

University of Groningen

Antipsychotica en seksueel functioneren, theorie en praktijk

de Boer, Marrit K.; Knegtering, H

Published in:
GGzet Wetenschappelijk

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:
2014

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

Citation for published version (APA):
de Boer, M. K., & Knegtering, H. (2014). Antipsychotica en seksueel functioneren, theorie en praktijk. GGzet Wetenschappelijk, 18(3), 5-14.

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.

GGZet

Wetenschappelijk

2014 • Jaargang 18 • nummer 3

Kakkerlak

Swanny Kremer

Antipsychotica en seksueel functioneren, theorie en praktijk

Marrit de Boer en Rikus Knegering

Therapeutische leefstijlveranderingen bij psychische stoornissen

Rogier Hoenders, Karen van der Ploeg, Esther Steffek & Bregje Hartogs

Complexe rouw kan behandeld worden!

Jos de Keijser

'Empathy under arrest?' Hangt het kenmerk 'gebrek aan empathie' bij psychopathie samen met een verminderde activatie van 'shared circuits'?

Harma Meffert

De invloed van Syndroom van Asperger op toerekeningsvatbaarheid

Harmke Visser

De therapeutische alliantie meten: Therapeut- en patiëntvragenlijsten Onderzoek naar de WAV-12 en de SRS

Fiona Willgeroth en Ries Buckers

Colofon

Redactie

Stynke Castelein

Jos de Keijser

Rikus Knegtering (hoofdredacteur)

Swanny Kremer

Marike Lancel

Secretariaat

Anneke Scholtens

Postbus 128

9470 AC Zuidlaren

ggzetwetenschappelijk@lentis.nl

Lay-out: Arjan Koster/Klaas van Slooten

Productie: Canon Business Services | Locatie Lentis, Zuidlaren

Richtlijnen voor het inzenden van kopij staan achterin het tijdschrift.

Oplage: 850 exemplaren

ISSN 1389-1715

Inhoud

Column

Kakkerlak

Swanny Kremer

Antipsychotica en seksueel functioneren, theorie en praktijk

Marrit de Boer en Rikus Knegtering

Therapeutische leefstijlveranderingen bij psychische stoornissen

Rogier Hoenders, Karen van der Ploeg, Esther Steffek & Bregje Hartogs

Complexe rouw kan behandeld worden!

Jos de Keijser

'Empathy under arrest?' Hangt het kenmerk 'gebrek aan empathie' bij psychopathie samen met een verminderde activatie van 'shared circuits'?

Harma Meffert

De invloed van Syndroom van Asperger op toerekeningsvatbaarheid

Harmke Visser

De therapeutische alliantie meten: Therapeut- en patiëntvragenlijsten

Onderzoek naar de WAV-12 en de SRS

Fiona Willgeroth en Ries Buckers

Column

'Ik heb de onderhandelingspositie van een kakkerlak die op zijn rug ligt'.

Swanny Kremer

Maandagochtend, half 9. Ik sta achter een statafel in de gang van FPC Dr. S. van Mesdag, een tbs-kliniek. Iedereen die langsloopt nodig ik uit tot een dialoog. Ik wil een beetje af van 'het elkaar aanspreken', of 'de ander overtuigen'. Vandaar de aandacht voor een meer onderzoekend gesprek. Op mijn plekje komen ook veel patiënten langs.

Voor mij op de statafel staan snoepjes in de vorm van mondjes. Om de nieuwsgierigheid te wekken, en als symbool voor de dialoog. Patiënt X, laat ik hem Sandro noemen, komt voorzichtig op mij af. Hij wil wel een snoepje, en hij wil ook wel even met mij praten. We hebben elkaar nog nooit eerder gesproken, maar kennen elkaar wel uit de wandelgangen.

'Wat is volgens jou een dialoog?' Sandro zegt bedachtzaam: 'In de eerste plaats is het belangrijk de ander te respecteren, en dat er wederzijds respect is. Een dialoog is niet hiërarchisch, er moet wisselwerking zijn'.

Sandro geeft een mooie beschrijving van een dialoog, maar hij geeft tegelijk aan dat hij vaak het gevoel heeft dat de dialoog tussen hem als patiënt en medewerkers niet tot stand komt: 'er wordt te veel over ons gepraat en te weinig met ons.'

Ik vraag mij af hoe het is om zo 'afhankelijk' te zijn, en ik vraag het aan Sandro.

Zo komt Sandro op de vergelijking met de kakkerlak, en hij zegt: 'Alles wat ik zeg is gekleurd door diagnostiek en symptomen, terwijl je gelijk kunt hebben.'

Sandro krijgt niet vaak gelijk. Hij is een tbs-patiënt, hij wordt opgesloten en is in behandeling om beter met zijn frustraties om te leren gaan. Hij heeft een ernstig delict gepleegd in het verleden, en zowel de maatschappij als Sandro moet een herhalingsdelict bespaard blijven.

Sandro is onderzocht, heeft een diagnose, een delictanalyse, een terugvalpreventieplan, een heel dossier met daarin ook zijn levensverhaal. Er is sprake

van een hogeschooldiagnostiek en -behandeling.
Maar wat heeft Sandro verder nodig?

De kern van goed zorgen is om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de wensen van de patiënt, en te komen tot een wederkerig contact. Goed zorgen draait om de (wederkerige) relatie die jij als behandelaar hebt met je patiënt of cliënt. En dat leer je niet uit een handboek. Dat leer je door verantwoordelijkheid te nemen voor reflectie: denk na over wat je doet. Praat erover met collega's en patiënten.

Wederkerigheid in tbs is extra moeilijk realiseerbaar. Sandro zit er immers gedwongen. En zijn wij wel bereid om ons echt in te leven in Sandro? Het perspectief van waaruit mensen naar elkaar kijken kan heel bepalend zijn. Durven we iets te betekenen voor een ander, die kwetsbaar is maar ook gekwetst heeft? Sandro en zijn behandela(ar)en hebben elkaar nodig. Maar het is een dappere opgave voor beide partijen om deze asymmetrische relatie aan te gaan. Het vraagt moed om kwetsbaar te durven zijn.

Sandro en ik nemen afscheid. Ik vraag of ik iets mag doen met ons gesprek. Dat mag. We schudden elkaar de hand. Dit was een ontmoeting die mij bijblijft. Ik zag geen kakkerlak liggend op zijn rug. Ik zag een man met mogelijkheden, die deels zichzelf en zijn omgeving moet overwinnen.

Artikel

Antipsychotica en seksueel functioneren, theorie en praktijk

Marrit de Boer en Rikus Knegtering

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel weet u:

- dat seksuele bijwerkingen bij antipsychotica veel voorkomen;
- welke fasen van seksueel functioneren beïnvloed kunnen worden door antipsychotica;
- dat seksuele bijwerkingen de therapietrouw en kwaliteit van leven negatief beïnvloeden;
- waarom het belangrijk is dat behandelaren actief vragen naar seksuele bijwerkingen;
- wat de belangrijkste farmacologische mechanismen zijn waardoor seksuele bijwerkingen ontstaan;
- welke behandelingsstrategieën beschikbaar zijn voor seksuele bijwerkingen bij antipsychotica.

Introductie

In de behandeling van schizofrenie en andere psychosen speelt behandeling met antipsychotica een belangrijke rol. Door antipsychotica nemen onrust, angst, verwardheid, wanen en hallucinaties af, maar deze middelen hebben ook ongewenste effecten, waaronder seksuele bijwerkingen. Omdat mensen antipsychotica vaak jaren moeten gebruiken is het van belang dat ongewenste effecten van antipsychotica tot een minimum worden beperkt.

In dit artikel wordt beschreven welke factoren betrokken zijn bij seksueel functioneren bij patiënten met schizofrenie, de invloed van schizofrenie op seksueel functioneren en de invloed van antipsychotica. Het blijkt dat antipsychotica veel invloed kunnen hebben op seksueel functioneren. Dit artikel probeert inzicht te geven over hoe antipsychotica seksueel functioneren beïnvloeden. Dit geeft tevens inzicht hoe seksueel functioneren is geregeld in het lichaam. Daarnaast geeft het onderzoek informatie over hoe mensen die antipsychotica gebruiken en seksuele problemen ervaren via speciale behandelingsstrategieën geholpen kunnen worden.

Welke factoren hebben invloed op het seksueel functioneren van patiënten met schizofrenie?

De interesse in seks verschilt bij de meeste patiënten met schizofrenie weinig van mensen in de algemene bevolking. Het seksueel functioneren van patiënten met schizofrenie wordt echter vaak belemmerd door een aantal factoren, zoals de symptomen van de ziekte, antipsychotica, lichamelijke ziekten of institutionalisering. In het algemeen geldt dat bij vrouwen met schizofrenie het sociaal functioneren beter is, zij langer durende (seksuele) relaties hebben en dat ze vaker kinderen hebben dan mannen met schizofrenie. Desondanks zijn sociale en interpersoonlijke beperkingen bij zowel mannen als vrouwen belemmerend bij het ontwikkelen van stabiele (seksuele) relaties. Mogelijk is er bij patiënten met schizofrenie een verband tussen verminderd seksueel verlangen en de algemene afname van initiatief die zij vaak ervaren (negatieve symptomen). Er wordt echter gedacht dat antipsychotica de belangrijkste oorzaak zijn van seksuele problemen, inclusief afgenomen seksueel verlangen.

Hoe vaak veroorzaken antipsychotica seksuele bijwerkingen?

Patiënten rapporteren in 16% tot 60% van de gevallen problemen in het seksueel functioneren die gerelateerd zijn aan het gebruik van antipsychotica (Serretti & Chiesa. 2011). De kans op seksuele bijwerkingen verschilt per antipsychoticum. Hoewel de gevoeligheid voor seksuele bijwerkingen per individuele patiënt kan verschillen, spelen de farmacologische verschillen tussen antipsychotica een belangrijke rol, vooral de mate van dopamine antagonisme en mogelijk ook de mate van prolactine verhoging (de Boer, et al. 2011, Knegtering, et al. 2008).

Welke seksuele bijwerkingen van antipsychotica worden door patiënten gemeld?

De meest gemelde 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. Zeldzame bijwerkingen zijn priapisme (langdurige en pijnlijke erectie) en pijn bij het orgasme. Verder kunnen bij het gebruik van antipsychotica menstratiestoornissen, 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.

Waarom is het belangrijk dat gericht gevraagd wordt naar seksuele bijwerkingen?

Bijwerkingen, en in het bijzonder seksuele bijwerkingen, worden relatief weinig onderzocht. Dit leidt tot een onderschatting van ongewenste effecten in het algemeen, wat nog meer kan optreden wanneer het onderwerp met schaaftme beladen is. Hoewel onderzoeken laten zien dat patiënten seksuele problemen erg belangrijk vinden, aarzelen zowel hulpverleners als patiënten om hier spontaan over te beginnen (Strauss & Gross 1984, Voermans, et al. 2012). De onderschatting van seksuele problemen door het gebruik van anti-psychoptica leidt vaak tot verminderde kwaliteit van leven en afgenomen therapietrouw (Olfson, et al. 2005). Studies die gestructureerde interviews of vragenlijsten gebruiken rapporteren veel vaker seksuele disfunctie in vergelijking met studies die gebaseerd zijn op wat patiënten spontaan rapporteren (Dossenbach, et al. 2005). Het gebruik van vragenlijsten voor het evalueren van (seksuele) bijwerkingen kan behulpzaam zijn om deze bijwerkingen te achterhalen. Daarnaast is het echter noodzakelijk dat er een gesprek plaatsvindt tussen arts en patiënt, waarbij zij samen afwegen wat voor de patiënt de last is en welke mogelijkheden er zijn om seksuele bijwerkingen te verminderen.

Welke meetinstrumenten zijn beschikbaar voor het evalueren van seksuele disfunctie bij het gebruik van antipsychotica?

In 2013 waren er zes goed onderzochte (gevalideerde) meetinstrumenten beschikbaar om seksueel functioneren in kaart te brengen bij patiënten die antipsychotica gebruiken: Antipsychotic Non-Neurological Side Effects Rating Scale (ANNSERS), Arizona Sexual Experience Scale (ASEX), Antipsychotics and Sexual Functioning Questionnaire (ASFQ), Changes in Sexual Function Questionnaire-14 (CSFQ-14), Nagoya Sexual Function Questionnaire (NSFQ) en Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire (PRSexDQ) (de Boer, et al. 2014a).

De ASFQ, CSFQ-14 en PRSexDQ vragen naar alle fasen van seksueel functioneren, waardoor deze vragenlijsten de voorkeur hebben boven de andere drie vragenlijsten. De ASEX vraagt niet specifiek naar ejaculatie, de ANNSERS en NSFQ vragen niet naar vaginale vochtigheid en de NSFQ bevat geen vraag over orgasme.

De ASFQ en PRSexDQ worden afgenomen door een interviewer (bijvoorbeeld de behandelend arts) en vragen naar een verandering in seksueel functioneren die gerelateerd is aan het gebruik van medicatie. De ASFQ vraagt zowel naar verbetering als verslechtering van seksueel functioneren, wat zinvol bleek in onze risperidon-aripiprazol studie (de Boer, et al. 2011), aangezien enkele patiënten onder gebruik van aripiprazol een verbetering van seksueel functioneren rapporteerden. De ASFQ, NSFQ en ANNSERS bevatten vragen over een verhoging van het prolactine, wat relevant is bij patiënten die

antipsychotica gebruiken. De CSFQ-14 kan gebruikt worden wanneer een zelfrapportage vragenlijst gewenst is, maar deze vragenlijst bevat meer vragen dan de andere vragenlijsten, wat minder geschikt kan zijn wanneer patiënten psychotische symptomen of cognitieve problemen hebben (de Boer, et al. 2014a).

Verder is onderzoek gedaan naar de psychometrische eigenschappen van de Antipsychotics and Sexual Functioning Questionnaire (ASFQ) in 30 patiënten met schizofrenie of andere psychotische stoornis die antipsychotica gebruiken (de Boer, et al. 2013). De ASFQ is een semigestructureerd interview dat in ongeveer 10 minuten kan worden afgenomen. In studies naar seksuele disfunctie bij gebruik van antipsychotica zou een semigestructureerd interview beter kunnen zijn dan een zelfrapportage vragenlijst voor het onderscheiden van medicatie gerelateerde seksuele disfunctie van andere oorzaken van seksuele disfunctie, vooral bij patiënten met cognitieve problemen.

De ASFQ heeft een goede indrukvaliditeit, inhoudsvaliditeit, interne consistentie (Cronbach's alpha 0.84) en test-hertest betrouwbaarheid (mean Spearman's rho = .76). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is goed voor vragen over seksueel verlangen, orgasme, erectie en ejaculatie. Correlatie coëfficiënten voor het berekenen van convergente validiteit waren gemiddeld tot goed bij vergelijking van de ASFQ met de corresponderende items van de Subject's Response to Antipsychotics questionnaire (SRA) en de Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) (de Boer, et al. 2013).

Van de beschikbare gevalideerde meetinstrumenten die een verandering in seksueel functioneren meten is de ASFQ de enige die zowel verslechtering als verbetering meet. Van alle gevalideerde vragenlijsten voor seksueel functioneren bij patiënten die antipsychotica gebruiken is de ASFQ de enige vragenlijst die vraagt naar zowel alle fasen van seksueel functioneren in combinatie met alle symptomen van een verhoogd prolactine, als de enige gevalideerde vragenlijst waarbij alle aspecten van betrouwbaarheid zijn onderzocht (interne consistentie, interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en test-hertest betrouwbaarheid) en voor het bepalen van de convergente validiteit is vergeleken met een andere vragenlijst (ASEX) die voor deze doelgroep is gevalideerd.

Concluderend is de Antipsychotics and Sexual Functioning Questionnaire (ASFQ) een betrouwbaar instrument dat kan worden gebruikt voor het evalueren van seksueel functioneren in relatie tot het gebruik van antipsychotica (de Boer, et al. 2013).

Wat zijn de verschillen tussen antipsychotica wat betreft het effect op seksueel functioneren?

Seksuele disfunctie komt frequent voor bij patiënten die risperidon en klassieke antipsychotica gebruiken, terwijl het minder vaak voorkomt bij gebruik van clozapine, olanzapine, quetiapine en aripiprazol (Serretti & Chiesa 2011, de Boer, et al. 2011, Knegtering, et al. 2008, Baggaley 2008).

Een gerandomiseerde open-label studie vergeleek de effecten van aripiprazol

en risperidon op seksueel functioneren bij 36 patiënten gedurende 6 weken (de Boer, et al. 2011). Seksuele disfunctie werd in kaart gebracht met behulp van de Antipsychotics and Sexual Functioning Questionnaire (ASFQ). De gemiddelde dosis was 12.6 (SD 5.79) mg/dag voor aripiprazol en 3.2 (SD 1.15) mg/dag voor risperidon. Slechts één patiënt (6%) die werd behandeld met aripiprazol (7,5-30 mg/dag; N=18) rapporteerde seksuele disfunctie gerelateerd aan het gebruik van dat middel. Patiënten die werden behandeld met risperidon (1-5 mg/dag; N=18) rapporteerden echter zeer frequent (61%) seksuele disfunctie ($p=0.001$). De gemiddelde prolactine concentratie was 214 (SD 148) mE/L in de aripiprazol groep en 1181 (SD 673) mE/L in de risperidon groep ($p=0.000$). Zie voor meer informatie tabel 1.

In overeenstemming met andere studies ervoeren patiënten die behandeld werden met risperidon veel vaker seksuele disfunctie dan bij behandeling met aripiprazol. Patiënten die aripiprazol gebruikten rapporteerden nauwelijks seksuele bijwerkingen, of rapporteerden een verbetering van seksueel functioneren. Bij patiënten die behandeld werden met risperidon was ook duidelijk sprake van prolactine verhoging, terwijl dit niet werd gevonden bij gebruik van aripiprazol (de Boer, et al. 2011).

Verder werd de invloed van depot antipsychotica op seksueel functioneren onderzocht bij 53 ambulante patiënten. Op de dag van een nieuwe depot injectie werden twee vragenlijsten afgenomen om seksuele bijwerkingen in kaart te brengen. Seksuele disfunctie werd gerapporteerd door 47% van de patiënten op de ASFQ en 57% op de Subjects' Response to Antipsychotics (SRA). Hieruit bleek dat seksuele disfunctie bij depot antipsychotica ongeveer evenveel voorkomt als bij orale antipsychotica die dezelfde werkzame stof bevatten.

Samengevat komen seksuele bijwerkingen frequent voor bij zowel orale als depot antipsychotica, maar verschilt de kans op seksuele disfunctie tussen antipsychotica.

Tabel 1: Prolactine levels en seksuele disfunctie bij patiënten die risperidon of aripiprazol gebruikten (week 6)

Variabele	Risperidon (n=18)	Aripiprazol (n=18)	P-waarde
Leeftijd (gemiddelde \pm SD)	29.0 (\pm 6.0)	29.2 (\pm 8.8)	NS
Geslacht (n man; % man)	15 (83)	13 (72)	NS
Diagnose			
Waanstoornis (n; %)	1 (6)	2 (11)	NS
Schizofrenie (n; %)	14 (78)	15 (83)	NS
Schizoaffectieve stoornis (n; %)	2 (11)	0 (0)	NS
Psychose NAO (n, %)	1 (6)	1 (6)	NS
Prolactine (mE/L, gemiddelde \pm SD)	1181 (\pm 673)	214 (\pm 148)	0.001
Prolactine bij mannen	978 (\pm 453)	149 (\pm 83)	0.000
Prolactine bij vrouwen	2399 (\pm 421)	356 (\pm 167)	0.000
Type seksuele disfunctie			
♂+♀ Afgenomen libido (n, %)	9 (50)	1 (6)	0.003
♂+♀ Afgenomen orgasme (n, %)	5 (28)	1 (6)	0.039
♂ Afgenomen erectie (n, %)	4 (22)	0 (0)	0.044
♂ Afgenomen ejaculatie (n, %)	5 (28)	0 (0)	0.012
♀ Afgenomen lubricatie (n, %)	0 (0)	1 (20)	NS
♂+♀ Enige vorm van seksuele disfunctie (n, %)	11 (61)	1 (6)	0.001
Verbetering van seksueel functioneren ♂+♀ (n, %)	1 (6)	3 (17)	NS

NS = niet significant, $p > 0.05$.

Kunnen verschillende effecten van antipsychotica op seksueel functioneren verklaard worden op basis van hun farmacologische profielen?

Uit de literatuur en de studies in dit proefschrift blijkt dat bij geneesmiddelen zoals antipsychotica de mate van dopamine blokkade, prolactine verhoging en 1 blokkade belangrijke factoren zijn in het effect van medicatie op seksueel functioneren. Dopamine blokkade leidt tot verminderd seksueel functioneren, maar leidt tevens tot een verhoging van de hoeveelheid prolactine in het bloed, wat zeer waarschijnlijk een aanvullende remmende factor op seksueel functioneren is. Een verhoging van het serotonine, bijvoorbeeld door het gebruik van bepaalde antidepressiva, leidt vaak tot een verminderd vermogen om een orgasme te bereiken. Beïnvloeding van bepaalde subtypen serotoninereceptoren heeft een gunstig effect op seksueel functioneren, namelijk stimulatie van de (presynaptische) 5-HT_{1A} receptor en blokkade van de (postsynaptische) 5-HT₂ receptor, in het bijzonder de 5-HT_{2C} receptor. De verschillende effecten van risperidon en aripiprazol op seksueel functioneren worden zeer waarschijnlijk verklaard door hun verschillende effecten op het dopamine systeem in de hersenen. Risperidon blokkeert het dopamine in sterke mate (wat tevens leidt tot een stijging van het prolactine), terwijl aripiprazol een partiële dopamine agonist is, wat betekent dat het zowel blokkerende als stimulerende effecten op het dopamine systeem heeft (de Boer, et al. 2011).

Sommige antipsychotica veroorzaken meer seksuele bijwerkingen dan verwacht zou worden op basis van alleen hun blokkerende effect op het dopamine systeem. Waarschijnlijk is de mate waarin een middel de bloed-hersenbarrière passeert een aanvullende factor. Antipsychotica die de bloed-hersenbarrière moeizaam passeren (bijvoorbeeld risperidon en zijn afbraakproduct (metaboliet) 9-OH-risperidon, ook bekend als paliperidon) moeten relatief hoog gedoseerd worden om in de hersenen een effect te bewerkstelligen, waarbij er in de rest van het lichaam een relatief hoge concentratie van het middel aanwezig is. De hypofyse produceert prolactine dat wordt gereguleerd door dopamine. Aangezien de hypofyse buiten de bloed-hersenbarrière ligt, wordt het blootgesteld aan een relatief hoge concentratie van het dopamine blokkerende antipsychoticum, waardoor het prolactine sterk stijgt. Prolactine speelt waarschijnlijk een rol bij (seksuele) verzadiging.

Concluderend is de mate van dopamine blokkade door een geneesmiddel waarschijnlijk de belangrijkste factor bij antipsychotica gerelateerde seksuele disfunctie. Prolactine verhoging is een andere factor, die afhankelijk is van de mate van dopamine blokkade en de mate waarin een antipsychoticum de bloed-hersenbarrière passeert. Dit verklaart waarom middelen die het dopamine sterk blokkeren, zoals risperidon en haloperidol, frequent seksuele disfunctie veroorzaken, terwijl olanzapine, quetiapine en clozapine minder vaak leiden tot seksuele problemen en prolactine verhoging. Aripiprazol hecht wel sterk aan de dopamine receptor, maar is een partiële dopamine agonist, wat verklaart dat seksuele disfunctie nauwelijks voorkomt en dit middel eveneens niet leidt tot prolactine verhoging.

Wat is het effect van de fosfodiësteraseremmer tadalafil op erectiestoornissen gerelateerd aan het gebruik van antipsychotica?

In de dubbelblinde placebogecontroleerde gerandomiseerde cross-over pilot studie werden 15 mannen met antipsychotica gerelateerde erectiestoornissen behandeld met tadalafil of placebo (de Boer, et al. 2014b). De primaire uitkomstmaat was de verandering in het vermogen een erectie te krijgen en te houden zoals gemeten met een speciale vragenlijst, de International Index of Erectile Function Questionnaire (IIEF). Secundaire uitkomstmaten waren het effect van tadalafil op de erectiestoornis gemeten met de Improvement Global Usefulness Question (IGUQ), en de effecten op seksueel functioneren gemeten met de Antipsychotics and Sexual Functioning Questionnaire (ASFQ). Mogelijk verbetert tadalafil erectiestoornissen bij gebruik van antipsychotica, maar de power van deze studie was onvoldoende om dit met zekerheid te kunnen vaststellen. Wel komt het resultaat overeen met andere recent gepubliceerde studies die suggereren dat fosfodiësteraseremmers zoals tadalafil of sildenafil erectiestoornissen bij gebruik van antipsychotica kunnen verbeteren.

Welke behandelingsstrategieën zijn beschikbaar voor seksuele disfunctie gerelateerd aan het gebruik van antipsychotica?

Het is belangrijk om gericht naar seksuele bijwerkingen te vragen tijdens gebruik van antipsychotica (en overigens ook bij gebruik van andere geneesmiddelen, zoals antidepressiva), en deze samen met de patiënt te evalueren. Bij het evalueren van seksuele functiestoornissen wordt bij voorkeur een gevalideerd meetinstrument gebruikt. Het is belangrijk om uitleg te geven over seksuele bijwerkingen en desgewenst de partner erbij te betrekken. Daarnaast is er een aantal farmacologische behandelingsstrategieën beschikbaar (Nunes, et al. 2012). Ten eerste kunnen dosisverlaging of het switchen naar een middel met minder kans op seksuele bijwerkingen worden overwogen. Deze beide strategieën werden toegepast in de casus. Als dit echter niet effectief is, kan ook het toevoegen van een dopamine agonist, aripiprazol of een fosfodiësteraseremmer een gunstig effect hebben. Dopamine agonisten zijn middelen die worden voorgeschreven voor de ziekte van Parkinson. Het is belangrijk om deze middelen niet te hoog te doseren, aangezien anders de psychotische verschijnselen kunnen toenemen. In de onderzoeken die er naar gedaan zijn bleek dit overigens niet vaak voor te komen. Fosfodiësterase-5 remmers zijn middelen als sildenafil (Viagra®) of tadalafil (Cialis®) (de Boer, et al. 2014b).

Meer onderzoek is nodig naar wat de beste strategie is om door antipsychotica veroorzaakte seksuele problemen beter te helpen behandelen.

Take-home messages

- Schizofrenie is een ernstige psychiatrische aandoening die gekenmerkt wordt door een combinatie van positieve symptomen (wanen, hallucinaties), negatieve symptomen (bijvoorbeeld verminderd initiatief) en cognitieve symptomen, waardoor patiënten vaak veel belemmeringen ervaren in hun dagelijks functioneren.
- In de behandeling van schizofrenie spelen antipsychotica een belangrijke rol. Daarmee nemen psychotische verschijnselen meestal af, maar deze middelen hebben ook ongewenste effecten, waaronder seksuele bijwerkingen.
- Patiënten rapporteren in 16% tot 60% van de gevallen problemen in het seksueel functioneren die gerelateerd zijn aan het gebruik van antipsychotica. De kans op seksuele bijwerkingen verschilt per antipsychoticum.
- Patiënten met schizofrenie vinden seksueel functioneren een belangrijk onderwerp, maar zowel patiënten als artsen zijn vaak terughoudend in het bespreken hiervan, wat leidt tot een onderschatting van het probleem. Seksuele bijwerkingen zijn geassocieerd met een verminderde kwaliteit van leven en therapietrouw.
- Het is belangrijk dat artsen actief vragen naar seksuele bijwerkingen en samen met de patiënt de last overwegen, waarbij het gebruik van een gevalideerde vragenlijst behulpzaam kan zijn.
- In 2013 waren er zes gevalideerde meetinstrumenten beschikbaar om seksueel functioneren in kaart te brengen bij patiënten die antipsychotica gebruiken, waaronder de Antipsychotics and Sexual Functioning Questionnaire (ASFQ).
- Bij het ontstaan van seksuele bijwerkingen spelen onder andere de mate van dopamine blokkade en verhoging van het prolactine een rol. Seksuele disfunctie komt frequent voor bij patiënten die risperidon en klassieke antipsychotica gebruiken, terwijl het minder vaak voorkomt bij gebruik van clozapine, olanzapine, quetiapine en aripiprazol. Deze verschillen zijn te herleiden tot de farmacologische kenmerken van de verschillende antipsychotica.
- Qua behandelingsstrategieën bij seksuele bijwerkingen kan in de eerste plaats dosisverlaging of het switchen naar een antipsychoticum met minder kans op seksuele bijwerkingen worden overwogen. Als dit niet effectief is, kan ook het toevoegen van een dopamine agonist, aripiprazol of een fosfodiësteraseremmer een gunstig effect hebben.

