

# VU Research Portal

## **Psychose en de reis van onbehandelbaar naar voorkoombaar en beter**

van der Gaag, M

2021

### **document version**

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

### **citation for published version (APA)**

van der Gaag, M. (2021). *Psychose en de reis van onbehandelbaar naar voorkoombaar en beter*.

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

### **Take down policy**

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

### **E-mail address:**

[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)

Psychose en de reis van onbehandelbaar naar voorkoombaar en verder

Afscheidsrede Mark van der Gaag, 18 november 15:45 uur

Rector, dames en heren,

Vijftien jaar was ik hoogleraar aan de Vrije Universiteit en benoemd op de bijzondere leerstoel: Cognitieve therapie bij psychose. Ik neem nu afscheid voor de tweede keer. In oktober 2019 had ik pre-corona een fantastisch afscheid van de Parnassia Groep. Ik ben geridderd in de Orde van de Nederlandse Leeuw en door collega's feestelijk uitgezwaaid op een symposium en heb daar al uitgebreid mensen bedankt. Ik neem nu, bijna post-corona weer afscheid, voornamelijk van het hoogleraarschap en de collega's aan de Vrije Universiteit en collega-onderzoekers met wie ik samen heb gewerkt. In mijn dankwoorden aan het eind zal ik niet iedereen voor een tweede keer noemen. Ik hoop dat het mij vergeven wordt door degenen die ik niet bij naam zal noemen. Ik heb in de afgelopen veertig-plus jaren zo prettig met jullie allemaal samengewerkt.

Mijn werkende leven was vol vertrouwen. Vanaf 1979 werkte ik op Endegeest, een psychiatrisch gesticht in Oegstgeest, en begon daar op de afdeling voor mannen onrust. Ik weet het nog goed. Ik werkte in die beginjaren samen met Rigo van Meer, psychiater en goede vriend van me. In 1981 zei hij: "Die directeur van ons doet helemaal niets, wat een manager". Maar later zei hij: "Wat een fantastische directeur. Hij vertrouwt ons, onze loyaliteit aan goede zorg en laat ons zomaar promoveren!". Na zes jaar onderzoek in de baas zijn tijd, wat grotendeels samenviel met mijn klinisch werk, kreeg ik van hem zomaar een

week vrij om mijn proefschrift af te schrijven en ik moet zeggen alles zat al in mijn hoofd en in die week was het boek bijna af. Ik ben nog gepromoveerd op een boek in 1992 en niet op papers bij prof Rob van den Bosch en prof Bert Mulder in Groningen.

Ik leerde ook dat vertrouwen ertoe leidt dat je geen verantwoording hoeft af te leggen aan onbekende anderen, maar des te meer aan jezelf en ik dank mijn meerderen voor het vertrouwen dat zij in mij hebben gesteld. Dat wil niet zeggen dat er geen obstakels waren.

Voor mijn promotieonderzoek had ik in 1986 een computer nodig met hoog-resolutie scherm, die ik zelf kon programmeren. Dat was in die tijd een Atari ST. Ik kocht hem zelf in de winkel, maar dat mocht niet, bleek achteraf. Automatisering kon alleen als er een secretaresse ontslagen kon worden. Dat was het staande beleid. Ik moest terug naar de winkel. Op de factuur werd het artikel veranderd in 'hulpmiddel bij onderzoek', zonder het woord computer. Dat was OK, maar het bedrag was te hoog. Alles wat duurder was dan 1500 gulden moest op de investeringsaanvragen voor volgend jaar. Weer terug naar de winkel. De winkelier was bereid twee facturen te maken van ik meen 1350 gulden elk. Mijn promotieonderzoek kon daarna van start.

Ook bij Parnassia trof ik een baas die mij alle vertrouwen gaf. Het was Ellen van Hummel.

Eerst was ik haar circuit coördinator langdurige zorg, maar later werd ik hoofd onderzoek en zij mijn leidinggevende. Zij werd mijn Mecenas, die mij de vrijheid gaf om te onderzoeken en nieuwe ontwikkelingen de organisatie in te halen en als het erop aan kwam, mij beschermde tegen dreigende ontwikkelingen. Ook hier bij de VU heb ik mijn eigenwijze gang kunnen gaan. Ook Pim gaf vertrouwen en ruim baan en gaf ook gastvrijheid aan al mijn buitenpromovendi.

