

# Psychiatrie sterk verweven met somatische geneeskunde

“Waar de psychiatrie voorheen nog wel eens in een apart hoekje van de geneeskunde werd geplaatst, is het vandaag de dag steeds duidelijker dat dit een medisch vakgebied is als alle andere.” Dagvoorzitter professor Jaap Verweij, decaan van de medische faculteit van het Erasmus MC in Rotterdam erkent ruiterlijk dat hij als student geneeskunde geen fan was van de psychiatrie. “Gaandeweg ben ik gaan inzien dat de psychiatrie, net als de meer somatische vakgebieden als de interne geneeskunde, met dezelfde biologische principes werkt. Ook hier gaat het bijvoorbeeld om de invloed van genetica op ziekte en gezondheid en – daarmee – om een vakgebied dat net zo fascinerend is als al die andere medische vakgebieden. De presentaties die u hier kunt vinden laten zien wat de stand van de wetenschap en de zorg is op een aantal belangrijke deelgebieden van de psychiatrie.”

*Sinds 2010 organiseert de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) werkbezoeken voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Daarmee wil de NFU bijdragen aan de kennis en het begrip dat nodig is om in het beleid te kunnen omgaan met de actuele maatschappelijke opgaven. Dit is een verslag van de zevende bijeenkomst op 8 mei 2014 in Amsterdam, met als thema: Psychiatrie.*

De volgende sprekers hebben bijgedragen

- Professor Rutger Engels (“Niet beleren maar voordoen”)
- Professor Iris Sommer (“Schizofrenie is meer dan dopamine”)
- Professor Richard Oude Voshaar (“Eigen psychiatrie voor oudere kan zorgkosten besparen”)
- Professor Hjalmar van Marle (“Liever behandelen dan straffen”)
- Professor Ralph Kupka (“Manisch depressieve patiënten sneller behandelen met behulp van e-Health”)
- Dr. Nienke Vulink (Hulp voor 10% ‘onbehandelbare’ angststoornissen)

## “Niet beleren maar voordoen”



Professor Rutger Engels is hoogleraar ontwikkelingspsychopathologie. Binnen de faculteit Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit werkt hij nauw samen met de medische onderzoekers van het UMC St. Radboud. Tevens is hij voorzitter van de Raad van Bestuur van het Trimbos Instituut. “Op die manier hoop ik een optimale brug te kunnen slaan tussen het fundamentele onderzoek en de toepassing”, aldus Engels.

Voorlichting alleen helpt niet

Een overzicht van de deugdelijke wetenschappelijke literatuur op het gebied van verslaving laat zien dat puur en alleen voorlichting geen effect heeft op het gedrag van jongeren. "Voorlichting verhoogt wel de kennis, maar jongeren aanspreken op de ratio is, zeker in de puberteit, niet de handigste ingang", aldus Engels.



### Preventie richten op de omgeving

Beter dan sec voorlichting van de jongeren in kwestie, is een aanpak via de omgeving, zoals de ouders of de school. Wanneer ouders stoppen met roken of hun eigen alcoholgebruik minderen heeft dat ook een meetbaar effect op het gedrag van jongeren. "De vroeger populaire opvatting dat je kinderen beter in het gezin kunt 'leren drinken' is ronduit contra-productief", stelt Engels. "Het enige dat je doet is dat je de jongere inderdaad leert drinken. Onderzoek laat zien dat deze kinderen uiteindelijk zowel buiten- als binnenshuis meer alcohol consumeren."

### Haal geen verslaafde in de klas

"Er zijn ook nog steeds scholen en gemeenten die tijdens de voorlichting over verslaving ex-verslaafden in de klas halen. Ook dat is een bewezen slechte aanpak", aldus Engels. "Het brengt kwetsbare jongeren hooguit op een idee." Wat volgens Engels wel werkt is een integrale aanpak met zes belangrijke stappen.

1. Door de jeugd in de verschillende fases van hun leven **uitzicht te bieden** op positieve ontwikkelingen voorkom je dat negatieve ervaringen de groei en ontwikkeling belemmeren en hen richting middelengebruik sturen. Op tijd jongeren met beginnende problemen signaleren en vervolgens helpen kan voorkomen dat jongeren een verslavingscarrière starten.
2. Ook al heeft voorlichting niet direct effect op het gedrag, je moet de samenleving – en ook de jongeren en hun ouders – **wel voorlichten over de consequenties en gevaren van middelengebruik**. Een efficiënt en structureel plan, waarbij ook massamedia worden ingezet, kan helpen om problemen vroeg te signaleren en daar selectief op te interveniëren. Voorlichting zal zich met name moeten richten op het weerbaar maken van jongeren, bijvoorbeeld tegen de druk van leeftijdsgenoten of media.
3. Via **stapsgewijze preventie** worden scholen in brede zin voorgelicht en worden groepen met een hoger risico, zoals kinderen met ADHD, of kinderen met verslaafde ouders, selectief bediend met programma's op maat.
4. De **omgeving** is de sleutel. Dat begint bij het beïnvloeden van ouders van scholieren en loopt via barpersoneel in het uitgaansleven tot verpleegkundigen op de Eerste Hulp.
5. Preventie van middelengebruik vraagt een **brede kijk**. Aandacht voor problemen in de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen is vaak een ingang naar dreigend problematisch middelengebruik. Engels: "Het is tekenend dat we op school wel leren wat de namen zijn van alle Europese hoofdsteden, maar pubers niet leren hoe ze moeten omgaan met hun emoties."
6. Een goede preventie van verslaving vraagt ook **samenwerking** tussen veel verschillende instanties, waaronder verschillende overheden, de zorg, het onderwijs en het onderzoek.

