

# GGZet

## Wetenschappelijk

2010 • Jaargang 14 • nummer 1

### **Artikel**

**The superior effect of aripiprazole compared to risperidone on negative symptoms in schizophrenia; a multi-questionnaire study**

*Kelly Hollander, Edith Liemburg, Rikus Knegering*

**Behandelbaarheid in het kader van terbeschikkingstelling met voorwaarden**

*Marieke Lancel, Tialda Hoekstra, Neel Oosterbos en Bert de Jager*

**Routine Outcome Monitoring in het FPC dr. S. van Mesdag**

*Erwin Schuringa*

**Psychotherapeutische psychiatrie**

*Frits Milders*

# Colofon

## **Redactie**

Jos de Keijser  
Rikus Knegtering  
Marike Lancel  
Frits Milders (hoofdredacteur)  
Marinus Spreen  
Lex Wunderink

## **Secretariaat**

Anneke Krijgsheld  
Postbus 128  
9470 AC Zuidlaren  
tel. 050 - 4097417  
[amg.krijgsheld@lentis.nl](mailto:amg.krijgsheld@lentis.nl)

Lay-out: Arjan Koster/Klaas van Slooten  
Productie: Océ Business Services | Locatie Lentis, Zuidlaren

Richtlijnen voor het inzenden van kopij staan  
achterin het tijdschrift.

Oplage: 700 exemplaren

ISSN 1389-1715

---

# Inhoudsopgave

## **Artikel**

**The superior effect of aripiprazole compared to risperidone on negative symptoms in schizophrenia; a multi-questionnaire study** 3

*Kelly Hollander, Edith Liemburg, Rikus Knegering*

**Behandelbaarheid in het kader van terbeschikkingstelling met voorwaarden** 16

*Marieke Lancel, Tialda Hoekstra, Neel Oosterbos en Bert de Jager*

**Routine Outcome Monitoring in het FPC dr. S. van Mesdag** 27

*Erwin Schuringa*

**Psychotherapeutische psychiatrie** 36

*Frits Milders*



---

## Artikel

# The superior effect of aripiprazole compared to risperidone on negative symptoms in schizophrenia; a multi-questionnaire study

*Kelly Hollander, Edith Liemburg, Rikus Knegtering*

### Abstract

**Background** The negative symptoms of schizophrenia are amongst the most difficult to treat and considered to be very impairing for the patient. This makes better strategies in pharmacotherapy highly desirable. Recently, aripiprazole was developed, which has a different receptor profile compared to its predecessors. It is hypothesized that due to its partial agonism on the dopamine receptors, aripiprazole will have a larger ability to reduce primary negative symptoms and induce less secondary negative symptoms than risperidone.

**Objectives** The aim of this study was to investigate if the effect of aripiprazole on different domains of negative symptoms is favorable over risperidone, which may lead to a better pharmacotherapy and loyalty of the patient to take its medication.

**Subjects & Methods** Study participants diagnosed for schizophrenia (DSM-IV) or related psychotic disorders, were randomly assigned to either aripiprazole or risperidone. The PANSS (n=36) was administered before and after 6-9 weeks of treatment, and the SWN (n=36, aripiprazole:18) and SRA (n=37, aripiprazole:18) only post-treatment. After the items from a specific questionnaire were bundled to use as a proxy for the lack of initiative, social inhibition and flat affect domains of negative symptoms, they were statistically compared between treatment groups.

**Results** A uniform trend for lower median scores in the group treated with aripiprazole in all the investigated domains of negative symptoms was present. A significant result was attained in the comparison of both treatment groups in the flat affect proxy of the SWN ( $U = 80$ ,  $z = -2.22$ ,  $p = 0.03$ ,  $r = 0.38$ , power: 0.59).

**Conclusion** Aripiprazole evidently exhibits less flat affect than risperidone. Prescribing aripiprazole may lead to an increase in the patients' loyalty to take its medication. To investigate this promising new insight in the treatment of schizophrenia, analyses with more power should be conducted.

## Introduction

### *Symptoms of schizophrenia*

Schizophrenia is a severe and complex psychiatric disorder that strikes about 0.7 out of a hundred Dutch citizens<sup>1</sup>. The symptoms of this disorder can be categorized into positive symptoms, like hallucinations and delusions, negative symptoms and cognitive impairments<sup>2</sup>. This study will focus on the negative symptoms. Negative symptoms are amongst the most difficult to treat, making better strategies in pharmacotherapy highly desirable. Negative symptoms are thoughts, feelings or behaviors that are normally present in a person, but are absent or diminished in a person with schizophrenia or prodromal stages. Examples are flattened emotional response, poverty of speech, lack of initiative, lack of pleasure and social withdrawal<sup>3</sup>. The presence of negative symptoms predicts difficulties in social functioning<sup>4</sup>. Better strategies in pharmacotherapy will therefore lead to the improvement of social function, and ultimately in quality of life.

### *Underlying pathology of schizophrenia*

For years, investigators have examined the human brain in search for the etiology of schizophrenia, using pharmacological and anatomical approaches. One of the first models of schizophrenia refers to the involvement of dopamine (DA)<sup>5</sup>. The dopamine hypothesis of schizophrenia states that an imbalance of the DA system may contribute to the pathophysiology of schizophrenia. It is postulated that hypofrontality (reduced dopamine activity) of the mesocortical system (which includes the dorsolateral prefrontal cortex, DLPFC) leads to negative symptoms. On the other hand, hyperactivity (excessive dopamine activity) of the mesolimbic system (striatum/nucleus accumbens) would lead to positive symptoms<sup>6,7</sup>. Hypofrontality of the mesocortical system is thought to be caused by a deficit in prefrontal DA transmission at D1-receptors, whilst hyperactivity in the mesolimbic system is caused by an increase in DA activity at D2-receptors<sup>8,9</sup>.

It has been hypothesized that negative and cognitive deficits, arising from frontal DA insufficiency, are primary symptoms of schizophrenia. Subsequently, positive symptoms may arise as a result of secondary hyperfunction of DA in the striatum<sup>9</sup>. This would imply that in schizophrenia the mesocortical DA system is not able to exert its inhibitory effect on the mesolimbic regions<sup>8</sup>. A revision of this dopamine hypothesis adds that cortical hypofunction of the glutamate system precedes subcortical (mesolimbic) hyperdopaminergia and frontal (mesocortical) hypodopaminergia<sup>6,8</sup>. This stems from the idea that the prefrontal cortex (PFC) modulates the activity of the mesolimbic DA system by glutamatergic pathways and the striatum projects back to the PFC. According to this model, the mesolimbic DA system would be activated by the amygdala during stress, but can not be regulated by the hypoglutamergic PFC, causing

mesolimbic hyperdopaminergia and mesocortical hypodopaminergia<sup>8</sup>. Recently, different hypotheses about the pathophysiology of schizophrenia have added the influence of NMDA receptors, GABA interneurons and the excitotoxicity of glutamate. It is not within the scope of this article to discuss these hypotheses further. For a detailed review of the latest hypotheses concerning the pathophysiology of schizophrenia we recommend Stone et al<sup>9</sup>.

#### *Mode of action of risperidone and aripiprazole*

Although the underlying pathology of schizophrenia is still widely researched, patients are being treated with antipsychotics since the early 50's of the past century. While they can ameliorate positive symptoms effectively, antipsychotics are generally unable to relieve patients from negative symptoms. The largest gain in the search of better antipsychotics can therefore be found in the treatment of negative symptoms. The most new antipsychotic, aripiprazole, is thought to have this advantage over its predecessors.

The earliest antipsychotics are called classical, typical or first generation antipsychotics (FGA's). They stem from chlorpromazine, of which the effects were discovered in 1952. Their main mode of action is the blockade of the postsynaptic dopamine D2 receptors. Although able to relieve positive symptoms, their ability to relieve negative symptoms and cognitive impairments is, as mentioned above, very limited<sup>10</sup>. In addition, because of serious adverse effects such as extrapyramidal symptoms and hyperprolactinemia, the search went on for better alternatives. Clozapine was the first new generation antipsychotic to be discovered, which has a low dopamine receptor affinity compared to classical antipsychotics, but a high 5-HT (serotonin) receptor affinity. Although clozapine is still the drug of choice for treatment resistant patients, it is prescribed carefully because of the elevated risk of agranulocytosis. After clozapine, other, often called atypical or second generation antipsychotics came into existence. These atypical or second generation antipsychotics (SGA's) are very diverse in their modes of action. They differ largely on receptor profiles, including the receptor families of dopamine, serotonin, acetylcholine, noradrenaline and histamine.

Recently, aripiprazole was developed, which has a different receptor profile compared to its predecessors. In the current study this drug will be referred to as a third generation antipsychotic (TGA), although it is sometimes categorized with the SGA's. Because its mode of action is so different, categorization as a SGA is disputable. Aripiprazole is a partial agonist of the D<sub>2</sub> receptor and 5-HT<sub>1a</sub> receptor, an antagonist of the 5-HT<sub>2</sub> receptor and is a  $\alpha_1$ -receptor blocker<sup>11</sup>. It improves the positive and possibly also the negative symptoms of schizophrenia without producing extrapyramidal side effects<sup>12</sup>. Partial agonists have a lower intrinsic activity at receptors than full agonists,

allowing them to act either as a functional agonist or a functional antagonist. This depends on the surrounding levels of naturally occurring neurotransmitter, in this case dopamine. In the absence of natural dopamine, partial agonists show functional agonist activity, binding to the receptor to produce a response. In the presence of natural dopamine, partial agonists show functional antagonist activity, as receptor binding reduces the response from that seen with natural dopamine<sup>13;14</sup>.

In the current study the effect on negative symptoms of aripiprazole will be compared to the SGA risperidone. Risperidone blocks the D2 and the 5-HT2 receptors.

Aripiprazole is not only able to reduce hyperactivity in the mesolimbic system due to its functional antagonism on postsynaptic D2 receptors. It may also reduce hypofrontality in the mesocortical system, due to its functional agonism on presynaptic dopamine D2 autoreceptors<sup>12</sup>. This way aripiprazole would act as a stabilizer of the DA system in different brain areas, hence reducing positive as well as negative symptoms and cognitive impairments, in contrast to risperidone<sup>12;13</sup>.

Another difference between risperidone and aripiprazole can be found in the serotonin-dopamine hypothesis, which states that the interaction between serotonin (5-HT) and DA systems may play a critical role in the action of atypical antipsychotics. A relatively potent blockade of 5-HT2a receptors coupled with a weaker antagonism of the D2 receptors is the only pharmacological feature most atypical antipsychotics have in common<sup>15</sup>. However, aripiprazole also acts as an agonist to the 5-HT1A receptor, stimulating the release of DA in the prefrontal cortex as well as potentiating the effect of D2 receptor blockers on DA release. Following this rationale, aripiprazole may owe its hypothesized superior efficacy to the combined 5-HT1A receptor agonism and 5-HT2A receptor antagonism, in comparison to the mere 5-HT2A receptor antagonism of risperidone<sup>16</sup>. These complex properties of aripiprazole may contribute to dopaminergic activation of the local circuitry in the prefrontal cortex of schizophrenic patients<sup>15</sup>.

Hypotheses are arising that atypical antipsychotics could also induce adverse negative subjective experiences, which seriously undermine the loyalty of the patient to take their medication<sup>17-20</sup>. These adverse negative subjective experiences, like affective flattening, lack of initiative and social inhibition, are difficult to distinguish from the negative symptoms described earlier<sup>19</sup>. They are also called secondary negative symptoms<sup>21</sup>. It is proclaimed that these adverse effects of antipsychotics are caused by their antagonistic activity on striatal and/or extrastriatal D2 receptors. This leads to the disruption of the DA transmission<sup>17</sup>. Adverse negative subjective experiences show a correlation with the occupancy of the D2 receptors by the atypical antipsychotics in the striatum<sup>18</sup>. The higher the occupancy, the more the antipsychotic blocks dopamine transmission, causing adverse negative subjective experiences. Although aripiprazole shows a high D2 receptor



occupancy, it fails to produce these adverse effects<sup>17</sup>. This dissociation from the mere antagonistic antipsychotics is supposed to stem from its partial agonism.

D2 receptor occupancy in especially the ventral portion of the striatum (part of the mesolimbic system) by atypical antipsychotics seems to be related to subjective well-being<sup>17</sup>. According to the dopamine hypothesis aripiprazole would predominantly act as an antagonist, though not displaying the same level of adverse subjective negative experiences as would the mere antagonistic risperidone. Flat affect is believed to be predominantly located in this mesolimbic area<sup>22</sup>. Also according to the dopamine hypothesis aripiprazole would predominantly act as an agonist. Lack of initiative is mainly located in this mesocortical area<sup>23</sup>. Social inhibition is thought to be located in both areas, though the neurological background has not been described so far<sup>24</sup>. Hence, on comparison of aripiprazole to risperidone, we expect to see less adverse negative subjective experiences in the three subcategories, though prominently in lack of initiative and to a lesser extend in social inhibition and to an even lesser extend in affective flattening.

The current study is the first directly contrasting the second generation antipsychotic risperidone and the third generation antipsychotic aripiprazole, concerning their effect on negative symptoms and secondary negative symptoms. We hypothesize that, due to its partial agonism on the dopamine receptors and combined 5-HT<sub>1A</sub> receptor agonism and 5-HT<sub>2A</sub> receptor antagonism, aripiprazole will have a larger capacity to reduce negative symptoms than does risperidone. In addition, because of its agonistic activity on D<sub>2</sub> receptors depending on the presence or absence of a receptor reserve, less induction of secondary negative symptoms will occur. This effect is expected in the subcategory lack of initiative, but less in social inhibition and flat affect.

The outcome of this study may help in a better understanding of the effect of aripiprazole on negative symptoms and implementation of this understanding in the clinical setting. This may concurrently lead to a better pharmacotherapy and loyalty of the patient to take its medication.

## Participants and Methods

This study was performed using data obtained by the “Randomized open-label comparison of the impact of aripiprazole versus risperidone on sexual functioning” study (RAS study)<sup>25</sup>. The purpose of this study was to compare sexual functioning in patients treated with aripiprazole or risperidone.

Study participants were diagnosed for schizophrenia (DSM-IV) or related psychotic disorders, and could be both inpatient and outpatient. An inclusion criterion was that the patient could start with or could be switched to either aripiprazole or risperidone, without a clear preference for one of both, according to the involved psychiatrist.

Exclusion criteria comprised the use of depot neuroleptics, aripiprazole or risperidone before onset of the study.

Before inclusion, the patients were asked for their written and oral consent, as was in accordance with the local ethical committee.

Participants were randomly assigned to either aripiprazole (starting dose 15 mg) or risperidone (starting dose 3 mg). The dosage of both drugs could be adjusted, within certain limits (aripiprazole, 7.5-30 mg/day; risperidone, 1-6 mg/day), as deemed necessary by the clinician.

Three questionnaires were presented to the subjects:

The *Positive and Negative Symptoms Scale* (PANSS) is a semi-structured interview for typological and dimensional assessment of positive and negative symptoms of schizophrenia. The scale includes a positive subscale (7 items), a negative subscale (7 items) and a subscale for general psychopathology (16 items). Item definitions are used to determine presence of a symptom in a 7 point rating scale (1 = absent, 7 = extreme)<sup>26</sup>.

The *Subjective Wellbeing under Neuroleptic Treatment* (SWN) questionnaire is a 20-item and 6 point Likert-type self-report instrument with 5 scales (Mental Functioning, Self-control, Emotional Balance, Physical functioning and Social integration)<sup>20</sup>.

The *Subjects' Response to antipsychotics* (SRA) questionnaire is a 74-item self-report instrument in which the subject has to answer on a scale (no; yes, moderately; yes, strongly) if it assigns certain experiences to its antipsychotic medication. The items are divided into eight scales (Recovery, Weight Gain, Sexual Anhedonia, Sedation, Affective Flattening, Extrapyramidal Side-Effects, Diminished Sociability and Increased Sleep), and a total adverse responses score including additional items<sup>27</sup>.

Although the participants knew which antipsychotic they were assigned to and that the researchers would assess the effects of the switch, they were blinded to any research hypothesis. The PANSS was administered by two research assistants before the patient received either aripiprazole or risperidone and after 6-9 weeks of drug-treatment. These research assistants, just like the participants, did not know about any hypothesis of the researchers. The SWN and SRA were only taken after 6-9 weeks of treatment.

The final analyses of the participants who completed the PANSS and SWN included 36 patients (aripiprazole: n=18) aged between 19-46 years, of which 28 were male. For the SRA analyses one woman and one male could be added, though another male was excluded, due to doubt of truthfully filling in the questionnaire. The final analyses of the SRA completers thus included a total of 37 participants (aripiprazole: n=18), of which 28 were

male. Demographic data of the additional participants were not available. Demographics of the group used for the SWN and PANSS analyses can be found in table 1. No significant differences could be found for age, gender, dosage, co-medication and PANSS scores at inclusion and after 6-9 weeks of treatment. We don't expect this to be changed in the SRA data set.

Table 1. Demographics of the completer analyses.

