

HAND BOEK PSYCHOSE



ONDER REDACTIE VAN MARK VAN DER GAAG
& TONNIE STARING

Boom

HANDBOEK **PSYCHOSE**

Onder redactie van Mark van der Gaag en Tonnie Staring

Boom

© 2019 M. van der Gaag & T. Staring, p/a Boom uitgevers Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Repro-

ductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Vertaling hoofdstukken 'Overmatige achterdocht (paranoia)' en 'Trauma, posttraumatische stress en psychose': Lieke Berkhuizen
Verzorging omslag: Bart van den Tooren
Verzorging binnenwerk: Bas Smidt

ISBN 978 90 2442 263 0
NUR 777

www.boompsychologie.nl
www.bua.nl

Inhoud

Voorwoord	11
1 Wat is psychose?	13
<i>Mark van der Gaag en Tonnie Staring</i>	
1.1 Inleiding	13
1.2 De definitie van wanen, waanachtige opvattingen, hallucinaties en perceptuele aberraties	15
1.3 Stadiëring	17
1.4 Prevalentie psychoseachtige ervaringen (psychotic-like experiences: PLEs)	17
1.5 De definitie van ultrahoog risico	19
1.6 De psychologie van dopamine	20
1.7 Vierfactoren neurocognitief model	22
1.8 Tot slot	24
2 Hoe ontstaat een psychose?	26
<i>Inez Myin-Germeys, Thomas Vaessen, Zuzana Kasanova en Mark van der Gaag</i>	
2.1 Inleiding	26
2.2 Prevalentie en incidentie	26
2.3 Psychose als een gradatie van ernst	27
2.4 Biologische factoren	28
2.5 Genetische factoren	29
2.6 Omgevingsfactoren	30
2.7 Psychologische mechanismen	35
2.8 Tot slot	39

3	Overmatige achterdocht (paranoïa)	40
	<i>Daniel Freeman</i>	
3.1	Inleiding	40
3.2	De fenomenen conceptualiseren: het paranoïaspectrum	42
3.3	Een cognitief model van paranoïa	45
3.4	Een translationele behandeling voor achtervolgingswanen	50
4	Stemmen horen (auditief-verbale hallucinaties)	56
	<i>Mark van der Gaag en Tonnie Staring</i>	
4.1	Inleiding	56
4.2	Hallucinaties	57
4.3	Prevalentie en beloop	58
4.4	Risicofactoren	60
4.5	Mechanismen en modellen	60
4.6	Assessment	64
4.7	Groepen stemmenhoorders en alternatieve visies	65
5	Cognitie	67
	<i>Marieke Pijnenborg, Ellen Horsselenberg en Lydia Krabbendam</i>	
5.1	Inleiding	67
5.2	Cognitieve functiestoornissen	67
5.3	Neuropsychologische stoornissen in verschillende fasen	72
5.4	Relatie met symptomen	75
5.5	Effect van medicatie	75
5.6	Relatie met dagelijks functioneren	76
5.7	De klinische praktijk: het diagnostisch proces stapsgewijs	76
5.8	Tot slot	79
6	Een psychose vaststellen	80
	<i>Rob van Grunsven</i>	
6.1	Inleiding	80
6.2	Categoriale classificatie en DSM-5	81
6.3	Dimensioneel assessment van symptoomdomeinen	82
6.4	Het diagnostisch proces – een casusbeschrijving	83
6.5	Tot slot	93

7	Preventie van een eerste psychose	94
	<i>Helga Ising en Lucia Valmaggia</i>	
7.1	Inleiding	94
7.2	Stadiëringsmodel	94
7.3	Diagnostiek	95
7.4	Preventieve behandeling	98
7.5	Potentiële nadelen van preventie van psychose	99
7.6	Zorgorganisatie	101
7.7	Competenties voor diagnostiek en behandeling	102
7.8	Tot slot	103
8	Praten met een patiënt met psychose	104
	<i>Joost Baas en Mark van der Gaag</i>	
8.1	Inleiding	104
8.2	Onderhandelen over doelen	106
8.3	De houding van de behandelaar	107
8.4	Andere culturen en wanen	112
8.5	Valkuilen en tips	113
8.6	Voorbeelden	116
8.7	Tot slot	120
9	Organisatie van zorg	121
	<i>René Keet</i>	
9.1	Inleiding	121
9.2	Netwerkpsychiatrie	122
9.3	Community Mental Health	124
9.4	Onderzoek	135
9.5	Tot slot	136
10	Hoe behandel je psychose en comorbiditeit?	137
	<i>Mark van der Gaag</i>	
10.1	Inleiding	137
10.2	UHR	137
10.3	Psychose	138
10.4	Tot slot	143

11	Stigmatisering	144
	<i>José de Jager en Kim Helmus</i>	
11.1	Inleiding	144
11.2	Stigmatisering	145
11.3	Psychose en vooroordelen	146
11.4	Stigmatisering en stadiëring van psychose	147
11.5	Waarom stigmatiseert de mens?	148
11.6	Stigmatisering meten	150
11.7	Wat werkt tegen stigmatisering?	150
11.8	Praktische hulp	156
11.9	Tot slot	159
12	Medicatie	160
	<i>Lex Wunderink</i>	
12.1	Inleiding	160
12.2	Dopaminerge banen	163
12.3	Dopamine en salience	164
12.4	De symptoomdimensies van psychosen	165
12.5	Antipsychotica: profiel, werkzaamheid en bijwerkingen	167
12.6	Stadiëring van psychosen	169
12.7	Respons, remissie, relaps en recovery	177
12.8	Enkele bijwerkingen van antipsychotica en hun aanpak	178
12.9	De behandeling van bijkomende klachten	183
12.10	Nieuwe medicamenteuze behandelopties	185
12.11	Tot slot	186
13	Cognitieve gedragstherapie	187
	<i>Tonnie Staring en Mark van der Gaag</i>	
13.1	Inleiding	187
13.2	Cognitieve benadering van psychose	194
13.3	CGT-behandeling	195
13.4	Tot slot	214

