

# HET PERRON

België-Belgique  
P.B. - P.P.  
8000 BRUGGE 1 - 2  
3/5298

Afgiftekantoor 8000 Brugge 1 - 2e afdeling  
Tweemaandelijks tijdschrift  
24e jaargang nr.2, maart-april 2008  
Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge (Afzendadres)  
Erkenningsnummer: P509268



**tijdschrift van het**

**PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS  
ONZE-LIEVE-VROUW BRUGGE**

**en het**

**PSYCHOTHERAPEUTISCH CENTRUM  
RUSTENBURG BRUGGE**



## Colofon

---

**HET PERRON** is het tweemaandelijks tijdschrift van het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw en het Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg. Het is bestemd voor de West-Vlaamse huisartsen en de psychiaters en GGZ-voorzieningen in Vlaanderen.

### Oplage

Het Perron wordt verspreid op 2200 exemplaren

### Redactieraad

Dr. Marc Franchoo, psychiater (hoofdredacteur)  
Dr. Chris Bervoets, psychiater  
Jacques Dutrie, psycholoog-psychotherapeut  
Ludo Goderis, stafmedewerker patiëntenzorg  
Marc Simoens, stafmedewerker patiëntenzorg  
Ingrid Vandaele, stafmedewerker patiëntenzorg

### Verantwoordelijk uitgever

Zr. Mieke Kerckhof, Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge

### Vormgeving en druk

Geert Daelman

### Gedrukt in PZ Onze-Lieve-Vrouw

### Ontwerp omslag

Ludo Goderis

### Technische afwerking

Creatief Werkcentrum PZ Onze-Lieve-Vrouw

### Correspondentie



### PZ Onze-Lieve-Vrouw

Koning Albert I-laan 8  
8200 Brugge  
info@olv.gzbj.be  
www.pzolv.be  
tel. 050-30 18 00  
fax 050-30 18 01



### PTC Rustenburg

Oude Oostendesteenweg 43  
8000 Brugge  
rustenburg@rb.gzbj.be  
www.ptcrustenburg.be  
tel. 050-31 81 65  
fax 050-31 08 99

# **AUDITIEVE HALLUCINATIES ALS COMPLEX COGNITIEF FENOMEEN: EEN BRUG TUSSEN BEELDVORMINGSONDERZOEK EN GEDRAG ?**

*Dr. Chris Bervoets  
Psychiater  
PZ ONZE-LIEVE-VROUW*

—“Stemmen horen” is één van de meest verstorende symptomen van een psychotisch syndroom. Stel je maar eens voor dat je op een avond alleen thuis bent en rustig van een programma op TV geniet en plots ene stem hoort die iets negatief en kritisch over u opmerkt. Uw gemoedsrust en denken zullen erg gestoord geraken, zeker wanneer U dit fenomeen dagelijks zou meemaken. Het is niet moeilijk in te beelden dat dit kan leiden tot ernstige hinder in het dagelijks functioneren.

Hoe kan je stemmen horen terwijl er niemand spreekt ? En wat gebeurt er in de hersenen tijdens een spraakhallucinatie ? Is het fenomeen van “stemmen horen” een “aparte” zintuiglijke waarneming of kan dit verklaard worden vanuit het huidige wetenschappelijk onderzoek ?

Om deze vragen te beantwoorden overlopen we aantal gegevens uit functioneel beeldvormingsonderzoek.

Een goed idee van activiteit in de hersenen tijdens een spraakhallucinatie krijgen we uit het onderzoek van van

de Ven (1). Hij beschrijft activatie van motorische gebieden en verder een activatie van taalproductiegebieden, meer voorin de hersenen. Prominente activatie is zichtbaar in auditieve gebieden. Dit alles is in overeenstemming met de ervaring van patiënten dat zij echt geluid horen en toont duidelijk aan dat ze niet ‘zomaar’ aan spraak denken.

Deze nieuwe benadering waar een verklaring wordt gezocht van psychiatrische symptomen in termen van cognitieve processen in de hersenen, wordt aangeduid als cognitieve neuropsychiatrie.

Deze benadering heeft als voordeel dat het probleem van heterogeniteit binnen diagnoses veel minder speelt: patiënten met dezelfde diagnose kunnen heel divers zijn in aard en ernst van individuele symptomen maar door deze aanpak ontstaat er een verband tussen de klinische psychiatrie, de cognitieve psychologie en de neurowetenschappen. Telkens probeert men om drie niveaus (symptomen, cognitief-emotionele processen en de rol van verschillende hersengebieden daarbij) met elkaar in verband te brengen.