"Hoe kan het dat we op school wel leren wat de namen zijn van alle Europese hoofdsteden, maar niet leren hoe we moeten omgaan met emoties?"

### In Nijmegen: de zorg

In de zorg binnen het adherentiegebied van het UMC St. Radboud zijn onder andere up-to-date protocollen beschikbaar zijn voor screening op problematisch middelengebruik en voor een adequate aanpak voor detoxificatie wanneer jongeren in de zorg komen.

### Het onderzoek

Binnen het onderzoek is met name aandacht voor beeldvormende techniek rond verslavingsproblematiek, voor comorbiditeit bij verslaving en

voor goed (gerandomiseerd en gecontroleerd) onderzoek naar behandelingen.

### **Het onderwijs**

Het onderwijs in de regio Nijmegen biedt een –unieke – masterstudie op het gebied van verslaving en tevens en landelijke opleiding tot verslavingspsychiater.

### **Verslaafde gaat te laat naar de zorg**

Een groot probleem met de verslavingszorg is dat jongeren nu, waarschijnlijk door de stigmatisering, te laat hulp zoeken. De zorg sluit ook niet voldoende aan bij de belevingswereld van jongeren. Jongeren zitten vaak niet te wachten op langdurige sessies met individuele gesprekken. Een aanpak via e-Health heeft meer kans van slagen.

### **Net als in de film**

De Wereld Gezondheidsorganisatie stelt dat de minimum leeftijd, de prijs van middelen, de marketing en de controle op wetten en regels belangrijke factoren zijn in het voorkomen van verslaving. “De rol van de media ontbreekt in die visie”, stelt Engels. “Jongeren kijken veel films en games. Waarom accepteren we het dat er in films veel meer wordt gerookt en gedronken dan in het echte leven? Uit experimenteel onderzoek, onder andere in Nijmegen, is gebleken dat zien drinken doet drinken. Ook, en misschien wel juist in films, omdat de consumenten daar niet het gevoel hebben dat ze, zoals in reclames, worden gemanipuleerd. Hier moeten jongeren, en hun ouders, voor gewaarschuwd worden ”

### **Normverandering**

Het verhogen van de wettelijke leeftijd voor het mogen drinken en roken zal volgens Engels een groot effect hebben op het middelengebruik op de lange termijn. “Dit effect zal ook via de beschikbaarheid werken, omdat door het verhogen van de leeftijd ook de maatschappelijke acceptatie langzaam opschuift.”

### **Genetica niet allesbepalend**

Gevoeligheid voor verslaving kent zeker genetische componenten, erkent Engels. “Toch is het beginnen met middelengebruik minder bepaald door genetische factoren. Systematische en geïntegreerde preventie via een aanpak van de omgeving en via heldere boodschappen – ‘Je mag niet autorijden als je geen 18 bent en je mag niet drinken als je geen 18 bent, punt!’ – heeft wel degelijk zin, ondanks de genetische gevoeligheid voor middelen.”

## **“Schizofrenie is meer dan dopamine”**



**Professor Iris Sommer is hoogleraar psychiatrie aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht, met als speciaal aandachtsgebied schizofrenie. Sommer geeft binnen het UMCU ook leiding aan de ‘stemmenpoli’ die zij in 2006 oprichtte. “Een van de grote doelen binnen mijn onderzoek is de diagnose ‘schizofrenie’ stellen vóór de eerste psychose optreedt.”**

De letterlijke vertaling van het Latijnse woord schizofrenie, ‘gespleten persoonlijkheid’ geeft volgens hoogleraar Sommer aan dat die naam ooit niet erg treffend is gekozen. “De ziekte wordt gekenmerkt door terugkerende psychoses, met hallucinaties, wanen en warrig spreken. Daarnaast is er vaak een cognitief en sociaal disfunctioneren dat nog veel ernstiger is dan de psychoses”, aldus Sommer. “De psychoses beginnen klassiek tussen het achttiende en tweeëntwintigste levensjaar, maar de cognitieve en sociale symptomen kunnen daarvóór al zichtbaar zijn. Daarnaast hebben patiënten vaak negatieve symptomen zoals een afbrekkige ‘drive’ en ook een afbrekkige ziekte-inzicht en

zeker bij de mannelijke patiënten een verhoogd risico op verslaving.”

