeld. Eerste onderzoeken laten zien dat dit misschien een zinvolle strategie is, maar meer onderzoek is nodig.

#### **4. Neurotransmitters en farmacologische mechanismen op seksueel functioneren**

Bij het psychisch en seksueel functioneren zijn verschillende regulatiesystemen betrokken, inclusief een veelheid aan neurotransmitters/neuropeptiden en hormonen. Zie voor een gedetailleerde uitleg de review van Meston en Frohlich.<sup>38</sup> Medicamenten in de psychiatrie werken waarschijnlijk vooral door beïnvloeding van de neurotransmissie. Om de mogelijke invloed van medicatie op seksueel functioneren te begrijpen zal de afzonderlijke rol van de belangrijkste neurotransmitters worden beschreven die betrokken zijn bij de werking van psychofarmaca en het seksueel functioneren.<sup>32</sup> Deze worden samengevat in tabel 2. Dopamine is een belangrijke neurotransmitter in hersengebieden en circuits die betrokken zijn bij aandacht voor en de anticipatie op beloning. De meeste antipsychotica zijn potente dopamine receptor blokkerende middelen. Meer farmacologisch uitgelegd, de meeste antipsychotica zijn postsynaptische dopamine antagonisten. Vermindering van dopaminerge activiteit kan leiden tot verminderd seksueel functioneren, maar tevens tot een verhoging van de hoeveelheid van het hormoon prolactine in het bloed. Prolactineverhoging is mogelijk een aanvullende remmende factor op seksueel functioneren. Niet alle studies vinden een directe associatie tussen de hoogte van prolactine levels en seksuele disfunctie, maar middelen die het prolactine niveau weinig of niet verhogen leiden wel minder vaak tot seksuele disfunctie.

Agonistische medicamenten zijn farmaca met een stimulerend effect op een receptor van een bepaalde neurotransmitter. Zo hebben veel antidepressiva agonistische (stimulerende) effecten op het serotoninesysteem (zoals bij SSRI's). Stimulerende

effecten op het serotonine systeem, bijvoorbeeld op de 5-HT<sub>2</sub> receptoren, zijn meestal geassocieerd met een verminderd vermogen om een orgasme te bereiken. Beïnvloeding van bepaalde subtypen serotoninereceptoren heeft een gunstig effect op seksueel functioneren, namelijk agonisme van de (presynaptische) 5-HT<sub>1A</sub> receptor en antagonisme van de (postsynaptische) 5-HT<sub>2</sub> receptor, in het bijzonder de 5-HT<sub>2C</sub> receptor, en mogelijk ook de 5-HT<sub>2A</sub> receptor.

Het verband tussen de hoeveelheid noradrenaline aanwezig in de hersenen en het seksueel functioneren kan worden weergegeven als een U-vorm. Een hoog aanbod van noradrenaline kan een verhoogd niveau van angst tot gevolg hebben, waardoor het seksueel functioneren gehinderd wordt. Een laag aanbod van noradrenaline zorgt voor een vermindering van opwinding die noodzakelijk is voor het verkrijgen van seksueel verlangen of opwinding. Juist een gematigde hoeveelheid noradrenaline is nodig voor een optimaal seksueel functioneren. Noradrenaline hecht aan op zogenaamde α<sub>1</sub>- of α<sub>2</sub>-receptoren en β-receptoren. De α<sub>1</sub>-receptoren zijn waarschijnlijk betrokken bij erectie, lubricatie en ejaculatie. Sommige antipsychotica hebben ook α<sub>2</sub>-antagonistische eigenschappen, maar de precieze invloed hiervan op het seksueel functioneren is niet duidelijk.

Acetylcholine heeft een stimulerende rol bij erectie en ejaculatie wanneer het direct in het corpus cavernosum wordt toegediend. Sommige antipsychotica hebben anti-cholinerge eigenschappen. Er is weinig bekend over het effect van mogelijke centrale anti-cholinerge effecten op seksueel functioneren.

Een aantal antipsychotica heeft een sterke affiniteit voor histaminerge receptoren, mogelijk bijdragend aan sedatie en antipsychotische effectiviteit. Histamine antagonisme is wel geassocieerd met een remmend effect op seksuele functioneren, mogelijk ook gedeeltelijk door een sederend effect. In hoeverre dit een belangrijke rol speelt bij antipsychotica gebruik en seksueel functioneren is niet bekend.

**Tabel 2. Belangrijkste betrokken receptorsystemen en effecten op seksueel functioneren**

	Effecten op seksuele respons
D <sub>2</sub> agonisme	Toegenomen seksueel verlangen (anticipatie voor beloning)
D <sub>2</sub> antagonisme	Afgenomen seksueel verlangen, seksuele activiteit, erectie en ejaculatie
5-HT <sub>2</sub> agonisme	Uitgesteld orgasme
5-HT <sub>1a</sub> agonisme (presynaptisch)	Activatie van seksueel gedrag, bevordering van orgasme
5-HT <sub>2c</sub> (en 5-HT <sub>2a</sub> ?) antagonisme	Waarschijnlijk stimulatie van seksueel gedrag
α <sub>1</sub> antagonisme	Centraal effect: afname van erectie, lubricatie en ejaculatie Perifeer effect: mogelijk stimulerend effect op bv. erectie
α <sub>2</sub> antagonisme	Bevordering van erectie
H <sub>1</sub> antagonisme	Indirect remmend effect op seksueel functioneren door sedatie
M <sub>1</sub> antagonisme	Afgenomen erectie en lubricatie

D = dopamine receptor; 5HT = serotonine receptor; α = alfa-adrenerge receptor (of alfa-adrenoceptor); H = histamine receptor; M = muscarine receptor (een subtype acetylcholine receptor).

## 5. Conclusies en uitdagingen

Mensen met angststoornissen, depressies, bipolaire stoornissen en psychosen ervaren vaak problemen in het seksueel functioneren, onder andere door de sociale gevolgen van de problematiek en ongewenste effecten van sommige geneesmiddelen. De laatste decennia is meer duidelijk geworden over welke geneesmiddelen invloed hebben op het seksueel functioneren en de mechanismes die hieraan ten grondslag liggen. Vanuit de hulpverlening dient actief aandacht te worden besteed aan seksualiteit bij mensen met psychiatrische stoornissen. Actief uitvragen van seksuele problemen geeft de opstap naar goede hulpverlening. Wat betreft mogelijke seksuele bijwerkingen van geneesmiddelen dreigt een verminderde therapietrouw en terugkeer van de symptomen of van de ziekte. Zo is de kans op hernieuwd optreden van de depressie of psychose in het eerste jaar na voortijdig afbreken van de medicatie 25 tot 70% groter. Kennis van seksuele farmacologie biedt veel mogelijkheden voor een betere hulpverlening.

Veel hulpverleners, zoals psychiaters, neurologen en huisartsen vinden het moeilijk om met hun patiënten over seks te praten. Hier ligt een uitdaging, met name in opleidingen. Het is erg belangrijk dat seksuele geneeskunde (sexual medicine) in de opleidingen voldoende aan bod komt. Naast voldoende fysiologische en farmacologische kennis is het belangrijk vaardigheden te verwerven om seksualiteit bespreekbaar te maken en interventies aan te bieden. Het bespreekbaar maken van medische, emotionele, relationele en sociale aspecten van de gevolgen van psychiatrische problemen is een noodzakelijke opstap naar betere hulpverlening. Het zal niet verwonderen dat tot besluit een oproep voor meer onderzoek wordt gedaan, waarbij meer onderzoek naar psychologische, sociale, medische en farmacologische aspecten van seksualiteit bij mensen met psychiatrische problemen een belangrijke bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van leven voor grote groepen mensen, waarbij ook aandacht dient te zijn voor sekse-specifieke aspecten.

## Literatuur

- (1) Stichting Farmaceutische Kengetallen. 2015; Available at: [www.sfk.nl](http://www.sfk.nl).
- (2) Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2001;62 Suppl 3:10-21.
- (3) Farmacotherapeutisch Kompas. 2015; Available at: [www.farmacotherapeutischkompas.nl](http://www.farmacotherapeutischkompas.nl)
- (4) de Boer MK, Castelein S, Bous J, van den Heuvel ER, Wiersma D, Schoevers RA, et al. The Antipsychotics and Sexual Functioning Questionnaire (ASFQ): preliminary evidence for reliability and validity. *Schizophr Res* 2013 Nov;150(2-3):410-415.
- (5) de Boer MK, Oolders JM, van den Heuvel ER, Wiersma D, Schoevers RA, Knegtering H. Efficacy of tadalafil on erectile dysfunction in male patients using antipsychotics: a double-blind, placebo-controlled, crossover pilot study. *J Clin Psychopharmacol* 2014 Jun;34(3):380-382.

- (6) Rizvi SJ, Yeung NW, Kennedy SH. Instruments to measure sexual dysfunction in community and psychiatric populations. *J Psychosom Res* 2011 Jan;70(1):99-109.
- (7) Ferguson JM. The effects of antidepressants on sexual functioning in depressed patients: a review. *J Clin Psychiatry* 2001;62 Suppl 3:22-34.
- (8) Kennedy SH, Eisfeld BS, Dickens SE, Bacchiochi JR, Bagby RM. Antidepressant-induced sexual dysfunction during treatment with moclobemide, paroxetine, sertraline, and venlafaxine. *J Clin Psychiatry* 2000 Apr;61(4):276-281.
- (9) Serretti A, Chiesa A. Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2009 Jun;29(3):259-266.
- (10) Semen abnormalities with SSRI antidepressants. *Prescrire Int* 2015 Jan;24(156):16-17.
- (11) Waldinger MD, Venema PL, van Gils AP, de Lint GJ, Schweitzer DH. Stronger evidence for small fiber sensory neuropathy in restless genital syndrome: two case reports in males. *J Sex Med* 2011 Jan;8(1):325-330.
- (12) Csoka AB, Bahrack A, Mehtonen OP. Persistent sexual dysfunction after discontinuation of selective serotonin reuptake inhibitors. *J Sex Med* 2008 Jan;5(1):227-233.
- (13) Thorp J, Simon J, Dattani D, Taylor L, Kimura T, Garcia M, Jr, et al. Treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women: efficacy of flibanserin in the DAISY study. *J Sex Med* 2012 Mar;9(3):793-804.
- (14) Derogatis LR, Komer L, Katz M, Moreau M, Kimura T, Garcia M, Jr, et al. Treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women: efficacy of flibanserin in the VIOLET Study. *J Sex Med* 2012 Apr;9(4):1074-1085.
- (15) Baggaley M. Sexual dysfunction in schizophrenia: focus on recent evidence. *Hum Psychopharmacol* 2008 Apr;23(3):201-209.
- (16) Knegtering H, van den Bosch R, Castelein S, Bruggeman R, Sytema S, van Os J. Are sexual side effects of prolactin-raising antipsychotics reducible to serum prolactin? *Psychoneuroendocrinology* 2008 Jul;33(6):711-717.
- (17) de Boer MK, Wiersma D, Bous J, Sytema S, van der Moolen AE, Wilffert B, et al. A randomized open-label comparison of the impact of aripiprazole versus risperidone on sexual functioning (RAS study). *J Clin Psychopharmacol* 2011 Aug;31(4):523-525.
- (18) Serretti A, Chiesa A. A meta-analysis of sexual dysfunction in psychiatric patients taking antipsychotics. *Int Clin Psychopharmacol* 2011 May;26(3):130-140.
- (19) Marquez M, Arenoso H, Caruso N. Efficacy of alprazolam sublingual tablets in the treatment of the acute phase of panic disorders. *Actas Esp Psiquiatr* 2011 Mar-Apr;39(2):88-94.
- (20) Hitiris N, Barrett JA, Brodie MJ. Erectile dysfunction associated with pregabalin add-on treatment in patients with partial seizures: five case reports. *Epilepsy Behav* 2006 Mar;8(2):418-421.
- (21) Knoppert-van der Klein EAM, Hoogduin CAL. Seksuele problemen bij Lithiumgebruik. Een verkenning. *Tijdschr Seksuol* 1998(22):22-25.
- (22) Ghardirian AM, Annable L, Belanger MC. Lithium, benzodiazepines, and sexual function in bipolar patients. *Am J Psychiatry* 1992 Jun;149(6):801-805.
- (23) Schneck CD, Thomas MR, Gundersen D. Sexual side effects associated with valproate. *J Clin Psychopharmacol* 2002 Oct;22(5):532-534.

- (24) La Torre A, Giupponi G, Duffy DM, Pompili M, Grozinger M, Kapfhammer HP, et al. Sexual dysfunction related to psychotropic drugs: a critical review. Part III: mood stabilizers and anxiolytic drugs. *Pharmacopsychiatry* 2014 Jan;47(1):1-6.
- (25) Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Telang F, Jayne M, Wong C. Stimulant-induced enhanced sexual desire as a potential contributing factor in HIV transmission. *Am J Psychiatry* 2007 Jan;164(1):157-160.
- (26) La Torre A, Conca A, Duffy D, Giupponi G, Pompili M, Grozinger M. Sexual dysfunction related to psychotropic drugs: a critical review part II: antipsychotics. *Pharmacopsychiatry* 2013 Sep;46(6):201-208.
- (27) La Torre A, Giupponi G, Duffy D, Conca A. Sexual dysfunction related to psychotropic drugs: a critical review--part I: antidepressants. *Pharmacopsychiatry* 2013 Jul;46(5):191-199.
- (28) Taylor MJ. Strategies for managing antidepressant-induced sexual dysfunction: a review. *Curr Psychiatry Rep* 2006 Dec;8(6):431-436.
- (29) Taylor MJ, Rudkin L, Bullemor-Day P, Lubin J, Chukwujekwu C, Hawton K. Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 May 31;5:CD003382.
- (30) Landen M, Eriksson E, Agren H, Fahlen T. Effect of buspirone on sexual dysfunction in depressed patients treated with selective serotonin reuptake inhibitors. *J Clin Psychopharmacol* 1999 Jun;19(3):268-271.
- (31) Othmer E, Othmer SC. Effect of buspirone on sexual dysfunction in patients with generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1987 May;48(5):201-203.
- (32) de Boer MK, Castelein S, Wiersma D, Schoevers RA, Knegtering H. The facts about sexual (Dys)function in schizophrenia: an overview of clinically relevant findings. *Schizophr Bull* 2015 May;41(3):674-686.
- (33) Nunes LV, Moreira HC, Razzouk D, Nunes SO, Mari Jde J. Strategies for the treatment of antipsychotic-induced sexual dysfunction and/or hyperprolactinemia among patients of the schizophrenia spectrum: a review. *J Sex Marital Ther* 2012;38(3):281-301.
- (34) Saroukhani S, Emami-Parsa M, Modabbernia A, Ashrafi M, Farokhnia M, Hajiaghae R, et al. Aspirin for treatment of lithium-associated sexual dysfunction in men: randomized double-blind placebo-controlled study. *Bipolar Disord* 2013 Sep;15(6):650-656.
- (35) Wang C, Swerdloff RS, Iranmanesh A, Dobs A, Snyder PJ, Cunningham G, et al. Transdermal testosterone gel improves sexual function, mood, muscle strength, and body composition parameters in hypogonadal men. *J Clin Endocrinol Metab* 2000 Aug;85(8):2839-2853.
- (36) Elraiyah T, Sonbol MB, Wang Z, Khairalseed T, Asi N, Undavalli C, et al. Clinical review: The benefits and harms of systemic testosterone therapy in postmenopausal women with normal adrenal function: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab* 2014 Oct;99(10):3543-3550.
- (37) Bloemers JM. Sex, Drugs & Dual Control: a personalized sexual medicine drug development program based on the dual control model of sexual response. Utrecht: University Utrecht; 2014.
- (38) Meston CM, Frohlich PF. The neurobiology of sexual function. *Arch Gen Psychiatry* 2000 Nov;57(11):1012-1030.



# Een psychotische stoornis: Het belang van vroegtijdige herkenning en evidence-based behandeling<sup>1</sup>

*Nynke Boonstra, Annemieke Zwart, Aaltsje Malda en Stynke Castelein*

## Casus

Anna, 21 jaar, woont in een studentenhuis. Ze zit in het tweede jaar van de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening. Anna heeft een grote vriendenkring waar ze veel tijd mee doorbrengt. Ze houdt van uitgaan en shoppen. Daarnaast zit ze op gitaarles en schildert ze graag.

De afgelopen zes maanden heeft ze een achterstand opgelopen op de opleiding. De druk van het behalen van haar propedeuse binnen twee jaar zorgt voor slapeloze nachten. Anna wordt onzeker over haar studievaardigheden en gaat meer blowen. Hierdoor voelt ze zich rustiger. Overdag doet ze mee met haar vrienden, maar 's nachts ligt ze veel te piekeren. Ze valt vaak laat in slaap en wordt onrustig wakker. Anna's ouders zijn vorig jaar gescheiden wat leidde tot veel spanningen. Anna heeft twee jongere broers. Als oudste kind heeft ze altijd het gevoel gehad voor een goede sfeer in huis te moeten zorgen. Ze heeft het dan ook erg moeilijk met de ruzies tussen haar ouders en de scheiding. Anna heeft het gevoel haar ouders niet te kunnen belasten met haar zorgen.

Sinds vier weken heeft Anna last van een waan. Ze is ervan overtuigd dat een van de docenten op de hogeschool haar weg wil hebben. Hij kijkt haar streng aan en volgens Anna praat hij met andere studenten op een negatieve manier over haar. Anna denkt dat hij waarschijnlijk in de gaten heeft dat ze de opleiding niet aankan en dat hij haar daarom nu weg wil hebben. Sinds een week hoort ze hem zelfs praten als ze thuis is, dit terwijl er feitelijk niemand bij haar is. Hij zegt dan erg negatieve dingen tegen haar. Hij reageert ook op dingen die ze doet, waardoor Anna er helemaal van overtuigd is dat hij haar in de gaten houdt. Ze heeft zelfs een blauw opnamelampje ontdekt op haar telefoon. Ze heeft om die reden een nieuwe telefoon gekocht, de oude bewaart ze als bewijs. Anna kan zich op school niet goed meer concentreren, haar gedachten gaan alle kanten op. Alle opdrachten en de samenwerking met de andere studenten zijn voor haar verwarrend en te veel. Ze ziet door de bomen het bos niet meer. Ze heeft op Facebook een bericht gepost dat de desbetreffende docent niet te vertrouwen is, waarna ze door haar studieloopbaanbegeleider wordt uitgenodigd voor een gesprek. In dit gesprek neemt Anna haar telefoon mee als bewijsmateriaal. De studieloopbaanbegeleider besluit de ggz in te schakelen omdat ze zich zorgen maakt over Anna. Tijdens de intake vertelt Anna aan de verpleegkundig specialist dat ze niet meer naar school kan vanwege die docent. Ze zegt het doel in haar leven kwijt te zijn en niet te weten hoe ze nu haar opleiding af kan maken.

---

1 Dit artikel verscheen eerder in: <https://www.tijdstroom.nl/boek/ggz-verpleegkunde-in-de-praktijk#.WClmL8TtSK1>

## Inleiding

Een psychose is een psychiatrisch toestandbeeld waarbij de patiënt het normale contact met de werkelijkheid gedeeltelijk of geheel kwijt is. Ieder mens heeft wel eens psychose-achtige ervaringen, bijvoorbeeld het idee dat iemand je naam roept of dat anderen over je praten. Zolang deze ervaringen geen invloed hebben op het functioneren van de desbetreffende persoon is er niets aan de hand. Wanneer dat echter wel het geval is spreken we van een psychose.

## Een eerste psychose

Een eerste psychose doet zich over het algemeen voor tijdens de adolescentiefase of de vroege volwassenheid (McGorry e.a., 2011). De kans om psychotisch te worden is voor mannen ongeveer twee keer zo groot als voor vrouwen (McGrath e.a., 2004). Per jaar zijn er per 100.000 inwoners ongeveer 15 tot 20 mensen die een eerste psychose meemaken (Boonstra e.a., 2008). Dit betekent dat er in Nederland per jaar ongeveer 3000 jongvolwassenen zijn die voor het eerst een psychose krijgen (Veling e.a., 2013).

Een psychotische episode kenmerkt zich door een combinatie van symptomen. Deze symptomen zijn grofweg te categoriseren in twee domeinen; psychotische symptomen en negatieve symptomen.

- 1 Psychotische symptomen: Hiertoe behoren symptomen zoals hallucinaties, wanen en verward of gedesorganiseerd denken en gedrag.
  - Wanen zijn overtuigingen van iemand die niet overeenkomen met de werkelijkheid en waarvan iemand niet is af te brengen met logisch redeneren. Een veelvoorkomend voorbeeld van een waan is het idee dat je achtervolgd of vergiftigd wordt.
  - Hallucinaties zijn zintuigelijke waarnemingen terwijl er geen externe prikkels zijn. Deze waarnemingen kunnen zich voordoen met betrekking tot alle zintuigen: horen, zien, ruiken, proeven en voelen.
  - Wanneer patiënten last hebben van verward of gedesorganiseerd denken en gedrag, kunnen ze dingen die ze voorheen in een vaste routine zonder nadenken deden nu niet meer goed organiseren en uitvoeren. Denk aan dagelijkse dingen als koffie zetten, kleding uitzoeken en aankleden. Ook komt het voor dat patiënten zelf woorden bedenken of dat gewone woorden een bijzondere betekenis voor hen krijgen.
- 2 Negatieve symptomen: Hiertoe behoren gedachte- of gevoelsarmoede, verminderde gelaatsuitdrukking, beperkte motivatie en het minder snel tot actie komen dan wel acties volhouden.

Naast psychotische symptomen en negatieve symptomen hebben patiënten ook vaak cognitieve problemen, zoals moeite met concentratie, geheugen, planning en probleemoplossend vermogen. Verder is er in de loop van de tijd bij veel mensen sprake van depressieve en/of manische symptomen. Een ander symptoom dat veel voorkomt bij jongeren die een eerste psychose hebben meegemaakt is het gebrek aan ziektebesef en ziekte-inzicht.

Een psychose kan ten dele verklaard worden uit afwijkingen in de structuur of het functioneren van de hersenen. De hersenen bestaan uit een groot netwerk van



miljarden zenuwcellen (neuronen), elk met duizenden uitlopers die zorgen voor het contact tussen de cellen onderling. Deze zenuwcellen communiceren voortdurend met elkaar (Moleman, 2011). Daarbij scheiden de uiteinden van de uitlopers van deze zenuwcellen stoffen af die we 'neurotransmitters' noemen. De neurotransmitters binden zich aan receptoren op een andere zenuwcel waardoor de prikkeloverdracht tussen de cellen plaatsvindt. Er zijn veel verschillende neurotransmitters, maar bij het ontstaan van een psychose speelt dopamine de grootste rol. Tijdens de actieve fase waarin psychotische symptomen aanwezig zijn, zoals wanen en hallucinaties, is er een teveel aan dopamineactiviteit vanuit de middenhersenen naar het limbische systeem. Het gevolg van deze dopamineactiviteit is dat mensen gevoeliger worden voor prikkels vanuit de omgeving. Het filter dat nodig is om te bepalen wat belangrijk is en wat niet, of je alert moet zijn of niet, werkt dan niet adequaat. Het gevolg hiervan is dat mensen situaties op een afwijkende manier gaan interpreteren en beleven.

Waarom de ene persoon een psychose krijgt en de ander niet is niet bekend. Vanuit wetenschappelijk onderzoek wordt wel steeds duidelijker dat het ontstaan van een psychose het gevolg is van een gen-omgevingsinteractie (van Os e.a., 2005). Dit wil zeggen dat er sprake moet zijn van een genetische belasting, waardoor de ene persoon meer risico loopt op het ontwikkelen van een psychose dan een ander. Daarnaast zijn er persoonlijke en omgevingsfactoren die geassocieerd worden met een verhoogde kans op een psychose, zoals chronische stress, traumatische ervaringen in de kindertijd (verwaarlozing, misbruik, gepest worden) middelengebruik en wonen in een stad.

### **Vroege Interventie Psychose (VIP) behandeling**

#### *Belang van vroegtijdige interventie*

Het is van belang patiënten met een psychose vroegtijdig te detecteren en te behandelen. Er is nog weinig bekend over de exacte fysiologie en beloop van een psychose, maar vanuit wetenschappelijk onderzoek is aangetoond dat hoe langer iemand psychotisch is, hoe slechter dat is voor de prognose (Friis e.a., 2015). Een langere duur van onbehandelde psychose wordt geassocieerd met een kleinere kans op volledig herstel, langzamere verbetering van sociaal-maatschappelijk functioneren en een grotere kans op een volgende psychose.