Als we terugkomen op het voorbeeld van de auditieve hallucinatie is deze relatie meteen veel duidelijker. Onderzoekers hebben geopperd dat dit fenomeen zou kunnen komen door een verstoorde brondiscriminatie, dat is het onderscheid maken tussen informatie die van jezelf afkomstig is (je hebt het zelf bedacht) en informatie die van een bron buiten jezelf afkomstig is (een ander zei iets). Een belangrijk hersengebied dat bij brondiscriminatie betrokken is, is de anterieure cingulus en een abnormale activatie van dat hersengebied zou dus samen kunnen gaan met verstoorde brondiscriminatie en daarmee leiden tot de ervaring van spraakhallucinaties.

Deze hypothese werd getoetst door Allen (2). Hij liet patiënten met en zonder hallucinaties in de scanner een brondiscriminatie-taak uitvoeren waarbij ze moesten bepalen of bepaalde spraak van henzelf of van iemand anders afkomstig was. De anterieure cingulus bleek inderdaad actief te worden bij dit proces. En, conform de hypothese, de patiënten met hallucinaties vertoonden een verminderde activatie van dit hersengebied. In eerder onderzoek was overigens al aangetoond dat patiënten met hallucinaties meer brondiscriminatie-fouten maken. Hoopvol resultaat om de spraakhallucinatie te verklaren maar andere onderzoekers konden dit resultaat niet bevestigen waardoor het vermoeden rijst dat er meer aan de hand is dan enkel een verstoorde brondiscriminatie voordat iemand “stemmen” gaat horen.

Een andere mogelijke verklaring betreft een versterkte top-down attentie. Hiermee wordt bedoeld een sterke perceptuele verwachting van de betreffende persoon en het richten van de aandacht daarop, waardoor onwillekeurig een waarneming opgewekt zou kunnen worden. Wat spraak betreft zijn de taalproductie gebieden (met name het gebied van

Broca) en de taalperceptie gebieden (met name het gebied van Wernicke) hierbij van cruciaal belang. Hoewel deze hypothese nog in onderzoek is, zijn er enkele aanwijzingen die de plausibiliteit ervan ondersteunen. Zo is gebleken dat patiënten met spraakhallucinaties minder activatie vertonen van de spraakperceptiegebieden dan patiënten zonder hallucinaties wanneer hen gevraagd werd naar externe spraak te luisteren. Dit wijst er wellicht op dat hun aandacht zo zeer gericht was op de intern gegenereerde spraak, dat die het hersengebied als het ware al bezet hield.

Als het zo is dat spraakgerichte attentie een rol speelt bij verbale hallucinaties, dan mag je verwachten dat mensen die de neiging tot horen van stemmen hebben zich sterker laten leiden door perceptuele verwachtingen om woorden te gaan horen. Dit werd onderzocht door Vercammen (3) bij proefpersonen die af en toe “stemmen hoorden”, echter zonder dit als zo negatief en hinderlijk te ervaren als psychotische patiënten. Uit de resultaten van dit onderzoek bleek inderdaad dat mensen met hallucinatoire ervaringen meer perceptuele fouten maken die ingegeven zijn door hun verwachtingen.

In een schizofreen syndroom zijn er echter ook belangrijke, bij sociaal-emotionele processen betrokken, centra verstoord in het brein. Zo zullen gezonde proefpersonen bijvoorbeeld de amygdala activeren wanneer ze ‘minder betrouwbare’ gezichten moeten herkennen terwijl patiënten met schizofrenie de amygdala minder goed activeren in dezelfde omstandigheden terwijl andere hersengebieden bij deze patiënten juist méér activiteit vertonen (anterieure cingulus en de superieure temporale sulcus). Deze gebieden zijn dan weer betrokken in het toeschrijven van bedoelingen aan anderen.

Misschien kan een te sterke activatie van zulke gebieden leiden tot het veelvoorkomende symptoom van de achtervolgingswanen?

Het onderzoek naar verschillende hypothesen is dus in volle gang. We gaan er best van uit dat het aan het ontstaan van auditieve hallucinaties meerdere centrale cognitieve processen deelnemen. We denken dan aan, naast emotionele factoren, brondiscriminatieprocessen, perceptuele verwachtingen en basale aandachtsprocessen.

Op deze manier is het onderzoek naar de mechanismen die onderliggend zijn aan auditieve hallucinaties een mooie illustratie van de manier waarop fundamentele mechanismen in de hersenen verbonden worden aan klinisch relevant gedrag via de tussenschakel van cognitief-emotionele mechanismen in de hersenen.