14	Trauma, posttraumatische stress en psychose	216
	<i>Amy Hardy en David van den Berg</i>	
14.1	Inleiding	216
14.2	Welke problemen veroorzaakt trauma bij psychose?	218
14.3	Posttraumatische stress en vervaagde grenzen	225
14.4	Een raamwerk voor PTSp	225
14.5	Traumagerichte cognitieve gedragstherapie voor psychose: een gefaseerde benadering	227
14.6	Tot slot	232
15	Derde generatie CGT	233
	<i>David van den Berg, Joris Corthouts, Kim Helmus, Nienke Boonstra en Bas van Oosterhout</i>	
15.1	Inleiding	233
15.2	Metacognitieve training	233
15.3	Mindfulness	237
15.4	Compassion focused therapy	241
15.5	Acceptance and commitment therapy	244
15.6	Tot slot	247
16	e-Health	248
	<i>Roos Pot-Kolder, Alyssa Jongeneel en Heleen Riper</i>	
16.1	Inleiding	248
16.2	Virtual reality	249
16.3	Smartphone apps	252
16.4	Tot slot	255
17	Familie	256
	<i>Ingeborg Siteur</i>	
17.1	Inleiding	256
17.2	Waarom triadisch werken?	256
17.3	Facetten van triadisch werken	258
17.4	Tot slot	269

18	Herstel en ervaringsdeskundigheid	270
	<i>Alie Weerman, Sander Bartels en Tonnie Staring</i>	
18.1	Inleiding	270
18.2	Herstel	272
18.3	Verschillende aspecten van herstel	273
18.4	Herstelondersteunende zorg	273
18.5	Ervaringsdeskundigheid	275
18.6	Ervaringsdeskundigen in de organisatie	277
18.7	Ervaringskennis bij zorgprofessionals	278
18.8	Bijdragen van ervaringsdeskundigheid	279
18.9	Het verhaal van Sander	280
18.10	Tot slot	282
19	Evidentie voor de behandelingen	283
	<i>Mark van der Gaag</i>	
19.1	Inleiding	283
19.2	De behandeling van UHR	284
19.3	De generieke behandeling van een psychose	287
19.4	De behandeling van wanen	292
19.5	De behandeling van hallucinaties	296
19.6	De behandeling van comorbide problemen	301
19.7	Langdurige psychotische kwetsbaarheid	303
	Literatuur	309
	Register	373
	Over de auteurs	381

Voorwoord

Psychose is een breed concept met veel varianten en mogelijke oorzaken. Psychose is als categorie misschien wel net zo breed als de ‘neurosen’. Alleen is het bij die laatste zo dat er allerhande verschillende stoornislabels zijn, bijvoorbeeld op basis van wat iemand angst geeft (sociale fobie, paniekstoornis). Bij psychose is dat niet het geval, en ook behandelingen zijn minder toegespitst op specifieke varianten. Daar begint echter wel verandering in te komen. Het wordt duidelijk dat de dopaminehypothese meer past bij wanen. En het bewijs voor de effectiviteit van antipsychotica is ook meer op wanen gebaseerd dan op bijvoorbeeld hallucinaties zonder wanen. Cognitieve gedragstherapie werkt gemiddeld weer beter op hallucinaties, en dan zeker bij nog specifiekere doelen, zoals minder gehoorzamen aan bevelshallucinaties. Ook is er hernieuwde aandacht en wetenschappelijk bewijs voor trauma en andere psychosociale omgevingsfactoren in het ontstaan en in de behandeling van psychose.

In dit boek wordt psychose als fenomeen uitgelegd, op een spectrum van mild tot ernstig. Stadiëring is daarbij een belangrijk concept. Het boek is minder gericht op stoornisclassificaties, zoals schizofrenie. De validiteit bij psychiatrische stoornissen ontbreekt. Er is geen biologisch substraat, en biomarkers die diagnostisch aangewend kunnen worden zijn er niet. Psychose komt veel voor, in de algemene bevolking, of als symptoom bij alle niet-psychotische aandoeningen. Psychose is bij andere aandoeningen een ernstmarker, die tot nog toe veel genegeerd is. Ondanks de beperkte focus op stoornissen, is dit boek wel bedoeld voor hulpverleners in de klinische praktijk. We bespreken wat een psychose is, hoe deze ontstaat, en hoe die vastgesteld en behandeld wordt. Hierbij hoort automatisch ook hoe je goed contact maakt en een gesprek voert met iemand met psychose, en waarom de familie betrekken belangrijk is. Daarnaast kan niet ontbreken dat de mens achter de psychose veel aandacht verdient, vanwege de betekenis van psychose, de vaak grote mate van impact op iemands leven en dat van diens naasten, en kwesties zoals stigma en participatie in de samenleving. Zorgorganisatie en samenwerking moeten daarop gericht zijn. Herstel en ervaringsdeskundigheid zijn begrippen die ons blijvend bewust maken van dergelijke thema's.

Veel lezers zullen dit boek doornemen in het kader van een opleiding. Het boek beoogt praktisch en behulpzaam te zijn voor de klinische praktijk. Maar het moet ook een solide wetenschappelijke basis hebben. Die wordt zo veel mogelijk in eenvoudige taal geboden, en de evidentie voor verschillende interventies bij psychose komt voor de geïnteresseerde lezer aan het einde van het boek aan de orde in meta-analyses en de interpretaties daarvan (zie hoofdstuk 19). Wetenschappelijke kennis is bovendien snel achterhaald. Om up-to-date te blijven kunt u zich abonneren op een wetenschappelijke nieuwsbrief, zoals die van www.gedachtenuitpluizen.nl.

