

University of Groningen

## Social cognition and treatment in psychosis

van Donkersgoed, Rozanne Janna Margaretha

**IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.**

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*

2018

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

van Donkersgoed, R. J. M. (2018). Social cognition and treatment in psychosis. [Groningen]: Rijksuniversiteit Groningen.

**Copyright**

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

**Take-down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

# SAMENVATTING

---

*Dutch summary*

## Schizofrenie

Mensen die gediagnosticeerd zijn met schizofrenie hebben last van symptomen die verdeeld kunnen worden in positieve en negatieve symptomen. Positieve symptomen zijn ervaringen die mensen krijgen die anderen niet hebben, zoals hallucinaties of waanideeën. Negatieve symptomen zijn juist aanwezig in gezonde mensen maar missen bij mensen met schizofrenie, zoals verminderde concentratie en emotionele afvlakking. Daarnaast kunnen mensen met schizofrenie last hebben van desorganisatie in hun denken en spreken en problemen hebben in het geheugen, aandacht en executief functioneren.

De diagnose schizofrenie wordt vaak gesteld in de adolescentie en komt meer voor bij mannen dan bij vrouwen. Grote variatie bestaat in het beloop van de symptomen; sommige mensen hebben bepaalde episodes waarin ze ziek zijn maar hebben geen last van symptomen tussen deze episodes in, terwijl anderen jarenlang last houden van dezelfde symptomen. Een deel herstelt volledig, terwijl anderen ernstig ziek blijven voor de rest van hun leven.

Schizofrenie heeft meestal een grote invloed op het leven van de persoon met de diagnose. De symptomen hebben invloed op het sociaal functioneren; er kunnen problemen ontstaan op het gebied van opleiding, werk en relaties. Stigmatiserende ideeën over schizofrenie (vanuit de maatschappij en van de persoon zelf) hebben ook een negatieve invloed op het functioneren en de kwaliteit van leven van de persoon.

In dit proefschrift wordt sociale cognitie bij mensen met schizofrenie onderzocht. Hiernaast is gekeken naar welke behandelingen inzicht kunnen verbeteren bij deze doelgroep en is een nieuwe behandeling voor het verbeteren van metacognitie onderzocht in een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek.

## Sociale cognitie

Onder sociale cognitie worden de mentale operaties die ten grondslag liggen aan sociale interacties verstaan. Omdat veel mensen met schizofrenie moeite hebben met sociale cognitie, wordt in **hoofdstuk 2** van dit proefschrift onderzocht of sociale cognitie al verminderd is vóór de eerste psychotische episode. Als dit het geval is, kan verminderde sociale cognitie (samen met andere factoren) gebruikt worden als aanwijzing voor de ontwikkeling van een psychose. Dat kan bijdragen aan het detecteren psychose in een vroeg stadium, wat de behandeling en het beloop weer ten goede komt. Om dit te onderzoeken is een meta-analyse uitgevoerd van de bestaande literatuur over sociale cognitie in de zogenaamde 'Ultra High Risk (UHR) groep. Deze groep bestaat uit mensen die volgens een aantal criteria meer risico hebben op het ontwikkelen van een psychose dan de gemiddelde mens.

Hieruit komt naar voren dat twee specifieke gebieden van sociale cognitie, emotieherkenning en verbale Theory of Mind, verminderd zijn in deze UHR groep. Er is echter niet veel onderzoek gedaan naar het verband tussen verminderde sociale cognitie en het daadwerkelijk ontwikkelen van een psychose en het weinige onderzoek dat er is laat geen eenduidig verband zien.

Niet alle mensen in de UHR groep ontwikkelen een psychose, slechts 19% volgens de laatste onderzoeken. De UHR groep is een heterogene groep, die bestaat uit jonge mensen met verschillende psychische aandoeningen die samengaan met milde psychotische symptomen. Sommigen worden na een tijdje weer beter, anderen ontwikkelen een psychose of een andere aandoening zoals een depressie of een bipolaire stoornis. Uit ons onderzoek blijkt dat sociale cognitie verminderd is bij deze groep. Aangezien sociale cognitie grote invloed heeft op sociaal functioneren en daarmee op de mentale gezondheid, is het van groot belang om sociale cognitie te verbeteren bij mensen in de UHR groep om zo verergering van ziekte te voorkomen.