Literatuur

Baggaley M. (2008). Sexual dysfunction in schizophrenia: Focus on recent evidence. *Hum. Psychopharmacol.* 23 : 201-9.

- de Boer MK, Castelein S, Bous J, van den Heuvel ER, Wiersma D, et al. (2013). The antipsychotics and sexual functioning questionnaire (ASFQ): Preliminary evidence for reliability and validity. *Schizophr. Res.* 150 : 410-5.
- de Boer MK, Castelein S, Wiersma D, Schoevers RA, Knegtering H. (2014a). A systematic review of instruments to measure sexual functioning in patients using antipsychotics. *J. Sex Res.* 51 : 383-9.
- de Boer MK, Oolders JM, van den Heuvel ER, Wiersma D, Schoevers RA, Knegtering H. (2014b). Efficacy of tadalafil on erectile dysfunction in male patients using antipsychotics: A double-blind, placebo-controlled, crossover pilot study. *J. Clin. Psychopharmacol.* 34 : 380-2 .
- de Boer MK, Wiersma D, Bous J, Sytema S, van der Moolen AE, et al. (2011). A randomized open-label comparison of the impact of aripiprazole versus risperidone on sexual functioning (RAS study). *J. Clin. Psychopharmacol.* 31 : 523-5 .
- Dossenbach M, Hodge A, Anders M, Molnar B, Pecukaitiene D, et al. (2005). Prevalence of sexual dysfunction in patients with schizophrenia: International variation and underestimation. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 8 : 195-201.
- Knegtering H, van den Bosch R, Castelein S, Bruggeman R, Sytema S, van Os J. (2008). Are sexual side effects of prolactin-raising antipsychotics reducible to serum prolactin? *Psychoneuroendocrinology.* 33 : 711-7.
- Nunes LV, Moreira HC, Razzouk D, Nunes SO, Mari Jde J. (2012). Strategies for the treatment of antipsychotic-induced sexual dysfunction and/or hyperprolactinemia among patients of the schizophrenia spectrum: A review. *J. Sex Marital Ther.* 38 : 281-301.
- Olfson M, Uttaro T, Carson WH, Tafesse E. (2005). Male sexual dysfunction and quality of life in schizophrenia. *J. Clin. Psychiatry.* 66 : 331-8.
- Serretti A, Chiesa A. (2011). A meta-analysis of sexual dysfunction in psychiatric patients taking antipsychotics. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 26 : 130-40.
- Strauss B, Gross J. (1984). Psychotropic drug-induced changes in sexuality-frequency and relevance in psychiatric practice. *Psychiatr. Prax.* 11 : 49-55.
- Voermans JM, Van HL, Peen J, Hengeveld MW. (2012). Is there adequate discussion between psychiatrists and their patients regarding patients' sexual problems? *Tijdschr. Psychiatr.* 54 : 9-16.

Dit artikel is een samenvatting van het proefschrift "Antipsychotic treatment and sexual functioning: from mechanisms to clinical practice" van Marrit de Boer, waarop zij promoveerde op 10 september 2014. Promotoren: Robert Schoevers en Durk Wiersma. Copromotoren: Rikus Knegtering en Slynke Castelein. Het proefschrift is digitaal beschikbaar op: <http://dissertations.ub.rug.nl/faculties/medicine/2014/m.k.de.boer/>

De Nederlandse versie van de Antipsychotics and Sexual Functioning Questionnaire (ASFQ) is beschikbaar voor het publieke domein op de website van het Tijdschrift voor Psychiatrie: <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/measuringinstruments/6>

Artikel

Therapeutische leefstijlveranderingen bij psychische stoornissen

Rogier Hoenders, Karen van der Ploeg, Esther Steffek & Bregje Hartogs

Dit artikel is een bewerking van het gelijknamige hoofdstuk van dezelfde auteurs, met vriendelijke toestemming overgenomen uit het Handboek transdiagnostische factoren dat in het najaar van 2014 is verschenen bij Uitgeverij Boom, Amsterdam, onder redactie van Bas Heycop the Ham, Monique van Hulsbergen en Ernst Bohlmeijer.

Een nieuwe aanpak in de reguliere zorg is leefstijlgeneskunde ('lifestyle medicine'). Dit omvat de toepassing van gedragsmatige, medische, omgevings- en motivationele principes bij de preventie en behandeling van gezondheidsproblemen in een klinische setting (Egger et al., 2008). Er is toenemend bewijs voor de effectiviteit van therapeutische leefstijlveranderingen (TLV) voor lichamelijke en psychische stoornissen, maar op stoppen met roken en running therapy na, is er nog (te) weinig ervaring mee opgedaan in de (geestelijke) gezondheidszorg (ACPM, 2009; Walsh, 2011; Sarris et al., 2012; Berk et al., 2013).

Ondanks de effectiviteit en het voordeel dat er nauwelijks negatieve bijwerkingen zijn bij het toepassen van TLV wordt leefstijlgeneskunde nog onvoldoende gewaardeerd, onderwezen of toegepast binnen de gezondheidszorg (Egger et al., 2008; ACPM, 2009; Ornish, 2009). Dit terwijl de bijdrage van een ongezonde leefstijl aan het ontstaan en in stand houden van chronische ziektes op 80 procent (Yusuf et al., 2004) of zelfs 95 procent (Ruiz-Nunez et al., 2013) geschat wordt. De GGD schat dat 25 procent van alle ziekten en 40 procent van kanker door leefstijl veroorzaakt wordt (GGD, 2011). Door leefstijlveranderingen kan meer dan 90 procent van suikerziekte type 2, meer dan 80 procent van coronaire vaatziekten en meer dan 70 procent van darmkanker en beroertes voorkomen worden (Willett, 2002). Dean Ornish ontwikkelde met collega's een leefstijlprogramma dat bestaat uit voeding, dieetmanagement, beweging en relaxatie dat aangetoond effectief is voor het herstellen van coronaire vaatziekten en de vroege fase van prostaatkanker (Ornish et al., 1990; 2005).

Bij leefstijlgeneskunde worden patiënten uitgenodigd om een meer actieve bijdrage aan hun herstel te leveren. Dit kan helpen om de kosten van de zorg te verminderen (Egger et al., 2008; Walsh, 2011). Het heeft daarnaast nog meer voordelen. Het biedt een uitbreiding van onze behandel mogelijkheden, het geeft een empowerment aan patiënten en het leidt tot minder negatieve

en meer positieve bijwerkingen. Zo heeft running therapy een gunstig effect op gewichtsafname, vermindert het depressieve klachten en de kans op hart- en vaatziekten. Dit in tegenstelling tot een aantal mogelijke negatieve bijwerkingen van langdurig medicatiegebruik, zoals het risico op gewichtstoename en het metabool syndroom (Henderson, 2008).

Leefstijlgeneeskunde als transdiagnostische interventie

Uit onderzoek blijkt dat TLV een verbetering van de algemene (geestelijke) gezondheid geeft en een verminderde kans op terugval (Angell, 2009; Walsh, 2011; Sarris, 2011; Berk et al., 2013). TLV omvat diverse belangrijke transdiagnostische interventies, die een positieve invloed hebben op de lichamelijke en geestelijke gezondheid – ongeacht de diagnose. Voor de behandeling of preventie van psychische stoornissen blijken sommige TLV-interventies effectief (Walsh, 2011). Mindfulness is effectief bij stemmingsstoornissen (Piet & Hougaard, 2011), angst (Coelho et al., 2007; Kim et al., 2009), negatieve symptomen van schizofrenie (Lake, 2007), verslaving (Bowen et al., 2006), slaapstoornissen (Ong et al., 2008), eetstoornissen (Kristeller & Hallet, 1999) en trauma (Niles et al., 2011). Andere leefstijlveranderingen zijn minder uitgebreid onderzocht, maar er worden soms positieve resultaten gevonden.

Yoga bijvoorbeeld, heeft een positieve invloed op depressie, angst en slaapstoornissen (Balasubramaniam et al., 2013; Uebelacker et al., 2010) en bij schizofrenie als aanvulling op medicatie (Vancampfort et al., 2012). Running therapy is effectief tegen depressie (Cooney et al., 2013). Ook zijn in diverse epidemiologische studies verbanden gevonden tussen voeding en psychische stoornissen (Freeman, 2010; Jacka et al., 2010; Jacka et al., 2013; McMartin et al., 2013; Sanchez-Villegas et al., 2011). Het gaat hierbij om de gunstige effecten van een mediterraan dieet (met onder meer het gebruik van peulvruchten en onverzadigde vetzuren in de vorm van vis en (olijf)olie en aandacht voor het behoud van een stabiele bloedsuikerspiegel) en veel groente en fruit ten opzichte van de ongunstige effecten van fast food en het typisch westerse dieet.

De eerste grootschalige TLV-interventiestudies zijn gestart, zoals verandering van dieet voor de preventie en behandeling van depressie (O’Neil et al., 2013; Visser & Brouwer, 2014). TLV kan op allerlei manieren de lichamelijke en geestelijke gezondheid verbeteren. Zo lijkt stoppen met roken, naast een verminderde kans op kanker en longaandoeningen, ook een positieve invloed te hebben op de mentale gezondheid (Cavazos-Regh et al., 2014). Afvallen zorgt naast diverse lichamelijke voordelen voor minder (kans op) depressieve klachten (Ruusunen, 2013). Onderzoek komt op gang, maar de effecten van leefstijlinterventies zijn nog onvoldoende onderzocht. Deze interventies lijken veelbelovend en als transdiagnostische interventies voor een breed scala aan klachten en diagnoses in de ggz inzetbaar.

De populariteit van mindfulness heeft eraan bijgedragen dat er sinds enkele

jaren meer aandacht is voor leefstijl in de zorg. Ook hebben beleidsrapporten zoals het rapport *Ziekte en Zorg naar Gezondheid en Gedrag* (RVZ, 2010) hieraan bijgedragen. Inmiddels zijn velen het erover eens dat leefstijl meer professionele aandacht behoeft in de ggz. Echter, de vraag is hoe. We weten allemaal dat goede voornemens vanaf 1 januari maar kort stand houden. Een recente enquête onder 1000 vrouwen toonde aan dat ze gemiddeld 16 keer in hun leven op dieet gaan, dat 41 procent een dieet slechts 2 maanden volhoudt en daarmee gemiddeld 2 à 3 kilo afvalt (Winter, 2014). Ook andere studies tonen doorgaans een gering resultaat bij pogingen tot afvallen (Hardeman et al., 2002) of gedragsverandering op gebied van beweging en dieet (Fjeldsoe et al., 2011). Gewoontes worden blijkbaar niet voor niets hardnekkig genoemd. Zijn duurzame gedragsveranderingen op het gebied van leefstijl überhaupt haalbaar? Wat is ervoor nodig om dit te bereiken? Hoe ziet dat er concreet uit in de ggz? Over deze vragen gaat dit artikel.

Definitie

Leefstijlgeneseskunde wordt ook wel TLV of preventieve geneseskunde genoemd. Het wordt soms onder de niet-reguliere behandelingen geschaard (zie tabel 1). Vrijwel alle klinieken die werken met zowel reguliere als niet-reguliere behandelingen, ook wel integrale geneseskunde genoemd, richten zich op leefstijlverandering, zoals voeding, beweging, relaxatie, yoga en meditatie (Horrigan et al., 2012). De meeste reguliere klinieken en ggz-afdelingen bieden dit niet of nauwelijks aan (Hoenders, 2014). Er zijn enkele leefstijlveranderingen die wel als een vast onderdeel bij reguliere behandelingen worden aangeboden, zoals het stoppen met roken, afvallen en mindfulness.

Tabel 1: Definities en voorbeelden van drie soorten niet-reguliere geneeswijzen

Leefstijl geneseskunde	Preventie en behandeling van chronische ziekten door therapeutische leefstijlveranderingen (Egger et al., 2008; ACPM, 2009).	Running therapy, dieet, relaxatie, yoga en mindfulness
Complementaire geneseskunde	Niet-reguliere behandelingen die goede bewijsvoering hebben, maar vanwege praktische, ideologische of sociale redenen (nog) niet geïntegreerd zijn in het reguliere behandelaanbod (Lake, 2007).	Kruiden, vitamines en supplementen
Alternatieve geneseskunde	Niet-reguliere behandelingen die (te) weinig bewijsvoering hebben en die tevens andere verklaringsmodellen van ziekte en gezondheid hanteren (Lake, 2007).	Healing en homeopathie

Soorten leefstijl

Voeding, beweging en ontspanning zijn de meest onderzochte en toegepaste vormen van TLV. Velen zijn bekend met de ‘Richtlijnen gezonde voeding’ en met het belang van voldoende lichaamsbeweging. Er zijn van overheidswege diverse publiekscampagnes geïnitieerd en projecten gefinancierd voor gezondere voeding en meer beweging. Het belang van stressreductie en relaxatie

(ontspanning) wordt echter minder goed onderkend.

Acute stress (ook wel ‘fight or flight’ genoemd; vechten of vluchten) treedt op bij (dreigend) gevaar. Het doet de hartslag, bloeddruk en spierspanning stijgen, middels activering van het sympathische zenuwstelsel. Dit is heel zinvol wanneer er vervolgens actie nodig is om onszelf te beschermen. Wanneer het gevaar geweken is neemt de hartslag, bloeddruk en spierspanning weer af, door activiteit van het parasympathische zenuwstelsel. Langdurige blootstelling aan stress echter, heeft een nadelig effect op onze gezondheid, omdat de staat van alertheid blijft bestaan. Dit geeft een disbalans tussen sympathische en parasympathische activiteit. De arts H. Benson (1974) beschreef een tegengestelde respons die het lichaam helpt om de nadelige gevolgen van chronische stress te verminderen: de relaxatierespons. Het gaat hierbij om het systematisch en doelgericht inzetten van deze respons om te leren ontspannen. Wanneer de ontspanningsreactie optreedt zien we verschillende lichamelijke reacties, zoals een verlaagde bloeddruk en ademhalingsnelheid en een ontstekingsremmende werking in het lichaam. Dit heeft een zeer positief effect op chronische stress (Benson, 1974; Park et al, 2013). Er bestaan verschillende technieken om de relaxatierespons op te roepen; het herhalen van een woord, zin of geluid (mantra), autogene training, biofeedback, ademhalings-oefeningen, geleide verbeelding, diepe spierrelaxatie, yoga en meditatie. Deze interventies vergroten de parasympathische activiteit. Dagelijkse beoefening van een of meerdere technieken voor de duur van ongeveer twintig minuten wordt aanbevolen (Benson, 1996).

Naast voeding, beweging en relaxatie zijn er diverse andere aandachtsgebieden die onder de noemer ‘leefstijl’ passen, omdat ze een positieve invloed hebben op gezondheid. Een breed sociaal netwerk is een beschermende factor voor het optreden van psychopathologie (Fowler & Christakis, 2008; Jetten et al., 2009). De recente historie laat, voor het eerst in de geschiedenis van de mensheid, een kunstmatige woon- en werkomgeving zien met veel licht en geluid. Er zijn aanwijzingen dat dit bijdraagt aan moderne ziekten (Küller et al., 2006). Tijd doorbrengen in de natuur of er zelfs alleen naar kijken lijkt gezondheidsbevorderend (Berman et al., 2008). Ook zingeving, spiritualiteit en creatieve expressie zijn gerelateerd aan gezondheid (Koenig, 2009). Het valt buiten het bestek van dit artikel om dieper in te gaan op al deze vormen van leefstijl. De geïnteresseerde lezer wordt verwezen naar bestaande bronnen over dit onderwerp (Kemper, 2010; Walsh, 2011, Hoenders, 2014).

Voordelen van leefstijlverandering

Met TLV zijn patiënten in staat om zelf hun symptomen te verminderen en zelfs toekomstige ziekten te voorkomen. In tegenstelling tot de negatieve bijwerkingen van medicatie, hebben leefstijlveranderingen vooral positieve bijwerkingen. Wanneer je hardloopt om van je depressie af te komen, val je af en daalt je cholesterol waardoor de kans op hart- en vaatziekten vermindert. Ook geeft deze aanpak een empowerment aan patiënten, ze zijn in staat om het zelf te doen en het gevoel van autonomie wordt versterkt. Dit vergroot

het vertrouwen in eigen mogelijkheden en vermindert de afhankelijkheid van een therapeut of medicatie. Dit alles maakt het tevens een relatief goedkope interventie, die kan bijdragen om de steeds verder stijgende kosten van de zorg te beteugelen.

Belemmerende factoren voor leefstijlverandering

Patiënten weten vaak niet goed hoeveel baat ze kunnen hebben bij TLV en behandelaren geven vaak een te beperkte uitleg over de positieve effecten van TLV op klachten. Het geven van voorlichting en psycho-educatie kan dit verhelpen. Ook kan een gebrek aan motivatie van de patiënt een belemmerende factor zijn om tot leefstijlverandering te komen. Dit kan soms verklaard worden door het gebrek aan energie of passiviteit passend bij een ziektebeeld (bijvoorbeeld apathie bij depressie of schizofrenie), of door het gebrek aan vertrouwen in eigen mogelijkheden. We verwijzen hiervoor ook naar hoofdstuk XX, waar motivatie als transdiagnostische factor is beschreven. Het aanbieden van interventies gericht op leefstijlverandering, veronderstelt dat de patiënt een actieve bijdrage levert aan zijn herstelproces. Dit vraagt een verandering van perspectief als de patiënt verwacht op passieve wijze een behandeling te ondergaan om zijn klachten te verlichten. TLV kost tijd, aandacht, doorzettingsvermogen en inzet. Het verdient ook aandacht om de opvattingen van behandelaren te onderzoeken die werken met TLV. Soms vinden zij het teveel gedoe om de patiënt te motiveren en botst het met hun eigen rolopvatting of zijn de leefstijlveranderingen in conflict met hun eigen paradigma's en leefgewoonten. Tot slot kunnen biologische, psychologische en sociale reflexen ertoe leiden dat het veranderen van leefstijl niet of onvoldoende lukt (Appelo, 2010).

Toch is er ook ruimte voor optimisme. Het bleek bijvoorbeeld mogelijk om te komen tot grootschalige duurzame veranderingen van leefstijl in de bevolking op het gebied van stoppen met roken. Ondanks veel weerstand bij de fabrikanten en rokers daalde het aantal rokers in de Verenigde Staten van 44 procent van de bevolking in 1960 tot 21 procent in 2009 (CDC, 2006; PHS, 2008). Dit komt vermoedelijk door het onderzoek waarmee de effecten van (stoppen met) roken op de gezondheid werd aangetoond, de grootschalige campagnes om het publiek te informeren, de toegenomen accijnzen en het vergoeden van behandeling van rookverslaving.

Behandelen door het induceren van TLV

In deze paragraaf wordt de theoretische achtergrond en therapeutische houding van TLV nader toegelicht. In de volgende paragraaf beschrijven we de methodiek en de concrete toepassing in de dagelijkse praktijk van de ggz.

Theoretische achtergrond

In de gezondheidszorg wordt veelal gebruik gemaakt van de ziekteleer, de 'pathogenese'. In deze benadering staat de oorsprong van ziekte centraal. Op

basis van de diagnose worden behandelingen toegepast die de ongewenste ziekteverschijnselen moeten wegnemen. Voorbeelden zijn anti-biotica, anti-psychoptica, anti-depressiva en anti-epileptica. Gezondheid betekent in deze benadering de afwezigheid van ziekte. Een andere manier om een verbetering van gezondheid en welbevinden te bereiken, is door te kijken naar wat bijdraagt aan gezondheid. Deze benadering, de 'salutogenese' gaat op zoek naar de oorsprong van gezondheid, welzijn en de kwaliteit van leven. De focus ligt op het benutten of uitbreiden van hulpbronnen en capaciteiten van mensen om ondanks allerlei stressvolle gebeurtenissen, gezondheid te ontwikkelen en te behouden (Lindstrom & Eriksson, 2005). We verwijzen voor dit onderwerp ook naar hoofdstuk XX over welbevindentherapie. Therapeutische leefstijlveranderingen borduren hier op voort. Het aanleren van gezondheidsbevorderende vaardigheden biedt patiënten de mogelijkheid om eigen hulpbronnen te benutten en stelt hen in staat gezonde keuzes te maken op het gebied van hun leefstijl om zodoende hun welbevinden te vergroten.

Therapeutische houding

Een gezondheidsbevorderende therapie vraagt om een passende houding van zowel de therapeut als de patiënt die verschilt van wat we gewend zijn uit de conventionele geneeskunde (zie tabel 2). De oplossingsgerichte gespreksvoering leent zich bij uitstek voor TLV. In de oplossingsgerichte therapie schenkt de therapeut veel aandacht aan motivatie tot gedragsverandering. De houding van de therapeut is gericht op samenwerking. Hij laat zich informeren door de patiënt, wiens referentiekader bepalend is voor de oplossingen en richting van ontwikkeling. De therapeut nodigt de patiënt uit om zijn doel te bepalen en vooruit te kijken naar alle mogelijkheden om dit doel te bereiken. In dit proces kan de therapeut gebruik maken van de sterke kanten en hulpbronnen van de patiënt, zijn eigen taalgebruik, complimenteren, het stellen van competentievragen, schaalvragen, de wondervraag en het zoeken naar positieve uitzonderingen (Bannick, 2012). Door deze therapeutische houding, de aandacht voor gezondheidsgerichte doelen en het vergroten van de zelfredzaamheid van de patiënt verplaatst de aandacht zich van ziekte en klachten naar gezondheid, krachten en gedrag. Ook het gebruik van verandertaal stimuleert de motivatie tot gedragsverandering in de gewenste richting (Miller & Rollnick, 2002).

Bannick (2012) ontwikkelde oplossingsgerichte vragen die een basistool zijn voor iedere behandelaar die zich bezighoudt met het stimuleren van gezond gedrag. De basisvragen richten zich op het doel, de oplossingen die al werken en zijn toekomstgericht: Waar hoopt u op? Welk verschil zal dat maken? Wat werkt (al)? Wat zal een volgend teken van vooruitgang zijn? Wat kan het eerstvolgende stapje zijn in de gewenste richting?

Tabel 2: karakteristieken van de therapeutische houding bij leefstijlgeneskunde

Conventionele geneeskunde	Leefstijlgeneskunde
Behandelt individuele risicofactoren	Behandelt leefstijlfactoren
Patiënt ontvangt zorg passief	Patiënt draagt actief bij aan behandeling
Vaak gericht op korte termijn	Vooral gericht op lange termijn
Verantwoordelijkheid bij arts	Verantwoordelijkheid bij patiënt
Nadruk ligt op diagnose en recept	Nadruk ligt op motivatie en therapietrouw
Omgeving speelt kleine rol	Omgeving speelt grote rol
De werking weegt op tegen bijwerkingen	Bijwerkingen zijn onderdeel van uitkomst
Arts werkt vaak individueel	Arts werkt in team van professionals

De positieve psychologie – waarin optimisme, hoop en empowerment centraal staan – en de oplossingsgerichte therapie hebben veel overeenkomsten. De positieve psychologie gaat uit van de krachtbronnen van de patiënt en dat geluk te vinden is door het identificeren en gebruikmaken van de sterke kanten die de patiënt al heeft (Bohlmeijer et al., 2013; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Het in kaart brengen van de persoonlijke krachtbronnen die ingezet kunnen worden om tot leefstijlverandering te komen, kan het gevoel van optimisme en hoop stimuleren.

Bij het werken aan TLV is de methode Kaizen tevens behulpzaam. Kaizen is een Japanse methode voor verbetering. Het heeft het zoeken naar kleine, simpele oplossingen gemeen met de oplossingsgerichte therapie. Omdat veel mensen een drastische verandering als de enige weg zien naar vernieuwing en het aangaan van grote veranderingen vaak veel weerstand en angst oproept, vallen mensen vaak terug in oude gewoonten. Kaizen daagt uit om pogingen tot verandering vooral klein en simpel te houden. Letterlijk vertaalt betekent Kaizen ‘verbeteren naar goed’. Het biedt een alternatief om, in plaats van naar grote vernieuwingen, te streven naar heel veel kleine stappen in de richting van kwaliteit of efficiëntie. Het model gaat uit van continue verbetering en optimalisatie (Maurer, 2011).

In de volgende paragraaf beschrijven we de methodiek die in het Centrum Integrale Psychiatrie in Groningen is ontwikkeld voor TLV. Onderstaand kader beschrijft zes strategieën voor succes en adviezen voor een gezonde leefstijl. Deze uitgangspunten kunnen gebruikt worden als psycho-educatie en meegegeven worden aan de patient.

Strategieën voor succes & adviezen voor een gezonde leefstijl

De zes strategieën voor succesvol veranderen:

- stel eenvoudige vragen
- denk eenvoudige gedachten
- voer simpele acties uit
- los kleine problemen op (zelfs wanneer je geconfronteerd wordt met een overweldigende crisis)
- geef kleine beloningen aan jezelf of de ander, herken kleine maar beslissende momenten

Adviezen voor een gezonde leefstijl:

- zorg voor lichaamsbeweging: minimaal drie tot vijf keer per week dertig minuten beweging
- rook niet
- gebruik alcohol matig (man 2 eenheden; vrouw 1 eenheid per dag)
- zorg voor een optimaal gewicht, voorkom overgewicht
- beperk de inname van calorieën
- eet regelmatig en zorg voor voldoende variatie in voedingsstoffen: eet minimaal twee stuks fruit en tweehonderd gram groenten (van liefst drie soorten) per dag
- eet vezelrijk
- beperk de inname van vet, met name van verzadigde vetzuren (minder dan 10 procent van de dagelijkse energie-inname), transvetten (minder dan 1 procent van de dagelijkse energie-inname) en cholesterol (minder dan 300 mg per dag)
- eet vette vis, zoals zalm en haring, minimaal twee keer per week
- vermijd junkfood en fruit-, energie- en frisdranken met toegevoegde suikers en cafeïne
- beperk de inname van keukenzout (maximaal 6 gr per dag)
- drink dagelijks 1,5-2 liter vocht, bij voorkeur in de vorm van water of kruidenthee (vermijd dranken met toegevoegde suikers)
- zorg voor dagelijkse stressreductie
- geniet van ontspannende activiteiten
- zorg voor gemiddeld meer dan zes uur slaap
- zorg voor een breed sociaal netwerk
- breng regelmatig tijd door in de natuur

Methodiek

In het Centrum Integrale Psychiatrie, onderdeel van ggz-instelling Lentis, is een polikliniek voor mensen met psychische en psychiatrische stoornissen waarbij reeds acht jaar gewerkt wordt volgens de methodiek van de integrale psychiatrie. TLV is hierbij een belangrijk onderdeel (Hoenders et al., 2008; 2010). De behandelingen bestaan uit zowel klachtgerichte als preventieve of gezondheidsbevorderende interventies. De TLV bestaat uit individuele leefstijlcoaching en/of deelname aan leefstijlgroepen. De leefstijlcoach inventariseert met behulp van een uitgebreide vragenlijst, de zogenaamde 'leefstijl-check' (CIP, 2013a), de huidige leefstijlgewoonten, de salutogene doelen, de kracht- en stressbronnen en motivationele factoren die van invloed kunnen zijn op gedragsverandering in de toekomst. Vervolgens vult de patiënt gedurende twee weken een leefstijlformulier in (zie bijlage 1). Iedere dag registreert de patiënt zijn voedingsinname, de mate en soort van beweging en ontspanning. Door het invullen van dit formulier is de informatie betrouwbaarder dan wanneer dit alleen mondeling wordt nagevraagd. Daarnaast maakt het de patiënt bewuster van zijn leefstijl en geeft dat soms al een aan-

zet tot gedragsverandering in de richting van het gewenste doel. Dagelijkse registratie vergroot de zelfobservatie en geeft een gevoel van controle. Dit geeft meer verantwoordelijkheid en motivatie voor behandeling (Quenter et al., 2002). Vervolgens gaat de leefstijlcoach samen met de patiënt op weg naar de gewenste verandering met behulp van het protocol 'Zorg voor jezelf (CIP, 2013b)' dat gebaseerd is op diverse modellen van gedragsverandering die we verderop toelichten, zoals het 5 A-protocol (Whitlock et al., 2002), het stappenplan voor reflectie en discipline (Appelo, 2010), de principes van Kaizen (Maurer, 2011) en de oplossingsgerichte houding.