Ondertussen veranderde de wereld. Er ontstond wederzijds wantrouwen tussen burger en overheid, tussen bedrijven en werknemers, nu ook bij formatie van een regering en gebaseerd op wantrouwen werd verantwoording afleggen overal langzaamaan een dagtaak. Hoewel ik veel weet over wantrouwen, paranoia, overwaardige denkbeelden die tot vijandigheid leiden, ga ik het vandaag niet over dit type maatschappelijke impasses hebben. Mijn boodschap gaat worden dat de wereld van de psychopathologie veel simpeler is dan we dachten en dat preventie lonkt. Dat vindt u vast fijn, want in moeilijke tijden zijn eenvoudige waarheden meer gewaardeerd dan complexe waarheden.

Voor mijn aanstelling hier was ik vooral betrokken bij de ontwikkeling en het toetsen van de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij psychose. Ik had nul-aanstellingen bij de Universiteit van Leiden en later de Rijksuniversiteit Groningen en had altijd onderzoek en klinisch werk kunnen combineren. Het kan vreemd lopen. Ik was bij de oratie van Pim Cuijpers en Jack Dekker. Toen ik Jack achteraf feliciteerde zei hij me dat hij blij was dat ik niet ook op de vacature van bijzonder hoogleraar gesolliciteerd had. Ik zei hem dat ik niet eens wist dat de vacature open stond, maar dat ik graag alsnog wilde solliciteren. Pim vond dat wel een goed idee en een jaar later werd ik hier bijzonder hoogleraar. De vakgroep hier aan de VU was gericht op preventie. Mijn doel werd het ontwikkelen en toetsen van preventie van een eerste psychotische episode.

Daarnaast deed ik ook ander behandelonderzoek. Vooral naar behandelingen die een taboe waren. "Het openleggen van trauma bij psychose, eindigt poepsmerend in de isoleercel" zo had men mij geleerd. We hebben met een onderzoeksgroep met hoogleraren Agnes van Minnen en Ad de Jongh, en toen nog jonge onderzoekers Berber van der Vleugel, Paul de

Bont en David van den Berg en de onvolprezen studie monitor Marion Bruns en Danielle Palm met subsidie en extra veiligheidswaarborgen, Exposure en EMDR bij mensen met een psychose en gelijktijdige PTSS op de kaart gezet met grote effecten. Dit was de T.TIP studie. Het door velen geanticiperde gevaar of verval trad niet op. David en Paul zijn er inmiddels op gepromoveerd. Re-process is het vervolg daarop.

Ook de behandeling met Virtual Reality exposure therapie bij chronische paranoïdie is bijzonder effectief. Wim Veling van de Rijksuniversiteit Groningen was medepromotor en de promovenda op de behandelstudie Roos Pot-Kolder is nu als jonge doctor in dienst bij Pat McGorry in Melbourne om daar de VR-behandeling voor mensen met een psychoserisico profiel verder te ontwikkelen. De resultaten van deze onderzoeken naar trauma en persisterende paranoïdie is ook in de aanbevelingen in de behandelrichtlijnen en zorgstandaarden terecht gekomen.

Temstem is een studie naar gebruik van een app tegen stemmen, is in de rapportagefase. Nog ben ik betrokken bij weer een onderzoek naar iets wat veel mensen te gevaarlijk vinden: dialectische gedragstherapie bij suïcidale autisme spectrum patiënten. Met Anne Huntjens als promovenda, Marcus Huijbers als medepromotor en wederom Marion Bruns als studiecoördinator. Gezien de beperkte tijd van dit afscheid zal ik me nu vooral richten op de kern van mijn hoogleraarschap, namelijk de vroegdetectie en vroeginterventie.

Al snel na mijn aanstelling bij de vakgroep, lukte het om een subsidie bij ZonMW te verwerven voor een multi-site gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek naar de effecten van cognitieve gedragstherapie voor wat genoemd werd 'ultrahoog risico' op het ontwikkelen van een psychose. Het onderzoek speelde zich af in Den Haag en drie andere locaties. In Leiden was Rianne Klaassen aan de leiding. Zij was in die tijd kinderpsychiater bij