Een belangrijk aspect van sociale cognitie dat nog niet veel onderzocht is bij mensen met schizofrenie is *empathie*. Empathie is een complex sociaal-cognitief proces binnen de dynamische interactie tussen twee personen; een 'ontvanger' en een 'zender' van wie de gevoelstoestand gedeeld wordt. Empathie wordt vaak met vragenlijsten onderzocht, maar het is niet waarschijnlijk dat deze dit ingewikkelde proces volledig kunnen vastleggen. Om empathie op een meer ecologisch valide manier te meten, wordt in dit proefschrift in **hoofdstuk 3** de 'Empathic Accuracy Task (EAT) gebruikt om empathie te onderzoeken. In deze taak worden filmpjes getoond waarop personen emotionele verhalen vertellen. De deelnemer moet tijdens het kijken de emoties van de persoon op de video continue monitoren door middel van een draaiknop (van 1, negatief tot 9, positief). Deze monitoring wordt dan vergeleken met de emotionele ervaring van de persoon in de video zelf. Deze taak is bij een grote groep mensen met schizofrenie afgenomen en de resultaten zijn vergeleken met een groep gezonde personen.

Hieruit kwam naar voren dat zowel de gezonde controleconditie als de mensen met schizofrenie laag scoorden bij het inleven in mensen die niet zo expressief waren. Maar mensen in de controleconditie konden zich significant beter inleven in de expressieve mensen, terwijl mensen met schizofrenie niet profiteerden van deze expressiviteit. Dit komt overeen met eerder onderzoek waaruit blijkt dat mensen met schizofrenie problemen hebben met het herkennen van expressie in gezichten en het horen van emoties in stemmen. Waar gezonde mensen deze aanwijzingen bij expressieve personen kunnen gebruiken, krijgen mensen met schizofrenie minder informatie, waardoor ze de emoties van anderen minder goed kunnen inschatten.

## Behandeling van schizofrenie: inzicht

Veel mensen met schizofrenie hebben een beperkt inzicht in hun aandoening en dit is gerelateerd aan verminderde kwaliteit van leven en sociaal functioneren. Het is daarom belangrijk te onderzoeken op welke manieren inzicht vergroot kan worden. Om dit te onderzoeken is in dit proefschrift in **hoofdstuk vier** een meta-analyse uitgevoerd naar interventiestudies die inzicht proberen te verbeteren. Hieruit komt naar voren dat inzicht het beste kan worden verbeterd door een combinatie van psychosociale interventies. Meer interventies die zich specifiek richten op het verbeteren van inzicht zijn nodig, om in combinatie met medicatie inzicht optimaal te verbeteren.

## Behandeling van schizofrenie: Metacognitie

Een ander concept dat in verband gebracht wordt met de kwaliteit van leven en het functioneren van mensen met schizofrenie is *metacognitie*: denken over de gedachten en gevoelens van jezelf en anderen'. De Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT) is ontwikkeld om metacognitie te verbeteren. Metacognitie wordt binnen deze therapie gezien als een hiërarchische eigenschap, en interventies om metacognitie te verbeteren worden ingezet op het niveau van metacognitief functioneren van de persoon. Mensen met minder metacognitief vermogen hebben interventies nodig die hen helpen de basisvaardigheden onder de knie te krijgen, vóór complexere interventies worden toegepast.

In dit proefschrift wordt in **hoofdstuk vijf** een case study besproken waarin een patiënt met aanhoudende negatieve symptomen wordt behandeld met MERIT. Aangezien metacognitie in verband wordt gebracht met negatieve symptomen, leidt verhoging van metacognitie mogelijk tot vermindering van negatieve symptomen. Negatieve symptomen en metacognitie werden voor en na veertig therapie sessies door een onafhankelijke assessor gemeten. Na MERIT waren de negatieve symptomen afgenomen en de metacognitieve vaardigheden toegenomen.

Om de effectiviteit van MERIT verder te onderzoeken is een gecontroleerde gerandomiseerde trial uitgevoerd. Het protocol van dit onderzoek wordt gepresenteerd in **hoofdstuk 6**. Dertien therapeuten in zes instellingen zijn getraind in de therapie. Patiënten werden toegewezen aan de actieve conditie of aan reguliere behandeling. Patiënten in de actieve conditie kregen veertig MERIT sessies aangeboden. Voor, na en zes maanden na de therapie werd bij de deelnemers een assessment afgenomen door een onafhankelijke blinde assessor, waar metacognitie en de secundaire uitkomstmaten symptomen, depressie, stigma, kwaliteit van leven, inzicht empathie en sociaal functioneren werd gemeten.

De resultaten van het onderzoek worden besproken in **hoofdstuk 7**. Metacognitie bleek te verbeteren in zowel de MERIT conditie als de controleconditie, met geen significant verschil tussen de groepen. MERIT was niet meer effectief dan reguliere behandeling. Maar bij patiënten die MERIT hadden gehad bleef zelfreflectie wel verbeteren, waardoor het verschil tussen groepen wel significant was na een half jaar. Gemiddeld lieten de scores zien dat patiënten vóór de therapie hun gedachten konden herkennen en onderscheiden, maar ze waren niet in staat om te zien dat hun gedachten subjectief waren en dat het mogelijk is om je gedachten te veranderen. Ze accepteerden gedachten als feiten. Na MERIT lieten gemiddelde groepscores zien dat deelnemers wel in staat waren hun gedachten als subjectief te zien.