	SWN and PANSS		
	Aripiprazole (n=18)	Risperidone (n=18)	Significance
Age	29±8.8	29±6.0	T-test: P=0.948
Gender	M: 13 F: 5	M: 15 F: 3	Fisher's Exact test: P=0.691
Dosage	12.6±5.79 Range: 7.5-30 mg/day	3.2±1.15 Range: 1-5 mg/day	--
Co-medication	1xcitalopram 4xbenzo 1xvenlafaxine	5xcitalopram 4xbenzo 1xlithium	--
Positive symptoms (inclusion)	14.9±5.5	12.9±3.9	T-test: P=0.247
Positive symptoms (week 6-9)	12.6±4.3	11.3±4.5	T-test: P=0.418
Negative symptoms (inclusion)	14.9±5.5	15.1±4.6	T-test: P=0.891
Negative symptoms (week 6-9)	13.6±4.8	15.5±4.4	T-test: P=0.260
General psychopathology (inclusion)	31.5±8.3	28.3±5.9	T-test: P=0.272
General psychopathology (week 6-9)	26.7±6.0	27.0±6.3	T-test: P=0.900

Different subgroups of negative symptoms were constructed to assess the aforementioned domains of negative symptoms. Items from a specific questionnaire were bundled to use as a proxy for these different subgroups. See table 2 for a detailed description of these subcategories. The statistically tested subscales of the SRA were used to create the equally named subcategories "flat affect" and "social inhibition". The "flat affect" and "social inhibition" subcategories of the SWN respectively contain items from the statistically tested subscales "emotion regulation" and "social integration". In both questionnaires there was no subscale "lack of initiative", so this subcategory contains items selected by the researchers based on the symptom domain. Both PANSS subcategories were constructed in the same way.

The answers to the positively phrased questions in the SRA and SWN were reversed, so that the higher the scores, the worse the patient feels on this item.

Table 2. Description of the subcategories used to analyze the data from the different questionnaires

Subcategory	SWN-38	SRA	PANSS
Flat affect	4: I have a lot of experiences and a rich inner life. 19: My emotions and experiences are flat, nothing touches me. 21: I am not interested in what happens around me, I am merely interested in myself. 35: I find that what happens around me is interesting and important.	9: are my emotions flat 14: are my emotions too flat 40: I have less feeling	N1: obtuse feeling N2: emotional disengagement
Social inhibition	6: I feel indifferent when it comes to my family, friends and colleagues. 12: I feel very held back when it comes to addressing and making contact with people. 22: I have intensive contact with my family, friends and colleagues. 27: I easily make contact with other people.	7: I have more often no thoughts 23: I have less lust for social contacts 36: I have more trouble keeping a conversation going 37: I am less spontaneous 68: I have less energy for social contacts 73: I am more apathic	N3: social disengagement N4: passive/apathic inhibition N6: lack of spontaneity and communication
Lack of initiative	9: I can realise my thoughts. 16: I feel powerless and bushed. 37: My thoughts stay unrealized.	28: I am more active	None

A Mann-Whitney U test (2 tailed;  $p < 0.05$ ) tested scores on domains of negative symptoms after 6-9 weeks of treatment, obtained from the proxies of the SWN, SRA and PANSS. The same analytical method was conducted on the negative symptom scores obtained by the PANSS pre-treatment, to check if there was a baseline difference between both groups.

## Results

Already briefly pointed out in the demographics, the total set of negative symptoms was assessed using the PANSS data. Aripiprazole and risperidone were compared for the subcategories flat affect and social inhibition by the defined items of the SRA, SWN and PANSS. The subcategory lack of initiative could only be assessed with items from the SRA and SWN data. The criteria for normality were not met. The power of all the analyses described below ranged between 0.11-0.59, all well beneath the acquired 0.80.

### *Negative symptoms*

A Mann-Whitney U test revealed no significant difference in the total baseline scores on negative symptoms between the aripiprazole ( $Md = 13.00$ ,  $n = 17$ ) and the risperidone ( $Md = 16.00$ ,  $n = 15$ ) user-groups;  $U = 109$ ,  $z = -0.72$ ,  $p = 0.47$ ,  $r = 0.13$  (small effect). Thus, the scores of the participants pre-treatment did not have to be taken as a covariate.

Another Mann-Whitney U test revealed no significant difference in the total scores on negative symptoms between the aripiprazole ( $Md = 12.00$ ,  $n = 14$ ) and the risperidone ( $Md = 15.50$ ,  $n = 16$ ) user-groups after 6-9 week of treatment;  $U = 81$ ,  $z = -1.31$ ,  $p = 0.19$ ,  $r = 0.24$  (small to medium effect).

#### *Flat affect*

A Mann-Whitney U test applied on the pre-treatment PANSS flat affect items revealed no significant difference in the scores on flat affect between the aripiprazole ( $Md = 4.00$ ,  $n = 17$ ) and the risperidone ( $Md = 5.00$ ,  $n = 15$ ) user-groups;  $U = 126$ ,  $z = -0.08$ ,  $p = 0.94$ ,  $r = 0.01$  (very small effect).

Table 3. Results of the Mann-Whitney U tests applied on the SRA, SWN and PANSS data of the subcategory flat affect.

	Aripiprazole	Risperidone	Mann-Whitney U
SRA	( $Md = 1.00$ , $n = 15$ )	( $Md = 2.00$ , $n = 17$ )	$U = 84$ , $z = -1.70$ , $p = 0.09$ , $r = 0.30$ power: 0.34
SWN	( $Md = 10.00$ , $n = 16$ )	( $Md = 12.00$ , $n = 18$ )	$U = 80$ , $z = -2.22$ , $p = 0.03$ , $r = 0.38$ power: 0.59
PANSS	( $Md = 4.00$ , $n = 14$ )	( $Md = 6.00$ , $n = 16$ )	$U = 71$ , $z = -1.74$ , $p = 0.08$ , $r = 0.32$ power: 0.35

As can be seen in table 3, the comparison of aripiprazole versus risperidone on flat affect was significant for the SWN items. Although the data from the SRA and the PANSS did not show this level of significance, a trend of aripiprazole showing lower median scores is present.

#### *Social inhibition*

Using the pre-treatment data of the social inhibition items of the PANSS, a Mann-Whitney U test revealed no significant difference in the scores on social inhibition between the aripiprazole ( $Md = 6.00$ ,  $n = 17$ ) and the risperidone ( $Md = 6.00$ ,  $n = 15$ ) user-groups;  $U = 127$ ,  $z = -0.04$ ,  $p = 0.97$ ,  $r = 0.01$  (very small effect). Thus, the scores of the participants pre-treatment did not have to be taken as a covariate in the assessment of the PANSS data after 6-9 weeks of treatment.

As can be seen in table 4, there was no significant difference in median scores of aripiprazole versus risperidone on social inhibition using the SWN, SRA and PANSS data. However, a trend of aripiprazole showing lower median scores is present.

Table 4. Results of the Mann-Whitney U tests applied on the SRA, SWN and PANSS data of the subcategory social inhibition.

	Aripiprazole	Risperidone	Mann-Whitney U
SRA	( $Md = 1.00$ , $n = 12$ )	( $Md = 2.00$ , $n = 18$ )	$U = 88$ , $z = -0.89$ , $p = 0.38$ , $r = 0.16$ power: 0.14
SWN	( $Md = 11.50$ , $n = 16$ )	( $Md = 13.00$ , $n = 17$ )	$U = 113$ , $z = -0.83$ , $p = 0.41$ , $r = 0.14$ Power: 0.11
PANSS	( $Md = 5.00$ , $n = 14$ )	( $Md = 6.00$ , $n = 16$ )	$U = 85$ , $z = -1.14$ , $p = 0.26$ , $r = 0.21$ Power: 0.18

*Lack of initiative*

As can be seen in table 5, although a trend of aripiprazole showing lower median scores is present, the comparison of aripiprazole versus risperidone on lack of initiative was insignificant for both SWN and SRA data.

Table 5. Results of the Mann-Whitney U tests applied on the SRA and SWN data of the subcategory lack of initiative.

	Aripiprazole	Risperidone	Mann-Whitney U
SRA	( <i>Md</i> = 1.50, <i>n</i> = 16)	( <i>Md</i> = 2.00, <i>n</i> = 18)	<i>U</i> = 104, <i>z</i> = -1.67, <i>p</i> = 0.10, <i>r</i> = 0.29 Power: 0.37
SWN	( <i>Md</i> = 9.00, <i>n</i> = 16)	( <i>Md</i> = 10.00, <i>n</i> = 18)	<i>U</i> = 101, <i>z</i> = -1.51, <i>p</i> = 0.13, <i>r</i> = 0.26 Power: 0.29

## Conclusion and Discussion

This study was the first directly contrasting the second generation antipsychotic risperidone and the third generation antipsychotic aripiprazole, concerning their effect on different domains of primary and secondary negative symptoms. The lynchpin of this research is the finding that aripiprazole evidently exhibits less flat affect than risperidone. This is supported by the significant result from the SWN data set and by the trend shown in the SRA and PANSS results.

Furthermore a trend of aripiprazole showing lower median scores in total negative symptoms than risperidone was present. This finding is in line with our hypotheses, although no significant difference was found. Aripiprazole, in contrast to risperidone, was expected to show a superior effect on the underlying pathology of negative symptoms. It is stated that due to its partial agonism on dopamine receptors and combined 5-HT1A receptor agonism and 5-HT2A receptor antagonism, aripiprazole acts as a stabilizer of the dopamine system. Concurrently, this would lead to dopaminergic activation of the local circuitry in the prefrontal cortex of schizophrenic patients, relieving the negative symptoms.

As hypothesized, the results presented a trend of aripiprazole overall showing less adverse negative subjective experiences than risperidone. Due to its partial agonism, aripiprazole would act less as an antagonist on D2 receptors than risperidone, which is explained to be the proposed cause of adverse negative subjective effects. Following the dopamine hypothesis, this would imply less mesocortical than mesolimbic adverse negative subjective effects. The opposite is displayed in the results. While flat affect showed a significant difference between aripiprazole and risperidone, lack of initiative did not. The results presented in this study imply that in schizophrenia there is a mesocortical hyperdopaminergia and a mesolimbic hypodopaminergia. According to Callicott et al. evidence exists that the abnormalities of the prefrontal cortex are simply not reducible to a mere hypo-, or hyperactivity.

Different areas show a different strategy for handling with the compromised brain<sup>28;29</sup>. Our findings support this idea of the prefrontal cortex being more than just hypo-, or hyper activated in schizophrenia, because they can not be explained by the dopamine hypothesis.

Consistent with the subcategories flat affect and lack of initiative, we detected a trend of aripiprazole showing less social inhibition. Due to its expected dual neurological background, we expected to see results in between the other two subcategories. To find the cause of this discrepancy with our results further research has to be conducted.

The main limitation of this study is the small group size. Insignificant results may be due to insufficient power. A uniform trend for lower median scores in the group treated with aripiprazole supports the reliability of the findings. Another limitation is the lack of baseline assessment of the SWN and SRA questionnaires, making it impossible to check if both groups differed before treatment. However, the baseline assessment of the PANSS did not show the need for covariate analysis, rendering it probable that this would also not be the case for the SWN and SRA data.

Concerning the main question in this study; do patients with schizophrenia treated with aripiprazole show less negative symptoms (primary as well as secondary) than patients treated with risperidone, we tentatively conclude that aripiprazole shows less flat affect than does risperidone. Prescribing aripiprazole would therefore lead to an increase in the patients' loyalty to take its medication. This may ultimately lead to a reduction in negative symptoms and to a better quality of life. We therefore strongly recommend conducting analyses with more power to further investigate this promising new insight in the treatment of schizophrenia.

## Reference List

1. Verhulst FC. *Kinder -en jeugdpsychiatrie: psychopathologie*. Koninklijke van Gorcum BV, 2003.
2. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *Lancet* 2004; 363: 2063-2072.
3. Andreasen NC. Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability. *Arch. Gen. Psychiatry* 1982; 39: 784-788.
4. Gold JM, Carpenter C, Randolph C, Goldberg TE, Weinberger DR. Auditory working memory and Wisconsin Card Sorting Test performance in schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 1997; 54: 159-165.
5. Grace AA. Gating of information flow within the limbic system and the pathophysiology of schizophrenia. *Brain Res. Brain Res. Rev.* 2000; 31: 330-341.
6. Jarskog LF, Miyamoto S, Lieberman JA. Schizophrenia: new pathological insights and therapies. *Annu. Rev. Med.* 2007; 58: 49-61.
7. Abi-Dargham A, Moore H. Prefrontal DA transmission at D1 receptors and the pathology of schizophrenia. *Neuroscientist.* 2003; 9: 404-416.

8. Laruelle M, Kegeles LS, bi-Dargham A. Glutamate, dopamine, and schizophrenia: from pathophysiology to treatment. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2003; 1003: 138-158.
9. Stone JM, Morrison PD, Pilowsky LS. Glutamate and dopamine dysregulation in schizophrenia--a synthesis and selective review. *J. Psychopharmacol.* 2007; 21: 440-452.
10. Abi-Dargham A, Laruelle M. Mechanisms of action of second generation antipsychotic drugs in schizophrenia: insights from brain imaging studies. *Eur. Psychiatry* 2005; 20: 15-27.
11. Farmacotherapeutisch Kompas. <http://www.fk.cvz.nl/> . 2009. 10-9-2009. Ref Type: Internet Communication
12. Bortolozzi A, az-Mataix L, Toth M, Celada P, Artigas F. In vivo actions of aripiprazole on serotonergic and dopaminergic systems in rodent brain. *Psychopharmacology (Berl)* 2007; 191: 745-758.
13. Lieberman JA. Dopamine partial agonists: a new class of antipsychotic. *CNS. Drugs* 2004; 18: 251-267.
14. Natesan S, Reckless GE, Nobrega JN, Fletcher PJ, Kapur S. Dissociation between in vivo occupancy and functional antagonism of dopamine D2 receptors: comparing aripiprazole to other antipsychotics in animal models. *Neuropsychopharmacology* 2006; 31: 1854-1863.
15. Kuroki T, Nagao N, Nakahara T. Neuropharmacology of second-generation antipsychotic drugs: a validity of the serotonin-dopamine hypothesis. *Prog. Brain Res.* 2008; 172: 199-212.
16. Meltzer HY, Li Z, Kaneda Y, Ichikawa J. Serotonin receptors: their key role in drugs to treat schizophrenia. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 2003; 27: 1159-1172.
17. Mizrahi R, Mamo D, Rusjan P, Graff A, Houle S, Kapur S. The relationship between subjective well-being and dopamine D2 receptors in patients treated with a dopamine partial agonist and full antagonist antipsychotics. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 2009; 12: 715-721.
18. Haan Ld, Lavalaye J, Linszen D, Dingemans PM, Booij J. Subjective experience and striatal dopamine D(2) receptor occupancy in patients with schizophrenia stabilized by olanzapine or risperidone. *Am. J. Psychiatry* 2000; 157: 1019-1020.
19. Noll RL, Nolen.W.A., Hoencamp E. Subjectieve bijwerkingen van neuroleptica. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1991; 135: 2113-2116.
20. Naber D, Moritz S, Lambert M et al. Improvement of schizophrenic patients' subjective well-being under atypical antipsychotic drugs. *Schizophr. Res.* 2001; 50: 79-88.
21. Kapur S, Seeman P. Does fast dissociation from the dopamine d(2) receptor explain the action of atypical antipsychotics?: A new hypothesis. *Am. J. Psychiatry* 2001; 158: 360-369.
22. Gur RE, Loughhead J, Kohler CG et al. Limbic activation associated with misidentification of fearful faces and flat affect in schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 2007; 64: 1356-1366.



23. Goldman-Rakic PS. Working memory dysfunction in schizophrenia. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 1994; 6: 348-357.
24. Knegtering H. 2010. Ref Type: Personal Communication
25. Knegtering H, Bous H, Sytema S, Molen Avd, Wiersma D. Report version: august 12 2009, A randomized Open-Label comparison of the impact of aripiprazole versus risperidone on sexual functioning (RAS study). 2009. Ref Type: Report
26. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1987; 13: 261-276.
27. Wolters HA, Knegtering R, Wiersma D, van den Bosch RJ. Evaluation of the subjects' response to antipsychotics questionnaire. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2006; 21: 63-69.
28. Callicott JH, Mattay VS, Verchinski BA, Marenco S, Egan MF, Weinberger DR. Complexity of prefrontal cortical dysfunction in schizophrenia: more than up or down. *Am. J. Psychiatry* 2003; 160: 2209-2215.
29. Pomarol-Clotet E, Canales-Rodriguez EJ, Salvador R et al. Medial prefrontal cortex pathology in schizophrenia as revealed by convergent findings from multimodal imaging. *Mol. Psychiatry* 2010.