Schizofrenie komt relatief vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Voor een deel komt dat door het frequentere druggebruik, met name cannabis, door jongens. Dat kan als een trigger werken. Verder lijken oestrogenen bij vrouwen een beschermend effect te hebben. Dat is ook de reden waarom vrouwen na de menopauze alsnog wel eens schizofrenie ontwikkelen.

### Dopamine

Dopamine is een zogenoemde neurotransmitter (en in sommige situaties ook een hormoon). De stof zorgt in de hersenen voor de overdracht van signalen die te maken hebben met genot, blijdschap en motivatie. Waar bij de ziekte van Parkinson een tekort is aan dopamine, is bij schizofrenie tijdens psychoses juist sprake van een verhoogde aanmaak van deze stof. Medicijnen die de werking van dopamine blokkeren, de zogenoemde antipsychotica zijn op zichzelf vrij effectief in het bestrijden van psychoses. “Het probleem is dat er veel verschillende antipsychotica zijn en het is niet goed bekend welk middel in welke situatie het beste werkt”, vertelt Sommer. “In de ‘OPTIMISE’ studie proberen we in internationaal verband een optimale behandeling te kiezen uit drie verschillende middelen bij in totaal 500 mensen die een eerste psychose meemaken.”

### Hallucinaties

Veel mensen met schizofrenie hebben last van ‘auditieve hallucinaties’: ze horen stemmen. Biologisch gesproken komt dat omdat bepaalde gebieden in de hersenschors, vlak onder de schedel niet actief worden geremd. Een kwart van de patiënten die stemmen hoort reageert niet goed op antipsychotica. Bij hen wordt nu in klinische studies geprobeerd om met behulp van een magnetisch veld door de schedel heen ‘op de rem te trappen’. Waar Utrechtse onderzoekers geen meerwaarde vonden van zo’n magneetbehandeling boven een placebobehandeling, blijkt uit een meta-analyse van alle beschikbare studies dat er per saldo nog wel degelijk een redelijk effect is van deze magneetbehandeling.



*Mogelijk kan Transcraniële Magnetische Stimulatie soelaas bieden aan patiënten die stemmen horen, en die niet op antipsychotica reageren.*

“De diagnose ‘schizofrenie’ wordt vaak te laat gesteld om nog iets te kunnen doen.”

### Cognitief en sociaal disfunctioneren

Het cognitief en sociaal disfunctioneren van mensen met schizofrenie is niet alleen heel invaliderend, het is vaak ook een van de eerste signalen dat er ‘iets mis is’. Op de kinderleeftijd presteerden patiënten vaak al slechter op school. Er zijn meerdere biologische oorzaken voor het cognitief en sociaal disfunctioneren. Zo is er onder andere een te zwakke functie van de NMDA-receptor. Dat is de receptor die signalen opvangt van de stof glutamaat. Deze receptor bepaalt onder andere hoe ‘trainbaar’ de hersenen zijn. De hersenen van de patiënten met schizofrenie hebben daarom grote moeite met het aanleren van nieuwe vaardigheden.

Voor de behandeling van dit probleem heeft Sommer een ontnuchterende constatering. “Helaas wordt de diagnose schizofrenie meestal te laat gesteld om nog iets te kunnen doen aan gebrekkige plasticiteit van de hersenen. Daar zal pas verandering in komen als we de diagnose kunnen stellen ver vóór het moment dat er daadwerkelijk psychoses optreden.”

### Negatieve symptomen

Patiënten met schizofrenie hebben meestal geen energie, geen drive, geen motivatie om ook maar iets te ondernemen. Ze verliezen daardoor hun sociale netwerk en ook hun eventuele werk. “Een van de kenmerken van de hersenen van deze mensen is een verhoogde staat van ontsteking”, stelt Sommer. “De ontstekingsremmers die in dat proces worden geproduceerd zijn op de lange termijn schadelijk voor de hersenen. Het positieve aan dit verhaal is dat ontstekingen relatief eenvoudig te remmen zijn. Begin 2014 zijn we in Utrecht daarom gestart met een studie rond simvastatine, een stof die behalve cholesterol ook ontstekingen remt en ook de bloed-hersens barrière met gemak kan nemen.”

Ook proeven met n-acetylcysteïne en aspirine bieden zicht op ontstekingsremming als manier om de negatieve symptomen van mensen met schizofrenie te bestrijden, zegt Sommer. “Uiteindelijk zullen we moeten toewerken naar een sterk geïndividualiseerde aanpak van schizofrenie. Remmen van dopamine zal daar nog zeker een centrale plaats in hebben maar bepaald niet de enige.”

### Gedraginterventies

Behalve al deze sterk biologisch getinte strategieën bestaan er ook voor schizofrenie gedragsinterventies, beaamt Sommer desgevraagd.

“Toch is het effect van gedragsinterventies op bijvoorbeeld psychoses marginaal vergeleken bij het effect van medicijnen; voor zover die ook echt worden genomen door patiënten met een slecht ziekte-inzicht.”