MERIT is een intensieve therapie en is daarom niet de eerste keus voor behandeling voor elke patiënt, maar het is mogelijk wel nuttig voor specifieke groepen patiënten die niet reageren op standaard, korte therapieën. Patiënten met ernstige problemen in zelfreflectie die niet kunnen reflecteren op hun gedachten en gevoelens, kunnen mogelijk niet goed profiteren van cognitieve therapie. MERIT kan gebruikt worden om zelfreflectie te verbeteren, waarna mogelijk beter geprofiteerd kan worden van andere interventies.

## Klinische implicaties

De uitkomsten van dit proefschrift hebben een aantal implicaties en suggesties voor het klinische werkveld. Deze worden in **hoofdstuk 8** van dit proefschrift weergegeven, samen met de suggesties voor verder onderzoek.

Het belangrijk methoden te ontwikkelen die zich richten op het verbeteren van sociale cognitie bij mensen in de Ultra High Risk groep (onafhankelijk van of zij een psychose ontwikkelen of niet). De meeste mensen in de UHR groep hebben psychische problemen (zoals depressie/angst/middelengebruik) en verminderde sociale cognitie. Verbetering van sociale cognitie kan leiden tot verbetering van sociaal functioneren, wat weer samenhangt met een betere mentale gezondheid. Door sociale cognitie te verbeteren kan het verergeren van de mentale problemen in de UHR groep worden tegengaan.

Het selecteren van mensen die risico lopen op psychose zorgt er niet perse voor verbeteringen voor deze groep in de klinische praktijk. De risicogroep (UHR) is erg heterogeen. Het kan onnodig stigmatiserend zijn om alle mensen in de UHR groep te labelen als 'pre-psychotisch', ook aangezien de meeste mensen in de UHR groep geen psychose ontwikkelen in de toekomst (19% volgens recente meta-analyse).

In plaats van te focussen op het voorspellen van transitie naar psychose is het mogelijk beter om een meer inclusieve benadering te kiezen voor alle jongeren die hulp zoeken voor psychische problemen, ongeacht de diagnose, en behandeling

te richten op de preventie van het verergeren van psychologische problemen in het algemeen.

Verder blijkt uit dit proefschrift dat mensen met schizofrenie moeite hebben met het lezen van de emoties van anderen. In de klinische praktijk kan deze kennis gebruikt worden om cliënten te informeren dat ze mogelijk emotionele aanwijzingen van anderen missen, en dat dit mogelijk leidt tot verkeerde conclusies over de emoties van anderen. Medewerkers in de zorg zouden mensen met problemen in emotieherkenning kunnen ondersteunen bij het compenseren van deze problemen, bijvoorbeeld door hen te leren eerst meer vragen te stellen over de emoties van anderen alvorens conclusies te trekken over hun emotionele gesteldheid en bedoelingen.

De Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT) leidt tot verbeterde metacognitie op de lange termijn. Maar aangezien het een nogal intensieve methode is (40 individuele sessies), is het niet de eerste behandelkeuze voor elke cliënt. Er is veel variatie in het beloop van schizofrenie, met grote verschillen tussen symptomen en duur. Daarom is het logisch dat verschillende behandelbenaderingen nodig zijn om de behandeling te optimaliseren op individueel niveau. Waar CGT een effectieve behandelmethode is voor veel patiënten met schizofrenie en vaak de eerste keus voor behandeling zal zijn (gezien de korte duur en kosteneffectiviteit), kan MERIT een nuttige behandeling zijn voor mensen die niet profiteren van kortdurende interventies.

Daarnaast kan het functioneel zijn om MERIT niet als een op zichzelf staande therapie te zien maar als een aanvulling op andere therapieën, in de zin dat de therapeut het niveau van metacognitie van de cliënt onderzoekt en zijn interventies en communicatie aanpast op dit niveau, ongeacht welke therapievorm hij verder inzet. Op deze manier kan MERIT een nuttige manier zijn om aan te sluiten bij de beleving van de cliënt.

Meer onderzoek is nodig om te kijken of MERIT effectief is voor bepaalde patiëntengroepen. Wij als onderzoeksgroep hebben ervaren dat het niet makkelijk is om een langdurige therapie te onderzoeken bij deze kwetsbare patiënten, die de neiging hebben uit te vallen om allerlei redenen. Maar aangezien veel patiënten met schizofrenie nog steeds dagelijks lijden onder hun ziekte voor lange tijd, soms hun hele leven, zijn de huidige behandelopties ver van optimaal voor alle patiënten in deze groep. Methodologische obstakels zouden onderzoekers daarom niet moeten weerhouden van het onderzoeken van lange termijn behandelmethoden voor patiënten met schizofrenie, zodat voor elke individu uiteindelijk een passende behandeling beschikbaar is.