het Leids Universitair Medisch Centrum. In Amsterdam waren hoogleraar Don Linszen bij het Academisch Medisch Centrum en Saskia van Es bij PsyQ Amsterdam de leiders. Lex Wunderink, psychiater en hoofdopleider psychiatrie, leidde het onderzoek in GGZ Friesland. Mijn Amsterdamse partner in crime was dus hoogleraar Don Linszen van het AMC die helaas afgelopen juni is overleden. Hij genoot bekendheid in binnen- en buitenland, bij de behandeling van eerste episode psychose. Hij was ook bekend met het werk van Patrick McGorry en Alyson Yung in Melbourne in Australië naar de risicogroep en stimuleerde het werk door de jaren heen. Uit volle macht. Zonder zijn gewicht in de schaal als prominent psychiater was ik nooit in mijn missie geslaagd. Rianne Klaassen is gepromoveerd op de studie met nog drie andere promovenda: Sara Dragt, Judith Rietdijk en Helga Ising.

De studie was gericht op preventie en de voor de hand liggende veronderstelling dat milde symptomen voorafgaan aan stoornissen. Angstig aangelegde kinderen lopen risico een angststoornis te ontwikkelen. Sombere kinderen met een laag zelfbeeld lopen het risico depressief te worden en ja, kinderen met psychose-achtige ervaringen lopen het risico psychotisch te worden. De rekrutering vond plaats door te screenen in de tweedelijns GGZ op beginnende psychose aangevuld met een interview naar andere risicofactoren nadat beginnende psychotisch kenmerken gevonden werden. De psychiater Marc Blom, die hier in de zaal namens de Raad van Bestuur van de Parnassia Groep aanwezig is, was in die tijd directeur van PsyQ Haaglanden. Hij was toen al enthousiast over de studie, maar twijfelde of er wel psychoses zouden optreden in de tweedelijns GGZ die uitsluitend niet-psychotische patiënten behandelde. Hmmm. Ik was als de dood dat ik alleen wat schizotypische patiënten zou rekruteren, die weliswaar levenslang excentriek door het leven gaan, maar niet volledig psychotisch worden. Dat liep gelukkig goed af voor mij. Dat klinkt wreed want goed nieuws

voor het onderzoek, was slecht nieuws voor sommige deelnemende patiënten die een eerste psychotische episode ontwikkelden. Het screenen in de tweedelijns GGZ leverde dus wel degelijk patiënten op met een risicoprofiel, die ook daadwerkelijk psychotisch decompenseerden binnen de 18 maanden dat de studie duurde.

Psychose is te behandelen met cognitieve gedragstherapie en dus werd dat ook de interventie bij beginnende psychose. Met enige aanpassingen. Er was in die tijd een kleine gerandomiseerde studie met 60 patiënten van professor Tony Morrison uit Manchester uit 2004, die aantoonde dat psychose te vermijden of uit te stellen was met cognitieve gedragstherapie. Wanen en waanachtige gedachten zijn uiteindelijk dus gewoon opvattingen over de werkelijkheid die ook bijgesteld kunnen worden door de patiënt, met of zonder therapie. Hallucinaties en perceptuele aberraties zijn ervaringen die je kunt leren relativeren door afstand te nemen en rustig te blijven en door te gaan met waar je mee bezig bent.

Het is een risicoprofiel dat te vergelijken is met het metabool syndroom: uiteenlopende kenmerken die elk voor zich geen stoornis zijn, maar die tezamen het risico vergroten op het ontwikkelen van diabetes en hart en vaatziekten. Het gaat bij het metabool risicoprofiel om grote buikomvang, hoog niveau van triglyceride vetten in het bloed, laag niveau van HDL of goed cholesterol, hoge bloeddruk, hoge nuchtere bloedsuiker. Geen van alle kenmerken zijn een ernstige stoornis, maar zij vormen bij gezamenlijk optreden een sterk voorspellend risicoprofiel.