## “Eigen psychiatrie voor oudere kan zorgkosten besparen”



**Professor Richard Oude Voshaar is hoogleraar ouderenpsychiatrie aan het Universitair Medisch Centrum Groningen. Daar doet hij onderzoek naar de diagnostiek en behandeling van patiënten van 65 jaar en ouder met stemmings-, angst- en somatoforme stoornissen. Met name de samenhang en interactie van deze psychiatrische aandoeningen met somatische aandoeningen heeft zijn aandacht. “Zo oud als de psychiatrie, zo jong is ons subspecialisme. Maar het is duidelijk dat de ouderen wel een eigen aanpak vragen binnen de psychiatrie.”**

Westerse mensen worden niet alleen ouder, er komen ook steeds meer mensen die steeds ouder worden. Deze dubbele vergrijzing heeft ook zijn weerslag op de geestelijke gezondheidszorg. Oude Voshaar: “Nu al zien we onder 7% van de ouderen depressie, onder 10% angststoornissen en onder 5% lichamelijke klachten die geen aanwijsbare lichamelijke oorzaak hebben en daarmee ook vaak bij de psychiatrie terechtkomen. In de toekomst zal daar waarschijnlijk een sterke stijging van het middelengebruik bij ouderen bijkomen, mogelijk tot 10%.”



### **Psychiatrische oudere is duur**

Psychiatrische aandoeningen hebben sowieso een negatief effect op de kwaliteit van leven. Bij ouderen komt daarbij dat de ernst van lichamelijke aandoeningen onder invloed van de psychiatrische kwalen wordt vergroot. Oude Voshaar: “Het concrete effect daarvan is dat ouderen met psychiatrische stoornissen juist in de somatische gezondheidszorg ruim twee keer zoveel geld kosten. Door goede behandeling van de psychiatrische problemen kun je dus ook relatief veel bijkomende kosten besparen in de zorg.”

“Op dit moment kunnen we ongeveer een derde deel van de psychiatrische klachten bij ouderen goed behandelen. Nog eens een derde kunnen we op zijn minst verbeteren. De uitdaging van de ouderenpsychiater is uiteraard om ook voor dat laatste derde deel goede behandelingen te vinden”, aldus Oude Voshaar.

### **Oudere is anders**

Het algemene probleem van ouderen in de geneeskunde is dat behandelingen doorgaans niet voor hen worden ontworpen. “Zolang we ouderen uitsluiten voor veel studies zal dat niet verbeteren. Ook in de psychiatrie moeten we meer oog krijgen voor de specifieke problemen van ouderen. Bijvoorbeeld bij aandoeningen die op hogere leeftijd de hersenen aantasten, zoals dementie, zie je specifieke psychiatrische problemen. Ook voor een efficiënte ketenzorg is het goed als de ouderen een eigen psychiatrisch specialist hebben.”

Zeker in de derde lijn is het goed als de psychiatrie een subspecialisatie voor ouderen kent, stelt Oude Voshaar. “De academie trekt veel

complexe problematiek aan, waaronder somatiserende ouderen die feitelijk psychiatrische klachten hebben.”

### **Simpele behandeling, grote effecten**

Aan de hand van de casus van een 82-jarige vrouw die in een verpleeghuis opgenomen dreigde te worden vanwege dwangstoornissen en het feit dat ze te pas en vooral te onpas haar kinderen in paniek belde, laat Oude Voshaar zien hoe relatief eenvoudig een ouderenpsychiater soms kan helpen. “Toen ik voorstelde om deze vrouw te helpen met cognitieve gedragstherapie en een medicijn tegen de dwangstoornis werd ik gewaarschuwd dat ‘onnodig vertragen van noodzakelijke zorg’ mij zeker een klacht zou opleveren. Uiteindelijk is deze vrouw nu al meer dan een jaar klachtenvrij dankzij een relatief simpele behandeling en bleek het medicijn slechts kortdurend nodig te zijn geweest. Ze hoefde ook niet opgenomen te worden in een verpleeghuis! Ook een man van 74 die een zogenoemde therapieresistente depressie had kon tegen de verwachting van andere zorgverleners in worden geholpen met een zogenoemde Probleem Oplossende Therapie die toegespitst was op zijn leeftijd.”

### **Aparte afdeling voor psychiatrische ouderen**

In 2005 is in het UMCG de eerste ouderenpsychiater komen werken, in eerste instantie als consulent bij de geriatrie. Sinds 2009 is daar ook een aparte polikliniek voor ouderenpsychiatrie ingesteld, gevolgd door een klinische afdeling met 9 aparte bedden sinds 2012.

Deze academische zorg heeft ook een kwaliteitsimpuls gegeven aan de regionale psychiatriestelt Oude Voshaar. “Er worden meer second opinions aangevraagd, er is gezamenlijk overleg over ‘probleempatiënten’ en er is ook een ouderenpsychiater vanuit het UMCG gedetacheerd naar de GGZ-instelling Lentis in Groningen.”