Het stappenplan is gericht op het bereiken van gedragsverandering door middel van reflectie op eigen gedachten, gevoelens en gedrag en de discipline om te oefenen met de automatismen. Appelo beschrijft in *Het gelaagde brein* (2010) hoe biologische, psychologische en sociale reflexen verantwoordelijk zijn voor het in stand houden van (ongezonde) automatismen. Dit heeft te maken met de werking van ons brein dat uit drie lagen bestaat: de hersenstam, het limbisch systeem en de neocortex. De hersenstam is het oudste gedeelte van ons brein en het gedrag dat voortkomt uit deze laag is automatisch en gebaseerd op ons instinct (gericht op directe behoeftebevrediging). Het gedrag dat voortkomt uit het limbisch systeem is gebaseerd op gevoelens. De neocortex heeft geen belang bij directe behoeftebevrediging, maar kan afstand van de situatie nemen, erover nadenken en er woorden aan geven. Om een nieuwe gewoonte aan te leren moeten we beginnen met reflectie vanuit de neocortex en een bewuste keuze maken voor nieuw gedrag. Vervolgens is het een kwestie van gedisciplineerd oefenen met en reflecteren op de nieuwe gewoonte die men zich eigen wil maken, totdat men merkt dat het vanzelf gaat. Wanneer de nieuwe gewoonte een vanzelfsprekendheid is geworden, zijn er in het brein paden aangelegd naar de onderste twee breinlagen. Hoe vaker men het nieuwe pad bewandelt, hoe minder dominant de oude gewoontes worden. Het oude pad (de ongezonde gewoonte) wordt echter nooit uitgewist in de hersenen en de mogelijkheid tot terugval blijft dus altijd bestaan. Het is dan ook noodzakelijk om van de nieuwe gewoonte een duurzaam gedragspatroon te maken dat keer op keer bekrachtigd wordt.

Het 5 A-protocol is een veelgebruikt model voor TLV dat gebaseerd is op vijf principes die (in het Engels) met een A beginnen: Assess: in kaart brengen van leefstijl; Advise: adviseren op basis van de anamnese en registratie; Agree: zorgen voor overeenstemming en aansluiten bij patiënt; Assist: hulp, advies en coaching bieden; Arrange: organiseren en faciliteren.

Het protocol 'Zorg voor jezelf' is een toolkit om nieuwe, gewenste automatismen aan te leren, pogingen tot veranderingen klein en simpel te houden (Kaizen) en gebruik te maken van eigen krachtbronnen. De reeds aanwezige gezondheidsbevorderende factoren worden ingezet ter ondersteuning van het werken aan nieuwe gezonde gewoonten. De drijfveren tot verandering worden geïnventariseerd, evenals de motivatie om de huidige gewoonten in stand te houden. Wanneer de behoefte die ten grondslag ligt aan huidige gewoonten sterker blijkt te zijn dan de wens tot verandering, wordt gewerkt aan het (vanuit mededogen) onder ogen zien en accepteren van de eigen neigingen.

Concrete toepassing

Alle leefstijlgroepen in het Centrum Integrale Psychiatrie hebben eenzelfde doel. De groepen bieden de patiënt de mogelijkheid om onder professionele begeleiding ervaring op te doen met de gewenste leefstijlverandering. Door de steun van een groep, de ervaringsgerichte aanpak en de laagdrempelige opzet van de trainingen worden patiënten uitgenodigd om te doen en zelf te ervaren wat de positieve effecten van een verbeterde leefstijl kunnen zijn. Een aanvullend doel is het integreren van deze gewenste verandering in het dagelijkse leven en het leren vasthouden van de doorgevoerde verandering.

Hierbij is de eerder beschreven therapeutische houding essentieel. Met respect voor mentale en fysieke beperkingen wordt gekeken waar winst te behalen is, waar iemands kracht ligt, wat zijn of haar behoeftes zijn.

De leefstijlgroepen zijn open groepen, na een kennismakingsgesprek met de trainer waarin persoonlijke doelen worden vastgesteld kan een patiënt in principe op elk moment starten. Een bijeenkomst duurt een uur en de groepen worden wekelijks aangeboden. Elke bijeenkomst begint met het uitwisselen van ervaringen van de afgelopen week en eindigt met het opstellen van doelen voor de aankomende week. De patiënt wordt uitgenodigd om gebruik te maken van de kracht van de groep en onderling steun te vragen waar dat nodig is. Hij wordt aangemoedigd om ook buiten de groep contact te leggen met de groepsleden en gebruik te maken van elkaars steun en aanmoediging. Met de hoofdbehandelaar wordt gekeken hoe het geleerde een plek kan krijgen in het dagelijkse leven. Waar nodig kan de groep herhaald worden of de steun van de leefstijlcoach ingezet worden. De trainingen kunnen op zichzelf staan maar dienen ook vaak als aanvulling op of ter ondersteuning van andere lopende behandelingen. Er zijn geen exclusie criteria voor de leefstijlgroepen, maar iemand moet wel kunnen functioneren in een groep. In het volgende kader omschrijven we de diverse leefstijltrainingen.

Leefstijltrainingen

Verschillende disciplines zijn inzetbaar voor het aanbieden van de leefstijltrainingen. Psychomotorische therapeuten zijn bij uitstek geschikt, maar ook basispsychologen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen die getraind zijn in de methodiek kunnen leefstijlinterventies aanbieden.

Stressregulatiegroep

De methodieken in deze training zijn afgeleid van oefeningen uit de mindfulness (body scan), bestaande ontspanningstechnieken in de psychologie (Jacobson, 1938), nieuwe technieken in de ggz (hartcoherentie), ademhalingstechnieken (Brown & Gerbag, 2013) en het oproepen van de eerder beschreven relaxatierespons. Dit is een ontspanningsreactie van het lichaam die opgeroepen wordt door bijvoorbeeld meditatie, yoga, visualisatie of het herhalen van een woord, zin of geluid (Park et al., 2013). In de stressregulatiegroep staat bewust kiezen voor een gezond en plezierig evenwicht tussen spanning en ontspanning centraal. Deelnemers zijn zich na deze training bewust van stressverschijnselen en hebben vaardigheden aangeleerd om te ontspannen en stress te verminderen.

Fysieke activiteitengroep

Studies tonen aan dat regelmatige lichaamsbeweging symptomen van angst, depressie en slaapproblemen vermindert. Het maakt niet veel uit wat je doet. Rennen, fietsen, wandelen of gewichtheffen, als je het maar minimaal drie maal per week doet, dertig tot zestig minuten (Singh et al., 1997). Omdat beweging ook helpt bij het omgaan met stress, heeft het tegelijkertijd een beschermende werking voor stressgerelateerde aandoeningen. Het belangrijkste doel van de fysieke activiteitengroep is niet presteren maar plezier krijgen in sport. Sport en spel worden aangeboden en de inhoud van de lessen is vraaggestuurd. De groepsleden bepalen wat er tijdens dat uur gedaan gaat worden. Vooral in deze groep staat sociale steun en onderlinge aanmoediging centraal.

Running groep

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat running therapy effectief is bij het verbeteren van stemming (Mead et al., 2008; Stathopoulou et al., 2006) en bij diverse andere psychische stoornissen (Penedo & Dahn, 2005; Walsh, 2011). Het weer in beweging komen, na soms langdurige inactiviteit, heeft een positief effect op de stemming. Het kan resulteren in een afname van angst, spanning en/of depressieve gevoelens. Uit de NEMESIS-studie bleek zelfs dat degenen die een tot drie uur per week actief zijn na drie jaar 50 procent (!) minder kans hebben op een psychische stoornis (De Graaf et al., 2009). Door het gezonde deel van het lichaam aan te spreken wordt het evenwicht tussen lichaam en geest hersteld. Het brengt ook gedachtestromen meer tot rust. Door het consequent volgen van deze therapie kan de patiënt naast meer energie ook een positiever gevoel over zichzelf ervaren, met als gevolg meer zelfvertrouwen en zelfwaardering.

Na een somatische check door een arts of nurse practitioner wordt er in een groep hardgelopen of 'harder gelopen'. De uitdaging is niet snelheid, de uitdaging is in beweging komen en dit op een verantwoorde manier integreren in het dagelijkse leven. Leren om meer plezier te krijgen in (hard)lopen en hierbij leren om de eigen grenzen te bewaken. Er wordt gewerkt met een opbouwschema, passend bij iemands mogelijkheden. Ook in deze groep wordt iedereen aangemoedigd om samen te lopen en deze mensen ook buiten de groep om op te zoeken.

Leefstijlcoach

Wanneer iemand specifieke leefstijlvragen heeft, meer aandacht nodig heeft dan er in een groep geboden kan worden of omdat iemand om bepaalde redenen niet in een groep kan participeren, wordt gekozen voor individuele begeleiding door een leefstijlcoach. De coach maakt gebruik van de toolkit 'Zorg voor jezelf' en is getraind in de oplossingsgerichte therapeutische houding. Kernwoorden zijn: krachtgericht, zelfzorg, eigen keuzes, bewustzijn en discipline, één onderwerp per keer, kleine stapjes en (zelf)waardering.

Patiënten werken met behulp van een werkboek thuis aan opdrachten gericht op zelfinzicht, waardering van kleine positieve veranderingen en het bepalen van (bij hen passende) interventiemethodes. In een persoonlijk gesprek met

de coach worden de opdrachten besproken of verder uitgewerkt en behoeften verhelderd, waarna de patiënt thuis verder gaat met de besproken stappen. Na afloop of tijdens een individueel leefstijltraject kan ook de keuze gemaakt worden om een doorstart te maken naar de leefstijlgroepen. De leefstijlcoach heeft een belangrijke rol in het multidisciplinaire team om alle activiteiten rond TLV te coördineren. Het Centrum Integrale Psychiatrie heeft hiertoe een stroomdiagram met beslisboom ontworpen (CIP, 2013c).

Casus

Lisa was bij aanmelding 45 jaar en had al op vroege leeftijd diverse ernstige traumas meegemaakt. Ze werd verwezen omdat ondanks jarenlange behandeling in de ggz tot dan toe bijna niets geholpen had: diverse soorten medicatie, EMDR, CGT en gesprekken. Ze was in de loop der jaren steeds verder geïsoleerd geraakt omdat ze niets durfde. Ze was continu angstig en had meermalen per dag paniek-aanvallen. Ze kwam nauwelijks tot niet buiten, en wanneer ze dit wel deed alleen samen met haar dochter. Ze durfde geen mensen uit te nodigen. De diagnose was een ernstige paniekstoornis met agorafobie en PTSS deels in remissie. Ze gebruikte een SSRI (Fluvoxamine 300 mg) en acht keer per dag een tranquillizer (Alprazolam 0,25). Ze wilde geen medicatiewijzigingen meer, dus de medicatie werd ongewijzigd gecontinueerd.

Ze kreeg een leefstijlregistratieformulier mee (CIP, 2013d) en hield dit twee weken bij. Opvallend was het overmatig gebruik van cafeïne in de vorm van acht koppen koffie en 2-4 glazen cola. De inname van groenten en fruit was matig. Na psycho-educatie en overleg besloot ze eerst te gaan werken aan de vermindering van cafeïne. Na vier weken had ze dit fors teruggebracht en waren de angstklachten verminderd. Ze was blij verrast over het effect. Haar inzet werd positief bekrachtigd. Ze was enthousiast om een volgende stap te zetten. Op de registratieformulieren was de gevolgschade van de paniek en agorafobie goed te zien, ze kreeg nauwelijks tot geen beweging. Ze had aan een kleine hint genoeg om te begrijpen dat hier verandering nodig was. Dit was echter niet eenvoudig, vanwege de agorafobie.

In dit geval was een beleid van 'stap-voor-stap' nodig: een stap over de drempel, deurkruk loslaten, drie stappen zetten, vijf stappen zetten, de hele oprit over, de voordeur uit het zicht, enzovoorts. Lisa registreerde dagelijks wat ze deed en mailde de vorderingen om de vier weken. Ze wist steeds verder te gaan, voelde hoe het haar steeds verder in een positieve spiraal bracht en was zelfs een beetje trots op zichzelf. Op een gegeven moment zei ze met tranen in haar ogen: 'Ik voelde vanmiddag de wind door mijn haar en op mijn gezicht, dat was zo fijn.'

Lisa gebruikte Alprazolam om de angst aan te kunnen en raakte gemotiveerd om zelf een actieve bijdrage te leveren aan haar herstel en haar regie te vergroten. We bespraken de positieve invloed van ademhalingsoefeningen op stress- en angstklachten. Ze leerde langzaam regelmatig, diep en gelijkmatig te ademen. Na een periode van oefening, driemaal per dag, mailde ze haar registraties, die we steeds

positief bekrachtigden. Na twee maanden zei ze verrast: 'Dit is het eerste in tien jaar wat de paniek minder maakt.' Inmiddels is ze zover dat haar gebruik van Alprazolam van acht naar drie keer per dag is afgenomen.

Literatuur

- ACPM (2009). Lifestyle medicine – Evidence review. Retrieved 08/22, 2013, from <http://www.lifestylemedicine.org/resources/Documents/LifestyleMedicine-LiteratureReview.pdf>
- Angell, M. (2009). Drug companies & doctors: An exchange. *New York Review of Books*, 56(3), 45.
- Appelo, M.T. (2010). *Het gelaagde brein: Reflectie en discipline bij het werken aan verandering*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Balasubramaniam, M., Telles, S. & Doraiswamy, P.M. (2013). Yoga on our minds: A systematic review of yoga for neuropsychiatric disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 3, 117.
- Baldwin, D.S. & Polkinghorn, C. (2005). Evidence-based pharmacotherapy of generalized anxiety disorder. *The International Journal of Neuropsychopharmacology / Official Scientific Journal of the Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum (CINP)*, 8(2), 293-302.
- Balkom, A.J. van, Emmelkamp, P. M., Eikelenboom, M., Hoogendoorn, A. W., Smit, J.H. & van Oppen, P. (2012). Cognitive therapy versus fluvoxamine as a second-step treatment in obsessive-compulsive disorder nonresponsive to first-step behavior therapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(6), 366-374.
- Bannink, F.P. (2012). *Praxis der positiven psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Benson, H. (1996). *Timeless healing: The power and biology of belief*. New York: Scribners.
- Benson, H., Beary, J.F. & Carol, M.P. (1974). The relaxation response. *Psychiatry*, 37(1), 37-46.
- Berk, M., Sarris, J., Coulson, C.E. & Jacka, F.N. (2013). Lifestyle management of unipolar depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, (443):38-54. doi(443), 38-54.
- Berman, M.G., Jonides, J. & Kaplan, S. (2008). The cognitive benefits of interacting with nature. *Psychological Science*, 19, 1207-1212.
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G. & Walburg, J.A. (2013). *Handboek positieve psychologie: Theorie, onderzoek en toepassingen*. Amsterdam: Boom.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T.M., Chawla, N., Simpson, T.L., Ostafin, B. D. et al. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 20(3), 343-347.
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C. et al. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 201(6), 430-434.

- Brown, R.P. & Gerbag, P.L. (2013). *The healing power of the breath*. Massachusetts, USA: Shambhala Publications.
- Cavazos-Regh, P.A., Breslau, N., Hatsukami, F., Krauss, M.J., Spitznagel, E.L., Gruzca, R.A. et al. (2014). Smoking cessation is associated with lower rates of mood/anxiety and alcohol use disorder. *Psychological Medicine*, 1-13.
- CDCP (2006) Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults - United States, 2006. *MMWR*2007; 56(44): 1157-1116.
- Chang, C.K., Hayes, R.D., Perera, G., Broadbent, M.T., Fernandes, A.C., Lee, W.E. et al. (2011). Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in london. *PLoS One*, 6(5), e19590.
- CIP (2013a). 'De leefstijl check'. *Niet gepubliceerd document*. Op te vragen bij de eerste auteur: hjr.hoenders@lentis.nl
- CIP (2013b). 'Protocol 'zorg voor jezelf''. *Niet gepubliceerd document*. Op te vragen bij de eerste auteur: hjr.hoenders@lentis.nl
- CIP (2013c). 'Stroomdiagram leefstijl'. *Niet gepubliceerd document*. Op te vragen bij de eerste auteur: hjr.hoenders@lentis.nl
- CIP (2013d). 'Leefstijlregistratieformulier'. *Niet gepubliceerd document*. Op te vragen bij de eerste auteur: hjr.hoenders@lentis.nl
- Coelho, H.F., Canter, P.H. & Ernst, E. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy: Evaluating current evidence and informing future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 1000-1005.
- Cooney, G.M., Dwan, K., Greig, C.A., Lawlor, D.A., Rimer, J., Waugh, F.R. et al. (2013). Exercise for depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD004366.
- Cuijpers, P., Clignet, F., van Meijel, B., Straten, A. van, Li, J. & Andersson, G. (2011). Psychological treatment of depression in inpatients: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 353-360.
- Cuijpers, P., Smit, F., Bohlmeijer, E., Hollon, S.D. & Andersson, G. (2010). Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: Meta-analytic study of publication bias. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 196(3), 173-178.
- DeRubeis, R.J., Siegle, G.J. & Hollon, S.D. (2008). Cognitive therapy versus medication for depression: Treatment outcomes and neural mechanisms. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(10), 788-796.
- Egger, G., Binns, A. & Rossner, S. (2008). *Lifestyle medicine*. Sydney: McGraw-Hill.
- Fjeldsoe, B., Neuhaus, M., Winkler, E. & Eakin, E. (2011). Systematic review of maintenance of behavior change following physical activity and dietary interventions. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 30(1), 99-109.

- Fowler, J.H. & Christakis, N.A. (2008). Dynamic spread of happiness in a large social network: Longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. *British Medical Journal*; 337:a2338.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *The American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Freeman, M.P. (2010). Nutrition and psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 167(3), 244-247.
- GGD (2011) <http://www.ggd.nl/actueel/nieuws/2011/12/13/25-van-de-welvaartziekten-veroorzaakt-door-leefst/>
- Graaf, R. de., Have, M. ten. & Dorsselaer, S. van. (2009). *De psychische gezondheid van de nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. <http://www.trimbos.nl/-/media/af0898%20nemesis%20ii.ashx>
- Hardeman, W., Griffin, S., Johnston, M., Kinmonth, A.L. & Wareham, N.J. (2002). Interventions to prevent weight gain: A systematic review of psychological models and behaviour change methods. *International Journal of Obesity*, 24(2), 131-143.
- Henderson, D.C. (2008). Managing weight gain and metabolic issues in patients treated with atypical antipsychotics. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2), e04.
- Hoenders, H.J.R. (2014). *Integrative psychiatry: Conceptual foundation, implementation and effectiveness* (doctoral thesis, Rijksuniversiteit Groningen).
- Hoenders, H.J., Appelo, M.T., Brink, H. van den, Hartogs, B.M. & Berger, C.J. (2010). Protocol for complementary and alternative medicine within the dutch mental health services. Protocol voor complementaire en alternatieve geneeswijzen; naar een verantwoorde toepassing binnen de ggz. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 52(5), 343-348.
- Hoenders, H.J., Willgeroth, F.C. & Appelo, M.T. (2008). Western and alternative medicine: A comparison of paradigms and methods. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 14(8), 894-896.
- Horrigan, B., Lewis, S., Abrams, D. & Pechura, C. (2012). *Integrative medicine in america: How integrative medicine is being practiced in clinical centers across the united states*. Minneapolis: The Bravewell Collaborative.
- Jacka, F.N., Pasco, J.A., Mykletun, A., Williams, L.J., Hodge, A.M., O'Reilly, S.L. et al. (2010). Association of western and traditional diets with depression and anxiety in women. *The American Journal of Psychiatry*, 167(3), 305-311.
- Jacka, F.N., Ystrom, E., Brantsaeter, A.L., Karevold, E., Roth, C., Haugen, M. et al. (2013). Maternal and early postnatal nutrition and mental health of offspring by age 5 years: A prospective cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(10), 1038-1047.

- Jacobs, T.L., Epel, E.S., Lin, J., Blackburn, E.H., Wolkowitz, O.M., Bridwell, D.A. et al. (2011). Intensive meditation training, immune cell telomerase activity, and psychological mediators. *Psychoneuroendocrinology*, 36(5), 664-681.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Oxford, England: University Chicago Press.
- Jetten, J., Haslam, C., Haslam, S.A. & Branscombe, N.R. (2009). The social cure. *Scientific American Mind*, 20, 26-33.
- Jetten MS, Nifrik L, Strous M, Kartal B, Keltjens JT, Op den Camp HJ. (2009) Biochemistry and molecular biology of anammox bacteria. *Crit Rev Biochem Mol Biol*; 44:65–84. doi: 10.1080/10409230902722783
- Kemper, K.J. (2010). *Mental health, naturally: The family guide to holistic care for a healthy mind and body*. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics.
- Kim, Y.W., Lee, S.H., Choi, T.K., Suh, S.Y., Kim, B., Kim, C. M. et al. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26(7), 601-606.
- Kirsch, I., Deacon, B.J., Huedo-Medina, T.B., Scoboria, A., Moore, T.J. & Johnson, B.T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the food and drug administration. *PLoS Medicine*, 5(2), e45.
- Koenig, H.G. (2009). Research on religion, spirituality and mental health: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 283-291.
- Kristeller, J.L. & Hallett, C.B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4(3), 357-363.
- Küller, R., Ballal, S., Laike, T., Mikkilides, B. & Tonello, G. (2006). The impact of light and colour on psychological mood: A cross-cultural study of indoor work environments. *Ergonomics*, 49, 1496-1507.
- Lake, J.H. (2007). *Textbook of integrative mental health care*. USA: Thieme Medical Publishers.
- Lindstrom, B. & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 440-442.
- Maurer, R. (2011). *De kunst van kaizen – One small step can change your life: the Kaizen way*. Utrecht: De Kern.
- McMartin, S.E., Jacka, F.N. & Colman, I. (2013). The association between fruit and vegetable consumption and mental health disorders: Evidence from five waves of a national survey of Canadians. *Preventive Medicine*, 56(3-4), 225-230.
- Mead, G.E., Morley, W., Campbell, P., Greig, C.A., McMurdo, M. & Lawlor, D.A. (2008). Exercise for depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4):CD004366. doi(4), CD004366.
- Mellen, P.B., Gao, S.K., Vitolins, M.Z. & Goff, D.C., Jr. (2008). Deteriorating dietary habits among adults with hypertension: DASH dietary concordance, NHANES 1988-1994 and 1999-2004. *Archives of Internal Medicine*, 168(3), 308-314.

- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Niles, B.L., Klunk-Gillis, J., Ryngala, D.J., Silberbogen, A.K., Paysnick, A. & Wolf, E.J. (2011). Comparing mindfulness and psychoeducation treatments for combat-related PTSD using a telehealth approach. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. Advance Online Publication*, 4(5), 538-547.
- O'Neil, A., Berk, M., Itsiopoulos, C., Castle, D., Opie, R., Pizzinga, J. et al. (2013). A randomised, controlled trial of a dietary intervention for adults with major depression (the 'SMILES' trial): Study protocol. *BMC Psychiatry*, 13, 114-244X-13-114.
- Ong, J.C., Shapiro, S.L. & Manber, R. (2008). Combining mindfulness meditation with cognitive-behavior therapy for insomnia: A treatment-development study. *Behavior Therapy*, 39(2), 171-182.
- Ornish, D. (2009). Intensive lifestyle changes and health reform. *The Lancet Oncology*, 10(7), 638-639.
- Ornish, D., Brown, S.E., Scherwitz, L.W., Billings, J.H., Armstrong, W.T., Ports, T.A. et al. (1990). Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? the lifestyle heart trial. *Lancet*, 336(8708), 129-133.
- Ornish, D., Scherwitz, L.W., Billings, J.H., Brown, S.E., Gould, K.L., Merritt, T.A. et al. (1998). Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 280(23), 2001-2007.
- Ornish, D., Weidner, G., Fair, W.R., Marlin, R., Pettengill, E.B., Raisin, C.J. et al. (2005). Intensive lifestyle changes may affect the progression of prostate cancer. *The Journal of Urology*, 174(3), 1065-9; discussion 1069-70.
- Park, E.R., Traeger, L.M.P.H. & Vranceanu, A. (2013). The development of a patient-centered program based on the relaxation response: The relaxation response resiliency program (3RP) *Psychosomatics*, 54, 165-174.
- Penedo, F.J. & Dahn, J.R. (2005). Exercise and well-being: A review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(2), 189-193.
- Pereira, M.A., Kartashov, A.I., Ebbeling, C.B., Horn, L. van, Slattery, M.L., Jacobs, D.R., Jr. et al. (2005). Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. *Lancet*, 365(9453), 36-42.
- PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care. Sep*, 53(9):1217-22.
- Piet, J. & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032-1040.

- Quenter, A., Bludau, H.B., Friederich, H.C., Schild, S., Riepe, T. & Zipfel, S. (2002). Use of electronic diaries within treatment of obesity and binge eating disorder. In H. B. Bludau & A. Koop (Eds.), *Mobile computing in medicine* (pp. 25-33). Heidelberg: Fachausschuss.
- Reeves, M.J. & Rafferty, A.P. (2005). Healthy lifestyle characteristics among adults in the united states, 2000. *Archives of Internal Medicine*, 165(8), 854-857.
- Ruiz-Nunez, B., Pruimboom, L., Dijck-Brouwer, D.A. & Muskiet, F.A. (2013). Lifestyle and nutritional imbalances associated with western diseases: Causes and consequences of chronic systemic low-grade inflammation in an evolutionary context. *The Journal of Nutritional Biochemistry*, 24(7), 1183-1201.
- Ruusunen, A. (2013). *Diet and depression: An epidemiological study* (doctoral dissertation, University of Eastern Finland).
- RVZ (2010). http://rvz.net/uploads/docs/Advies_-_zorg_voor_je_gezondheid.pdf
- Sanchez-Villegas, A., Verberne, L., De Irala, J., Ruiz-Canela, M., Toledo, E., Serra-Majem, L. et al. (2011). Dietary fat intake and the risk of depression: The SUN project. *PLoS One*, 6(1), e16268.
- Sarris, J. (2011). Clinical depression: An evidence-based integrative complementary medicine treatment model. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 17(4), 26-37.
- Sarris, J., Moylan, S., Camfield, D.A., Pase, M.P., Mischoulon, D., Berk, M. et al. (2012). Complementary medicine, exercise, meditation, diet, and lifestyle modification for anxiety disorders: A review of current evidence. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine: ECAM*, 2012, 809653.
- Seligman, M.E. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *The American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Singh, N.A., Clements, K.M. & Fiatarone, M.A. (1997). A randomized controlled trial of progressive resistance training in depressed elders. *Journal of Gerontology*, 52(1), 27-35.
- Stathopoulou, G., Powers, M.B., Berry, A.C., Smits, J.A. J. & Otto, M.W. (2006). Exercise interventions for mental health: A quantitative and qualitative review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 179-193.
- Thase, M.E. (2007). STEP-BD and bipolar depression: What have we learned? *Current Psychiatry Reports*, 9(6), 497-503.
- Turner, E.H., Matthews, A.M., Linardatos, E., Tell, R.A. & Rosenthal, R. (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *The New England Journal of Medicine*, 358(3), 252-260.
- Uebelacker, L.A., Epstein-Lubow, G., Gaudiano, B.A., Tremont, G., Battle, C.L. & Miller, I. W. (2010). Hatha yoga for depression: Critical review of the evidence for efficacy, plausible mechanisms of action, and directions for future research. *Journal of Psychiatric Practice*, 16(1), 22-33.

