



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Ontregelde emoties

Hemert, A.M. van

Citation

Hemert, A. M. van. (2012). *Ontregelde emoties*. Leiden: Universiteit Leiden. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/20856>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/20856>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

ONTREGELDE EMOTIES

Oratie uitgesproken door prof. dr. A.M. van Hemert bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de Psychiatrie aan de Universiteit Leiden op vrijdag 22 juni 2012

Van dat, waarover niet kan worden gesproken, moet men zwijgen [1]. Met dit citaat van de Oostenrijkse filosoof Ludwig Wittgenstein beëindigde ik op 13 november 2009 mijn eerdere oratie bij de aanvaarding van de leeropdracht Epidemiologie van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg [2].

Mevrouw de rector magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,

Het is voor mij een grote eer dat ik bij deze gelegenheid de draad van mijn eerdere betoog weer mag opnemen en uit mag breiden naar het werkgebied van de psychiatrie in het algemeen. Ik dank het college van bestuur van de Universiteit van Leiden en de raad van bestuur van het Leids Universitair Medisch Centrum voor het in mij gestelde vertrouwen, bij de benoeming voor de leeropdracht Psychiatrie, die ik met het uitspreken van deze rede gaarne aanvaard.

Ik heet u allen hier van harte welkom. Velen van u waren ook bij mijn eerdere oratie, en ik waardeer het zeer dat u er allen weer bent. En nee, ik ben niet van plan om dit over drie jaar weer te doen.

In mijn eerdere oratie lag het accent sterk op de rol die de psychiatrie in de samenleving heeft, waar het gaat om het bereiken van de meest kwetsbare doelgroepen. Collega Victor Vladár Rivero is daarin altijd mijn voorbeeld geweest. Nu mijn leeropdracht zich uitbreidt naar de psychiatrie als geheel wil ik mij ook uitspreken over het vakgebied als academische discipline. Het is mijn overtuiging dat de psychiatrie, vanuit een sterke academische positie, belangrijk kan bijdragen aan de kwaliteit van de samenleving. Veel meer dan in mijn eerdere oratie zal ik nu ingaan op een aantal algemeen wetenschappelijke aspecten van het vakgebied.

Het citaat van Wittgenstein, waarmee ik zojuist begon, heb ik bewust gekozen als een verbinding tussen mijn eerste en mijn tweede oratie. Het citaat heeft voor mij meerdere lagen van betekenis. Een eerste laag is dat het de woorden zijn, waarmee Wittgenstein zijn Tractatus logico-philosophicus in 1918 afsloot [1,3]. Hij meende dat over de filosofie niets meer te zeggen viel [3]. Ik beëindigde mijn eerdere oratie met dezelfde woorden, met een knipoog naar dit citaat, niet om aan te geven dat er niets meer te zeggen viel, maar om te markeren dat ik op dat moment aan het einde was van mijn betoog.

In een tweede laag verwijzen de woorden voor mij ook naar aspecten van onze ervaringen die zich niet gemakkelijk in woorden laten uitdrukken, zoals bijvoorbeeld de diepe gevoelens die wij voor onze naasten koesteren. Ware liefde is volgens mij vooral iets wat je leeft. Woorden verworden gemakkelijk tot holle frasen of bezweringen die van geen betekenis zijn als een basale wederzijdse betrokkenheid ontbreekt. Die wederzijdse betrokkenheid ligt als een onuitgesproken fundament onder een stabiele relatie. Dat geldt dus ook voor de arts-patiënt relatie. Het was ook in die betekenis dat ik het citaat eerder gebruikte.

In een derde laag, verwijst het citaat voor mij naar een fundamenteel probleem in het begrijpen van de geest. Het is in die betekenis dat ik het citaat voor de opening van mijn rede vandaag gekozen heb.

In de komende drie kwartier wil ik een aantal uitdagende problemen uit het vakgebied van de psychiatrie met u bespreken.

Ik zal beginnen met een kennistheoretische probleem, dat teruggaat op het citaat van Wittgenstein, over datgene waarvan logischerwijs wel en niet gesproken zou kunnen worden. In essentie gaat het voor mij om de vraag in hoeverre psychiatrische stoornissen zich voldoende laten beschrijven in de woorden die wij gebruiken.

Vervolgens wil ik spreken over onze diagnostische classificatie, het systeem van de DSM. De laatste tijd is hierover in de kranten herhaaldelijk geschreven, en dat was niet altijd in positieve zin [4-7]. Ik wil u aangeven wat het belang van deze classificatie is voor de psychiatrie en ik wil u aangegeven wat de beperkingen ervan zijn. Het lijkt erop dat de bijdrage van deze ziekteclassificatie aan de vernieuwing van onze kennis wel zo'n beetje ten einde is. We mogen wat mij betreft met het onderzoek een spade dieper gaan. Daarmee wil ik overigens niet zeggen dat we de DSM nu maar overboord moeten zetten. Deze blijft voor het onderzoek en voor de klinische praktijk als ordeningsprincipe van grote waarde.