Op dit moment hebben vier van de acht UMC’s een aparte hoogleraren ouderenpsychiatrie. “Dat is dus vier te weinig”, vindt Oude Voshaar. “Maastricht, Leiden, Amsterdam (VU en Groningen hebben dit specialisme in huis, maar eigenlijk zouden alle UMC’s dit specialisme moeten hebben.”

“We komen nu vier hoogleraren ouderenpsychiatrie tekort.”

### **Verbetering van de opleiding**

De huidige generatie ouderenpsychiaters is nog niet voldoende bekend met alle psychotherapeutische mogelijkheden en is ook niet voldoende ‘somatisch’ opgeleid, aldus Oude Voshaar. “Daarom starten we in Groningen op basis van de Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie met hogere eisen aan de nieuwe ouderenpsychiaters. Die opleiding is opgezet vanuit de academie, maar vervolgens ingebed in de regio, onder meer door patiëntendemonstraties en steun vanuit neurologie en interne geneeskunde.” Daarnaast zal gebruik worden gemaakt van het landelijk, tweejarig curriculum.

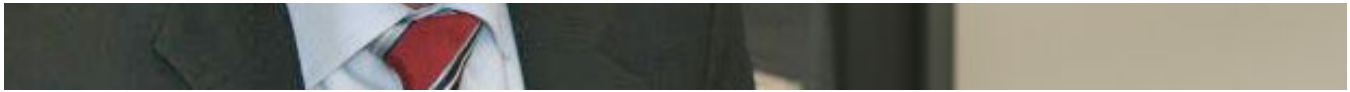
### **Beter onderzoek**

Behalve in de opleiding zal ook in het onderzoek een steviger fundament moeten komen onder de ouderenpsychiatrie. “In de huidige gerandomiseerde en gecontroleerde studies is nog geen plek voor ouderen met bijvoorbeeld angst- of somatoforme stoornissen. Als er al onderzoek aan ouderen wordt gedaan is dat alleen aan de gezonde ouderen. Juist ouderen met lichamelijke gebreken of kwetsbaarheid en ouderen met cognitieve achteruitgang worden in die studies niet meegenomen, terwijl wij deze ouderen het meest in onze spreekkamers zien. Ook in cohortstudies wordt niet goed gekeken naar de plek en de specifieke behandelmomenten van ouderen met psychiatrische stoornissen.” Binnen het project Routine Outcome Monitoring for Geriatric Psychiatry & Science willen Oude Voshaar en collega’s de ouderenpsychiatrie de gestructureerde plek geven die het verdient.

## **“Liever behandelen dan straffen”**







**Professor Hjalmar van Marle is hoogleraar forensische psychiatrie aan het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam. Die functie bekleedt hij voor een deel ook binnen de Erasmus School of Law. Van Marle werkt onder andere aan het onderzoek rond zogenaamde biomarkers in de psychiatrie. “Daarmee zal de Forensische Psychiatrie in de toekomst steeds objectiever worden.”**

De forensische psychiatrie staat in grote lijnen ten dienste van justitie (om bijvoorbeeld de toerekeningsvatbaarheid bij een misdrijf vast te stellen) van het bestuursrecht (om bijvoorbeeld de beperkingen uit een medische stoornis vast te stellen bij invaliditeit of arbeidsongeschiktheid) en van het civiel recht (in geval van letselschade of vaststelling van wils(on)bekwaamheid). Daarnaast is er forensische zorg in de vorm van bijvoorbeeld TBS en behandeling die ervoor moet zorgen dat de recidivekans bij misdaden aanvaardbaar afneemt.

### **Domeinen van zorg**

De forensische psychiatrie beweegt zich in verschillende domeinen. Naast de 4.000 ‘forensische patiënten’ in de Geestelijke Gezondheidszorg zijn dat 40% van de gedetineerden, dus 6.000 tot 7.000 gedetineerden in het gevangeniswezen. Bij een kwart van hen is psychiatrische behandeling zelfs medisch noodzakelijk. Daarnaast zijn er nu 2.000 patiënten opgenomen in de TBS-klinieken. Op dit moment (mei 2014) wacht de Wet Forensische Zorg op behandeling door de Eerste Kamer. Als die wet wordt aangenomen komt daar een vierde domein bij. Dan zal de strafrechter niet alleen een TBS-maatregel kunnen opleggen, maar ook kunnen doorverwijzen naar de GGZ. Van Marle: “Ik verwacht dat dit een grote groep zal kunnen worden, omdat strafrechters, in tegenstelling tot wat hun titel suggereert, iemand liever laten behandelen dan dat zij straffen.”

### **Te weinig forensisch psychiaters**

Binnen de opleiding tot forensisch psychiater is uiteraard aandacht voor de opleiding van nieuwe collega's. “Zolang dit vak bestaat is er een tekort aan forensisch psychiaters”, zegt Van Marle. “Binnen de opleiding is er dan ook veel aandacht voor het enthousiasmeren van kwalitatief goede nieuwe collega's. Daarnaast geven we trainingen aan juristen, psychologen en criminologen in psychiatrische kennis.”