Het risicoprofiel voor het ontwikkelen van een eerste psychotische episode bestaat uit subklinische psychotische symptomen, bij de leeftijdsgroep 14 tot 35 jaar, met recent verminderd functioneren bij vrienden, familie, school en werk, en hulpzoekend voor een

andere stoornis dan psychose in de GGZ. Het risicoprofiel komt transdiagnostisch voor bij alle DSM-classificaties die hulp zoeken en ook in onschuldiger vorm bij een deel van de algemene populatie. Het noopt tot transitiepsychiatrie over de grens van kinderen en volwassenen heen. Het vroegdetectie team in het behandel-onderzoek screende dus alle patiënten met een hulpvraag of het nou angst, depressie, PTSS of wat dan ook was. De screening werd als iemand boven een cutoff scoorde, gevolgd door een assessment interview ter plekke. De onderzoekers en behandelaren waren dus steeds te gast bij alle zorgprogramma's. We gingen als schering en inslag dwars door de structuur van diagnostische silo's heen. Dat is pas transdiagnostisch werken! In het begin was er soms wantrouwen door behandelaren om de patiënt te delen tussen de behandelaar van de aanmeldstoornis en de behandelaar voor het risicoprofiel. Maar eigenlijk werd dat heel snel een productieve samenwerking en dat gebeurde ook op de andere plaatsen. Het was duidelijk dat behandelaren heel goed kunnen samenwerken, ondanks de organisatie ordening vol piketpaaltjes en debatten over geld.

Tot zover de discussies in organisatorische zin.

Van Pim Cuijpers leerde ik meta-analyseren en ik heb er 16 gepubliceerd waarvan de eerste in 2013 met 11 en de laatste in 2021 met 26 gerandomiseerde studies over de preventie van psychose gingen. De conclusies zijn stabiel over de jaren en luiden voorlopig dat toevoeging van antipsychotische medicatie bij cognitieve gedragstherapie geen extra effect geeft en vanwege bijwerkingen en gebrekkige behandeltrouw afgeraden wordt. De aanvankelijk beloftevolle behandeling met visolie blijkt op dit moment toch niet effectief. Cognitieve gedragstherapie reduceert de kans op een psychose met 48% bij 12 maanden en 40% bij 18



tot 48 maanden follow-up en is bovendien kostenbesparend. Meer onderzoek is noodzakelijk om de paal echt een stevig eind boven water te krijgen.

Het is verbazingwekkend snel gegaan van een experimentele studie waarvan velen verwachtten dat er niets uit zou komen tot landelijke en Europese richtlijnen en inmiddels 43 teams in Nederland die zich toeleggen op de vroegdetectie en vroegbehandeling van het risicoprofiel. Het geeft me een dankbaar en voldaan gevoel. Gingen alle ontwikkelingen in de GGZ maar zo snel! Dit alles neemt niet weg dat er oppositie is tot Kamervragen in de afgelopen maanden en een verwijt niet robuust te zijn door publicatiebias. Gelukkig zijn de feiten duidelijk en weerleggen vele geuite tegenwerpingen, al is meer evidentie wenselijk.

Een groot deel van de vakinhoudelijke discussie rond psychose ging en gaat over continuïteit versus stadiëring. Het continuüm model is tamelijk nieuw in de wereld van psychiaters en reeds lang gangbaar in de psychologie. Na de typologie van de persoonlijkheid van Gerard Heymans (1857-1930) met acht persoonlijkheidstypen, zijn psychologen alles als een continuüm gaan meten: intelligentie, neuroticisme en ook de vijf persoonlijkheidsdimensies van de BIG Five vormen normaalverdelingen in de algemene populatie. De DSM-5 hanteert nog steeds geen persoonlijkheidsdimensies, maar een classificatie met zeer gebrekkige empirische evidentie.

Het continuüm model toegepast in de psychiatrie benadrukt dat discrete stoornissen niet bestaan. Onze classificaties overlappen elkaar, ernst fluctueert over tijd en ook de grens tussen bijvoorbeeld somberheid en depressieve stoornis is arbitrair en niet een valide onderscheiding tussen gezond en ziek. Dat is lastig want de hulpverlening wil toch classificaties: je hebt wel of geen stoornis en je gaat wel of niet behandelen. Daarom zijn er

grenzen noodzakelijk. Een arbitrair criterium in een normaalverdeling levert natuurlijk altijd fout-positieve en fout-negatieve fouten op. Dat is blijvend een discussie bij de vroegdetectie. Diabetes wordt vastgesteld aan de hand van de hoeveelheid bloedsuiker. Een bloedglucose onder de 5,7 is normaal. Boven 6,5 is sprake van diabetes. En daartussen in noemen we prediabetes. Hetzelfde model volgen we bij bloeddruk: 120/80 is normaal 140/90 is hypertensie en daar tussenin is prehypertensie. Hetzelfde geldt voor psychose bepaald met de CAARMS. Normaal, risicoprofiel, psychose.