## Artikel

# Behandelbaarheid in het kader van terbeschikkingstelling met voorwaarden

*Marika Lancel, Tialda Hoekstra, Neel Oosterbos en Bert de Jager*

## Inleiding

De Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) in Assen is een gesloten behandelkliniek voor patiënten die lijden aan een psychiatrische stoornis en die tevens in aanraking zijn gekomen met Justitie of hiermee in aanraking dreigen te komen. De zorg is zowel gericht op het verminderen van de psychiatrische problematiek als op het voorkomen van delinquent gedrag/recidive en daarmee het verminderen van gevaar voor de maatschappij. Hoewel patiënten zich ook vrijwillig kunnen laten opnemen, beschikken de meeste patiënten bij opname over een justitiële maatregel. Zo kunnen patiënten uit de gevangenis worden opgenomen, omdat hen in deze justitiële inrichting niet de noodzakelijke behandeling kan worden geboden. Ook worden patiënten verwezen aan wie door de strafrechter bij vonnis een behandeling is opgelegd. Een van de meest voorkomende juridische maatregelen in de FPK is Terbeschikkingstelling (TBS) met voorwaarden (TBSvw). Hierbij komt de veroordeelde, na het uitzitten van een eventuele gevangenisstraf van maximaal 3 jaar, vrij onder specifieke voorwaarden. In bijna alle gevallen is één van de voorwaarden dat betrokkene zich ambulante of klinisch laat behandelen. De maatregel duurt 2 jaar en kan daarna eenmalig met 1 of 2 jaar verlengd worden. De reclassering begeleidt de patiënt en ziet er op toe dat deze zich aan de voorwaarden houdt. Wanneer er sprake is van stelselmatige of zware overtredingen van de voorwaarden, kan de officier van justitie een omzetting in TBS met bevel tot verpleging vorderen.

De FPK-Assen is één van de weinige klinieken in Nederland waar patiënten met TBSvw klinisch behandeld worden. In de eerste periode na instelling van deze maatregel (1997) werd een patiënt met TBSvw in de kliniek opgenomen wanneer de kans van slagen van de behandeling op basis van een uitgebreide intakeprocedure positief werd ingeschat. De voornaamste redenen voor afwijzing waren dat de maximale behandelperiode (4 jaar) te kort werd geacht voor een goede behandeling (voor een voldoende afname van psychiatrische problemen en recidiverisico) of dat de motivatie voor behandeling bij de betreffende patiënt ontbrak. Omdat er relatief veel behandelingen voortijdig werden afgebroken, heeft de FPK in 2006 de mogelijkheid van een proefbehandeling ingevoerd. Wanneer twijfel bestaat aan de behandelbaar-

heid en/of begeleidbaarheid kan een verdachte al in de vervolgings- of be-rechtigingsfase (onder schorsing voorlopige hechtenis) voor een proefbehan-deling van 3 maanden opgenomen worden, waarna de kliniek advies uitbrengt aan het OM en/of de rechter. Er wordt veelvuldig gebruik gemaakt van de mogelijkheid van een proefbehandeling en dit wordt ook algemeen als nuttig ervaren. Desondanks komt het nog regelmatig voor dat ook na een positief verlopen proefbehandeling de behandeling onder TBSvsw voortijdig beëindigd wordt. Het is dan aan de reclassering en Justitie om te bepalen welke maatregel geadviseerd en gevorderd gaat worden. Het is daarom van belang te onderzoeken of de kans dat de behandeling bij een specifieke pa-tiënt aan zal slaan beter beoordeeld kan worden dan nu het geval is. De kans op een behandelingsucces is van meerdere factoren afhankelijk, onder meer van condities van de patiënt, bijvoorbeeld psychopathologie, condities van de be-handelaars, zoals deskundigheid, en van de kwantiteit en kwaliteit van het zorgaanbod.<sup>1</sup>

Het doel van het hier beschreven onderzoek is (i) de groep patiënten die met de maatregel TBSvsw in onze kliniek opgenomen is geweest te beschrijven, (ii) te onderzoeken welke patiëntgerelateerde variabelen verschillen tussen de groep succesvol behandelde patiënten en de groep patiënten bij wie de be-handeling mislukt is (het bepalen van risicofactoren voor het mislukken van een behandeling), en (iii) inzicht te krijgen in de voorspellende waarde van deze patiëntgerelateerde kenmerken voor het inschatten van de kans van sla-gen/mislukken van de behandeling.

## Methodie

Er werd dossieronderzoek gedaan bij alle TBSvsw patiënten die voor 15 au-gustus 2008 uit de FPK met ontslag zijn gegaan ( $n = 74$ ). Elk dossier werd door één van drie beoordelaars (M.L., T.H. en N.O.) gescoord. Omdat het hoofddoel is te onderzoeken of de kans op een behandelingsucces/mislukking voorafgaand aan een eventuele behandeling nauwkeuriger beoordeeld kan worden, is slechts gebruik gemaakt van de dossierinformatie tot aan de op-namedatum van de betreffende patiënten en zijn voornamelijk historische en statische variabelen geselecteerd. De variabelen die meegenomen werden zijn: geslacht, opleidingsniveau (hoogst genoten opleiding afgerond met diploma), delictgeschiedenis (aantal voorafgaande veroordelingen), indexdelict (niet ge-welddadig, gewelddadig niet seksueel, seksueel), duur van de onvoorwaarde-lijke straf, leeftijd bij opname, hulpverleningsgeschiedenis (aantal ambulante en aantal klinische hulpverleningscontacten), psychopathologie (As I en II van DSM-IV) en verslaving/afhankelijkheid/misbruik van middelen (alco-hol, softdrugs, harddrugs, meerdere categorieën). Tevens werd de Psychopathy Checklist-revised (PCL-r) ingevuld.<sup>2</sup> Dit is een instrument om de mate van psychopathie vast te stellen. Het bestaat uit 20 items, die wor-den gescoord op een driepuntsschaal, en wordt verdeeld in 2 factoren: Factor 1 bevat de affectieve en interpersoonlijke aspecten van de stoornis en Factor

2 omvat de gedragskenmerken die behoren bij een antisociale levensstijl. De checklist heeft goede psychometrische eigenschappen.<sup>3,4</sup> De mate van psychopathie is een krachtige voorspeller voor recidive en van schending van voorwaarden gedurende behandeling.<sup>3,4</sup> Ook werd de historische subschaal van de Historische Klinisch Toekomst-30 (HKT-30) risicotaxatielijst voor forensisch psychiatrische patiënten gescoord.<sup>5</sup> Deze subschaal bestaat uit 11 items die ieder op vijf niveaus kunnen worden gescoord. Zowel de totaalscore van de historische subschaal als de individuele historische items (H01 Justitiële voorgeschiedenis; H02 Schending van voorwaarden omtrent behandeling en toezicht; H03 Gedragsproblemen voor het twaalfde levensjaar; H04 Slachtoffer van geweld in jeugd; H05 Hulpverleningsgeschiedenis; H06 Arbeidsverleden; H07 Middelengebruik; H08 Psychotische stoornissen; H09 Persoonlijkheidsstoornissen; H10 Psychopathie; H11 Seksuele deviantie) werden in het onderzoek meegenomen. De HKT-30 heeft een goede interbeoordelaarbetrouwbaarheid en predictieve validiteit voor recidive.<sup>4</sup> Alle beoordelaars waren getraind in het gebruik van de PCL-R en HKT-30. Informatie over behandelmotivatie, lijdensdruk en ziekte-inzicht bij opname en over de mate van toerekeningsvatbaarheid was vaak niet in het dossier terug te vinden en daarom konden deze variabelen niet geanalyseerd worden. Nadat alle dossiers 'blind' onderzocht waren, zijn de behandelaars van de kliniek benaderd om aan te geven of de behandeling van de verschillende patiënten wel of niet geslaagd was. Een behandeling werd als geslaagd beschouwd wanneer de patiënt, eventueel via een resocialisatietraject, in de maatschappij is teruggekeerd. Een behandeling werd als mislukt aangemerkt wanneer de behandeling voortijdig gestaakt was.

De gegevens zijn geanalyseerd met behulp van SPSS 15.0. Voor het vergelijken van de twee groepen patiënten (behandeling geslaagd versus mislukt) is gebruik gemaakt van tweezijdige Chi<sup>2</sup> toetsen en t-tests. De voorspellende waarde van iedere variabele is bepaald met behulp van de Receiver Operating Characteristics analyse. Daarna is met behulp van een logistische regressie analyse bepaald met welke variabele of set van variabelen de kans op slagen/mislukken van behandeling het best geïnventariseerd kan worden.

## Resultaten

### *Beschrijving van de groep patiënten*

De groep TBSvw-gestelden die in het verleden in onze kliniek opgenomen is geweest bestaat hoofdzakelijk uit mannen (zie tabel 1). De gemiddelde leeftijd bij opname is 31.4 jaar en varieert van 19 tot 53. Ze hebben over het algemeen weinig schoolopleiding genoten; 45% heeft na de basisschool geen middelbare schooldiploma behaald en geen beroepsopleiding afgemaakt. De meeste patiënten hebben voordat ze in behandeling kwamen eerst een onvoorwaardelijke straf uitgezeten. De onvoorwaardelijke straf loopt uiteen van 0 tot 3 jaar en bedraagt gemiddeld 14.8 maanden. Bij het merendeel (55%) is de straf opgelegd voor een gewelddadig niet seksueel delict, zoals brand-

Tabel 1. Karakteristieken van de TBSvw-gestelden ( $N=74$ )

Leeftijd bij opname (gemiddelde $\pm$ SD)	31.4 $\pm$ 8.1	
Geslacht (n, % man)	69	93%
Opleiding (n, %)		
Lagere school	33	45%
Vbo/lbo	19	26%
MAVO/vmbo	8	11%
MBO-opleiding	9	12%
HAVO/HBO/universitaire opleiding	3	7%
Index delict (n, %)		
Gewelddadig, niet seksueel	41	55%
Seksueel	27	36%
Niet gewelddadig	6	8%
Gevangenisstraf (maanden $\pm$ SD)	14.8 $\pm$ 9.8	
Aantal eerdere delicten (n, %)		
First offender	15	20%
1 eerder delict	11	15%
2-10 eerdere delicten	32	43%
> 10 eerdere delicten	16	22%
Diagnose ( $N = 72$ ) (n, %)		
Hoofddiagnose op As I	29	40%
Seksuele stoornis	16	22%
Psychotische stoornis	6	8%
PDD-NOS	3	4%
ADHD	2	3%
Stemmingsstoornis	1	1%
Hoofddiagnose op As II	43	60%
Cluster B persoonlijkheidsstoornis	19	26%
Persoonlijkheidsstoornis NAO	25	35%
Diagnose op As I en II	36	50%
Afhankelijk/misbruik van middelen	43	58%
Alcohol	12	16%
Softdrugs/harddrugs	8	11%
Meerdere middelen	23	31%
Diagnose op As I en II en middelenmisbruik	16	22%

Gegevens zijn gemiddelden  $\pm$  standaard deviatie (SD) of n en %.  
NAO = niet anderszins omschreven.

stichting, mishandeling en (poging tot) moord/doodslag. Een redelijk grote groep (37%) had zich schuldig gemaakt aan een seksueel delict, variërend van het bezitten van kinderporno tot verkrachting. De overige patiënten waren veroordeeld voor een niet gewelddadig delict, zoals diefstal en verduistering. Voor 20% van de patiënten is de TBSvw maatregel de eerste veroordeling. Tachtig procent van de patiënten was al eerder veroordeeld voor het plegen van één of meerdere delicten.

Op twee na is bij alle patiënten op een zeker moment een DSM-IV diagnose gesteld. Bij de meeste patiënten (60%) ligt de hoofddiagnose op As II. Bij 19 patiënten was er sprake van een persoonlijkheidsstoornis uit cluster B, zoals een antisociale of borderline persoonlijkheidsstoornis, en bij 25 patiënten van een persoonlijkheidsstoornis NAO, vrijwel altijd met cluster B trekken.

Van de patiënten met de hoofddiagnose op As I is er bij 16 sprake van een seksuele stoornis, bij 6 van een psychotische stoornis, bij 3 van PDD-NOS, bij 2 van ADHD en bij 1 van een stemmingsstoornis. Naast de hoofddiagnose is er bij 58% van de patiënten sprake van afhankelijkheid/misbruik van middelen. Het grootste deel van deze patiënten is afhankelijk van middelen uit meerdere categorieën (alcohol, softdrugs en/of harddrugs). Wanneer middelemisbruik buiten beschouwing gelaten wordt als As I stoornis, heeft nog steeds 50% een stoornis op As I en op As II. Bij bijna een kwart (22%) van de totale patiëntenpopulatie is er sprake van zowel afhankelijkheid of misbruik van middelen als van een andere AS I stoornis en een As II stoornis.

*Verschillen tussen de patiënten bij wie de behandeling geslaagd respectievelijk mislukt is*

Van de 74 TBSvw-gestelden is bij 40 (54%) de behandeling voortijdig afgebroken. De voornaamste reden hiervoor was een herhaaldelijke of zeer ernstige schending van de voorwaarden (70%). Een andere reden was dat de betreffende patiënt niet meewerkte aan de behandeling (5%). Bij de resterende gevallen was er een andere reden of is de reden niet bekend bij de onderzoekers. De patiënten wier behandeling is geslaagd waren gemiddeld  $29.3 \pm 11.3$  maanden (range 9-53) in de FPK opgenomen. De opnameduur van de patiënten bij wie de behandeling voortijdig is gestopt, is aanzienlijk korter, gemiddeld  $18.9 \pm 11.4$  maanden (range 1-48) (t-test,  $p < 0.0001$ ).

In vergelijking met de groep succesvol behandelde patiënten hebben veel patiënten bij wie de behandeling is mislukt zeer weinig opleiding genoten (zie tabel 2): 55% van hen heeft slechts de basisschool gedaan (versus 32%,  $p < 0.1$ ). Ze zijn significant vaker opgenomen in een psychiatrische kliniek en zijn vaker veroordeeld. Wat de gestelde diagnose betreft valt op dat ze vaker een cluster B persoonlijkheidsstoornis of een persoonlijkheidsstoornis met cluster B kenmerken hebben. Ze hebben ook een significant hogere totaalscore op de PCL-r checklist. Dit wordt zowel veroorzaakt door een hogere score op Factor 1, die de kern van psychopathie vormt (egoïstisch, ongevoelig en zonder wroeging gebruik maken van anderen), en op Factor 2, die de gedragskenmerken bevat die behoren bij een antisociale levensstijl. Tevens hebben ze gemiddeld een hogere score op de historische subschaal van de HKT-30, wat vooral samenhangt met hogere scores op de items die betrekking hebben op justitiële voorgeschiedenis, schending van voorwaarden omtrent behandeling en toezicht, gedragsproblemen voor het twaalfde levensjaar, slachtoffer zijn van geweld in de jeugd, problemen in het arbeidsverleden en psychopathie.

*Predictieve validiteit van de patiëntgerelateerde variabelen voor het voorspellen van de kans op het mislukken van de behandeling*

De Receiver Operating Characteristics Area Under the Curve (ROC AUC) is een veel gebruikte maat voor predictieve validiteit. Deze maat kan in dit onderzoek eenvoudig geïnterpreteerd worden als de kans dat een willekeurige patiënt bij wie de behandeling mislukt is een hogere score heeft op de betref-

Tabel 2. Karakteristieken van de TBSvsw-gestelden bij wie behandeling geslaagd en mislukt is

	alle patiënten ( <i>N</i> = 74)	behandeling geslaagd ( <i>N</i> = 34)	behandeling mislukt ( <i>N</i> = 40)	<i>p</i>
Leeftijd bij opname <sup>a</sup>	31.4 ± 8.1	30.8 ± 8.0	31.9 ± 8.3	ns
Opleiding: slechts basisschool <sup>b</sup>	33 (45%)	11 (32%)	22 (55%)	ns
Eerdere ambulante behandelingen <sup>a</sup>	1.7 ± 1.8	1.7 ± 1.5	1.7 ± 2.0	ns
Eerdere klinische behandelingen <sup>a</sup>	1.9 ± 3.7	0.9 ± 1.5	2.7 ± 4.7	*
Aantal eerdere veroordelingen/delicten <sup>a</sup>	6.7 ± 10.1	3.8 ± 4.8	9.2 ± 12.5	*
Onvoorwaardelijke gevangenisstraf <sup>b</sup>	14.8 ± 9.8	14.8 ± 9.7	14.9 ± 10.0	ns
Indexdelicten (n,%) <sup>b</sup>				ns
Gewelddadig, niet seksueel	41 (55%)	19 (56%)	22 (55%)	
Seksueel	27 (36%)	14 (41%)	13 (33%)	
Niet gewelddadig	6 (8%)	1 (3%)	5 (12%)	
Psychotische stoornis ( <i>N</i> = 72) <sup>b</sup>	8 (11%)	3 (9%)	5 (13%)	ns
Seksuele stoornis ( <i>N</i> = 72) <sup>b</sup>	16 (22%)	8 (24%)	8 (21%)	ns
P.D. B/ NAO met B trekken ( <i>N</i> = 71) <sup>b</sup>	39 (55%)	12 (36%)	27 (71%)	**
Afhankelijkheid/misbruik middelen <sup>b</sup>	43 (58%)	18 (53%)	25 (62%)	ns
PCL-r totaal <sup>a</sup>	18.8 ± 7.5	15.4 ± 7.3	21.6 ± 6.5	***
PCL-r Factor 1 <sup>a</sup>	8.4 ± 4.0	7.3 ± 3.9	9.4 ± 3.2	*
PCL-r Factor 2 <sup>a</sup>	8.5 ± 4.5	6.6 ± 4.1	10.1 ± 4.2	***
HKT-30 totaal H-items <sup>a</sup>	18.4 ± 6.9	15.2 ± 5.9	21.2 ± 6.6	***
H01 Juititiele voorgeschiedenis <sup>a</sup>	1.7 ± 1.2	1.4 ± 1.2	2.0 ± 1.2	*
H02 Schending van voorwaarden <sup>a</sup>	1.6 ± 1.5	1.0 ± 1.2	2.1 ± 1.6	**
H03 Gedragsproblemen voor 12e jaar <sup>a</sup>	1.4 ± 1.3	0.9 ± 1.1	1.7 ± 1.4	**
H04 Slachtoffer van geweld in jeugd <sup>a</sup>	2.2 ± 1.4	1.8 ± 1.4	2.7 ± 1.3	**
H05 Hulpverleningsgeschiedenis <sup>a</sup>	2.5 ± 1.4	2.2 ± 1.4	2.8 ± 1.4	ns
H06 Arbeidsverleden <sup>a</sup>	2.2 ± 1.3	1.8 ± 1.3	2.5 ± 1.3	*
H07 Middelengebruik <sup>a</sup>	2.2 ± 1.8	2.1 ± 1.8	2.4 ± 1.8	ns
H08 Psychotische stoornissen <sup>a</sup>	0.5 ± 1.1	0.4 ± 0.9	0.6 ± 1.3	ns
H09 Persoonlijkheidsstoornissen <sup>a</sup>	2.0 ± 0.9	1.9 ± 0.9	2.2 ± 0.9	ns
H10 Psychopathie <sup>a</sup>	0.9 ± 1.1	0.6 ± 1.0	1.2 ± 1.2	*
H11 Seksuele deviantie <sup>a</sup>	1.0 ± 1.4	1.0 ± 1.4	1.0 ± 1.4	ns

Gegevens zijn gemiddelden ± standaard deviatie (SD) of n en %.