“Fundamenteel onderzoek is in ons vakgebied lastig”, erkent Van Marle, “al was het maar omdat we geen goede diermodellen kennen voor delinquentie. Toch proberen we bijvoorbeeld wel biomarkers te vinden waarmee je diagnoses kunt stellen. Daarbij kun je denken aan de niveau's van hormonen als cortisol of oxytocine, beeldvormende technieken zoals MRI-scans van het brein, of impliciete testen die kunnen helpen om onwillige patiënten in beeld te krijgen.”

### **Virtuele techniek**

Een bijzondere plek binnen het onderzoek reserveert Van Marle voor de Virtual Reality. “Recent is het ‘digitale kind’ Sweetie, van Terre des Hommes in het nieuws gekomen waarmee bezoekers van kinderpornosites werden opgespoord. Er is veel discussie over deze techniek. Er worden weliswaar geen kinderen voor misbruikt, maar toch wordt het beeld van een kind gekoppeld aan seks en lustgevoelens die niet bij kinderen van die leeftijd passen.”



*Met het virtuele meisje 'Sweetie' speurde Terre de Hommes bezoekers van kinderpornosites op.*

### **Risicomanagement**

Binnen de diagnostiek houdt de forensisch psychiater zich naast classificatie van een kwaal volgens de criteria van de DSM ook bezig met stagering. Na analyse van een delict en reactie op een behandeling zal de psychiater daarbij een classificatie maken van het risico op herhaling van een delict. In het risicomanagement spelen niet alleen die risico's, maar ook de eventuele beschermende factoren een belangrijke rol.

“Antwoorden op vragen uit de praktijk moeten via de academie weer terug naar die praktijk.”

### **What Works?**

De diagnostiek en behandeling van psychiatrisch patiënten in detentie wordt in internationaal verband steeds vaker gevat in evidence based

programma's, zoals het Canadese programma 'What Works'. Daarnaast speelt de academie steeds vaker een rol in de opsporing en (preventieve) aanhouding van delinquenten, zoals downloaders van kinderporno, maar ook 'terreurplegers' als de 'damschreeuwer' of de 'waxinelichtjeshoudergooier'. Van Marle: "In algemene zin proberen we steeds meer translationeel wetenschappelijk onderzoek te doen, dus onderzoek waarbij vragen uit de praktijk hun weg vinden naar de academie en de antwoorden ook weer direct kunnen worden gebruikt in de praktijk."

### **Innovaties**

In de toekomst wil de forensische psychiatrie meer gebruik gaan maken van gerichte databestanden, bijvoorbeeld een bestand met 'lone wolves' zoals de damschreeuwer, of een bestand dat op de forensische werkvloer bekend staat als de database 'moord-en-doodslag' dat aangevuld zou kunnen worden met gegevens over de zogenoemde 'gezinsdrama's'.

Verder willen de forensisch psychiaters meer gebruik kunnen maken van objectieve maten die iets kunnen zeggen over diagnose of behandeling. "Die objectieve informatie moet ook kunnen helpen bij de professionele afweging van risico- en beschermende factoren", zegt Van Marle.

### **Slachtoffers niet vergeten**

Behalve voor de daders heeft de forensische psychiatrie ook nadrukkelijk oog voor de slachtoffers. Van Marle: "Het is helaas nog zo dat slachtoffers van seksuele delicten vaak een groter trauma overhouden aan het verhoor door de politie dan aan het delict zelf. Ook daar kan forensisch psychiatrisch onderzoek een belangrijke, verbeterende rol spelen."

## **"Manisch depressieve patiënten sneller behandelen met behulp van e-Health"**



**Professor Ralph Kupka is hoogleraar bipolaire stoornissen bij de GGZ inGeest en het VU Medisch Centrum en ook bij GGZ-instelling Altrecht in Utrecht. Binnen de Academische Werkplaats Bipolaire Stoornissen integreert hij ambulante patiëntenzorg met wetenschappelijk onderzoek en opleiding. "Met onze samenwerkingspartners binnen het AWBS willen wij zorg en onderzoek op een hoger niveau brengen, liefst in een goed geïntegreerde vorm."**

Bijna een kwart van de Nederlandse vrouwen tussen 18 en 64 jaar oud heeft op enig moment in het leven voldaan aan de DSM-criteria die horen bij een angststoornis of een depressie. Bij mannen geldt dat voor 16, respectievelijk 13%. Een veel kleinere groep, namelijk iets meer dan 1% voldoet aan de diagnostische criteria voor een bipolaire stoornis: manisch-depressief.

"Mensen met depressies vormen een sterk heterogene groep", verduidelijkt professor Kupka. "Wil je deugdelijk onderzoek doen aan zo'n sterk variërende groep, dan moet je dus een groot cohort van patiënten verzamelen. De Nederlandse Studie naar Depressie en Angst, NESDA, is zo'n cohort."