- Vancampfort, D., Vansteelandt, K., Scheewe, T., Probst, M., Knapen, J., De Herdt, A. et al. (2012). Yoga in schizophrenia: A systematic review of randomised controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(1), 12-20.
- Vancampfort, D., Vansteelandt, K., Scheewe, T., Probst, M., Knapen, J., Herdt, A. de. et al. (2012). Yoga in schizophrenia: A systematic review of randomised controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(1), 12-20.
- Visser, M. & Brouwer, I. (2014). MoodFOOD: €9 miljoen voor VUmc/ VU-onderzoek naar relatie voeding en depressie. <http://www.vumc.nl/onderzoek/nieuws/moodfood-vumc-vu/>
- Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *The American Psychologist*, 66(7), 579-592.
- Whitlock, E.P., Orleans, C.T., Pender, N. & Allan, J. (2002). Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence-based approach. *am J prev med.* 2002;22(4):267-284. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(4), 267-284.
- Willett, W.C. (2002). Balancing life-style and genomics research for disease prevention. *Science*, 296(5568), 695-698.
- Winter, K. (2014). Women go on twice as many diets as they have lovers – But they only last a month (the diets, that is!). <http://www.dailymail.co.uk/femail/article-2542693/Women-twice-diets-lovers-month-diets-is.html>
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F. et al. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *Lancet*, 364(9438), 937-952.

Artikel

Complexe rouw kan behandeld worden!

Jos de Keijser

Rouwen is een natuurlijk proces waar normaliter geen psychologen aan te pas hoeven te komen. Dat wordt anders als iemand komt te overlijden op een niet-natuurlijke manier. Dan kan er sprake zijn van complexe rouw. Veel hierdoor getroffen nabestaanden worden daarbij niet of veel te laat behandeld. En dat is een doorn in het oog van klinisch psycholoog en psychotherapeut Jos de Keijser. Hij hield kortgeleden zijn oratie ten gelegenheid van zijn leerstoel 'Praktijkbeoefening van de klinische psychologie en psychotherapie bij complexe rouw' aan de Rijksuniversiteit Groningen. Hier volgt een samenvatting van de oratie, de volledige tekst is te downloaden via <http://www.ppo-opleidingen.nl/nieuws/oratie-jos-de-keijser>

Onder een niet-natuurlijk overlijden wordt ten eerste de doodsoorzaak verstaan met een intentie tot doden zoals moord, doodslag, suïcide of oorlogsgeweld. Ten tweede wordt daarbij gedacht aan sterftes onder complexe omstandigheden zoals vermissing, verliezen kort na elkaar of meervoudig verlies. “In Nederland vinden er gemiddeld 1750 suïcides en 130 moorden plaats en raken 550 personen langdurig vermist”, zegt De Keijser. “Zo kampen jaarlijks tussen tien- en vijftienduizend familieleden en directe verwanten met de gevolgen van een niet-natuurlijk verlies.”

Niet elk complex verlies hoeft noodzakelijkerwijs tot complexe rouw te leiden. Maar het vergroot minstens wel het risico, zeker als de nabestaanden geen gebruik maken van psychologische begeleiding. “Na suïcide kampt circa vier op de tien nabestaanden met complexe rouw. Na moord is dat zelfs acht op de tien. Slechts een derde van beide groepen maakt daarbij daadwerkelijk gebruik van het gericht behandel aanbod. Deze zogenaamde behandelkloof is met 67% groot vergeleken met bijvoorbeeld diabetes (8%) of andere psychopathologieën zoals depressie (56%) en angst (60%).”

Niet het onverwachte maar eerder het gewelddadige aspect van het verlies maakt de rouw complex. “De traumatische herinneringen aan de doodsoorzaak zijn moeilijk te integreren omdat suïcide, moord en persoonsvermissing buiten de bandbreedte van de gewone ervaring vallen. Bovendien zijn nabestaanden er mentaal niet op voorbereid en kan deze gebeurtenis dus niet geplaatst worden binnen een bestaand referentiekader. Dat leidt tot voor de persoon vreemde gedachten, ongekende emoties en onbekend gedrag.”

Nabestaanden trachten daarbij verliesgerelateerde herinneringen dikwijls te vermijden om zo emotioneel niet overbelast te raken. “Dit vermijden neemt verschillende vormen aan zoals schuldgevoelens en piekeren na een suïcide, woede en wraakgevoelens na moord en piekeren na persoonsvermissing.” Veel nabestaanden gaan daarbij door een existentiële crisis, wat stress veroorzaakt. “Nabestaanden van moord ontwikkelen vaak in eerste instantie assumpties over een onveilige wereld. Na persoonsvermissing wordt de wereld als een mysterieuze plek aangezien en na suïcide krijgen ideeën over de schuldige en machteloze mens vat op de persoonlijkheid. Later, na teleurstellingen met autoriteiten en de sociale omgeving, komen hier assumpties bij over een onrechtvaardige wereld en het als slachtoffer gemarginaliseerd worden door de samenleving.”

De diagnose complexe rouw wordt veelal gesteld aan de hand van de Rouw Vragenlijst (RVL). Er is sprake van de aandoening als de patiënt minimaal zes maanden een hoog niveau scoort op deze vragenlijst en als de patiënt stoornissen ondervindt in het persoonlijk, sociaal of beroepsmatig leven. Tevens indicatief zijn het uitblijven van verbetering in de loop van het rouwproces, problemen in de gezinscommunicatie en gevoelens van hopeloosheid tot zelfs suïcidedachten. In het laatste geval kan er daarbij beter meteen worden overgegaan tot de behandeling, zo meent De Keijser.

Doorverwijzing door de huisarts is wenselijk als een patiënt aan bovengenoemde criteria voldoet.

Behandelprogramma's blijken het meest effectief indien deze specifiek gericht zijn naar het soort complex verlies. Er spelen immers telkens verschillende emoties of gedachten die de rouw compliceren. “Na suïcide ervaren nabestaanden bijvoorbeeld vaak een gevoel afgewezen te zijn, of schamen ze zich, maken zichzelf verwijten en willen ze de doodsoorzaak verbergen. Ze zoeken naar verklaringen voor de suïcide, onder meer in de afscheidsbrief of andere aanwijzingen. Laatste momenten in het contact worden keer op keer in gedachten herhaald, zoekend naar signalen die de overledene mogelijk gegeven heeft. Partners en kinderen begrijpen niet waarom de overledene de intieme band verbroken heeft en vinden dit moeilijk te bespreken. “Van de weinige therapieën die werden onderzocht voor nabestaanden na suïcide, bleek een 20 uur durend groepsprogramma de rouwsymptomen na zes maanden aanzienlijk te doen dalen.

Bij nabestaanden van moord doet psycho-educatie en een gezinsgesprek gebruik makend van *eyemovementdesensitizationandprocessing* (EMDR) en cognitieve gedragstherapie het goed. “Deze mensen moeten de pijn van de separatie, gecombineerd met de emotionele gevolgen van de traumatische wijze van het verlies zien te verwerken. Deze vervlechting van gevoelens verzwaart beide processen. Daarnaast leidt moord tot onbeheersbare media-aandacht en langdurige contacten met justitie. Veel nabestaanden zijn boos en hebben wraakgevoelens jegens de dader.”

Verwanten ten slotte die te maken krijgen met een vermist persoon ervaren dikwijls een veelheid aan emoties zoals verdriet, piekeren, schuld, woede.

Maar er blijft dikwijls ook hoop aanwezig op het terug vinden van de vermiste, wat verwerking in de weg kan staan. Omwille van die onzekerheid ervaren ouders van vermiste kinderen zwaardere en langduriger stressklachten dan ouders die hun kind verloren door moord. Achterblijvers lijken meer rust te kunnen vinden bij de gedachte aan een overleden dierbare dan aan een vermiste. Verwanten van vermisten raken daarbij na verloop van tijd, evenals nabestaanden van moord, veelal teleurgesteld in justitie, politie en media. De professionele psychologische opvang van deze groep staat wereldwijd nog in de kinderschoenen. De Keijser: “Bestaande interventies voor rouw schieten tekort, gezien het ambigue karakter van het verlies. In Engeland wordt sinds kort geëxperimenteerd met Mindfulnessbased Cognitieve Therapie, dat verwanten mogelijk kan helpen tegen het rumineren.”

Voor meer informatie over de onderzoeken:

www.rouwnamoord.nl

www.levenmetvermissing.nl

Artikel

'Empathy under arrest?'

Hangt het kenmerk 'gebrek aan empathie' bij psychopathie samen met een verminderde activatie van 'shared circuits'?

Harma Meffert

This work was supported by the Intramural Research Program of the National Institute of Mental Health (grant number 1-ZIA-MH002860-08).

Het werk werd uitgevoerd bij het Social Brain Lab, department of Neuroscience, University Medical Center Groningen, Groningen, FPC Dr. S. van Mesdag, Groningen en FPC Veldzicht, Balkbrug

Samenvatting

Uit eerder onderzoek is gebleken dat hersengebieden die onze eigen handelingen, emoties en aanrakingen verwerken, ook worden aangesproken wanneer we andere mensen waarnemen die handelingen uitvoeren of emoties en sensaties ervaren, de zogenaamde 'shared circuits'. Verondersteld werd dat dit mechanisme belangrijk is voor het vermogen tot empathie, omdat het de waarnemer in staat zou stellen om ervaringen van een ander als het ware zelf te voelen. In 2004 is een neurowetenschappelijk onderzoek gestart bij FPC Dr. S. van Mesdag, het Universitair Medisch Centrum Groningen en de Rijksuniversiteit Groningen, gericht op het neurale mechanisme dat hieraan ten grondslag ligt. Hierover is in 2012 een proefschrift verschenen getiteld "Empathy under arrest" (Meffert 2012) en in 2013/2014 twee papers (Meffert, Gazzola et al. 2013; Keysers, Meffert et al. 2014). Aan dit project namen patiënten met een diagnose psychopathie deel uit FPC Dr. S. van Mesdag en FPC Veldzicht. Een van de kenmerkende symptomen van psychopathie is een gebrek aan empathie voor de emoties van anderen. Tijdens het promotieonderzoek is onderzocht of dit gebrek aan empathie zou kunnen samenhangen met een verminderde activatie van 'shared circuits' voor handelingen, emoties en/of sensaties. In het onderhavige stuk wordt de theorie uitgewerkt die aanleiding gaf tot deze onderzoeksvraag en worden de belangrijkste conclusies van het onderzoek samengevat.

Achtergrond

Ons dagelijks leven bestaat uit talloze interacties met andere mensen. Om die goed te laten verlopen, is het belangrijk dat we tot op zekere hoogte begrijp-

pen hoe anderen zich voelen, wat ze denken en wat hun intenties zijn. Met andere woorden, we hebben empathie nodig. Empathie kan worden opgevat als een paraplueterm waaronder vele processen en gedragingen vallen. Zo wordt er vaak een onderscheid gemaakt tussen cognitieve en affectieve empathie. Onderzoek naar cognitieve empathie houdt zich bezig met de vraag hoe mensen actief het perspectief van anderen in kunnen nemen en kunnen berekenen wat andere mensen denken en voelen (zie bijvoorbeeld Frith 2001 voor een review). Onder affectieve empathie wordt een meer spontane vorm van begrip verstaan: de directe manier waarop mensen meevoelen met de emoties en ervaringen van anderen (zie bijvoorbeeld Blair 2005 voor een review). Voor dit onderzoek is een vrij specifieke definitie van empathie gehanteerd die aansluit bij wat er in de literatuur onder affectieve empathie wordt verstaan: er is sprake van empathie, wanneer het inbeelden of waarnemen van de gevoelens, sensaties of handelingen van een ander, een lichamelijke toestand creëert in de waarnemer, die overeenkomt met de lichamelijke toestand van de ander¹. Deze definitie is afgeleid van het werk van De Vignemont & Singer (2006) en vloeide voort uit neurowetenschappelijk onderzoek dat in de jaren '90 in Parma begon met de ontdekking van spiegelneuronen bij apen.

In 1992 werden in Parma door wetenschappers spiegelneuronen ontdekt bij makaken (di Pellegrino, Fadiga et al. 1992), een apensoort die veel gebruikt wordt voor medisch en neurowetenschappelijk onderzoek. Tijdens deze specifieke studie in Parma onderzochten wetenschappers de eigenschappen van individuele neuronen in de premotor cortex door middel van micro-elektroden in het brein. De premotor cortex is een gebied dat onder andere belangrijk is voor het uitvoeren van doelgerichte handelingen. De apen waren getraind om objecten van verschillende grootte op te pakken. Met behulp van de micro-elektroden konden de onderzoekers dan bepalen welke specifieke handelingen een bepaald neuron activeerden. Doordat de micro-elektroden waren aangesloten op luidsprekers, kregen de onderzoekers directe auditieve feedback over het gedrag van het neuron dat op dat moment werd gemeten. En zo ontdekten ze dat bepaalde neuronen niet alleen “geluid gaven” wanneer de apen zelf een object pakten, maar ook wanneer de onderzoeker dat object van het plankje pakte. Deze ontdekking kreeg aardig wat aandacht binnen de neurowetenschappelijke literatuur. Er werd verondersteld dat dit proces de waarnemer (in dit geval de aap) mogelijk een soort van belichaamd gevoel geeft van de handelingen van anderen (in dit geval de onderzoeker), doordat de motor cortex van de aap als het ware mee resonanceert met de acties van een ander (zie bijvoorbeeld Gallese, Fadiga et al. 1996; Keysers and Gazzola 2006). De neuronen die dit activatiepatroon lieten zien, werden spiegelneuronen genoemd.

Er is inmiddels ook aardig wat onderzoek verricht naar dit mechanisme bij mensen. Omdat bij mensen doorgaans geen individuele neuronen worden

¹ Engelse versie: Embodied empathy occurs when the imagination or perception of the affective state, sensation or action of another, triggers a representation of this affective state, sensation or action in the self which resembles that of the other.

onderzocht, wordt vaak gesproken over 'shared circuits' in plaats van spiegelneuronen (Gallese, Keysers et al. 2004; Keysers and Gazzola 2006). Hersengebieden die zowel geactiveerd worden wanneer iemand een handeling uitvoert, een aanraking voelt of een emotie ervaart, maar ook wanneer iemand handelingen, aanrakingen of emoties waarneemt (of inbeeldt) van een ander. Dit sluit nauw aan bij de definitie van empathie zoals hierboven geïntroduceerd. Veel van de eerdere onderzoeken waarmee 'shared circuits' door middel van 'functionalMagneticResonance Imaging' (fMRI) werden onderzocht, bevatten doorgaans twee condities: (1) een ervaringsconditie waarin een deelnemer zelf iets meemaakt of doet en (2) een waarnemingsconditie waarin de deelnemer datzelfde bij een ander ziet gebeuren. De ervaringsconditie wordt gebruikt om het individuele neurale netwerk te lokaliseren, dat door een deelnemer wordt aangesproken om bepaalde handelingen uit te voeren of gevoelens te ervaren. De waarnemingsconditie laat vervolgens zien of dit netwerk ook wordt benut tijdens het observeren van anderen. De eerste fMRI studies bij mensen richtten zich vooral op het observeren van handelingen. Vergelijkbaar met het onderzoek bij apen werd gevonden dat mensen ook het eigen motorische circuit aanspreken wanneer ze handelingen van anderen zien (Iacoboni, Woods et al. 1999; Grèzes, Armony et al. 2003; Dinstein, Hasson et al. 2007; Gazzola and Keysers 2009; Ricciardi, Bonino et al. 2009; Turella, Erb et al. 2009) en wanneer ze horen dat anderen een handeling uitvoeren (Gazzola, Aziz-Zadeh et al. 2006; Ricciardi, Bonino et al. 2009). Het onderzoek bij mensen beperkte zich echter niet tot het observeren van handelingen, maar breidde zich uit naar het observeren van emoties. Zo toonden Wicker en collegae (2003) aan dat hun deelnemers de insula activeren wanneer ze zelf walgelijke geuren opsnoven, maar ook wanneer ze dat bij anderen waarnamen. Later onderzoek liet zien dat de insula ook actief is wanneer deelnemers zelf vieze smaakjes proefden en datzelfde bij anderen waarnamen (Jabbi, Swart et al. 2007), maar ook wanneer de deelnemers verhaaltjes met walgelijke inhoud lezen (Jabbi, Bastiaansen et al. 2008). Verder onderzoek heeft 'shared circuits' aannemelijk gemaakt voor pijnlijke aanrakingen (Morrison, Lloyd et al. 2004; Singer, Seymour et al. 2004; Jackson, Meltzoff et al. 2005; Lamm, Nusbaum et al. 2007; Costantini, Galati et al. 2008) en voor gewone aanrakingen (Keysers, Wicker et al. 2004; Blakemore, Bristow et al. 2005; Ebisch, Perrucci et al. 2008). Al deze onderzoeken laten zien dat er niet alleen 'shared circuits' bestaan voor acties, maar ook voor emoties en aanrakingen. Het activeren van deze netwerken wordt gelinkt aan het begrijpen van andere mensen (e.g. Preston and de Waal 2003; Gallese, Keysers et al. 2004; Rizzolatti and Craighero 2004; Iacoboni and Dapretto 2006; Pineda 2008; Bastiaansen, Thioux et al. 2009; Keysers, Kaas et al. 2010). En inderdaad, het blijkt dat 'shared circuits' sterker worden aangesproken door mensen die aangeven meer empathisch te zijn (Singer, Seymour et al. 2004; Gazzola, Aziz-Zadeh et al. 2006; Jabbi, Swart et al. 2007). Dit wierp de vraag op of een gebrek aan empathie bij mensen met psychopathie wellicht verklaard kon worden vanuit een hypoactivatie van 'shared circuits'.

Psychopathie valt onder de categorie persoonlijkheidsstoornissen en wordt in forensische setting vaak vastgesteld door middel van de Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R, Hare, Vertommen et al. 2001; Hare 2003). Het empathiegebrek wordt in de PCL-R als volgt omschreven: ‘Elk besef van de pijn, angst of het ongemak van anderen is louter abstract en verstandelijk’ (Hare, Vertommen et al. 2001, p. 35). Psychopathie wordt in deze definitie dus vooral gekoppeld aan (de afwezigheid van) een response op emoties van anderen, met andere woorden een gebrek aan affectieve empathie. Er zijn voldoende aanwijzingen in de literatuur dat psychopathie inderdaad samenhangt met een verminderde response op emoties van andere mensen. Psychofysiologisch onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat groepen met deze diagnose gemiddeld minder sterk reageren op de emoties van anderen (e.g. Aniskiewicz 1979; Patrick, Bradley et al. 1993; Blair, Jones et al. 1997; Levenston, Patrick et al. 2000). Bovendien zijn mensen met een hoge score op de psychopathie vragenlijst ook minder goed in het herkennen van emoties bij anderen (e.g. Blair, Mitchell et al. 2002; Kosson, Suchy et al. 2002; Blair, Mitchell et al. 2004; Hastings, Tangney et al. 2008; Bagley, Abramowitz et al. 2009). Aan de andere kant lijkt cognitieve empathie over het algemeen redelijk intact te zijn (Blair, Sellars et al. 1996; Richell, Mitchell et al. 2003; Dolan and Fullam 2004; Sommer, Sodian et al. 2010, hoewel Dolan & Fullam, 2004 wel een deficiëntie vonden op de faux pas taak). Al deze studies wijzen er dus op dat psychopathie specifiek samenhangt met een deficiënte affectieve empathie. Onduidelijk is echter of dit samenhangt met een verminderde activatie van ‘shared circuits’ voor emoties en of dit ook opgaat voor ‘shared circuits’ voor handelingen en aanrakingen. Dat werd tijdens deze studie onderzocht.

Methode

Deelnemers

Aan dit onderzoek namen 20 patiënten deel uit FPC Dr. S. van Mesdag en FPC Veldzicht met een diagnose psychopathie volgens de PCL-R (Hare, Vertommen et al. 2001; Hare 2003) en 26 controle deelnemers (op groepsniveau gematched op leeftijd, geslacht, IQ en handsvoorkeur) zonder geschiedenis van neuropsychiatrische stoornissen. Alle deelnemers (18-60 jaar) waren vrij van schizofrenie of aanverwante psychotische stoornissen of stoornissen in het autisme spectrum. Twee patiënten zijn niet meegenomen in de uiteindelijke resultaten.

Functionele MRI

Het functionele gedeelte van het MRI onderzoek bestond uit drie aparte experimenten die altijd in dezelfde volgorde werden uitgevoerd: (i) Observatie, (ii) Empathie en (iii) Ervaring. Tijdens de eerste twee experimenten (Observatie en Empathie) vertoonden we korte filmpjes van handen die elkaar op neutrale of emotionele manier (liefdevol, pijnlijk of afwijzend) aan-

raakten, zie Figuur 1 voor snapshots van voorbeeldfilmmpjes. Tijdens het laatste onderzoek voerden de proefpersonen soortgelijke interacties uit met de proefleider (Ervaringsexperiment, zie Figuur 2 voor foto's van dergelijke interacties).



Neutraal



Liefdevol

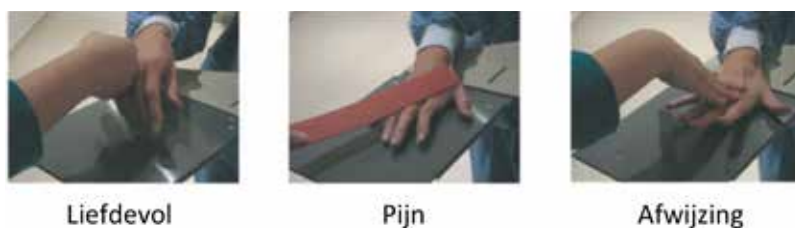


Pijn

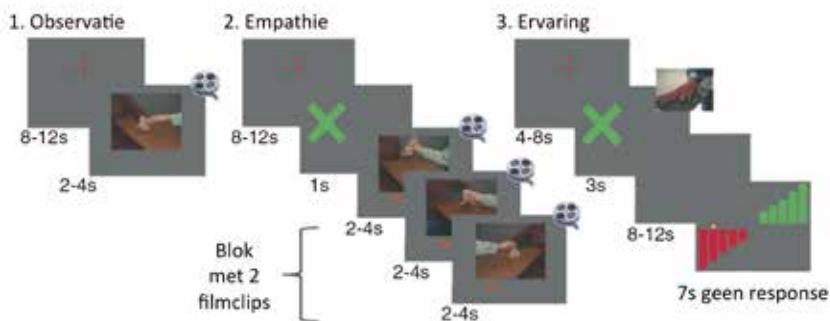


Afwijzing

Het filmmateriaal bestond uit korte filmclips van 2-4 seconden. Een filmclip startte met één hand in beeld, waarna de hand van een tweede persoon het beeld inkwam om de aanraking te initiëren. De filmclips waren opgedeeld in vier emotionele categorieën: neutraal, liefdevol, pijnlijk, en afwijzing. Tijdens neutrale filmpjes werd de eerste hand bijvoorbeeld aangetikt door de tweede, als het ware om de aandacht te krijgen. In de liefdevolle filmpjes werd de eerste hand gestreeld door de tweede hand. De pijnlijke aanrakingen bevatten knijpen, slaan of het pijnlijk ombuigen van een vinger door de tweede hand. De laatste soort film representeerde sociale afwijzing; de tweede hand probeert de eerste vriendelijk aan te raken, maar wordt vervolgens door de eerste hand weggeduwd.



Tijdens het Observatie experiment werd de deelnemers gevraagd om naar de films te kijken alsof ze naar een van hun favoriete films zaten te kijken. Deze conditie raakt het dichtst aan de omstandigheden in het dagelijks leven; normaal staat er ook niet iemand naast je, die je attent maakt op de belangrijkste elementen uit je omgeving. Om te onderzoeken of eventuele groepsverschillen door een meer specifieke instructie kunnen worden beïnvloed, werd de deelnemers gevraagd om tijdens het Empathie experiment mee te voelen met de aangegeven hand. Hiermee probeerden we de aandacht van de deelnemers te sturen naar het meest relevante onderdeel van de filmclips. Na de twee experimenten waarin de deelnemers het filmmateriaal bekeken werd het Ervaringsexperiment uitgevoerd. Tijdens dit laatste experiment voerden de deelnemers soortgelijke handinteracties uit met de proefleider (auteur) terwijl ze in de MRI scanner lagen. Voor een overzicht van de drie verschillende experimenten, zie Figuur 3.



Structurele MRI

Voor het structurele gedeelte van het onderzoek werd met behulp van 'voxel-based morphometry' (VBM) onderzocht of er een structurele deficiëntie ten grondslag kon liggen aan de mogelijkheid van deze groep patiënten om de 'shared circuits' aan te spreken. Met behulp van deze techniek kan worden bepaald of het volume van bepaalde hersengebieden in de ene groep afwijkt van een andere groep. Hiervoor werd van elke deelnemer een structurele hersenscan gemaakt van vrij hoge resolutie. Vervolgens werd de patiëntengroep met de controlegroep vergeleken en werd bepaald in welke gebieden de groepen van elkaar verschilden.

Resultaten

Een al te gedetailleerde bespreking van de resultaten ligt buiten de scope van dit korte overzichtsartikel. Voor geïnteresseerden is meer gedetailleerde informatie elders beschreven (Meffert 2012; Meffert, Gazzola et al. 2013).

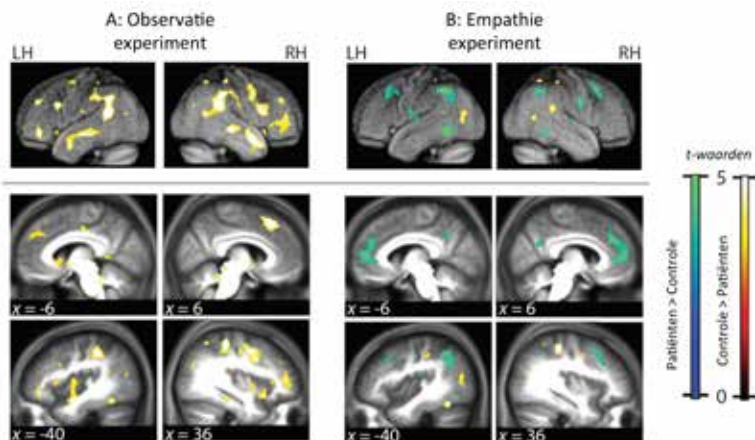
Functionele MRI

In dit onderdeel van de studie werd onderzocht of mensen met psychopathie de 'shared circuits' voor handelingen, aanrakingen en emoties minder activeren vergeleken met controle proefpersonen. De activatie van 'shared circuits' werd onderzocht gedurende twee verschillende contexten: het Observatie en het Empathie experiment. Deze reflecteren respectievelijk een meer natuurlijke context waarin de deelnemer vrijelijk naar filmclips kan kijken en een meer aandacht gerichte context waarbinnen de deelnemer specifiek wordt gevraagd om mee te leven met de emoties van een van de handen.

Tijdens het Observatie experiment bleek dat een aanzienlijk neuraal netwerk minder sterk geactiveerd werd in de psychopathiegroep, vergeleken met de controlegroep. Dit hypoactieve netwerk omvatte ondermeer hersengebieden die betrokken zijn bij het aansturen van handelingen (dorsale, ventrale en primaire premotor cortex), het voelen van aanrakingen (primaire en secundaire somatosensorische cortex) en het verwerken van emoties (insula). Daarnaast waren er geen hersengebieden meer actief voor de psychopathiegroep tijdens het Observatie experiment, zie Figuur 4A.

Dit beeld veranderde tijdens het Empathie experiment. Er werden nu meerdere hersengebieden gevonden die sterker geactiveerd werden door de psychopathiegroep, zoals bijvoorbeeld de secundaire somatosensorische cortex, maar ook de mediale prefrontaal cortex en de temporele pool. De primaire somatosensorische cortex werd sterker geactiveerd voor de controlegroep, zie Figuur 4B.