Om patiënten vroegtijdig in behandeling te krijgen én te behouden, is het van belang tot een goede samenwerkingsrelatie te komen (Kuipers & De Haan, 2013). Aangezien veel patiënten weinig tot geen ziekte-inzicht hebben, verschilt de hulpvraag van de jongere met psychotische klachten nogal eens van de hulpvraag vanuit de omgeving of van de inschatting van het behandelteam. Het opbouwen, voortzetten en beëindigen van een samenwerkingsrelatie vraagt dan ook specialistische kennis en ervaring van hulpverleners.

#### *Sociale inclusie*

Een eerste psychose doet zich over het algemeen voor tussen het 16e en 30e levensjaar. Gedurende deze fase bereidt een jongere zich voor op de fase van volwassenheid en de rollen die daarbij horen. Voorbeelden hiervan zijn:

- het ontwikkelen van een eigen identiteit;
- het loskomen van ouders;
- het aangaan van relaties;
- het maken van keuzes ten aanzien van opleiding en werk.

Een psychotische episode zorgt ervoor dat de jongere langer over deze fase van volwassenwording doet in vergelijking met leeftijdsgenoten. Hoe langer een psychose blijft bestaan, hoe groter de gevolgen van de psychose vaak zijn. Deze gevolgen kunnen zorgen voor sociale schade op alle levensgebieden die niet altijd goed te herstellen zijn. Denk bijvoorbeeld aan complotten waarin partner, vrienden of familie een rol spelen waardoor de relatie beschadigt. Of de psychose zorgt ervoor dat een baan of een opleiding op het spel staat. Deze (mogelijke) gevolgen vragen daarom om snelle en adequate behandeling op de verschillende levensgebieden. Behandeling wordt in Nederland veelal uitgevoerd vanuit het sociale inclusiemodel (Multidisciplinaire richtlijn vroege psychose, 2016). Het sociale inclusiemodel gaat uit van behandeling gericht op het behouden of verbeteren van sociale rollen, waarbij de gevolgen van de psychose centraal staan en niet de oorzaak of de diagnose. Interventies die worden ingezet hebben alle als doel het instandhouden c.q. het doorontwikkelen van sociale rollen.

Jongeren met psychotische klachten hebben, zeker in het begin van de behandeling, meestal niet in de gaten dat de overtuigingen of ervaringen die voor hen werkelijkheid zijn, niet (helemaal) overeenkomen met de realiteit. Het belang van behandeling in het algemeen, en van medicatie in het bijzonder, zien ze dan ook vaak niet direct in.

#### *Werkwijze VIP teams*

Patiënten worden in Nederland in beginsel ambulante behandeld. Ambulante behandeling van patiënten met een eerste psychose wordt veelal uitgevoerd door een Vroege Interventie Psychose team (VIP). De VIP-teams zijn gespecialiseerd in het vroegtijdig detecteren en behandelen van mensen met een psychotische stoornis. De VIP-teams werken veelal vanuit de methodiek van Flexible Assertive Community Treatment (F-ACT) (zie onder andere hoofdstuk 17 uit het boek GGZ-verpleegkunde in de praktijk), waarbij de hulpverlener de patiënt op een *outreaching* manier benadert, dat wil zeggen dat hulpverleners patiënten thuis opzoeken en behandelen. Door in de eigen omgeving van de patiënt de behandeling te laten plaatsvinden en aan te sluiten is er minder kans op stigmatisering. Ook worden patiënten bereikt die zorg mijden en daardoor het risico lopen op onderbehandeling en verkommering. De verantwoordelijkheid voor het behoud van de behandelrelatie ligt hierin bij de hulpverlener.

Onderzoek toont aan dat behandeling door VIP-teams het risico op terugval en op ziekenhuisopnames vermindert (Bird e.a., 2010). Daarnaast blijven patiënten die in behandeling zijn bij VIP-teams beter in zorg dan patiënten die een andere vorm van behandeling ontvangen. Het uitgangspunt, conform de *Multidisciplinaire richtlijn vroege psychose* (2016), is om patiënten gedurende de kritische periode van drie tot vijf jaar na het ontstaan van de eerste psychotische episode in zorg te houden. Gedurende deze periode is de kans op een terugval groot en de patiënt heeft bovendien tijd nodig om te kunnen herstellen van deze psychose met voldoende ondersteuning vanuit de hulpverlening en de eigen sociale omgeving.

De behandeling van een patiënt met een eerste psychose wordt volgens de *Multi-disciplinaire richtlijn vroege psychose* (2016) aangeboden. In deze richtlijn staat beschreven hoe de zorg voor jongeren met een vroege psychose het beste georganiseerd kan worden, welke interventies hierin van belang zijn en wanneer deze interventies in te zetten. Ook worden aanbevelingen gedaan voor het monitoren van het behandelresultaat.

### **VIP in de praktijk**

#### *Intake en diagnostiek*

De behandeling begint met het nauwkeurig analyseren van de klachten van de patiënt in zijn of haar specifieke context, ofwel de diagnostiek. De standaarddiagnostiek binnen het VIP-team bestaat uit een psychiatrisch onderzoek, een lichamelijke screening en een verpleegkundige anamnese. Standaardscreening van het cognitief functioneren is wenselijk vanwege de hoge frequentie waarin cognitieve problemen voorkomen bij de doelgroep. Bij deze screening is er specifieke gerichtheid op:

- aandacht;
- geheugen;
- concentratie;
- visueel en verbaal leren;
- sociale cognitie;
- probleemoplossend vermogen.

De problemen kunnen bepalend zijn voor de inhoud en de vorm van de interventies die worden ingezet. Op indicatie kan een neuropsychologisch onderzoek worden afgenomen.

Het psychiatrisch onderzoek wordt afgenomen door een psychiater, een gz- of klinisch psycholoog of een verpleegkundig specialist ggz. Hierin wordt uitgevraagd in welke mate psychotische symptomen aanwezig zijn en gedurende welke periode. Hierbij is het van belang om naast de aandacht voor psychotische en negatieve symptomen, ook aandacht te hebben voor manische en depressieve symptomen, angstklachten en het cognitief functioneren. Daarnaast wordt informatie verzameld over potentiële luserende factoren die vooraf gingen aan de psychotische episode. Onderdeel van het psychiatrisch onderzoek is een heteroanamnese, waarin een van de naast-betrokkenen wordt bevraagd op de aanwezigheid van symptomen bij de patiënt en het beloop van het functioneren. Met behulp van een heteroanamnese wordt een completer beeld verkregen van het psychiatrische toestandsbeeld van de patiënt en diens psychosociale functioneren. Op basis van de combinatie van symptomen en de duur wordt gekomen tot een classificatie op basis van de DSM-5 (APA, 2015).

Evenals bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening zijn bij mensen met een eerste psychose cardiovasculaire risicofactoren en afwijkende metabole parameters belangrijke aandachtspunten (Correll e.a., 2014). Bij metabole parameters denken we aan nuchter glucose (of HbA1c), nuchter cholesterol, HDL-cholesterolratio, triglyceriden.

De levensverwachting van patiënten met een psychotische stoornis ligt aanzienlijk lager dan die van de algemene bevolking (Tiihonen e.a., 2009). Dit verschil wordt

vooral verklaard door een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Hierbij spelen leefstijl (roken, inactiviteit, slechte voeding) en het gebruik van antipsychotica een rol. In het kader van de diagnostiek is dan ook van belang middels lichamelijke screening somatische oorzaken en somatische risicofactoren systematisch in kaart te brengen. Volgens de *Richtlijn vroege psychose* wordt dit gedaan op basis van de richtlijn *Somatische Screening bij mensen met EPA* (Meeuwissen e.a.,2015a). Hierbij dient in het bijzonder aandacht te zijn voor overgewicht, cardiovasculaire risico's en metabole risicofactoren.

Voor jongeren met een eerste psychose is het van belang preventief aandacht te besteden aan een gezonde leefstijl, onder meer via gezond eten en voldoende fysieke activiteiten (*Multidisciplinaire richtlijn vroege psychose*, 2016). Hiermee kunnen gezondheidsrisico's en de gevolgen daarvan zoveel mogelijk worden voorkomen en indien zij zich voordoen vroegtijdig worden behandeld, dit in overleg met de huisarts of psychiater, verpleegkundig specialist ggz of somatisch arts werkzaam in de ggz (Meeuwissen e.a.,2015b). Bij het inzetten van interventies wordt vooral gekeken naar perspectieven in de eigen omgeving van de jongere, bijvoorbeeld door te kijken naar mogelijkheden om te komen tot sporten op een sportschool met vrienden.

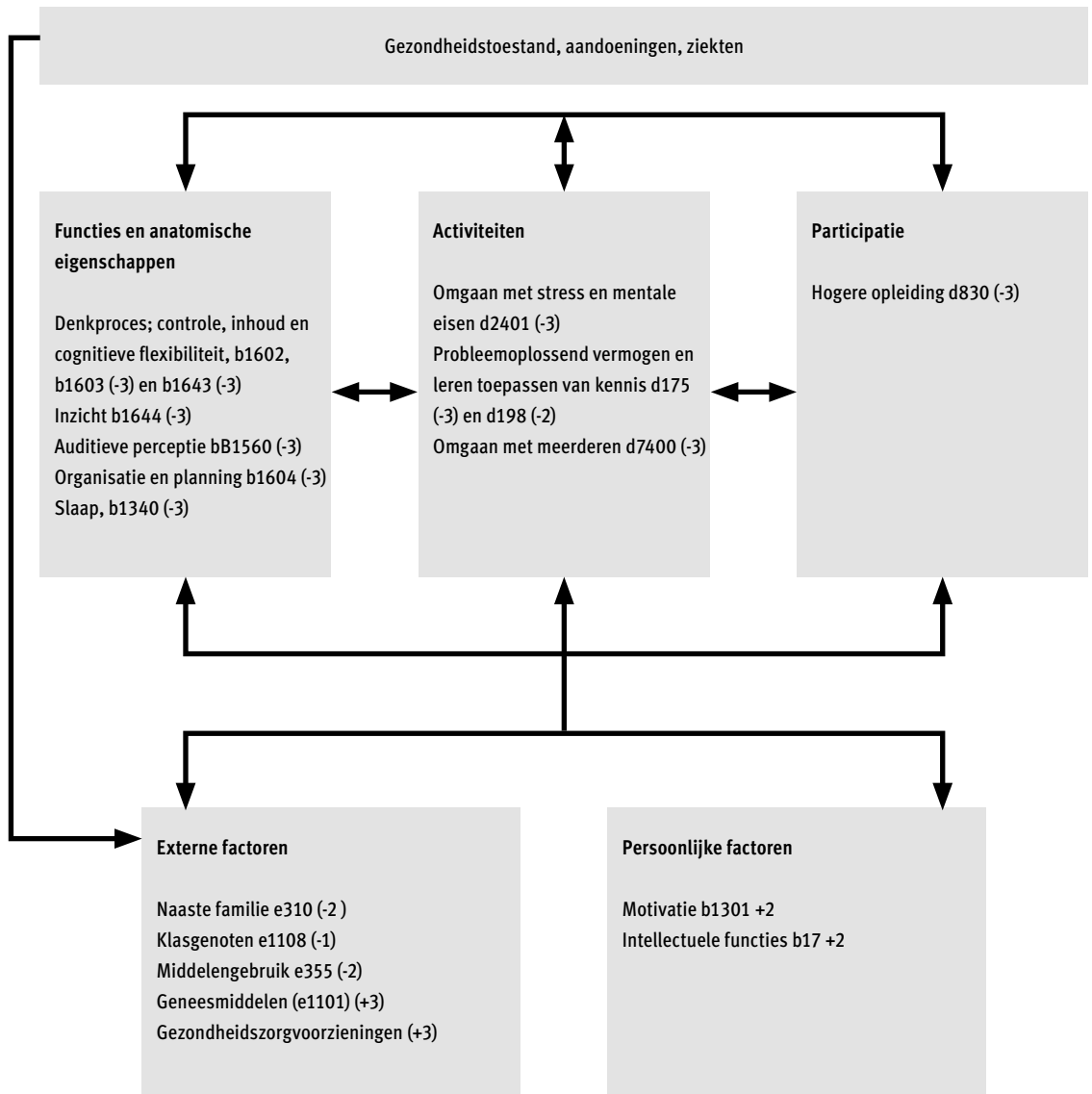
De verpleegkundige anamnese wordt afgenomen met behulp van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF, 2007). De ICF is een classificatiesysteem waarmee het functioneren van de patiënt in kaart gebracht wordt door middel van het beschrijven van de functies, de activiteiten, participatie en externe en persoonlijke factoren. De ICF integreert het 'medische model' en het 'sociale model' en heeft hierdoor een biopsychosociale benadering. Door gegevens over ziekte (DSM) te combineren met gegevens over het menselijk functioneren (ICF), wordt een ruimer en zinvoller beeld verkregen van de ziekte en de gevolgen ervan voor het functioneren van de patiënt (ICF, 2007).

Ter illustratie is in figuur hiernaast de casus van Anna uitgewerkt aan de hand van de ICF-classificatie.

De gegevens van de ICF worden samengevat in een beschrijvende diagnose, specifiek voor de patiënt. Deze zogenaamde 'structuurdiagnose' geeft niet enkel een naam aan de ziekte, maar beschrijft vooral welke invloed de klachten hebben op het functioneren. Patiënten herkennen zich vaak eerder in een goed beschreven structuurdiagnose dan in een diagnose op basis van de DSM-5-classificatie.

**Figuur ICF-classificatie bij Anna**

De betekenis van de cijfers tussen haakjes bij de ICF staat voor ernst van de verstoorde functies (0 = geen, -1 = licht, -2=matig, -3 = ernstig en -4= volledig). Wanneer er een + aanwezig is, betekent dit dat dit gebied juist beschermend is. In het oorspronkelijke ICF model staat de ziekte/stoornis bovenaan en is daarmee leidend. In de huidige praktijk wordt de ziekte veel meer gezien als een externe factor die medebepalend is voor het functioneren op dit moment.



## Intermezzo: Structuurdiagnose Anna

Het betreft een 21-jarige studente met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis. Zij werd verwezen door de huisarts met het verzoek tot nadere diagnostiek en behandeling vanwege het vermoeden van een psychotische stoornis. Op dit moment ervaart zij ernstige stoornissen in denken, perceptie, organisatie en planningsvaardigheden. Haar vermogen tot inzicht is aangetast en tevens heeft zij een verstoord slaappatroon. Het denken wordt gekenmerkt door de overtuiging van Anna dat een van haar docenten het op haar gemunt heeft en haar telkens in de gaten houdt, ook als hij niet in de buurt is. Ze hoort hem ook praten als zij alleen thuis is. Ze voelt zich in de war en overprikkeld en kan niet meer goed in slaap komen. Deze psychische kwetsbaarheden leiden tot ernstige problemen in de participatie op school, onvermogen tot het volbrengen van studieopdrachten en verstoring van het contact met haar docent. Anna voelt zich onbegrepen door mensen in haar omgeving, omdat zij haar overtuiging niet delen. Belangrijke ondersteunende factoren zijn het contact met haar moeder en twee broertjes, evenals de ingezette gezondheidsvoorziening (VIP-zorg) en het gebruik van geneesmiddelen (antipsychotica). Daarnaast heeft zij een aantal goede vriendinnen die erg betrokken zijn. Belemmerende factor is het blowen wat zij elke dag doet om zich te kunnen ontspannen. Dit kan de stoornissen in denken en waarneming verder uitlokken en onderhouden. Patiënte wil graag steun in hoe verder om te gaan met haar docent en wil zo snel mogelijk weer naar school.

Op basis van de uitkomsten van de diagnostiek wordt Anna geclassificeerd met een psychotische stoornis Niet Anders Omschreven (NAO) volgens de DSM-5. De belangrijkste verpleegkundig diagnoses volgens de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, het classificatiesysteem van verpleegkundige diagnoses) hebben betrekking op de domeinen:

- activiteit/rust;
- waarneming/cognitie;
- zelfperceptie;
- rollen/relaties;
- coping/stress-tolerantie.

Het belangrijkste doel van Anna is het versterken van de sociale rollen waarbij het zichzelf handhaven op school op de voorgrond staat. Op basis van de **Multidisciplinaire richtlijn vroege psychose (2016)** wordt samen met Anna een behandelplan opgesteld waarin de best passende interventies worden beschreven. Hierbij komt de expertise van de hulpverlener over de behandeling van het gezondheidsprobleem en die van de patiënt over zijn eigen doelen en voorkeuren bij elkaar en wordt in gezamenlijk overleg gekomen tot verdere invulling van het behandelplan.

## De behandeling

### *Intermezzo: Gepersonificeerde behandeling*

In het geval van Anna is er sprake van een waan gericht op een van haar docenten. Anna's wens is om haar opleiding af te maken zonder last te hebben van deze docent. Door Anna te ondersteunen bij het behouden van haar opleiding, kunnen de hulpverleners van het VIP-team op een positieve manier contact maken met Anna. De trajectbegeleider (iemand die ondersteuning biedt bij terugkeer naar of behoud van school of werk) zoekt contact met Anna en bespreekt welke problemen zij ondervindt op school. Deze problemen

hebben te maken met haar docent, medestudenten en met concentratie en planning. De trajectbegeleider begeleidt Anna volgens de principes van Individual Placement en Support (IPS). Hierin is training-on-the-spot het uitgangspunt, in het geval van Anna dus training binnen de schoolsituatie. Anna blijft zoveel mogelijk naar school gaan om te voorkomen dat ze hierin teveel achterstand oploopt. Onderzoek heeft aangetoond dat wanneer jongeren met een psychotische stoornis zo snel mogelijk weer naar school of werk gaan, ze sneller symptomatisch herstellen (Killackey, Jackson & McGorry, 2008). De trajectbegeleider maakt met Anna een planning op basis van haar studieprogramma. Hierin maken ze samen keuzes over de wel en niet te volgen lessen en opdrachten, zodat er een goede balans is tussen draagkracht en draaglast. Samen met Anna gaat de trajectbegeleider in gesprek met de studieloopbaanbegeleider om uitleg te geven over de overtuiging en de psychiatrische problematiek van Anna. Ook bespreken ze wat Anna de komende periode wel en niet zal doen aan schoolse activiteiten en maken hierbij een heldere planning, zodat de verwachtingen van betrokkenen helder zijn en dit zo min mogelijk druk oplevert voor Anna.

Anna is ervan overtuigd dat haar docent het op haar gemunt heeft en wil dan ook eigenlijk niets weten van een psychose. Omdat Anna moeite heeft met concentratie en veel piekert over haar docent, stelt de trajectbegeleider voor om met de verpleegkundig specialist ggz eens te kijken of er farmacologische interventies zijn die haar kunnen helpen om zich beter te concentreren op haar schoolwerk. Anna staat hiervoor open. De verpleegkundig specialist ggz bespreekt met Anna de voor- en nadelen van verschillende antipsychotica en hoe deze kunnen bijdragen in haar hulpvraag.

Medicamenteuze behandeling, vooral in de vorm van antipsychotica, vormt een belangrijk onderdeel van de behandeling. Er zijn verschillende toedieningsvormen van antipsychotica mogelijk. De meeste patiënten gebruiken dagelijks orale medicatie, zoals olanzapine, risperidon, quetiapine of clozapine, maar er zijn ook middelen die slechts eenmaal per week oraal hoeven te worden ingenomen. Een andere toedieningsvorm is depotantipsychotica, waarbij de patiënt eens per twee tot vier weken een injectie krijgt. Voorbeelden zijn olanzapinepalomaat, risperidon *long acting injection* (LAI), paliperidonpalmitaat en haloperidoldecanoaat. Ieder depot heeft zijn eigen bereidingswijze en aandachtspunten, waarvoor veelal een protocol beschikbaar is (van der Moolen & Knegtering, 2013).

Het is van belang om op basis van de symptomen en individuele voorkeuren samen met de patiënt een keuze te maken over welk middel en welke toedieningsvorm het beste aansluit bij de individuele patiënt. Verpleegkundigen hebben een belangrijke rol in het doorvragen van deze voorkeuren, zowel op het gebied van de toedieningsvorm als eventuele bijwerkingen. Zo zijn er middelen die als bijwerking hebben dat er geen verzadigingsgevoel tijdens en na de maaltijden optreedt, waardoor veel patiënten meer gaan eten en fors in gewicht kunnen toenemen. Andere middelen hebben als bijwerking dat er seksuele functiestoornissen optreden, zoals erectieproblemen of tepelvloed. Ook is er een categorie middelen die een meer dempend effect heeft, waardoor sommige patiënten suffer worden (Leucht e.a., 2013). Verpleegkundigen kunnen bijwerkingen monitoren met behulp van de Antipsychotics and Sexual Functioning Questionnaire (ASFQ, De Boer e.a., 2013) en de Subjective Resposns to Antipsychotic Drugs (SRA, Wolters e.a., 2006).

De gz-psycholoog wordt gevraagd om met Anna te kijken naar mogelijkheden om

minder last te hebben van haar docent. Door cognitieve gedragstherapie leert Anna dat de manier waarop haar docent naar haar kijkt en de dingen die hij zegt ook een andere betekenis kunnen hebben.

Cognitieve gedragstherapie is een psychologische behandeling, waarbij het uitgangspunt is dat gedachten, interpretaties en overtuigingen van invloed zijn op hoe iemand zich voelt en wat iemand doet (Van der Gaag e.a., 2013). Er is een apart CTG-protocol beschikbaar voor iedere vorm van psychotische ervaringen, zoals:

- overmatige achterdocht;
- stemmen die somberheid oproepen;
- stemmen die angst oproepen;
- stemmen die schaamte oproepen;
- demoralisatie en negatieve symptomen;
- geesten, djinns en magie.

In de sessies wordt onderzocht welke overtuigingen iemand heeft en hoe deze samenhangen met angst, somberheid of boosheid. Vervolgens wordt door middel van verschillende oefeningen gezocht naar alternatieve interpretaties, waarna de patiënt wordt uitgedaagd om zijn originele en alternatieve interpretaties regelmatig in de praktijk te toetsen met een zogenaamd 'gedragsexperiment'. De verpleegkundige kan de patiënt ondersteunen bij het aanleren van de strategieën in het dagelijks leven door samen met de patiënt te oefenen met deze gedragsexperimenten. Naast de eerdergenoemde trajectbegeleider, verpleegkundig specialist en gz-psycholoog heeft Anna ook een verpleegkundige die haar ondersteunt in haar dagelijks leven. Zo kijkt ze samen met de verpleegkundige twee keer per week naar de planning van haar huishouden, haar financiën en naar haar voeding en slaappatroon.

Omdat de verpleegkundige over het algemeen degene is die het meeste contact heeft met de patiënt en bespreekt op welke levensgebieden, en dus in welke sociale rollen de jongere problemen ondervindt, is zij ook degene die met de patiënt in gesprek blijft over de werking en bijwerkingen van medicatie. Naast monitoring en planning van de daginvulling speelt de verpleegkundige een grote rol in het geven van leefstijladviezen. Deze adviezen hebben veelal betrekking op het eetpatroon en het activiteitenpatroon (inclusief sporten).

Zoals eerder benoemd is er bij veel patiënten een gebrek aan ziekte-inzicht en ziektebesef, waardoor het belangrijk is om de motivatie van de patiënt voor de medicamenteuze therapie en de feitelijke medicatietrouw regelmatig te bespreken. Op basis hiervan kan er gericht gezocht worden naar ondersteuning bij deze therapie. Dit wordt ook wel *adherencetherapie* genoemd.