### **Nederlandse Studie naar Depressie en Angst**

Deze translationele cohortstudie probeert een verband te leggen tussen het zichtbare en het onzichtbare. Het zichtbare zijn de klachten waar de patiënt zich mee presenteert. Het in eerste instantie onzichtbare zijn de psychologische of neurobiologische mechanismen achter een depressie. Kupka: "De grote wens is uiteraard om de kennis uit bijvoorbeeld neurobiologisch onderzoek terug te vertalen naar de behandeling van de klachten waar de mensen mee komen."



NESDA is een beschrijvende studie. "We proberen de determinanten en de achterliggende biologie van depressie en angst te kennen, net als de consequenties en het beloop. Het is dus geen interventiestudie in de zin dat we behandelingen vergelijken naar effectiviteit", aldus Kupka. "Al kunnen die er wel uit voort komen. Zo loopt er nu de MOTAR-studie naar het effect van hardlopen versus medicatie op depressieve klachten en tegelijkertijd de invloed op celveroudering, omdat uit de cohortstudie is gebleken dat depressieve verschijnselen verband houden met bepaalde kenmerken van celveroudering."

### Opbrengsten NESDA

Nederland is traditioneel goed in cohortstudies en ook deze NESDA-studie is erg succesvol. Daarom dragen subsidiegevers ook graag bij aan deze studie. Kupka: "Voor iedere euro die de overheid heeft geïnvesteerd in NESDA is ook één euro externe financiering verkregen. Ook de wetenschappelijke opbrengst is groot. Sinds 2008 zijn jaarlijks vele tientallen wetenschappelijke artikelen uit dit project voortgekomen, net als een kleine 40 dissertaties."

"Ieder euro van de overheid genereert een euro externe financiering"

### Cyber-psichiatrie

E-health is in. Bijvoorbeeld binnen het programma Triple-E werken verschillende partijen uit de academie, de GGZ en de patiëntenverenigingen samen op het gebied van digitale technologie. Kupka: "Een patiënt voegde mij laatst fijntjes toe dat ik haar maar 1% van de tijd zie en dus maar beperkt zicht had op haar dagelijkse leven. Het zou mooi zijn als we daar met bijvoorbeeld leefstijltips en gerichte feedback via internet iets aan kunnen toevoegen."

### Zelfmanagement

Een nieuwe, innovatieve vorm van e-Health is het programma Zelfmanagement & Dialoog. "Met dat systeem kunnen manisch-depressieve patiënten zelf dagelijks bijhouden in een stemmingsgrafiek hoe zij zich voelen, waarbij zij verschillende artsen toegang kunnen geven tot die informatie. Als ik als psychiater op zo'n systeem inlog, en ik zie dat iemand depressief of manisch dreigt te ontregelen, dan kan ik daar met gerichte adviezen of aanpassing van de medicatie op reageren", aldus Kupka.

### Stemmingsgrafiek

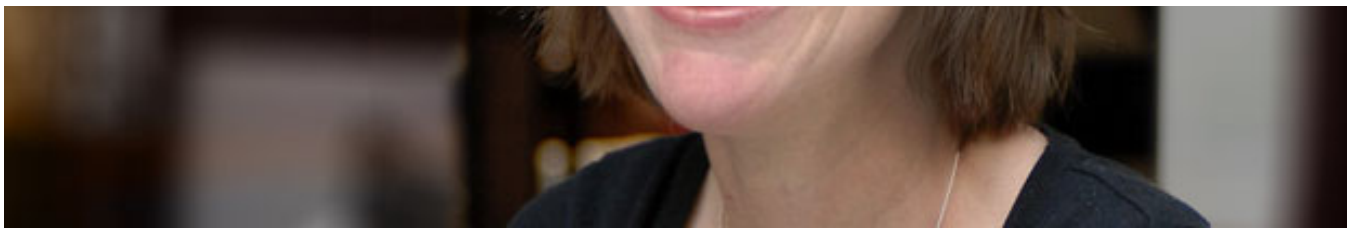
Selectie periode:



"Deze e-health, of eigenlijk deze 'blended care' van internet gecombineerd met persoonlijk contact, maakt de zorg flexibel. Iemand hoeft niet naar de polikliniek te komen als dat niet nodig is, maar ik kan als arts wel snel en gericht adviezen geven. Een potentieel nadeel is dat iemand continu bezig is met bijvoorbeeld zo'n stemmingsgrafiek en daarmee ook continu 'patiënt' is", aldus Kupka.