De stadiëring van pathologie is gebaseerd op de dynamische systeemtheorie. Hier zijn continuïdenkers ineens weer tegen discrete transities. Want dan komt toch ineens weer classificatie denken binnenboord. De dynamische systeemtheorie omarmt het continuüm denken, maar zien ook dat symptomen elkaar beïnvloeden en dat er sprake is van transities in stadia. Het dynamische systeem model kent verschillende evenwichtspunten. Normaal gesproken keert het systeem steeds terug naar hetzelfde evenwichtspunt. Een systeem dat uit evenwicht wordt gebracht keert steeds trager terug naar het evenwichtspunt totdat een tipping point bereikt wordt. Het dynamisch systeem valt dan als het ware in een nieuwe evenwichtstoestand. In het jargon wordt gesproken van non-lineaire shifts of catastrofale shifts. Het beroemdste voorbeeld is een veel bestudeerde meer met steeds meer voedingsstoffen, die gewoon helder blijft vol vissen en planten. Kleine veranderingen in de hoeveelheid voedingsstoffen leiden tot kleine aanpassingen in flora en fauna. Alles onder controle! Maar, bij een bepaald punt aan voedingsstoffen in het water, wordt het plotseling helemaal troebel. De planten sterven door gebrek aan zonlicht, de vissen sterven door gebrek aan planten en kleine organismen. De vijver is vol alg en dood. En het verlagen van de hoeveelheid voedsel alleen is onvoldoende om het leven terug te brengen. Deze

omslagpunten of kantelpunten lijken ook in de menselijk psyché voor te komen.

Bijvoorbeeld onaangenaam werk geeft gevoelens van verdriet, maar op weg naar huis wordt de werknemer weer gewoon zichzelf. Langdurige blootstelling maakt dat hij het verdriet meeneemt naar huis en pas de volgende ochtend weer daarvan hersteld is. Tot het 'tipping point' of kantelpunt bereikt wordt en een klinische depressie ontstaat. Het systeem keert dan niet meer eenvoudig terug naar het oude opgewekte evenwichtspunt en alleen een tijdje stoppen met onaangenaam werk is onvoldoende voor herstel. Dat kan ook met psychose zo gaan. Als achterdocht postvat kan de betrokkene vaak schrikken van aangekeken worden bijvoorbeeld in de tram. Meestal stapt zo iemand snel uit en vervolgt op andere wijze zijn weg. In de ultrahoog risico fase kan het zijn dat het uren hijgen op bed kost om te herstellen van de schrik en achterdocht, voordat hij kan denken dat ie zich waarschijnlijk in het voorval vergist heeft. Het kantelpunt van een paranoïde psychose nadert wel. Elke clinicus kent de patiënten die plotseling na een ernstig voorval ernstig depressief of psychotisch worden en langdurig blijven. Wie de transitie naar psychose doormaakt keert in 1 van de 6 gevallen terug naar normaal. In 5 van de 6 gevallen zal een tweede psychotische episode volgen. En bij elke volgende psychose komt 10% niet meer uit de psychose tot een plafond van ongeveer 40% chronisch psychotische mensen. Er is dus sprake van een quasi-dimensioneel model met kantelpunten voor transities naar een ernstiger stadium.

Parallel aan de ontwikkeling van vroegdetectie werd vanuit prospectief epidemiologisch onderzoek duidelijk dat alle psychopathologie meer gemeen heeft met elkaar dan dat het stoornissen van elkaar scheidt, maar dat er wel een hiërarchie van ernst is. De vroegdetectie past dus perfect in de ontwikkelingen in de psychiatrie. Een van mijn idolen is Avshalom

Caspi. Het Dunedin onderzoek waar hij ook bij betrokken was heeft 1037 geboortes van April 1972 tot Maart 1973 in Dunedin, een kleine stad op het zuidoosteiland van Nieuw-Zeeland, gevolgd. Nu al veertig jaar om de twee of drie jaar zijn mensen opnieuw onderzocht. Daaruit komt uiteindelijk een simpel beeld van psychopathologie naar voren. Een groot deel van de bevolking is veerkrachtig en doorstaat alle uitdagingen van het leven. Een kleine groep is kwetsbaar vanwege erfelijkheid in combinatie met een ongunstige omgeving in de eerste levensjaren, vaak gekenmerkt door verwaarlozing en misbruik. Dit kwetsbare deel van de populatie ontwikkelde een milde voorbijgaande stoornis. Een kleiner deel daarvan ontwikkelde persistentie van klachten en comorbiditeit. Weer een kleiner deel daarvan ontwikkelde de zeldzame psychotische klachten. Dit repliceert oud Engels onderzoek uit 1981 van Elizabeth Sturt naar symptomen dat toonde dat veel voorkomende symptomen zoals bijvoorbeeld somberheid in geringe mate samengaan met andere symptomen (vier of vijf of zo), maar dat zeldzame symptomen zoals hallucinaties samengaan met heel veel symptomen (wel dertig tot veertig). Er is sprake van een hiërarchische ordening van symptomen.