Als gevolg van een gebrek aan ziekte-inzicht, psychotische ervaringen (met name het horen van stemmen en achterdocht), verminderd zelfvertrouwen en een veranderd toekomstperspectief heeft 20% van de mensen met een eerste psychose suïcidale gedachten of gedachten over zelfbeschadiging (Chaliis e.a., 2013). Voor het gehele behandelteam is het belang om interventies in te zetten gericht op het verminderen van suïcidale gedachten en gedragingen conform de *Richtlijn suicidepreventie* (Van Hemert, e.a., 2012). Het bespreekbaar maken van deze gedachten en gedragingen is essentieel, om hier vervolgens afspraken over te maken en aanvullende interventies te bepalen met de patiënt en eventueel met mensen in zijn of haar omgeving. Aangezien de verpleegkundige discipline het meeste contact heeft met de patiënt, is deze in de meest geschikte positie om mogelijke suïcidaliteit te herkennen



en er effectief op te reageren. Iedere instelling heeft een procedure rondom het omgaan met suïcidaal gedrag. Hierbij dient de regiebehandelaar of de psychiater in voorkomende gevallen te worden ingeschakeld voor intercollegiale afstemming.

De kans op een psychotische terugval is aanwezig bij jongeren die een eerste psychose hebben doorgemaakt. Om die reden is het dan ook belangrijk dat de verpleegkundige samen met de patiënt en zijn familie een signaleringsplan en een crisisplan/veiligheidsplan opstelt. In deze plannen, die onderdeel uitmaken van het behandelplan, dient te worden beschreven op basis van welke risicofactoren en veranderingen de patiënt en eventueel zijn familie kunnen merken dat er sprake is van een achteruitgang in de situatie van de patiënt, om vervolgens te bepalen welke interventies ingezet kunnen worden om het evenwicht weer te herstellen. Het beschrijven van suïcidale gedachten en de daarbij passende interventies maken in dit geval deel uit van het signaleringplan.

Na enkele weken behandeling herstelt Anna van de psychotische ervaringen. Het lukt haar om haar school weer grotendeels op te pakken en ze voelt zich meer begrepen door haar omgeving. Met de verpleegkundige en haar moeder kijkt Anna terug op de periode voorafgaand aan de psychotische episode en naar de psychotische episode zelf. Ze geeft aan dat het niet goed slapen voor een lange periode en het zich terugtrekken uit het contact met haar ouders, broers en vriendinnen een teken was dat het minder goed met haar ging. In het signaleringsplan beschrijft Anna met de verpleegkundige welke fasen zij hierin voor zichzelf herkent en welke interventies zij graag in wil zetten indien ze zich weer minder goed voelt. Hierbij wordt ook de rol van familie expliciet beschreven.

Een van de sociale rollen van een jongere is die van kind, broer of zus of partner. Aangezien een eerste psychose vaak niet alleen een grote impact op de jongere zelf heeft maar ook op zijn omgeving, is het van belang aandacht te hebben voor het gehele systeem door middel van familie-interventies. Ouders maken zich zorgen over de toekomst van hun kind, en broers en zussen vragen zich af of zij ook een risico lopen. Vaak zijn er in de periode voorafgaand aan de psychotische episode al heftige situaties vooraf gegaan. Denk bijvoorbeeld aan jongeren die een waanidee hebben waar familieleden onderdeel van uitmaken, of situaties waarin de jongere als gevolg van psychotische ervaringen het contact met school of werk heeft verbroken. Het is dan van belang om met elkaar te kijken hoe de ouder-kindrelatie en de broer-zusrelatie op een evenwichtige manier hersteld of in stand gehouden kan worden en hoe de familiebelasting zoveel mogelijk kan worden verlaagd. Een systeemtherapeut kan hierin op een systematische en therapeutische wijze ondersteunen, ook al heeft elke professional in een VIP-team hierin uiteraard een rol.

### **Richting geven aan behandeling en systematisch monitoren van effectiviteit**

#### *Zorgbehoefte*

De behandeling dient afgestemd te worden op de zorgbehoefte van de patiënt. Deze kan in kaart worden gebracht met behulp van de Camberwell Assessment of Needs Short Appraisal (CANSAS) (Phelan e.a., 1995). De CANSAS is een vragenlijst die door een professional wordt afgenomen bij de patiënt om de mate van vervulde

en onvervulde zorgbehoefte in kaart te brengen. In de praktijk is dat veelal de verpleegkundige. Ook is hiervan een patiëntenversie beschikbaar, de CANSAS-P. Samen met de patiënt kan vervolgens bepaald worden op welke levensgebieden de patiënt zorg en behandeling wenselijk vindt. Zodoende kan de behandeling vanuit de sociale rollen worden ingericht.

De CANSAS is gratis te downloaden via [http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/meetinstrumenten\\_19pdf.pdf](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/meetinstrumenten_19pdf.pdf).

#### *Monitoren van symptomatologie*

Om het behandel-effect te monitoren is Routinematige Outcome Measurement (ROM) van belang. Dit gebeurt meestal door de symptomatologie in kaart te brengen met behulp van de PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale) (Kay, Fiszbein & Opler, 1987). De PANSS brengt onder meer de ernst van psychotische symptomen in beeld. Het afnemen van een PANSS kost circa dertig tot vijfenveertig minuten. Een PANSS wordt afgenomen door een PANSS-getrainde hulpverlener, die ook regelmatig deelneemt aan consensussessies over het scoren ervan ten behoeve van de betrouwbaarheid van de gegevens.

Is er sprake van evidente manische, depressieve en/of angstklachten, dan moeten die ook systematisch in kaart worden gebracht, zodat de voortgang goed gemonitord kan worden.

Meer informatie over de PANSS of de training is te vinden via:

<http://www.kenniscentrumphrenos.nl/diensten/cursussen/training-panss-interview/>

#### *Monitoren van functioneren op verschillende levensgebieden*

Het functioneren op verschillende levensgebieden en de mate waarin iemand tot functioneel herstel komt kan gemeten worden met de Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS, Mulder e.a., 2004). Met behulp van de HoNOS wordt in kaart gebracht op welke levensgebieden problemen aanwezig zijn en of deze levensgebieden zorg en behandeling behoeven. De HoNOS wordt door de hulpverlener ingevuld. Ook voor het kunnen invullen van de HoNOS is een korte training nodig, evenals regelmatige consensussessies. Het invullen van de HoNOS kost circa tien minuten.

De HONOS is gratis te downloaden via <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/Honos.pdf>

Door deze meetinstrumenten systematisch af te nemen, kan de voortgang van de behandeling goed worden gemonitord en de inhoud waar nodig worden bijgestuurd.

### **Tot besluit**

Het vroegtijdig detecteren en behandelen van een vroege psychose heeft een positieve invloed op het beloop. Aangezien een vroege psychose over het algemeen voorkomt in het zestiende tot dertigste jaar, een leeftijd waarop sociale rollen dienen te worden ontwikkeld en bestendig, wordt in de behandeling specifieke aandacht besteed aan deze sociale rollen.

De *Multidisciplinaire richtlijn vroege psychose* (2016) geeft handvatten aan de wijze waarop diagnostiek, behandeling en evaluatie van mensen met een eerste psychose aangeboden dient te worden. Hierin is de rol van de verpleegkundige discipline van groot belang. Deze rol bestaat uit het ondersteunen van de patiënt bij de totstandkoming en het behoud van een realistische en hoopvolle kijk op de toekomst. Vanuit deze attitude kan de verpleegkundige de jongere en zijn omgeving ondersteunen en coachen vanuit de principes van sociale inclusie. Hierbij houdt de verpleegkundige oog voor het uitvoeren van sociale rollen en indien nodig wordt de jongere hierin ondersteund door het behandelteam, dan wel wordt gezocht naar geschikte hulpbronnen in de omgeving van de patiënt.

Het is van groot belang dat familie en naasten in alle fases van de behandeling (diagnostiek, behandeling, evaluaties en afsluiting) actief worden betrokken. De belangrijkste onderdelen in de behandeling bij mensen met een eerste psychose, waarin de verpleegkundige discipline een belangrijke rol vervult, zijn:

- het opstellen van een signaleringsplan (waarbij ook aandacht is voor suïcidale gedachten);
- bieden van psycho-educatie;
- helpen bij de uitvoer van CGT-gedragsexperimenten;
- monitoren van medicatie;
- ondersteunen van terugkeer naar school of werk.

De behandeling moet op systematische wijze gemonitord worden met specifieke aandacht voor lichamelijke en psychische klachten en het sociaal en rolfunctioneren van de jongere.

### Literatuurlijst

- APA (2014) *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5) Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition* Amsterdam, Uitgeverij Boom.
- Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J., & Kuipers E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 350-356.
- Boer, de, M.K., Castelein, S., Bous, J., van den Heuvel, E.R., Wiersma, D., Schoevers, R.A., Knegtering, H. (2013). The Antipsychotics and Sexual Functioning Questionnaire (ASFQ): preliminary evidence for reliability and validity. *Schizophr Research*, 150(2-3), 410-415.
- Boonstra, N., Wunderink, L., de Wit, P.H., Noorthoorn, E. & Wiersma, D. (2008) The administrative incidence of non-affective psychoses in Friesland and Twente, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 50(10), 637-43.
- Challis, S., Nielssen, O., Harris, A., & Large, M. (2013). Systematic meta-analysis of the risk factors for deliberate self-harm before and after treatment for first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand.* 127(6), 442-54.
- Correll, C.U., Robinson, D.G., Schooler, N.R., Brunette, M.F., Mueser, K.T., Rosenheck, R.A., Marcy, P., Addington, J., Estroff, S.E., Robinson, J., Penn, D.L., Azrin, S., Goldstein, A., Severe, J., Heinsen, R., & Kane, J.M. (2014). Cardiometabolic risk in patients with first-episode schizophrenia spectrum

- disorders: baseline results from the RAISE-ETP study. *JAMA Psychiatry*, 71(12),1350-1363.
- Friis, S., Melle, I., Johannessen, J.O., Rössberg, J.I., Barder, H.E., Evensen, J.H., Haahr, U., Ten Velden Hegelstad, W., Joa, I., Langeveld, J., Larsen, T.K., Opjordsmoen, S., Rund, B.R., Simonsen, E., Vaglum, P.W., McGlashan, T.H.. (2015). Early Predictors of Ten-Year Course in First-Episode Psychosis. *Psychiatr Serv*. Nov 16;appips201400558.
  - Gaag, van der M., Staring, T., Berg, Van den, D. Baas, J. (2013). *Gedachten Uitpluizen: Cognitief gedragstherapeutische bij psychotische klachten*. Oegstgeest, Stichting Cognitie en Psychose.
  - Kay, S.R., Fiszbein, A., Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1987;13(2):261-76.
  - Killackey, E., Jackson, H.J., McGorry, P.D. (2008). Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *Br J Psychiatry*. Aug;193(2):114-20. doi: 10.1192/bjp.bp.107.043109.
  - Kuipers, T., de Haan, L., Samenwerken met patiënten, in Veling, W., van der Wal, M., Jansen, S., van Weeghel, J., Linszen D., (2013). *Handboek vroege psychose; diagnostiek, behandeling, rehabilitatie en organisatie van zorg*, Uitgeverij SWP.
  - Hemert, van A.M., Kerkhof, A.J.F.M., Keijser, J. de, Verwey, B., Boven, C. van, Hummelen, J.W., Groot, M.H. de, Lucassen, P., Meerdinkveldboom, J. Steendam, M., Stringer B. en Verlinde, A.A. (Werkgroep MDR Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag) en G. van de Glind (projectleiding) (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).
  - Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mavridis, D., Orey, D., Richter, F., Samara, M., Barbui, C., Engel, R.R., Geddes, J.R., Kissling, W., Stapf, M.P., Lassig, B., Salanti, G., Davis, J.M. (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. sep 14;382(9896):951-62. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60733-3. Epub 2013 Jun 27.
  - McGorry, P.D., Purcell, R., Goldstone, S., Amminger, G.P. (2011). Age of onset and timing of treatment for mental and substance use disorders: implications for preventive intervention strategies and models of care. *Curr Opin Psychiatry* 2011 Jul;24(4):301-6. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283477a09.
  - See comment in PubMed Commons below
  - McGrath, J., Saha, S., Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C., Chant, D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med*. Apr 28;2:13.
  - Meeuwissen, J.A.C., Meijel, B. van, Piere, M. van, Bak, M., Bakkenes, M., e.a. (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl) (2015a). *Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening*. Utrecht: V&VN.
  - Meeuwissen, J.A.C., Meijel, B. van, Gool, R. van, Hamersveld, S. van, Bakkenes, M., (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl) (2015b). *Multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening*. Utrecht: V&VN.

- Moleman, P., *Praktische psychofarmaca*, 5e herziene druk. Houten: Prelum uitgevers, 2011.
- Moolen, van der A.E.G.M., Knegtering, R.H., (2013). *Depot Antipsychotica een multidisciplinaire behandeling*, Koninklijke Van Gorcum b.v.
- Mulder, C.L., Staring, A.B.P., Loos, J., Buwalda, V.J.A., Kuijpers, D., Sytma, S., Wierdsma, A.I. (2004). De Health of the Nation Outcome Scales (honos) als instrument voor 'routine outcome assessment'. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 46 nummer 5.
- van Os, J., Krabbendam, L., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. (2005). The schizophrenia environment. *Curr Opin Psychiatry*. Mar;18(2):141-5.
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T.G., Strathdee, Loftus, L., McCrone, P., Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument of assess the needs of people with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry* Nov, 167 (5) 589-595; DOI: 10.1192/bjp.167.5.589.
- Tiihonen, J., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K., Klaukka, T., Niskanen, L., Tauskanen, A., et al. (2009). 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: A population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet*, 374(9690), 620-627.
- Veling, W., van der Wal, M., Jansen, S., van Weeghel, J., Linszen D., (2013). *Handboek vroege psychose; diagnostiek, behandeling, rehabilitatie en organisatie van zorg*, Uitgeverij SWP.
- Wolters, H.A., Knegtering, R., Wiersma, D., van den Bosch, R.J., (2006). Evaluation of the subjects' response to antipsychotics questionnaire. *Int Clin Psychopharmacol*. Jan;21(1):63-9.



# Hechting en relationeel geweld<sup>1</sup>

## Moet er lijm bij, of lucht?

Birgit de Cnodder

### Inleiding

Onderzoek wijst uit dat relationeel geweld vaak hand in hand gaat met onveilige gehechtheid (Mikulincer & Shaver, 2010b). Hoewel niet iedereen die overgaat tot partnergeweld onveilig gehecht is en onveilige gehechtheid niet per definitie een voorspeller is voor het gebruik van geweld in intieme sfeer, is het verband tussen onveilige gehechtheid en partnergeweld er wel degelijk. Het is gevonden voor zowel gepreoccupeerde als vermijdend gehechte mensen (zie Dutton, 2007; Mikulincer & Shaver, 2010b; Graham-Kevan, 2007). In deze bijdrage wordt nader ingegaan op dat verband en gezocht naar een verklaring hiervoor.

### Onveilige gehechtheid en intiem geweld

#### *Gehechtheid en partnerrelaties*

Een veilige gehechtheid stelt iemand in staat verbinding met de ander te hebben zonder zichzelf te verliezen en tegelijkertijd in die verbinding zichzelf te blijven zonder de ander te verliezen (de Wolf, 2015). Veilig gehechte mensen zijn met andere woorden in staat om ruimte te geven aan zowel de behoefte aan verbinding met een ander als de behoefte aan autonomie en deze beide behoeften met elkaar te integreren. Zo geven zij vorm aan een liefdevolle verbinding met een voor hen unieke ander waarin ze zichzelf kunnen blijven. In de praktijk blijkt dit voor heel veel mensen uiterst ingewikkeld te zijn. Kijkend naar bijvoorbeeld de hoeveelheid zelfhulpboeken die over dit onderwerp nog steeds uitgegeven wordt én verkocht, de hoeveelheid professionals inventariserend die hun hele beroepsleven wijden aan deze thematiek én daarmee in hun inkomen kunnen voorzien, dringt zich de vraag op: waarom gaan mensen intieme relaties aan? Het lijkt op het eerste gezicht tenslotte geen erg efficiënte manier van met onze energie omgaan, noch als individu, noch als soort.

In de systeemtherapie wordt vaak vooral de verbindingskant van de gehechtheid in intieme relaties belicht. Vanuit dat perspectief kan een mogelijk antwoord op bovenstaande vraag gevonden worden in de uitspraak van de psychoanalyticus Lacan (Verhaeghe, 1998) als hij schrijft: *Le désir de l'homme c'est le désir de l'autre*. Het verlangen van de mens is het verlangen náár maar ook ván de ander. Meer nog dan het eigen verlangen naar die ene bijzondere ander, is er het verlangen *verlangd te worden door die ene andere*. Lacan formuleert dan de volgende vraag die er voor

1 Een eerdere versie van deze bijdrage is opgenomen in het boek 'Hechting en relationeel geweld'. In: F. Koenraadt, K. 't Lam, L. Eurelings-Bontekoe, M. Lancel (red) (2015). Hechting of hechtenis? Uitgeverij Wolf Legal Publishers, Oisterwijk, pp 161-177. De tekst is een neerslag van de lezing die gegeven is op het symposium Hechting of hechtenis in 2013

beide partners in het kader van die verbinding ligt: *veut il/elle me perdre?* Wil hij/zij mij verliezen? De vraag die partners elkaar eigenlijk stellen luidt: ben je bereid je in de relatie met mij kwetsbaar te voelen en te verdragen dat ik er zo toe doe dat als ik weg zou vallen jij daar last van zou hebben, je pijn zou lijden? Met andere woorden: mag ik werkelijk betekenis hebben voor jou? Tegelijk dringt zich dan de omgekeerde vraag op: ben ik zelf bereid zo kwetsbaar te zijn in de relatie met jou? Centraal staat hier de angst om er niet werkelijk toe te doen voor de ander, maar ook de angst om de ander te verliezen. Zo bezien gaat hechting vooral over angst en verlangen.

### *Het verlangen en onveilige gehechtheid*

De behoefte aan verbinding met een bijzondere ander is een behoefte die zowel vermijdende als gepreoccupeerd gehechte mensen hebben, ook wanneer sprake is van de onveilige variant van het hechtingstype (Wallin, 2011).

Hoewel iemand die vermijdend gehecht is de neiging heeft de verbinding op te offeren ten voordele van de autonomie, laat dat onverlet dat er wel het verlangen naar en de fantasie over zo'n verbinding is. Echter, op het moment dat deze relatie werkelijkheid wordt is dat beangstigend. Met het aangaan van de intieme relatie komt vaak onvermijdelijk de vervloeiingsangst (Eurelings-Bontekoe & Snellen, 2012). De gepreoccupeerde partner is bereid om zijn eigen autonomie op te offeren ter wille van de verbinding zonder dewelke een massale verlatingsangst vrij spel krijgt (de Wolf, 2015). Deze partner is permanent gericht op contact en wil onop-houdelijk bevestiging dat dat contact er is (Wallin, 2010). Maar hoe die ander ook zijn best doet om die bevestiging te geven, de investering beklijft niet en het is nooit genoeg (Eureling-Bontekoe, 2012).

Mensen met een verschillende gehechtheidsstijl zoeken elkaar vaak uit (Fokkens & de Jong, 2009; Lachkar, 2003; Mikulincer & Shaver (2010b)). De kernpijn van gepreoccupeerde mensen is dat de eigen behoeften genegeerd moesten worden ten voordele van de behoefte van de verzorger om diens (ogenschijnlijke) beschikbaarheid zeker te stellen. Vanuit de gerichtheid op de verbinding heeft de gepreoccupeerde partner een hyperactiverende strategie en is voortdurend bezig met het 'scannen' van de 'ingang' tot contact bij die ander (Wallin, 2010; de Wolf, 2015). Dat gaat veelal via het ingaan op de gedetecteerde behoefte van die ander. De vermijdende partner, met als kernpijn het feit dat het bestaán van zijn behoeften niet erkend, laat staan beantwoord werd in de vroege kindertijd, ervaart het als weldadig dat er een ander is die zich bezighoudt met zijn of haar behoeften (Johnson, 2005). Terzelfdertijd benauwt de investering van de ander. Bij vermijdende mensen is het gevoelsleven als het ware een emotionele woestijn (Wallin, 2010) en de bewatering van de gepreoccupeerde partner is te overvloedig en kan niet geassimileerd worden. Dat maakt angstig. De voortdurende boodschap: 'ik wil je, je bent belangrijk voor mij' is te mooi om waar te zijn en maakt kwetsbaar in die zin dat, zo de boodschap al als oprecht ervaren kan worden, het verlies ervan steeds op de loer ligt.

Door de voortdurende gerichtheid op signalen van zowel zichzelf als de ander die moeten helpen die verbinding te handhaven, laten eerder gepreoccupeerde mensen zich nogal eens meeslepen in emoties en chaos. Aantrekkelijk aan de vermijdende partner is dan diens vermogen om schijnbaar kalm te blijven en de rust te bewaren. De partner is de ogenschijnlijk stabiele maar ontoereikende rots in de branding (Johnson, 2004).

Voor beide partners geldt dat het antwoord op het verlangen niet landt omdat



in beider geschiedenis de ontwikkelingsbehoefte op het vlak van intimiteit onvoldoende of niet adequaat beantwoord is (Wallin, 2010). Er is vaak sprake van ontwikkelingspathologie. Dat is consistent met het feit dat het gros van onze doelgroep mensen met een DSM-5 cluster B en C persoonlijkheidsstoornis betreft. Bij ongeveer 80% van de stellen die zich op onze poli aanmelden zien we in DSM-terminen een stel waarbij bij de vermijdende partner narcistische problematiek speelt, al dan niet met een antisociaal element en/of in combinatie met cluster C, en bij de gepreoccupeerde partner borderline/histrionische problematiek. De meest voorkomende combinatie, op het gevaar af om te vervallen in stereotype beschrijvingen, is die van de narcistische man met de borderline vrouw (Bagarozzi, 2013; Lachkar, 2003). Beiden hebben vaak wat Kernberg (de Wolf, 2009) de borderline persoonlijkheidsstructuur noemt. Dat betekent dat deze mensen in hun psyche overleven met behulp van primitieve, divergerende afweer (zie bijvoorbeeld McWilliams, 2011, de Wolf, 2015).

*Divergerende afweer: splitsing en gebrekkige objectconstantie*

‘Ik heb twee relaties: één geweldige en één met geweld.’ Met deze woorden schilderde een cliënt een essentieel onderdeel van zijn eigen functioneren en dat van zijn partner.

De verticale splitsing heeft bij mensen met ontwikkelingspathologie een grote invloed op hun functioneren (de Wolf, 2011). Immers, inherent aan de splitsing is een gebrekkige objectconstantie. Die zorgt er voor dat ‘all good’ in een conflict moet wijken voor ‘all bad’. Vanwege de splitsing is er tijdens een conflict geen objectconstantie voor de positieve, voedende kant van de ander. Slechts de boze, vernederende etc. kant is in beeld. Dat laatste moet letterlijk genomen worden. Het denken onder stress gaat bij mensen met ontwikkelingspathologie veelal in beelden omdat het verbaliserend vermogen gemankeerd is en achterblijft in het moment van stress. Daarbij ervaren zij hun emoties niet zozeer, zij zijn de personificatie ervan. Er is tijdens een conflict met andere woorden ook geen objectconstantie voor de eigen rustige, beschouwende kant. Er kan geen beroep gedaan worden op het observerend ego. Op het moment van escalatie zijn zij afgesneden van alle ‘self comforting skills’ (Eurelings-Bontekoe & Snellen, 2012, Mc Williams, 2011; de Wolf, 2011).

Overigens, omdat de pijn geboren voor de woorden zo slecht geverbaliseerd kan worden, heeft seksualiteit bij deze stellen vaak een bijzondere functie. Interessant is dat het gros van de stellen die bij ons in behandeling komen op de NRV aangeven tevreden te zijn over hun seksuele relatie. Huid-op-huidcontact is troostend en geeft een moment van nabijheid daar waar dat niet mogelijk is met woorden. Seks en intimiteit worden daarmee ook vaak verward met elkaar. Het gaat over een weinig tot niet gementaliseerde lustbeleving én het zoeken naar de ervaring van veiligheid en koestering. Seks kan je uitvoeren zonder te praten.

Splitsing kan partieel zijn en zich alleen laten gelden in de context van intieme relaties. Relationeel geweld komt zeker ook voor bij maatschappelijk goed functionerende stellen. Het is de splitsing die hen helpt goed te functioneren buiten emotioneel belangrijke relaties om. Echter, in intieme relaties wordt het gehechtheidssysteem getriggerd en wordt de andere kant aangesproken. Het gaat ook bij deze krachtig lijkende mensen om, goed verborgen, ontwikkelingspathologie en verticale splitsing. Hun kracht is echter bodemloos (Eurelings-Bontekoe, 2012). De verticale splitsing is in essentie ook de reden waarom de relatie vaak lang

gehandhaafd kan worden. Als het geweld er niét is, is het afwezig, ook in de mind van de partners. Voor beiden lijkt het of het er nooit geweest is. In afwezigheid van het geweld kan de relatie als fantastisch beleefd worden.