Tot slot, we gebruiken in dit boek de term ‘patiënt’ waar het gaat om iemand met psychose die in zorg komt; niet ‘cliënt’. We hebben daarmee niet de bedoeling om de persoon in een passieve rol te plaatsen die naar de autoriteit van de dokter te luisteren heeft, en ook niet om psychose vanuit puur medische modellen te benaderen. Wel zet deze term voor ons duidelijk neer dat iemand niet voor zijn plezier in zorg komt, maar vanuit een probleem waarin gezondheid of zelfbepaling verstoord is geraakt. De hulpverlener heeft dan een andere verantwoordelijkheid voor de patiënt dan iemand die een smartphone verkoopt aan een klant. De patiënt is kwetsbaar in diens rol als hulpvrager en verdient zorg vanuit kennis, kunde en betrokkenheid.

Mark van der Gaag en Tonnie Staring

Wat is psychose?

Mark van der Gaag en Tonnie Staring

1.1 Inleiding

Youssef: heil in het geloof

Youssef, 21 jaar, is al een tijdje depressief en hij ervaart de wereld als slecht. Hij voelt zich ook buitengesloten. Hij heeft gesprekken met een psycholoog, maar komt geregeld niet opdagen. Youssef zoekt zijn heil meer in het geloof. Hij leest de Koran en vindt daarin de antwoorden die hij zoekt, een manier om het slechte in de wereld te begrijpen. Hij leest dat dat komt doordat mensen zich niet overgeven aan Allah en zich niet aan de regels houden. Meer en meer raakt hij in de Koran verdiept en hij gaat niet langer naar zijn studie. Ook vrienden spreekt hij minder. De tekst in de Koran krijgt steeds meer betekenis; op een gegeven moment merkt hij dat de verzen op hem persoonlijk slaan. Een indrukwekkende ervaring. Hij verdiept zich in de boodschap en merkt dat niet alleen woorden in de Koran, maar ook gebeurtenissen op het nieuws aan hem persoonlijk gericht zijn. Precies de dingen die hij zelf denkt, daar wordt in het nieuws op allerlei manieren naar gehint. Youssef voelt zich uitverkoren en begint te denken dat hij een missie heeft. Hij moet de verschillende religies in de wereld met elkaar verbinden om het kwaad te bestrijden. Hij organiseert een reis naar Jeruzalem, maar wordt ook bang. Wat als terroristen zijn onlinegedrag in de gaten hebben gehouden? Hij vreest voor zijn leven. Dan merkt hij op straat dat veel mensen hem aankijken. Hij sluit zich op in zijn huis. Maar na een dag merkt hij dat hij thuis ook niet meer veilig is. Hij begint de stemmen van de terroristen te horen: 'We komen je pakken' en 'Je zult je doel nooit bereiken.' Youssef is nu doodsbenuwd en durft niet meer te slapen.

Youssef heeft een psychose. In medische taal heeft hij betrekkingswanen (het idee dat gebeurtenissen met hem te maken hebben), religieuze en groothedswanen (het idee een missie te hebben), achtervolgingswanen (het idee dat mensen het op hem hebben gemunt) en auditief-verbale hallucinaties (horen van stemmen). In het voorbeeld wordt de context niet geschetst, maar vrijwel altijd zijn er onderdelen in de psychose die ook een relatie hebben met reguliere ervaringen en ideeën van buiten de psychose, bijvoorbeeld in het verleden.

Met psychose wordt in het algemeen bedoeld: iemand is het contact met de (met elkaar gedeelde) realiteit kwijt. Het gaat over wanen (bepaalde opvattingen), hallucinaties (bepaalde waarnemingen) en desorganisatie (chaos in doen, denken en spraak). Dit zijn de dimensies van de ‘positieve symptomen’, ofwel klachten die erbij komen. Maar er zijn ook ‘negatieve symptomen’; de afwezigheid van normaal gedrag. Denk bijvoorbeeld aan minder spraak, minder expressie en mimiek, minder initiatief, minder plezier, en sociale terugtrekking. Je hoeft ze niet allemaal te ervaren om het label psychose te krijgen, enkele symptomen zijn genoeg.

Psychose is in de afgelopen decennia vooral geassocieerd geweest met schizofrenie, schizoaffectieve stoornis en affectieve psychosen (dit laatste betekent een psychose in het kader van een depressie of manie). Toch komt psychose ook voor bij talloze andere stoornissen. Wanen zijn moeilijk om goed te definiëren. Als een spinfobicus vooral bang is dat spinnen in doodsnood telepathisch met elkaar communiceren en dat na het platslaan van een spin zijn kameraden zijn gealarmeerd en nu onderweg zijn om wraak te nemen, of als de fobicus denkt dat spinnen achter je rug tot tienmaal groter kunnen worden, of als de fobicus denkt dat spinnen kunnen exploderen, wat is dan het verschil met een waangedachte?

Ook auditieve hallucinaties zitten in een spectrum met eigen gedachten hardop horen, geroezemoes horen, telefoons horen rinkelen, ambulances horen, enzovoort. Wanneer is iets een perceptuele aberratie (vreemde gewaarwording) of een verschijnsel dat geassocieerd is aan tinnitus, en wanneer wordt het een echte hallucinatie?

Eerdere pogingen om een echte hallucinatie van een pseudohallucinatie te onderscheiden – door te kijken of iemand de stem buiten of binnen in het hoofd hoort – hebben gefaald, omdat bijna alle psychotische patiënten stemmen zowel binnen als buiten het hoofd horen. Hier bevindt zich de kern van de discussie over het continuüm van psychotische ervaringen onder de bevolking. Gaat het om verschijnselen die bij een grote groep voorkomen en bij een kleine groep pathologisch van aard zijn geworden? Of is er toch sprake van een kwalitatief verschil en is de overgang tussen psychose en psychoseachtige ervaringen een discrete overgang?