Als derde wil ik het hebben over een oplossingsrichting die we naar mijn idee kunnen volgen om het vakgebied van de psychiatrie voorbij de DSM verder tot ontwikkeling te brengen. Ik denk dat we, meer dan in het verleden, op zoek moeten gaan naar de achterliggende werkingsmechanismen van de aandoeningen die wij behandelen. Ik geef daarmee een richting die wij als afdeling in de komende jaren met ons onderzoek willen gaan.

Ten slotte zal ik stilstaan bij de patiëntenzorg en bij het onderwijs. Ik beschouw de academische trias van onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg nog steeds als de basis waarop een medisch specialisme wordt gebouwd.

KENNISPROBLEEM: HET EERSTE EN DERDE PERSOONSPERSPECTIEF

Nu eerst het kennisprobleem. De psychiatrie is het medisch specialisme dat zich bezighoudt met de diagnostiek en de behandeling van stoornissen van de geest. Maar, wat is precies die geest? Wat bedoelen we als we dat woord gebruiken? In het dagelijks spraakgebruik weet iedereen wel zo'n beetje waar het om gaat, maar als we proberen om te benoemen wat het is, dan is dat nog niet zo eenvoudig. Voor een goed begrip is het belangrijk om onderscheid te maken tussen twee invalshoeken. Ik noem die, naar het voorbeeld van Daniel Dennett, het eerste en het derde persoonsperspectief [8].

Met het eerste persoonsperspectief doel ik op de directe ervaringen die u allen in deze zaal heeft. U ziet mij hier staan op de kathedraal. U hoort mij spreken. U bent zich bewust van deze historische locatie. En u heeft uw eigen gedachten en gevoelens. Deze unieke stroom van ervaringen, die alleen voor uzelf direct toegankelijk is, is voor velen synoniem met het begrip "Geest".

Een moeilijkheid voor mij als psychiater is dat ik, vanuit mijn derde persoonsperspectief, geen directe toegang heb tot uw ervaringen. Ik sta hier op de kathedraal. Ik zie u allen in de zaal, maar wat u precies ervaart vanuit uw eerste persoonsperspectief blijft voor mij gesloten. Vanuit het derde persoonsperspectief van onze observatie, dat van de buitenstaander, blijven wij altijd op een zekere afstand van het eerste persoonsperspectief, van de directe stroom van ervaringen en de directe introspectie.

Wittgenstein, nu, heeft zich afgevraagd hoe wij via de taal op de hoogte komen van elkaars interne gemoedstoestanden, en hij meende dat dat in essentie niet mogelijk is. Hij gebruikte daarbij het gedachte-experiment van een kever in een doosje. Laten we aannemen dat u in uw binnenste zelf

een bepaalde gemoedstoestand ervaart en dat u daaraan naar uw beste inzicht een woord koppelt. Hoe kan ik dan weten naar welke toestand u verwijst als u dat woord gebruikt? Het zou kunnen gaan om een toestand die ik vanuit mijn eigen eerste persoonsperspectief ken, maar hoe kunnen wij weten dat wij hetzelfde bedoelen? Er is een probleem in het delen van eerste persoonservaringen via de taal. Het gedachte-experiment met de kever in het doosje luidt als volgt: *“Veronderstel dat iedereen een doosje zou hebben, en dat daarin iets zat, wat wij “kever” noemen. Niemand kan ooit in het doosje van een ander kijken; en iedereen zegt dat hij alleen doordat hij naar zijn kever gekeken heeft weet, wat een kever is. Dan zou het toch kunnen zijn dat iedereen een ander ding in zijn doosje had”* aldus Wittgenstein in de Filosofische onderzoekingen [9].

Waar het gaat om directe persoonlijke belevingen schieten woorden tekort in het betrouwbaar delen van de ervaring. Woorden kunnen hun betekenis alleen ontleen aan de manier waarop wij die met elkaar in het publieke domein gebruiken.

CLASSIFICATIE IN DE PSYCHIATRIE

Dit brengt mij op onze diagnostische classificatie. Als dokters met elkaar praten over de diagnose en behandeling van patiënten, dan hebben zij alleen het derde persoonsperspectief tot hun beschikking. En dat geldt onverkort ook voor het wetenschappelijk onderzoek. In het kennisdomein van de psychiatrie valt het eerste persoonsperspectief als het ware weg, terwijl dit voor de patiënt juist de essentiële ervaring is. Het is aan de psychiater om in het onderzoek uit te maken, hoe de eerste persoonservaringen van de patiënt zich laten vertalen in een beschrijving waarmee de problematiek in het derde persoonsperspectief kan worden benoemd.

Om die vertaling betrouwbaar te kunnen maken heeft de dokter een stelsel van begrippen nodig, dat hij of zij als meetstelsel langs het verhaal van de patiënt kan leggen. Mijn eerste leermeester in de psychiatrie, professor Harry Rooijmans, noemde dat soms een raster van begrippen, dat je als het ware over de werkelijkheid van de patiënt heen moet leggen. Zijn wijze lessen heb ik steeds met mij meegenomen.