P.D. B = cluster B persoonlijkheidsstoornis, NAO met B trekken = niet anderszins omschreven persoonlijkheidsstoornis met cluster B trekken.

at-toets. bChi2 toets, \**p*<0.05, \*\**p*<0.01, \*\*\**p*<0.001

fende variabele dan een willekeurige patiënt bij wie de behandeling geslaagd is. ROC AUC kan waarden aannemen tussen de 1.0 (perfecte voorspelling) en 0.5 (voorspelling is gelijk aan toeval). Waarden tussen de 0.75 en 0.85 worden over het algemeen als goed beschouwd.

Tabel 3. Predictieve validiteit van de variabelen voor het mislukken van de behandeling

	ROC AUC	SE	95% BI
Eerdere klinische behandelingen	.64*	.07	.51-.77
Aantal eerdere veroordelingen/delicten	.68*	.07	.55-.81
P.D. B/NAO met B trekken	.64*	.07	.51-.77
PCL-r totaal	.79***	.06	.68-.90
PCL-r Factor 1	.69**	.06	.57-.82
PCL-r Factor 2	.76***	.06	.65-.87
HKT-30 totaal H-items	.79***	.06	.68-.90
H01 Justitiële voorgeschiedenis	.66*	.07	.53-.79
H02 Schending van voorwaarden	.71**	.06	.59-.83
H03 Gedragsproblemen voor 12e jaar	.66*	.07	.53-.79
H04 Slachtoffer van geweld in jeugd	.67*	.07	.54-.80
H06 Arbeidsverleden	.69**	.06	.57-.82
H10 Psychopathie	.67*	.07	.54-.80

ROC AUC = Receiver Operating Characteristics Area Under the Curve.  
SE = Standard error.  
BI = 95% betrouwbaarheidsinterval.  
\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001 (twee-zijdig)  
P.D. B = cluster B persoonlijkheidsstoornis, NAO met B trekken = persoonlijkheidsstoornis niet anderszins omschreven met cluster B trekken.

Van de patiëntgerelateerde variabelen die significant verschillen tussen de groep patiënten bij wie de behandeling geslaagd en mislukt is zijn ROC waarden berekend (zie tabel 3). De PCL-r totaalscore (ROC AUC = .79), Factor 2 van de PCL-r (ROC AUC = .76) en de totaalscore op de historische subschaal van de HKT-30 (ROC AUC = .79) zijn goede voorspellers voor het mislukken van de behandeling en H02 'Schending van voorwaarden omtrent behandeling en toezicht' is een redelijke voorspeller (ROC AUC = .71). Om te onderzoeken welke van deze variabelen een significante en onafhankelijke bijdrage leveren aan de voorspelling van de kans op het mislukken van een behandeling is een stapsgewijze logistische regressie analyse uitgevoerd. De totaalscore op de historische subschaal van de HKT-30 blijkt de meeste correcte voorspellingen op te leveren, namelijk 68.9%; 75% van de mislukte behandelingen en 61.8% van de geslaagde behandelingen wordt met behulp van deze variabele correct voorspeld.

## Discussie

In dit retrospectieve onderzoek werd de voorspellende waarde van diverse historische en statische variabelen voor het mislukken van een intramurale



TBSvw behandeling onderzocht in de populatie van TBSvw-gestelden die voor 15 augustus 2008 uit de FPK te Assen zijn ontslagen. De totale groep patiënten bestaat bijna geheel uit mannen van tussen de 20 en 40 jaar, met een overwegend laag opleidingsniveau. Een groot percentage van de patiënten heeft een problematische levensgeschiedenis achter de rug. Uit item H04 van de HKT-30 blijkt namelijk dat driekwart van de TBSvw patiënten in de jeugd slachtoffer is geweest van affectieve en pedagogische verwaarlozing of mishandeling. De meeste patiënten hebben een hulpverleningsgeschiedenis, dat wil zeggen zijn voorafgaand aan het indexdelict in contact geweest met ambulante hulpverlening en/of opgenomen geweest in een kliniek. Met betrekking tot de psychopathologie is het een complexe groep, met veel dubbel diagnoses en co-morbide middelenafhankelijkheid. Opvallend is dat meer dan de helft van de patiënten een cluster B persoonlijkheidsstoornis of een persoonlijkheidsstoornis met cluster B trekken als hoofd- of nevendiagnose heeft. Twintig procent van de patiënten heeft een PCL-r totaalscore van 26 of hoger. Bij hen is dus sprake van een hoge mate van psychopathie. Tachtig procent van de patiënten is voorafgaand aan de TBSvw maatregel al één of meerdere malen veroordeeld voor het plegen van delicten. Het indexdelict is in de meeste gevallen een gewelddadig delict, waarvan 40% een seksueel delict betreft. Kortom, de TBSvw populatie bestaat grotendeels uit recidivisten met complexe, vaak meervoudige problematiek. De TBSvw-gestelden vertonen dan ook opvallend veel overeenkomsten, ook wat betreft de risicotaxatie scores, met de populatie van patiënten met TBS met bevel tot verpleging.<sup>4,6</sup> Zesenvertig procent van de TBSvw patiënten heeft de behandeling succesvol doorlopen en kon, na een resocialisatietraject, in de maatschappij terugkeren. In de meeste gevallen werd de hulpverlening op vrijwillige basis en een enkele keer op basis van een rechterlijke/voorwaardelijke machtiging nog enige tijd voortgezet. De gemiddelde opnameduur bedraagt bij deze groep patiënten ruim 2 jaar. Dit is beduidend korter dan de gemiddelde verblijfsduur van patiënten met TBS met bevel tot verpleging; deze steeg van 1998 tot 2007 van 5 naar 7.7 jaar.<sup>7</sup> Bij iets meer dan helft van de TBSvw-gestelden is de behandeling voortijdig afgebroken en is de maatregel omgezet in TBS met bevel tot verpleging. Het percentage mislukkingen van klinische behandeling in het kader van TBSvw is vergelijkbaar met de uitkomst van een eerder onderzoek dat kort na de invoering van de TBSvw maatregel is uitgevoerd.<sup>8</sup> In driekwart van de gevallen werd behandeling stopgezet naar aanleiding van het zeer ernstig of meermalen schenden van voorwaarden of stelselmatig overtreden van kliniekregels. Vergelijking van de groep patiënten waarbij de behandeling voortijdig werd afgebroken met die waarbij de behandeling met succes beëindigd kon worden laat zien dat de eerste groep in verschillende opzichten een problematischere jeugd heeft gehad: ze zijn bijna allemaal slachtoffer geweest van verwaarlozing en/of mishandeling (87.5% scoort >2 op H04). Het merendeel vertoonde gedragsproblemen (75% scoort >1 op H03), waarvan eenderde zo ernstig dat het leidde tot problemen in de school- en/of gezinssituatie of aanleiding vormde tot ondertoezichtstelling en/of uithuisplaatsing. Meer dan de helft van de groep patiënten waarbij de

behandeling is mislukt heeft na de lagere school dan ook geen opleiding gevolgd. Met betrekking tot de psychische problemen valt op dat ze aanzienlijk meer intramurale hulpverleningscontacten hebben gehad. Ze zijn vaker gediagnosticeerd met een cluster B persoonlijkheidsstoornis of met cluster B trekken en hebben gemiddeld een beduidend hogere score op de PCL-r, vooral op Factor 2. Deze bevindingen duiden op een onaangepaste en antisociale levensstijl. De onaangepaste levensstijl blijkt ook uit het feit dat deze groep patiënten een problematischer arbeidsverleden heeft (item H06), vaker veroordeeld is voor het plegen van delicten, en dat bij een groot percentage (65% scoort >2 op H02) voorgegaan aan de TBSvzw behandeling al sprake is van meerdere of ernstige tot zeer ernstige schendingen van voorwaarden omtrent behandeling en toezicht.

Wat betreft de individuele variabelen blijken de historische subschaal van de HKT-30, de PCL-r totaalscore en Factor 2 van de PCL-r goede voorspellers te zijn voor het mislukken van een TBSvzw behandeling. Uit een retrospectief onderzoek bij patiënten die uit TBS klinieken ontslagen zijn is bekend dat de totaalscore van de HKT-30, evenals die van subschalen van de HKT-30, redelijke voorspellers zijn voor de kans op (gewelddadige) recidive.<sup>4</sup> Een recent prospectief onderzoek bij cliënten van de Forensisch Psychiatrische Thuis Zorg van de forensische Psychiatrie in Drenthe laat zien dat de historische subschaal van de HKT-30 een redelijke voorspeller is van gewelddadig gedrag en de beste individuele voorspeller van delictgerelateerd gedrag, zoals middelengebruik en het stoppen met medicatie.<sup>9</sup> Eerder onderzoek heeft aangetoond dat de PCL-r totaalscore predictieve waarde heeft voor het voorspellen van wangedrag van patiënten in een TBS kliniek, evenals voor het voorspellen van onttrekkingen, ontvluchtingen en (gewelddadige) recidive.<sup>4,10</sup> In deze studies blijkt de predictieve kracht het resultaat te zijn van Factor 2, die geassocieerd is met een chronisch instabiele en antisociale levensstijl. De mate van psychopathie is ook al vaker in verband gebracht met behandelbaarheid. Zo blijkt uit een recente studie dat TBS-gestelden die overgeplaatst worden naar een resocialisatie afdeling - naast bijvoorbeeld een lagere risicotaxatie score, meer ziekte-inzicht en behandelmotivatie - lager scoren op de PCL-r dan patiënten die voor een nieuwe behandelopgave naar een andere kliniek of een longstay afdeling overgeplaatst worden.<sup>11</sup>

De historische subschaal van HKT-30 en de PCL-r totaalscore hebben de hoogste en overeenkomstige predictieve validiteit (beide ROC AUC-waarde .79). Uit de regressie analyse blijkt dat de historische subschaal van de HKT-30 de beste voorspellingen oplevert: op basis van deze variabele wordt 75% van de patiënten waarbij de TBSvzw behandeling voortijdig is beëindigd correct ingeschat. De historische subschaal van de HKT-30 zou dus een bijdrage kunnen leveren aan de besluitvorming rond TBSvzw-gestelden. Aangezien behandelbaarheid nooit met 100% zekerheid voorspeld kan worden, is hierbij grote zorgvuldigheid geboden. Nog belangrijker is dat een hoge score op de historische subschaal van de HKT-30 natuurlijk niet betekent dat een patiënt onbehandelbaar is in het kader van een TBSvzw behandeling, maar wel dat hij/zij, in overeenstemming met het 'risicoprincipe'<sup>12</sup>, waarschijnlijk een in-

tensieve en/of lange behandeling nodig heeft om het delictgerelateerde gedrag goed te behandelen en het recidiverisico op een aanvaardbaar niveau te brengen. PJ rapporteurs zouden de historische subschaal van de HKT-30 kunnen gebruiken als hulpmiddel bij de besluitvorming over hoe intensief een behandeling zou moeten zijn om een grotere kans van slagen te hebben. Anders geformuleerd: bij een hogere score op deze subschaal is een intensieve behandeling meer geïndiceerd dan bij een lage score. Het voorstel van de commissie Visser om de maximale duur van TBSvsw te verlengen van 4 tot 9 jaar zou ook kunnen leiden tot een hoger percentage geslaagde behandelingen bij TBSvsw-gestelden.

Dit onderzoek naar mogelijke patiëntgerelateerde risicofactoren voor het mislukken van een TBSvsw behandeling kent meerdere beperkingen. In de eerste plaats zijn de gegevens gebaseerd op het scoren van dossierinformatie. Uit eerder onderzoek is gebleken dat de PCL-r en de HKT-30 betrouwbaar gecodeerd kunnen worden aan de hand van dossiers.<sup>4,11</sup> De onvolledigheid van menig dossier legde dit onderzoek echter wel beperkingen op. Verder is in deze studie, naar aanleiding van de onderzoeksvraagstelling, voornamelijk gebruik gemaakt van statische, historische factoren. Benadrukt dient te worden dat dynamische, klinische factoren, zoals ziekte-inzicht en behandelmotivatie, echter ook een uitermate belangrijke rol spelen bij de behandelbaarheid van patiënten.<sup>bijvoorbeeld 9,11</sup> Daarbij komt dat historische variabelen wel een indicatie kunnen geven voor de benodigde behandelintensiteit, maar geen ondersteuning bieden bij het opstellen van behandeldoelen en bij het registreren van behandelresultaten. Dit onderzoek laat zien dat de historische subschaal van de HKT-30 een goede voorspeller is voor het voortijdig beëindigen van een TBSvsw behandeling. Om de validiteit van deze voorspeller te bevestigen, zijn we een prospectief onderzoek gestart waarbij de historische subschaal van de HKT-30 en de daaruit volgende kans op het slagen/falen van de behandeling kort na de opname van TBSvsw-gestelden in de kliniek door onderzoekers wordt bepaald. Over een aantal jaren kan geanalyseerd worden in hoeverre deze voorspeller in de praktijk bruikbaar is.

## Conclusies

De resultaten van dit onderzoek impliceren dat wanneer er bij forensisch psychiatrische patiënten sprake is van hoge historische risicofactoren het nuttig kan zijn om, overeenkomstig het risicoprincipe, van het begin af aan een lange en intensieve behandeling te overwegen. De gevonden relatie tussen een hoog historisch risico op recidive en een lage kans op slagen van een TBSvsw dient in verder onderzoek bevestigd te worden. Tevens is het van belang de rol van dynamische aspecten in behandelbaarheid bij het onderzoek te betrekken.

## Literatuur

- 1 Tervoort, M.G.A., 'Over behandelbaarheid', in: H. Groen & M. Drost, (Eds.), *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*, Utrecht: De Tijdstroom 2003, p. 155-165.
- 2 Hare, R.D., *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*, Toronto, Canada: Multi-Health Systems 1991; Nederlandse versie: H. Vertommen, R. Verheul, C. de Ruiter & M. Hildebrand, *Handleiding bij de herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist*, Lisse: Swets Test Publishers 2002.
- 3 Hildebrand, M. *Psychopathy in the treatment of forensic psychiatric patients: Assessment, prevalence, predictive validity, and clinical implications*. Amsterdam: Dutch University Press 2004.
- 4 Hildebrand, M., B.L. Hesper, M. Spreen & H.L.I. Nijman, *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie: Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R*. Utrecht: EFP 2005.
- 5 Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, *Handleiding HKT-30 versie 2. Risicotaxatie in de Forensische Psychiatrie*, Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen 2002.
- 6 Emmerik, J.L. van, *De terbeschikkingstelling in maat en getal: een beschrijving van de tbs-populatie in de periode 1995-2000*, Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen 2001; J. Meyer & M. Hildebrand, *Toekomst voor de TBS!*, Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie 2005.
- 7 Brand, E.F.J.M. & A.A. van Gemmert, *Toenemende verblijfsduur in de tbs: De ontwikkeling van de gemiddelde duur in de laatste 20 jaar*, Dienst Justitiële Inrichtingen, 2009.
- 8 Berg, W.M.C. van den & J.M. Harte, *De TBS met voorwaarden: ervaringen van het Pieter Baan Centrum met een nieuwe maatregel*, *Sancties* 2001, 1, 22-32.
- 9 Brink, R.H.S. van den, A. Hooijschuur, T.W.D.P. van Os, W. Savenije & D. Wiersma, *Routine violence risk assessment in community forensic mental healthcare*, Behavioral Sciences & the Law (in press).
- 10 Hildebrand, M., M. Spreen, H.J.M. Schönberger, F. Augustinus & B.L. Hesper, *Onttrekkingen tijdens verlof, ontvluchtingen en recidives tijdens de TBS-behandeling in de jaren 2000-2005*, Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie 2006.
- 11 Kraan, J. van der, M. Schekman, H. Nijman, H. Hulsbos & E. Bulten, *Behandelbaarheid bij TBS-patiënten*, *Sancties* 2008, 5, 284-293.
- 12 Ruiter, C. de & V.C. Veen, *Terugdringen van recidive bij drie typen geweldsdelinquenten: werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld*, Utrecht: Trimbos-instituut 2004.