Om deze vragen te behandelen komen allereerst de huidige definities en tegenstellingen tussen wanen en waanachtige gedachten aan de orde, en die tussen hallucinaties en ontregelingen in de waarneming, ook wel ‘perceptuele aberraties’ genoemd. Daarna volgt een nadere beschouwing van de reikwijdte van wanen en hallucinaties over de verschillende stoornissen. De overgang van psychoseachtige ervaringen naar psychose is er vooral een in verschil van preoccupatie en lijdensdruk, en die komt door betekenisgevings- of appraisalprocessen tot stand. Daarmee staan psychologische processen centraal in de ontwikkeling van psychose, wat ook de weg opent naar een psychologische interventie om een eerste psychotische episode te voorkomen.

1.2 De definitie van wanen, waanachtige opvattingen, hallucinaties en perceptuele aberraties

Er is al lang een discussie gaande over het verschil tussen normale opvattingen, overwaardige ideeën, waanachtige opvattingen en wanen. Jaspers (1963) definieerde wanen als ideeën die (a) worden aangehangen met een onwaarschijnlijke overtuigingskracht; (b) niet door middel van logica zijn te beïnvloeden; en (c) waarvan de absurditeit en onjuistheid duidelijk zijn voor andere mensen. Het is echter duidelijk dat deze criteria ook voor politieke, culturele en religieuze opvattingen kunnen gelden. Om die reden introduceert Jaspers het onderscheid in ‘secundaire wanen’, die door middel van gedachten gemedieerd worden en die een verklaring zijn voor gebeurtenissen, en ‘primaire wanen’, die een niet door gedachten gemedieerde verklaring vormen (Jaspers, 1963). Omdat er geen denken ten grondslag zou liggen aan de primaire waan, is die niet verstandelijk te begrijpen en tevens oninvoerbaar.

In de klinische praktijk worden wanen echter steeds beter te begrijpen als de behandelaar zich verdiept in de ervaringen van de patiënt. Maher vat de waan dan ook op als een verklaring van gebeurtenissen, zoals het horen van een stem (Maher, 1988). De theorie van Maher is een eendimensionale cognitieve theorie van de waan. Daarin is de waan altijd gebaseerd op perceptuele aberraties, waarvan sommige ervaren worden als een hallucinatie. Het betreft een betekenisgeving door ‘logisch redeneren’ na het ervaren van een buitengewone en opmerkelijke ervaring. In het begin van de jaren negentig van de twintigste eeuw wordt dit cognitieve model inderdaad wetenschappelijk ondersteund. Het model van Maher verklaart de wanen van een deel van de mensen met psychosen, namelijk van hen die wanen hebben én hallucinaties. De subgroep met wanen zonder hallucinaties verschilt echter niet van gezonde mensen in het ervaren van perceptuele aberraties (Bell, Zito, Greig, & Wexler, 2008).

Onderzoek van de afgelopen decennia toont aan dat het redeneerproces bij mensen met wanen gekenmerkt wordt door cognitieve tendensen. Het is dus niet een volstrekt logisch proces, zoals Maher nog veronderstelde. Er is een probabilistische redeneertendens, waardoor de persoon tot overhaaste conclusies komt (Garety, Hemsley, & Wessely, 1991; Huq, Garety, & Hemsley, 1988). Deze tendens staat bekend als de *datagathering bias* of ook wel als *jumping to conclusions*. Ook is er een attributietendens waarbij negatieve uitkomsten aan anderen worden toegeschreven (externe gepersonaliseerde attributiestijl) (Garety & Freeman, 1999). Er is sprake van selectieve aandacht voor gevaar en er zijn meta-cognitieve tendensen (Bell, Halligan, & Ellis, 2006). In volgende hoofdstukken komt meer aan de orde over deze cognitieve tendensen en hun rol in de psychopathologie.

Het probleem van de ondeugdelijke definitie van een waan is nog steeds niet opgelost. De DSM-5 heeft weliswaar een nieuwe insteek genomen. In de DSM-IV was er nog sprake van: 'A false belief based on incorrect inference about external reality that is firmly sustained despite what almost everybody else believes and despite what constitutes incontrovertible and obvious proof or evidence to the contrary. The belief is not one ordinarily accepted by other members of the person's culture or subculture (e.g. it is not an article of religious faith)' (American Psychiatric Association, 2000). Maar de onjuistheid van de waan is verdwenen in de DSM-5: 'Delusions are fixed beliefs that are not amenable to change in light of conflicting evidence. Their content may include a variety of themes (e.g. persecutory, referential, somatic, religious, grandiose) [...] Delusions are deemed bizarre if they are clearly implausible and not understandable to same-culture peers and do not derive from ordinary life experiences. [...] The distinction between a delusion and a strongly held idea is sometimes difficult to make and depends in part on the degree of conviction with which the belief is held despite clear or reasonable contradictory evidence regarding its veracity' (American Psychiatric Association, 2013). Het bijzondere is dat de waan als type opvatting eigenlijk niet goed te onderscheiden is van een gewone overtuiging waaraan hardnekkig wordt vastgehouden. De waan is daarmee uit de abnormale naar de normale psychologie verhuisd.

1.3 Stadiëring

Omdat de wanen en hallucinaties van een psychotische stoornis niet goed af te grenzen zijn van meer alledaagse bijzondere en opmerkelijke ervaringen is het misschien beter om een onderliggend continuum te veronderstellen waarin de expressie van psychose zichtbaar wordt. De overgang van subklinisch naar klinisch wordt dan een arbitraire die vooral op basis van de lijdensdruk en de hulpvraag gedefinieerd wordt. Bijvoorbeeld: Intrusies zijn normaal. Pas als er disfunctionele cognities en emoties bij komen en controlegedrag ontstaat, dan vormt zich een obsessieve-compulsieve stoornis. In dezelfde trant zijn perceptuele aberraties normaal. Pas als er disfunctionele cognities bij komen en vermijding en gehoorzamen aan stemmen optreden, dan ontstaat een psychose.