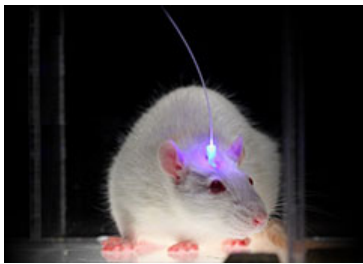
## Hulp voor 10% 'onbehandelbare' angststoornissen





**Dr. Nienke Vulink is psychiater en hoofd van de afdeling Angststoornissen van het Academisch Medisch Centrum (AMC) van de Universiteit van Amsterdam. Samen met Damiaan Denys schreef zij ook het boek *Body Dysmorphic Disorder* (2011), het eerste Nederlandse handboek over deze aandoening waarbij mensen een ziekelijke preoccupatie met hun uiterlijk hebben. “Mensen met een angststoornis weten goed dat hun klachten irrationeel zijn.”**

Iedereen kent angst, maar als angst het normale dagelijks leven belemmert wordt het een stoornis. De lijdensdruk van angst- en dwangstoornissen is enorm. In tegenstelling tot patiënten met een psychose zijn patiënten met een angststoornis zich heel goed bewust van de onredelijkheid van hun angst. Alleen zijn ze niet in staat om er iets aan te doen. Ongeveer één op de vijf Nederlanders heeft ooit in haar leven een angststoornis, terwijl één op de vijftig Nederlanders een dwangstoornis heeft. Naast persoonlijk lijden brengt dit ook een verlies van arbeidsproductiviteit met zich mee. Deze stoornissen zijn evenwel goed te behandelen met gerichte behandelingen.



*Tijdens Deep Brain Stimulation worden de hersenen geprikkeld heel gericht geprikkeld.*

### **Deep Brain Stimulation**

Van de patiënten met dwangstoornissen is 90% goed te behandelen. Voor de 10% die niet goed reageert op een behandeling in de periferie heeft de academie het nodige te bieden, stelt Vulink. “Sinds 2006 werken we in het AMC bijvoorbeeld met diepe hersenstimulatie. Daarvoor hebben we eerst het nodige proefdieronderzoek kunnen doen, omdat er voor angst- dwangstoornissen goede proefdiermodellen bestaan. Onder andere bij muizen en bij ratten hebben we modelonderzoek gedaan om de werkzaamheid van diepe hersenstimulatie te meten.” Bij diepe hersenstimulatie of DBS, wordt een elektrode onder lokale verdoving in de relevante basale kernen geplaatst die eerst via een MRI-scan zijn geïdentificeerd. “Dat is een vrij bescheiden ingreep”, stelt Vulink. “Met behulp van een soort pacemaker kan die elektrode vervolgens worden gestimuleerd. Met 42 behandelde patiënten is het AMC op dit moment internationaal koploper in het toepassen van diepe hersenstimulatie. Dat waren allemaal mensen die niet op medicatie en klinische cognitieve gedragstherapie reageerden. Van deze groep reageerde 60% wél positief op deze stimulatie. Dit hebben we dubbelblind getest, dus noch de patiënt, noch degene die de symptomen beoordeelde wist of de stimulatie aan of uit stond.”

“Met diepe breinstimulatie kunnen we mensen helpen die geen baat hebben bij medicijnen en therapie”

### **Vaste grond onder de voeten**

Uit ervaringen van patiënten blijkt dat de minuscule elektrische spanning van de DBS op een gericht stuk van het brein een groot verschil kan maken, zo laat Vulink aan de hand van een patiëntenvideo zien. “Een patiënte die haar angstgevoelens zonder werkende DBS een 10 geeft op een schaal van 0 tot 10, heeft het gevoel dat ze weer ‘vaste grond onder de voeten krijgt’ zodra de DBS wordt aangezet. Naast dwangstoornissen zou DBS mogelijk ook kunnen worden ingezet in de zorg voor verslaafde patiënten, voor mensen met een eetstoornis, bij agressief gedrag of mogelijk zelfs bij dementie”, aldus Vulink.

### **Besparen op somatische zorg**

De zorgverzekeraars hebben ooit verondersteld dat een psychiater op de stoel naast iedere ‘somatische specialist’ een besparing zou kunnen opleveren van 40% op de somatische zorg. Volgens Vulink is die veronderstelling behoorlijk boud, maar toch zeker niet zonder grond. “Het behandelen van psychiatrische stoornissen is ontegenzeggelijk van groot belang voor de somatische zorg. Uit een inventarisatie binnen het UMC Utrecht en het AMC blijkt dat van ruim 530 patiënten bij de dermatologie 8,5% eigenlijk een psychiatrische diagnose heeft, namelijk Body Dysmorphic Disorder (BDD), een stoornis waarbij mensen denken dat ze lelijk of zelfs misvormd zijn. Voor 182 patiënten bij de kaakchirurg was dat zelfs 10%. En bij de plastisch chirurg had 3,2% BDD. Deze patiënten zijn niet geholpen met een somatische behandeling, maar hebben behandeling nodig voor BDD op de afdeling psychiatrie.”

## Psychodermatologie

Wanneer een reguliere dermatoloog één op de tien patiënten zou vertellen dat ze eigenlijk naar de psychiater moeten dan stimuleert hij of zij waarschijnlijk vooral de omzet van de privéklinieken, zo veronderstelt Vulink, "Daarom hebben we in het AMC sinds kort een gecombineerde psychodermatologie polikliniek, waar we patiënten op een reële manier naar de juiste specialist kunnen loodsen."