---

## Artikel

# Routine Outcome Monitoring in het FPC dr. S. van Mesdag

*Erwin Schuringa*

### Inleiding

In dit artikel wordt beschreven hoe het Patiënt Volg Systeem (PVS) per 1 april 2010 vorm heeft gekregen in het FPC dr. S. van Mesdag en hoe deze methode is ontstaan. Het PVS is een vorm van routine outcome monitoring (ROM), waarmee routinematig de toestand van de patiënt met behulp van een instrument wordt vastgesteld in het kader van de evaluatie van de behandeling (Smith et al., 1997, Mulder et al., 2010). Eerst zal de oude werkwijze van behandel-evaluatie beschreven worden. Daarna zullen de gebruikte vragenlijst en de resultaten van het pilot onderzoek besproken worden. Vervolgens wordt de werkwijze van het PVS met daarbij de in de toekomst mogelijke en gewenste uitbreidingen beschreven.

### Oude werkwijze

Een patiënt in de van Mesdag heeft minimaal éénmaal en normaal gesproken tweemaal per jaar een multidisciplinaire behandelbespreking (MDB). Bij deze bespreking zijn alle disciplines waarmee een patiënt de afgelopen MDB periode te maken heeft gehad vertegenwoordigd. In de van Mesdag zijn dit in ieder geval de sociotherapie, de behandelcoördinator en de maatschappelijk werker. Daarnaast kan een patiënt ook te maken hebben met een psychotherapeut, een psychiater, vaardigheidstrainers, non-verbale therapeuten, psychomotore therapeuten, educatieve therapeuten of medewerkers arbeidsgerichte activiteiten. Tijdens het MDB wordt de gegeven behandeling geëvalueerd en de toekomstige behandeling vastgesteld. Elke discipline schrijft zijn eigen bijdrage voor een MDB. Dit gebeurt op semi-gestructureerde wijze, waarbij elke discipline zijn eigen format heeft. De schriftelijke bijdragen en de notulen van deze bijeenkomst vormen samen de wettelijke aantekening en deze wordt ter informatie naar de rechtbank verstuurd. Disciplines hebben een grote vrijheid in het bepalen van welke onderwerpen zij belangrijk vinden om over te schrijven. Mede hierdoor is het vergelijken van de verschillende bijdrages lastig evenals het vergelijken met voorgaande periodes. Vanwege deze moeilijkheden rees de vraag naar een gestructureerde manier van behandel-evaluatie met een directe terugkoppeling naar het behandelteam waarbij dynamische delictgerelateerde factoren worden gemeten.

Deze vraag heeft geleid tot de ontwikkeling van het instrument voor forensische behandel-evaluatie (IFBE).

## Het Instrument voor Forensische Behandel Evaluatie (IFBE)

De IFBE is een gedragsobservatie instrument. Er wordt dan ook aan de beoordelaars gevraagd te scoren op gedrag dat ze zelf hebben waargenomen en dus niet op wat ze te horen hebben gekregen over de patiënt. De lijst bestaat uit 29 vragen en is in gemiddeld 15 minuten in te vullen. De lijst is samengesteld uit de klinische items van de HKT-2010 experimentele versie (Werkgroep revisie HKT, 2010) en enkele domeinen van de ASP-NV (Schuringa, Bokern, Pieters & Spreen, 2006). De ASP-NV bestaat uit 10 domeinen die elk 3 of 4 items bevatten. De pilot met de IFBE is nog gebeurd met de klinische items van de HKT-30 (Werkgroep risicotaxatie forensische psychiatrie, 2003) en alle 10 domeinen van de ASP-NV. Alle items worden gescoord op een 17 puntsschaal. Deze ziet er als volgt uit:

### Toont de patiënt probleeminzicht of probleembesef?

N.G.I.	Iemand met probleeminzicht heeft inzicht in de eigen mentale processen en de invloed hiervan op het gedrag. Bij probleembesef heeft de patiënt last van de problemen die zijn gedrag oproept (hij beseft dat hij een probleem heeft) maar hij heeft geen inzicht in wat zijn gedrag stuurt of hoe hij invloed op zijn gedrag kan uitoefenen.															
	geen	probleembesef												voldoende		
0	•	•	•	1	•	•	•	2	•	•	•	3	•	•	•	4
0	Geen probleeminzicht en geen probleembesef, accepteert geen externe controle.															
1	Geen probleeminzicht en weinig probleembesef.															
2	Geen probleeminzicht, wel probleembesef maar gedraagt zich niet hiernaar.															
3	Enig probleeminzicht. Hij handelt er niet altijd naar.															
4	De patiënt heeft voldoende inzicht in de factoren die zijn risicogedrag bepalen en gedraagt zich hiernaar.															

Bij de items zijn beschrijvingen van gedrag die bij de genummerde scores passen vermeld, zogenaamde ankerpunten. De schalen geven echter ruimte om tussen de ankerpunten in te scoren. Als men twijfelt tussen een score 0 en 1, dan kan er een score tussen deze twee in gekozen worden. In de items is de optie Niet Genoeg Informatie (NGI) verwerkt. Niet alle disciplines kunnen op alle vragen antwoord geven. Ook is de optie Niet van Toepassing (NVT) verwerkt, niet alle items zijn op alle patiënten van toepassing. De bruikbaarheid van de IFBE is in verschillende pilot studies onderzocht (van Dorp, 2008; Baets, 2008; Bühring, 2009). Met de IFBE is onder andere een pilot uitgevoerd bij 55 patiënten van de van Mesdag. Minimaal twee van elke unit (totaal 21 units), zodat een brede groep patiënten aan bod is gekomen (zie tabel 1).

Met behulp van de pilot werd de betrouwbaarheid en de validiteit van de lijst vastgesteld. Uit schaalanalyse op de domeinen van de ASP-NV bleek de interne consistentie van de domeinen goed of zelfs te hoog te zijn. Er is een

Tabel 1.

DSM IV	N	% van groep	aantal eerste diagnose	% van groep
As I: psychotische stoornis	26	47.3	23	41.8
As I: Verslavingsstoornis	34	61.8	-	-
As I: Seksuele stoornis	14	25.5	3	5.5
As I: Autisme spectrum stoornis	17	30.9	7	12.7
As II stoornis	44	80.0	22	40.0

factoranalyse uitgevoerd op alle items en de domeinen. Uit deze factoranalyse kwamen drie factoren: Behandelbaarheid, Antisociaal gedrag en Algemene vaardigheden. Enkele items/domeinen vielen buiten deze drie factoren. Dit was te wijten aan de geringe respons op deze items. Een aantal van deze items zijn namelijk zeer specifiek voor bepaalde patiëntengroepen, zoals seksueel grensoverschrijdend gedrag. En vanwege de geringe omvang van de pilot was het aantal respondenten op deze items/domeinen laag. Op basis van theoretische gronden zijn deze na de pilot alsnog toegevoegd aan één van de drie factoren. Ook waren er items/domeinen die niet goed te beoordelen waren door de beoordelaars of hoog correleerden met andere items/domeinen. Deze items/domeinen zijn verwijderd uit de vragenlijst omdat ze geen meerwaarde hebben.

Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vast te stellen is gekeken naar het gemiddelde absolute verschil (GAV) tussen twee sociotherapeuten. Sociotherapeuten zien de patiënt ongeveer even veel en in dezelfde situatie, daardoor zouden de scores van twee sociotherapeuten erg dicht bij elkaar moeten liggen. Op een 17-puntsschaal is een GAV tussen twee personen van minder dan 4 een goed resultaat. Dit betekent dat ze minder dan één ankerpunt uit elkaar liggen qua scores. Het GAV van de IFBE is 2,62 (min.=0,83 en max.=4,50). De enkele vragen met een GAV waarbij het maximum hoger was dan 4 zijn geëvalueerd en aangepast of verwijderd voor de definitieve versie. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is dus erg goed te noemen. Een zeer belangrijk doel van de behandeling van ter beschikking gestelden (TBS'ers) is het voorkomen van toekomstige recidive. Een instrument voor de evaluatie van de forensische behandeling zou dus toekomstige recidive moeten kunnen voorspellen. Hiervoor is een retrospectief onderzoek gedaan bij een groep patiënten (N=64) die is uitgestroomd uit de van Mesdag en waarvan de recidivecijfers bekend zijn. Hieruit bleek dat de drie factoren afzonderlijk recidive voorspellen (zie tabel 2) en de som van deze factoren als beste voorspeller naar voren kwam (een AUC waarde tussen de 0,70 en de 0,75 wordt gezien als voldoende en waarden boven de 0,75 als goed; Hosmer en Lemeshow, 2000).

Tabel 2.

Factor	AUC- waarde
Behandelbaarheid	0,72** (.56-.88) <sup>1</sup>
Antisociaal gedrag	0,79** (.66-.93)
Algemene vaardigheden	0,78** (.63-.93)
Som van drie factoren	0,81** (.69-.94)

<sup>1</sup> 95% betrouwbaarheidsinterval; \*\* = p < 0.05

Een behandel-evaluatie instrument moet echter niet alleen op lange termijn voorspellingen kunnen doen, ook op korte termijn wil je uitspraken kunnen doen. De drie factoren zijn vergeleken met verschillende uitkomstmaten drie maanden na het MDB. Deze uitkomstmaten waren drugsgebruik, opgelegde beperkingen en het aanwezigheidspercentage op de arbeid. De keuze voor deze uitkomstmaten is gebaseerd op de meetbaarheid ervan. Een uitkomstmaat zoals aanwezigheid bij therapie bleek bijvoorbeeld (nog) niet te achterhalen te zijn.

De factor behandelbaarheid bleek drugsgebruik en de aanwezigheid op de arbeid goed te voorspellen. De factor antisociaal gedrag voorspelt drugsgebruik en beperkingen erg goed en voorspelt de aanwezigheid op de arbeid goed. Patiënten die hoog scoren op deze factor gebruiken vaker drugs, zitten vaker in beperkingen en zijn vaker afwezig op de arbeid. De factor algemene vaardigheden voorspelt de aanwezigheid op arbeid goed.

Tabel 3.

Factor	Drugs gebruik	Beperkingen	Aanwezigheid arbeid
Behandelbaarheid	.76** (.60-.92) <sup>1</sup>		.73** (.55-.91)
Antisociaal gedrag	.94*** (.86-1.00)	.89*** (.80-.99)	.75** (.58-.93)
Algemene vaardigheden			.76** (.58-.95)

<sup>1</sup> 95% betrouwbaarheidsinterval; \*\*p<0.05; \*\*\*p<0.001

Na het analyseren van de resultaten van de pilot is de vragenlijst aangepast en teruggebracht van 52 items naar 29 items. Van de 10 domeinen van de ASP-NV zijn uiteindelijk 3 domeinen overgebleven. De huidige lijst bestaat uit de onderstaande items en domeinen, die onder te verdelen zijn in de volgende drie factoren:

Tabel 4.

1 Behandelbaarheid	2 Antisociaal gedrag	3 Algemene vaardigheden
Probleeminzicht	Impulsiviteit	Evenwichtige dagindeling
Motivatie voor behandeling	Asociaal gedrag	Arbeidsvaardigheden
Erkennen van delict	Vijandigheid	Sociale vaardigheden
Copingvaardigheden	Seksueel grensoverschrijdend gedrag	Zelfverzorgingsvaardigheden
Vaardigheden t.v.v.* Fysiek Aggressief Gedrag (3 items)	Manipulerend gedrag	Financiële en administratieve vaardigheden
Medicatiegebruik	Regels en voorwaarden	Partnerrelatie
Psychotische symptomen	Oriëntatie op 'slechte' mensen/groepen	
	Vaardigheden t.v.v. middelengebruik (3 items)	
	Daadwerkelijk middelengebruik	
	Vaardigheden t.v.v. Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag (3 items)	

\* t.v.v. = ter voorkoming van

## Werkwijze van het PVS

Kenmerkend van het PVS in de van Mesdag is dat het gekoppeld is aan de MDB's en dat alle disciplines dezelfde vragenlijst (IFBE) invullen. Op dit



moment wordt de IFBE naast de oude werkwijze van geschreven bijdragen gebruikt. Vier weken voor het MDB krijgen alle betrokken disciplines de IFBE toegestuurd met de vraag deze binnen twee weken ingevuld terug te sturen naar de afdeling Onderzoek. De afdeling Onderzoek verzorgt de verwerking van de lijsten en maakt het rapport. Dit rapport wordt ruim voor het MDB als bijlage verstuurd. In het rapport staat het huidige functioneren van de patiënt op de verschillende gebieden, de overeenstemming tussen de beoordelaars, de hypothesen vanuit het vorige MDB en de veranderingen ten opzichte van het vorige MDB (zie voor een voorbeeld bijlage 1).

Het huidige functioneren is de gemiddelde score van alle beoordelaars. De overeenstemming tussen beoordelaars geeft aan hoe goed de beoordelaars het met elkaar eens zijn. Een lage overeenstemming hoeft echter geen probleem te zijn. Het kan zo zijn dat een patiënt bepaald gedrag bij de ene discipline niet laat zien en bij een andere wel. Een voorbeeld hiervan is een patiënt die op de unit veel impulsiever gedrag vertoont dan op de arbeid. In de laatste situatie bevindt hij zich in een gestructureerde, begrensde omgeving, waar hij weet wat er van hem verwacht wordt. Op de afdeling ervaart hij meer behandelruk en zijn er veel meer prikkels, wat kan leiden tot meer impulsief gedrag bij de patiënt. Dit is iets om te bespreken tijdens het MDB. Na het MDB moet de behandelcoördinator aangeven op welke items hij verwacht dat de patiënt de komende tijd gaat veranderen. Dit natuurlijk op basis van de behandeling die hij/zij de komende periode aan de patiënt wil geven. Het volgende MDB kunnen deze hypothesen vergeleken worden met de daadwerkelijk waargenomen veranderingen. Een voorbeeld hiervan is: een patiënt die problemen heeft met gebruik van antipsychotische medicatie wordt een Liberman module 'omgaan met antipsychotische medicatie' (Liberman, 1996) aangeboden. Men verwacht dan op het volgende MDB een toename van medicatiegebruik en een afname van psychotische symptomen. Dit zijn hypothesen die de behandelaar dan stelt en die kunnen dus op het volgende MDB getoetst worden. Om de mate van verandering vast te stellen is een N=1 statistiek methode ontwikkeld die in een toekomstig nummer van GGZet wetenschappelijk aan bod zal komen.

## **Toekomst**

Er zijn voor de nabije toekomst nog verdere ontwikkelingen gepland voor de ROM met behulp van de IFBE. In eerste instantie gaat er gewerkt worden aan een digitale versie, waardoor er efficiënter gewerkt kan worden.

Daarnaast staat een zelfrapportage versie voor patiënten van dezelfde vragenlijst ook op de agenda. Voor de behandelbespreking een erg interessant gegeven om de scores van de patiënt op de items te vergelijken met de scores van het gehele multidisciplinaire team.

Ook zal er in de toekomst gewerkt worden met een basis IFBE, waaraan dan een zorgprogramma specifieke IFBE gekoppeld kan worden en ook nog een patiënt specifieke IFBE. Dit in het kader van efficiëntie en klantgerichtheid.

De basis IFBE bestaat uit items die algemeen voorspellend zijn voor de gehele populatie. De zorgprogramma-IFBE bevat items die specifiek zijn voor een bepaald zorgprogramma. Zoals vragen over psychotische symptomen, medicatietrouw, negatieve symptomen, ervaringen met medicatie voor patiënten in het zorgprogramma psychotische kwetsbaarheid. En daarnaast kan het behandelteam vragen opstellen in hetzelfde format als de IFBE vragen, die patiënt specifiek zijn of van zeer korte duur van belang zijn. Een voorbeeld hiervan zou het eetgedrag aan tafel kunnen zijn. Op zich geen delictgerelateerde factor maar toch kan het een behandelinterventie zijn of een zorgplanpunt. Om te meten of de gegeven behandeling effect heeft op zijn gedrag, zou hier een item voor gemaakt kunnen worden die tijdelijk toegevoegd wordt aan de IFBE. Naast behandeling op maat kan op deze manier ook behandel-effectstudie op maat gebracht worden.