De Australische onderzoekers rond McGorry hebben voor het eerst een stadiëringsmodel geopperd (McGorry, Hickie, Yung, Pantelis, & Jackson, 2006). Het is ontleend aan het succesvolle model van de oncologie. Een belangrijk kenmerk van het stadiëringsmodel is dat elk stadium eigen karakteristieken kent wat betreft de psychopathologie. Bij elk stadium horen andere behandelinterventies en elk stadium heeft een andere prognose. In tabel 1.1 staan de stadia kort aangegeven zoals voorgesteld door McGorry en collega's.

1.4 Prevalentie psychoseachtige ervaringen (psychotic-like experiences: PLEs)

Onmiddels is duidelijk geworden dat psychoseachtige ervaringen en psychotische ervaringen veel voorkomen onder de bevolking en bij een substantiële minderheid een voorloper zijn van een psychose. Er lijkt sprake te zijn van een continuüm van psychotische ervaringen. Een systematische review van 61 cohorten onder de algemene bevolking toonde een prevalentie van 7,2% psychotische ervaringen onder de bevolking. De incidentie is 2,5%. De relatief hoge incidentie en in vergelijking daarmee relatief lage prevalentie impliceert dat ongeveer 80% van de psychotische ervaringen van voorbijgaande aard is, dat ze met de tijd verdwijnen, en dat van de groep met PLE 7,4% een psychotische stoornis ontwikkelt (Linscott & Van Os, 2013). Ook andere grote epidemiologische studies tonen een continuüm van psychotische ervaringen onder de bevolking: dit blijkt uit een studie met 256.445 mensen uit 52 landen wereldwijd (Nuevo et al., 2012), een met 7.281 personen uit de algemene bevolking in Engeland (Freeman et al., 2011), en een met 4.011 mensen uit de algemene Turkse bevolking in Izmir (Binbay et al., 2012). Een terechte kritiek van David (2010) is dat psychoseachtige

Tabel 1.1: Stadiëring van psychose (McGorry et al., 2006)

Stadium 0 Familiale belasting, geen symptomen Interventie: Monitoring, educatie
Stadium 1a (PSYCHOTIC-LIKE EXPERIENCES; PLEs) Psychoseachtige ervaringen, geen recent of langdurig verminderd functioneren, milde cognitieve problemen (Basisstörung/basic symptoms), geen lijdensdruk Interventie: Kortdurende gespecialiseerde educatie over dopaminesensitisatie en vermijden van preoccupatie
Stadium 1b (ULTRA HIGH RISK; UHR) Ultrahoog-risicogroep: matig ernstige subklinische symptomen, sociaal verval van minimaal 30% in afgelopen periode of sociaal functioneren score (SOFAS) ≤ 55 in het afgelopen jaar plus hulpzoekend gedrag Interventie: Cognitieve gedragstherapie met educatie en training rond cognitieve tendensen, cognitieve gedragstherapie voor symptomen, drie jaar monitoring
Stadium 2 (Eerste psychotische episode) Eerste episode van psychotische symptomen al of niet vergezeld van ernstige stemmingssymptomen Interventie: Behandelprogramma voor de eerste episode van de multidisciplinaire richtlijn, waaronder farmacotherapie en cognitieve gedragstherapie
Stadium 3a (Incomplete remissie) Psychose komt niet goed in remissie Interventie: Farmacotherapie, cognitieve gedragstherapie, leren omgaan met blijvende symptomen, depotmedicatie, opnamepreventie, multimodale familieondersteuning, compliance-ondersteuning, gewichtsmonitoring
Stadium 3b (RECURRENCE of RELAPSE) Terugval na remissie of opnieuw optreden van symptomen na herstel (remissieperiode van zes maanden of langer) Interventie: Overweeg clozapine, monitor metabole parameters
Stadium 3c (Multipele relapsen) Interventie: Goed crisisinterventieplan, voorkomen van heropnamen en sociaal-maatschappelijk verval en schade; ondersteunen mantelzorgers
Stadium 4 (Ernstige persisterende psychotische perioden met onvoldoende herstel om remissiestatus te bereiken) Interventie: Bemoeizorg en thuiszorg; ondersteuning van wonen en dagbesteding

ge ervaringen mogelijk kwalitatief verschillen van een psychose, en dat er dus een discontinuïteit in de verschijnselen zit. Verder betoogt David dat het van belang is ‘uitkomst’ te onderscheiden van het ‘continuüm’ van een risicofactor. Zo is bloeddruk een normaal verdeelde risicofactor in de bevolking. Een hersenbloeding is een dichotome uitkomst die waarschijnlijker wordt naarmate de bloeddruk toeneemt. Dat zou met psychose ook zo kunnen zijn. Het zou een dichotome uitkomst kunnen zijn die bepaald wordt door normaal verdeelde risicofactoren in de bevolking. In dit opzicht is de continuümhypothese nog wankel.

Er zijn mensen in de bevolking met auditief-verbale hallucinaties die identiek zijn in vorm en frequentie als die in een psychotische groep, maar die niet lijden aan een psychiatrische stoornis. Verschillen zijn de mate van lijdensdruk en de inhoud van de stemmen, die bij de niet-psychiatrische groep vriendelijk of neutraal was en bij de psychiatrische groep meer kwetsend, commanderend of becommentariërend (Daalman, Boks et al., 2011; Daalman, Van Zandvoort et al., 2011; Sommer et al., 2010). De inhoud van de stemmen bepaalt de lijdensdruk, maar ook betekenisverlening speelt een rol. In een studie die onderscheid maakte in inhoud (positief versus negatief) en betekenisgeving (goedwillend versus kwaadwillend), bleek de betekenisgeving een onafhankelijke bijdrage te hebben aan de ervaren depressie en angst (Van der Gaag, Hageman, & Birchwood, 2003).