1. The spatiotemporal patten of auditory cortical responses during verbal hallucinations.  
VG van de Ven et al. , Neuroimage. 2005 Sep; 27(3):644-55.
2. The hallucinating brain: a review of structural and functional neuroimaging studies of hallucinations. Allen et al. , Neurosci Biobehav Rev. 2008;32(1): 175-91.
3. Hearing a voice in the noise: auditory hallucinations and speech perception. Vercammen et al., Psychol Med. 2007 Dec 13;;1-8

***Het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw in Brugge is een algemeen psychiatrisch ziekenhuis met 412 bedden en plaatsen. Het ziekenhuis beschikt over vier gespecialiseerde klinieken, een afdeling voor intensieve psychiatrische zorg.***

***Psychotherapeutisch centrum Rustenburg  
Het PTC Rustenburg is een psychotherapeutisch centrum voor psychoanalytische therapie te Brugge. De behandeling richt zich tot personen met depressie, angst en persoonlijkheidsproblematiek.***

# DEPRESSIE REVISITED (DEEL 3): KLINIEK

*Dr. Marc Calmeyn*  
*Psychiater psychoanalyticus*  
*PZ ONZE-LIEVE-VROUW*

## **INLEIDING**

**In deel 1** werd het probleem gesteld: onder de vlag ‘depressie’ worden heel wat verschillende ladingen gedekt, zodat op de duur een definitie van depressie vaag wordt.

**In deel 2** werden de theoretische bakens (anthropopsychiatrie) uitgetekend om de *essentie van het depressief zijn* te kunnen bepalen. De metafoor ‘landschap van de stemming’ toont aan dat er drie kernbegrippen zijn:

- ‘**élan vital**’ (levenskracht, levensenergie) en ‘psuchê’: het animerende principe van het leven (er is (nog) geen splitsing tussen subject en object en tussen psyche en soma).
- de **aesthetische dimensie**: de wereld van de gewaarwordingen, de primaire sensaties
- **basisrhythmes**: dag- en nachtritme, seizoensritme,...

Vanuit deze groundbegrippen kunnen we de kliniek van het depressief zijn accuraat beschrijven.

## **KLINIEK**

De essentie van het depressief zijn kan door een trias (1) van kern-dysfuncties gekarakteriseerd worden.

### **1. anhormia**

Het Griekse ‘hormé’ betekent aandrift, aandrang, het in beweging komen (2).

Anhormia is de negatie: de levenskracht, de **élan vital** is stilgevallen. De ‘drive’ om zich, letterlijk en figuurlijk, in beweging te zetten is stilgevallen. Dé typische uitspraak van de depressieve patiënt is inderdaad: ‘dokter, het gáát niet meer’ (3). Dus ook letterlijk: de patiënt beweegt in ‘slow motion’ (Sabbe, 1997). Het beginnen aan iets kost de depressieve persoon de grootste moeite, hij of zij ziet dit als onoverkomelijk.

Daaruit vloeit voort dat de interesse in wat rond hem of haar gebeurt, kortom de interesse in de omwereld, vermindert of wegvalt.

## 2. anhedonia en anaesthesia

De **aesthetische** dimensie verwijst naar het welbevinden in de wereld van de gewaarwordingen. We voelen ons letterlijk en figuurlijk goed in ons vel. We ervaren dit op een lustvolle wijze, waarbij 'lust' in de ruime zin van het woord dient begrepen te worden. Het is nog best weer te geven met het woord 'appetijt' (4).

Welnu, bij een depressieve persoon is de appetijt in het leven (de *levens-lust*) verdwenen. Dit toont zich in de wereld van de zintuigen, waarvan het verlies van de eet-lust de meest bekende is.

Alle zintuigen kunnen in principe aangetast, geraakt worden. Het is niet ongewoon dat de depressieve patiënt ook veranderde gewaarwordingen in bijvoorbeeld smaak of geur heeft, tot zelfs de totale afwezigheid ervan...

## 3. arrhythmia

De **levensritmes** zijn grondig verstoord. Er treedt een *defasering* van het dagnachtritme op: relatief gemakkelijk inslapen, te vroeg wakker worden echter, zich uit bed moeten sleuren, geleidelijk aan verbetering in de loop van de dag waarbij men zich naar de avond toe op zijn best voelt... Ook andere ritmes zijn ontregeld. De volkswijsheid 'het vallen of springen

van het blad' geeft dit al aan: sombere stemmingen kunnen dan optreden. Dit verwijst dus naar het (verstoorde) ritme van de seizoenen. Heel wat depressieve personen kennen die ervaring dat ze in die seizoenveranderingen kwetsbaarder voor depressieve fasen zijn.

Andere ritmestoornissen zijn bijvoorbeeld ontregelingen in de hormonale cyclus van de vrouw. Ook (uitgesproken) slaapstoornissen kunnen uiting zijn van een basale ritmestoornis.