Met betrouwbaar bedoel ik hier dat, als twee dokters bij eenzelfde patiënt een onderzoek doen, zij beiden tot eenzelfde bevinding komen. Alleen als observaties tussen personen betrouwbaar zijn kan een kennisgebied zich gaan ontwikkelen [10].

In de periode voor 1980 was daar in de psychiatrie nog geen sprake van. Er was weliswaar een zekere overeenstemming over de namen en beschrijvingen van de grote ziektebeelden, zoals bijvoorbeeld de dementie, de schizofrenie en de depressie, maar er was internationaal onvoldoende overeenstemming tussen psychiaters over het betrouwbaar vaststellen van de diagnosen. Dat werd pijnlijk duidelijk in een reeks van onderzoeken aan het einde van de jaren 60 van de vorige eeuw [11,12].

In grote lijnen kwam het er op neer dat in Amerika veel meer schizofrenie voorkwam, terwijl in Engeland de manisch-depressieve psychose vaker werd gezien. Dat was natuurlijk ook goed te begrijpen, omdat het consumentisme van Amerika immers wel tot een gespleten geest moest leiden, terwijl de stemmingsschommelingen van de manisch-depressieve psychose veel beter passen bij het wisselvallige weer van Engeland. Of deze onzinnige verklaringen ook daadwerkelijk werden aangevoerd weet ik niet, maar er werd ongetwijfeld langs soortgelijke lijnen gespeculeerd.

Tot men op het idee kwam om een psychiaterruil uit te voeren. Engelse collegae vertrokken naar New York om daar patiënten met verschillende diagnoses te gaan zien en Amerikaanse collegae kwamen naar Londen. En wat bleek? De verschillen werden niet verklaard door een verschil tussen de beide landen, maar door een verschil tussen de psychiaters. Een patiënt die van een psychiater in Amerika de diagnose schizofrenie kreeg werd door de Engelse collega eerder als manisch-depressief gezien en vice versa. Het moge duidelijk zijn dat de ontwikkeling van kennis over ziektebeelden door deze situatie ernstig werd belemmerd.

Als reactie op deze observaties is een krachtige beweging op gang gekomen om een betrouwbaar classificatiesysteem te ontwikkelen. Het resultaat daarvan was de derde editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ofwel de DSM-III [13]. Ziektebeelden werden omschreven aan de hand van voldoende en noodzakelijke criteria die in principe door iedere dokter konden worden vastgesteld. Dit bracht voor de psychiatrie een revolutionaire ontwikkeling. Er kwam een einde aan een periode van Babylonische spraakverwarring die de groei van kennis ernstig in de weg had gestaan [14]. Het systeem bracht eenheid van taal en het werd in korte tijd een wereldstandaard voor de diagnostiek.

In de afgelopen dertig jaar is het systeem leidend geweest in ons wetenschappelijk onderzoek. Er zijn gestructureerde interviews ontwikkeld, waarmee de criteria voor de diagnoses systematisch kunnen worden vastgesteld. Er zijn vragenlijsten ontwikkeld waarvan de betrouwbaarheid getoetst kon worden tegen de vastgestelde diagnoses. Er is op allerlei manieren onderzoek gedaan naar de verspreiding van aandoeningen in de bevolking en naar risicofactoren die daarmee samenhangen. Op basis van de diagnoses, die nu betrouwbaar konden worden vastgesteld, is een groot aantal vergelijkende behandelstudies uitgevoerd, waarmee de werkzaamheid van behandelingen kon worden vastgesteld. Wij weten inmiddels wat wij bij de verschillende diagnoses mogen verwachten van een behandeling met medicijnen en met verschillende vormen van psychotherapie. Op basis van de best beschikbare evidentie zijn voor de veel voorkomende aandoeningen genuanceerde behandelrichtlijnen opgesteld die aangeven wat de meest werkzame behandeling is. In die zin heeft de ontwikkeling van een betrouwbare diagnostiek het vakgebied krachtig gestimuleerd.

Samen met de professoren Anne Speckens, Philip Spinhoven en Jan Bolk en de doctoren Yanda van Rood, Ingrid Arnold en Margot de Waal hebben wij, vanuit het LUMC, in deze traditie mogen bijdragen aan de kennis over lichamelijk onverklaarde klachten [15-17].

BEZWAAR VAN DE DSM

Het systeem van de DSM kent echter ook bezwaren. Het belangrijkste is naar mijn mening dat de classificatie overwegend gebaseerd is op een beschrijving van symptomen. Laat ik u een voorbeeld geven aan de hand van de depressieve episode.