1.5 De definitie van ultrahoog risico

De *at risk mental state* (ARMS) is operationeel gedefinieerd door Yung en collega's uit Melbourne (Yung et al., 2005). ARMS en UHR (zie tabel 1.1) worden door elkaar gebruikt. ARMS verwijst meer naar de mentale status, terwijl UHR meer verwijst naar de groep mensen met risico. Er worden drie subgroepen van mensen onderscheiden die een ultrahoog risico in zich dragen: (1) de groep met een familiale belasting en verval in functioneren; (2) de groep met subklinische psychotische symptomen; en (3) de groep met een kortdurende psychose van minder dan een week die vanzelf in remissie is gekomen. De tweede groep met subklinische symptomen is de grootste groep en omvat de meerderheid van de UHR-mensen. Zie tabel 1.2.

Tabel 1.2: De operationele definitie van ultrahoog risico (Yung et al., 2005)

Groep 1 Kwetsbare groep • Eerstegraads familielid met psychose <i>of</i> persoon zelf heeft een schizotypische persoonlijkheidsstoornis • Gedurende een maand een afname van de SOFAS* met 30% <i>of</i> gedurende afgelopen jaar een SOFAS van 50 of lager
Groep 2 Groep met subklinische symptomen
Groep 2a Subdrempel intensiteit • Ongewone gedachte-inhoud en/of non-bizarre ideeën en/of waarnemingsstoornissen en/of gedesorganiseerde spraak op subklinische wijze aanwezig • Frequentie is minimaal eens per maand langer dan een uur, of tenminste drie tot zes maal per week korter dan een uur • Gedurende een maand een afname van de SOFAS met 30% <i>of</i> gedurende afgelopen jaar een SOFAS van 50 of lager
Groep 2b Subdrempel frequentie • Ongewone gedachte-inhoud en/of non-bizarre ideeën en/of waarnemingsstoornissen en/of gedesorganiseerde spraak op klinische wijze aanwezig (echte psychotische symptomen) • Frequentie is eens per maand langer dan een uur, of drie tot zes maal per week korter dan een uur (maar niet langer of frequenter, want dan wordt van een psychose gesproken) • Gedurende een maand een afname van de SOFAS met 30% <i>of</i> gedurende afgelopen jaar een SOFAS van 50 of lager
Groep 3 Brief and limited interval of psychotic symptoms (BLIPS)-groep • Ongewone gedachte-inhoud en/of non-bizarre ideeën en/of waarnemingsstoornissen en/of gedesorganiseerde spraak op klinische wijze aanwezig (echte psychotische symptomen) • Frequentie is minimaal drie tot zes maal per week langer dan een uur <i>of</i> minimaal dagelijks korter dan een uur • Symptomen hebben maximaal één week geduurd • De periode heeft zich voorgedaan in het afgelopen jaar • In die week was er een afname van de SOFAS met 30% <i>of</i> er was gedurende afgelopen jaar een SOFAS van 50 of lager
* Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)

1.6 De psychologie van dopamine

Dopamine is een neurotransmitter die geassocieerd is met psychose. Er zijn verschillende dopaminebanen in de hersenen en daarvan is de mesolimbische geassocieerd met psychose. Zowel erfelijkheid (Lataster, Myin-Germeys, Derom, Thiery, & Van Os, 2009) als omgevingsrisicofactoren

zoals kindertraumata en migratie (Egerton et al., 2017; Howes, McCutcheon, Owen, & Murray, 2017) kunnen leiden tot een toegenomen dopaminesensitiviteit. Presynaptisch wordt er dan meer dopamine aangemaakt en bij stress wordt er meer dopamine losgelaten in de synaptische spleet. Deze dopaminesensitiviteit is er al bij UHR-patiënten die een psychose ontwikkelen vergeleken met normale controles (Howes, Bose, Turkheimer, Valli, Egerton, Valmaggia et al., 2011) en neemt toe in de overgang van UHR naar psychose (Howes, Bose, Turkheimer, Valli, Egerton, Stahl et al., 2011).

Dopamine doet stimuli in het oog springen. Zij worden saillant (Kapur, 2003; Kapur, Mizrahi, & Li, 2005). Normaal neemt dopamine in het brein toe als er een nieuwe stimulus in het waarnemingsveld verschijnt die om beoordeling vraagt. Dopamine maakt dat je stopt met waarmee je bezig bent. De aandacht wordt op de nieuwe stimulus gericht. De stimulus wordt vergeleken met inhoud in het geheugen om tot herkenning van de situatie te komen. Voorts prepareert dopamine een respons, zoals toenadering of vluchten. Op een psychisch niveau krijgt de stimulus een persoonlijke betekenis: de stimulus zegt iets over jou en over wat je moet gaan doen.

Er zijn aanwijzingen dat dopamine veel hogere cognitieve processen beïnvloedt (Andreou, Moritz, Veith, Veckenstedt, & Naber, 2014; Cools, 2011). Het gaat dan om uiteenlopende hogere-ordeprocessen, zoals het werkgeheugen, het leren en wijzigen van regels die gedrag sturen en het omschakelen van de aandacht naar andere zaken en besluitvorming. Onder dat laatste valt bijvoorbeeld *jumping to conclusions* (JTC). Dit is een tendens om op grond van weinig informatie een vrij stellige conclusie te trekken. Het vertrouwen in de correctheid van de conclusie is over het algemeen hoog. JTC is geassocieerd met wanen, en niet met hallucinaties (Bristow, Tabraham, Smedley, Ward, & Peters, 2014). Andere cognitieve tendensen die geassocieerd zijn met verhoogde dopaminesensitiviteit zijn de volgende.

De *source monitoring bias* of bronmonitoringstendens is de tendens om geheugeninhoud, gedachten en uitspraken van zichzelf aan anderen toe te schrijven (Heilbrun Jr., 1980). Deze tendens is herhaald gevonden bij mensen met hallucinaties.