Bij een verticale splitsing is het ego per definitie niet gedragen door een solide bodem en niet goed geïntegreerd. Dat laatste maakt mensen gevoelig voor primitieve afweer. Er is sprake van een kwetsbaar, veelal 'leeg' ego dat gevoed moet worden van buitenaf. Er is een weinig uitgekristalliseerde identiteit. Bij de gepreoccupeerd gehechte cliënt zien we veel vals zelf (as-if) problematiek (Eurelings-Bontekoe & Snellen, 2012). Het geactiveerde gehechtheidssysteem laat de dwingende contactbehoefte prevaleren over de behoefte zichzelf te zijn (de Wolf, 2011). Bij vermijdend gehechte mensen merken we het thema van het verloochende zelf. Er is niet alleen sprake van kameleonachtige aanpassing en het opzij zetten van de eigen behoeften maar zelfs van ontkenning daarvan. De vermijdend gehechte mens heeft in zijn ontwikkelingsgeschiedenis geleerd om de eigen behoeften weg te maken en voelt ze niet meer. Er is de schijn van een stevig zelf (Eurelings-Bontekoe, 2012; Wallin, 2010, de Wolf, 2011). Het authentieke zelf is niet te kennen, ook niet aan de cliënt. De pijn voor beiden gaat steeds over het niet werkelijk in beeld zijn. Dat is ook de reden waarom in een relatietherapie met technieken als wensenlijstjes en dergelijke uiterst omzichtig omgesprongen moet worden. Omdat het ego nog zo weinig vorm heeft, kunnen dit soort technieken een buitengewoon ongewenst effect hebben bij deze doelgroep. Het gevaar van aanpassing en een toename van het vals zelf is uitermate groot.

#### *Wanneer en waarom welk geweld?*

Samenhangend met de primitieve afweer is er veelal een onvermogen om te mentaliseren. Onder druk zien we een beweging van voelen naar doen waarbij geen ruimte is voor denken. De ervaring leert dat veel cliënten, ook de bovengemiddeld intelligente mensen, over weinig of weinig adequate woorden beschikken als het gaat om hun interne belevingswereld, hoewel de verschijningsvorm die van een imponerende maar nietszeggende woordenvloed kan zijn (de Cnodder, 2012). Er is een tekort aan woorden voor echte dan wel vermeende afwijzing, verlating of tekort gedaan worden. Het gaat over de angst die niet te beteugelen is omdat er geen antwoord op geformuleerd kan worden. Enerzijds zijn mensen niet in staat zichzelf gerust te stellen, anderzijds kan er ook niet gerekend worden op geruststelling door de ander. Immers, naast het beperkt vermogen om tijdens conflicten het gevoelde te verbaliseren, is er ook de angst zich kwetsbaar te tonen aan de ander voor wie daardoor de onderliggende ontredding meestal zelfs niet waarneembaar is. Men is op zichzelf teruggeworpen zonder enige vorm van geruststelling of troost. Dat is vernietigend en uitageren met agressie is het enig overgebleven antwoord op deze overspoelende angst om egodesintegratie tegen te gaan (Scalia, 2002).

De agressie moet gezien worden als een onhandige manier om het tweeledige verlangen aan de ander duidelijk te maken en er een adequate respons op te krijgen. Bij vermijdende mensen zijn de angst voor intimiteit en tegelijk de angst voor eenzaamheid bepalend en is de boosheid vaak een paradoxale poging om in contact te blijven met de ander (Holmes, 2001; Zevalkink, 2007). Bij gepreoccupeerde mensen heeft het de kleur van ultiem verzet tegen de (vermeende of echte) dreigende contactbreuk en speelt de angst voor separatie, verlating en verlies van grip op die ander een dominante rol (de Wolf, 2009; Graham-Kevan, 2007; Vetere & Cooper,

2007). Deze dynamieken zijn overigens al beschreven vanaf de helft van de vorige eeuw en zeker niet nieuw (Fairbairn, 1952).

De angst kan bovendien zo overweldigend en ondragelijk zijn dat de herinnering er aan uitgebannen wordt. Amnesie voor het incident is een bekend fenomeen voor behandelaren en een lastige hinderpaal in de behandeling (Declercq, 2008). Niet alleen wordt een analyse van het incident bemoeilijkt, het werpt een extra barrière op tussen de partners omdat het de paranoïde overdracht aanwakkert. Het slachtoffer zal de amnesie vaak uitleggen als ontkenning. De dader, die zich oprecht niets herinnert van het gebeuren, kan zich onterecht beticht voelen.

Intiem geweld kan allerlei vormen aannemen en lopen van duw- en trekwerk tot gedrag dat het predicaat delict verdient. In de behandeling verdient juist het gedrag dat juridisch gezien niet strafbaar is maar wel degelijk als agressie ervaren wordt veel aandacht. Het gaat hier over treiteren, pesten, uitdagen, doodzwijgen etc. (Groen & van Lawick, 2008). Het is gedrag dat de geoordeelde 'dader' in de opmaat naar het indexincident vaak te beurt gevallen is en bij hem of haar een diep gevoel van verontwaardiging, onrechtvaardigheid en slachtofferschap teweeg gebracht heeft (de Cnodder, 2010). 'Daders' geven over het algemeen grif toe de eerste klap uitgedeeld te hebben maar voegen er in één adem aan toe dat dat maar een deel van het verhaal is. Aandacht voor deze kant van het verhaal kan het interactionele karakter van relationeel geweld verhelderen.

Ook niet aanraken binnen een intieme relatie is verwaarlozend en in die zin een bijzondere vorm van agressie. Als hier sprake van is, moet het in een behandeling goed uitgevraagd worden omdat het enerzijds onverschilligheid kan weerspiegelen en dan een goede voorspeller is voor de lage levensvatbaarheid van de relatie (Johnson, 2005). De differentiaal diagnose met angstige afweren in een onverschillige act is soms moeilijk. Niet aanraken kan ook duiden op een actieve vorm van negeren. De prognose is dan gunstiger als het gaat over het voortzetten van de relatie omdat mensen die elkaar negeren in gedachte eigenlijk veel met elkaar bezig zijn. Deze mensen hebben wel degelijk betekenis voor elkaar (Johnson, 2004). Hoewel het signaal lijkt te zijn: je interesseert me niet, heeft diegene die genegeerd wordt alle aandacht van de ander, zij het niet vorm gegeven in gedrag dat dat doet vermoeden.

## **Relatieontwikkeling en primitieve afweer**

### *Start van de relatie*

Relaties waarin op een gegeven moment geweld plaatsvindt, beginnen doorgaans zoals de meeste relaties: met verliefdheid en daarmee verweven een zekere mate van idealiseren. Mensen met ontwikkelingspathologie hebben echter de neiging om buitengewoon sterk te idealiseren. Daardoor start de relatie in feite met een vorm van agressie. Immers, met het idealiseren wordt een decor gecreëerd waarin de ander op dwingende wijze een rol krijgt toebedeeld die niet ter discussie kan staan en waarvan niet afgeweken mag worden (Bagarozzi, 2013; Lachkar, 2003). Er is weinig tot geen ruimte voor het autonome zelf, ook niet dat van de vermijdende partner. Beiden vervullen deze voorgeschreven rol een tijd. Enerzijds omdat zij vanuit hun weinig uitgekristalliseerde ego uitermate ontvankelijk zijn voor de kracht van de idealiserende spiegeling, anderzijds omdat de behoefte aan deze spiegeling vanuit de

ontwikkelingsgeschiedenis prominent is. Gedurende hun vroege ontwikkeling zijn de deelnemers aan deze relatie doorgaans onvoldoende of onvoldoende adequaat gespiegeld. Er is daarmee sprake van multiple (relatie)trauma (Wallin, 2010) en een sterk verlangen geheeld te worden door de ander. In de verliefdheidsfase van de relatie is deze illusie van reparatieve spiegeling ogenschijnlijk even vervuld.

De gepreoccupeerde partner is vaak, zoals eerder geschetst, de initiatiefnemer als het gaat over het handhaven van het contact. Hij of zij doet dat via het vervullen van de behoeften van de ander. De vermijdende partner vindt deze zorg in eerste instantie vaak prettig. De 'zorg' kan verpakt worden in hulpeloosheid en afhankelijkheid en zo een antwoord zijn op de behoefte van de ander aan de one-up positie. De contactname kan ook voornamelijk via boosheid gebeuren. De uitdaging voor de ander ligt dan in het 'aankunnen' van felheid van de ander. In beide varianten verloopt de contactname van de vermijdende partner via controle. Diens kalmtte en distantie van de redder werken dempend op de emotionele chaos van de gepreoccupeerde partner en zijn in die zin een adequaat lijkend antwoord op diens behoefte aan geruststelling.

Opmerkelijk is dat we in de praktijk meestal (80%) zien dat de gepreoccupeerde partner weliswaar dwingend de verbinding opzoekt, maar dat eigenlijk doet via een poging om erkenning voor zijn autonomie af te dwingen en tegelijk de bevestiging zoekt dat dat geen verlating zal opleveren. De pijn, vaak verpakt in boosheid, gaat dan ten diepste over niet gezien worden en niet gekend worden voor wie je werkelijk bent zonder daarop afgewezen te worden. De boodschap is: geef me ruimte zonder me te verlaten. Dat in tegenstelling tot de boodschap van de vermijdende partner die in feite luidt: houd me vast zonder me te verstikken.

De onderliggende pijn behorend bij de verschillende onveilige hechtingsstijlen leidt tot gedrag dat er niet alleen voor zorgt dat zowel de contactbehoefte als de behoefte aan autonomie, - de partners hebben *beiden* deze behoeften wel degelijk -, voor de partner niet zichtbaar is, maar zelfs de stresscopingstijl horend bij de hechtingsstijl van de ander onder druk zet. Zoals eerder aangestipt, staan vanuit de behoefte aan verbinding bij de gepreoccupeerde partner voortdurend alle sensoren open om te reageren op de behoeftige signalen van de ander. Dat benauwt de vermijdende partner. Om de angst die hiermee gepaard gaat te managen, wordt de copingstijl die hoort bij de vermijdende strategie in stelling gebracht: terugtrekken. Dat depriveert de gepreoccupeerde partner die van de weeromstuit met meer inzet zal proberen het contact juist te handhaven. De copingstijl bij stress die bij de gepreoccupeerde hechting hoort wordt actief: contact aangaan. Hij of zij gaat drammen. Zo komen zij samen in een cirkel terecht van terugtrekken – aandringen (Johnson, 2004).

Kortom, de copingstijl die hoort bij de ene hechtingsstijl, triggert de kernangst, verlatingsangst of angst voor vervloeiing, die hoort bij de andere hechtingsstijl. In dat moment van stress worden mensen meegesleurd door overspoelende emoties. Dat leidt tot escalatie. De reparatie mislukt.

### *Omklapping*

Aan bovengenoemde reparatie wordt door de partners de eis van perfectie gesteld; partners verwachten dat de ander alles in zich verenigt wat men hoopt te vinden bij een ander. De zoektocht naar het ideale zal uitermate gedreven volgehouden worden omdat uit de aard van de (ontwikkelings)stoornissen de splitsing 'all good – all bad' nog hardnekkig aanwezig is (de Wolf, 2009 en 2011). Met andere woorden, de ander

is óf perfect óf waardeloos en de strijd gaat over het verkrijgen van de ideale kant en het wegmaken van de gebrekkige zijde omdat de teleurstelling over het bestaan van die kant niet verdragen wordt. Beiden hebben moeite met de limieten van de maakbaarheid en de beperkingen die mens-zijn met zich meebrengt. Omdat goed niet 'goed genoeg' is, is elke vergissing onvergeeflijk.

De introductie van realiteit en differentiatie vereist echter juist dat onvolkomenheden en verschillen verdragen worden en het beeld over de ander en de relatie bijgesteld wordt. De noodzaak hiertoe dringt zich onvermijdelijk op omdat het prijskaartje van het over en weer idealiseren, namelijk de overaanpassing, zelfverloochening, wegmaken van eigen behoeften of het niet inbrengen daarvan etc., op termijn te zwaar weegt (Eurelings-Bontekoe & Snellen, 2012, Wallin, 2010, de Wolf, 2011). Het idealiseren en voldoen aan het ideaal wordt niet volgehouden. Beiden, ook de gepreoccupeerde partner, protesteren tegen het niet werkelijk in beeld zijn bij de ander. Het protest richt zich tegen het gevoel niet zichzelf te kunnen zijn in de relatie. Dit protest wordt echter afgewezen in een poging het ideaal te behouden. Immers, idealiseren is ook een onderdeel van het afweerpalet en er wordt vaak halsstarrig aan vastgehouden (Mc Williams, 2011; de Wolf, 2011).

Na verloop van tijd vertoont het ideaalplaatje onvermijdelijk barsten. Er vindt echter geen nuancering met oog voor differentiatie plaats maar een omklapping naar demoniseren. De ander is ineens 'all bad' in plaats van 'all good'. Dit demoniseren is het externaliserende antwoord op de verlatings- of vervloeiingsangst. De boodschap is in feite: 'Ik ben bang, omdat je geen contact houdt of me claimt. Je zal me daarin niet geruststellen. Ik kan mijn angst niet met je delen. In plaats daarvan ben ik laaiend en dat ligt aan jóu'. Vanwege de splitsing is tijdens een conflict slechts de demon-kant van de ander in beeld en de constructieve kant totaal weggemaakt. Daarmee haakt dit in op de kernproblematiek: gedemoniseerd worden betekent net als geïdealiseerd worden immers per definitie niet gezien worden voor wie je bent. Daarbij kan iemand die gedemoniseerd wordt het nooit goed genoeg doen. Zo wordt ook een intense zinnsschaamte (Mooij, 2010) aangewakkerd.

Demoniseren en gedemoniseerd worden zijn varianten van projectie en (complementaire) projectieve identificatie. Twee vormen van splitsende afweer die courant zijn bij persoonlijkheidsstoornissen (de Wolf, 2009) en in feite bedoeld om de schaamte en/of schuld, beide bekende scharnieremoties bij cluster B persoonlijkheidsstoornissen, te hanteren (Lachkar, 2003). De hoger beschreven ego-problematiek maakt dat mechanismen als projectie en complementaire projectieve identificatie vrij spel hebben.

Wanneer het idealiseren niet kan worden volgehouden, blijkt niet alleen de ander niet perfect te zijn, maar wordt iemand in de eerste plaats met zijn eigen feilbaarheid geconfronteerd. Er is echter een onvermogen om ambivalentie te verdragen, de confrontatie met wat men als een eigen 'vergeving' ervaart te pijnlijk. Deze onverdraaglijke gevoelens worden vervolgens uitbesteed aan de ander; ze worden verabsoluteerd en dwingend opgelegd aan de ander. Die ander kan ze adopteren, soms zelfs absorberen en zich ernaar gaan gedragen (zie bijvoorbeeld Feld, 1997, Goldenberg & Goldenberg, 2004, Polonsky & Nadelson, 2003; Sholevar & Schwoeri, 2003; Ploegmakers-Burg, 2008).

Kortom, datgene wat men verachtelijk vindt bij zichzelf, wordt geprojecteerd op de ander die daarmee tot vijand gemaakt wordt. Deze achterdocht ligt besloten in een persisterend werkmodel (Wallin, 2010) dat elk van de partners in de loop van zijn

leven ontwikkelde. De paranoïde bril, door dewelke onveilig gehechte mensen de wereld sowieso bekijken, valt de partner bij de omklapping ook ten deel. Als wat de ander doet ook maar een millimeter ruimte laat voor negatieve interpretatie, wordt juist dié interpretatie gegeven. Eén vergissing maakt fundamenteel onbetrouwbaar. Conflicten gaan daarom vaak over kleine dingen van grote betekenis. Dit is een van de kernelementen waar deze paren erg veel last van ondervinden en een niet te onderschatten obstakel in een relatie. Immers, niet alleen is over en weer kijken en bekeken worden door een bril van wantrouwen op zichzelf al hinderlijk in een intieme relatie, maar ervaart zowel iemand die voortdurend op zijn hoede moet zijn als iemand wiens intenties steeds gewantrouwd worden, stress (de Cnodder, 2012). Dat is extra belemmerend omdat onveilig gehechte mensen vaak niet goed in staat zijn zichzelf gerust te stellen en daarvoor juist aangewezen zijn op betekenisvolle anderen (Hesse & Main, 2000; Main, 2000; Wallin, 2010; Mikulincer & Shaver, 2010a).

Aansluitend op de projectie speelt de complementaire projectieve identificatie een belangrijke rol en valt de stellen de vloek van de mutuele self-fulfilling prophecy ten deel. Aangestuurd door hun eigen werkmodel gedragen beide partners zich juist zo dat ze van de ander precies die reactie krijgen waar ze voor vrezen. Daar sturen ze, meestal onbewust, met het eigen gedrag op aan. Paren kunnen op deze wijze het slechtste in elkaar naar boven halen (Bagarozzi, 2013; Motz, 2014). Immers, wat die ander via de projectie van de partner maakt en aan hem of haar toeschrijft is ontregelend, voelt onrechtvaardig en triggert een reactie: diegene gaat de discussie aan, zich verdedigen etc. en gedraagt zich aldus volgens de lijn van de 'beschuldiging'. Het ingewikkelde in deze dynamiek is bovendien dat er van de ander in de ongenueanceerdheid weliswaar iemand gemaakt wordt die hij of zij niet is, maar dat tegelijk die kant wel degelijk bestaat. Iedereen heeft venijnige kanten en die worden aangejaagd en uitvergroot in beschreven interactie. Omdat beiden het vermogen tot ambivalentie missen (bijvoorbeeld Mc Williams, 2011), beschikt diegene wiens negatieve kant wordt aangesproken, op dat moment ook alleen maar over die kant. En om het helemaal ingewikkeld te maken: tegelijkertijd speelt ook nog een keer onderliggend het verlangen naar de symbiose. Er is de primitieve wens te vervloeien en samen te vallen met de ander (de Wolf, 2011). Een manier om dat te bereiken is het opgaan in het opgelegde beeld. Dus de demon-kant wordt geadopteerd. Een klassiek voorbeeld is de vrouw die verklaart dat 'hij helemaal gelijk had' en 'ze het verdiend had'. Dit soort uitspraken zijn van een heel andere orde dan een erkenning van het eigen aandeel in de escalatie.

De druk om het ideaal te behouden en het illusoire antwoord op oude pijn te blijven krijgen, is massaal omdat er een onvermogen is om te rouwen over het verlies van de illusie en over het onvolmaakte in zichzelf en de ander (Goldenberg & Goldenberg, 2004; Motz, 2014; Sholevar & Schwoeri, 2003). Dit onvermogen om te rouwen en daarna te kunnen genieten van verschil, heeft wederom te maken met het feit dat de primitieve, divergerende afweer nog zo'n belangrijke rol speelt om het leven te overleven. In plaats daarvan zien we een soort fantoompijn: het eigen ideaal is geamputeerd en wordt gemist maar niet opgegeven. Er is nog geen besef dat een teleurstelling niet het einde van een relatie hoeft te betekenen. Er is een onvermogen om een antwoord te formuleren op de pijn die niet verdragen wordt.

Vanaf de start is dus sprake van een collusie die aangejaagd wordt door de vroege hechtingthema's (Willi, 2004). Daarbij worden de stukken van het zelf

die onverdraaglijk zijn uitbesteed aan de ander en geven beiden eigenlijk hun authentieke zelf op. De vermijdende partner schrijft zijn eigen kwetsbare kant op het conto van de ander, de gepreoccupeerde partner drijft weg van de eigen kracht. De reparatie van het tekort mislukt.

*De vloek van de herhaling: verband met multiple relatietrauma*

Mensen hebben de neiging om in de relatie met hun partner oude patronen te herhalen en lijken elkaar daarop zelfs uit te zoeken. Partnerkeuze is een voorbeeld van selectieve affiliatie, de selectie van sociale partners die de bestaande werkmodellen, ontwikkeld in de eerste gehechtheidsrelatie, ondersteunen (Bartholomew, Kwong & Hart, 2001). Iemands werkmodel is in dit kader te beschouwen als de neerslag van eerdere ervaringen met belangrijke anderen die verinnerlijkt zijn en die het frame vormen om met toekomstige interacties om te gaan (de Wolf, 2015). Veel onveilig gehechte mensen hebben allerlei traumata in de voorgeschiedenis maar ze hebben allen in elk geval multiple relatietrauma (Wallin, 2010). Deze relatietraumata worden in eerste instantie niet noodzakelijk erkend door cliënten. Met name vermijdende mensen idealiseren ook hun eigen geschiedenis. Vaak is de presentatie er een van in beton gegoten stoerheid die de identificatie met de agressor weerspiegelt. In systemische termen is een cliënt dan loyaal aan zijn ouders en typeert zijn geschiedenis als 'goed'. Aan mishandelingen door de verzorgers wordt een intentie van 'sterk maken' of iets dergelijks toegedicht. Desalniettemin is er wel degelijk sprake van relatietraumata. Bij vermijdend gehechte mensen laten ze zich kenmerken door een tekort aan sensitiviteit van de eerste hechtingsfiguren die de behoeften niet eens registreerden, laat staan er adequaat op reageerden. Zij hebben geleerd dat ze alleen op zichzelf kunnen rekenen en dat de verbinding met een ander een utopie is. Bij gepreoccupeerde mensen gaat het eerder over onvoorspelbare eerste hechtingsfiguren met een tekort aan adequate responsiviteit. Zij leerden dat volgehouden contactpogingen in elk geval verlating konden voorkomen, zij het ten koste van het authentieke zelf (bijvoorbeeld De Wolf 2011 en 2015).

Als de wijze waarop door een verzorger met een kind wordt omgegaan leidt tot onveilige gehechtheid, heeft die manier van in het contact staan met het kind altijd in meerdere of mindere mate een instrumenteel karakter. Het contact in deze relatie wordt door de verzorger in de eerste plaats ingezet ten dienste van de eigen behoeften en is zodoende per definitie manipulatief. Het kind dat daaraan blootgesteld wordt leert daarmee op zijn beurt in het contact met anderen te manipuleren en neemt deze manier van contact maken mee in volgende (volwassen) relaties (Wallin, 2010, de Wolf, 2011).

Relaties worden vooral ingezet met het oog op de eigen behoeftebevrediging. Dat gebeurt niet bewust en het is lang niet altijd direct zichtbaar. Niet zelden heeft het de verschijningsvorm van bijvoorbeeld zorg die op het eerste gezicht zelfs kan neigen naar opoffering. Wanneer verstrekte zorg manipulatief is, wil iemand daar echter iets voor terug en zit in het geven een verborgen prijskaartje geïncludeerd. Het gaat in de eerste plaats niet over het plezier van het geven, maar om het verkrijgen van iets. Gepreoccupeerde mensen bijvoorbeeld, gespecialiseerd in het detecteren van de behoeften van anderen en ogenschijnlijk relatievaardig in het beantwoorden daarvan, geven de ander eigenlijk voortdurend de boodschap die zij zelf continu willen krijgen. Het eerste doel is het doorbreken van de deactiverende strategie van de vermijdende partner teneinde het broodnodige contact voor zichzelf te hand-

haven. Het wrange is dat iemands diepste behoeften met deze strategie op langere termijn nooit echt bevredigd worden omdat in deze manier van met elkaar omgaan de wederkerigheid ontbreekt. Men is nooit zeker of men iets ook gekregen zou hebben zonder de sturende investering. Op deze wijze is nooit zichtbaar of het verlangen van de ander er werkelijk is of dat diens gedrag vooral gestuurd werd door schuldgevoel, angst et cetera.