Een directe vergelijking tussen het Observatie en het Empathie experiment wees uit dat het verschil tussen beide groepen significant kleiner werd na de empathie instructie in gebieden als de ventrale premotor cortex en de insula. Dit lijkt te suggereren dat een instructie wel degelijk van invloed is.



Een analyse van de data uit het Ervaringsexperiment wees uit dat beide groepen niet significant van elkaar verschilden terwijl ze soortgelijke interacties zelf uitvoerden met de proefleider. Deze informatie is interessant, aangezien het suggereert dat verschillen tijdens de Observatie en Empathie experimenten in gebieden die door het Ervaringsexperiment worden aangesproken, niet geheel te wijten kunnen zijn aan het feit dat deze gebieden primair niet goed kunnen worden aangesproken.

Structurele MRI

Het structurele MRI onderzoek werd uitgevoerd om te bepalen of eventuele functionele verschillen tijdens het eerder beschreven onderzoek konden worden toegeschreven aan een afwijkende structuur van de hersenen. Dit werd gedaan met VBM. VBM is een vrij grove techniek waarmee kan worden bepaald of hersengebieden afwijkend zijn in volume in één groep in vergelijking met een andere groep. In ons onderzoek richtten we ons op hersengebieden die in eerdere onderzoeken zijn aangemerkt als 'shared circuits'. Het bleek dat gedeelten van de somatosensorische en motorische cortex inderdaad een kleiner volume hadden, al moet daaraan worden toegevoegd dat de hoeveelheid gevonden verschillen in totaliteit klein was.

Discussie

Samengevat suggereren de huidige resultaten dat mensen met psychopathie de 'shared circuits' voor acties, aanrakingen en emoties minder activeren tijdens passieve observatie vergeleken met een controlegroep. Dit verschil met de controlegroep lijkt echter gedeeltelijk te normaliseren door middel van een gerichte instructie waarmee de aandacht wordt gevestigd op de emotionele component van de interactie. Dat kan betekenen dat mensen met psychopathie tot op zekere hoogte wel mee kunnen voelen met andere mensen, maar dat ze dat spontaan niet zo sterk doen vergeleken met controledeelneemers.

Gezien de invloed van de instructie lijkt de onder-activatie van 'shared circuits' niet volledig het gevolg te zijn van een primaire deficiëntie in deze gebieden. Dit komt overeen met de resultaten uit het Ervaringsexperiment, waaruit volgde dat beide groepen niet significant van elkaar verschilden wanneer ze soortgelijke handelingen zelf uitvoerden; een tweede aanwijzing dat beide groepen deze gebieden wel kunnen aanspreken wanneer dat nodig is. Er moet wel worden aangemerkt dat de psychopathiegroep tijdens het Empathie experiment nog steeds van de controlegroep verschildte in gebieden die somatosensorische informatie verwerken. Deze gebieden behoren tot de 'shared circuits', verwerken onder andere de informatie van aanrakingen en zijn belangrijk bij het uitvoeren van handelingen en het voelen van emoties. Ondanks de neurale veranderingen die optreden na gerichte instructie, blijven er dus groepsverschillen bestaan in gebieden die behoren tot de 'shared circuits'. Ook bleek uit het structurele onderzoek dat een aantal hersengebieden in de somatosensorische en motorische cortex een afwijkend volume hadden vergeleken met de controlegroep. Bij elkaar genomen suggereert dit dat de functionele verschillen tussen beide groepen tot stand komen door primaire defecten in 'shared circuits' gecombineerd met een deficiënte aansturing van deze gebieden.

Deze deficiënte aansturing zou kunnen betekenen dat de psychopathiegroep relatief meer cognitieve controle moet uitoefenen wanneer gevraagd wordt om mee te leven met andermans gevoelens. Een aanwijzing daarvoor werd gevonden in de resultaten van het Empathie experiment. Tijdens dit experiment activeerde de groep met psychopathie een aantal hersengebieden sterker die geassocieerd zijn met het redeneren over anderen mensen (Amodio and Frith 2006; Van Overwalle and Baetens 2009) en juist niet met spontane empathie (Van Overwalle and Baetens 2009). Verder waren in deze groep ook hersengebieden over-geactiveerd, die betrokken zijn bij emotionele herwaardering (Ochsner, Ray et al. 2004).

De resultaten van dit onderzoek en eerdere onderzoeken suggereren ook dat mensen met psychopathie problemen hebben met het spontaan richten van de aandacht op de juiste elementen in de omgeving. Volgens Adolphs (2010) is de amygdala belangrijk bij de detectie van saillante informatie. De amygdala wordt vaker in relatie gebracht met psychopathie, onder andere met betrekking tot de rol van de amygdala in morele ontwikkeling (Blair 2007). Wellicht speelt de amygdala ook een rol bij de deficiënte activatie van 'shared circuits' door disfunctionele allocatie van de aandacht. Dit zou door de regulerende invloed van de prefrontale cortex (zie ook Ochsner, Ray et al. 2004; Harenski and Kiehl 2010) kunnen worden bijgestuurd. In lijn met deze hypothese werd in het huidige onderzoek gevonden dat gedeelten van de prefrontale cortex tijdens het Empathie experiment meer actief waren in de psychopathie groep in vergelijking met de controle groep, zoals in de paragraaf hierboven ook al werd beschreven. In de spontane aandacht conditie, het Observatie experiment, liet deze groep juist een onder-activatie van de amygdala zien.

Het is belangrijk om een kanttekening te plaatsen bij de conclusies van dit onderzoek. Dit is de eerste fMRI studie die 'shared circuits' heeft onderzocht bij een forensische populatie met een hoge mate van psychopathie. Dat betekent dat deze resultaten nog niet zijn gerepliceerd, laat staan dat er soortgelijke onderzoeken zijn uitgevoerd welke gebruik maken van andere controlegroepen. Het is dus goed mogelijk dat ook een forensische populatie zonder psychopathie eenzelfde neurale patroon laat zien ten opzichte van een niet-forensische controlegroep, doordat de hierboven beschreven effecten niet gerelateerd zijn aan psychopathie maar bijvoorbeeld aan het criminele verleden van de deelnemers of andere variabelen die verschillen tussen beide groepen. Verder onderzoek is dus zeker belangrijk en zal dit moeten uitwijzen. De resultaten van dit onderzoek suggereren echter wel dat verschillen tussen mensen met en zonder psychopathie niet statisch zijn, maar beïnvloed kunnen worden door middel van een simpele instructie en dat is op zichzelf al beïnvloedend te noemen.

Referenties

- Adolphs, R. (2010). What does the amygdala contribute to social cognition? *Annals Of The New York Academy Of Sciences* 1191(1): 42-61.
- Amodio, D. M. and C. D. Frith (2006). Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition. *Nat Rev Neurosci* 7(4): 268-277.
- Aniskiewicz, A. S. (1979). Autonomic components of vicarious conditioning and psychopathy. *Journal of Clinical Psychology* 35(1): 60-67.
- Bagley, A. D., C. S. Abramowitz, et al. (2009). Vocal Affect Recognition and Psychopathy: Converging Findings Across Traditional and Cluster Analytic Approaches to Assessing the Construct. *Journal of Abnormal Psychology* 118(2): 388-398.
- Bastiaansen, J. A., M. Thioux, et al. (2009). Evidence for mirror systems in emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, B, Biological Sciences* 364(1528): 2391-2404.
- Blair, J., C. Sellars, et al. (1996). Theory of Mind in the psychopath. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 7(1): 15-25.
- Blair, R. J. (2005). Responding to the emotions of others: dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and Cognition* 14(4): 698-718.
- Blair, R. J. (2007). The amygdala and ventromedial prefrontal cortex in morality and psychopathy. *Trends in Cognitive Sciences* 11(9): 387-392.
- Blair, R. J. R., L. Jones, et al. (1997). The psychopathic individual: A lack of responsiveness to distress cues? *Psychophysiology* 34(2): 192-198.
- Blair, R. J. R., D. G. V. Mitchell, et al. (2004). Reduced sensitivity to others' fearful expressions in psychopathic individuals. *Personality and Individual Differences* 37(6): 1111-1122.
- Blair, R. J. R., D. G. V. Mitchell, et al. (2002). Turning a deaf ear to fear: Impaired recognition of vocal affect in psychopathic individuals. *Journal of Abnormal Psychology* 111(4): 682-686.

- Blakemore, S. J., D. Bristow, et al. (2005). Somatosensory activations during the observation of touch and a case of vision-touch synaesthesia. *Brain* 128(7): 1571-1583.
- Costantini, M., G. Galati, et al. (2008). Empathic neural reactivity to noxious stimuli delivered to body parts and non-corporeal objects. *European Journal of Neuroscience* 28(6): 1222-1230.
- de Vignemont, F. and T. Singer (2006). The empathic brain: how, when and why? *Trends in Cognitive Sciences* 10(10): 435-441.
- di Pellegrino, G., L. Fadiga, et al. (1992). Understanding motor events: a neurophysiological study. *Experimental Brain Research* 91(1): 176-180.
- Dinstein, I., U. Hasson, et al. (2007). Brain areas selective for both observed and executed movements. *Journal of Neurophysiology* 98(3): 1415-1427.
- Dolan, M. and R. Fullam (2004). Theory of mind and mentalizing ability in antisocial personality disorders with and without psychopathy. *Psychological Medicine* 34(6): 1093-1102.
- Ebisch, S. J. H., M. G. Perrucci, et al. (2008). The Sense of touch: Embodied simulation in a visuotactile mirroring mechanism for observed animate or inanimate touch. *Journal of Cognitive Neuroscience* 20(9): 1611-1623.
- Frith, U. (2001). Mind Blindness and the Brain in Autism. *Neuron* 32(6): 969-979.
- Gallese, V., L. Fadiga, et al. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain* 119 (Pt 2): 593-609.
- Gallese, V., C. Keysers, et al. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trends in Cognitive Sciences* 8(9): 396-403.
- Gazzola, V., L. Aziz-Zadeh, et al. (2006). Empathy and the Somatotopic Auditory Mirror System in Humans. *Current Biology* 16(18): 1824-1829.
- Gazzola, V. and C. Keysers (2009). The observation and execution of actions share motor and somatosensory voxels in all tested subjects: single-subject analyses of unsmoothed fMRI data. *Cerebral Cortex* 19(6): 1239-1255.
- Grèzes, J., J. L. Armony, et al. (2003). Activations related to "mirror" and "canonical" neurones in the human brain: An fMRI study. *NeuroImage* 18(4): 928-937.
- Hare, R. D. (2003). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist* (2nd ed.). Toronto, Multi-Health Systems.
- Hare, R. D., H. Vertommen, et al. (2001). *De Psychopathie Checklist revised. Handleiding*. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Harenski, C. L. and K. A. Kiehl (2010). Reactive aggression in psychopathy and the role of frustration: susceptibility, experience, and control. *British Journal of Psychology* 101(Pt 3): 401-406.
- Hastings, M. E., J. P. Tangney, et al. (2008). Psychopathy and identification of facial expressions of emotion. *Personality and Individual Differences* 44(7): 1474-1483.
- Iacoboni, M. and M. Dapretto (2006). The mirror neuron system and the consequences of its dysfunction. *Nature Reviews. Neuroscience* 7(12): 942-951.

- Iacoboni, M., R. P. Woods, et al. (1999). Cortical mechanisms of human imitation. *Science* 286(5449): 2526-2528.
- Jabbi, M., J. A. Bastiaansen, et al. (2008). A common anterior insula representation of disgust observation, experience and imagination shows divergent functional connectivity pathways. *PLoS ONE* 3(8).
- Jabbi, M., M. Swart, et al. (2007). Empathy for positive and negative emotions in the gustatory cortex. *Neuroimage* 34(4): 1744-1753.
- Jackson, P. L., A. N. Meltzoff, et al. (2005). How do we perceive the pain of others? A window into the neural processes involved in empathy. *NeuroImage* 24(3): 771-779.
- Keysers, C. and V. Gazzola (2006). Towards a unifying neural theory of social cognition. *Progress in Brain Research* 156: 379-401.
- Keysers, C., J. H. Kaas, et al. (2010). Somatosensation in social perception. *Nature Reviews Neuroscience* 11(6): 417-428.
- Keysers, C., H. Meffert, et al. (2014). Reply: Spontaneous versus deliberate vicarious representations: Different routes to empathy in psychopathy and autism. *Brain* 137(4).
- Keysers, C., B. Wicker, et al. (2004). A touching sight: SII/PV activation during the observation and experience of touch. *Neuron* 42(2): 335-346.
- Kosson, D. S., Y. Suchy, et al. (2002). Facial Affect Recognition in Criminal Psychopaths. *Emotion* 2(4): 398-411.
- Lamm, C., H. C. Nusbaum, et al. (2007). What are you feeling? Using functional magnetic resonance imaging to assess the modulation of sensory and affective responses during empathy for pain. *PLoS ONE* 2(12): e1292.
- Levenston, G. K., C. J. Patrick, et al. (2000). The psychopath as observer: Emotion and attention in picture processing. *Journal of Abnormal Psychology* 109(3): 373-385.
- Meffert, H. (2012). *Empathy under arrest? Functional and Structural Neural Correlates of Empathy in Psychopathy*. Zutphen, The Netherlands, Wöhrmann Print Service.
- Meffert, H., V. Gazzola, et al. (2013). Reduced spontaneous but relatively normal deliberate vicarious representations in psychopathy. *Brain* 136(8): 2550-2562.
- Morrison, I., D. Lloyd, et al. (2004). Vicarious responses to pain in anterior cingulate cortex: Is empathy a multisensory issue? *Cognitive, Affective and Behavioral Neuroscience* 4(2): 270-278.
- Ochsner, K. N., R. D. Ray, et al. (2004). For better or for worse: neural systems supporting the cognitive down- and up-regulation of negative emotion. *Neuroimage* 23(2): 483-499.
- Patrick, C. J., M. M. Bradley, et al. (1993). Emotion in the Criminal Psychopath: Startle Reflex Modulation. *Journal of Abnormal Psychology* 102(1): 82-92.
- Pineda, J. A. (2008). Sensorimotor cortex as a critical component of an 'extended' mirror neuron system: Does it solve the development, correspondence, and control problems in mirroring? *Behavioral and Brain Functions* 4: 47-47.

- Preston, S. D. and F. B. M. de Waal (2003). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences* 25(01): 1-20.
- Ricciardi, E., D. Bonino, et al. (2009). Do we really need vision? How blind people “see” the actions of others. *Journal of Neuroscience* 29(31): 9719-9724.
- Richell, R. A., D. G. V. Mitchell, et al. (2003). Theory of mind and psychopathy: can psychopathic individuals read the ‘language of the eyes’? *Neuropsychologia* 41(5): 523-526.
- Rizzolatti, G. and L. Craighero (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience* 27: 169-192.
- Singer, T., B. Seymour, et al. (2004). Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science* 303(5661): 1157-1162.
- Sommer, M., B. Sodian, et al. (2010). In psychopathic patients emotion attribution modulates activity in outcome-related brain areas. *Psychiatry Research - Neuroimaging* 182(2): 88-95.
- Turella, L., M. Erb, et al. (2009). Visual features of an observed agent do not modulate human brain activity during action observation. *NeuroImage* 46(3): 844-853.
- Van Overwalle, F. and K. Baetens (2009). Understanding others’ actions and goals by mirror and mentalizing systems: a meta-analysis. *NeuroImage* 48(3): 564-584.
- Wicker, B., C. Keysers, et al. (2003). Both of us disgusted in My insula: The common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron* 40(3): 655-664.

Figuren

Figuur 1: Filmclips tijdens het Observatie en het Empathie experiment. Drie snapshots uit voorbeeldfilmmpjes. Elke video bevatte een ontvangende hand (1) en een toenadering zoekende hand (2). © Adapted from (Meffert, Gazzola et al. 2013)

Figuur 2: Interacties tijdens het Observatie en het Empathie experiment. Foto’s van de vier verschillende hand interacties die tijdens het Ervaringsexperiment werden uitgevoerd. © Adapted from (Meffert, Gazzola et al. 2013)

Figuur 3: Experimentele design. Het design van de drie experimenten. De drie experimenten werden altijd in deze volgorde uitgevoerd. © Adapted from (Meffert, Gazzola et al. 2013)

Figuur 4: Resultaten van de Observatie en Empathie experimenten. (A) Verschillen tussen de groepen tijdens het Observatie experiment. (B) Verschillen tussen de groepen tijdens het Empathie experiment. Alle resultaten zijn weergegeven met een $p < 0.001$ uncorrected, minimale cluster grootte

10 voxels. Wit-geel: Controleproefpersonen>patiënten. Blauw-groen: Patiënt en>controleproefpersonen. LH = Linker Hemisfeer. RH = Rechter Hemisfeer. X = MNI coördinaat van sagitale vlak. © Adapted from (Meffert, Gazzola et al. 2013)

Artikel

De invloed van Syndroom van Asperger op toerekeningsvatbaarheid

Harmke Visser

Samenvatting

In dit artikel wordt onderzocht hoe het syndroom van Asperger zicht houdt tot toerekeningsvatbaarheid en de morele verantwoordelijkheid die daarmee samenhangt. Eerst wordt een conceptuele analyse gedaan van deze relatie en vervolgens wordt deze analyse empirisch getoetst. Asperger is een milde vorm van autisme, gekenmerkt door een gebrek aan sociale en communicatieve vaardigheden en een gebrek aan cognitieve flexibiliteit. Verantwoordelijkheid wordt opgedeeld in twee condities: de epistemologische conditie en de 'controle' conditie, oftewel handelingsvrijheid. Het syndroom van Asperger heeft invloed op de toerekeningsvatbaarheid omdat het de handelingsvrijheid van een individu beperkt. Anders dan verwacht heeft een gebrek aan empathie geen noodzakelijke consequenties voor morele verantwoordelijkheid.

Inleiding

In 2004 werd de pleger van de beruchte 'pindakaasmoord' veroordeeld tot zes jaar gevangenisstraf en terbeschikkingstelling (TBS) met dwangverpleging. De dader had zijn partner om het leven gebracht door de pindakaas waarmee hij haar brood belegde te vergifigen. Dit gebeurde "opzettelijk en na kalm beraad" naar aanleiding van de te hoge druk die hij voelde om te voldoen aan de kinderevans van zijn partner. Hoewel de daad met voorbedachte rade was uitgevoerd, werd hij verminderd toerekeningsvatbaar verklaard. Vanwege het feit dat de dader lijdt aan de stoornis Asperger, een milde vorm van autisme, was hij niet in staat geweest om de hoog opgelopen spanningen te communiceren of andere oplossingen aan te wenden. Hoewel hij cognitief wel in staat is een andere manier te vinden om te communiceren over en te ontsnappen aan de voor hem bedreigende en verstikkende gedachten, kon hij vanuit zijn stoornis geen ander alternatief hanteren (GHSHE, 06-08-2004, ECLI AQ6489; RBMAA, 11-02-2004, ECLI AO3471).

Terbeschikkingstelling (TBS) is een maatregel binnen het Nederlandse strafrecht die opgelegd kan worden als iemand deels of volledig ontoerekeningsvatbaar is verklaard, op het misdrijf een gevangenisstraf van minimaal vier jaar staat, en de inschatting is dat deze persoon ook na detentie nog een gevaar voor de samenleving oplevert (Art. 37a, Sr.). Iemand wordt deels buiten de maatschappij geplaatst in een forensisch psychiatrisch centrum en behandeld om het risico op recidive te verkleinen. Bij het beoordelen van ontoerekeningsvatbaarheid gaat het om de vraag of het begane feit de dader “wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestesvermogens niet kan worden toegerekend” (Art. 39, Sr.). Dit kan gebaseerd zijn op uiteenlopende stoornissen. Sinds 2004 zijn er steeds meer gevallen geweest waarin mensen gedeeltelijk of volledig ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard op basis van een autistiestoornis.

De term ‘autistiestoornis’ beslaat een breed spectrum. Dit artikel zal zich richten op wat in de DSM-IV-TR Asperger Syndrome (AS) heette, een hoogfunctionerende vorm van autisme die in de DSM-5 onder Autism Spectrum Disorder valt. AS wordt gekenmerkt door beperkingen in sociale interactie en zeer gerichte, zich herhalende gedragspatronen, interesses en activiteiten. Er is in principe geen sprake van een cognitieve achterstand of gebrekkige taalontwikkeling, al blijft het sociale aspect van communicatie vaak belemmerend (DSM-IV-TR, 2000, p. 80). In strafrechtelijke verwerpen waarin AS wordt aangedragen als toerekeningsvatbaarheidsverminderende factor, lijkt de nadruk vaak gelegd te worden op de verminderde empathische vermogens. AS zou een gebrekkige *Theory of Mind* impliceren, een “onvermogen de wereld te zien vanuit de beleving van de ander of uit intonatie, gebaren of lichaamstaal af te leiden wat de ander wil of denkt” (Draaisma, 2010, p. 7).

Het *insanity defence* gebaseerd op AS biedt een interessant kader waarbinnen kritisch gekeken kan worden naar toerekeningsvatbaarheid. Het ontbreken van een *Theory of Mind* lijkt geen noodzakelijke implicaties te hebben voor intentionaliteit, het zien en kunnen toepassen van andere handelingsalternatieven in een gegeven situatie en een besef van de wet en de consequenties van het overtreden daarvan. Vooral bij AS, waarbij het ontbreken van een cognitieve achterstand belangrijk is, lijkt dit te schuren. Toch illustreert de uitspraak met betrekking tot de Pindakaasmoord dat mensen wel degelijk verminderd toerekeningsvatbaar kunnen worden verklaard op basis van een diagnose AS, en dat er een discrepantie zit tussen het cognitief doorzien van een situatie en de (ervaren) handelingsvrijheid binnen diezelfde situatie. Dit artikel probeert een conceptuele benadering van toerekeningsvatbaarheid binnen het kader van Asperger Syndrome te rijmen met de praktische realiteit. Er wordt verondersteld dat iemand iets alleen kan worden toegerekend als hij daar verantwoordelijk voor was, en dat verminderde toerekeningsvatbaarheid dus ook verminderde verantwoordelijkheid impliceert. Verantwoordelijkheid vereist derhalve een bepaalde mate van handelingsvrijheid. Een casus als de Pindakaasmoord roept interessante en belangrijke vragen op. Hoe verhoudt handelingsvrijheid zich tot verantwoordelijkheid en

hoe verhoudt AS zich tot handelingsvrijheid? Welke rol speelt empathie bij de vraag naar verantwoordelijkheid en wat impliceert dit voor het gebrekkige empathische vermogen van mensen met AS? Door eerst dieper in te gaan op de cognitieve aspecten van AS en vervolgens te kijken hoe deze stoornis zich verhoudt tot een filosofisch en rechtsmatig begrip van verantwoordelijkheid, kan hopelijk antwoord worden gegeven op de vraag hoe het hebben van Asperger Syndroom de toerekeningsvatbaarheid beïnvloedt.

Syndroom van Asperger

Asperger Syndroom, een relatief milde vorm van autisme, werd voor het eerst opgenomen als erkende diagnose in de DSM-IV (1994). Sinds de publicatie van de DSM-5 in 2013 is AS onderdeel geworden van de algemenere diagnose Autism Spectrum Disorders (ASD). In dit artikel ligt de nadruk op het milde, hoogfunctionerende uiteinde van het spectrum van ASD, gemakshalve aangeduid met de verouderde diagnostische term Asperger Syndroom.

Bij AS staan drie karakteristieke symptomen centraal: beperkingen in sociale interactie, in verbale en non-verbale communicatie en in het repertoire aan interesses en gedragspatronen (Baron-Cohen et. al., 2005). De beperking in sociale interactie kan zich uiten in bijvoorbeeld een beperkt vermogen om sociale situaties in te schatten, een verminderd intuïtief begrip van sociale regels, een gebrek aan sociale wederkerigheid en een onvermogen zich in te leven in een ander. Dit laatste betekent een gebrek aan empathisch vermogen, “which is the ability to recognize other people’s feelings, intentions, and attitudes, to create an image of them in one’s own thoughts and emotions, and to feel them vicariously” (Lehnhardt et. al., 2013, p. 757). Dit hangt nauw samen met het ontbreken van een *Theory of Mind*, het vermogen om zichzelf en een ander een eigen perspectief met bijbehorende emoties, ideeën, wensen en drijfveren toe te schrijven (Torralva et. al., 2012). Mensen met AS kunnen zich vaak geen voorstelling maken van de belevingswereld van een ander.

Hoewel mensen met AS een gemiddeld of zelfs bovengemiddeld begrip hebben van communicatie in termen van grammatica en vocabulaire, levert de sociale component vaak problemen op. Sarcastische en ironische opmerkingen zullen vaak letterlijk geïnterpreteerd worden, en impliciete cues worden niet opgevangen. Ook het interactieve aspect van een gesprek vormt voor velen een moeilijkheid. De kunst om een gesprek te starten of gaande te houden, om in te schatten wanneer de gesprekspartner niet geïnteresseerd is, om gepaste onderwerpen aan te snijden en om rekening te houden met de emotionele beladenheid van een opmerking is voor veel mensen met AS niet, of in mindere mate, weggelegd (Lehnhardt et. al., 2013 & Baron-Cohen et. al., 2005). Dit kwam in het verweer bij de Pindakaasmoord duidelijk naar voren, dat de dader niet in staat was geweest de opgelopen spanningen te communiceren.

Het derde karakteristieke symptoom voor AS is een beperkt repertoire aan interesses en gedragspatronen. Mensen met AS houden zich vaak heel inten-

sief bezig met heel specifieke objecten of hobby's, en benaderen zaken zwart-wit. Door de verminderde cognitieve flexibiliteit ontstaat vaak de neiging zich te houden aan een bepaald gedragspatroon of ritueel en een behoefte aan overzicht en orde. Gedwongen afwijking van een voorgenomen actie of bekende routine kan angst en spanning veroorzaken (Lehnhardt et. al., 2013). Mensen met AS kunnen vaak moeilijk alternatieven aanwenden. Ook dit kwam duidelijk naar voren bij de Pindakaasmoord.

Hoewel de sociale cognitie bij AS is aangetast, zijn andere cognitieve domeinen normaal of bovengemiddeld ontwikkeld (Lugnegard et. al., 2013). Er kan per definitie geen sprake zijn van een achterstand van talige of cognitieve ontwikkeling bij AS zoals omschreven in de DSM-IV en DSM-IV-TR. Een aantal cognitieve vaardigheden zijn interessant om extra te belichten in het kader van de centrale vraag van dit artikel. Ondanks de verminderde *Theory of Mind*, is het vermogen om onderscheid te maken tussen (moreel) goede en slechte handelingen en motieven niet aangetast (Grant et. al., 2005). Bij het toeschrijven van schuld (en het daarmee samenhangende morele oordeel), wegen intentionaliteit en het subjectieve besef van de te verwachten consequenties van de handeling net zo zwaar, of zelfs zwaarder, voor mensen met AS dan voor 'neurotypicals' (Channon et. al., 2011). Moreel redeneren vergt zowel cognitieve processen (met name executieve functies) als sociale en emotionele processen. Gedacht wordt dat, doordat mensen met AS bij moreel redeneren moeten overcompenseren door meer gebruik te maken van de executieve functies, zij daarom zelfs strenger en meer zwart-wit oordelen dan mensen zonder AS, bij wie emotionele redenen nog een verzachtende rol kunnen spelen (Channon et. al., 2011).

In de klinische en forensische psychologie is er vaak sprake van comorbiditeit. Hoewel het belangrijk is hiermee rekening te houden in de klinische praktijk, wordt dit in deze conceptuele benadering van de relatie tussen AS en toerekeningsvatbaarheid buiten beschouwing gelaten.