Ook de complexiteit en comorbiditeit in de psychiatrie toont dat overlap eerder regel is dan uitzondering. De helft van de hulpzoekende mensen heeft één DSM-classificatie, een kwart twee, een achtste drie, een zestiende vier, etc. De distributie van symptomen en stoornissen volgt een eenvoudige exponentiële functie vergelijkbaar met het verval van radioactief materiaal of het leeglopen van een batterij of lekkend wijnvat.

De meeste variantie in het Dunedin cohort wordt verklaard door een enkele psychopathologie factor: de p-factor. Net als bij intelligentie dat uit vele deelfacetten bestaat, verklaart een algemene factor het beste de menselijke prestaties: de g-factor. Dat is

de optelsom van capaciteiten die we IQ noemen. Een van de conclusies is dat er evidentie is voor een algemene psychopathologie factor, maar geen wetenschappelijke evidentie voor het bestaan van discrete stoornissen. Nogmaals: er is geen evidentie voor het bestaan van stoornissen los van elkaar.

Hetzelfde geldt voor het erfelijkheidsonderzoek. Psychiatrie is genetisch multi-conditioneel bepaald. Dat wil zeggen er zijn meerdere genen bij betrokken. Zo is er een polygenetische risico score bepaald, bestaande uit de opstelsom van 176 genetische loci die in onderzoek wel eens hebben bijgedragen aan het ontwikkelen van een psychose. De gedachte achter deze maat is dat als iemand veel risicogenen heeft voor psychose, er ook daadwerkelijk vaker psychose zal optreden. Deze risicomaat voorspelt echter heel matig psychose, slechts 7,7% van de variantie in schizofrenie casus-controle status. Tegelijkertijd is er sterke overlap tussen stoornissen onderling. Om kort te gaan: het lijkt er sterk op dat net als de p-factor er een generiek genetisch risico bestaat voor het ontwikkelen van psychopathologie.

De kwetsbaarheid kan ook het gevolg zijn van vroegkinderlijke verwaarlozing en misbruik. Kindermisbruik is een pluripotente risicofactor voor het ontwikkelen van allerlei psychopathologie: angst, depressie, PTSS, verslaving, psychose, en vele andere vormen van psychopathologie. Het moge duidelijk zijn dat kwetsbaarheid door aanleg gecombineerd met ongunstige levensomstandigheden tot nog grotere risico's voor het ontwikkelen van psychopathologie leidt.

Het gaat bij vroegdetectie en vroegbehandeling dus om het tijdig detecteren van ernst. Ernst kenmerkt zich door persistentie van klachten, een complexe samenstelling van symptomen,

ook wel comorbiditeit genoemd en het verschijnen van denkstoornissen, perceptuele aberraties en wantrouwen. Het risico op het ontwikkelen van psychose is 0,02% per jaar in de bevolking en 20% per jaar in de ARMS-groep. Het risico is daarmee 1000 keer groter. Zeer de moeite waard om aandacht aan te besteden.

In de dagelijkse praktijk is de diagnostiek zoals in de DSM praktisch en handig, maar anderzijds onbruikbaar omdat het goed onderzoek belemmert. De netwerkmodellen die de vervlechting van symptomen beter in kaart brengt is realistischer, maar biedt de clinicus onvoldoende houvast. Het screenen van zeldzame symptomen is echter wel transdiagnostisch een ernstfactor. De huidige DSM-classificaties ontberen prognostische kenmerken. Elk stoornis kan in beloop variëren van gunstig tot zeer ongunstig. Daardoor vindt overbehandeling en onderbehandeling plaats. De stand van zaken is dat de protocollen voor effectieve behandeling bij verschillende stoornissen gehandhaafd en gebruikt kunnen blijven. Wel moeten we ons elke dag weer van patiënt tot patiënt blijven realiseren dat de stoornissen niet goed afgegrensd zijn en dat comorbiditeit de regel is en dat het aanvullend gebruik van een prognostische ernst indicator kan helpen om overbehandeling en om chroniciteit als gevolg van onderbehandeling te voorkomen.