Het verlangen naar perfectie maakt een zeer selectieve observatie en interpretatie van de ander en de interactie met diegene noodzakelijk (bijvoorbeeld Eurelings-Bontekoe & Snellen, 2012; Wallin, 2010). Op deze wijze is wie de ander werkelijk is en wat diens verlangens zijn doorgaans niet in beeld. Ook in dat opzicht is dan geen sprake van werkelijk contact en krijgt de relatie een instrumenteel karakter. Er is een beperkte wederkerigheid of zelfs pseudo-wederkerigheid omdat het eigen onvervulde verlangen zo groot is dat het allesoverheersend en eisend aanwezig is en de observatie en interpretatie van wat de ander doet dwingend stuurt. Wederom gaan schijnbare uitwisselingen vooral over investeren teneinde zelf te krijgen wat je nodig hebt om het tekort op te vullen (bijvoorbeeld Baron-Cohen, 2012; Eurelings-Bontekoe & Snellen, 2012; Motz, 2014, Wallin, 2010).

In de manipulatieve manier van met elkaar omgaan ligt een (partieel) ontbrekende empathie besloten samen met een dosis pseudo-mentaliseren en een gebrekkige gewetenfunctie. Juist in ruzies dreigt deze empathie-erosie (Baron-Cohen, 2012). Alle energie wordt geïnvesteerd in overeind blijven en de angst op een of andere manier toch te beteugelen. Inleven en overleven laten zich slecht met elkaar verenigen. Immers: als ik me inleef hoe verlies ik mezelf dan niet? En als ik toelaat dat jij je werkelijk in mij verdiept, hoe kan het dan dat jij niet weggaat of het wegmaakt? Juist op die momenten is er een tekort aan observerend ego. De ander wordt niet gezien als individu, het effect van het eigen gedrag op de ander niet in overweging genomen.

Veeleer dan een volstrekt ontbreken van het empathisch vermogen ontbreekt het de partners tijdens een conflict aan het vermogen om empathisch gedrag te tonen (de Cnodder, 2012). De motor is vaak de angst dat met een empathische reactie de ander weliswaar kalmeert, maar tegelijk geen aandacht zal hebben voor 'de andere kant van de medaille' en de erkenning over en weer zal uitblijven. Deze angst is onverdraaglijk en maakt externaliseren noodzakelijk. Externaliseren kan daarmee beschouwd worden als een manier om de angst te bezweren om algeheel verantwoordelijk gemaakt te worden. Daarnaast is externaliseren een vrijwel onvermijdelijk gevolg van de omklapping die plaatsvindt als de zoektocht naar het perfecte mislukt. Plots komt dan de negatieve kant van de ander, en slechts die kant, levendig in beeld en wordt aangewezen als dé oorzaak van alle ellende en tegelijk slechts verwijtbaar aan die ander. De verantwoordelijkheid voor de relatie wordt niet als een gezamenlijke gezien en ervaren.

Het tekort aan empathie en de daarmee samenhangende gebrekkige gewetenfunctie speelt een belangrijke rol bij de intergenerationele overerving. Omdat de eigen nood zo groot is, is er weinig ruimte om volgehouden oog te hebben voor de noden van de kinderen in het gezin. Een schrijnend voorbeeld daarvan is de stiefouder die van zijn of haar partner de exclusiviteit eist en in voortdurende concurrentie is met diens kinderen. Er is geen empathie voor het feit dat er dan een verscheurende keuze tussen twee grootheden geëist wordt van de partner.

Relationeel geformuleerd is de kern van de problematiek samen te vatten als: hoe



een veilig contact te krijgen met elkaar over wat contact onveilig maakt? Het drama van de herhaling is dat partners voor elkaar verschil maken, maar merken dat zij geen verschil maken in de momentopname waarin oude traumata het perspectief bepalen. Daarmee wordt het trauma voor beiden herhaald. Ze geven elkaar de vernietigende boodschap: jij maakt uiteindelijk ook geen verschil. De escalaties zijn juist zo heftig omdat ze in de context van een intieme relatie plaatsvinden, in juist die relatie die een tegengif moest vormen tegen eerdere (relatie)traumata. Precies in die innig gevoelde maar op illusies gebouwde emotionele band (nu is alles anders!), zit de opmaat tot een re-enactment van deze (intieme/relatie) traumata (Motz, 2014; Wallin, 2010; Willi, 2004). Gabbard (2002) lijkt een punt te hebben als hij schrijft: 'never marry a man who hates his mother, he'll finally hate you'.

Het eerste doel van de relatie is dus vaak de reparatie van het tekort. Mensen voelen zich onmachtig om zelf een antwoord te formuleren op de pijn of het tekort die wortelt in hun geschiedenis. Het is om die reden dat verbeteren vastgehouden wordt aan het gecreëerde decor en de act die zij vooral voor de ander bedacht hadden. Ze menen van de ander een pasklaar antwoord op hun pijn te (moeten) kunnen krijgen maar hebben vaak een partner uitgezocht die zelf ook een gebrek aan vaardigheden heeft om te 'containen' én/of adequate grenzen (te veel of te weinig) te stellen. In hun contact maken beide partners daardoor minimaal de kans op corrigerende ervaringen. Er is op langere termijn geen helend contact; ze vangen elkaar niet op. Zo kan het dat beiden gevangen zitten in het verlangen naar verbinding maar ook naar de eigen identiteit die in het gezamenlijk gecreëerd toneelstuk geen kans krijgt. Het stel houdt elkaar gevangen in de illusie. Relationeel geweld is naast een antwoord op de bedreiging van het contact ook een poging tot behoud van dat zelfde contact én van het zelf.

Dit dwingt tot de vraag: Laat Lacan zich aanvullen? Hoewel ik hierin voorzichtigheid wil betrachten, durf ik te stellen: *Le désir de l'homme c'est le désir de l'autre et le désir d'être soi même*. Slechts in het autonoom antwoord op het eigen verlangen en het verlangen van de ander naar verbinding kan de werkelijke wederkerigheid bestaan. De vraag die partners elkaar stellen luidt: 'Hoe kan ik mijn behoeften, mijn verdriet, mijn pijn maar ook mijn liefde aan jou tonen zonder dat je het wegmaakt of je alleen maar aanpast. Kun je mijn verlangen beantwoorden met jouw verlangen?' De kunst om de eigen autonomie empathisch ingekleurd te bewaren en de ander vanuit standvastigheid de hand te reiken wordt moeizaam veroverd. Er moet lijm bij, en lucht.

## Literatuur

- Bartholomew, K., Kwong, M.J., & Hart, S.D. (2001). Attachment. In: W.J. Livesy (Ed.). *The handbook of personality disorder: Theory, research, and treatment*, (pp 196-230). New York: The Guilford Press.
- Bagarozzi, D.A. (2013). Working With Primitive Defenses in Couple Therapy: Case Examples of Borderline and Narcissistic Dynamics. In: *Couples in Collusion. Short-Term, Assessment-Based Strategies for Helping Couples Disarm Their Defenses*. Routledge.
- Baron-Cohen, S. (2012). *Nul empathie. Een theorie over menselijke wreedheid*. Uitgeverij Nieuwezijds.

- Cnodder, de B. (2012). Incidentanalyse bij symmetrisch relationeel Geweld. Een diagnostisch en therapeutisch instrument in partnerrelatietherapie. *Tijdschrift voor psychotherapie*. 38, 88-103.
- Cnodder, de B. (2010). Geweld samen te lijf. Groepsbehandeling voor paren die kampen met relationeel geweld. *Tijdschrift voor Systeemtherapie* 4, 23-249.
- Declercq, F. (2008). *Seksuele, geweld- en levensdelicten*. Psychopathie van de dader. Acco.
- Dutton, D.G. (2007). Thinking outside the box: gender and court-mandated therapy. In J. Hamel, & T.L. Nicholls (Eds.). *Family interventions in domestic violence*, (pp. 27-57). New York: Springer Publishing Company.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M. (2012). Bodemloze kracht. Een verhaal uit de klinische diagnostiek en behandelpraktijk. Powerpoint Presentatie.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M & Snellen, W.M. (2012). Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek. Perason.
- Fairbairn, W.R.D. (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London: Tavistock.
- Feld, B.G. (1997). An object relations perspective on Couples Group Therapy. *International Journal of Grouptherapy*, 47 (3), 315-332.
- Fokkens, H. & Jong, de, R. (2009). Differentiatiebevorderende dialectische partnerrelatietherapie. *Tijdschrift voor systeemtherapie*, (21), pp 164-177.
- Gabbard, G.O. (2002). *The Psychology of the Sopranos: Love, Death, Desire and Betrayal in America's Favorite Gangster Family*. Basic Books.
- Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (2004). Psychodynamic Models. In: I. Goldenberg & H. Goldenberg (Eds.). *Family therapy, an overview* (pp 125-152). Thomson, Brooks/Cole.
- Graham-Kevan, N. (2007). Partner Violence Typologies. In: J. Hamel, & T.L. Nicholls (Eds.). *Family interventions in domestic violence*, (pp. 145-163). New York: Springer Publishing Company.
- Groen, M., & Lawick, van J. (2008). *Intieme oorlog*. (3de editie). Van Genneep.
- Hesse, E. & Main, M. (2000). Disorganized infant, child and adult attachment: collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48 (4), pp 1097-1127.
- Holmes, J. (2001). *The search for the secure base: attachment theory and psychotherapy*. Hove: Brunner-Routledge.
- Johnson, S.M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection* (2nd edition). NY: Brunner-Routledge.
- Johnson, S.M. (2005). *Emotionally focused couple therapy with trauma survivors*. New York-London: Guilford Press.
- Lachkar, J. (2003). *The Narcissistic / Borderline couple*. Routledge.
- Main, M. (2000). The organized infant, child and adult attachment: flexible vs inflexible attention under attachment – related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48 (4), pp 1055-1096.
- McWilliams, N. (2011). Primary defensive Processes. In: N. McWilliams, *Psychoanalytic Diagnosis, understanding personality structure in the clinical process, second edition*, (pp 100-125). The Guilford Press, New York London.
- Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2010a). Attachment bases of psychopathology. In: M. Mikulincer & P.R. Shaver (Eds.). *Attachment in adulthood. Structure, dynamics and change* (pp 369-404). New York-London: The Guilford Press.

- Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2010b). Attachment process and couple functioning. In: M. Mikulincer & P.R. Shaver (Eds.). *Attachment in adulthood. Structure, dynamics and change* (pp 285-323). New York-London: The Guilford Press.
- Mooij, A. (2012). Schuld en schaamte. Een psychoanalytische perspectief. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 38, 205-219.
- Motz, A. (2014). *Toxic Couples. The Psychology of Domestic Violence*. Routledge.
- Ploegmakers-Burg, M. (2008). Transgenerationale relatietherapie. In: A. Savenije, M.J. van Lawick & E.T.M. Reijmers (Eds.). *Handboek systeemtherapie*, (pp.327-337). De Tijdstroom.
- Polonsky, D.C. & Nadelson, C.C. (2003). Psychodynamic Couples Therapy. In: G.P. Sholevar & L.D. Schwoeri (Eds.) *Textbook of family and couples therapy* (pp 439-459). American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, DC; London, England.
- Scalia, J. (2002). *Intimate Violence. Attacks upon psychic interiority*. Columbia University Press, New York.
- Sholevar, G.P. & Schwoeri, L.D. (2003). Family therapy with personality disorders. In G.P. Sholevar & L.D. Schwoeri (Eds.) *Textbook of family and couples therapy* (pp 715-723), American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, DC; London, England.
- Vetere, A. & Cooper, J. (2007). Couple violence and couple safety: a systemic and attachment-oriented approach to working with complexity and uncertainty. In J. Hamel, & T.L. Nicholls (Eds.). *Family interventions in domestic violence*, (pp.381-396). New York: Springer Publishing Company.
- Verhaege, P (1998). *Liefde in tijden van eenzaamheid*. Acco Leuven / Voorburg (zevende druk 2005).
- Wallin, D.J. (2010). *Gehechtheid in psychotherapie*. Uitgeverij Nieuwezijds.
- Willi, J. (2004). *De partnerrelatie*. Campus AD.Donker (zevende druk).
- Wolf de, M.H.M. (2009). *Inleiding in de psychoanalytische psychodiagnostiek*. Uitgeverij Croutinho.
- Wolf de, M.H.M. (2011). *Psychoanalytische behandelingen. Onderbouwing, uitleg & toepassing van diverse behandelvormen*. Uitgeverij Croutinho.
- Wolf de, M.H.M. (2015). *Psychoanalytische theorievorming en de DSM-5*. Uitgeverij Croutinho.
- Zevalkink, J. (2007). De bril van nu: inkleuren van het heden door ervaringen uit het verleden. In: J. Zevalkink & Q.D. van Dam (Eds.). *Tegenwoordigheid van geest: het actuele moment in een psychoanalytische behandeling* (pp 53-73). Assen: van Gorcum.



*Op verzoek van de redactie van GGZet Wetenschappelijk, bood dr. Kees Laban de samenvatting van zijn proefschrift aan ter publicatie. Het proefschrift verscheen in 2010 en beschrijft gegevens van Irakese vluchtelingen uit 2000 en 2001. Helaas heeft de thematiek van het proefschrift anno 2016 niets aan actualiteit verloren. De tekst is redactioneel bewerkt, om als zelfstandige tekst te kunnen worden gelezen.*

## **Invloed van de duur van de asielprocedure op de prevalentie van psychiatrische stoornissen en andere indicatoren van gezondheid bij Irakese asielzoekers in Nederland: een epidemiologische studie**

*Kees Laban*

Wat is de aard en omvang van psychiatrische stoornissen, kwaliteit van leven, functiebeperkingen en lichamelijke gezondheid onder asielzoekers in Nederland? Om deze vragen te beantwoorden werden twee groepen Irakese asielzoekers gevraagd mee te werken aan het onderzoek, één groep net aangekomen, de andere groep al jaren in een asielprocedure. De verbanden zijn onderzocht tussen gezondheidsindicatoren en de potentiële risicofactoren, zoals socio-demografische eigenschappen en schokkende levensgebeurtenissen en stresserende levensomstandigheden voor en na de vlucht uit Irak (de zogenaamde pre- en post-migratie risicofactoren). Speciale aandacht werd gegeven aan het verband met de duur van de asielprocedure en o.a. de relatie met gebruikmaking van gezondheidszorgvoorzieningen. Besloten wordt met de consequenties van de bevindingen van de studie voor de hulpverleningspraktijk en een uiteenzetting over een veerkrachtgericht model voor diagnostiek en behandeling, met name toegespitst op asielzoekers.

### **Inleiding, methodologie en beschrijvende resultaten**

In de tien jaar voorafgaande aan de studie vroegen meer dan drie miljoen mensen asiel aan in één van de Europese landen. In dezelfde periode bedroeg dit aantal in Nederland 300.000, wat, net als anno 2016, een enorme druk legde op het immigratiesysteem. Ongeveer één vijfde van de aanvragen kwam tussen 2000 en 2001 van Irakese vluchtelingen. Vanwege de grote aantallen asielzoekers en het restrictieve toelatingsbeleid groeide het aantal asielzoekers dat in één van de opvangfaciliteiten wachtte op de beslissing over hun aanvraag van 30.000 in 1994 tot 80.000 in 2001. Veel van hen moesten lang wachten op deze beslissing, in 2000 wachtte bijvoorbeeld 34.0% van de 78.200 asielzoekers al meer dan twee jaar. Veel asielzoekers hadden schokkende gebeurtenissen meegemaakt in hun land van herkomst en hadden (geestelijke) gezondheidszorg nodig. Gezondheidsinstellingen (bijvoorbeeld GGZ Drenthe) zagen zich geplaatst voor een taak om zorg te bieden aan een groep waar zij tot dan toe grotendeels onbekend mee waren. Cultuur- en

taalverschillen bemoeilijkten het contact en dus de behandeling. Daarnaast was er de indruk dat de lange asielprocedure de behandelresultaten negatief beïnvloedde en dat de gezondheidsproblemen zelfs toenamen gedurende de wachttijd. Omdat de wetenschappelijke literatuur hier geen inzicht in gaf, groeide de behoefte aan een goed opgezet onderzoek en het idee van de Nederlandse Studie Irakese asielzoekers was geboren.

De literatuur tot 2000 maar ook recentere artikelen toonden aanzienlijke gezondheidsproblemen aan onder asielzoekers en vluchtelingen. Posttraumatische stressstoornis (PTSS) bleek vaak voor te komen, maar ook andere angststoornissen, depressieve stoornissen en dissociatieve stoornissen werden gerapporteerd. Vaak werden er meerdere stoornissen bij dezelfde respondent gevonden. Studies die specifiek over asielzoekers gingen, waren tot 2000 echter zeer schaars en bovendien hadden deze studies belangrijke wetenschappelijke beperkingen. Een aantal van deze beperkingen waren: het gebruik van niet willekeurig (at random) geselecteerde onderzoeksgroepen, het meten van slechts één of twee stoornissen (meestal PTSS en depressie), het gebruik van instrumenten die alleen in vluchtelingenstudies gebruikt worden (wat vergelijking met de algemene populatie bemoeilijkte), geen aandacht voor kwaliteit van leven, functionele beperkingen en lichamelijke gezondheidsklachten en meerdere etnische groepen in één studie.

Vervolgens werd in de literatuur gezocht naar de risicofactoren voor psychiatrische problematiek onder asielzoekers/vluchtelingen. Bij de beschrijving van deze factoren werden pre- en post-migratie risicofactoren onderscheiden. Alhoewel de literatuur veel informatie gaf over het belang van de verschillende risicofactoren, bleef de relatieve invloed van schokkende levensgebeurtenissen op (on)gezondheid ten opzichte van de invloed van andere risicofactoren (bijvoorbeeld een lange asielprocedure en post-migratie problemen) onduidelijk.

Daarom ontwierpen we een studie onder asielzoekers met als belangrijkste onderzoeksvraag:

*Wat is de invloed van een lange asielprocedure op de geestelijke en lichamelijke gezondheid, kwaliteit van leven en dagelijks functioneren van Irakese asielzoekers in Nederland, in relatie tot de pre- en post-migratie risicofactoren?*

In relatie tot de genoemde onderzoeksvraag zou een longitudinaal onderzoek de voorkeur hebben gehad, dit bleek niet mogelijk vanwege vele praktische problemen, zoals: frequente verhuizingen, vertrek met onbekende bestemming (MOB) en uitwijzing of onderduiking na een afwijzing van een verblijfsvergunning. Daarom werd een cross-sectioneel bevolkingsonderzoek uitgevoerd waarbij willekeurige steekproeven getrokken werden uit twee groepen die onderling verschilden in duur van verblijf in Nederland (= duur van de asielprocedure): minder dan zes maanden (groep 1) en meer dan twee jaar (groep 2). De asielzoekers die deelgenomen hebben aan het onderzoek (de zogenaamde respondenten), woonden verspreid over heel Nederland.

Van 294 respondenten (groep 1: 143, groep 2: 151) konden de gegevens verzameld en geanalyseerd worden. Er werden volledig gestructureerde, cultureel gevalideerde, Arabischtalige vragenlijsten gebruikt en de interviews werden afgenomen door speciaal getrainde Irakese vrijwilligers. Psychiatrische stoornissen werden gemeten met de WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI, 2.1), kwaliteit van leven met de WHOQoL-Bref, functiebeperkingen met de Brief Disability

Questionnaire en lichamelijke gezondheid met een nieuw ontwikkelde lijst die zowel vragen over lichamelijke klachten als over lichamelijke ziektes bevatte. Meegemaakte schokkende levensgebeurtenissen werden uitgevraagd over vier levensperiodes: (1) 0-12 jaar, (2) 13 jaar – vertrek uit Irak, (3) vertrek uit Irak – aankomst in Nederland en (4) na aankomst in Nederland. Er werd hierbij gebruik gemaakt van de Harvard Trauma Questionnaire. Ervaringen van psychologische of lichamelijke martelingen werden gedetailleerd uitgevraagd met de Exposure to Torture Scale. Daarnaast werden gegevens verzameld over dood en separatie of verlies van familie en verlies van materiële zaken. De lijst over gezinsomstandigheden in de jeugd bevatte verder vragen over het wel of niet opgroeien met (beide) ouders en 14 items over een eventuele onveiligheid en verwaarlozing in de jeugd. De problemen in de post-migratie periode (de zogenaamde Post Migration Living Problems. PMLP) werden gemeten met een aangepaste lijst van Silove e.a. (1997). De voor dit onderzoek ontwikkelde Irakees-Arabische vragenlijst was voor een groot deel gebaseerd op een Palestijns-Arabische versie. Deze versie was vertaald uit het Engels en cultureel gevalideerd en vertaald volgens een 7-staps procedure. Met behulp van een focusgroep, bestaande uit acht mannen en vrouwen met verschillende etnische en professionele achtergrond, werd de vragenlijst aangepast voor gebruik onder de Iraekese populatie.

Frequenties en gemiddelde scores van de uitkomstmaten en van de risicofactoren werden berekend en de verschillen tussen de twee groepen werden geschat met behulp van Chi-kwadraat en student t-testen. Univariate en multivariate regressie-analyses werden gebruikt om de voorspellende waarden van de pre- en post-migratie risicofactoren te bestuderen, met daarbij een speciale focus op de invloed van de duur van verblijf in Nederland.

Het beschrijvende deel van de resultaten toonde aan dat Iraekese asielzoekers die al meer dan twee jaar in Nederland zijn, significant meer psychiatrische stoornissen hadden dan degenen die net in Nederland aangekomen waren (groep 1). Het prevalentiecijfer voor 'één of meer psychiatrische stoornis' was 42.0% in groep 1 en 66.2% in groep 2. Ook de prevalentiecijfers voor angst, depressieve en somatoforme stoornissen waren significant hoger in groep 2 vergeleken met groep 1. Posttraumatische stress-stoornis was hoog in beide groepen, maar verschilde onderling niet significant ( $p > 0.05$ ). Alcoholafhankelijkheid kwam alleen voor in groep 2. Verder liet groep 2 lagere scores zien voor kwaliteit van leven en hogere scores voor functiebeperkingen en lichamelijke klachten. Bijna alle (vijf van de zes) chronische lichamelijke klachten kwamen meer voor in groep 2 vergeleken met groep 1. Het percentage van genoemde schokkende levensgebeurtenissen was aanzienlijk, bijvoorbeeld: gevechtssituaties (41.8%), getuige zijn van de dood van familie/vrienden (45.0%), gevangenschap (32.3%), marteling (29.3%). De meest frequent genoemde PMLP waren items die samenhangen met de asielprocedure en familiegerelateerde items. Verder gaven bij groep 2 veel mensen (74.2%) aan dat zij zich veel zorgen maakten over het feit dat zij niet mochten werken. Over het algemeen had groep 2 hogere scores voor zowel schokkende levensgebeurtenissen als PMLP. De beschrijvende resultaten over het gebruik van zorg toonden aan dat 71.4% in de laatste twee maanden vóór het interview gebruik had gemaakt van een bepaald type zorg. Alhoewel groep 2 veel meer gezondheidsproblemen meldde, maakte zij niet vaker gebruik van de huisarts en de medische specialist (niet-psychiater). Groep 2 bezocht vaker een ggz-hulpverlener, maar het percentage (9.3%)

was laag vergeleken met de eerder genoemde prevalentiecijfers voor psychiatrische stoornissen. Medicatiegebruik was significant hoger in groep 2. Meer dan de helft (55.5%) van de deelnemers gaf aan het eens te zijn met de stelling 'Het interview was een positieve ervaring', slechts 2.7% was het niet eens met deze stelling.

### **Analyses van de determinanten en uitkomstmaten**

De relatieve invloed van de socio-demografische en de pre- en post-migratie risicofactoren op psychopathologie werd geanalyseerd. Om de invloed van een lange asielpprocedure te bestuderen namen we 'lidmaatschap van groep 2' op in de analyses. Omdat de twee groepen mogelijk op belangrijke risicofactoren zouden kunnen verschillen werd een gedetailleerde lijst van socio-demografische gegevens opgenomen in de analyses, zoals: leeftijd, sekse, burgerlijke stand, kinderen, etniciteit, religie, alfabetisme, geografische achtergrond, genoten onderwijs en beroep in Irak, taalvaardigheden en psychiatrische problemen in het verleden. Gemiddelde scores van de lijst over gezinsomstandigheden in de jeugd en van de vier lijsten voor schokkende levensgebeurtenissen werden berekend en opgenomen in de analyses. Omdat uit de literatuur bekend is dat martelingen een belangrijke risicofactor zijn voor het krijgen van een psychiatrische stoornis (vooral PTSS) werd dit item apart in de analyses opgenomen.