De confirmatietendens is de tendens dat mensen vooral zoeken naar het eigen gelijk en informatie die de eigen hypothese tegensprekt of verzwakt niet in hun weging meenemen. Deze tendens is geassocieerd met wanen (Woodward, Buchy, Moritz, & Liotti, 2007).

De covariatietendens is de tendens om oorzakelijkheid te zien en toeval als verklaring te verwerpen. Als mensen het samengaan van twee gebeurtenissen als te toevallig beschouwen, dan zijn zij geneigd dit causaal op te vatten. Deze tendens is sterker bij gelovers in paranormale zaken (Blackmore & Troscianko,

1985). Ook een groot deel van de UHR-patiënten gelooft in geesten en djinns, en in het lezen, verzenden en ontvangen van gedachten.

Meer over de rol van dopamine en deze cognitieve tendensen is te vinden in hoofdstuk 2.

1.7 Vierfactoren neurocognitief model

Er wordt verondersteld dat bij mensen in een laatprodromale fase het dopamineniveau op willekeurige momenten kan toenemen (Kapur, 2003). Als dat gebeurt, zal een toevallige en triviale stimulus alle aandacht krijgen en beladen worden met het gevoel dat deze van grote persoonlijke betekenis is. Zo kan het gebeuren dat een toevallige onbekende ervaren wordt als iemand die iets speciaals vertegenwoordigt of dat een radiob bericht ervaren wordt als een persoonlijke boodschap. Deze verklaring opent de weg naar een neurocognitief model van psychose. Sensitisatie van het dopaminesysteem resulteert in een toename van intrusies, perceptuele aberraties en het ervaren van verhoogde saillantie bij triviale stimuli. De betekenisverlening kan cultureel geaccepteerd zijn en/of normaliserend ('De stem die ik hoor is een foutieve waarneming en het gevolg van oververmoeidheid en het gebruik van drugs') of kan een idiosyncratische en catastrofale betekenisverlening zijn ('De stem die ik hoor is afkomstig van de duivel die erop uit is mij te vernietigen. Ik kan hem gunstig stemmen door zijn bevelen op te volgen').

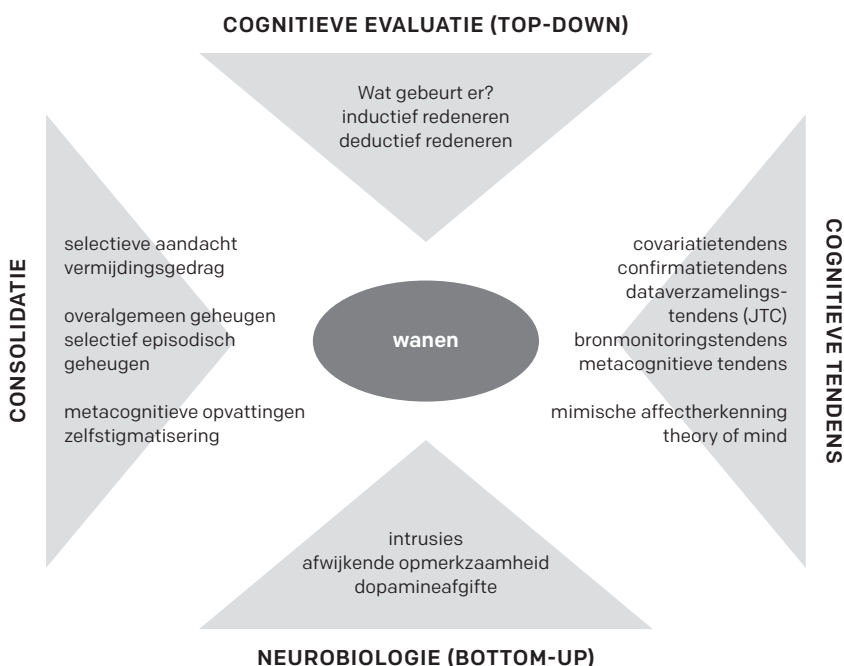
De paranoïde wanen en de secundaire wanen bij auditieve hallucinaties kunnen aldus in een vierfactorenmodel geplaatst worden (Van der Gaag, 2006). De eerste factor wordt gevormd door de 'bottom-upprocessen'. Het gaat hier om een neurotransmitterontregeling waardoor op willekeurige momenten dopamine toeneemt. Dit veroorzaakt verstoringen van de filterprocessen waardoor onverwachte inhoud het bewustzijn bereiken (vreemde gedachten, intrusies en stemmen). Tevens versnelt dopamine de gedachten (racende gedachten) en worden toevallige stimuli zo saillant gemaakt dat deze geïnterpreteerd worden als belangrijke signalen die op de persoon gericht zijn en waarbij erop reageren noodzakelijk is.

De tweede factor behelst de 'top-downprocessen' die de vreemde gewaarwordingen en de saillante stimuli proberen te begrijpen en te verklaren. Het betreft hier inductief en deductief redeneren, gebaseerd op eerdere ervaringen en extra verzamelde informatie om een verklaring te vinden.

De derde factor betreft de cognitieve tendensen die aanzetten tot waanachtige verklaringen in plaats van tot meer normaal geaccepteerde verklaringen. Het proces van verklaren wordt hier verstoord door de overmatige dopamine en een

aantal cognitieve tendensen die daarmee samenhangt. Het gaat om selectieve aandacht voor gevaar, het springen naar conclusies bij wanen, en de bronmonitoringsbias bij hallucinaties en perceptuele aberraties. Daarnaast spelen verwachtingsbias en covariatietendens een rol bij het concluderen, en problemen met de *theory of mind* bij het vormen van assumpties over de gedachten, gevoelens en motieven van anderen.