Ik kom tot mijn concluderende opmerkingen.

Omdat terugkeer naar het oude evenwicht onwaarschijnlijker is dan progressie naar een volgend ernstiger stadium is vroegdetectie en vroeginterventie noodzakelijk. De behandeling is bij een DSM-classificatie al arbeidsintensief en heeft een beperkte effectiviteit. De behandeling van klachten in een hoog risicostadium is effectiever en goedkoper, zelfs kostenbesparend, op een termijn van 48 maanden follow-up.

We zouden alle hulpzoekende mensen moeten screenen op complexiteit en dreigende langdurige zorgtrajecten. Het screenen van zeldzame symptomen, waarvan we weten dat zij samengaan met veel andere symptomen en complexiteit, is een snelle manier om transdiagnostisch zicht te krijgen op dreigende langdurige zorgtrajecten. De ervaringenlijst screent 16 zeldzame symptomen met life-time ja-nee uitspraken in twee minuten van de tijd van de patiënt. Wie zes of meer scoort en ook na vervolg assessment een risicoprofiel heeft, is ook in 85% van de gevallen getraumatiseerd. Wie het risicoprofiel screent hoeft niet aanvullend PTSS te screenen vanwege de overlappende populaties. De screen is de snelste route naar de 15 procent meest risicovolle patiënten die zich aandienen in de GGZ, terwijl het maatschappelijk verval bij deze debutanten in de zorg nog niet is ingezet en er veel te redden en te behouden is. Het moet zowel bij adolescenten als jongvolwassenen met klachten plaats vinden en vroegdetectie en vroegbehandeling overspannen de jeugdpsychiatrie en volwassenenpsychiatrie.

Deze vorm van preventie klinkt simpel, maar de behandeling van mensen met een risicoprofiel is altijd complex, transdiagnostisch en het is een specialistische gepersonaliseerde behandeling die het gevaar van chroniciteit door onderbehandeling kan voorkomen. Het bespaart veel leed en zorgkosten, niet zozeer door het weg timmeren van symptomen, maar door het voorkomen van langdurige zorgtrajecten.

Dan kom ik nu toe aan mijn dankwoorden. De leerstoel was ingesteld door de Parnassia groep tezamen met de Vrije Universiteit. Ik ben beide instellingen bijzonder dankbaar voor het vertrouwen in mij en voor de mogelijkheid hier te doceren, te onderzoeken en promovendi te helpen promoveren. Mijn dank gaat uit naar het College van Bestuur van de Vrije Universiteit, het Bestuur van de Faculteit en de Raad van Bestuur van de Parnassia

Groep. Vanaf het eerste moment heb ik mij bijzonder welkom gevoeld aan de Vrije Universiteit en ben ik ruimhartig door beide partijen ondersteund in mijn werkzaamheden. Ik heb bijzonder prettig gewerkt en heb ook mijn hele leven plezier beleefd aan onderwijzen en trainen, naast het doen van onderzoek en behandeling.

Pim Cuijpers was een ware stimulans voor het preventie onderzoek. Zijn stijl van leidinggeven was los en faciliterend. Die heerlijke stijl is ook overgenomen door Annemieke van Straten die nu leiding aan de vakgroep klinische psychologie geeft. Wat heb ik mijn hele leven toch geluk gehad met mijn bazen! Ik dank jullie voor de samenwerking en alle resultaten die geboekt zijn. De komst van Lydia Krabbendam naar de faculteit heeft geleid tot bescheiden samenwerking rond psychose, maar ik weet zeker dat met de komst van Els van der Ven en David van den Berg dit nog meer gestalte gaat krijgen. Met Ad Kerkhof was het fijn om van gedachten te wisselen over zaken die taboe zijn in de hulpverlening. Dat is niet alleen zo rond psychose, maar ook suïcidaliteit wat veel voorkomt, werd tot voor kort onhandig en schuw benaderd. Ad dank je onze discussies over de lastig te behandelen patiënt. Marcus Huibers ben ik dankbaar voor de samenwerking bij Dialectische Gedragstherapie bij autisme. Zijn ideeën over predictoren van behandelsucces zullen zeker publicaties gaan opleveren en ook de efficiëntie van de hulpverlening vergroten. Ik bedank Heleen Riper voor de samenwerking op het gebied van eHealth en Virtual Reality en de begeleiding van het promotietraject van Alyssa Jongeneel bij de Temstem studie. Jack Dekker kwam vaak op maandag email deleten tussen twee vergaderingen in. Hij reisde per taxi door de grote stad Amsterdam. Hoewel we dicht op elkaars vakgebied zaten hebben we geen gezamenlijk projecten gehad, maar wel discussies over ontwikkelingen in GGZ-instellingen in het land en hoe daarmee om te gaan. Bedankt Jack voor de steun en de