Syndroom van Asperger en handelingsvrijheid

Het Nederlandse rechtssysteem is gebaseerd op de fundamentele aanname dat mensen verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor hun handelen. Het gaat binnen het (straf)recht niet alleen om de vraag of iemand de oorzaak was van een feit, maar ook of diegene de schuld draagt voor het feit. Iemand draagt schuld voor een feit als dat feit hem verweten kan worden. Om te kunnen spreken van verwijtbaarheid moet diegene een bepaalde mate van handelingsvrijheid hebben gehad. Verantwoordelijkheid impliceert namelijk noodzakelijkerwijs een zekere mate van vrijheid (Mooij, 1998). Als een gedraging niet vermijdbaar was, is hij ook niet verwijtbaar. Als wel redelijkerwijs van iemand verwacht kon worden dat hij iets anders had kunnen doen dan de wet overtreden, draagt hij schuld voor het gepleegde feit (Kronenberg & de Wilde, 2012). Het gaat erom of de handeling diegene kan worden toegerekend. Met andere woorden, of iemand moreel verantwoorde-

lijk kan worden gehouden voor de handeling. Toerekeningsvatbaarheid, verantwoordelijkheid en handelingsvrijheid hangen hierbij nauw samen. Om iemand verantwoordelijk te kunnen houden voor een bepaalde handeling, moet aan twee voorwaarden worden voldaan. De eerste voorwaarde is van epistemologische aard. Iemand moet, heel simpel gezegd, begrijpen waar hij mee bezig is. Iemand moet grip hebben op de werkelijkheid, maar ook in staat zijn de wet en de consequenties van het overtreden daarvan te kennen, en een elementair besef hebben van de morele implicaties van de handeling (McMillan & Malatesi, 2010a). Als iemand geen inzicht heeft in de situatie waarin hij verkeert, kan niet worden gesteld dat hij zijn gedrag willens en wetens heeft veroorzaakt. Op deze manier zijn opzet en schuld dus ook niet noodzakelijk met elkaar verbonden; iemand kan met opzet handelen, bijvoorbeeld op basis van een waanbeeld, en toch niet schuldig zijn. De tweede voorwaarde is dat iemand een bepaalde mate van controle moet hebben over zijn gedrag. Hiermee wordt niet alleen fysieke controle bedoeld, maar ook het vermogen om gewild gedrag te initiëren. Om iemand verantwoordelijk te kunnen houden moet iemand niet alleen kennis hebben van bepaalde redenen om iets wel of niet te doen, maar ook in staat zijn deze redenen normatief te duiden en van kracht te laten zijn als motivatie om over te gaan tot bepaald gedrag (Duff, 2010).

Deze tweede voorwaarde, het vermogen om controle uit te oefenen over eigen gedrag, houdt in dat er sprake moet zijn van handelingsvrijheid. Om van handelingsvrijheid (en de daarmee samenhangende verantwoordelijkheid) te kunnen spreken, moeten er handelingsalternatieven beschikbaar zijn. Ook al is iemand niet vrij in absolute zin, kan iemand alsnog verantwoordelijk gehouden worden voor welke van de mogelijkheden die hij heeft hij wel realiseert en welke niet. Iemand is pas niet verantwoordelijk, als hij geen alternatieven had. Daarom is noodweer een wettelijke strafuitsluitingsgrond; op dat moment kon niet redelijkerwijs verwacht worden van iemand dat hij overging op een ander handelingsalternatief (Kronenberg & de Wilde, 2012). Op dezelfde manier kan een psychische stoornis ook de handelingsvrijheid verminderen. Een stoornis kan onvrijheid impliceren als deze het vermogen tot inzicht en het vermogen de wil te bepalen raakt, en iemand daardoor geen handelingsalternatieven kan ontwikkelen (Mooij, 1998). Zo kan een psychische stoornis ook gelden als strafuitsluitingsgrond.

Bij bepaalde psychische stoornissen is het evident dat zij kunnen leiden tot verminderde toerekeningsvatbaarheid omdat zij de verantwoordelijkheid aantasten. Het is bijvoorbeeld makkelijk te begrijpen dat iemand die lijdt aan schizofrenie tijdens een psychotische episode niet de grip op de realiteit heeft die nodig is om van diegene te kunnen stellen dat hij willens en wetens handelt. Bij AS ligt dit ingewikkelder.

Het gebrek aan cognitieve flexibiliteit kenmerkend voor AS kan wel degelijk invloed hebben op de (ervaren) handelingsvrijheid. Hoewel mensen met AS vaak in een bepaalde situatie rationeel wel meerdere handelingsalternatieven kunnen verzinnen, is het voor hen heel moeilijk om af te wijken van de ingeslagen richting. Als een situatie toch anders verloopt dan verwacht, kan dit

veel stress en angst opleveren. Mensen met AS kunnen buitensporig of agressief reageren op prikkels die voorkomen in een dergelijke stressvolle situatie, omdat zij niet op een flexibele manier om kunnen gaan met omgevingsstressfactoren (Freckelton & List, 2009). Op deze manier kan zeker verdedigd worden dat AS de handlingsvrijheid, en daarmee de morele verantwoordelijkheid, kan aantasten. Het individu kan op dat moment niet overgaan tot ander gewild gedrag dan het voorgenomen gedrag en heeft daardoor minder controle over zijn eigen handelen. Aan de tweede voorwaarde voor verantwoordelijkheid kan dus, in ieder geval in bepaalde situaties, niet voldaan worden.

Hoewel er zeker wat voor te zeggen valt dat AS leidt tot het niet kunnen voldoen aan de controle voorwaarde, levert de epistemologische voorwaarde meer problemen op. Omdat AS per definitie geen achterstand met betrekking tot de cognitieve ontwikkeling met zich mee brengt, kan ervan uit worden gegaan dat mensen met Asperger geen afwijkende beleving hebben van de "objectieve" werkelijkheid. Hun denkbeelden over de wereld corresponderen met de algemeen geaccepteerde opvattingen over realiteit. Cognitief kunnen zij een situatie adequaat doorzien en normatief duiden. Hoewel zij vaak een minder intuïtief besef hebben van de sociale beladenheid van een situatie, kunnen mensen met AS wel degelijk onderscheid maken tussen (moreel) goed en slecht. Ook zijn zij net als mensen zonder AS in staat feitelijke informatie over de wet en de consequenties van het overtreden daarvan te leren. Dit wijst erop dat mensen met AS wél kunnen voldoen aan de epistemologische conditie, en dus in dat opzicht wel verantwoordelijk kunnen worden gehouden. Toch is voorzichtigheid hierbij geboden. Mensen met AS hebben beduidend minder inzicht in sociale situaties en de belevingswereld van anderen. In hoeverre kan van iemand gesteld worden dat hij een situatie doorziet als belangrijke sociale informatie verloren gaat? Welke rol speelt een gebrek aan empathie bij de morele verantwoordelijkheid van mensen met AS?

Syndroom van Asperger en empathie

Er is veel geschreven over de verhouding tussen empathie en morele verantwoordelijkheid, niet in verband met autisme maar in verband met psychopathie. Psychopathie wordt naast antisociaal gedrag vooral gekenmerkt door een gebrek aan empathie, een gebrek aan geweten en een algemeen gebrek aan de neiging zich te bekommeren om anderen (Morse, 2010). Het leed van anderen is voor hen niet iets om rekening mee te houden. Bij 'normale' mensen heeft empathie invloed op het handelen, omdat de informatie die wij opdoen wanneer wij ons in een ander inleven onderdeel wordt van onze motivatie iets wel of niet te doen (Kennett, 2002). Dit geldt voor psychopaten niet, zij zijn niet in staat om de belangen van anderen te zien als behartigenswaardig.

Er zit een verschil tussen een rationeel, conventioneel begrip van bepaalde normen en een moreel besef van de waarde van bepaalde normen. "One can

imagine an intelligent psychopath who could give the reasons why other people take certain actions to be wrong, and list the ideals which the conventions serve, much as an anthropologist might, but who still fails to be moved by moral concerns” (Kennett, 2002, p. 342). Het gaat niet alleen om een rationeel begrip maar om een algemener besef van morele normen, dat het feit dat een handeling een ander schaadt op zichzelf voldoende reden is om de handeling niet uit te voeren (Levy, 2010). Hoewel psychopaten een relatief intacte *Theory of Mind* hebben, ontbreekt de vaardigheid een situatie moreel te interpreteren (Blair, 2005 & Beech & Davies, 2012). Juist omdat ze wel in staat zijn om zich in te leven in anderen, maar daar geen empathische invulling aan kunnen geven, kunnen psychopaten niet begrijpen wat er zo distinctively wrong is aan het pijn doen van een ander. Hoewel zij dit rationeel misschien wel kunnen uitleggen, kunnen ze de lading ervan niet begrijpen.

“Sometimes, it is not ignorance of nonmoral facts that excuses, but normative ignorance” (Levy, 2010). Vanwege hun morele onwetendheid kunnen zij niet moreel verantwoordelijk worden gehouden.

Hoewel mensen met AS hun gebrek aan empathie delen met psychopaten, delen zij niet de onverschilligheid die daar bij psychopaten mee gepaard gaat. “They are capable, as psychopaths are not, of the subjective realization that other people’s interests are reason-giving in the same way as one’s own, though they may have great difficulty in discerning what those interests are” (Kennett, 2002, p. 354). In tegenstelling tot psychopaten hebben mensen met AS juist een gebrek aan *Theory of Mind* maar wél de vaardigheden een situatie moreel te duiden. Dit komt niet voort uit empathische gevoelens en inlevingsvermogen, maar uit het zorgvuldig leren van gedragsregels. Door rationeel te redeneren en inferenties te trekken uit voorgaande situaties kunnen mensen met Asperger compenseren voor hun gebrek aan empathie en zo het ethische besef ontwikkelen dat nodig is om moreel te kunnen handelen (Kennett, 2002). Dit lijkt veel op de methode van de psychopaat-antropoloog, maar het grote verschil is dat mensen met AS, ondanks hun gebrek aan empathisch vermogen, wel gedreven worden door de morele lading van aangeleerde gedragsregels en zich daardoor kunnen ontwikkelen richting gewetensvolle mensen. In tegenstelling tot psychopaten zijn mensen met AS wel degelijk in staat hun morele overwegingen met betrekking tot anderen te zien als beweegredenen voor hun eigen handelen.

Het feit dat mensen met AS wel *moral agents* kunnen worden en psychopaten niet impliceert dat empathie geen noodzakelijke voorwaarde is voor moreel handelen, en de daarmee gepaarde morele verantwoordelijkheid. Het gebrek aan geweten van de psychopaat komt niet voort uit zijn gebrek aan empathie maar uit zijn desinteresse voor het welzijn van anderen (Kennett, 2002). Er zijn manieren om te compenseren voor een gebrek aan empathie, maar niet om te compenseren voor een gebrek aan geweten. Dat wil niet zeggen dat empathie geen belangrijke rol speelt in ons morele handelen; voor velen doet het dat zeker, en mensen met AS beginnen wat dat betreft met een 2-0 achterstand in hun morele ontwikkeling. Zij voelen minder intuïtief aan wat goed of slecht is in een bepaalde situatie, en door hun verminderde cognitieve

ve flexibiliteit is het ook nog eens moeilijker om te zien hoe rationeel aangeleerde gedragsregels van toepassing zijn in nieuwe situaties. “But the story of how we normally get to be moral agents and the story of what is *required* for moral agency are not the same” (Kennett, 2002, p. 357).

Om iemand verantwoordelijk te kunnen houden moet aan twee condities worden voldaan: iemand moet begrijpen wat hij doet, en iemand moet alternatieven hebben gehad. Eerder werd duidelijk dat AS de handelvrijheid in bepaalde situaties kan beperken, en er dus toe kan leiden dat iemand niet verantwoordelijk kan worden gehouden. AS sluit echter niet de epistemologische conditie uit. Hoewel een gebrek aan empathie en inzicht in het sociale component van situaties reële belemmerende factoren zijn, zijn het geen noodzakelijke voorwaarden voor moreel besef. AS impliceert niet dat iemand niet begrijpt wat hij doet: iemand met AS kan in staat zijn een situatie cognitief te doorzien en de lading van een handeling te plaatsen binnen een moreel kader. Aan deze conditie kan in principe worden voldaan. Er moet echter aan beide condities worden voldaan, wil iemand verantwoordelijk zijn voor zijn handelen. Een *insanity defense* gebaseerd op AS is dus theoretisch alsnog goed mogelijk, ook al wordt aan de epistemologische conditie voldaan. Hierna wordt onderzocht hoe deze theoretische conclusie zich verhoudt tot de praktijk door te kijken op welke wijze het insanity defense gebaseerd op AS wordt toegepast in de Nederlandse rechtspraak.

Syndroom van Asperger in de praktijk

De Pindakaasmoord in 2004 was de eerste zaak in Nederland waarbij een verdachte op basis van de diagnose van Asperger verminderd toerekeningsvatbaar werd verklaard. Er komt in de uitspraken duidelijk naar voren dat de verdachte, ondanks dat hij planmatig te werk is gegaan, geen andere handlingsalternatieven kon aanwenden (GHSHE, 06-08-2004, ECLI AQ6489; RBMAA, 11-02-2004, ECLI AO3471). Vanwege zijn stoornis was hij niet in staat op een volwaardige manier te communiceren over de steeds hoger oplopende spanningen, waardoor hij deze spanningen steeds meer als dreigend ging ervaren. Aan de oplossing, zijn vrouw vergiftigen, klampte hij zich vast. Zoals kenmerkend is voor AS kon hij niet afwijken van de ingeslagen richting. De argumentatie bij dit verweer is duidelijk gericht op handelvrijheid als voorwaarde voor verantwoordelijkheid. Er kon niet redelijkerwijs van de verdachte verwacht worden dat hij andere opties aan kon wenden, dus kan het delict hem in mindere mate worden toegerekend.

Vervolgens is gekeken naar de rol die AS in het Nederlandse strafrecht heeft gespeeld sinds de Pindakaasmoord en welke karakteristieke eigenschappen van AS doorslaggevend zijn bij het oordeel van toerekeningsvatbaarheid. De data zijn afkomstig van de selectie van strafrechtelijke uitspraken die zijn

weergegeven op www.rechtspraak.nl¹. Sinds de Pindakaasmoord zijn er volgens deze selectie in Nederland 58 strafrechtelijke zaken geweest waarbij AS werd aangedragen als relevante factor. De 29 uitspraken waarbij geen sprake was van comorbiditeit zijn geanalyseerd met als doel te onderzoeken hoe de psychologische aspecten van AS in de praktijk samenhangen met verantwoordelijkheid en toerekeningsvatbaarheid.

In een opmerkelijk aantal uitspraken wordt er geen argumentatie weergegeven waaruit blijkt op wat voor manier AS van invloed is op toerekeningsvatbaarheid. In negen van de uitspraken wordt slechts vermeld dat uit de Pro Justitia rapportage blijkt dat de betrokkene is gediagnosticeerd met AS, en hij daarom (sterk) verminderd toerekeningsvatbaar moet worden verklaard. In de volgende zaak komt dit heel duidelijk naar voren: *“Verder houdt de rechtbank rekening met het omtrent de geestvermogens van verdachte uitgebracht rapport [...] waaruit blijkt dat verdachte lijdende is aan de stoornis van Asperger, een stoornis binnen het autistisch spectrum, en dat de door verdachte gepleegde strafbare feiten in verminderde mate aan hem kunnen worden toegerekend”* (GHSHE, 31-10-2011, ECLI BU3235; RBSHE, 30-07-2010, ECLI BN2577). Er wordt hier zelfs niet gesteld dat de verdachte verminderd toerekeningsvatbaar is vanwege zijn AS, maar slechts dat er zowel sprake is van AS als van verminderde toerekeningsvatbaarheid. Over hoe dit in het verweer is aangedragen wordt niets vermeld. Daarnaast zijn er twee uitspraken waarin heel summier een verband wordt gelegd tussen de psychologische eigenschappen van AS en toerekeningsvatbaarheid, in beide gevallen geformuleerd als: *“Uit het psychiatrisch onderzoek blijken duidelijke aanwijzingen voor [...] het syndroom van Asperger, met aanzienlijke sociale en communicatieve beperkingen. Ook ten tijde van het ten laste gelegde was sprake van deze duurzame gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens van verdachte”* (RBDOR, 12-06-2008, ECLI BD3819; RBDOR, 29-05-2007, ECLI BA6060).

Het is lastig conclusies hieraan te verbinden, omdat het moeilijk is te achterhalen of, en zo ja waar, gaten zijn gevallen bij het schriftelijk weergeven van de uitspraken en wat er in de Pro Justitia rapporten heeft gestaan. Daarnaast heeft de Hoge Raad in 2008 bepaald dat er geen causaal verband hoeft te zijn tussen het delict en de stoornis, maar dat het volstaat als er voldaan wordt aan het gelijktijdigheidvereiste, dat de betrokkene lijdt aan een bepaalde stoornis ten tijde van het plegen van het delict². Dit kan goed geïllustreerd worden aan de hand van deze zaak uit 2013: *“Het exact vaststellen van de mate van doorwerking van de stoornis in het ten laste gelegde feit (1) is zeer complex, gezien een groot aantal onbekende variabelen. Het is in onderhavige casus*

1 Omdat de complexiteit van de wet buiten het bereik van dit artikel ligt, is er voor gekozen om alle uitspraken omtrent cassaties, promissen en tussenvonnissen buiten beschouwing te laten. Daarnaast zijn ook alle uitspraken waaruit niet eenduidig bleek dat er sprake was van AS niet meegenomen. Van bepaalde zaken waren zowel de uitspraak van de eerste aanleg als van het Hoger Beroep beschikbaar. Omdat een eventuele discrepantie in de uiteindelijke beslissingen geen invloed heeft op de manier waarop AS wordt gebruikt in het verweer, zijn deze uitspraken als één stuk behandeld.

2 HR 22 januari 2008, Sancties 2008, 11 m.nt. Mevis, LJN BC1311, r.o. 4.4.2

vanuit gedragskundig perspectief vrijwel onmogelijk stoornisspecifieke en situatonele omstandigheden te isoleren. De vastgestelde stoornis van Asperger heeft echter op verschillende momenten en op verschillende manieren, steeds in samenhang met situatieve en contextgebonden factoren, op directe en indirecte wijze doorgewerkt in het delictgedrag” (RBLIM, 26-06-2013, ECLI 4535). Er wordt niet ingegaan op hoe AS op de ‘verschillende momenten’ en ‘verschillende manieren’ heeft doorgewerkt. Dat AS inderdaad van invloed is geweest moet in dit geval aanvaard worden enkel op basis van de informatie dat er sprake was van AS bij de verdachte. Toch denk ik dat wel degelijk moet worden uitgelegd hoe AS in verband staat met het delict en van invloed is op de toerekeningsvatbaarheid, zelfs al is er geen sprake van een causaal verband. Dat slechts het stellen van de aanwezigheid van een stoornis niet voldoende voorwaarde is voor verminderde toerekeningsvatbaarheid blijkt ook uit de volgende uitspraak: *“Het hof is van oordeel dat de aan- of afwezigheid van dat syndroom bij verdachte in dit geval geen gevolgen heeft voor de mate van toerekenbaarheid”* (GHSHE, 08-03-2012, ECLI BV8223; RBBRE, 01-07-2010, ECLI BM9893). Interessant is hoe in de overige 18 uitspraken dit verband wel wordt gelegd.

Alle hoofdkenmerken van het Syndroom van Asperger, gebrek aan communicatieve vaardigheden, gebrek aan sociale vaardigheden en empathie, en rigiditeit en gebrek aan cognitieve flexibiliteit, komen op verschillende manieren naar voren in de verhoren. De beperking in communicatie wordt slechts één keer aangevoerd in relatie tot de verantwoordelijkheid voor het delict. In deze zaak wordt het volgende gesteld: *“Hij is erg goedgelovig en neemt taal vaak letterlijk. Door de mededader is hij gemanipuleerd en losgeweekt van zijn familie. Hij ging helemaal op in het verhaal dat hem was voorgehouden en werd steeds angstiger voor zijn zus en steeds meer achterdochtig”* (RBROT, 18-04-2013, ECLI 3092). In dit geval kan niet voldaan worden aan de epistemologische conditie van verantwoordelijkheid; de betrokkene heeft vanwege de gebrekkige communicatieve vaardigheden als gevolg van AS minder inzicht in de situatie en is daarom verminderd verantwoordelijk.

Er wordt meerdere malen een beroep gedaan op het gebrek aan empathie, meestal in combinatie met beperkte handelingsvrijheid. In een zaak uit 2009 waarin de betrokkene wordt veroordeeld voor belaging wordt het verband tussen AS en verantwoordelijkheid louter op basis van empathie gelegd: *“Volgens de psychiater hebben mensen die hieraan [AS] lijden vaak veel moeite met het inleven in de gevoelens en gedachten van anderen. Hiervan was ook bij de verdachte sprake toen hij het onderhavige delict pleegde”* (RBROT, 27-11-2009, ECLI BK6019). De verdachte kon zich niet inleven in het feit dat het slachtoffer zijn overmatige aandacht ongewenst en bedreigend vond. Ook dit impliceert dat er gesteld wordt dat er sprake was van verminderde verantwoordelijkheid vanwege het niet voldoen aan de epistemologische conditie; hoewel de verdachte feitelijk wel zicht had op de situatie, had hij geen besef van de emotionele lading van de situatie. Opvallend is dat het gebrek aan empathie ook kan worden gebruikt om aan te tonen dat de handelingsvrijheid daardoor in het geding komt. In de volgende zaak wordt gesteld dat de

verdachte zo handelde als hij deed “...mede door zijn gebrekkige vermogen tot inleving en door zijn beperkte mogelijkheden om de emotionele reikwijdte van zijn handelen te overzien. Hij mist daarmee immers een belangrijk intrinsiek motief om zijn impulsen te beheersen” (RBMAA, 16-02-2011, ECLI BP5006). Hij was niet in staat zijn handelen bij te sturen vanwege zijn gebrek aan empathie.

Naast de twee zaken waarin impliciet een beroep wordt gedaan op de epistemologische conditie, wordt er bij de overige zaken impliciet of expliciet een beroep gedaan op handelingsvrijheid. Vaak worden meerdere psychologische kenmerken van AS aangedragen om dit aan te tonen. Een duidelijk voorbeeld hiervan komt uit de volgende zaak: “Door zijn onvermogen om zijn emoties te herkennen en te duiden, door zijn onvermogen om te communiceren met anderen in combinatie met zijn bizarre en obsessieve gedachtegang is betrokkene op geen enkele wijze in staat geweest om gedragsalternatieven te genereren” (RBMAA, 29-08-2008, ECLI BH1158). Daarnaast wordt vaak de rigiditeit die voortkomt uit AS aangehaald, zoals bijvoorbeeld: “Opvallend is zijn zwart-wit denken, zijn preoccupaties, zijn vasthoudendheid en rigiditeit zich onder meer uitend in een gecontroleerd, vlak en niet wederkerig contact” (GHARN, 22-11-2012, ECLI BY3930; RBZLY, 21-12-2010, ECLI BO8161). Ook worden de angst en frustratie die nieuwe of onbegrijpelijke sociale situaties teweeg brengen door de verminderde cognitieve flexibiliteit van mensen met AS meerdere malen aangevoerd. Zo werd gesteld dat mensen met Asperger “last kunnen hebben van agressieve impulsdoorbraken op het moment dat zij een situatie rationeel niet meer overzien en van daaruit overspoeld kunnen worden door heftige angst- en paniekgevoelens” (RBNNE, 14-11-2013, ECLI 6926) en dat een verdachte “zich in het sociale verkeer angstig en onzeker voelt en hierop niet adequaat kan reageren[sic]” (RBGEL, 10-07-2013, ECLI 1518). Deze praktische bevindingen sluiten nauw aan bij de eerder gevonden theoretische conclusie dat een insanity defense gebaseerd op Asperger zich voornamelijk zou moeten richten op de gecompromitteerde handelingsvrijheid.

Conclusie

In dit artikel is zowel conceptueel als empirisch onderzocht in hoeverre Asperger Syndrome invloed heeft op toerekeningsvatbaarheid. AS wordt gekenmerkt door beperkingen in sociale vaardigheden, communicatieve vaardigheden en cognitieve flexibiliteit, en elk van deze psychologische eigenschappen heeft op een bepaalde manier invloed op de verantwoordelijkheid, en daarmee toerekeningsvatbaarheid, van een persoon.

Iemand is toerekeningsvatbaar, als hij niet alleen het gepleegde feit heeft veroorzaakt maar daar ook verantwoordelijk voor kan worden gehouden. Iets kan iemand alleen verweten worden, wanneer redelijkerwijs van iemand verwacht kan worden dat hij andere opties had kunnen aansnijden.

Toerekeningsvatbaarheid hangt dus nauw samen met handelingsvrijheid.

Naast handelingsvrijheid is er een tweede conditie waaraan voldaan moet worden, wil men kunnen spreken van verantwoordelijkheid: de epistemologische conditie. Iemand moet begrijpen wat hij doet. AS kan een beperkende invloed hebben op de handelingsvrijheid. Door de cognitieve rigiditeit is het voor mensen met AS moeilijk of onmogelijk om af te wijken van de voorgenomen gang van zaken. Wanneer toch afgeweken wordt van de vaste routine kan dit veel angst en stress opleveren, waar moeilijk uiting aan kan worden gegeven door de beperkte communicatieve vaardigheden.

De invloed van AS op de epistemologische conditie ligt veel ingewikkelder. Aangezien er per definitie geen sprake is van een cognitieve achterstand bij AS, kan worden gesteld dat zij in feitelijke zin inzicht hebben in situaties. Door het gebrek aan empathie en *Theory of Mind* hebben mensen met AS minder inzicht in de sociale geladenheid van situaties, maar dit betekent niet per definitie dat zij een situatie niet normatief kunnen duiden. Empathie is geen noodzakelijke voorwaarde voor gewetensvol handelen, en mensen met AS kunnen dit in theorie compenseren door bijvoorbeeld gedragsregels te leren. Hoewel AS reële, belemmerende consequenties heeft, impliceert een gebrek aan empathie niet per definitie dat niet wordt voldaan aan de epistemologische conditie. Aangezien aan beide condities moet worden voldaan wil er sprake zijn van verantwoordelijk, kan een *insanity defense* gebaseerd op AS in theorie nog steeds slagen wanneer de handelingsvrijheid ingeperkt wordt. Deze conclusie wordt grotendeels ondersteund door voorbeelden uit het strafrecht. Sinds de Pindakaasmoord in 2004 zijn er 29 zaken geweest waarin louter op basis van AS werd gepleit voor verminderde toerekeningsvatbaarheid. Omdat er bij een groot aantal uitspraken argumentatie ontbrak, is het lastig op basis hiervan definitieve conclusies te trekken. Op basis van de uitspraken waarin wel duidelijke argumentatie zichtbaar is, kan toch voorzichtig worden gesteld dat AS over het algemeen de toerekeningsvatbaarheid beïnvloedt omdat het de handelingsvrijheid inperkt. In deze gevallen kan vanwege de verschillende psychologische belemmeringen die AS met zich mee brengt niet redelijkerwijs worden verwacht dat de personen in kwestie anders hadden kunnen handelen dan zij gedaan hebben. Slechts in twee gevallen werd het verweer gericht op de epistemologische conditie.

Op basis van dit conceptuele en empirische onderzoek kan aangenomen worden dat het syndroom van Asperger de toerekeningsvatbaarheid van personen beïnvloedt. Anders dan verwacht komt dit niet door het gebrek aan empathie wat zo kenmerkend is voor AS, maar door de inperking van de handelingsvrijheid die voornamelijk voortkomt uit het gebrek aan cognitieve flexibiliteit.