Ook is het voor te stellen dat de toekomstige behandel-evaluatie meer of alleen nog gebaseerd wordt op de IFBE, waarbij er bij de scores voorbeelden geschreven kunnen worden. In plaats van de huidige werkwijze waarbij uitgebreide verslagen geschreven worden en tegelijk de IFBE ingevuld wordt. Dit levert dan een aanzienlijke tijdswinst op.

Daarnaast is het ook nog interessant om gegevens die verkregen worden met behulp van het PHAMOUS onderzoek ([www.phamous.eu](http://www.phamous.eu)) in dezelfde structuur mee te krijgen en op die manier ook meer in te zetten voor de behandel-evaluatie.

## Conclusie

Het Patiënt Volg Systeem is een routine outcome monitoring werkwijze die een vaste plaats in het behandelproces heeft gekregen. De voordelen hiervan waren al zichtbaar tijdens de pilot. Het bleek bijvoorbeeld dat de psychotherapie in hun geschreven bijdrage drie probleemgebieden van de patiënt niet benoemde terwijl dezelfde psychotherapie met behulp van de IFBE deze wel aanmerkte als probleemgebieden voor deze patiënt.

Ook kwam het voor dat een deel van het multidisciplinaire team op basis van alleen de geschreven bijdragen vond dat een patiënt veranderd was ten opzichte van het vorige MDB, terwijl de IFBE liet zien, dat dezelfde mensen het gedrag van de patiënt nog steeds hetzelfde scoorden als een half jaar eerder. Een ander voordeel van het Patiënt Volg Systeem dat genoemd werd was de directe terugkoppeling naar het behandelteam. De lijsten worden niet ingevuld voor de afdeling onderzoek of voor het management, maar worden direct gebruikt voor de behandel-evaluatie. Er is een duidelijke connectie tussen de inspanning en wat het oplevert: een duidelijk gestructureerd beeld van de patiënt. De opmerking van één van de beoordelaars is hier een mooi voorbeeld van: "Iedereen spreekt eindelijk dezelfde taal".

De behandelvoortgang (of gebrek aan) wordt zichtbaar gemaakt en behandelcoördinatoren krijgen directe feedback op hun keuzes voor de behandeling.

Na de pilot is de IFBE enigszins aangepast. De lijst is efficiënter gemaakt, maar uit de pilot bleek al wel dat de IFBE over het algemeen valide en betrouwbaar is. Op dit moment worden er van alle patiënten (N=211) gegevens verzameld, zodra er voldoende data zijn zal er opnieuw een analyse van de validiteit en betrouwbaarheid plaatsvinden.

De verkregen individuele data kunnen gecombineerd worden om op groepsniveau uitspraken over de effectiviteit van de zorgprogramma's en onderdelen van de behandeling te kunnen doen. Waarmee ook verantwoording naar externe partijen afgelegd kan worden. Ook kan er met de gecombineerde gegevens effectonderzoek gedaan worden naar losse behandelmodules alsmede naar gehele zorgprogramma's.

Kortom, de gekozen methode in het FPC dr. S. van Mesdag voldoet aan de ROM functies geformuleerd door GGZ Nederland: Behandelen en begeleiden, Leren, Verantwoorden, Onderzoeken. (Stuurgroep ROM in ggz, 2010).

## Literatuur

- Baets, S.S.E de (2008). *De bruikbaarheid van de klinische risicofactoren van de HKT-30 voor forensische behandelbeoordeling*. Masterthese: Rijksuniversiteit Groningen.
- Bühning, N.D.A. (2009). *Gestructureerde behandelbeoordeling in de forensische psychiatrie. Onderzoek naar de psychometrische kwaliteit van het Instrument voor Forensische Behandeling Evaluatie (tweede meting)*. Masterthese: Rijksuniversiteit Groningen.
- Dorp, F.M. van (2008). *Gestructureerde behandelbeoordeling in de forensische psychiatrie. Een pilot onderzoek naar de psychometrische kwaliteit van het Instrument voor Forensische Behandeling Evaluatie*. Masterthese: Rijksuniversiteit Groningen.
- FPC dr. S. van Mesdag (2009). Mesdag Missie. Verkregen op 18 mei, 2010 van [http://www.vanmesdag.nl/uploads/Mesdag\\_Missie%202009.pdf](http://www.vanmesdag.nl/uploads/Mesdag_Missie%202009.pdf)
- Hosmer, D.W., Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression (2nd edition)*. New York: Wiley.
- Liberman, R.P. (1996). *Trainingsmodule omgaan met antipsychotische medicatie. Vaardigheidstraining voor een zelfstandiger leven*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Mulder, C.P., Gaag, M. van der, Bruggeman, R., Cahn, W., Delespaul, P.A.E., Dries, P., et al. (2010). Routine outcome monitoring voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen; een consensusdocument. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 52,169-179.
- Schuringa, E., Bokern H., Pieters R.& Spreen M. (2006). Atascadero Skills Profile Nederlandse Versie (ASP-NV). Een gedragsobservatie instrument voor de forensische psychiatrie. *GGZet Wetenschappelijk*, 7, 12-20.
- Smith, G.R., Manderscheid, R.W., Flynn, L.M., et al (1997). Principles for assessment of patient outcomes in mental health care. *Psychiatric Services*, 48, 1033-1036.

Stuurgroep ROM in ggz (2010). Visie op ROM in de ggz. Verkregen op 18 mei, 2010 van <http://www.ggz nederland.nl/scrivo/asset.php?id=508212>

Werkgroep revisie HKT (2010). *Handleiding HKT 2010, experimentele versie*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.

Werkgroep risicotaxatie forensische psychiatrie (2003). *Handleiding HKT-30 versie 2002*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.

## Bijlage 1

Naam Patiënt:

Datum MDB:

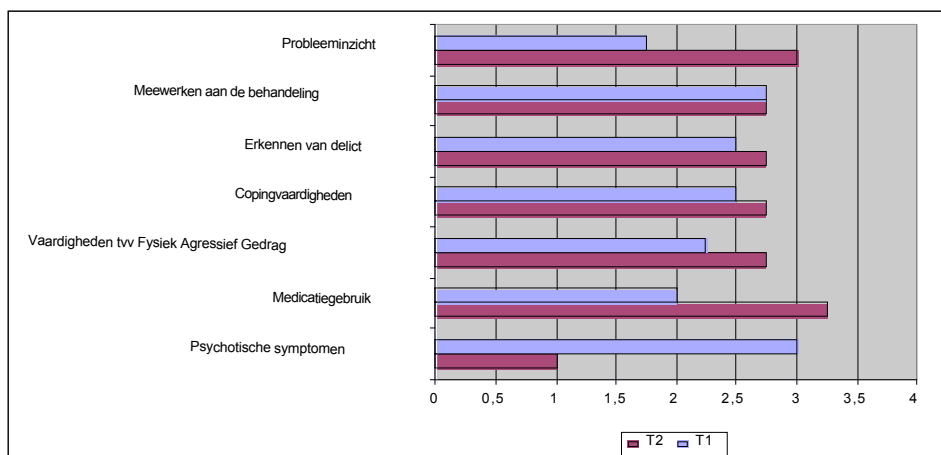
## Behandelbaarheid

## Patiënt:

- 1 heeft enig probleeminzicht, handelt er niet altijd naar  
**Dit was** : heeft geen probleeminzicht, wel probleembesef, maar gedraagt zich hier niet naar
- 2 werkt actief mee, is soms eigenzinnig of onverschillig
- 3 erkent en neemt grotendeels verantwoordelijkheid voor het door hem gepleegde delict
- 4 heeft voldoende adequate copingvaardigheden, bij langdurige problemen enige twijfel over stabiliteit
- 5 heeft voldoende vaardigheden ter voorkoming van fysiek agressief gedrag
- 6 neemt vaak de noodzaak van de medicatie en neemt deze bijna altijd op juiste wijze in  
**Dit was** : weigert of vergeet soms zijn medicatie, of volgt de procedures niet
- 7 heeft één of meer psychotische episod en of aanhoudende psychotische symptomen, maar deze leiden niet tot agressief of grensoverschrijdend gedrag  
**Dit was** : heeft één of meer psychotische episod en of aanhoudende psychotische symptomen en dit heeft geleid tot grensoverschrijdend gedrag

	Score T1 (0-4)	Score T2	Verandering	Hypothese	Overeenstemming* T2	Beoordelaars T2
1 Probleeminzicht	1,75	<b>3,00</b>	-	-	hoog	4
2 Meewerken aan de behandeling	2,75	<b>2,75</b>	-	-	hoog	4
3 Erkennen van delict	2,50	<b>2,75</b>	-	-	hoog	4
4 Copingvaardigheden	2,50	<b>2,75</b>	-	-	hoog	4
5 Vaardigheden tvv Fysiek Agressief Gedrag	2,25	<b>2,75</b>	-	-	hoog	4
6 Medicatiegebruik	2,00	<b>3,25</b>	-	-	hoog	2
7 Psychotische symptomen	3,00	<b>1,00</b>	-	-	<b>matig</b>	4

\*:hoog, matig, laag, erg laag



## Artikel

# Psychotherapeutische psychiatrie

*Frits Milders*

### Inleiding

De term ‘psychotherapeutische psychiatrie’ is nooit een gangbaar begrip geweest. Het werd indertijd door Jongerius gelanceerd als alternatief voor het begrip ‘psychiatrische psychotherapie’ dat in het laatste decennium van de vorige eeuw wel enige bekendheid heeft gekregen maar voor veel psychiaters een vaag begrip bleef. Psychiatrische psychotherapie werd in 1988 voor het eerst door een werkgroep van de NVvP omschreven in een advies aan het consilium psychiatricum ten behoeve van het psychotherapieonderwijs in de opleiding tot psychiater (Abraham, 1988). De werkgroep had een vorm van psychotherapie voor ogen die ziektebeeld georiënteerd is en zich richt op een groep patiënten bij wie beperkte doelstellingen mogelijk zijn. De indruk bestond dat de behandelidealen van de meeste monomethodische vormen van psychotherapie (inzicht en persoonlijkheidsgroei) bijdroegen aan een onderwaardering van psychotherapeutische mogelijkheden in de behandeling van patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen. Bovendien was er te weinig aandacht voor de samenhang van psychotherapie met andere behandelinterventies zoals farmacotherapie.

Milders (1992 en 1997) heeft de term psychiatrische psychotherapie vervolgens verder genuanceerd. Centraal kwam te staan: “de patiënt opgevat als persoon in relatie tot diens psychiatrische stoornis en de context”. Daarbij werd het accent gelegd op de eigen opvattingen van de patiënt over de zin en betekenis van de psychiatrische symptomen in de eigen levenscontext en diens (potentieel) actieve rol in de beïnvloeding van het beloop van de psychiatrische stoornis. Het ging om een meer persoonsgerichte psychopathologie. Nadat in 1997 het Tijdschrift voor Psychiatrie (1997/2, jaargang 39) nog een themanummer had gewijd aan psychiatrische psychotherapie is deze term min of meer uit het psychiatrische discours verdwenen totdat het in de publicatie “Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie” (HOOP, 2009) weer is opgedoken. In dit document wordt psychiatrische psychotherapie echter niet omschreven. Wel wordt het in verband gebracht met de behandeling van stemmingsstoornissen, angst- en dwangstoornissen, stoornissen met vooral somatische symptomen en met persoonlijkheids- en aanpassingsstoornissen. Daarbij gaat het om de volgende specialismegebonden competenties: medisch handelen, communicatie, samenwerking en professionaliteit. Volgens HOOP dient de aios gedurende drie jaar tenminste 10% van zijn / haar tijd aan psychiatrische psychotherapie te besteden.

In dit artikel wordt het begrip psychiatrische psychotherapie opnieuw beschreven. De inzichten uit bovengenoemde publicaties dienen als uitgangspunt voor een nieuwe narratieve benadering van de psychopathologie. Dat wil zeggen een meer radicale visie die inhoudt dat de courante psychiatrische begrippen uit hun medisch psychiatrische context worden gehaald om hen een nieuwe - psychotherapeutisch relevante - betekenis te geven op basis van het verhaal van de patiënt als persoon. Een consequentie daarvan is dat voor de alternatieve term 'psychotherapeutische psychiatrie' wordt gekozen. Daarin komt beter tot uitdrukking dat deze benadering enerzijds haar plaats vindt op gelijke voet met de biologische en de sociale psychiatrie en dat anderzijds een fundamenteel andere visie op de psychiatrie in het geding is. In de komende drie paragrafen zullen eerst de uitgangspunten van psychotherapeutische psychiatrie worden besproken: 1) het diagnostisch reductieproces, 2) het metaforisch karakter van psychiatrische termen en 3) stolling en dynamiseren van psychiatrische termen. Vervolgens wordt het begrip psychiatrische psychotherapie nader uitgewerkt, komen de consequenties voor de identiteit van de psychiater aan de orde en zal tenslotte een aanzet worden gegeven voor een cursus in het kader van HOOP.

## 1. Het diagnostisch reductieproces

In de begripsmatige opbouw van psychiatrische psychotherapie is de patiënt als persoon in relatie tot zijn psychiatrische stoornis en de context een belangrijk uitgangspunt. Hoe dat gezien kan worden wordt pas duidelijk als eerst het begrip persoon in relatie tot het diagnostisch reductionistisch proces beschreven is.

Met persoon wordt bedoeld een uniek en concreet individu, een gelijkwaardige gesprekspartner. Een persoon kan niet worden losgezien van de interacties met de omgeving (de talige context). Er is sprake van een unieke levensloop, eigen belangen, wensen en opvattingen over de betekenis en zin van zijn / haar leven en (psychiatrische) problemen. Wezenlijk voor een persoon zijn autonomie, vrijheid, verantwoordelijkheid en betrokkenheid op waarden. Een persoon is meer dan het geheel van allerlei persoonlijkheidskenmerken. Jaspers (1948) heeft benadrukt dat de persoon wetenschappelijk onkenbaar is. Een persoon is een existentiële notie, geen dingachtig kwantificeerbaar iets maar eerder een gebeurtenis, die zich manifesteert in een ontmoeting. Het belang van dit inzicht voor de conceptualisering van de (psychotherapeutische) psychiatrie is dat wetenschappelijke totaliteitsaanspraken over patiënten bij voorbaat de pas worden afgesneden. Psychiatrisch diagnostische of wetenschappelijke uitspraken over patiënten zijn dus noodzakelijkerwijs en onvermijdelijk een reductie van de patiënt als persoon in zijn context. Dit wetenschapsfilosofisch standpunt kan een goede barrière vormen tegen opvattingen als zou de laatste waarheid over de psychiatrische problematiek zichtbaar (moeten) zijn op een MRI scan van de hersenen. Verder doordenkend over het reductionistische karakter van psychiatrische diagnostiek en

wetenschappelijk onderzoek doet zich de vraag voor naar de aard van de psychiatrische begrippen die daarbij gehanteerd worden. Op welke wijze geven zij een gereduceerd beeld van de onderzochte persoon? En wat zijn de consequenties daarvan? Dat zijn klinisch belangrijke vragen aangezien psychiatrische begrippen bepalen hoe de psychiater kijkt naar patiënten en hoe hij denkt en handelt. Zij vormen zijn denkgereedschap dat veelal als vanzelfsprekend en toereikend wordt beschouwd. Het psychiatrisch diagnostisch reductieproces kan in algemene zin worden gezien als de transformatie van een uniek persoon naar een patiënt, die in psychiatrisch opzicht overeenkomsten vertoont met andere patiënten. Binnen dat kader kunnen vervolgens aan het reducerend karakter van psychiatrische begrippen vier aspecten worden onderscheiden: objectivering, verwetenschappelijking, decontextualisering en informatieverlies. Wanneer in het diagnostisch proces subjectieve ervaringen en belevingen (en gedragingen) van een persoon worden benoemd als symptomen die worden gegroepeerd in klassen is er sprake van objectivering. Dat wil zeggen een feitelijke, niet subjectieve (het liefst waardevrije) beschrijving van fenomenen die aanspraak maken op algemene geldigheid. Anders geformuleerd gaat het om een proces van verwetenschappelijking, aangezien rubriceren en classificeren het beginstadium zijn van wetenschap. Zo wordt in de psychiatrie de DSM-IV vooral gebruikt voor biomedisch onderzoek om de pathogenese van psychiatrische stoornissen te ontrafelen. Met decontextualisering wordt bedoeld dat de ervaringen en gedragingen van een persoon uit hun unieke, betekenisvolle persoonlijke psychosociale omgeving worden gehaald en als symptomen een neutraal, onpersoonlijk en waardevrij karakter krijgen. Ten slotte treedt er in het psychiatrische diagnostisch proces informatieverlies op. Verhalen van personen over klachten en problemen worden in de diagnostiek (mede door een strenge definiëring) gefixeerd in symptomen, DSM-IV klassen en diverse psychiatrische concepten. Tijdens dit vertaalproces waarin de psychiater de heterogene informatie noodzakelijkerwijs moet vereenvoudigen tot een overzichtelijke diagnose, gaat onvermijdelijk informatie verloren. Schokkende of pijnlijke verhalen stollen in medisch-technische contextloze hyponarratieven (verarmde verhalen; Sadler, 2005); van de kleurenfilm van het dramatische leven van een persoon resteert een zwartwit foto van een patiënt.