Het resultaat van de analyse voor 'één of meer psychiatrische stoornissen' laat zien dat 'lidmaatschap van groep 2 (lange asielpprocedure)' de meest belangrijke risicofactor is (OR: 2.16), op 'vrouwelijk geslacht' na (OR: 2.58). Met andere woorden: een lange asielpprocedure verdubbelt het risico op een psychiatrische stoornis, onafhankelijk van de gebeurtenissen in het land van herkomst.

Andere risicofactoren waren: schokkende levensgebeurtenissen in de jeugd (tot het 13<sup>e</sup> jaar) (OR 1.28), in de periode tussen het 13<sup>e</sup> jaar en vertrek uit Irak (OR:1.35) en na aankomst (OR: 1.66). Schokkende levensgebeurtenissen in de periode tussen vertrek uit Irak en aankomst in Nederland gaven geen vergroot risico. Ook 'martelingen' liet geen verhoogd risico zien voor het hebben van een psychiatrische stoornis in deze analyse.

De analyses met depressieve stoornissen, angststoornissen en somatoforme stoornissen, lieten eveneens zien dat een lange asielpprocedure en schokkende levensgebeurtenissen na aankomst in Nederland hogere risico's geven (hogere OR's), vergeleken met schokkende levensgebeurtenissen in eerdere periodes.

Een belangrijke vraag was of de mate van bezorgdheid over 'post migration living problems' (PMLP) psychopathologie voorspelt. Het doel van deze analyses was meer te weten te komen over de wijze waarop een lange asielpprocedure invloed had op psychopathologie. Uit de factor analyses bleek dat het mogelijk was om de PMLP in vijf clusters te verdelen: familiegerelateerde items, discriminatie, asielpproceduregerelateerde items, socio-economische leefomstandigheden en sociaal-religieuze items. Taalproblemen en werkgerelateerde items pasten niet goed in één van deze clusters en werden als aparte items opgenomen in de verdere analyses. We vergeleken de scores van PMLP van de respondenten met en zonder (verschillende types van) psychopathologie en vonden dat vrijwel alle verschillen significant waren. In de multivariate logistische regressie analyses bleken de volgende clusters het sterkste verband met psychopathologie te vertonen: zorgen over asielpprocedure-



gerelateerde items (onzekerheid over verblijfsvergunning, angst om terug gestuurd te worden en onzekerheid over de toekomst), zorgen over familiegerelateerde items (gemis van de familie, zorgen over familie in Irak, het niet naar Irak kunnen als er iets naars gebeurt met de familie, eenzaamheid) en zorgen over het niet mogen werken. Een hogere score op 'niet mogen werken' verhoogde het risico op 'één of meer psychiatrische stoornissen' met 44%. Zoals eerder vermeld werd dit type PMLP het meest genoemd door groep 2.

Vervolgens werd het verband onderzocht tussen kwaliteit van leven, functiebeperkingen en lichamelijke gezondheid en hun verband met psychopathologie en met pre- en post-migratie problemen. De mensen met een lange asielprocedure hadden lagere gemiddelde scores op de twee algemene vragen over kwaliteit van leven en op drie van de vier domeinen: lichamelijke gezondheid, psychologische gezondheid en leefomgeving. Alleen bij het domein 'sociale relaties' was er geen significant verschil tussen de groepen. De functiebeperkingen bleken erger te zijn in de groep met een lange asielprocedure (groep 2): hogere gemiddelde scores op zowel 'lichamelijke en sociale beperkingen' als op 'totaal aantal dagen van aanzienlijke beperkingen in de laatste maand'. Lichamelijke ziektes kwamen niet significant vaker voor in groep 2 vergeleken met groep 1, maar lichamelijke klachten wel. Van de respondenten in groep 2 gaf 66.2% aan één of meer lichamelijke klachten te hebben tegenover 38.5% in groep 1. De diverse regressie analyses lieten zien dat zowel kwaliteit van leven als functiebeperkingen en lichamelijke gezondheid gerelateerd waren aan psychopathologie. Toen de pre- en post-migratie factoren aan de analyses werden toegevoegd, bleek echter dat 'lengte van verblijf in Nederland', schokkende levensgebeurtenissen en diverse PMLP voorspellers waren van deze uitkomstmaten, onafhankelijk van psychopathologie. Meer precies geformuleerd: lengte van verblijf in Nederland, schokkende levensgebeurtenissen in Nederland, totaal aantal dagen van aanzienlijke beperkingen in de laatste maand en het PMLP cluster 'socio-economische leefomstandigheden' voorspelden lagere scores op kwaliteit van leven. Psychopathologie (dat wil zeggen 'één of meer psychiatrische stoornissen', depressieve stoornissen en somatoforme stoornissen), hogere leeftijd en het PMLP cluster 'familiegerelateerde items' voorspelden meer functiebeperkingen. Chronische lichamelijke klachten werden voorspeld door psychopathologie (dat wil zeggen depressieve stoornissen, angststoornissen en somatoforme stoornissen), maar ook door lengte van verblijf in Nederland, schokkende levensgebeurtenissen tussen het 13<sup>e</sup> jaar en vertrek uit Irak, vrouwelijk geslacht en het PMLP cluster 'familiegerelateerde items'.

In de literatuur worden met betrekking tot zorggebruik drie groepen van variabelen onderscheiden: predisposerende, gebruikbevorderende en zorgbehoefte variabelen. De predispositie van de respondenten werd gemeten met: leeftijd, geslacht, religie, etniciteit en 'lidmaatschap van groep 2' (lengte van verblijf). De geïncludeerde zorgbehoeftevariabelen waren: psychiatrische stoornissen, lichamelijke gezondheid, kwaliteit van leven en functiebeperkingen. Daarnaast werden de PMLP toegevoegd als een aparte groep zorgbehoeftevariabelen. Gebruik-bevorderende variabelen werden niet gemeten omdat de reguliere gezondheidsvoorzieningen in Nederland voor asielzoekers zonder financiële belemmeringen beschikbaar en toegankelijk zijn. In de eerste analyses werd het verband tussen psychopathologie en zorg-

gebruik bestudeerd. De resultaten hiervan toonden aan dat respondenten met psychopathologie significant een hoger zorggebruik hadden dan de respondenten die dat niet hadden (70% tegenover 54.5%). Dit hogere gebruik gold zowel voor de curatieve als voor de preventieve zorg. Respondenten met psychopathologie in groep 1 bezochten de medisch specialist (niet-psychiater) veel vaker, maar dit was niet het geval in groep 2. Het gebruik van medicijnen (pijnstillers, angst-reducerende medicijnen en slaapmedicijnen) was in beide groepen hoger in respondenten met psychopathologie. Verdere analyses, waarin alle variabelen geïncludeerd werden, lieten verschillende patronen van voorspellers van gebruik van diverse zorgvoorzieningen zien. De conclusie van deze analyses is dat een lange asielprocedure geen voorspeller is van meer zorggebruik, met uitzondering van het gebruik van de ggz en medicijngebruik. Psychopathologie is gerelateerd aan een hoger zorggebruik, maar wanneer dit verband gecorrigeerd wordt voor de invloed van andere predisposerende en zorgbehoeftefactoren, dan blijkt dat andere factoren zoals functiebeperkingen en een lagere score van kwaliteit van leven een grotere invloed hebben. Een andere conclusie is dat het hebben van 'één of meer psychiatrische stoornis' het gebruik van een medisch specialist (niet-psychiater) voorspelt, maar niet het gebruik van een ggz-voorziening. Over het algemeen is het gebruik van een ggz-voorziening erg laag, indien dit vergeleken wordt met de prevalentie van psychopathologie: meer dan 80% van de asielzoekers met een psychiatrische stoornis maakt gebruik van een gezondheidsvoorziening, maar slechts 8.8% bezoekt een ggz-voorziening.

### **Implicaties van de studie voor de hulpverleningspraktijk**

De belangrijkste implicaties van het onderzoek zijn dat er een zorgvuldige en brede diagnostische fase nodig is. De behandeling dient zich niet primair te richten op de schokkende en traumatische levensgebeurtenissen uit het verleden, maar op dagelijkse leefproblemen (de context) en aan de voortdurende stress die de asielprocedure genereert. Daarom wordt aanbevolen een veerkrachtgerichte behandeling aan te bieden.

Het zogenaamde 'resilience-oriented therapy and strategies'(ROTS) model omvat de concepten van stress en kwetsbaarheid en twee aspecten van veerkracht: persoonlijke kracht (bijvoorbeeld coping) en sociale steun. Kwetsbaarheid en kracht worden daarbij beschouwd als persoonlijke eigenschappen (interne factoren) en stress en steun als omgevingseigenschappen (externe factoren). In het Nederlands spreken we van het SSKK-model. Het model gaat ervan uit dat er een dynamisch evenwicht tussen de verschillende factoren nodig is om een gezond persoon te worden en/of te blijven. Het ROTs model helpt om in de diagnostische fase zicht te krijgen op relevante factoren die mogelijk invloed hebben op de gezondheidsklachten. Wanneer het model goed toegepast wordt, levert het allerlei ideeën en mogelijkheden op voor de behandelfase. Naar onze mening en ervaring is het ROTs model goed toepasbaar in alle soorten van behandeling van asielzoekers. De conclusie is dat de behandelmogelijkheden weliswaar beperkt worden door de voortdurend aanwezige stress en het bestaan van co-morbiditeit van stress-gerelateerde psychiatrische stoornissen, maar dat behandeling van asielzoekers mogelijk is. Deze laatste conclusie behoeft nog wel wetenschappelijke onderbouwing.

De eindconclusie van het onderzoek is dat een lange asielprocedure een negatieve invloed heeft op de algehele gezondheidssituatie van asielzoekers. Deze slechte gezondheidssituatie betekent niet alleen veel leed voor de betrokken asielzoekers, maar heeft ook een negatieve impact op het integratieproces in Nederland of in een ander land.

### Proefschrift

Laban CJ (2010) Dutch Study Iraqi Asylum Seekers; Impact of a long asylum procedure on health and health related dimensions among Iraqi asylum seekers in the Netherlands; An epidemiological study. Academisch proefschrift. Vrije Universiteit Amsterdam.

Met het proefschrift samenhangende publicaties

- Laban CJ (2015) Resilience-oriented Treatment of Traumatized Asylum seekers and Refugees. In: Schouler-Ocak M (ed) *Trauma and Migration*, Elsevier/ Springer.
- Laban Cornelis J., Hurulean E, Attia A. (2014) Treatment of asylum seekers: resilience oriented therapy and strategies (ROTS). In: S. Golsabahi-Broclawski, I. Ozkan, A. Artur Broclawski (Ed.) *Transkulturelle Psychiatrie, Erfahrungen von Experten aus der EU*, Li Verlag Dr.W.Hopf Berlin.
- Laban CJ, Hurulean E, Attia A (2010) Asielzoekers en vluchtelingen In: Jong de Joop, Sjoerd Colijn. *Handboek Culturele Psychiatrie en Psychotherapie*. De Tijdstroom, Utrecht.
- Laban CJ, Komproe IH Gernaat HBPE, De Jong JTVM (2008) Impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 43: 507-515.
- Laban CJ, Gernaat HPBE, Komproe IH, De Jong JTVM (2007) Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 42:837-844.
- Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, Van Tweel I, De Jong JTVM (2005) Post migration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 193: 825-832.
- Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, Schreuders GA, De Jong JTVM (2005) Invloed van de duur van de asielprocedure op de prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Iraakse asielzoekers in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 47: 734-752.
- Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, Schreuders GA, De Jong JTVM (2004) Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192:843-852.
- Laban Cornelis J. (2015) Good news for the traumatized and their helpers. Incorporating resilience in the treatment of asylum seekers and refugees. *Bulletin of the Netherlands Society for Tropical Medicine and International Health* 6;02 9-11. [https://www.researchgate.net/publication/282734772\\_Good\\_news\\_for\\_the\\_traumatized\\_and\\_their\\_helpers\\_-\\_Incorporating\\_resilience\\_in\\_the\\_treatment\\_of\\_asylum\\_seekers\\_and\\_refugees](https://www.researchgate.net/publication/282734772_Good_news_for_the_traumatized_and_their_helpers_-_Incorporating_resilience_in_the_treatment_of_asylum_seekers_and_refugees)

**Bijlage 1**

**Socio-demographic, adverse life events, post migration living problems and health characteristics in at random samples of Iraqi asylum seekers arrived < 6 months (Group 1) versus > 2 years (Group 2) in the Netherlands, 2000-2001**

Variables	Group 1 (n=143)	Group 2 (n=151)	Total (n=294)	P-value
Stay in months (mean, SD)	2.51(1.16)	36.77(6.30)	20.12 (17.76)	P<0.0005, T(292) = 63.66
Sex (%)				P<0.0005, c <sup>2</sup> (1)=27.31
Male	49.7	78.8	64.6	
Female	50.3	21.2	35.4	
Age (mean,SD)	35.5 (14.7)	35.3(10.7)	35.4(12.8)	n.s.
Adverse life events (%)				
Till 13st year	22.4	37.1	29.9	P=0.006, c <sup>2</sup> (1)=7.58
Between 13st year and departure	61.5	73.5	67.7	P=0.028, c <sup>2</sup> (1)=4.81
Between departure and arrival	23.1	51.0	37.4	P<0.0005, c <sup>2</sup> (1)=24.44
After arrival	14.0	46.4	30.6	P<0.0005, c <sup>2</sup> (1)=36.23
Post migration living problems (mean, SD)				
Family related issues <sup>1</sup>	36.54(26.55)	52.81(24.24)	44.90(26.62)	P<0.0005, t(292)=-5.49
Discrimination <sup>1</sup>	2.05(7.92)	11.17(21.01)	6.74(16.65)	P<0.0005, t(292)=-4.87
Asylum proc. related issues <sup>1</sup>	48.58(25.35)	60.13(23.23)	54.51(24.97)	P<0.0005, t(292)=-4.07
Socioeconomic living conditions <sup>1</sup>	22.35(19.16)	32.48(21.08)	27.55(20.76)	P<0.0005, t(292)=-4.30
Socio-religious aspects <sup>1</sup>	12.96(17.46)	14.48(17.19)	13.74(17.31)	n.s.
One or more psychiatric disorder (%)	42.0	66.2	54.4	P<0.0005, c <sup>2</sup> (1)=17.44
Anxiety disorder (cluster)	14.0	30.5	22.4	P=0.001, c <sup>2</sup> (1)= 11.45
Depressive disorder (cluster)	25.2	43.7	34.7	P=0.001, c <sup>2</sup> (1)= 11.14
Somatoform disorder (cluster)	4.9	13.2	9.2	P=0.013, c <sup>2</sup> (1)= 6.14
Post Traumatic Stress disorder	31.5	41.7	36.7	n.s.
Alcohol dependence	0	6.6	3.4	P=0.002, c <sup>2</sup> (1)= 9.80
Overall Quality of life (mean, SD) <sup>2</sup>	2.88 (0.99)	2.23 (1.14)	2.55 (1.11)	P<0.0005, Z(294)= -5.29
Perceived Qol general health (mean,SD) <sup>3</sup>	3.06 (1.15)	2.74 (1.27)	2.89 (1.22)	P=0.017, Z(294)= -2.39
Physical and Role Disability (mean,SD) <sup>4</sup>	17.31(7.43)	19.25(6.77)	18.30 (7.15)	P=0.020, t(292)=-2.34
Days of disability (mean,SD) <sup>5</sup>	5.37 (8.24)	7.68 (9.17)	6.56 (8.80)	P=0.024, t(292)=-2.27
Physical diseases (mean, SD) <sup>6</sup>	0.85 (1.18)	0.84 (0.98)	0.85 (1.08)	n.s.
Physical complaints (mean, SD) <sup>6</sup>	0.83 (1.38)	1.62 (1.58)	1.23 (1.54)	P=0.0005, t(292)= 4.52

<sup>1</sup> range: 0 (not worried) -100 (extremely worried about the issues)

<sup>2</sup> scale of 1 (very bad) -- 5 (very good)

<sup>3</sup> scale of 1 (very bad) – 100 (very good)

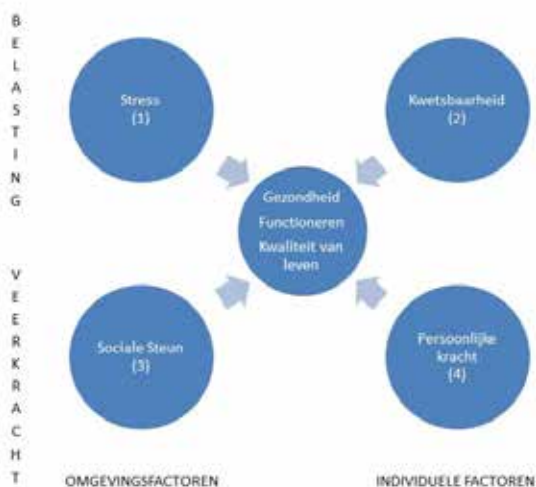
<sup>4</sup> range: 11 (no impairment at all) – 33 (serious impairment)

<sup>5</sup> range: 0 -31 (number of days of serious impairment in last months)

<sup>6</sup> range: diseases: 0-12; complaints: 0-6

n.s.: not significant P>0.05

## Bijlage 2



- Vroegere en huidige stresserende omstandigheden (1) worden geëvalueerd. In de behandeling wordt onderzocht welke stressfactoren aangepakt kunnen worden, en hoe, en welke (voorlopig) niet.
- Ook de kwetsbaarheidsfactoren (2) worden geanalyseerd (bijvoorbeeld genetisch, slechte jeugd, chronische fysieke klachten).
- De sociale steun (3) en de persoonlijke kracht (4) (= veerkrachtfactoren) worden in kaart gebracht en zo goed mogelijk ontwikkeld en ondersteund.
- De krachtfactoren worden onderscheiden in biologische, psychologische, sociale, culturele en existentiële/zingeving factoren. De culturele factoren worden op De Evenaar uitgevraagd met behulp van het cultureel interview.<sup>12</sup>



*Dit artikel werd geschreven op verzoek van de redactie van GGZet Wetenschappelijk n.a.v. het proefschrift van dr. Annerieke de Vos getiteld 'Insight in psychosis: metacognitive processes and treatment', dat zij op woensdag 21 september 2016 verdedigde.*

## Inzicht in psychose

*Annerieke de Vos*

'Mijn jongere broer lijdt aan schizofrenie. Al meer dan 10 jaar vecht hij samen met zijn familie tegen deze aandoening. Zijn toestand verslechterde tot een punt waar er geen controle meer was. [...] en ondanks al onze inspanningen werd hij dakloos. [...] Hij is meerdere malen in behandeling geweest waarbij hij medicatie kreeg en opknapte. Ondanks dat het dan beter ging geloofde hij niet dat er iets met hem aan de hand was. Schizofrenie was onzin en hij had er geen last van. Het resultaat was dat hij zijn medicatie niet meer nam en de cyclus weer opnieuw startte waardoor hij wederom psychotisch en dakloos werd.' (vrij vertaald vanuit het Engels, Anonymous, Schizophrenia Bulletin, 2015)

Beperkt inzicht in hun problemen bij mensen met een psychotische stoornis, kan ingrijpende gevolgen hebben. Een verminderd inzicht in de eigen mentale toestand komt in meer en mindere mate voor bij verschillende neurologische en psychiatrische aandoeningen (Amador & David, 2004; Heilman, 2014). Bij schizofrenie gaat het zelfs om de meerderheid van de patiënten (Dam, 2006). Tijdens een psychose kan iemand het contact met de werkelijkheid (gedeeltelijk) kwijtraken. Tevens kan er sprake zijn van wanen, hallucinaties en verward denken. Mensen met schizofrenie hebben daarnaast vaak cognitieve problemen zoals verminderde concentratie, moeite met plannen en overzicht houden, emotionele afvlakking en verminderd initiatief in sociale interacties (DSM-IV-TR, APA).

Patiënten met beperkt inzicht herkennen en beseffen minder goed dat ze een psychische aandoening hebben en dat er hulp van anderen nodig is, waarbij ze aanwezige symptomen niet toeschrijven aan hun psychische aandoening. Zoals in bovenstaand voorbeeld beschreven is het lastig om als familie of hulpverlener iemand te helpen die zelf niet vindt dat er iets aan de hand is. Zo mogelijk nog belangrijker: cliënten ervaren hierdoor een lager welbevinden (zie voor systematische review: Lincoln et al., 2007). Daarom is het belangrijk om meer te weten te komen over welke processen een rol spelen bij verminderd inzicht en hoe inzicht verbeterd kan worden.

Het doel van het proefschrift 'Insight in psychosis: metacognitive processes and treatment' was het onderzoeken van de relatie tussen metacognitieve processen en beperkt inzicht bij mensen met schizofrenie. Metacognitie is een overkoepelende term die gebruikt wordt om processen aan te duiden die betrokken zijn bij het creëren en analyseren van complexe ideeën over jezelf en anderen (Lysaker et al., 2008), of anders gezegd: 'denken over je denken'. Om te zien welke hersengebieden

daarbij betrokken zijn is er gebruik gemaakt van fMRI (functional Magnetic Resonance Imaging). Dit is een methode om activiteit in het brein te onderzoeken met behulp van magnetevelden. Daarnaast is de effectiviteit van een nieuwe interventie om inzicht te verbeteren onderzocht en werd bekeken of veranderingen in inzicht gerelateerd zijn aan veranderingen in het brein.

### Feedback van anderen

In het dagelijks leven krijgen we regelmatig te maken met feedback van anderen (bijv. 'Volgens mij kan je dit beter anders aanpakken'). In zo'n geval beslissen we, al dan niet bewust, of we deze feedback gaan gebruiken om ons handelen en denken (een volgende keer) aan te passen. Mensen met schizofrenie krijgen (bijvoorbeeld van hun familie) te horen dat het minder goed met ze gaat en dat hulp zoeken een goed idee zou zijn. Mensen met beperkt inzicht kunnen dit soort berichten aan de kant schuiven vanuit de vooronderstelling 'met mij is toch niks aan de hand?'. In zo'n geval gaat het vaak om feedback die over hen zelf gaat, oftewel zelf-gerelateerde feedback. Zelf-gerelateerde feedback kan expliciet (bewust) of impliciet (onbewust) aangeboden worden. Het zou kunnen dat mensen met beperkt inzicht minder goed zijn in het integreren van feedback in evaluaties van eigen functioneren. Derhalve was de onderzoeksvraag in hoeverre inzicht bij mensen met schizofrenie gerelateerd is aan het vermogen expliciete en impliciete feedback te verwerken en daar ook iets mee te doen. De verwachting was dat mensen met een diagnose schizofrenie en beperkt inzicht hier minder goed in zouden zijn. Dit is onderzocht door 34 proefpersonen twee verschillende taken voor te leggen. In de eerste taak (Wisconsin Card Sorting test; Koren et al., 2004) deden zij een kaartspel waarin ze na elke gelegde kaart *expliciete* feedback kregen (bijv. 'dat was een slimme zet'). Hierna kregen ze de kans om hun antwoord in die ronde aan te passen. Zoals verwacht lieten de resultaten zien dat mensen met beperkt inzicht minder goed waren in het aanpassen van antwoorden na het krijgen van deze expliciete feedback. In de tweede taak, een geheugentaak (N-back, Bengtsson et al., 2011), kregen proefpersonen in een snel tempo letters te zien. Deze letters moesten ze onthouden terwijl ze tegelijkertijd de letter moesten noemen die twee aanbiedingen eerder te zien was. Dit werd afgewisseld met een ander deel van de taak, waarin proefpersonen een vijftal woorden te zien kregen, waarvan de zinsvolgorde was gehusseld. De vraag was of van deze vijf woorden een logische Nederlandse zin te maken was. In twee derde van deze zinnen was een woord 'verstopt' dat het concept *dom* ('geef antwoord ik dom een') of *slim* ('ik ideeën vaak intelligente heb') in zich had, en in één derde van de zinnen was dit niet het geval (*neutraal*). Door mogelijk het zelfbeeld ('ik ben slim of dom') te beïnvloeden presteren mensen over het algemeen beter (na een sessie met 'slimme' woorden) of juist minder goed (na een sessie met 'domme' woorden) op een daaropvolgende taak (in dit geval de geheugen taak). Hoewel de verwachting was dat deze impliciete beïnvloeding (*impliciete feedback*) beter zou lukken bij mensen met goed inzicht in vergelijking met mensen met beperkt inzicht, hebben we hiervoor in onze data geen aanwijzingen gevonden.