De negen symptomen volgens de laatste versie van de DSM zijn: een depressieve stemming, verminderde interesse of plezier, toe- of afname van het gewicht of veranderde eetlust, een verstoord slaappatroon, moeheid of energieverlies, waarneembare bewegingsonrust of vertraging, overmatige schuldgevoelens of gevoelens van waardeloosheid, verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid en terugkerende gedachten aan de dood [18]. Niet een lijstje om vrolijk van te worden. Als iemand gedurende twee weken bijna elke dag gedurende vrijwel de hele dag flink last heeft van tenminste vijf van deze symptomen dan komt dat aardig in de buurt van de diagnose depressieve episode.

Denkt u bijvoorbeeld aan een vrouw van middelbare leeftijd die nu voor de derde keer in acht jaar bemerkt dat zij last krijgt van deze verschijnselen. De laatste weken kan ze moeilijk haar bed uitkomen. Ze is in de ochtend om 5 uur wakker en het lukt haar niet meer om in slaap te komen. Ze piekert veel over haar dochter, die onlangs op kamers is gaan wonen. Ze heeft het gevoel dat zij in de opvoeding tekort is geschoten. Ze ziet als een berg op tegen de dag en ze voelt niet de energie om er doorheen te komen. In de loop van de dag klaart dat wel een beetje op, maar er is toch weinig waar ze plezier aan beleeft. Haar werk in de winkel heeft ze moeten neerleggen en aan het huishouden komt ze niet meer toe. Soortgelijke klachten, die ze had in een eerdere episode, waren toen met medicatie goed hersteld.

Het zal u weinig moeite kosten om in deze klachten de kenmerken van een depressieve stoornis te herkennen. Deze vrouw kan waarschijnlijk opnieuw baat hebben bij een behandeling voor een depressie, mogelijk met antidepressiva. Maar hoe zit het met het optreden van deze zelfde klachten na het overlijden van een dierbare? Stelt u zich de dramatische situatie voor dat dezelfde vrouw dergelijke klachten nooit eerder heeft gehad en dat de klachten optreden nadat haar echtgenoot bij een ongeval is omgekomen. De verschijnselen die optreden na een ernstige verlieservaring blijken niet te onderscheiden van de symptomen van een depressieve stoornis [19-21]. Maar het is geen goed idee om deze rouwreactie in eerste aanleg te behandelen als een depressie. Om die reden werd de rouwreactie tot nu steeds aangemerkt als uitsluitingscriterium voor een depressie. In de vijfde editie van de DSM, die momenteel wordt voorbereid, wordt overwogen om dit criterium los te laten vanwege de overeenkomst in de verschijnselen [4,22]. Ik denk dat dat een heilloze ontwikkeling is.

Wat wij leren van dit voorbeeld is dat de DSM-classificatie op basis van symptomen weliswaar een betrouwbare classificatie van syndromen geeft, maar daarmee valt niet altijd onderscheid te maken tussen normale reacties op gebeurtenissen, en de vaak ernstig invaliderende psychiatrische ziekten. Psychiaters maken dat onderscheid in hun dagelijks werk natuurlijk wel, maar de criteria daarvoor zijn moeilijk eenduidig te bepalen. U kunt de situatie een beetje vergelijken met de patiënt die klachten heeft van de bovenste luchtwegen. Alleen op basis van de klachten is het niet altijd mogelijk om onderscheid te maken tussen een eenvoudige verkoudheid, een griepje of een longontsteking.

Sinds de invoering van het DSM-systeem is het nog niet gelukt om voor dit probleem een goede oplossing te vinden. Het probleem van de betrouwbaarheid van de diagnostiek is goed verholpen, maar daar is een probleem met de validiteit van de diagnosen voor in de plaats gekomen. En ik zie nog niet hoe we hier, met de beschrijvende benadering van de DSM, uit moeten gaan komen. Naar mijn idee is deze ontwikkeling wel zo'n beetje ten einde.

OPLOSSINGSRICHTING

Dit brengt mij op het derde thema dat ik wil bespreken. Welke oplossingsrichting kunnen wij volgen om het vakgebied van de psychiatrie voorbij de DSM verder te ontwikkelen? Ik denk dat we, veel meer dan we tot nu gewend waren, op zoek moeten gaan naar de specifieke werkingsmechanismen van de aandoeningen die wij behandelen. De a-theoretische benadering van de DSM biedt geen aanknopingspunten om tot verklarende theorieën te komen [23-25]. En een wetenschap zonder theoretische ordening kan niet floreren [26]. In het onderwijsblok over de Theories of Science, dat ik vele jaren met de collegae Theo Meijering, Enrico Marani en Jan Sleutels

heb mogen verzorgen, leerden wij de studenten Biomedische Wetenschappen dat feiten zonder theorieën zijn als de losse stenen van een huis. Zonder een deugdelijke bouwtekening wordt het geen bruikbare woning.