Bibliografie

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Robinson, J. & Woodbury-Smith, M. (2005). The Adult Asperger Assessment (AAA): A Diagnostic Method. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
- Blair, R. (2005). Applying a Cognitive Neuroscience Perspective to the Disorder of Psychopathy. *Development and Psychopathology*, 17, pp. 865-891.
- Channon, S., Lagnado, D., Fitzpatrick, S., Drury, H. & Taylor, I. (2011). Judgment of Cause and Blame: Sensitivity to Intentionality in Asperger's Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, pp. 1534-1542.
- Davies, G. & Beech, A. (eds). (2012). *Forensic Psychology: Crime, Justice, Law, Interventions*. 2nd ed. Cornwall: BPS Blackwell.
- Draaisma, D. (2010). Het hachelijke verband tussen autisme en delinquent gedrag. In: Van Koppen, P. J., Merkelbach, H., Jelicic, M. & De Keijser, J. W. (Eds), *Reizen met mijn Rechter. Psychologie van het recht* (pp. 105-119). Deventer, Nederland: Kluwer.
- Duff, A. (2010). Psychopathy and Answerability. In: Malatesi, L., & J. McMillan (eds.). (2010b). *Responsibility and psychopathy: Interfacing Law, Psychiatry, and Philosophy*. Oxford: Oxford University Press.
- Freckelton, I. & List, D. (2009). Asperger's Disorder, Criminal Responsibility and Criminal Culpability. *Psychiatry, Psychology and Law*, 16(1), pp. 16-40.
- Grant, C. D., Boucher, J., Riggs, K. & Grayson, A. (2005). Moral Understanding in Children with Autism. *Autism*, 9, pp. 317-331.
- Kennett, J. (2002). Autism, Empathy and Moral Agency. *The Philosophical Quarterly*, 52(208), pp. 340-357.
- Kronenberg, M. J. & de Wilde, B. (2012). *Grondtrekken van het Nederlandse strafrecht*. Deventer: Kluwer.
- Lehnhardt, FG., Gawronski, A., Pfeiffer, K., Kockler, H., Schilbach, L. & Vogeley, K. (2013). The Investigation and Differential Diagnosis of Asperger Syndrome in Adults. *Deutsches Ärzteblatt International*, 110(45), pp. 755-63.
- Levy, N. (2010). Psychopathy, Responsibility, and the Moral/Conventional Distinction. In: Malatesi, L. & J. McMillan (eds.). (2010b). *Responsibility and Psychopathy: Interfacing Law, Psychiatry, and Philosophy*. Oxford: Oxford University Press.
- Lugnegard, T., Hallerbäck, M. U., Hjärthag, F. & Gillberg, C. (2013). Social Cognition Impairments in Asperger Syndrome and Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 143, pp. 277-284.
- Malatesi, L. & McMillan, J. (2010a). Responsibility and Psychopathy. In: Malatesi, L. & J. McMillan (eds.). (2010b). *Responsibility and Psychopathy: Interfacing Law, Psychiatry, and Philosophy*. Oxford: Oxford University Press.

- Malatesi, L. & J. McMillan (eds.). (2010b). *Responsibility and Psychopathy: Interfacing Law, Psychiatry, and Philosophy*. Oxford: Oxford University Press.
- Mooij, A. (1998). *Psychiatrie, recht en de menselijke maat: Over verantwoorde-lijkheid*. Boom: Amsterdam.
- Morse, S. J. (2010). Psychopathy and the Law: the United States Experience. In: Malatesi, L. & J. McMillan (eds.). (2010b). *Responsibility and Psychopathy: Interfacing Law, Psychiatry, and Philosophy*. Oxford: Oxford University Press.
- Torraiva, T., Gleichgerrecht, E., Roca, M., Ibanez, A., Marengo, V., Rattazzi, A. & Manes, F. (2012). Impaired Theory of Mind but Intact Decision-making in Asperger Syndrome: Implications for the Relationship between these Cognitive Domains. *Psychiatry Research*, 205, pp. 282-284.

Geraadpleegde uitspraken:

RBOBR, 9-12-2013, ECLI 6793
RBNNE, 14-11-2013, ECLI 6926
RBGEL, 18-10-2013, ECLI 3925
RBGEL, 10-07-2013, ECLI 1518
RBLIM, 26-06-2013, ECLI 4535
RBROT, 18-04-2013, ECLI 3092
RBDHA, 20-03-2013, ECLI BZ4762
RBSGR, 20-12-2012, ECLI BZ1027
RBLEE, 17-12-2012, ECLI BY7431
GHARN, 22-11-2012, ECLI BY3930
RBSHE, 24-08-2012, ECLI BX5364
GHLEE, 10-04-2012, ECLI BW1521
GHSHE, 08-03-2012, ECLI BV8223
GHSHE, 31-10-2011, ECLI BU3235
RBUTR, 31-08-2011, ECLI BR7588
GHLEE, 27-07-2011, ECLI BR3370
GHLEE, 30-05-2011, ECLI BQ6517
RBUTR, 31-03-2011, ECLI BQ0756
RBMAA, 16-02-2011, ECLI BP5006
RBZLY, 21-12-2010, ECLI BO8161
RBSHE, 30-07-2010, ECLI BN2577
RBBRE, 01-07-2010, ECLI BM9893
RBROT, 09-06-2010, ECLI BM7152
RBROT, 27-11-2009, ECLI BK6019
GHLEE, 10-11-2009, ECLI BK2731
GHLEE, 26-05-2009, ECLI BI4882
RBMAA, 29-08-2008, ECLI BH1158
RBDOR, 12-06-2008, ECLI BD3819
GHSHE, 22-02-2008, ECLI BC4776

HR, 22-01-2008, ECLI BC1311
RBDOR, 29-05-2007, ECLI BA6060
RBMID, 13-07-2005, ECLI AT9783
RBSGR, 17-02-2005, ECLI AS7135
GHSHE, 06-08-2004, ECLI AQ6489
RBMAA, 11-02-2004, ECLI AO3471

Artikel

Onderzoek naar de WAV-12 en de SRS

De therapeutische alliantie meten: Therapeut- en patiënt vragenlijsten

Fiona Willgeroth en Ries Buckers

Samenvatting

Gespiegelde vragenlijsten naar de therapeutische alliantie – dat wil zeggen, vragenlijsten met een therapeutversie en een patiëntversie – kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de klinische praktijk. Door beide perspectieven te meten wordt de mate van overeenstemming zichtbaar, een belangrijke indicator voor het therapieverloop. In dit artikel wordt psychometrisch onderzoek naar de WAV-12 en de SRS besproken. Deze twee vragenlijsten zijn gebaseerd op dezelfde theoretische uitgangspunten, bekend in de klinische praktijk en praktisch bruikbaar. Voor de SRS werd een therapeutversie ontwikkeld, in twee varianten, rekening houdend met het perspectief van waaruit de vragenlijst wordt ingevuld; het eigen therapeutperspectief en een inschatting van het patiëntperspectief. Dit blijkt van invloed op de uitkomst, echter de perspectieven lopen in veel vragenlijsten door elkaar. Uit de resultaten blijken de psychometrische kwaliteiten van de therapeutversies acceptabel, aansluitend bij eerder onderzoek naar de patiëntversies. Er werd in overeenstemming met Tryon en anderen (2007) een lichte samenhang gevonden tussen het patiënt- en het therapeutoordeel. Tegelijkertijd bleken de beide oordelen wel van elkaar te onderscheiden. Hierbij werd zoals verwacht een gunstiger oordeel van patiënten gevonden. Voor de klinische praktijk lijkt het dan ook relevant om oplettend te zijn bij lagere scores van de patiënt. Een lagere score van de patiënt ten opzichte van de therapeut op de alliantie zou kunnen wijzen op stagnatie in therapie (Tryon en anderen, 2007). Een opvallende bevinding was dat therapeuten met ervaring met de SRS de alliantie positiever scoorden. Nader onderzoek naar de twee therapeutversies van de SRS is gewenst, evenals onderzoek naar het effect van het gebruik van gespiegelde alliantievragenlijsten.

Inleiding

De therapeutische alliantie krijgt de laatste jaren steeds meer wetenschappelijke aandacht. Naast de kwaliteit van de therapeutische alliantie, is ook de

overeenstemming tussen therapeut en patiënt over deze alliantie van invloed op het verloop van psychotherapie (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011). Zo zal het verloop van een behandeling negatief beïnvloed worden, wanneer de therapeut uitgaat van een goede alliantie en de patiënt dat niet zo ervaart (Cummings, Hallberg, Slemon, & Martin, 1992; Cummings, Martin, Hallberg, & Slemon, 1992; Kivlighan & Arthur, 2000; Reis & Brown, 1999). Wanneer ongenoegen van een patiënt over de alliantie daarentegen tijdig wordt gesignaleerd en de werkaliantie wordt hersteld, kan dit het behandelresultaat juist ten goede komen (Eubanks-Carter, Muran & Safran, 2010; Safran, Muran, & Eubanks-Carter, 2011; Willemsse & Hafkenscheid, 2009). Dit komt niet alleen het welzijn van de patiënt ten goede maar draagt ook bij aan efficiëntie en kostenbesparing in de zorg. Immers, de behandelkoers kan sneller worden bijgesteld en mogelijk kan ook no-show en zelfs drop-out voorkomen worden door eerder signaleren van spanningen in de alliantie. Het gegeven dat de overeenstemming over de alliantie tussen patiënt en therapeut van belang is, heeft gevolgen voor de keuze van een meetinstrument. Het betekent dat een instrument nodig is dat zowel het patiëntperspectief als het therapeutperspectief op de therapeutische alliantie in kaart brengt. Meting van beide perspectieven kan een bijdrage leveren aan de klinische praktijk en aan routine outcome monitoring (ROM), waarbij vaak alleen het patiëntperspectief wordt bevestigd.

In de afgelopen decennia werden diverse instrumenten ontwikkeld die de werkaliantie meten. De bekendste instrumenten zijn de Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VTAS; Hartley & Strupp, 1983), de California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS; Gaston, 1991; Marmar, Horowitz, Weiss & Marziali, 1986), de Penn Helping Alliance Questionnaires (HAQ-I en HAQ-II; Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis & Cohen, 1985) en de Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1986; Nederlandstalige versie WAV; Vertommen & Vervaeke, 1990). Deze meetinstrumenten overlappen elkaar gedeeltelijk en hebben alle goede psychometrische kwaliteiten (Tichener & Hill, 1989; Cecero, Fenton & Nich, 2001). De meeste bevatten de volgende elementen: de affectieve band tussen therapeut en patiënt en de samenwerking of motivatie om te investeren in het therapieproces (Stinckens, Ulburghs, & Claes, 2009). De theoretische achtergronden en het meetbereik van de genoemde testen stemmen echter niet geheel overeen (Trijsburg, Knaevelsrud & Vervaeke, 2002). Ook verschillen zij wat betreft de onderscheiden alliantiedimensies, het aantal te beoordelen items en het perspectief van beoordeling (observator, patiënt of therapeut). Daarnaast is er nog verschil in perspectief van waaruit de vragenlijst wordt ingevuld. De uitkomst verschilt wanneer de therapeut gevraagd wordt de eigen beleving van de alliantie weer te geven of een inschatting te geven van het patiëntperspectief op de alliantie. In veel vragenlijsten lopen beide perspectieven door elkaar (Dill-Standiford, Stiles & Rorer, 1988).

De meest gebruikte vragenlijst is de Working Alliance Inventory (Horvath & Greenberg, 1986), waarvan de psychometrische kwaliteiten zoals genoemd goed zijn (Elvins & Green, 2008). Deze vragenlijst kent een patiëntversie, een therapeutversie en een observatorversie en is gestoeld op de theorie van Bordin (1979). Hij definieert het begrip ‘werkalliantie’ als de mate waarin therapeut en patiënt het eens zijn over het doel en de werkwijze in de behandeling, en de mate waarin zij een emotionele band hebben. Daarbij is de schaal ontwikkeld om de therapeutische alliantie te meten binnen alle therapiestromingen (Martin, Garske & Davis, 2000). Van de WAI is een verkorte versie ontwikkeld, de Working Alliance Inventory – Short (WAI-S; Tracey & Kokotovic 1989). De WAI is vertaald in het Nederlands door Vertommen en Vervaeke (Werkalliantievragenlijst, WAV; 1990) en beschikt eveneens over bevredigende psychometrische kwaliteiten (Trijsburg, Knaevelsrud & Vervaeke, 2002). Er bestaat inmiddels ook een Nederlandstalige verkorte versie (WAV-12; Stinckens en anderen, 2009). De psychometrische gegevens van de WAV-12 zijn gebaseerd op onderzoek met de patiëntversie en zijn bevredigend (Stinckens en anderen, 2009).

Naast de WAI is de Session Rating Scale (SRS) sterk in opkomst in de klinische praktijk (Hafkenscheid, 2010; Miller & Duncan, 2004). Deze lijst is ultrakort (vier items op een visueel analoge schaal) en daardoor zeer gebruiksvriendelijk. De SRS is ontwikkeld in het kader van Client Directed Outcome Informed werken, waarbij er systematisch gevraagd wordt naar zowel de werkalliantie via de SRS als naar het dagelijks functioneren op een bepaald levensgebied via de Outcome Rating Scale (ORS). Van beide schalen bestaat alleen een patiëntversie. De psychometrische gegevens zijn bevredigend (Duncan, Miller, Sparks, Claud, Reynolds, Brown & Johnson, 2003). De SRS is in het Nederlands vertaald met vergelijkbare psychometrische bevindingen (Hafkenscheid, Duncan & Miller, 2010; Hafkenscheid, 2010; Boezen-Hilberdink, Janse, Verbraak & van Dijk, 2013).

Het doel van dit artikel is een suggestie te doen voor gebruik van meetinstrumenten die zowel het patiëntperspectief als het therapeutperspectief op de therapeutische alliantie in kaart brengen. Op basis van bekendheid en praktische bruikbaarheid en de gemeenschappelijke theoretische achtergrond (Bordin) is gekozen voor de WAV-12 en de SRS. Van de patiëntversies van deze vragenlijsten was reeds psychometrisch onderzoek beschikbaar, waarbij aanvullend onderzoek werd gedaan. Tevens werd psychometrisch onderzoek gedaan naar de therapeutversie van de WAV-12. Omdat het perspectief van waaruit de therapeut de vragenlijsten invult invloed heeft op de meting, werden voor de SRS twee verschillende therapeutversies ontwikkeld; het eigen therapeutperspectief en een inschatting van het patiëntperspectief. Naar deze beide therapeutversies werd eveneens psychometrisch onderzoek gedaan.

Methode

Procedure

De vragenlijsten werden afgenomen in drie groepen deelnemers aan de opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog bij het opleidingsinstituut 'Postmaster opleidingen Psychologie en Orthopedagogiek' (PPO) te Groningen. De betrokken praktijkinstellingen en patiënten werden vooraf geïnformeerd en er werd vooraf toestemming gevraagd. Wanneer de patiënt toestemming gaf, vulden therapeut en patiënt aan het einde van een sessie anoniem en onafhankelijk van elkaar de vragenlijsten in. De afname van de vragenlijsten was onderdeel van een breder onderzoek in 2011 en 2012 naar het effect van een vaardigheidstraining op het gebied van de therapeutische alliantie (Buckers en Willgeroth, in voorbereiding). Ten behoeve van dat onderzoek werd de groep at random (door de supervisor van het onderzoek, middels computer randomisatie) verdeeld in een experimentele groep en een controlegroep en was sprake van een voor- en nameting. De experimentele groep werd getraind in het inleven in het patiëntoordeel van de alliantie, waarbij gebruik werd gemaakt van de SRS. Voor het onderhavige vragenlijstonderzoek werden deze groepen waar mogelijk samengevoegd en werd de gehele dataset gebruikt. Wanneer verwacht werd dat de training van invloed zou zijn op de uitkomsten, werd alleen de voormeting gebruikt. Dit wordt in de tekst kenbaar gemaakt middels een voetnoot. De onderzoeksopzet werd goedgekeurd door de METc.

Onderzoeksgroep

Therapeuten

Drie opeenvolgende groepen psychologen in opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog (piog's) namen deel aan het onderzoek. Van de in totaal 53 piog's vielen er vijf af door ziekte, zwangerschapsverlof of vakantie. Negen anderen lukte het niet om patiënten te selecteren. De definitieve onderzoeksgroep bestond uit 38 piog's. Er waren 35 vrouwen en drie mannen met een gemiddelde leeftijd van 30 jaar, variërend van 23 tot 58 jaar. Gemiddeld hadden zij 2,6 jaar werkervaring in de gezondheidszorg met een minimum van één en een maximum van elf jaar. Iets minder dan een derde (elf therapeuten) had ervaring met het werken met één van de gebruikte meetinstrumenten, de SRS.

Patiënten

Patiënten werden geïncludeerd wanneer zij 18 jaar of ouder waren en werden gezien in het kader van een lopende individuele behandeling, ongeacht fase en methode. Therapeuten kregen de instructie om vanaf een afgesproken moment alle patiënten te benaderen zonder daarbij zelf te selecteren. In totaal namen 289 patiënten deel. Therapeuten werd gevraagd bij te houden hoeveel cliënten niet wilden meewerken aan het onderzoek. Van dertien therapeuten was deze informatie beschikbaar, van de overige 25 helaas niet. De dertien therapeuten registreerden in totaal achttien patiënten die deelname

weigerden. De patiëntengroep bestond uit 188 vrouwen en 98 mannen (drie onbekend). De vragenlijsten werden gemiddeld gezien afgenomen bij de 8e sessie, dit varieerde van 1 tot 47. De gemiddelde leeftijd in de patiëntengroep was 40, variërend van 18 tot 88 jaar. In 50% van de gevallen was sprake van een angst- of stemmingstoornis en bij 17,3% vormde lichte psychische problematiek aanleiding voor behandeling. Bij 13,6% was (tevens) een persoonlijkheidsstoornis gediagnosticeerd. In vergelijking met de verdeling van DSM-IV classificaties bij patiënten in de tweedelijns ggz was de problematiek van de onderzoeksgroep lichter (ggz jaaroverzicht 2010). Mogelijk behandelen psychologen in opleiding patiënten met lichtere psychopathologie.

Meetinstrumenten

Werkalliantievragenlijst-12 (WAV-12)

De WAV-12 bestaat uit twaalf items in een versie voor de patiënt (zie Stinckens en anderen, 2009) en een versie voor de therapeut (zie Bijlage 1). De items worden gescoord op een vijfpunts Likert schaal (1 = zelden of nooit, 5 = altijd). Naast een totaalscore worden drie subschalen onderscheiden: Doelschaal (items 1,4,6,11), Taakschaal (items 2,8,10,12) en Bandschaal (items 3,5,7,9).

Session Rating Scale (SRS)

De SRS bestaat uit vier items die gescoord worden door een kruisje te plaatsen op een 10 cm lange visueel analoge schaal. De items hebben betrekking op a) de relatie, b) doelen en onderwerpen, c) werkwijze en d) het geheel van de sessie. Ook deze indeling is gebaseerd op de theorie van Bordin (1979).

Er werden twee varianten van een therapeutversie ontwikkeld. In aansluiting op de conclusies van Dill-Standiford en anderen (1988) werd onderscheid gemaakt tussen 'consensus' (de mate waarin de eigen beleving van de alliantie van de therapeut overeenkomt met de beleving van de patiënt) en 'awareness' (de mate waarin de therapeut in staat is in te schatten hoe de patiënt de relatie beleeft). Dit resulteerde in een therapeut SRS-Consensus (eigen perspectief therapeut, zie Bijlage 2) en een therapeut SRS-Awareness (inschatting van het patiëntperspectief door de therapeut, zie Bijlage 3). Voor zowel de formulering van de SRS-Consensus als de SRS-Awareness variant van de therapeutversie werd zo goed mogelijk aangesloten bij de oorspronkelijke formulering van de patiënt SRS. Beide versies werden voorgelegd voor feedback aan de vertaler van de oorspronkelijke Amerikaanse SRS (Hafkenscheid) en aan een groep collegae. Aan de hand van deze reacties en suggesties werden de definitieve lijsten opgesteld.

Resultaten

In de resultatensectie wordt achtereenvolgens beschreven:

- psychometrisch onderzoek naar de WAV-12;
- psychometrisch onderzoek naar de SRS;
- convergente validiteit;
- samenhang en verschil tussen therapeut en patiënt oordeel.

Visuele inspectie van de data deed vermoeden dat er sprake was van een scheve verdeling. Dit werd onderzocht met een Skewness toets. De scheefheid werd duidelijk bevestigd voor de SRS (z-scores tussen de -4 en -10). De WAV bleek in minder sterke mate scheef verdeeld; de therapeutversie leek acceptabel (z-scores: -1 tot -2), de patiëntversie was enigszins scheef (z-scores: -2 tot -2.5). Zorgvuldigheidshalve werden alle analyses met non-parametrische toetsen gedaan.

Tabel 1. Gemiddelden en standaarddeviaties (tussen haakjes) op de SRS en de WAV-12 en gemiddelde verschilscores.

	N*	M	N	M	Gemiddelde absolute verschilscores
		Therapeut		Patiënt	
SRS-C Totaal	153	31,58 (5,09)			5,14 (2,38)
TSRS-A Totaal	153	30,56 (5,54)	152	34,20 (5,55)	5,87 (2,93)
WAV Taak	153	3,42 (0,72)	153	3,86 (0,74)	0,76 (0,42)
WAV Doel	153	3,52 (0,65)	153	3,89 (0,69)	0,69 (0,28)
WAV Band	153	3,84 (0,71)	153	3,93 (0,73)	0,60 (0,28)
WAV Totaal	153	3,59 (0,61)	153	3,90 (0,65)	0,60 (0,27)

* Therapeuten konden meerdere vragenlijsten invullen. De totale groep therapeuten bedroeg 38.

Psychometrisch onderzoek naar de WAV-12

De gemiddelden en standaarddeviaties van de subschalen staan vermeld in tabel 1.¹ De scores op de patiëntversie waren iets hoger dan in het onderzoek van Stinckens en anderen (2009), maar kwamen in grote lijn overeen (resultaten Stinckens: Taak: M = 3,71, SD = 0,88; Doel: M = 3,60, SD = 0,92; Band: M = 3,97, SD = 0,86; Totaal: M = 3,76, SD = 0,76).

Factoranalyse

Er werd in aansluiting op het onderzoek van Stinckens en anderen (2009) en de theoretische achtergrond van de vragenlijst een factoranalyse gedaan naar de fit voor één, twee, en drie factoren. Een éénfactor model geeft een algemene werkalliantiefactor weer. Bij een tweefactoren model wordt een band factor (affectieve, emotionele component) en een 'contract' factor (samenwer-

1 Bij deze berekening zouden de resultaten op de nameting kunnen verschillen van de voormeting in verband met het onderzoeksdesign (zie Procedure). Er is daarom voor deze berekening gebruik gemaakt van de data van de voormeting.

kingscomponent, combinatie van de Doel en Taak schaal) onderscheiden. Een driefactor model doet recht aan de oorspronkelijke schaalverdeling van de lijst (Doel, Taak en Band). Er werd een confirmerende factoranalyse (maximum likelihood) uitgevoerd, met een oblimin rotatie. De Kaiser-Meyer-Olkin maat was hoog (Therapeutversie: 0,907; Patiëntversie: 0,924 en voor alle individuele items > 0,50) wat betekent dat de steekproefgrootte acceptabel is (Field, 2009). Bartlett's test liet zien dat de items voldoende gecorreleerd zijn voor het uitvoeren van een factoranalyse (Therapeutversie Chi-square: 1979,37, $p = 0,000$; Patiëntversie Chi-square: 1786,03, $p = 0,000$). Op grond van de Goodness of Fit test zou een driefactor oplossing de voorkeur hebben (Chi-square / $df < 3$). Echter op grond van visuele inspectie, eigenwaarde en factorladingen leek een tweefactor oplossing beter passend. Op grond van Kaiser's criterium (eigenwaarde > 1) bleek een éénfactor of tweefactor oplossing acceptabel (tabel 2a en 2b). De scree plot duidde op een tweefactor oplossing. Gekeken naar de factorladingen van de items (>0,40) was er voor de therapeutversie bij een driefactor oplossing geen enkel item dat scoorde op de derde factor. De eerste factor werd gevormd door items van de Taak- en Doel schaal en de tweede factor door items van de Band schaal. Bij een tweefactor model bleef deze indeling overeind. Voor de patiëntversie was er bij de driefactor oplossing grote overlap tussen de items van de verschillende schalen. De eerste factor werd gevormd door items van de Taak- en Doel schaal, de tweede factor enkel door items van de Band schaal en de derde factor door items van alle schalen. Bij een tweefactor oplossing werd de eerste factor gevormd door alle items van de Band schaal en enkele items van de andere schalen. De tweede factor werd gevormd door een combinatie van items van de Taak- en Doel schaal (resultaten van de scree plot en factorladingen zijn op te vragen bij de auteurs).

Tabel 2a Confirmerende factoranalyse (Maximum Likelihood)met oblimin rotatie WAV-12 (therapeut versie)

Factoranalyse	WAV-12 Therapeut versie		Goodness of fit Test			
	Initiële eigenwaarde	% verklaarde variantie	Chi-square	Df	p-waarde	Chi / df
1 Factor	6,270	52,247	459.51**	54	0,000	8,51
2 Factoren	1,405	11,707	171.47**	43	0,000	3,99
3 Factoren	0,832	6,937	96.88**	33	0,000	2,94

** $p \leq 0,001$ (tweezijdig)

Tabel 2b Confirmerende factoranalyse (Maximum Likelihood) met oblimin rotatie WAV-12 (patiënt versie)

Factoranalyse	WAV-12 Patiënt versie					
Factor	Verklaarde variantie		Goodness of fit Test			
	Initiële eigenwaarde	% verklaarde variantie	Chi-square	Df	p-waarde	Chi / df
1 Factor	6,373	53,110	279.70**	54	0,000	5,18
2 Factoren	1,054	8,7872	167.59**	43	0,000	3,9
3 Factoren	0,939	7,821	68.24**	33	0,000	2,07

** $p \leq 0,001$ (tweezijdig)

Concluderend waren de items van de Band schaal redelijk onderling samenhangend, en was er grote overlap tussen de items van de Taak- en Doel schaal. Naast een algemene alliantiefactor leek er zodoende enige evidentie voor een tweefactor model met een bandfactor en een contractfactor.

Betrouwbaarheid

De interne consistentie, zoals gemeten met Cronbach's alpha, was voor alle subschalen goed (Therapeutversie Taak: 0,85; Doel: 0,81; Band: 0,86; Patiëntversie Taak: 0,83; Doel: 0,82; Band: 0,82). De onderlinge correlaties tussen de subschalen werden berekend met Spearman's rho. Er werden matig tot hoge correlaties gevonden (Therapeutversie Taak-Doel: 0,78; Taak-Band: 0,59; Doel-Band: 0,56; Patiëntversie Taak-Doel: 0,80; Taak-Band: 0,66; Doel-Band: 0,72, $p \leq 0,001$ tweezijdig).

Er werd onderzocht of de schalen samenhangen met therapeutvariabelen (leeftijd, aantal jaren werkervaring en geslacht). Leeftijd en werkervaringsjaren van de therapeut toonden alleen een positief verband met de subschaal Band van de therapeutversie (Spearman's rho Leeftijd- WAV Band = 0,16; Werkervaringsjaren-WAV Band = 0,17, $p \leq 0,05$ tweezijdig). Over verband met het geslacht van de therapeut valt weinig te zeggen, aangezien er maar drie mannelijke therapeuten deelnamen. Tevens werd naar ervaring met de SRS gevraagd omdat dit instrument behalve voor onderzoek ook als feedback instrument in behandelingen wordt gebruikt. Therapeuten die ervaring hadden met de SRS scoorden hoger op de subschalen (behalve Doel) van de WAV (Mann-Whitney U test p-waarde Taak: 0,025; Band: 0,09; Totaal: 0,012, $p \leq 0,05$ tweezijdig). Er werd geen verband gevonden met de patiëntschalen.²

Verder werd onderzocht of de schalen samenhangen met patiëntvariabelen leeftijd en geslacht en therapievariabele 'sessienummer' in de therapie. Er

2 Bij deze berekening zouden de resultaten op de nameting kunnen verschillen van de voormeting in verband met het onderzoeksdesign (zie Procedure). Er is daarom voor deze berekening gebruik gemaakt van de data van de voormeting.

werden geen significante verbanden gevonden tussen leeftijd van patiënt en subschalen. Naarmate de therapie vorderde, leek de therapeut de band positiever te beoordelen (Spearman's rho: 0,18, $p \leq 0,05$ tweezijdig), terwijl de patiënt juist neigde naar positievere oordelen over het doel (Spearman's rho: 0,16, $p \leq 0,05$ tweezijdig). Bij beiden was de totale alliantiescore hoger naarmate de therapie vorderde (Spearman's rho therapeut totaal: 0,14; patiënt totaal: 0,13, $p \leq 0,05$ tweezijdig). Opvallend was dat therapeuten consequent op alle (sub)schalen de alliantie positiever beoordeelden bij vrouwelijke patiënten dan bij mannelijke patiënten (Mann Whitney U Test Taak: 0,015; Doel: 0,00; Band: 0,00; Totaal: 0,00, $p \leq 0,05$ tweezijdig).