De resultaten van de bovenstaande studie laten zien dat er aanwijzingen zijn dat mensen met schizofrenie en beperkt inzicht expliciete informatie minder gebruiken in het handelen, dan mensen met beter inzicht. Dit kan verklaard worden uit het



idee dat wanneer we nieuwe expliciete informatie over onszelf binnen krijgen, we deze vergelijken met kennis die we al over onszelf hebben (Mograbi & Morris, 2013). In sommige gevallen past de informatie binnen het beeld dat we van onszelf hebben en nemen we het aan/slaan we het op en handelen we ernaar. Wanneer nieuwe informatie anders is dan het beeld dat we van onszelf hebben dan moeten we kijken wat we met deze informatie gaan doen: passen we ons zelfbeeld aan of verwerpen we de informatie? De resultaten van deze studie geven aanwijzingen dat dit bij mensen met schizofrenie en beperkt inzicht minder goed gaat. Dit zou ertoe kunnen leiden dat zij een minder adequaat beeld hebben van zichzelf waarin aspecten zoals psychische symptomen niet worden verwerkt.

### **Spiegeltje, spiegeltje aan de wand**

Elke dag zijn we bezig om ons gedrag, onze gedachten en ons gevoel te evalueren (bijv. 'Had ik dat nou wel of niet tegen die collega moeten zeggen?'). Dit is een aspect van zelfreflectie. Zelfreflectie wordt beschreven als het metacognitieve proces waarbij je evalueert in hoeverre bepaalde informatie op jou van toepassing is, en vervolgens bijdraagt aan het vormen van het zelfbeeld. Je houdt jezelf dus als het ware een spiegel voor. Een verwachting is dat wanneer zelfreflectie minder goed gaat, iemand een minder realistisch beeld van zichzelf heeft. In het verlengde hiervan zou het kunnen dat mensen met schizofrenie en beperkt inzicht minder goed kunnen reflecteren op zichzelf, waardoor sommige ziektegerelateerde ervaringen geen onderdeel van het zelfbeeld zijn. In de volgende studie is er onderzoek gedaan naar de relatie tussen zelfreflectie en activatie van hersengebieden die normaal gesproken betrokken zijn bij het zelfreflectie proces. Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de hersengebieden die betrokken zijn bij zelfreflectie en deze toonden geassocieerde gebieden die voor in het brein liggen en die langs de middenlijn van de hersenen liggen, ook wel de corticale midline structuren (CMS) genoemd (Murray et al., 2012; Van der Meer et al., 2010). In deze studie was de verwachting dat mensen met schizofrenie en beperkt inzicht minder activatie zouden hebben in bovenstaand netwerk van hersengebieden tijdens zelfreflectie dan mensen met schizofrenie en goed inzicht. Dit is onderzocht door 47 mensen met schizofrenie een zelfreflectie taak te laten doen in een fMRI scanner. Tijdens het maken van fMRI scans wordt door middel van een sterk magnetisch veld en radiopulsen een beeld gemaakt van het brein, waarbij activiteit in het brein onderzocht kan worden tijdens bijvoorbeeld een psychologische taak. De zelfreflectie taak die hiervoor werd gebruikt bestaat uit zinnen die gaan over jezelf ('ik ben aardig'), een ander ('mijn broer is aardig') of algemene kennis ('Groningen is de hoofdstad van Nederland'). Proefpersonen werd gevraagd om aan te geven in hoeverre de zin op hen van toepassing was. Er werd niet gekeken of het antwoord klopte met hoe iemand daadwerkelijk is. Het doel van de taak was het activeren van hersengebieden betrokken bij zelfreflectie doordat iemand over zichzelf nadenkt. Dit werd gedaan door de hersenactiviteit tijdens het nadenken over jezelf af te trekken van de hersenactiviteit tijdens het nadenken over anderen of algemene kennis. Dan houd je als het ware alleen de activiteit 'over' die specifiek gerelateerd is aan het reflectieproces over jezelf. Zoals verwacht lieten de resultaten zien dat mensen met schizofrenie en beperkt inzicht, vergeleken met mensen met schizofrenie en goed inzicht, minder activatie hadden

in de ventrolaterale prefrontale cortex (vóór in het brein) en de inferieure pariëtale cortex (boven in het brein). Deze hersengebieden zijn beide onder andere betrokken bij het integreren van informatie over jezelf en anderen (bijv. Damasio, 1999; Ruby en Decety, 2001). Mensen met beperkt inzicht lijken dus minder goed te zijn in het integreren van informatie over zichzelf en informatie van anderen, wat kan leiden tot een zelfbeeld waarin ziektegerelateerde kenmerken niet of nauwelijks een onderdeel zijn. Dit leidt tot de hypothese dat het stimuleren van zelfreflectie zou kunnen leiden tot beter inzicht bij mensen met schizofrenie.

### **Wat denk jij?**

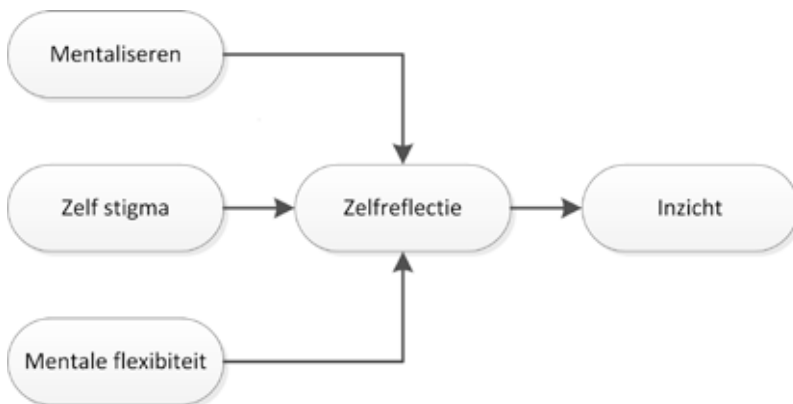
Hoe wij onszelf zien hangt deels af van hoe wij denken dat anderen ons zien. Anders gezegd: wanneer je door de ogen van een ander naar jezelf kijkt, geeft dat informatie over jezelf. Soms geven mensen expliciete feedback (bijv. ‘dat was aardig van je’), maar in veel gevallen is dat niet het geval. In dat soort gevallen moeten we bedenken of inbeelden wat de ander denkt en voelt. Dit wordt ook wel Theory of Mind of mentaliseren genoemd (Frith, 1992). Uit onderzoek blijkt dat er verschillende hersengebieden betrokken zijn bij mentaliseren, zoals de prefrontale cortex en temporopariëtale cortex (achterzijde hoofd en rondom je oren). Mentaliseren wordt vaak onderzocht met een zogenaamde false belief taak. In een dergelijke taak heeft een persoon in een situatie maar een deel van de informatie waardoor hij of zij een verkeerde inschatting kan maken van wat de ander denkt of voelt. Een voorbeeld is dat een proefpersoon de volgende situatie te zien krijgt: een vader zit rustig een mooi boek te lezen. Zijn zoon komt binnen met een slecht rapport. Als een proefpersoon wordt gevraagd hoe de vader zich voelt, dan zal hij/zij waarschijnlijk aangeven dat hij zich tevreden voelt. De vader leest immers een mooi boek. Als er gevraagd zou worden hoe de vader zich zou voelen als hij wist dat zijn zoon achter hem staat met een slecht rapport, dan zal het antwoord wellicht ‘boos’ zijn. Om te kunnen bedenken wat de vader voelt moet iemand zich kunnen inleven in de vader en bedenken wat hij weet en niet weet (Hooker et al., 2007).

Onderzoek laat zien dat mensen met schizofrenie meer moeite hebben met mentaliseren dan mensen zonder schizofrenie (Sprong et al., 2007). Wanneer iemand niet goed kan bedenken wat een ander denkt of voelt, dan kan dat problemen opleveren in sociale interacties (bijv. niet kunnen bedenken dat burens het vervelend vinden dat je midden in de nacht harde muziek draait). Daarnaast kan het moeilijk worden om door de ogen van een ander naar zichzelf te kijken. Dit zou problemen kunnen geven in het aanpassen van het zelfbeeld door de tijd heen (bijv. niet aannemen dat je moeder gelijk heeft wanneer ze zegt dat de stemmen op TV niet tegen jou specifiek praten) en zodoende kunnen bijdragen aan verminderd inzicht. In deze studie werd er onderzoek gedaan naar de relatie tussen beperkt inzicht en breinactiviteit tijdens mentaliseren. De verwachting was dat mensen met schizofrenie en beperkt inzicht minder goed kunnen mentaliseren en dus minder activiteit in hersengebieden laten zien die hierbij betrokken zijn, zoals de temporale pool (TP) en de inferieure frontale gyrus (IFG). Verrassend genoeg werd het omgekeerde gevonden; hoe slechter het inzicht, hoe méér activatie in deze hersengebieden. Er zou hier sprake kunnen zijn van compensatie: bij mensen met slecht inzicht is er meer activiteit nodig voor mentaliseren dan bij mensen met goed

inzicht. De TP is gerelateerd aan autobiografisch geheugen (Corcoran & Frith, 2003). Autobiografisch geheugen is nodig voor mentaliseren om te bedenken wat er eerder in een soortgelijke situatie gevoeld werd. De IFG is gerelateerd aan de mogelijkheid om de eigen visie of perspectief te onderdrukken (Lee et al., 2010; van der Meer et al., 2013). Een mogelijke verklaring voor deze verhoogde activatie van de TP en IFG is dat mensen met beperkt inzicht meer vasthouden aan hun eigen ervaringen en hun perspectief wanneer ze proberen te bedenken wat een ander voelt. Het zou dus kunnen dat wanneer iemand met slecht inzicht probeert door de ogen van een ander naar zichzelf te kijken, hij meer vasthoudt aan zijn eigen perspectief. Dit in plaats van dat dit nieuwe informatie oplevert waardoor iemand op een andere manier naar zichzelf kijkt.

### Inzicht verbeteren

In het eerste deel van het proefschrift is de relatie tussen een aantal metacognitieve processen en beperkt inzicht onderzocht. In de volgende studie is er een psychologische interventie onderzocht waarmee geprobeerd werd inzicht te verbeteren. Dit werd gedaan in een grootschalig onderzoek, waarvoor in zeven GGZ instellingen in Nederland (GGZ Drenthe, Lentis, UCP UMCG, GGZ Friesland, GGZ Noord-Holland Noord, Parnassia en GGZ Centraal) mensen met schizofrenie gevraagd zijn om mee te doen aan een nieuwe psychosociale groepsbehandeling. Deze behandeling is ontwikkeld op basis van een model dat veronderstelt dat mensen met beperkt inzicht onterecht vasthouden aan het beeld van zichzelf dat ze hadden voordat ze de aandoening kregen, waarvan psychiatrische symptomen geen onderdeel zijn (Pijnenborg et al., 2011). Dit model gaat ervan uit gaat dat inzicht verbeterd kan worden door zelfreflectie te stimuleren. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat mensen met beperkt inzicht minder goed zijn in het nemen van het perspectief van een ander. Deze twee onderdelen, zelfreflectie en mentaliseren, hebben we in eerdere hoofdstukken van dit proefschrift onderzocht. Zoals eerder uitgelegd kan het helpen om door de ogen van een ander kritisch naar jezelf te kijken en indien nodig je zelfbeeld aan te passen. Tevens zijn er veel negatieve stereotypische opvattingen over schizofrenie in de samenleving, ook wel stigma genoemd (bijv. 'Als je schizofrenie hebt ben je gevaarlijk'). Deze negatieve opvattingen kunnen ervoor zorgen dat



mensen ontkennen dat ze schizofrenie hebben. Ten slotte moet iemand in staat zijn om te kunnen switchen tussen nieuwe verklaringen en moeilijke denkstappen hierin kunnen nemen, ook wel mentale flexibiliteit genoemd.

Door bovenstaande processen te stimuleren was de verwachting dat inzicht zou verbeteren. Om uiteindelijk te kunnen zeggen of een behandeling werkt, moet deze naast een zogenaamde controle conditie gelegd worden zodat kan worden uitgesloten dat inzicht verbetert om een andere reden. In de controle conditie gebruikt in dit onderzoek kregen mensen een training die net zo vaak plaatsvond en net zo lang duurde, maar een andere inhoud had. Het doel van de controle conditie was het trainen van aandacht en geheugen. Het idee was dat dit geen invloed zou hebben op inzicht. Patiënten die meededen aan het onderzoek werden door loting in de interventie of de controle conditie ingedeeld. Verrassend genoeg lieten de resultaten zien dat inzicht verbeterde in beide groepen. Een eerste gedachte is dat inzicht verbetert over de tijd ongeacht wat je doet, echter is uit eerder onderzoek gebleken dat inzicht (met name na de beginfase) relatief stabiel is (Pijnenborg et al., 2013; van Baars et al., 2013). Dit betekent dat zowel de nieuwe training inzicht verbeterde, maar het trainen van aandacht en geheugen dus ook. Inmiddels zijn er ook andere studies die laten zien dat het trainen van aandacht en geheugen inzicht verbetert (Lalova et al., 2013). Dit betekent dat er specifiekere gekeken moet worden welke elementen nu daadwerkelijk betrokken zijn bij het verbeteren van inzicht. Doordat het inzicht in beide groepen van het onderzoek verbeterde, konden deze elementen verder worden onderzocht. In de laatste studie van het proefschrift was de vraag of bij mensen met schizofrenie van wie het inzicht verbeterde ook veranderingen te zien waren in het brein (ongeacht welke behandeling ze gevolgd hadden). Deelnemers werden gevraagd om voor én na de behandeling dezelfde zelfreflectie taak (hierboven beschreven) te doen, liggend in de fMRI scanner. Vervolgens werd er gekeken naar veranderingen in *functionele connectiviteit*. Met deze methode kan er in kaart gebracht worden welke hersengebieden (met elkaar verbonden in netwerken) met elkaar samenwerken tijdens een taak. De verwachting was dat netwerken betrokken bij de zelfreflectie taak de tweede keer in de scanner beter zouden samenwerken bij mensen met schizofrenie en verbeterd inzicht dan bij hen bij wie het inzicht juist verslechterde. Verrassend genoeg lieten de resultaten zien dat bij mensen met schizofrenie bij wie het inzicht verbeterde de netwerken *minder* sterk samenwerkten dan bij mensen bij wie het inzicht verslechterde. Het betrof hier een netwerk dat gevonden was bij eerdere zelfreflectie studies (het zogenaamde default mode netwerk; Liemburg et al., 2012) en een netwerk dat betrokken is bij controle uitoefenen (linker fronto-pariëtale netwerk; Niendam et al., 2012). Bij mensen bij wie het inzicht verslechterde was deze samenwerking sterker. Een van de mogelijke verklaringen voor deze bevinding is dat bij mensen van wie het inzicht verbetert, het reflecteren op zichzelf beter gaat, waardoor een dergelijke zelfreflectie taak minder moeite kost. Deze veronderstelling wordt gesteund door een eerdere studie naar zelfreflectie en beperkt inzicht (Ćurčić-Blake et al. 2015), maar vraagt om verder onderzoek met grotere groepen mensen.

## Conclusie

Het doel van het proefschrift *'Insight in psychosis: metacognitive processes and treatment'* was het onderzoeken van de relatie tussen metacognitieve processen en verminderd inzicht bij mensen met schizofrenie. Daarnaast is geprobeerd inzicht te verbeteren met een nieuwe psychologische behandeling en werd er onderzocht of veranderingen in inzicht gerelateerd zijn aan veranderingen in het brein. Als de bevindingen van het proefschrift worden samengenomen dan kan er een gemene deler aangewezen worden. Mensen met schizofrenie en beperkt inzicht lijken moeite te hebben met het integreren van informatie van anderen en van zichzelf, wat leidt tot een representatie van zichzelf waarin ziektegerelateerde ervaringen niet zijn meegenomen. Een betere integratie van dergelijke informatie zou kunnen leiden tot een beter sociaal functioneren en grotere behandel-effecten. Dit betekent overigens niet dat iemand het eens hoeft te zijn met een door professionals gestelde diagnose ('ik heb schizofrenie'). Beter inzicht is te beschouwen als de mate waarin iemand in staat is om eigen gedrag en beleving in een narratief kader te plaatsen dat begrepen wordt door de omgeving en dat de persoon helpt eigen doelen te realiseren. Deze zienswijze vermijdt dat er discussie ontstaat over een diagnostisch label. De resultaten van dit proefschrift ondersteunen een dergelijke visie. Samenvattend gaat het bij goed inzicht niet om het accepteren van een diagnostisch label, maar om een complex proces van integreren van informatie van jezelf en anderen in een veelzijdig en realistisch zelfbeeld. Het bevorderen van deze integratie zou kunnen bijdragen aan het herstel bij mensen met schizofrenie.

De onderzoeken vonden plaats onder leiding van André Aleman, hoogleraar Cognitieve Neuropsychiatrie bij de afdeling Neurowetenschappen van het Universitair Medisch Centrum Groningen en de afdeling Psychologie van de Rijksuniversiteit Groningen, Marieke Pijnenborg, hoogleraar klinische psychologie bij de afdeling gedrags- en maatschappij wetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen, hoofd research van GGZ Drenthe en Lisette van der Meer, senior onderzoeker bij de afdeling langdurige rehabilitatie van Lentis en het Rob Giel Onderzoekcentrum. Aan de verschillende onderzoeken deden o.a. mensen mee die onder behandeling zijn bij GGZ Drenthe, Lentis, GGZ Friesland, het Universitair Centrum Psychiatrie van het UMCG, Parnassia, GGZ Centraal en GGZ Noord-Holland Noord.

## Referenties

- Amador, X. F., & David, A. S. (2004). *Insight and psychosis*. Oxford: Oxford University Press.
- Anonymous. (2015). Video and Poor Insight in Persons With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, Online 17 March 2015.
- Bengtsson, S. L., Dolan, R. J., & Passingham, R. E. (2011). Priming for self-esteem influences the monitoring of one's own performance. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 6(4), 417–425.
- Corcoran, R., & Frith, C. D. (2003). Autobiographical memory and theory of

- mind: evidence of a relationship in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 33(5), 897–905.
- Ćurčić-Blake, B., van der Meer, L., Pijnenborg, G. H. M., David, A. S., & Aleman, A. (2015). Insight and psychosis: Functional and anatomical brain connectivity and self-reflection in Schizophrenia. *Human Brain Mapping*, 36(12), 4859–68.
  - Dam, J. (2006). Insight in schizophrenia: a review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(2), 114–20.
  - Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York, NY: Hartcourt Brace.
  - Frith, C. D. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia. Essays in cognitive psychology*. Hove, UK: L. Erlbaum Associates.
  - Heilman, K. M. (2014). Possible mechanisms of anosognosia of hemiplegia. *Cortex; a Journal Devoted to the Study of the Nervous System and Behavior*, 61, 30–42.
  - Hooker, C. I., Verosky, S. C., Germine, L. T., Knight, R. T., & D’Esposito, M. (2008). Mentalizing about emotion and its relationship to empathy. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 3(3), 204–217.
  - Koren, D., Seidman, L. J., Poyurovsky, M., Goldsmith, M., Viksman, P., Zichel, S., & Klein, E. (2004). The neuropsychological basis of insight in first-episode schizophrenia: a pilot metacognitive study. *Schizophrenia Research*, 70(2-3), 195–202.
  - Lalova, M., Baylé, F., Grillon, M.-L., Houet, L., Moreau, E., Rouam, F., Piolino, P. (2013). Mechanisms of insight in schizophrenia and impact of cognitive remediation therapy. *Comprehensive Psychiatry*, 54(4), 369–80.
  - Lee, S. J., Kang, D. H., Kim, C.W., Gu, B. M., Park, J.-Y., Choi, C.-H., Kwon, J. S. (2010). Multi-level comparison of empathy in schizophrenia: An fMRI study of a cartoon task. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 181(2), 121–129.
  - Liemburg, E. J., van der Meer, L., Swart, M., Ćurčić-Blake, B., Bruggeman, R., Knegeter, H., & Aleman, A. (2012). Reduced connectivity in the self-processing network of schizophrenia patients with poor insight. *PLoS One*, 7(8), e42707.
  - Lincoln, T. M., Lullmann, E., & Rief, W. (2007). Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1324–1342.
  - Lysaker, P. H., Warman, D. M., Dimaggio, G., Procacci, M., Larocco, V. A., Clark, L. K., Nicolo, G. (2008).
  - Metacognition in schizophrenia: associations with multiple assessments of executive function. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(5), 384–389.
  - Mograbi, D. C., & Morris, R. G. (2013). Implicit awareness in anosognosia: clinical observations, experimental evidence, and theoretical implications. *Cognitive Neuroscience*, 4(3-4), 181–197.
  - Murray, R. J., Schaer, M., & Debbané, M. (2012). Degrees of separation: a quantitative neuroimaging meta-analysis investigating self-specificity and shared neural activation between self- and other-reflection. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36(3), 1043–59.
  - Niendam, T. A., Laird, A. R., Ray, K. L., Dean, Y. M., Glahn, D. C., & Carter,

- C. S. (2012). Meta-analytic evidence for a superordinate cognitive control network subserving diverse executive functions. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience, 12*(2), 241–68.
- Pijnenborg, G.H.M., Van der Gaag, M., Bockting, C. L., Van der Meer, L., & Aleman, A. (2011). REFLEX, a social-cognitive group treatment to improve insight in schizophrenia: study protocol of a multi-center RCT. *BMC Psychiatry, 11*(1), 161.
  - Pijnenborg, G. H. M., van Donkersgoed, R. J. M., David, A. S., & Aleman, A. (2013). Changes in insight during treatment for psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research, 144*(1-3), 109–17.
  - Ruby, P., & Decety, J. (2001). Effect of subjective perspective taking during simulation of action: a PET investigation of agency. *Nature Neuroscience, 4*(5), 546–50.
  - Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J., & van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 191*, 5–13.
  - Van Baars, A. W. B., Wierdsma, A. I., Hengeveld, M. W., & Mulder, C. L. (2013). Improved insight affects social outcomes in involuntarily committed psychotic patients: a longitudinal study in the Netherlands. *Comprehensive Psychiatry, 54*(7), 873–9.
  - Van der Meer, L., Costafreda, S., Aleman, A., & David, A. S. (2010). Self-reflection and the brain: a theoretical review and meta-analysis of neuroimaging studies with implications for schizophrenia. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 34*(6), 935–46.
  - Van der Meer, L., Groenewold, N. A., Pijnenborg, M., & Aleman, A. (2013). Psychosis-Proneness and Neural Correlates of Self-Inhibition in Theory of Mind. *PLoS ONE, 8*(7), e67774.





# Emoties, zelf en psychopathologie<sup>1</sup>

*Liwen Zhang PhD*

Liwen Zhang promoveerde 26 september 2016 aan de Rijksuniversiteit in Groningen op het proefschrift getiteld 'Emotion, self and psychopathology'. Zij vertegenwoordigt een groeiende groep Chinese wetenschappers die in Groningen onderzoek doet en promoveert. Niet zelden een opstap tot een internationale carrière. Onder aanvoering van professor Aleman, van het Neuroimaging Center in Groningen, vindt een groot aantal onderzoeken plaats naar het functioneren van de hersenen, waar veel noordelijke GGz instellingen bij betrokken zijn, o.a. via het Rob Giel Onderzoekcentrum. Veel onderzoeken worden gedaan in samenwerking met en voor patiënten met psychiatrische problemen, maar ook met gezonde vrijwilligers. De in principe klinisch gerichte onderzoeken bieden ook veel ruimte om meer fundamentele vragen te stellen over hoe onze hersenen werken in relatie tot onze omgeving. Het proefschrift van Liwen Zhang, tot stand gekomen onder begeleiding van André Aleman, Esther Opmeer, Eric Ruhe en haar medeauteurs, houdt zich bezig met vragen over emotieregulatie en zelfreflectie, deels in relatie tot psychopathologie. Het gehele proefschrift is te lezen op de website van de RUG. Hierna volgt de samenvatting van het proefschrift.