Daarbij moeten we niet de fout maken om onze verklaringsmechanismen te willen baseren op de unieke eerste persoonsbelevingen van de patiënt. Dat is een doodlopende weg. Persoonlijke betekenissen zijn belangrijk voor de eerste persoonservaringen, maar daarop laat een wetenschap zich niet baseren. Net als in de andere wetenschappen moeten wij op zoek naar de universele mechanismen die alle mensen met elkaar delen, en die bij verstoring leiden tot de ziektebeelden die wij in de psychiatrie behandelen.

Ik denk dat wij bij die zoektocht moeten aansluiten bij de belangrijke aanpalende wetenschapsgebieden van de psychologie en de biologie. Er is in de laatste jaren in deze gebieden van kennis grote voortgang geboekt in het denken over de biologische mechanismen die het gedrag bepalen.

Als voorbeelden wil ik het werk noemen van Paul MacLean over de gelaagde opbouw van ons brein [27], van Gerald Edelman en zijn visie op de biologie van de geest [28], van Joseph Ledoux over het identificeren van de amygdala als essentiële kern bij het in gang zetten van een emotie [29], van Edward Wilson over de sociobiologie [30] en van Frans de Waal, die met zijn vele gedragsobservaties bij dieren heeft laten zien dat de overeenkomsten in de gedragingen tussen mens en dier veel groter zijn dan wij vaak willen geloven [31].

Volgens mij kan het onderzoek in de psychiatrie van deze en andere inzichten profiteren.

ONTREGELDE EMOTIES

Ik wil deze visie illustreren aan de hand van de groep van psychiatrische stoornissen die wij steeds vaker aanduiden als stoornissen van de emoties [32]. Dit is de grote groep van stoornissen die zich kenmerken door klachten van somberheid, angst en lichamelijke verschijnselen. In de DSM-classificatie gaat het om de hoofdstukken van de stemmingsstoornissen, de angststoornissen en de somatoforme stoornissen. Die hoofdstukken beschrijven tezamen 28 stoornissen, die elkaar onderling sterk overlappen en die veel kenmerken en behandelprincipes met elkaar delen. Als we deze groep van stoornissen vanuit de biologie en de psychologie bekijken dan kunnen wij veronderstellen dat ontregeling van basale emoties een centraal mechanisme achter elk van deze stoornissen kan zijn.

Wat bedoel ik met ontregeling van basale emoties? Houdt u deze vraag even vast. Om het antwoord te ontwikkelen moet ik beginnen bij het werk van Paul Ekman [33,34]. Geïnspireerd door Charles Darwin [35], deed deze psycholoog vele jaren onderzoek naar gezichtsuitdrukkingen. Wereldwijd liet hij mensen foto's zien van gezichten die emoties uitdrukken. Hij vond daarbij dat er zes basale emoties zijn die alle mensen, ongeacht de culturele achtergrond, van elkaars gezicht kunnen aflezen. Ook van het gezicht van een Chinees lezen wij onder testomstandigheden zonder veel problemen de uitdrukking van angst, verdriet, boosheid, plezier, verbazing en afkeer. Wij hoeven elkaars taal niet te spreken om deze zes basisemoties van elkaars gezicht te kunnen lezen. De basisemoties vormen een voorbeeld van universele reactiepatronen die ieder mens in zich heeft.

Die reactiepatronen gaan overigens veel verder dan alleen de gezichtsuitdrukking. Ze gaan ook gepaard met herkenbare lichamelijke belevingen, vaste gedragspatronen, en zelfs met een kenmerkende stijl van het denken [36,37].

De basisemoties zijn in zekere zin te vergelijken met de reflexpatronen die wij kennen uit de neurologie. Als wij de pees van een spier op een bepaalde manier aantikken, dan reageert de spier onder normale omstandigheden stereotiep en voorspelbaar met een korte samentrekking. Als er beschadigingen zijn in de reflexboog dan uit zich dat in een afwijkende reactie van de spier.

Bij de basisemoties is het een beetje ingewikkelder dan bij een spier, omdat de prikkel die tot een bepaalde emotie leidt voor personen onderling verschillend kan zijn. Maar als de “emotiereflex” eenmaal is opgewekt, dan verloopt het patroon opvallend gelijkvormig tussen individuen en zelfs tussen mensen en andere zoogdieren. Voor de studenten gebruik ik wel eens filmbeelden van een woedeaanval bij een mens en bij een baviaan. De overeenkomsten springen direct in het oog.

De individuele verschillen in de prikkel die een emotie opwekken zijn overigens ook weer niet zo heel groot. Als wij wereldwijd in bioscoopzalen kijken naar emotionele reactiepatronen op filmscènes, dan zien wij grote overeenkomsten. De filmindustrie vaart daar wel bij. Wat daarbij nog helpt is dat de basisemoties, en ook veel andere gedragingen, een zekere besmettelijkheid kennen. Als de één lacht, is de kans groot dat een ander ook gaat lachen. Als de één verdriet heeft, lijdt de ander mee. Die besmettelijkheid van emoties loopt via de zogenaamde spiegelneuronen, die maken dat de gemoedstoestand die de een toont bij de ander automatisch wordt opgewekt [38].