### **KLINISCHE IMPLICATIES**

Twee gevolgtrekkingen voor de klinische praxis zijn, ten eerste, 'de eenvoud zelve' en, ten tweede, obsoleete tegenstellingen.

#### *'de eenvoud zelve'*

De eenheid van de trias draagt bij tot het stellen van een duidelijke diagnose. Er zijn geen ellenlange vragenlijsten nodig, waardoor het navragen naar de essentie van het depressief zijn vlot in het klinische gesprek kan geïntegreerd worden.

Het zij nog eens duidelijk gezegd: uiteindelijk is het vaststellen van de aan- of afwezigheid van depressie primair een *klinische* diagnose.

Deze accurate en snelle wijze van diagnosestelling heeft alleen al daarom

in de eerste lijn, en op de eerste plaats door de huisarts, een belangrijke meerwaarde.

### *obsolete tegenstellingen*

Vanuit de theoretische bevinding dat in het landschap van de stemming er geen onderscheid is tussen lichaam en geest (cf. het animerende principe van het leven, de 'psuchê') komt het onderscheid tussen exogene en endogene depressie te vervallen. Het is een achterhaald en voorbijgestreefd concept (5).

Dit onderscheid leidde zelfs tot 'gesplitst' behandelen: medicatie voor endogene depressie en psychotherapie voor exogene depressie. Terwijl nu duidelijk is dat beide van *evenveel* belang zijn bij essentieel depressief zijn (5).

### **EVIDENT?**

*Een studie door Roelandts en Schotte (1999) vond plaats bij 138 ambulante patiënten die dezelfde klinische en biologische investigaties ondergingen. De biologische parameter was de TRH-test met TSH-respons. Klinisch werden twee diagnostische concepten getoetst: enerzijds de 'major depression' (vanuit de toen vigerende DSM III-R) anderzijds 'anhormia' (als klinisch-fenomenologisch concept).*

De resultaten zijn op zijn zachtst gezegd *opvallend*.

Kort samengevat komt het hierop neer. Er zijn geen significante verschillen in de TSH-waarden tussen het al of niet hebben van een 'majeure depressie' (probabiliteit .7433). Er zijn wél significante verschillen in de TSH-waarden bij het al of niet aanwezig zijn van 'anhormie' (probabiliteit .0001)!

Wat kunnen we concluderen uit dit elegant onderzoek?

- anhormia correleert met biologische parameters in tegenstelling tot 'majeure depressie'
- het globale psychische (dis)functioneren, de **élan vital**, krijgt empirische evidentie
- de antropopsychiatrie is een belangrijk denkkader om zowel gezondheid als psychopathologie te conceptualiseren

## BESLUIT

Het is duidelijk hoe een coherent theoretisch denkkader (anthropopsychiatrie) een belangrijke bijdrage levert voor de (psychiatrische) kliniek. De hierboven beschreven trias is a.h.w. op het lijf van de depressieve persoon geschreven. Empirische evidentie wordt door het elegante onderzoek uit 1999 aangereikt en vraagt verdere research. Maar bovenal slaagt de hulpverlener erin om *accuraat* en *klinisch* de kern van het depressief zijn af te lijnen. En daar gaat het uiteindelijk om: door de bomen het échte bos zien...

- (1) de term ‘trias’ is te verkiezen boven ‘triade’ omdat eerstgenoemde een intrinsieke verwevenheid van de drie termen met elkaar veronderstelt.
- (2) denk bijvoorbeeld aan het woord hormoon: een stof die iets in beweging zet., aanzet tot...
- (3) de typische vraag van de arts aan de depressieve patiënt is: ‘hoe gaat het?’ (Godderis, 2000); de typische vraag van de arts aan de schizofrene patiënt luidt: ‘hoe ís het?’ (verwijzend naar de fundamentele zijnsproblematiek die bij de schizofrenie in het geding is).
- (4) Latijn: appetere: naar iets grijpen, verlangen; dat wat ons (graag) doet blijven leven.
- (5) in het volgende deel zal ik naar recente literatuur verwijzen die dit bevestigt.



Godderis, J. (2000) *Kan men een hemel klaren, even zwart als drek? Historische, psychiatrische en fenomenologisch-antropologische beschouwingen over depressie en melancholie*. Leuven-Apeldoorn: Garant

Roelandts, A., Schotte, J. (1999), De la psychiatrie biologique à l’anthropopsychiatrie, *L’Information Psychiatrique*, 75 ,6, 625-634

Sabbe, B.G.C.(1997) *In slow motion – Cognitive and motor retardation during writing and drawing tasks in depressed inpatients*. Nijmegen: Drukkerij Quickprint