## 2. Het metaforisch karakter van psychiatrische termen

Het diagnostisch reductieproces kan ook op een wetenschapsfilosofisch niveau worden beschreven. Het etiketteren van belevingen en gedragingen van personen als pathologisch betekent dat alledaagse normale begrippen (zoals angst, somberheid, dwang, etc) worden opgenomen in het psychiatrische jargon en zo een objectieve, contextloze, medisch wetenschappelijke status krijgen. Dat betekent dat vrijwel alle psychiatrische termen eigenlijk metaforen zijn. De oorspronkelijke betekenis van de meeste van deze termen is te vinden in het dagelijks taalgebruik van personen. Toegepast in het wetenschap-



pelijk psychiatrisch jargon is er sprake van overdrachtelijk taalgebruik. Zo hebben Bennett en Hacker (2003) overtuigend aangetoond dat vertrouwde psychologische functies zoals waarnemen, denken, voelen, willen, geheugen eigenlijk alleen zinvol gebruikt kunnen worden in relatie tot een persoon. Toepassing op de 'geest' of de hersenen leidt tot betekenisloze antropomorfe uitspraken, bijvoorbeeld dat hersenen (of de geest) kunnen denken, voelen en willen. Er is sprake van een denkfout (mereological fallacy) als niet wordt onderkend dat deze termen hun betekenis ontlenen aan een geheel (persoon binnen een talige context) en niet aan een deelaspect (geest of hersenen). Dus alleen personen kunnen waarnemen, denken, voelen en willen. De hersenen zijn daarvoor uiteraard wel een noodzakelijke voorwaarde.

Dit wetenschapsfilosofische excurs brengt ook aan het licht dat vrijwel alle psychiatrische symptomen dode metaforen zijn, net zoals de 'poten' van een tafel. Dode metaforen (waarvan het metaforisch karakter niet meer opvalt) zijn het resultaat van het psychiatrisch reductionisme. Een soort stolling van de taal met een (als wetenschappelijk ideaal gezien) eendimensionale betekenis (c.q. een zo streng mogelijke definitie). Psychiatrische klassen die zijn samengesteld uit deze dode metaforen kunnen op hun beurt worden gekarakteriseerd als hyponarratieven (Sadler, 2005), ofwel verarmde verhalen. Juist deze 'gestolde' hoedanigheid maakt psychiatrische symptomen, klassen en concepten geschikt voor psychiatrische diagnostiek en onmisbaar als basis voor wetenschappelijk onderzoek. Slechts weinig metaforen in de psychiatrie hebben een levende kern, zoals de term 'kwetsbaarheid'. Levende metaforen (verhalen in het klein, Ricoeur, 1975 en 1981) hebben in de psychiatrie een belangrijke heuristische functie, namelijk het ontsluiten van wetenschappelijke domeinen en het leggen van verbanden (Van Peursen, 1992).

### **3. Stolling en dynamiseren van psychiatrische termen**

Het vaststellen van symptomen en het formeren van klassen kan dus worden omschreven als een stolling van elementen uit het verhaal van de patiënt. Dit is de basis van de biologische psychiatrie en van symptoomgerichte psychotherapeutische methoden. Zo kan identificatie van dwanghandelingen leiden tot het toepassen van farmacotherapie maar ook van gedragstherapie. Daarnaast kan de betekenis van het (gestolde) symptoom worden onderzocht. Dat is de invalshoek van psychodynamisch georiënteerde therapeuten. Een symptoom als angst kan bijvoorbeeld wijzen op onderdrukte boosheid. Psychotherapeutische psychiatrie kiest voor een andere invalshoek, namelijk een thematisering van de diagnostische stolling in het verhaal van de patiënt, niet op intrapsychisch niveau maar op het fenomenologisch vlak. Die stolling heeft twee klinisch relevante kanten. Aan de ene kant fungeert zij als een vaststelling (fixering) door de psychiater van psychopathologische elementen in het verhaal van de patiënt. Het zijn vaste oriëntatiepunten die de complexiteit van de problematiek van een persoon kunnen helpen analyseren en ordenen binnen een medisch psychiatrisch kader. Aan de andere kant ont-

hult de term stolling een ingewikkeld diagnostisch procedureel gebeuren (met gewenste en minder gewenste effecten). In het diagnostisch interview zijn patiënt (als persoon) en psychiater verwickeld in een interactieproces waarin door beiden betekenis wordt gegeven aan belevingen en gedragingen van de patiënt en waarin ook door beiden (maar vanuit verschillende intenties) stollingen in het patiëntnarratief aangebracht worden. Stollingen die de patiënt zelf aanbrengt hebben betrekking op min of meer starre, krampachtige overtuigingen over de aard of de oorzaak van de problemen. De stollingen die de psychiater aanbrengt in het verhaal van de patiënt zijn de vaststelling van psychopathologische verschijnselen. Beide typen stolling worden in psychotherapeutische psychiatrie 'bewerkt'. Als we ons beperken tot de door de psychiater aangebrachte stollingen dan gaat het allereerst om het besef dat vaststelling van symptomen de resultante is van een interpretatie van het verhaal van de patiënt (en diens gedragingen). Een interpretatie die nogal eens arbitrair is en altijd staat (reliëf krijgt) naast de interpretatie van de patiënt. Vervolgens gaat de psychiater de gestolde medisch psychiatrische termen dynamiseren (ontstollen). Dat betekent dat hij ten eerste weer oog krijgt voor hun (min of meer oorspronkelijke) pluriforme betekenis binnen het verhaal van de patiënt als persoon (op fenomenologisch niveau). Ten tweede komen klinisch relevante belevingen en ervaringen van de patiënt weer in het zicht die buiten het diagnostisch selectieproces zijn gehouden. Zo wordt het eerder genoemde informatieverlies weer ongedaan gemaakt. De patiënt als persoon wordt actief betrokken in een nieuwe betekenisgenererende en procesmatige dialoog over de psychiatrische stoornis en daarmee samenhangende problematiek. Uitgangspunten daarbij zijn het geloof van de psychiater in het vermogen van de patiënt om zelf zin en betekenis te geven aan zijn leven en de problemen (in een eigen narratief) en dat de patiënt als persoon min of meer beschikt over een daarmee samenhangend zelfhelend vermogen. Psychotherapeutische psychiatrie kan zo nieuwe ingangen voor begrip, bejegening en psychotherapeutische invalshoeken bieden. In de volgende paragraaf kunnen slechts enkele voorbeelden worden gegeven van het dynamiseren van gestolde psychiatrische begrippen. Het zou zeker interessant zijn de hele psychopathologie te herschrijven vanuit dit gezichtspunt.

### **Voorbeelden van het dynamiseren van psychiatrische termen**

Allereerst de termen pathologie en ziekte. Het is begrijpelijk dat in het diagnostisch denken van de psychiater - als medisch specialist - het accent sterk ligt op het ontdekken, bevestigen en behandelen van pathologie. Mede door het boven beschreven stollingsproces is het verleidelijk om te denken in termen van ziekte-eenheden. Vaak worden psychiatrische stoornissen (ondanks hun nominalistische karakter) voorgesteld als concrete naturalistische entiteiten (door reïficatie, zie Nieweg, 2005) waarmee allerlei denkfouten samenhangen (zoals: "schizofrenie is een hersenziekte", "hij is zo druk door zijn ADHD"). Vanuit dit perspectief richt de psychiater zich met een strijdbare

attitude op het volledig doen verdwijnen van de 'ziekte'. Dat blijkt uit het martiale prefix 'anti' (overgenomen uit de somatische geneeskunde) bij psychofarmaca: antipsychotica en antidepressiva. Binnen de psychotherapeutische psychiatrie wordt het pathologieconcept uit zijn eenzijdige biologische verstarring (los van het concept gezondheid) 'bevrijd' om plaats te maken voor een dynamische visie op de relatie normaliteit en pathologie waarbij het zelfhelend vermogen van de persoon centraal staat. Het gaat dan om 'herstel' dat is gericht op het beter sociaal functioneren van een persoon in verschillende situaties en niet primair op het doen verdwijnen van psychische stoornissen vanuit een medisch model van pathologie. Deze visie is terug te vinden bij Georges Canguilhem (1966) en bij de moderne herstelbeweging (Boevink, 2006) waarin benadrukt wordt dat de patiënt (als persoon) eigenaar wordt van zijn eigen verhaal en zijn ervaringen niet laat bepalen door psychiatrische etikettering. Gelijkssoortige opvattingen verwoordt Fulford (1994) met zijn onderscheid tussen de medisch psychiatrische term disease (met nadruk op disfuncties) en het begrip illness (waarin action failure centraal staat). Het laatste begrip doet meer recht aan wat patiënten (als personen) zelf aan beperkingen ervaren in hun dagelijks leven.

Ook de psychiatrische term 'beloop' kan worden opgevat in zijn medisch psychiatrische betekenis (de beloopsvormen van bepaalde syndromen met een eigen, biologisch bepaalde wetmatigheid), maar ook in relatie worden gebracht met de patiënt als persoon. Volgens Strauss speelt de patiënt als persoon - in interactie met de context - een actieve rol in de beïnvloeding van het beloop van de stoornis. Strauss legt in de diagnostiek en de behandeling de nadruk op de wederzijdse beïnvloeding van persoon, psychopathologie (beloopfasen) en omgeving (met taken en uitdagingen). Daarom kiest hij voor een longitudinale benadering van ernstige psychiatrische stoornissen. Hij onderscheidt in het beloop een aantal fasen (niveaus van functioneren) die samenhangen met kwetsbaarheid, zelfbescherming, kritische verandermomenten, een periode van groei (waarin stapsgewijs verschillende levensdoelmeinen worden heroverd) en het bereiken van een plafond. Elke fase heeft een eigen psychologische dynamiek en een daaraan gerelateerde psychotherapeutische benadering. De fasen worden door hem gekarakteriseerd met voor patiënten begrijpelijke, aansprekende en voor psychotherapie vruchtbare metaforen zoals 'moratorium' (herstelfase) en 'bergbeklimmen' (groeifase). Al deze inzichten rond de patiënt als een actief persoon brengen Strauss (1989) er toe te spreken van een "nieuwe dynamische psychiatrie".

DSM-IV categorieën werden eerder omschreven als verarmde verhalen of hyponarratieven. Juist in deze hoedanigheid (met hun objectieve en contextloze karakter) dienen zij de volgende doeleinden: administratieve efficiëntie, klinische bruikbaarheid, educatie, pragmatisme, wetenschappelijke strengheid en de mogelijkheid tot research (Sadler, 2005). Het is begrijpelijk dat wanneer de nadruk op ziekte-eenheden wordt gelegd en op de biologische pathogenese van psychiatrische stoornissen, het persoonlijke leven van de patiënt

en diens levensgeschiedenis minder relevant worden. De afstand tot de patiënt als persoon met een unieke belevingswereld is dan groot. Hoe kan die kloof overbrugd worden? Sadler (2005) probeert dat door meer patiëntbetrokken doeleinden voor de DSM-IV te introduceren, zoals: het helpen van patiënten en eudaimonia (bevorderen van het goede leven). In overeenstemming met het herstelbegrip pleit hij ervoor dat de toekomstige DSM meer aandacht zou moeten geven aan sociale factoren, werkproblemen en huisvestingskwesties als maten voor stress en beperkingen.

Binnen een psychotherapeutisch psychiatrische benadering kunnen psychiatrische klassen - in relatie gebracht met (het verhaal van) de patiënt als persoon - zich anders manifesteren. Ten eerste openbaart zich een existentiële dimensie. Een depressie wijst op demoralisatie, dat wil zeggen een toestand van wanhoop waarin het leven zinloos is. Bij de klasse schizofrenie kan men zich realiseren dat geen recht wordt gedaan aan ervaringen van patiënten als persoon. Vandaar dat de patiëntenbeweging Anoksis kiest voor de alternatieve term 'disfunctioneel perceptiesyndroom' en Van Os voor het begrip salience syndroom (Maassen, 2010). Van Os vindt dat de term schizofrenie ervaringen van patiënten mystificeert. Het begrip roept bij buitenstaanders geen herkenning op en kan daardoor stigmatisering bevorderen. Ten tweede worden klassen ontmaskerd als een selectie uit een scala aan ervaringen. In de autobiografie van Solomon (2001), waarin hij zijn eigen depressies indringend beschrijft, noemt hij belevingen die niet in de DSM-IV klasse depressie voorkomen maar die wel een beter begrip geven van zijn lijden. Enkele voorbeelden: stoornis in de lichaamsbeleving (vervreemding, verstening, controleverlies), verandering in de tijdsbeleving, inkrimping van de wereld, verbrokkeld, verarmd en in zichzelf opgesloten denken, eenzaamheid en vervreemding van anderen, zelfhaat, hulpeloosheid, hopeloosheid en demoralisatie. Zo is ook aan het tot stand komen van de klasse schizofrenie een selectie voorafgegaan. Men vindt in die categorie geen ervaringen van patiënten die samenhangen met informatieverwerkingsstoornissen, cognitieve beperkingen en een verbrokkeld zelfgevoel (Van den Bosch, 1993). Deze (in de DSM-IV geëxcludeerde) ervaringen geven in het kader van psychotherapeutische psychiatrie een beter begrip van de patiënt als persoon (in een context) en kunnen helpen copingstrategieën te bevorderen.

Ook psychiatrische symptomen krijgen binnen het verhaal van de patiënt een andere betekenis of lading. Bijvoorbeeld het begrip 'waan'. Medisch psychiatrisch is het een duidelijk omschreven, gestolde en neutrale term. Voor de patiënt (als persoon) is het een bijzondere en betekenisvolle overtuiging, een existentieel houvast. Dynamisering van dit begrip geeft nieuwe psychotherapeutisch relevante invalshoeken. Om te beginnen zijn interpretaties van overtuigingen vaak een hermeneutische puzzel. Daarom is het voor de psychiater niet zelden lastig om met zekerheid een waan vast te stellen. Vervolgens blijken er bij sommige patiënten met wanen fluctuaties in de overtuigingszekerheid op te treden, die contextafhankelijk zijn. Daardoor is een dialoog met de patiënt over zijn overtuiging mogelijk. Ook kan nader fe-

nomenologisch onderzoek zinvol zijn. Zo heeft De Vooght (2006) op basis van de fenomenologie van Binswanger laten zien hoe een waan tot stand komt en hoe een analyse van de waarneming en gewaarwordingen kan helpen om de patiënt weer “bezit te laten nemen van zijn eigen geest”. Louter uitgaande van de scherpe en gestolde definitie van waan is het moeilijk voor te stellen dat een waan psychotherapeutisch te beïnvloeden is. Dan past alleen nog de ‘antihouding’.

Het begrip ‘ontbrekend ziektebesef’ kan eveneens op twee manieren worden opgevat. In zijn gestolde, objectieve en contextloze hoedanigheid gaat het om een disfunctie, een symptoom van een psychiatrische stoornis, bijvoorbeeld schizofrenie. Vanuit een biomedische benadering wordt door Amador een vergelijking getrokken met de term anosognosie (ontkenning van de verlamde linker lichaamshelft ten gevolge van een CVA in de rechter hemisfeer). Gekoppeld aan een persoon gaat het daarentegen om een ‘houding’ ten opzichte van de psychiatrische problematiek (Jaspers, 1948), dat wil zeggen een existentiële positiebepaling waarbij eigen ziekteattributies en zingeving centraal staan. Ziektebesef, een aspect van zelfinzicht, kan niet zonder een temporele diepte en houdt noodzakelijkerwijs een verhaal in (Taylor, 2007). Dan kan gebrek aan ziektebesef een fase zijn in het levensproces (samenhangend met kwetsbaarheid en schaamte) waarover een dialoog mogelijk is. Vanuit dit gezichtspunt blijkt dat ontbrekend ziektebesef niet een monopolie is van patiënten die lijden aan schizofrenie. Ook bij patiënten met chronische lichamelijke aandoeningen is ontkenning eerder regel dan uitzondering (David, 1998).

Een berucht probleem in de psychiatrie en in de somatische geneeskunde is gebrek aan motivatie bij patiënten (voor onder andere farmacotherapie). In de psychiatrie wordt gebrek aan motivatie in zijn gestolde hoedanigheid een eigenschap van de patiënt of een symptoom van de psychiatrische stoornis. Gekoppeld aan de patiënt als persoon wordt deze term de resultante van een interactieproces tussen dokter en patiënt waarbij zich de vraag voordoet: “wie is waarom, waartoe en voor wat gemotiveerd?”