Bij het psychiatrisch onderzoek maken wij dankbaar gebruik van de overeenkomsten tussen mensen. Ieder mens is uniek in de eigen leergeschiedenis en in de specifieke betekenis die men aan ervaringen toekent. Maar als een emotionele respons op een prikkel volgt, dan valt de angst, de boosheid of het verdriet zonder probleem en universeel te herkennen. Niet alleen in wat we zien, maar via de weg van de besmettelijkheid vaak ook in wat wij zelf bij het onderzoek in onze eigen emotionele reactie ervaren. Hier ontmoeten het eerste en derde persoonsperspectief elkaar. Het empathisch meevoelen van de emotionele toestand van de patiënt is een uitwisseling van informatie die niet alleen verloopt via de betekenis van de taal, zoals ik in mijn interpretatie van Wittgenstein veronderstelde, maar ook via het reactiepatroon van de spiegelneuronen. Een gezichtsuitdrukking, een lichaamshouding of een gebaar brengt vaak meer informatie over dan in taal ooit mogelijk is.

Ik keer nu terug naar de vraag wat ik bedoel met een ontregeling van basale emoties. Ik beschouw de basale emoties als een systeem dat deel uitmaakt van ons biologisch bouwplan. Het zijn gereguleerde mechanismen die wij van nature hebben en die bedoeld zijn om de aanpassing aan elkaar en aan de buitenwereld te bevorderen. Het systeem van de emoties is een gereguleerd systeem. Dat wil zeggen dat het emotieprogramma op een prikkel wordt geactiveerd, dat de emotie haar functie heeft in de adaptatie en dat het systeem met een zeker beloop weer terugkeert naar de rusttoestand.

Bij de eerder genoemde emotiestoornissen veronderstellen wij dat er specifieke ontregelingen in het systeem van de basale emoties zijn [39]. Dat wil zeggen dat de emoties bij een geringe prikkel, of zelfs zonder duidelijke prikkel, al te krachtig geactiveerd worden en dat het herstel van de rusttoestand te traag of onvolledig tot stand komt. Deze ontregeling kan gedurende een zekere tijd voortduren, om zich meestal na verloop van tijd weer in een oorspronkelijk evenwicht te

herstellen. Behandeling van de emotiestoornissen is er op gericht om dit herstel te bevorderen. Dit is een klassieke gedachte, die niet alleen van toepassing is op ontregelde emoties, maar ook op veel lichamelijke aandoeningen.

Ik ga er dus van uit dat er universele mechanismen zijn voor de regulatie van emoties. Deze mechanismen zijn evolutionair ontstaan en spelen een rol in de adaptatie van het individu aan de omgeving. Soortgelijke mechanismen zijn niet alleen actief bij mensen, maar ook bij andere zoogdieren. En bij stoornissen van de emoties is er een ontregeling van deze mechanismen.

ACADEMISCH ONDERZOEK

Met deze uitgangspunten in de hand wil ik drie elementen noemen die naar mijn mening essentieel zijn om emotiestoornissen te kunnen begrijpen.

- 1) Het eerste element is dat de regulatie en disregulatie van een emotie alleen kan worden begrepen binnen de context waarin de reactie optreedt. De DSM-classificatie snijdt, met haar beperkte beschrijving van symptomen, het reactiepatroon als het ware los van de context waarin die reactie optreedt. Het gevolg is dat een normaal emotioneel reactiepatroon ten onrechte aangezien kan worden voor een ontregeling.
- 2) Het tweede element is dat emotionele reactiepatronen niet alleen bepaald worden door de actuele context, maar ook door de leergeschiedenis. Het emotiesysteem is bij uitstek een lerend systeem. Eerdere ervaringen zijn van invloed op de latere reactiepatronen.
- 3) Het derde element is dat er grote individuele verschillen kunnen zijn in de kwetsbaarheid voor, of juist de weerbaarheid tegen, emotionele ontregeling. Deze verschillen zijn soms terug te voeren op de individuele leergeschiedenis, maar zij kunnen ook los daarvan al in de biologische aanleg gegeven zijn.

Het uit elkaar rafelen van deze drie elementen hoort tot de grote uitdagingen van het academische onderzoek naar emotiestoornissen. Wij willen daaraan met onze afdeling, in samenwerking met onze partners, in de komende jaren een bijdrage leveren. Wij zullen daarbij voortgaan op de onderzoeken, die onder leiding van mijn voorganger, professor Frans Zitman, in gang zijn gezet. Enkele voorbeelden zijn: recente netwerkanalyses van longitudinale symptoomprofielen door doctor Erik Giltay [40], onderzoek naar functionele neuroimaging in relatie tot emoties door doctor Nic van der Wee [41,42], onderzoek naar genetische markers in relatie tot symptoomdimensies van angst en depressie door doctor Tineke van Veen [43] en onderzoek naar biologische markers van sociale angst door doctor Irene van Vliet [44].