De vierde factor betreft de consolidatie van waanachtige verklaringen nadat deze gevormd zijn. Door een sterke selectieve aandacht voor gevaar wordt steeds weer potentieel gevaar waargenomen. De patiënt heeft metacognitieve opvattingen zoals vertrouwen in piekeren als oplossingsstrategie, weinig vertrouwen in eigen geheugen en probleemoplossend vermogen, de opvatting dat gedachten oncontroleerbaar en gevaarlijk zijn, en de gedachte dat hij verantwoordelijk is en gestraft gaat worden. Het selectief episodisch geheugen geeft steeds weer herinneringen aan falen en onmacht, en bestendigt een lage eigenwaarde. Door de confirmatiebias wordt voortdurend gezocht naar het eigen gelijk ("Zie je wel!"). Vermijdingsgedrag voorkomt dat disconfirmerende informatie in ogenschouw genomen kan worden. Correctie van de foutieve waanopvattingen kan daardoor niet optreden. Het vierfactorenmodel is weergegeven in figuur 1.1.



Figuur 1.1: Het vierfactorenmodel van psychose (Van der Gaag, 2006)

Psychoseachtige verschijnselen en psychotische symptomen komen wijdverbreid voor in de bevolking. Zeker 17% van de bevolking heeft minimaal één psychoseachtig symptoom. Bij een hulpzoekende groep in de geestelijke gezondheidszorg rapporteert zelfs 96% minimaal één PLE. Ongeveer 8% van de bevolking heeft een echt psychotisch symptoom. Bij 4% is er sprake van een UHR. De UHR-groep kent een gemiddelde transitie van 18% in een periode van 6 maanden. Dat is negenhonderd maal vaker dan een willekeurig persoon uit de bevolking. Na 36 maanden heeft 36% de transitie gemaakt. De toevoeging ‘ultrahoog’ aan het risico is dus niet overdreven. Toch herstelt de meerderheid van de mensen met een UHR ook zonder ingrijpen. De mensen die een eerste psychose doormaken herstellen minder goed dan de mensen met een UHR. Maximaal zo’n 20% maakt slechts eenmalig een psychotische episode door, de anderen krijgen te maken met een recidiverend beloop.

Alhoewel er een onderliggend psychosecontinuüm lijkt te zijn, waarbij intensiteit, frequentie en lijdensdruk lijken toe te nemen tot aan een eerste episode, lijkt er bij het uitbreken van een psychose toch een discrete overgang te zijn, al is het maar omdat de prognose ineens erg terugloopt. Relativeringsvermogen wordt vervangen door waanzekerheid en medicatie wordt geregeld noodzakelijk om de symptomen te temperen. De weg terug is voor de meeste patiënten afgesloten. Om deze reden is het van bijzonder belang de stadiëring van psychose als uitgangspunt te hanteren in een moderne geestelijke gezondheidszorg.

Vooraf de transitie van stadium 1b (UHR) naar 2 (eerste psychotische episode) betekent een wezenlijk verschil wat betreft geïndiceerde interventie en prognose. Fase 1b vergt cognitieve gedragstherapie met een redelijk goede prognose, terwijl in fase 2 tijdelijk farmacotherapie haar intrede doet. Ondanks de medicatie blijft de prognose matig. In stadium 3 is onderhoudsmedicatie noodzakelijk en in stadium 4 moeten structureel ondersteunende interventies geboden worden om een beperkte participatie aan de samenleving mogelijk te houden en een permanente ziekenhuisopname of RIBW-verblijf te voorkomen.

Ook psycho-educatie is in de verschillende stadia anders gestructureerd. In stadium 1a, waarin er nog geen lijdensdruk is, moeten de PLEs vooral genormaliseerd worden en wordt benadrukt dat deze personen bij verergering hulp moeten zoeken. Een zeer korte cursorische educatie alleen of in een groep en/of het verstrekken van brochures is geïndiceerd. In stadium 1b wordt de educatie in de cognitieve gedragstherapie opgenomen. Het is noodzakelijk om de effecten van cognitieve tendensen (de riskante denkstijlen) aan den lijve te ervaren om zich bewust te worden en te blijven van de gevaren. Ook zijn gedragsexperimenten geïndiceerd om angst en vermijdingsgedrag te overwinnen. Antipsy-

chotica zijn in dit stadium ongeschikt. Omega 3-visolie als een neuroprotectieve interventie is niet effectief gebleken. Antidepressiva zijn nog nooit onderzocht in dit stadium. In stadium 2 zijn antipsychotica wel geïndiceerd, maar voor een beperkte tijd. Het is niet juist en onethisch om de 20% van deze groep die een eenmalige psychose ervaart, langdurig antipsychotica voor te schrijven, omdat deze bijwerkingen en toxische effecten hebben. De psycho-educatie krijgt hier een uitgebreider karakter, maar is nog altijd van optimistische aard en mag de patiënt niet ontmoedigen. Ze zal sociale participatie op alle levensgebieden moeten aanmoedigen. De grote groep die van stadium 2 naar stadium 3 met een recidiverend beloop overgaat, heeft onderhoudsmedicatie nodig. Ook zullen deze patiënten moeten leren leven met blijvende symptomen, en leren zich bewust te zijn van waarschuwingssignalen van een naderende relaps. Zoeken naar het medicijn dat optimaal bij de patiënt past en dat met minimale bijwerkingen langdurig gebruikt kan worden, is hier ook aan de orde. Maatschappelijke participatie wordt in dit stadium vooral veiliggesteld door het aanbrengen van zorgprothesen zoals thuiszorg, beschut en beschermd wonen, dagactiviteiten en sociale werkplaats.

Met het erkennen van de verschillende stadia kan er gestreefd worden naar stadium adequate zorg met een effectiviteit die kenmerkend is voor dat stadium en kan de bejegening ook aangepast worden aan de prognose. Diagnostiek wordt dan uiteindelijk zinvol: het geeft richting aan de behandeling en zegt iets over de prognose.