Bij de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen is het van groot belang een onderscheid te maken tussen de patiënt als persoon, diens persoonlijkheid en de persoonlijkheidsstoornis (trekken van). In zijn gestolde variant valt de patiënt samen met zijn persoonlijkheidsstoornis. In de psychotherapeutische psychiatrie wordt de patiënt als persoon gestimuleerd een houding aan te nemen ten opzichte van (aspecten van) de persoonlijkheidsstoornis, getypeerd als omgangsstrategie.

Ten slotte kan ook de meest medische interventie in de psychiatrie, de psychofarmacotherapie, uit zijn medische verstarring gehaald worden. Als we ons realiseren dat farmacotherapie is ingebed in een relatie en dat het zelfbeeld van de patiënt wordt beïnvloed kan ‘het voorschrijven van pillen’ transformeren naar een vorm van psychotherapie.

## Wat is psychotherapeutische psychiatrie?

Kort samengevat is psychotherapeutische psychiatrie een samenhangend geheel van enkele deelconcepten die hiervoor zijn besproken. Het overkoepelend kader wordt gevormd door de relatie psychiater - patiënt (de ontmoeting van twee personen) en de relatie persoon - stoornis. Het hart van psychotherapeutische psychiatrie is een diagnostisch-therapeutisch proces met twee fasen. De eerste fase is een diagnostische reductie van het verhaal van een persoon waarin bepaalde elementen als pathologisch worden geobjectiveerd (gestold). Hierin manifesteren beide personen zich tevens in hun (gereduceerde) rol van patiënt en psychiater. De tweede fase wordt gekenmerkt door een hermeneutisch en waardegeoriënteerd afstemmingsproces van het verhaal van de patiënt en het professionele medisch verhaal over de patiënt. De hierbij gebruikte methode is het dynamiseren van medisch verstarde psychiatrische termen die in een hertaalde vorm kunnen worden opgenomen als oriëntatiepunten én richtinggevende noties in een nieuw verhaal van de patiënt. Mede daardoor kan een persoonlijk herstelproces op gang komen. Dat wil zeggen dat de patiënt als persoon - vanuit een betrokkenheid op levenswaarden - een goede balans zoekt van zelfhelend vermogen en kwetsbaarheid. In die zoektocht zijn een adequate omgang met psychiatrische problematiek en maatschappelijke integratie vaak twee kanten van één medaille. Idealiter praten en onderhandelen in de tweede fase weer twee personen op gelijke voet met elkaar. De patiënt als persoon fungeert hier als ervaringsdeskundige. Ook de psychiater heeft een subtiele rolverandering ondergaan: hij heeft zijn rol van medicus vervangen door een persoonlijke en psychotherapeutische attitude. Deze past beter bij het dynamiseren van psychopathologische termen. Men kan deze rolverandering ook karakteriseren als de-professionaliseren van de psychiater voor zover het primair gaat om het contact met een persoon (die de patiënt in staat stelt zijn eigen verhaal te maken) en niet met een hulpverlener (Boevink, 2006). Kenmerkend voor psychotherapeutische psychiatrie is dat de psychiater vaak heen en weer pendelt tussen de rol van objectiverende medicus en die van psychotherapeut. Er valt veel voor te zeggen om de persoonlijke psychotherapeutische attitude als fundament te zien voor de medische. Voor de identiteit van de psychiater heeft deze zienswijze interessante consequenties.

Psychotherapeutische psychiatrie is dus niet het toepassen van reguliere psychotherapeutische methoden in de behandeling van psychiatrische stoornissen. Het gaat om een meer basale en algemene benaderingswijze waarbinnen reguliere psychotherapeutische methodieken en technieken toegepast kunnen worden. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen van psychotherapeutische psychiatrie met de monomethodische vormen van psychotherapie? Allereerst is er een wezenlijke overeenkomst met de existentiële psychotherapie (Yalom, 1980). Beide gaan uit van de patiënt als een autonome persoon die is betrokken op levenswaarden. Dat geldt ook voor de cliëntgerichte therapie. Voor zover in psychotherapeutische psychiatrie individuele symptomen

worden hertaald (gedynamiseerd) komt de cognitieve therapie in gedachten. Er zijn verder parallellen met mentaliseren, vooral met betrekking tot betekenisgeving van ervaringen van de patiënt zelf en in relatie tot anderen. Ook met IPT zijn er overeenkomsten: bevestiging van de patiënt en zijn ziekte, aandacht voor psycho-educatie en voor pathogenetische factoren in een interactionele context. Met de systeemtherapie bestaat een gemeenschappelijk uitgangspunt dat de patiënt als persoon nooit los gezien kan worden van de context. Het verhaal van de patiënt is altijd een exponent van de verhalen in diens familie en de verhalen die vigeren binnen een specifieke subcultuur. Het grote verschil met de genoemde therapievormen is dat in de psychotherapeutische psychiatrie niet alleen de relatie persoon - stoornis centraal staat (dit in tegenstelling tot de persoonsgerichte psychotherapieën) maar dat de psychiatrische termen waaruit deze stoornis is geconstrueerd nieuwe (of oorspronkelijke) betekenissen krijgen in relatie tot de patiënt als persoon. Een betekenis die van belang is voor het persoonlijke herstelproces.

Psychotherapeutische psychiatrie geeft met fase twee van het diagnostisch-therapeutische proces (afstemming van het verhaal van en over de patiënt) een nieuwe en ruimere inhoud aan het begrip psycho-educatie. Naast het dynamiseren van versterde psychiatrische termen kunnen tevens stellingen in het verhaal van de patiënt zelf (protoprofessionalisering) bediscussieerd worden. Binnen de psychotherapeutische psychiatrie is psycho-educatie niet een tot één zitting beperkte monoloog van de psychiater over voorlichting. Geen éénrichtingsverkeer maar een min of meer langdurig proces, een continue dialoog van de psychiater met patiënt en familie, waarin naast rouwtherapie en het leren leven met beperkingen, vooral wordt aangesloten bij de herstelstrategie van de patiënt: het ontwikkelen van nieuwe perspectieven en het bieden van hoop.

## **De identiteit van de psychiater**

Uit bovenstaande overwegingen kan de conclusie worden getrokken dat psychotherapeutische psychiatrie consequenties heeft voor de identiteit van de psychiater. Als de patiënt primair als een persoon wordt gezien staat daar uiteraard een psychiater als persoon (betrokkenheid op waarden) tegenover. Echter, de identiteit van de psychiater lijkt al onwrikbaar vast te staan. Met de publicatie van twee "profielchetsen psychiater" binnen relatief korte tijd (1996 en 2005) heeft de NVvP meer dan duidelijk willen maken dat de psychiater een medisch specialist is. Toch roepen deze publicaties twijfels op. Dat de NVvP überhaupt officieel verkondigt dat de psychiater een medisch specialist is geeft eigenlijk al te denken. Heeft iemand ooit van een profielchets internist of neuroloog gehoord? Als de NVvP twee profielchetsen nodig heeft om de medische identiteit van de psychiater uiteen te zetten, maakt dat geen sterke indruk. Wat is er aan de hand? Er lijkt sprake van een legitimiteitscrisis die niet als zodanig herkend wordt. In hoeverre is er een be-

duchtheid om te erkennen dat de psychiatrie een 'softe' kant heeft. Is het bij herhaling benadrukken van de medische identiteit een overdekking van het tegendeel? Hoe dit ook moge zijn, vanuit de psychotherapeutisch psychiatrische benadering krijgt het 'zachte deel' van de psychiatrie een scherp profiel naast de medische. Er is dus sprake van een dubbele identiteit. Enerzijds blijft de psychiater een dokter die psychopathologische termen professioneel inzet als markeringspunten voor de ordening van het verhaal van de patiënt en daarvan de medische consequenties onderzoekt. Anderzijds is hij een 'ethicus' die een positie moet innemen in een morele ruimte (een veld van waarden, zie Taylor, 2007). Die positie moet niet alleen steeds opnieuw worden gezocht bij iedere (nieuwe) patiënt maar ook met betrekking tot maatschappelijke kwesties. De ethische identiteit komt niet tot uitdrukking in de zeven competenties die bepalend worden geacht voor de identiteit van de psychiater als medisch specialist. De competentie professionaliteit omvat weliswaar een ethisch gezichtspunt, maar dat heeft betrekking op bepaalde deugden in de bejegening van patiënten. 'Ethiek' in de psychotherapeutische psychiatrie gaat over een hermeneutische methodiek in het gesprek met de patiënt. Zoals eerder is besproken speelt hierbij een zekere deprofessionalisering van de psychiater een rol. Op maatschappelijk niveau betekent die ethische identiteit een positiebepaling in een socio-cultureel krachtenveld (bijvoorbeeld over DBC's of het stigmaprobleem). Er valt veel voor te zeggen om de ethische identiteit van de psychiatrie als constituerend te zien voor de medische. Als deze (dubbele) identiteit van de psychiater (psychiatrie) overtuigend wordt uitgedragen kan ook aannemelijk worden gemaakt dat er met een zekere regelmaat nieuwe profielschetsen psychiater behoren te verschijnen. Niet als herbevestiging van de medische identiteit van de psychiater maar als een continue stellingname in een voortdurend veranderend socio-cultureel waardenveld waarin steeds een nieuw maatschappelijk appel wordt gedaan op de ethische identiteit van de psychiatrie.

## **Aanzet tot een cursus psychotherapeutische psychiatrie**

Uitgaande van de besproken aspecten van psychiatrische psychotherapie komen de volgende onderwerpen in aanmerking voor een cursus: de dokter - patiënt relatie, relatie patiënt - stoornis, zelfhelend vermogen van de patiënt, psycho-educatie, motiveren / overtuigen / dwang, structurerende begeleiding, hanteren van crises / suïcidaliteit en systeemdenken. In HOOP vallen de meeste van deze onderwerpen onder de ziektegebonden leerdoelen medisch handelen en onder de basale vaardigheden die in het eerste half jaar na de aanvang van de opleiding getraind zouden moeten worden. Wat vanuit de psychotherapeutische psychiatrie wordt toegevoegd is een theoretisch gefundeerde samenhang van genoemde elementen, een specifieke uitwerking daarvan en met name aandacht voor de relatie patiënt - stoornis (dynamiseren van psychiatrische termen), het zelfhelend vermogen en het systeemdenken. Om recht te doen aan al deze aspecten zijn drie pijlers voor een cursus psy-



chotherapeutische psychotherapie van belang. Ten eerste wat in HOOP wordt genoemd “het vestigen en in stand houden van een goede werkrelatie met het hanteren van factoren die deze werkrelatie bedreigen in relatie tot persoonlijke kenmerken (van de stoornis) van de patiënt”. De psychotherapeutische gespreksvaardigheden die nodig zijn voor goede diagnostiek en behandeling moeten van een hoog niveau zijn. Deze eis is dus van een andere orde dan de wijze waarop in de richtlijn “psychiatrisch onderzoek bij volwassenen” het diagnostisch interview in een voetnoot (sic!) wordt omschreven: “Mondeling onderhoud, dat naast diagnostische deskundigheid ook gespreksvaardigheid van de onderzoeker vergt”. Ten tweede een goede kennis van de psychopathologie (fenomenologie, begripsvorming, diagnostiek en classificatie). Ten derde een gevoeligheid voor taal en waarden en een daarop gebaseerde hermeneutische vaardigheid. Een cursus mentaliseren maar ook het lezen van belletristiek kunnen deze vaardigheden helpen ontwikkelen. Het spreekt vanzelf dat psychotherapeutische psychiatrie ten grondslag ligt aan de diagnostiek en behandeling van alle psychiatrische stoornissen en vooral de meest ernstige.

Bij het opzetten van een cursus zullen opleiders moeten zorgen voor een goede samenhang van centraal onderwijs (in OOR-verband), huisonderwijs en training op de stageafdelingen.

## Slotopmerking

Een kritische lezer zal wellicht vragen of niet elke goede clinicus op deze wijze werkt? En wat is dan het nieuwe van psychotherapeutische psychiatrie? Het antwoord op de eerste vraag is een volmondig ja. Bovendien is psychotherapeutische psychiatrie niet zozeer nieuw maar zij maakt wel expliciet wat in de klinische praktijk min of meer vanzelfsprekend is of misschien ook nog te weinig bewust gebeurt. In ieder geval wordt een theoretisch fundament geboden voor de klinische praktijk en een goed omschreven alternatief voor ‘psychiatrische psychotherapie’ in HOOP.

## Literatuur

- Bennett, M.R. and Hacker, P.M.S. (2003), *Philosophical Foundations of Neuroscience*, Blackwell Publishing.
- Boevink, W., A. Plooy en S. van Rooijen, (2006), *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid*, Uitgeverij SWP, Amsterdam.
- Bosch, R.J. van den (1993), *Schizofrenie. Subjectieve ervaringen & cognitief onderzoek*. Bohn Stafleu Van Lochem, Houten/Zaventem.
- Canguilhem, G. (1966), *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, Paris
- David, A.S. (1998), The Clinical Importance of Insight, in: Amador, X.F. and David, A.S. (1998), *Insight and Psychosis*, Oxford University Press, New York and Oxford.

- Fulford, K.W.M. (1994), Closet Logics, in: Sadler, J.Z., Wiggins, O.P., Schwartz, M.A. Eds (1994), *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification*, The John Hopkins University Press, Baltimore and London.
- HOOP. Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie (2009), De Tijdstroom, Utrecht.
- Jaspers, K. (1948), *Allgemeine Psychopathologie*, Springer Verlag Berlin.
- Maassen, H. (2010), De toekomst van schizofrenie, *Medisch Contact*, 65, 10, 438-441.
- Milders, C.F.A. (1992), Psychiatrische psychotherapie: een omslachtig begrip met diepe gronden. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 34, 8, 559-570.
- Milders, C.F.A. (1997), Psychiatrische psychotherapie. Een inleiding. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 2, 81-93.
- Nieweg, E.H. (2005), Wat wij van Jip en Janneke kunnen leren, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 239-248.
- Peursen, C.A. van, (1992), Verhaal & Werkelijkheid. *Een deiktische ontologie*. Kok Agora, Kampen.
- Ricoeur, P. (1975), *La métaphore vive*, Éditions du Seuil, Paris.
- Ricoeur, P. (1981), *Hermeneutics & the Human Sciences*, Cambridge University Press.
- Sadler, P.Z. *Values and Psychiatric Diagnosis*, Oxford University Press, Oxford (2005).
- Solomon, A. (2001), *Deomonen van de Middag*, Anthos, Amsterdam.
- Strauss, J.S. (1985), The course of a psychiatric disorder III: longitudinal principles. *American Journal of Psychiatry*, 142, 3, 289-296.
- Strauss, J.S. (1989), Subjective experiences of schizophrenia: towards a new dynamic psychiatry – II, *Schizophrenia Bulletin*, 15, 2, 179-187.
- Taylor, C. (2007), *Bronnen van het zelf*, Lemniscaat, Rotterdam.
- Vooght, L. de (2006), Het belang van de fenomenologie van Binswanger voor het begrip waan, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 11, 843-848.
- Yalom, I.D. (1980), *Existential Psychotherapy*, Basic Books, New York.

---

## Over de auteurs

**Mw. drs. T. Hoekstra** was junior-onderzoeker bij deze divisie en is nu wetenschappelijk onderzoeker op de afdeling Cardiologie van het UMCG

**Mw. K. Hollander**, student farmacie, stagiaire Neuroimaging Center, Universitair Medisch Centrum Groningen, Universiteit Groningen

**Dhr. B de Jager** is psychiater en directeur behandelzaken bij de Divisie Forensische Psychiatrie (DFP), GGZ Drenthe, te Assen

**Dhr. dr. H. Knegtering**, psychiater, onderzoeker, Lentis Groningen, tevens verbonden aan het Rob Giel Onderzoekcentrum en het Neuroimaging Center, Universitair Medisch Centrum Groningen, Universiteit van Groningen

**Mw. Dr. M. Lancel**, fysiologisch psycholoog, is senior-onderzoeker bij de Divisie Forensische Psychiatrie (DFP), GGZ Drenthe, te Assen

**Mw. Edith Liemburg**, Msc. Neuroimaging Center, Universitair Medisch Centrum Groningen, Universiteit van Groningen  
Correspondentie: e.j.liemburg@med.umcg.nl

**Mw. N. Oosterbos** is werkzaam als junior-onderzoeker bij de Divisie Forensische Psychiatrie (DFP), GGZ Drenthe, te Assen

**Dhr. drs. E. Schuringa** is psycholoog en junior onderzoeker in het FPC dr. S. van Mesdag. Hij is bezig met een promotieonderzoek, waarvan het onderzoeken en implementeren van een behandel-evaluatie instrument en methode voor de forensische psychiatrie een onderdeel is. Met deze methode en dit instrument kan de behandeling van patiënten zowel op individueel als op groepsniveau geëvalueerd worden.  
Contactgegevens: e.schuringa@fpcvanmesdag.nl

**Dhr. dr. C.F.A. Milders** is psychiater en A-opleider bij Lentis, cfa.milders@lentis.nl

## 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 schizofrenia. *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

Vorkom 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.