Wij zullen daarbij biologisch geïnspireerde modellen of theorieën van regulatie en disregulatie van emoties als ordeningsprincipe gebruiken [45]. Kennis moet immers geen verzameling van losse feiten zijn, maar een samenhangend stelsel van empirische uitspraken die in elkaar haken als de woorden in een kruiswoordpuzzel [46,47]. Als een tovenaarsleerling aan de hand van de tovenaar, heb ik dat zo geleerd van mijn allereerste leermeester en inspirator in de wetenschap, professor Jan Vandenbroucke. Zijn wijze lessen hebben voor mij tot nu toe altijd vrucht gedragen.

De kracht van het gebruik van een model als basis voor onderzoek is, dat losse observaties met elkaar verbonden worden. Wij willen biologische modellen van emotieregulatie gebruiken om het enorme aantal publicaties en bevindingen dat wereldwijd beschikbaar is, en dat elke dag verder groeit, te ontsluiten, te benutten en met elkaar in verband te brengen. Uitgaande van dergelijke modellen

willen wij hypothesen formuleren over de natuurlijke verschijningsvormen van emotiestoornissen en over de neurologische, biochemische en genetische factoren die daarop van invloed zijn. De hypothesen zullen wij gericht toetsen, waarbij wij onder andere gebruik zullen maken van de succesvolle onderzoekcohorten van NESDA, NESDO en NOCDA, en voor vertalingen naar de klinische praktijk ook van gegevens van Routine Outcome Monitoring. Bij een vertaling naar de klinische praktijk kunt u onder andere denken aan factoren die helpen om de uitkomst van ziektebeelden beter te voorspellen. Het werk van Jacqueline Hovens over jeugdtrauma als voorspeller van het beloop van angst en depressie is daarvan een voorbeeld [48]. Het observationele onderzoek met de bestaande onderzoek cohorten op grote schaal willen wij combineren met gerichte experimentele studies op kleinere schaal. Op die manier willen wij ons onderzoeksprogramma efficiënt en doelmatig vormgeven, in een nauwe samenwerking met onze partners binnen en buiten onze eigen universiteit.

Ik wil hier met name nog het onderzoeksprogramma noemen van prof Roos van der Mast, die vanuit haar leeropdracht ouderenpsychiatrie binnen onze afdeling ook onderzoek doet naar neurodegeneratieve processen, zoals bijvoorbeeld bij de ziekte van Huntington [49,50]. Ook hier spelen ontregelde emoties een prominente rol. Wij zullen ook in de komende jaren met dit programma de synergie blijven zoeken.

SAMENWERKING

Ik heb onze onderzoeksinitiatieven hier zojuist verbonden aan de namen van een aantal van onze stafleden, maar daarmee laat ik natuurlijk een veelvoud van anderen ten onrechte onbenoemd. De lijn van onderzoek die ik hier schets kan onmogelijk vorm krijgen vanuit de beperkte kring van een enkele afdeling psychiatrie. Wij zullen dan ook nadrukkelijk de samenwerking blijven zoeken met partners, binnen de kring van onze eigen universiteit, en daarbuiten. Essentiële samenwerkingspartners binnen onze faculteit zijn professor Robert Vermeiren van de kinder- en jeugdpsychiatrie, de professoren Raymund Roos, Michel Ferrari en Huub Middelkoop van de neurologie, professor Joop van Gerven van het Centrum voor Humaan Geneesmiddelenonderzoek, professor Rudi Westendorp van de ouderengeneeskunde, professor Frits Rosendaal van de klinische epidemiologie en de professoren Pim Assendelft, Barend Middelkoop en Jacobijn Gussekloo van mijn vroegere afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde. De profileringsgebieden van het ziekenhuis zullen de komende jaren helpen om ons onderzoek nog meer te focussen en onderling af te stemmen. Binnen de universiteit wil ik speciaal de samenwerking met de faculteit sociale wetenschappen benadrukken. De professoren Philip Spinhoven, Willem van der Does, Bernet Elzinga, Serge Rombouts en Michiel Westenberg wil ik met name noemen. In het "Leiden Institute for Brain and Cognition" hebben wij een belangrijk samenwerkingsverband om onze onderzoeksinspanningen te bundelen. Ik verwacht daar veel van.

Vanuit het landelijke perspectief koesteren wij de samenwerking met de professoren Aartjan Beekman en Brenda Penninx van de Vrije Universiteit in Amsterdam en professor Robert Schoevers van het Universitair Medisch Centrum Groningen. De NESDA-, NESDO- en NOCDA-cohorten zijn essentiële bronnen voor ons toekomstige onderzoek. Ik hoop van harte dat we deze succesvolle aanpak, ook na het aflopen van de financiering door ZonMw, kunnen voortzetten. De versterkte samenwerking tussen de universiteiten van Leiden en Rotterdam biedt voor de toekomst mooie nieuwe kansen. De samenwerkingsverbanden die wij binnen Nederland met elkaar hebben, zijn een uitstekende basis voor de internationale onderzoeksprogrammering die wij in de komende jaren vanuit Europa mogen verwachten.