relativerende humor. Filip Smit is steeds in beeld geweest. We waren *room mates* en zijn ook echte maatjes geworden. Verschillende promovendi zijn door hem begeleid als het ging om ingewikkelde statistische designs en economische evaluaties. Ik ben je bijzonder dankbaar voor je bijdrage aan de hoge kwaliteit van promoties, mijn toegenomen begrip van de zich snel ontwikkelende statistiek en het feit dat we ook veel gelachen hebben. Na anderhalf jaar corona-isolatie, mis ik jou nog het meest op de maandagochtend.

Ik dank de hoogleraren Vincent Hendriks, Niels Mulder, Kees Korrelboom, Jaap van Weeghel, Jan-Dirk Blom en Karin Slotema binnen de Parnassia groep waarmee ik lang heb samenwerkt op verscheidene vlakken. Ik ben ook dankbaar voor het feit dat de onderzoeksgroep naar mij vernoemd is en dat David van den Berg de fakkel van het hoofd psychose onderzoek bij de Parnassia Groep heeft overgenomen. Ik ben dat ook blij dat er een nieuwe leerstoel psychose in overweging is. Ik dank de collega hoogleraren met wie ik als promotor-koppel heb samengewerkt : met Durk Wiersma zaliger van de Rijksuniversiteit Groningen bij de promotie van Stynke Castelein, die inmiddels zelf hoogleraar in Groningen is geworden; met Pim Cuijpers bij Judith Rietdijk en straks David Turner; met Don Linszen, bij Sarah Dragt en ook Judith Rietdijk; met Lydia Krabbendam bij Bas van Oosterhout; met Agnes van Minnen en Ad de Jongh bij David van den Berg en Paul de Bont; met Marieke Pijnenborg en André Aleman bij Steven de Jong; met Niels Mulder bij Tonnie Staring, Asia Ruchlewska en straks Yvonne de Jong; met Lieuwe de Haan bij Rianne Klaassen en Tamar Kraan; met Wim Veling bij Luyken Holland Stouten en Roos Pot-Kolder; met Filip Smit bij Helga Ising en straks Eline Palstra; met Philippe Delespaul die ik al decennia ken uit het veld en die veel promovendi geholpen heeft met analyses en met wie het heerlijk sparren was over de lotgevallen van de GGZ. Hij gaf ook veel om de patiënten en om die reden konden we af en toe behoorlijk boos worden op de politiek en GGZ, maar bij de oesters hebben we altijd veel plezier gehad. Dank

je voor zo'n lange samenwerking. Er zijn nog een paar promoties aanstaande met Heleen Riper bij Alyssa Jongeneel; met Stynke Castelein bij Sjoerd Vogel; met Marcus Huibers bij Anne Huntjens; met Ingmar Franken en Karin Slotema bij Marieke Niemantsverdriet. Het was enerverend, stimulerend, leerzaam en ook gezellig om met jullie promotoren en promovendi samen te werken in de afgelopen vijftien jaren. Verder zijn er nog promovendi die over mijn 'ius' heen zullen gaan vanwege de grandioze aard van veel van de studies waarin ik betrokken ben. Het gaat jullie vast lukken Eva Tolmeijer, Simone Burger, Tineke van der Linden, Jim Driessen en in de komende tijd kunnen jullie nog op me rekenen. Tot slot Carla, mijn vrouw, die ik chronisch te kort heb gedaan met hard werken en internationale reizen, maar die me steeds is blijven liefhebben en steunen. Ik ben ook jou dankbaar en ik hou van je. Ik heb gezegd.