## **Wat onderzochten wij en met wie?**

### *Onderzoeksvragen en de onderzochte psychiatrische stoornissen*

In dit proefschrift hebben we ons voornamelijk gericht op twee thema's: emotieregulatie en zelfreflectie. Emotieregulatie wordt gedefinieerd als het proces waarbij strategieën worden gebruikt om de emotionele beleving te veranderen. Door middel van emotieregulatie kunnen de meeste mensen (enigszins) omgaan met de veel voorkomende emotionele gebeurtenissen in ons dagelijks leven. Problemen met emotieregulatie worden regelmatig gesignaleerd in veel psychiatrische stoornissen, waaronder bipolaire stoornis en schizofrenie. Daarom is het voorgesteld dat problemen in emotieregulatie ten grondslag liggen aan de emotionele symptomen bij patiënten met bipolaire stoornis en schizofrenie (namelijk bij bipolaire stoornis, veranderingen in affect tijdens manische/hypomane en depressieve perioden, afgewisseld met stabiele perioden; bij schizofrenie, vervlakt affect) (American Psychiatric Association, 2013). Emotieregulatie in deze stoornissen kan daarom een negatieve invloed hebben op sociaal en beroepsmatig functioneren. Bovendien kan verstoorde emotieregulatie bij emotioneel aangrijpende gebeurtenissen ernstige gevolgen hebben zoals het plegen van zelfmoord, wat vooral voorkomt bij patiënten met een depressie stoornis.

Zelfreflectie is het cognitieve proces om te bepalen of bepaalde informatie, bijvoorbeeld karaktertrekken en gedragingen, gerelateerd is aan de persoon zelf of niet (van der Meer et al., 2010). Dit reflectief vermogen is belangrijk voor het sociaal

---

1 vertaald uit het Engels door E.A.M. van der Ploeg en E.M. Opmeer

functioneren en kwaliteit van leven (Dimaggio et al., 2008; Lysaker et al., 2005), en problemen in zelfreflectie is een veel voorkomend probleem bij patiënten met bipolaire stoornis (Ghaznavi and Deckersbach, 2012; Lyon et al., 1999) en schizofrenie (Holt et al., 2011; Murphy et al., 2010; van der Meer et al., 2013). De onderzoeksvragen in dit proefschrift waren daarom: 1.) Wat is de onderliggende en verschillende neurale basis van emotieregulatie in bipolaire stoornis en schizofrenie?; 2.) Als een mogelijk ernstig gevolg van verstoorde emotieregulatie; Zijn er verschillen in hersenstructuren in mensen met een risico op suïcide?; 3.) Wat zijn de neurale mechanismen onderliggend aan verstoorde zelfreflectie in bipolaire stoornis en schizofrenie?

### *Waarom bipolaire stoornis versus schizofrenie?*

Op klinisch en wetenschappelijk niveau is er een interessante discussie over de relatie tussen bipolaire stoornis en schizofrenie: zijn dit stoornissen die op een zelfde continuüm zitten maar verschillen in ernst of zijn het twee compleet verschillende stoornissen (Craddock and Owen, 2005). Enerzijds zijn er tussen bipolaire stoornis en schizofrenie veel overeenkomsten, zoals dezelfde genen die voor een risico zorgen, psychotische en emotionele symptomen, verminderd cognitief en sociaal functioneren, en structurele veranderingen in de hersenen; terwijl anderzijds ze ook verschillen laten zien in klinische presentatie, cognitieve en neurobiologische aspecten (American Psychiatric Association, 1994; Arnone et al., 2009; International Schizophrenia Consortium et al., 2009; Krabbendam et al., 2005; Lichtenstein et al., 2009; Rowland et al., 2013; Schnack et al., 2014; Schretlen et al., 2007). Wij hebben daarom in onze studies deze interessante vergelijking tussen patiënten met een bipolaire stoornis met een geschiedenis van psychose en patiënten met schizofrenie onderzocht op het gebied van emotieregulatie en zelfreflectie. Deze studies zijn belangrijk, omdat ze kunnen bijdragen aan het begrijpen van de rol van emotieregulatie en zelfreflectie in de gedeelde en unieke symptomen van bipolaire stoornis en schizofrenie, wat zou kunnen bijdragen aan mogelijke prognostische neurale kenmerken van deze twee psychiatrische stoornissen.

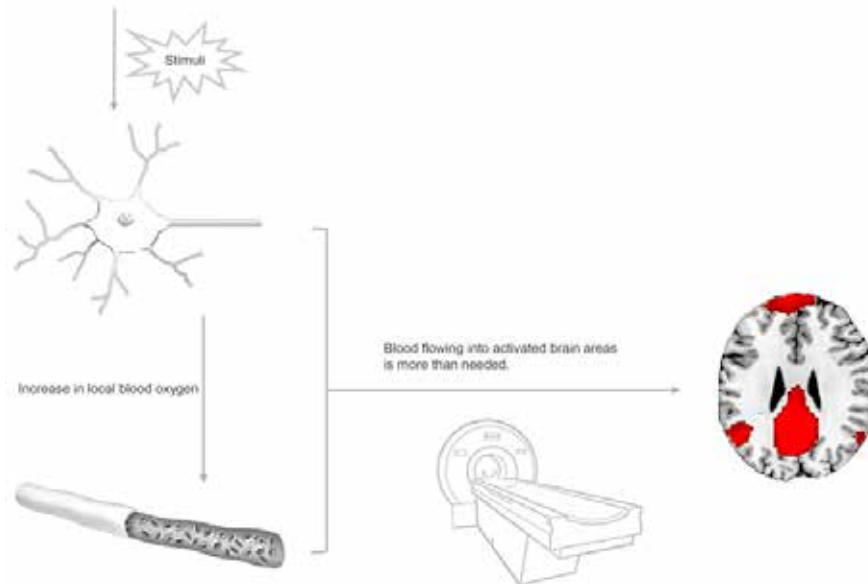
### **Hoe hebben we de neurale correlaten onderzocht?**

In ons onderzoek hebben we ons voornamelijk gericht op de neurale correlaten (i.e. reacties van de hersenen op externe of interne stimuli) tijdens het uitvoeren van een taak, gemeten met functionele Magnetische Resonantie Beeldvorming (*Magnetic Resonance Imaging* [fMRI]). Als neuronen in de hersenen worden geactiveerd door interne of externe prikkels neemt de hoeveelheid zuurstofrijk bloed naar bepaalde hersengebieden toe. Interessant hierbij is dat de hoeveelheid zuurstofrijk bloed die naar bepaalde hersengebieden stroomt meer zuurstof bevat dan door de geactiveerde neuronen wordt gebruikt. fMRI maakt gebruik van dit verschil in de hoeveelheid zuurstofrijk bloed en dit zuurstof-afhankelijke signaal ('*Blood-Oxygen-Level-Dependent*' [BOLD-] signaal) wordt beschouwd als een indicatie van hersenactiviteit (zie Figuur 1).

Om met fMRI een bepaald proces te meten waar je in geïnteresseerd bent, zijn er minstens twee condities nodig: één experimentele conditie, welke het proces van interesse bevat; en één controle conditie, welke niet het proces van interesse bevat.

Idealiter is de experimentele conditie op alle aspecten vergelijkbaar aan de controle conditie, behalve het proces van interesse. Wanneer de activatie tijdens de controle conditie wordt afgetrokken van de activatie tijdens de experimentele conditie, houden we de hersenactivatie over betrokken bij het proces waar we geïnteresseerd in zijn. Als we dus spreken over hersenactivatie bedoelen we eigenlijk het verschil in activatie tussen bepaalde condities.

*Figuur 1. Illustratie van een blood-oxygen-dependent (BOLD) signaal.*



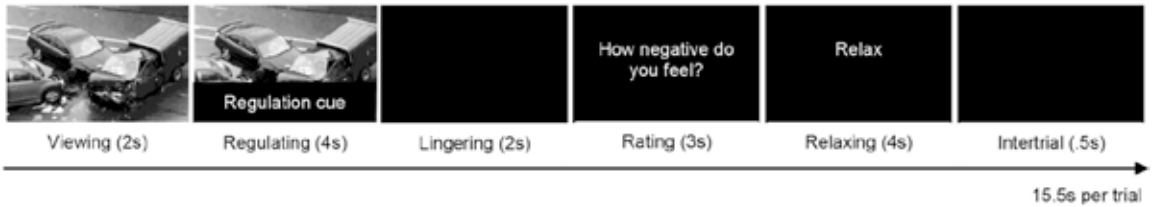
### **Hoe onderzochten we onze onderzoeksvragen en wat hebben we gevonden?**

*Onderzoeksvraag 1: Wat zijn de onderliggende (verschillende) neurale correlaten van emotieregulatie in bipolaire stoornis en schizofrenie? (Hoofdstuk 2 en 3)*

*Methoden.* Om emotieregulatie te onderzoeken werden de onderzoekdeelnemers (patiënten met bipolaire stoornis, patiënten met schizofrenie en gezonde vrijwilligers) gevraagd een emotieregulatie taak uit te voeren (Figuur 2): kijk eerst naar een emotionele gebeurtenis, en begin daarna de emotionele reactie te reguleren of –als controle conditie- blijf gewoon kijken, afhankelijk van de gegeven instructie. Tijdens deze regulatie fase werd de deelnemer gevraagd de gebeurtenis te herwaarderen (dat wil zeggen de getoonde beelden herinterpreteren zodat de ervaren emotie wordt aangepast; bijvoorbeeld, een plaatje van een stervende baby kan worden geherinterpreteerd door te denken dat de baby snel een operatie krijgt en beter gaat worden), of gewoon aandachtig naar de getoonde beelden te blijven kijken (dat wil zeggen kijken naar het beeld zonder de emoties die worden opgewekt te wijzigen; controle conditie). Op deze manier werd ervan uitgegaan dat de condities herinterpreteren en aandacht geven gelijk waren aan elkaar, behalve dat

de eerste conditie herinterpretatie (herwaardering) bevat. Daarom, door de neurale mechanismen van de aandacht conditie af te trekken van de herwaardering conditie (*herwaardering negatief plaatje >aandachtig kijken naar negatief plaatje*), houden we alleen de neurale mechanismen over specifiek voor herwaarderen van negatieve plaatjes en we zien bijvoorbeeld niet de activiteit betrokken bij visuele of emotionele verwerking (waar we niet in geïnteresseerd waren).

*Figuur 2. Illustratie van de taak emotie te reguleren.*



*Wat vonden we?* Tijdens herwaardering toonden patiënten met bipolaire stoornis en schizofrenie verschillen in verstoorde hersenactiviteit. Patiënten met schizofrenie waren in staat om de ventrolaterale prefrontale cortex (VLPFC) te activeren, maar niet om deze activiteit aan te houden en er was geen betrokkenheid van de dorso-laterale prefrontale cortex (DLPFC). Patiënten met bipolaire stoornis lieten echter in de prefrontale gebieden (d.i. VLPFC en DLPFC) afgestompte reacties zien met een late maar niet volgehouden betrokkenheid van de DLPFC tijdens herwaardering. Bovendien zorgde de activiteit in de DLPFC tijdens herwaardering voor een vermindering van activiteit van de amygdala in gezonde personen; terwijl in patiënten met bipolaire stoornis de activiteit in de DLPFC veel minder invloed had op de activiteit van de amygdala. Daarom concludeerden wij dat door deze verminderde effectieve connectiviteit de emotieregulatie door de DLPFC in patiënten met een bipolaire stoornis was verminderd.

*Wat houden deze resultaten in?* In de literatuur wordt gesuggereerd dat de prefrontale cortex (PFC) en hersengebieden betrokken bij emotie verwerking, vooral de amygdala, nauw samenwerken tijdens emotieregulatie, wat duidt op een neuraal netwerk. Het wordt gedacht dat in dit netwerk de PFC de reacties van de emotieverwerkingsgebieden beïnvloedt om emoties te reguleren ((Ochsner and Gross, 2005; Ochsner et al., 2012; Phillips et al., 2003a). De functie van de VLPFC is mogelijk het signaleren van emotioneel belangrijke informatie en of het nodig is om emotieregulatie toe te passen. Het wordt gedacht dat de DLPFC tijdens herinterpretatie betrokken is bij het uitvoeren van cognitieve controle om de emotie te reguleren. Daarom zou het kunnen zijn dat patiënten met schizofrenie in staat zijn om emotionele informatie op de juiste wijze te herkennen, maar dat zij de emotionele informatie niet voldoende vast kunnen houden om te starten met het uitvoeren van de frontale controle (gekenmerkt door een verminderde activatie van de DLPFC). Daarentegen hebben patiënten met een bipolaire stoornis mogelijk problemen in de controle door de prefrontale cortex over hun negatieve emoties (gekenmerkt door verminderde invloed van de DLPFC over de amygdala activiteit

tijdens herwaardering), ondanks hun regelmatige pogingen om te reguleren (late reactie van de DLPFC). De verstoorde cognitieve controle door de DLPFC in patiënten met bipolaire stoornis zou mogelijk kunnen komen door hun verminderde evaluatie van emotionele informatie blijkend uit een verminderde betrokkenheid van de VLPFC tijdens het beginnen van herwaardering. Samenvattend, wij stellen voor dat beperkingen in emotieregulatie in schizofrenie voornamelijk worden veroorzaakt door het niet kunnen vasthouden van de regulerende controle, terwijl beperkingen in emotieregulatie bij patiënten met een bipolaire stoornis worden gekenmerkt door een beperking in het signaleren van de behoefte om te reguleren.

*Onderzoeksvraag 2: Hangt risico op suïcide samen met verschillen in hersenstructuren? (Hoofdstuk 4)*

*Methoden.* Suïcidale gedachten en eerdere suïcidepogingen zijn belangrijke risicofactoren voor suïcide (Hawton and Van Heeringen, 2009). In Hoofdstuk 4 onderzochten we veranderingen in volume van hersenstructuren bij belangrijke risicofactoren voor suïcide (suïcidale gedachten en suïcidepogingen). In dit onderzoek onderzochten wij verschillen in volume in grijze stof (GS, cellichamen) en witte stof (WS, axon bundels).

*Wat vonden we?* Mensen met een risico op suïcide hadden verminderd grijze stof-volume in de DLPFC tot aan de VLPFC. Er was geen verband tussen witte stof-volume en risico op suïcide.

*Wat houden deze resultaten in?* De DLPFC en VLPFC zijn belangrijke gebieden voor de cognitieve controle van emoties. Aansluitend bij het idee dat dysfunctionele emotieregulatie samenhangt met suïcidaal gedrag (Aleman and Denys, 2014; Jollant et al., 2011), stellen wij voor dat een kleinere DLPFC/VLPFC bij suïcidale patiënten mogelijk een kwetsbaarheid vormt voor toekomstig suïcidaal gedrag. Verder onderzoek, naar bijvoorbeeld verandering van activiteit in deze gebieden tijdens bepaalde processen en de netwerken betrokken bij deze gebieden, is nodig om na te gaan of deze prefrontale structurele verandering als potentieel aangrijpingspunt kan worden gebruikt ten behoeve van de preventie van suïcide.

*Onderzoeksvraag 3: Wat zijn de neurale mechanismen die ten grondslag liggen aan een verstoorde zelfreflectie in bipolaire stoornis en schizofrenie?*

*Methoden.* Deelnemers voerden in de fMRI-scanner een zelfreflectietaak uit. Tijdens de zelfreflectietaak werden zinnen getoond aan de deelnemer over kenmerken van de zelf of een naaste. Deze zinnen waren opgesplitst in drie condities: zelfreflectie (zinnen die refereren aan 'Ik/mij'), reflectie op een naaste (familielid of goede vriend), en semantische controlezinnen (algemene kennis). De deelnemers konden op een vier-punts schaal aangeven in hoeverre ze het eens waren met de getoonde zinnen. Hersenactiviteit en functionele connectiviteit (hersenactiviteit in een gebied is gerelateerd aan activiteit in een ander gebied, zonder iets te zeggen over het oorzakelijke verband tussen deze twee gebieden) werden beide onderzocht.

*Wat vonden we?* De belangrijkste bevinding was dat patiënten met bipolaire stoornis

een verminderde functionele connectiviteit tussen de anterieure cingulate cortex (ACC), de ventromediale prefrontale cortex (VMPFC), de insula en de caudatus nucleus lieten zien tijdens zelfreflectie vergeleken met gezonde vrijwilligers. Daarnaast was er bij patiënten met bipolaire stoornis verminderde activiteit in de posterior cingulate cortex (PCC) tot in de precuneus tijdens reflectie op een naaste. Bij patiënten met schizofrenie observeerden we verminderde functionele connectiviteit tussen de insula en PCC tijdens reflectie op een naaste vergeleken met gezonde vrijwilligers. Samengevat lieten zowel patiënten met bipolaire stoornis als schizofrenie verandering zien in hersenactivatie en functionele connectiviteit tijdens reflectie, terwijl patiënten met bipolaire stoornis en schizofrenie ook verschillen lieten zien in hun verstoringen vergeleken met gezonde vrijwilligers.

*Wat houden deze resultaten in?* In gezonde vrijwilligers zijn regelmatig de corticale midline structuren (CMS) gevonden als gebieden die betrokken zijn tijdens reflectie op de zelf en naaste. De CMS bestaan uit de ACC, PCC, VMPC en de dorsomediale prefrontale cortex (DMPFC) die als een netwerk samenwerken (Northoff and Bermpohl, 2004). Gezien de betrokkenheid van de caudatus bij verwerking van beloning en reflectie, kan de verminderde functionele connectiviteit tussen de CMS en de caudatus in bipolaire stoornis samenhangen met een verminderde mogelijkheid tot zelfreflectie en problemen bij het ervaren van beloning tijdens zelfreflectie. Dit zou patiënten met een bipolaire stoornis kunnen ontmoedigen om positieve eigenschappen aan zichzelf toe te schrijven. Gezonde personen hebben inderdaad de neiging om meer positieve dan negatieve gebeurtenissen aan zichzelf toe te wijzen, dit heet een zelf-attributie bias (Mezulis et al., 2004), terwijl patiënten met een bipolaire stoornis een verminderde tot geen zelfattribution bias hebben, wat betekent dat ze veel minder positieve gebeurtenissen aan zichzelf toeschrijven vergeleken met gezonde personen (Lyon et al., 1999; Zhang et al., 2015). Bovendien, doordat patiënten met bipolaire stoornis moeite hebben met het raadplegen van hun autobiografische geheugen tijdens reflectie op naasten (wat tot uitdrukking komt in verminderde PCC activatie), zouden zij mogelijk ook problemen kunnen hebben met het zorgvuldig evalueren van naasten. Dit kan mogelijk worden geassocieerd met hun problemen in sociale cognitie. Daarnaast zou de verminderde functionele connectiviteit tussen de insula (welke is betrokken bij emotieverwerking) en PCC in patiënten met schizofrenie mogelijk kunnen worden gerelateerd aan een verstoorde interactie tussen autobiografisch geheugen en emotionele beleving in relatie tot naasten. Dit hangt mogelijk samen met verminderde sociale interactie, wat kan leiden tot verstoord sociaal functioneren.

### **Wat is de volgende stap?**

Voor een volgende stap in het onderzoek naar emotieregulatie en zelfreflectie in patiënten met bipolaire stoornis en schizofrenie, is het eerst nodig dat deze resultaten ook worden gevonden in een grotere groep deelnemers. Bovendien is het belangrijk om te noemen dat bipolaire stoornis en schizofrenie beide meer dan één ziekteperiode kennen (bijvoorbeeld bipolaire stoornis wordt gekenmerkt door manische/hypomanische, depressieve en euthyme perioden; terwijl in schizofrenie symptomatische perioden van psychosen worden afgewisseld met meer stabiele

fasen met of zonder negatieve symptomen, zoals vlak affect). Omdat onze patiënten met bipolaire stoornis en schizofrenie over het algemeen stabiel waren tijdens het scannen, kunnen we niet zeggen of onze resultaten van toepassing zijn op patiënten met een bipolaire stoornis en schizofrenie tijdens andere ziekteperiodes. Hier is meer onderzoek naar nodig.

Een belangrijke vraag zou nog kunnen zijn: hoe kunnen we deze resultaten in de klinische praktijk gebruiken? Helaas bestaat er nog een gapend gat tussen onze eerste fundamentele resultaten en klinisch gebruik. Echter, stelt u zich voor dat u zoekt naar specifieke plaatsen in een heel groot bos, instrumenten zoals een kompas kunnen helpen in het zoeken en kunnen deze tocht efficiënter maken. Met ons fundamenteel onderzoek hebben we als doel om informatie te geven over veranderingen in de hersenen van psychiatrische patiënten, met schizofrenie en bipolaire stoornis in het bijzonder. Dit kan hopelijk dienen als 'instrument' om verdere klinische behandelingen en preventie te ontwikkelen.





## Over de auteurs

**Mw. dr. M.K. de Boer**, psychiater en onderzoeker bij het Universitair Centrum Psychiatrie (UCP), Universitair Medisch Centrum Groningen

**Mw. dr. N. Boonstra**, lector Zorg & Innovatie in de Psychiatrie, NHL Hogeschool, (opleider) verpleegkundig specialist ggz, VIP team GGZ Friesland

**Mw. prof. dr. S. Castelein**, hoofd Lentis Research & Bijzonder hoogleraar Herstelbevordering bij ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA), faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen

**Mw. drs. B. de Cnodder**, gezondheidszorgpsycholoog en psychotherapeut i.o. tot specialist en i.o. tot psychoanalytisch psychotherapeut, systeemtherapeut. Studeerde in Gent. Werkzaam bij de Ambulante Forensische Polikliniek Groningen, correspondentie: b.cnodder@lentis.nl

**Mw. drs. T. Herder**, arts, psychiater in opleiding bij Lentis te Groningen

**Dhr. dr. H. Knegtering**, psychiater, opleider en hoofd van Lentis Research bij Lentis Groningen, tevens senior onderzoeker NeuroImaging Center, UCP en Rob Giel Onderzoekcentrum van het Universitair Medisch Centrum Groningen

**Mw. drs. S. Kremer**, filosoof en PhD student, werkt als onderzoeker bij FPC Dr. S. van Mesdag te Groningen

**Dhr. dr. C.J. Laban**, psychiater, hoofd behandelbeleid De Evenaar, Centrum voor Transculturele Psychiatrie Noord Nederland, GGZ Drenthe, Beilen/Leeuwarden. Voorzitter Sectie Transculturele Psychiatrie van de World Psychiatric Association

**Mw. drs. A. Malda**, gezondheidszorgpsycholoog, VIP team GGZ Friesland

**Mw. dr. A. de Vos** is psycholoog, deed haar promotieonderzoek bij het Psychose-circuit van GGZ Drenthe en promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Groningen. Momenteel werkt zij als psycholoog bij de GGZ Drenthe, najaar 2016 startte zij, in aansluiting op haar promotie, met de opleiding tot GZ psycholoog

**Mw. dr. L. Zhang**, PhD, psycholoog en onlangs gepromoveerd aan de Rijksuniversiteit Groningen op onderzoek dat uitgevoerd werd bij het NeuroImaging Center van het Universitair Medisch Centrum Groningen

**Mw. A. Zwart**, verpleegkundig specialist ggz, VIP team GGZ Friesland

**Redactie**

Stynke Castelein  
Jos de Keijser  
Rikus Knegtering (*hoofdredacteur*)  
Swanny Kremer  
MARIKE LANCEL

**Secretariaat**

Anneke Scholtens  
Postbus 128  
9470 AC Zuidlaren  
ggzetwetenschappelijk@lentis.nl

**Ontwerp en productie**

Klaas van Slooten, bno

**Oplage**

1000 exemplaren

ISSN 1389-1715



Me

Ze



## WETENSCHAPPELIJK

*Column*

### **Gehaktbal**

Swanny Kremer

### **Psychofarmaca en seksualiteit**

Marrit de Boer, Thalia Herder en Rikus Knegtering

### **Een psychotische stoornis: Het belang van vroegtijdige herkenning en evidence-based behandeling**

Nynke Boonstra, Annemieke Zwart, Aaltsje Malda en Stynke Castelein

### **Hechting en relationeel geweld**

Birgit de Cnodder

### **Invloed van de duur van de asielprocedure op de prevalentie van psychiatrische stoornissen en andere indicatoren van gezondheid bij Irakese asielzoekers in Nederland: een epidemiologische studie**

Kees Laban

### **Inzicht in psychose**

Annerieke de Vos

### **Emoties, zelf en psychopathologie**

Liwen Zhang, PhD

aliseren

stigma

Zelfreflectie

Inzic