Psychometrisch onderzoek naar de SRS

De gemiddelden en standaarddeviaties staan vermeld in tabel 1.³ De gemiddelden op de patiëntversie waren iets hoger dan de gemiddelden in het onderzoek van Hafkenscheid (2010), waarin het gemiddelde op verschillende afnames varieerde van 31,6 (SD: 6,5) tot 31,8 (SD: 6,4).

Betrouwbaarheid

De interne consistentie, zoals gemeten met Cronbach's alpha, van zowel de patiëntversie als de beide therapeutversies was zeer goed (Therapeutversie SRS-Consensus: 0,89; SRS-Awareness: 0,90; Patiëntversie: 0,89). De Consensus en de Awareness variant van de therapeutversie hangen met elkaar samen, zoals blijkt uit een hoge correlatie (Spearman's rho: 0,81, $p = 0,000$), ze lijken echter wel van elkaar te onderscheiden (Wilcoxon Signed Rank Test p-waarde = 0,000).

Er werd onderzocht of de schalen samenhangen met therapeutvariabelen (leeftijd, aantal jaren werkervaring en geslacht). De leeftijd en het aantal werkervaringsjaren van de therapeut hield geen verband met de SRS scores. Over verband met het geslacht van de therapeut valt weinig te zeggen, aangezien er maar drie mannelijke therapeuten deelnamen. Verder werd gekeken naar ervaring van de therapeut met de SRS. In verband met mogelijk trainingseffect bij de nameting werd dit opnieuw alleen voor de voormeting berekend. Therapeuten die eerder gebruik maakten van de SRS scoorden hoger op beide varianten van de SRS (Mann-Whitney U Test p-waarde SRS-Consensus en SRS-Awareness = 0,000), patiënten scoorden bij deze therapeuten niet anders.

Verder werd onderzocht of de schalen samenhangen met patiëntvariabelen leeftijd en geslacht en de therapievariabele 'sessie nummer'. Er werd alleen een significant verband gevonden voor geslacht van de cliënt bij de Consensus versie van de therapeut SRS: therapeuten scoorden de alliantie iets hoger bij vrouwelijke cliënten dan bij mannelijke cliënten (sign. = .008).

³ Bij deze berekening zouden de resultaten op de nameting kunnen verschillen van de voormeting in verband met het onderzoeksdesign (zie Procedure). Er is daarom voor deze berekening gebruik gemaakt van de data van de voormeting.

Convergente validiteit

Voor het bepalen van de convergente validiteit werd gekeken naar de samenhang tussen de WAV-12 en de SRS. Er leek sprake van een goede convergente validiteit, zoals gemeten met de Spearman's rho correlatie tussen de WAV totaalscore en de SRS totaalscore (Patiënt WAV totaal – Patiënt SRS: rho = .67, sign. = .000; Therapeut WAV totaal – Therapeut SRS-Consensus: rho = .68, sign. = .000; Therapeut WAV Totaal – Therapeut SRS-Awareness: rho = .65, sign. = .000).

*Samenhang en verschil tussen therapeut en patiënt oordeel*⁴

De samenhang tussen het therapeutoordeel en het patiëntoordeel over de alliantie werd onderzocht met spearman's rho coëfficiënt. Er werden kleine tot middelgrote correlaties gevonden (SRS Consensus rho = .24, sign. = .003; SRS Awareness rho = .28, sign. = .001; WAV Totaal rho = .46, sign. = .000).

Het verschil in oordeel tussen therapeut en patiënt werd berekend door de patiëntscore van de therapeutscore af te trekken. Van deze verschillcores werden absolute scores gemaakt. Per therapeut werden vervolgens de gemiddelde absolute verschillcores berekend. Deze verschillcores lieten zien dat het oordeel van de therapeut en de patiënt ongeveer één standaarddeviatie van elkaar verschilden (zie tabel 1.). Bij toetsing bleek dit voor alle schalen, behalve voor de WAV-Band, significant (Wilcoxon Signed Rank Test WAV-Band p-waarde = 0,302; overige schalen p-waarde = 0,000). Hierbij werd zoals verwacht een gunstiger oordeel van patiënten gevonden (o.a. Eubanks-Carter en anderen, 2010; Tryon, Blackwell, & Hammel, 2007).

Conclusie en discussie

Gespiegelde vragenlijsten naar de therapeutische alliantie – dat wil zeggen, vragenlijsten met een therapeutversie en een patiëntversie – kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de klinische praktijk. Behalve zicht op de kwaliteit van de therapeutische alliantie geven zij zicht op de overeenkomst over de alliantie tussen therapeut en patiënt, een belangrijke indicator voor het therapieverloop. Wellicht kunnen zij met het oog op het voorspellen van stagnatie in therapie en drop out ook een bijdrage leveren aan routine outcome monitoring (ROM). In dit artikel werden de meest gangbare vragenlijsten naar de therapeutische alliantie op een rij gezet en werd gekozen voor de WAV-12 en de SRS. Deze twee vragenlijsten zijn gebaseerd op dezelfde theoretische uitgangspunten (werkalliantie gedefinieerd door Bordin als overeenstemming over taken en doelen in de behandeling en een emotionele band tussen therapeut en patiënt), en zijn ontwikkeld om de therapeutische allian-

⁴ Bij deze berekening zouden de resultaten op de nameting kunnen verschillen van de voormeting in verband met het onderzoeksdesign (zie Procedure). Er is daarom voor deze berekening gebruik gemaakt van de data van de voormeting.

tie te meten onafhankelijk van het type therapie. Daarnaast zijn ze beide bekend in de klinische praktijk, praktisch bruikbaar en beschikken de patiëntversies over bevredigende psychometrische gegevens. Er werd aanvullend psychometrisch onderzoek gedaan. Resultaten van de patiëntversies werden vergeleken met bestaand onderzoek, de therapeutversie van de WAV-12 werd onderzocht en er werden twee te onderscheiden therapeutversies voor de SRS ontwikkeld en onderzocht.

De resultaten voor de patiëntversie van de WAV-12 komen in grote lijn overeen met de bevindingen van Stinckens en anderen (2009). De alliantiebeoordelingen waren gemiddeld genomen positief, waarbij de patiëntbeoordelingen in dit onderzoek iets hoger waren. De gemiddelden en standaarddeviaties van de patiëntengroep kunnen gezien de omvang van de onderzoeksgroep (patiëntversie: $N = 152$; therapeutversie: $N=38$) en de beperkte onderzoekspopulatie (piog's uit de regio Groningen) niet als normgegevens gebruikt worden (Evers en anderen, 2010). Wel geeft het een indicatie voor de te verwachten scores. De invloed van de onderzochte demografische variabelen, van belang voor de betrouwbaarheid van het instrument, was in grote lijn beperkt. Er werden echter enkele opvallende verbanden gevonden. Zo werd de alliantie iets positiever beoordeeld door patiënt en therapeut naarmate de therapie vorderde. Dit wijkt enigszins af van bestaande onderzoeksliteratuur waarin patiënten over het algemeen stabiele oordelen geven over de sessies heen (Martin, Garske & Davis, 2000). Ook bleken therapeuten de alliantie consequent positiever te beoordelen bij vrouwelijke patiënten dan bij mannelijke patiënten. Tot slot bleek dat therapeuten die ervaring hadden met de SRS hoger scoorden op de WAV. De interne consistentie van de subschalen was goed en de onderlinge correlaties tussen de subschalen varieerden van matig tot hoog, hetgeen eveneens van belang is voor de betrouwbaarheid van het instrument. Wat betreft de begripsvaliditeit werd in aansluiting op het onderzoek van Stinckens en anderen (2009) en de theoretische achtergrond van de vragenlijst een factoranalyse gedaan naar de fit voor één, twee, en drie factoren. Uit het onderzoek van Stinckens en anderen blijkt zowel een tweelas als een driefactor model te voldoen. Hoewel een tweefactor model meer gecompriemd is, kiezen zij op basis van de schaalstructuur van de vragenlijst voor een driefactor model. Op grond van de resultaten van het onderhavig onderzoek lijkt een tweefactor model te prefereren. Daarbij wordt een redelijke onderlinge samenhang voor de items van de Band schaal gevonden (affectieve component), en een relatief grote overlap voor de items van de Taak- en Doel schaal (contract component). Het werken met het driefactor model heeft als voordeel dat dit aansluit bij de vragenlijstconstructie met drie schalen en bij de (grote hoeveelheid) bestaande literatuur. Anderzijds is het misschien ook tijd om deze oorspronkelijke verdeling in twijfel te trekken en te kiezen voor een grovere verdeling, in een affectieve component en een contract component.

In het onderzoek naar de SRS werden twee varianten van een therapeutversie ontwikkeld. In aansluiting op de conclusies van Dill-Standiford en anderen (1988) werd onderscheid gemaakt tussen 'consensus' (de mate waarin de eigen beleving van de alliantie van de therapeut overeenkomt met de beleving van de patiënt) en 'awareness' (de mate waarin de therapeut in staat is in te schatten hoe de patiënt de relatie beleeft). Dit resulteerde in een therapeut SRS-Consensus (eigen perspectief therapeut) en een therapeut SRS-Awareness (inschatting van het patiëntperspectief door de therapeut). Zowel patiënten als therapeuten beoordeelden de alliantie gemiddeld genomen positief, waarbij de patiëntscores iets hoger waren dan in het onderzoek van Hafkenscheid (2010). De omvang van de onderzoeksgroep is te beperkt om als normgroep te gelden, de scores kunnen hoogstens een indicatie geven van wat te verwachten is. Wat betreft de betrouwbaarheid is gekeken naar enkele demografische variabelen. De SRS scores bleken daar relatief ongevoelig voor. Wel bleek op de Consensus variant, net als bij de WAV-12, dat therapeuten de alliantie iets hoger beoordeelden bij vrouwelijke cliënten dan bij mannelijke cliënten. Ook bleken therapeuten die ervaring hebben met het gebruik van de SRS hoger te scoren op beide varianten van de SRS. De interne consistentie van alle drie versies was zeer goed. De twee therapeutversies waren sterk gecorreleerd, zoals verwacht mag worden, echter ook te onderscheiden.

De bevinding dat de alliantiescores in dit onderzoek hoger waren dan in de onderzoeken van Stinckens (WAV-12) en Hafkenscheid (SRS) zou kunnen samenhangen met het feit dat er in de hier beschreven onderzoekspopulatie sprake was van lichtere problematiek dan gemiddeld voor de tweedelijns ggz.

Er is sprake van goede convergente validiteit, gekeken naar de samenhang tussen de WAV-12 en de SRS.

Op grond van dit onderzoek kan worden gesteld dat de WAV-12 en de SRS beide bruikbaar zijn voor de klinische praktijk, wanneer men zowel het patiëntperspectief als het therapeutperspectief op de therapeutische alliantie in kaart wil brengen. De psychometrische kwaliteiten van de (voor de SRS nieuw ontwikkelde) therapeutversies zijn acceptabel, aansluitend bij eerder onderzoek naar de patiëntversies. Ze zijn makkelijk in te voeren en afname kost weinig tijd. Wat betreft dit laatste is de SRS te prefereren boven de WAV-12 (vier items tegenover twaalf items).

Er werd in overeenstemming met Tryon en anderen (2007) een lichte samenhang gevonden tussen het patiënt- en het therapeutoordeel. Tegelijkertijd bleken de beide oordelen wel van elkaar te onderscheiden, met gemiddeld genomen een verschil van één standaarddeviatie van de totaalscores. Hierbij werd zoals verwacht een gunstiger oordeel van patiënten gevonden. Voor de klinische praktijk lijkt het dan ook relevant om oplettend te zijn bij lagere scores van de patiënt. Een lagere score van de patiënt ten opzichte van de

therapeut op de alliantie zou kunnen wijzen op stagnatie in therapie (Tryon en anderen, 2007). Hetzelfde geldt voor toepassing in het kader van routine outcome monitoring.

Een opvallende bevinding was dat er hogere alliantiescores werden gegeven door therapeuten die ervaring hadden met het afnemen van de SRS bij patiënten. Het zou kunnen dat het werken met een vragenlijst naar de therapeutische alliantie op zichzelf al tot een positievere beoordeling van die alliantie leidt. Het zou ook kunnen zijn dat therapeuten door hun ervaring merken dat patiënten over het algemeen positievere beoordelingen geven en dat zij hun oordeel daarnaar bijstellen.

In de interpretatie van de resultaten dient rekening gehouden te worden met de beperkingen van de onderzoeksgroep. De therapeuten betroffen psychologen in opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog en waren gemiddeld relatief jong (30). Tevens lijken zij patiënten met wat mildere problematiek te behandelen, in vergelijking met normgegevens voor een tweedelijns instelling. Daarnaast waren vrouwelijke therapeuten sterk oververtegenwoordigd, hetgeen overigens wel overeenkomt met de verdeling man – vrouw in opleidingsgroepen tot gezondheidszorgpsycholoog. Tot slot is van belang rekening te houden met een nogal scheve verdeling van de scores op de vragenlijsten; over het algemeen wordt de alliantie positief beoordeeld. De twee therapeutversies van de SRS moeten zich verder bewijzen in vervolgonderzoek; het verschil tussen de twee therapeutvarianten lijkt interessant om daarin mee te nemen.

Literatuur

- Bordin, E.S. (1979), The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and practice*, 16, 252-260.
- Boezen-Hilberdink, L., P. Janse, M.J.P.M. Verbraak, en M. van Dijk (2013), De psychometrische eigenschappen van de Nederlandse versie van de Outcome Rating Scale en de Session Rating Scale. In: B. Dijkstra, G. Hutschemaeker en M. Verbraak (Red.), *Onderzoek in de praktijk: een relevante uitdaging. Onderzoeksverslagen Jaargroep KP V&O 2009* (pp. 29-54). SPON Postdoctorale opleidingen, Nijmegen.
- Cecero J.J., L.R. Fenton en C. Nich, (2001), The therapeutic alliance in focus: the psychometric properties of six measures across three treatments. *Psychotherapy*, 38, 1-11.
- Cummings, A.L., E.T. Hallberg, A. Slemon en J. Martin (1992), Participants' memories for therapeutic events and ratings of session effectiveness. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6(2), 113-124.
- Cummings, A.L., J. Martin, E.T. Hallberg en A. Slemon (1992), Memory for therapeutic events, session effectiveness, and working alliance in short-term counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 39 (3), 306-312.

- Dill-Standiford, T.J., W.B. Stiles en L.G. Rorer (1988), Counselor-Client agreement on session impact. *Journal of Counseling Psychology*, 35,47-55.
- Duncan, B.L., S.D. Miller, J.A. Sparks, D.A. Claud, L.R. Reynolds, J. Brown en L.D. Johnson (2003), The Session Rating Scale: psychometric properties of a 'working' alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3, 3-12.
- Elvins, R. en J. Green (2008), The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28,1167-1187.
- Eubanks-Carter, C., J.C. Muran en J.D. Safran (2010), Alliance ruptures and resolution. In: Muran, J.C. en J.P. Barber (Red.): *The therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice*, 74-94. The Guildford Press, New York & London.
- Evers, A., W. Lucassen, R. Meijer en K. Sijtsma (2010), *COTAN beoordelingssysteem voor de kwaliteit van tests*. Heijnis & Schippers, Zaandijk.
- Field, A. (2009), *Discovering statistics using SPSS*. Sage, London.
- Gaston, L. (1991), Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales-patient version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(1), 68-74.
- Hafkenscheid, A. (2010), De Outcome rating scale (ORS) en de Session rating scale (SRS). Enkele psychometrische kenmerken van de Nederlandse versies. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36,394-403.
- Hafkenscheid, A., B.L. Duncan en S.D. Miller (2010), The Outcome and Session Rating Scales: a cross-cultural examination of the psychometric properties of the Dutch translation. *Journal of Brief Therapy*, 7,1-12.
- Hartley, D. en H.H. Strupp, (1983), The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In: J. Masling (red.), *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories*, Vol. 1 (pp. 1-37). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Horvath, A.O., A.C. Del Re, C. Flückiger en D. Symonds (2011). Alliance in individual psychotherapy. In: J.C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence based responsiveness* (pp. 25-69). Oxford University Press, New York.
- Horvath, A.O. en L.S. Greenberg (1986), The development of the working alliance inventory. In: L.S. Greenberg en W.M. Pinsof (Red.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529-556). Guilford Press, New York.
- Kivlighan, D. M. en E.G. Arthur (2000), Convergence in client and counselor recall of important session events. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 79-84.
- Luborsky, L., P. Crits-Christoph, L. Alexander, M. Margolis en M. Cohen (1983). Two helping alliance methods for predicting outcome of psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 480-491.

- Marmar, C. R., M.J. Horowitz, D.S. Weiss en E. Marziali (1986), The development of the Therapeutic Alliance Rating System. In: L.S. Greenbergen W.M. Pinsof (Red.): *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook* (pp. 367-390). Guilford, New York.
- Miller, S.D. en B.L. Duncan (2004), *The Outcome and Session Rating Scales: administration and scoring manual*. Institute for the Study of Therapeutic Change, Chicago Illinois.
- Reis, B.F. en L.G. Brown (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy*, 36, 123-136.
- Safran, J.D., J.C. Muran en C. Eubanks-Carter (2011), Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48 (1), 80 – 87.
- Stinckens, N., A. Ulburghs en L. Claes (2009), De werkalliantie als sleutelement in het therapiegebeuren: Meting met behulp van de WAV-12, de Nederlandstalige verkorte versie van de Working Alliance Inventory. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 39, 4-60.
- Tichener V. en C.E. Hill (1989), A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26(2), 195-199.
- Tracey, T. J., A.M., Kokotovic, (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. Psychological Assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 207–210.
- Trijsburg, R.W., C. Knaevelsrud en G.A.C. Vervaeke (2002), De therapeutische relatie en de werkalliantie. In: R.W. Trijsburg, E.C.A. Collumbien en G. Lietaer (red.) *Handboek integratieve psychotherapie*. De Tijdstroom, Utrecht.
- Tryon, G.S., S.C., Blackwell en E.F. Hammel (2007), A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research*, 17, 629-642
- Vertommen, H. en G.A.C. Vervaeke (1990), *Werkalliantievragenlijst (WAV)*. Vertaling voor experimenteel gebruik van de WAI (Horvath & Greenberg, 1986). K.U. Leuven Departement Psychologie, Leuven.
- Willemse, Y. en A. Hafkenscheid (2009), Stagnaties in de therapeutische alliantie signaleren en repareren. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 35, 342-357.

Bijlage 1. Werkalliantievragenlijst (WAV) – Verkorte Vorm

Vorm Therapeut

Vertommen & Vervaeke, 1990
Vertaling van de Working Alliance Inventory (WAI)
van HORVATH en GREENBERG, 1982

Instructies

Op de volgende pagina's worden een aantal omschrijvingen gegeven over de wijze waarop therapeuten kunnen denken of voelen omtrent de relatie met hun cliënt(e).

Onder elke uitspraak bevinden zich vijf mogelijkheden om te antwoorden:

ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWILS / ZEER VAAK / ALTIJD

Indien de uitspraak aangeeft hoe u zich altijd voelt (of hoe u altijd denkt), omcirkelt u de antwoordmogelijkheid ALTIJD. Als ze nooit op u van toepassing is, omcirkelt u de antwoordmogelijkheid ZELDEN OF NOOIT.

Gebruik de alternatieven tussenin om de variaties tussen deze extremen te beschrijven.

Werk snel: wij wensen uw eerste indrukken na te gaan.

GEEF EEN ANTWOORD OP ALLE UITSPRAKEN

Hartelijk dank voor uw medewerking.

1. Een resultaat van deze sessies is dat het voor mijn cliënt(e) duidelijker is hoe hij/zij zou kunnen veranderen.
ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWIJLS / ZEER VAAK / ALTIJD
2. Mijn cliënt(e) en ik hebben vertrouwen in het nut van onze huidige activiteit in therapie.
ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWIJLS / ZEER VAAK / ALTIJD
3. Ik geloof dat mijn cliënt(e) mij aardig vindt.
ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWIJLS / ZEER VAAK / ALTIJD
4. Mijn cliënt(e) en ik hebben samengewerkt om de doelstellingen van deze sessies te bepalen.
ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWIJLS / ZEER VAAK / ALTIJD
5. Mijn cliënt(e) en ik respecteren elkaar.
ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWIJLS / ZEER VAAK / ALTIJD
6. Wij werken aan doelstellingen die we beiden goedkeurden.
ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWIJLS / ZEER VAAK / ALTIJD
7. Ik apprecieer mijn cliënt(e) als persoon.
ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWIJLS / ZEER VAAK / ALTIJD
8. Wij zijn het eens over wat voor mijn cliënt(e) belangrijk is om aan te werken.
ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWIJLS / ZEER VAAK / ALTIJD
9. Ik respecteer mijn cliënt(e), zelfs wanneer hij/zij dingen doen die ik niet goedkeur.
ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWIJLS / ZEER VAAK / ALTIJD
10. Ik heb er vertrouwen in dat de dingen die we in therapie doen, mijn cliënt(e) zullen helpen om de veranderingen die hij/zij wenst, te bereiken.
ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWIJLS / ZEER VAAK / ALTIJD
11. We hebben ons een goed begrip gevormd van het soort veranderingen die goed zouden zijn voor mijn cliënt(e).
ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWIJLS / ZEER VAAK / ALTIJD
12. Mijn cliënt(e) gelooft dat de manier waarop we aan zijn/haar probleem werken, de juiste is.
ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWIJLS / ZEER VAAK / ALTIJD

Bijlage 2. Session Rating Scale

Therapeut versie C

Beoordeel het behandelcontact van vandaag door op elke lijn een kruisje te plaatsen bij de beschrijving die het beste weergeeft hoe u **als therapeut** dit behandelcontact hebt ervaren. Hoe meer u het kruisje naar rechts plaatst, des te positiever is uw gevoel over dit behandelcontact. Hoe meer u het kruisje naar links plaatst, des te negatiever is uw gevoel over dit behandelcontact.

Relatie / Contact

Ik voel dat ik deze cliënt *niet* begrijp en respecteer.

|-----|

Ik voel dat ik deze cliënt begrijp en respecteer.

Doelen en Onderwerpen

We hebben *niet* gewerkt aan of gepraat over de dingen die naar mijn idee relevant zijn.

|-----|

We hebben gewerkt aan of gepraat over de dingen die naar mijn idee relevant zijn.

Aanpak en/of Werkwijze

De manier waarop naar mijn idee de problemen van deze cliënt aangepakt moeten worden sluit *niet* bij cliënt aan.

|-----|

De manier waarop naar mijn idee de problemen van deze cliënt aangepakt moeten worden sluit goed bij cliënt aan.

Over het geheel

Er miste iets in het behandelcontact van vandaag.

|-----|

Over het geheel genomen vond ik het behandelcontact van vandaag in orde.

Gebaseerd op SRS V3.0:

Institute for the Study of Therapeutic Change, www.talkingcure.com

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson

Translation in Dutch: Anton Hafkenscheid (a.hafkenscheid@sinaicentrum.nl), in collaboration with Dori Been, Sjouk de Boer, Albert Boon, Peter Breukers, Mark Crouzen, Pico Teune & Joop Wolff.

Therapeut versie: Ries Buckers & Fiona Willgeroth (2010) in samenwerking met Anton Hafkenscheid

Bijlage 3. Session Rating Scale Therapeut versie A

Beoordeel het behandelcontact van vandaag door op elke lijn een kruisje te plaatsen bij de beschrijving die het beste weergeeft hoe u denkt dat **de cliënt** dit behandelcontact heeft ervaren. Hoe meer u het kruisje naar rechts plaatst, des te positiever is uw gevoel over dit behandelcontact. Hoe meer u het kruisje naar links plaatst, des te negatiever is uw gevoel over dit behandelcontact.

Relatie / Contact

Ik geloof dat de cliënt zich *niet* begrepen en gerespecteerd voelde door mij.

-----|

Ik geloof dat de cliënt zich begrepen en gerespecteerd voelde door mij.

Doelen en Onderwerpen

Voor mijn idee hebben we *niet* gewerkt aan of gepraat over de dingen die de cliënt aan bod wilde hebben.

-----|

Naar mijn idee hebben we gewerkt aan of gepraat over de dingen die de cliënt aan bod wilde hebben.

Aanpak en/of Werkwijze

Naar mijn idee vindt de cliënt de manier waarop ik *zijn/ haar* problemen aanpak, *niet* bij zichzelf aansluiten.

-----|

Naar mijn idee vindt de cliënt de manier waarop ik *zijn/ haar* problemen aanpak, goed bij zichzelf aansluiten.

Over het geheel

Ik heb de indruk dat de cliënt iets miste in het behandelcontact vandaag.

-----|

Ik heb de indruk dat de cliënt het behandelcontact van vandaag over het geheel genomen in orde vond.

Gebaseerd op SRS V3.0:

Institute for the Study of Therapeutic Change, www.talkingcure.com

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson

Translation in Dutch: Anton Hafkenscheid (a.hafkenscheid@sinaicentrum.nl), in collaboration with Dorti Been,

Sjouk de Boer, Albert Boon, Peter Breukers, Mark Crouzen, Pico Teune & Joop Wolff.

Therapeut versie: Ries Buckers & Fiona Willgeroth (2010) in samenwerking met Anton Hafkenscheid

Over de auteurs

Mw. dr. M.K. de Boer is psychiater en onderzoeker bij het Universitair Centrum Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen

Dhr. drs. M.J.F. Buckers, klinisch psycholoog, Universitair Centrum Psychiatrie, algemene polikliniek, coördinerend hoofdbehandelaar team Somatoforme Stoornissen, Universitair Medisch Centrum Groningen

Mw. drs. B.M.A. Hartogs is gezondheidszorgpsycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog bij het Centrum Integrale Psychiatrie van Lentis te Groningen

Dhr. dr. H.J.R. Hoenders is psychiater bij het Centrum Integrale Psychiatrie van Lentis te Groningen

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

Mw. H. Meffert PhD. Werkte na de afronding van haar mastersopleiding Experimentele Psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen, aan een promotieonderzoek naar de neurale basis van empathie. Werkt tegenwoordig als post-doc in het lab van James Blair, een onderdeel van het National Institute of Mental Health in Bethesda, USA.

email1: harmameffert@nih.gov<harmameffert@nih.gov>

email2: harmameffert@gmail.com<harmameffert@gmail.com>

Mw. drs. K.M. van der Ploeg is psycholoog in opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog bij het Centrum Integrale Psychiatrie van Lentis te Groningen

Mw. drs. E.R. Steffek is psycholoog/leefstijlcoach bij het Centrum Integrale Psychiatrie van Lentis te Groningen

Mw. H. Visser, masterstudent wijsbegeerte en psychologie RUG, stagiaire afdeling onderzoek FPC Dr. S. van Mesdag, Helperlinie 2, 9722 AZ Groningen

Mw. drs. F.C. Willgeroth is klinisch psycholoog bij het FACT Groningen, Lentis

Richtlijnen voor aanleveren kopij GGzet Wetenschappelijk

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

Artikelen mogen zo lang of kort zijn als de inhoud vereist, maar 5000 woorden is de richtlijn.

Beoordeling

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

Opmaak

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

Enkele algemene aanwijzingen:

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

Voorbeelden (let ook op de interpunctie):

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

of:

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

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

Kopij met onvolledige literatuurvermelding kan niet worden geaccepteerd

Anonimiteit / aansprakelijkheid

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

Verzenden

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