KLINISCHE PRAKTIJK

Ik kom aan het laatste deel van mijn betoog. Het gaat bij al deze inspanningen natuurlijk uiteindelijk om de patiëntenzorg. Wetenschap is geen doel op zichzelf. De resultaten van medisch wetenschappelijk onderzoek moeten bijdragen aan een betere behandeling van patiënten. Dankzij onze historische banden met Rivierduinen zijn wij in Leiden uitstekend gepositioneerd om onderzoek en patiëntenzorg samen te ontwikkelen. De banden tussen onze beide instellingen gaan terug tot het allereerste begin van de universitaire psychiatrie in Leiden. Of eigenlijk in Oegstgeest. In 1899 werd professor Gerbrand Jelgersma bij de Leidse Universiteit benoemd als tweede hoogleraar voor Zenuw- en Zielsziekten in Nederland [51]. Vanuit zijn werkplek aan de Rhijngeesterstraatweg, in sanatorium Rhijngeest, werkte hij van het begin af aan nauw samen met de gemeentelijke inrichting Endegeest, aan de overkant van de weg. Nu, meer dan honderd jaar later zijn we allemaal naar Leiden verhuisd en werken wij, als goede burens nog steeds nauw met elkaar samen. Ik kijk er naar uit om die samenwerking in de komende jaren met Cecile Gijsbers van Wijk, Marjolein ten Kroode, Ron Laport en alle andere gewaardeerde collega psychiaters, psychologen, verpleegkundigen en andere disciplines een nieuwe impuls te geven. Wij hebben in het verleden veel opgebouwd. Ik vertrouw er op dat wij daar in de komende jaren de vruchten van blijven plukken.

Effectiviteit, doelmatigheid, veiligheid en patiënttevredenheid. Dat zijn de begrippen waar het in het bestuurlijk akkoord voor de GGZ in 2013 en 2014 om draait [52]. Een goede kwaliteit van de zorg tegen beheersbare kosten staat centraal. Dat vertaalt zich onder andere in een forse reductie van het aantal bedden. Als wij de situatie in Nederland vergelijken met de landen om ons heen, dan kunnen wij constateren dat de psychiatrische zorg in Nederland in het algemeen op een hoog peil staat. Daar mogen we tevreden mee zijn en dat moeten we bewaken. We moeten tegelijk constateren dat we in de psychiatrie zijn achtergebleven met het terugdringen van het aantal bedden. Als twee derde van ons geld wordt besteed aan 10% van onze patiënten, dan komt bij mij de gedachte op dat 90% van de patiënten baat kan hebben bij een doelmatiger inzet van de middelen [2, 53]. Als een ombuiging naar minder bedden in de GGZ niet alleen kale bezuiniging behelst, maar hand in hand gaat met een versterking van de ambulante sector, en een nauwere samenwerking tussen ambulant en kliniek, dan kan iedereen daar beter van worden. Voorbeelden in het buitenland kunnen ons daarin inspireren.

Het bestuurlijk akkoord wijdt ook een stevige paragraaf aan de Routine Outcome Monitoring. Met deze methodiek worden de klachten systematisch bijgehouden bij het begin en gedurende het beloop van een behandeling [54]. Het akkoord zegt hierover dat de methodiek primair tot doel moet hebben om de behandeling te ondersteunen en te verbeteren, en de patiënt aanknopingspunten te bieden voor zelfmanagement. Als we kunnen voorkomen dat het systeem wordt gegijzeld door gezondheidseconomen die de financieringsstromen willen sturen, dan kan dit systeem zeker bijdragen aan de gewenste verbeteringen in de patiëntenzorg. Wij zullen onze onderzoeksinspanningen daarop blijven richten, vanuit het Centrum voor Onderzoek met ROM, dat wordt geleid door doctor Ingrid Carlier [55], en dat in nauwe samenwerking met Synquest en ROMCKAP. Het werk van onze stafleden Martijn van Noorden [56] en Esther van Fenema [57] en ook van Rosalind van der Lem [58] zijn daar sprekende voorbeelden van.

GEEN MARKTWERKING, MAAR SAMENWERKING

Financieel staan wij als sector voor grote uitdagingen. Net als in de rest van de geneeskunde moeten wij komen tot een beheersing van de kosten, met behoud of liefst met verbetering van de

kwaliteit. Om dat te bereiken stuurt de overheid nu een aantal jaren met grote volharding met het beginsel van marktwerking. Vooralsnog zijn de resultaten daarvan niet hoopgevend. We zien wel verbeteringen van de kwaliteit, maar de kosten stijgen meer dan ooit. Als belangrijke bijwerking heb ik gezien dat instellingen die in het verleden nog met elkaar samenwerkten bij kennisontwikkeling en innovatie, zich nu soms als concurrenten voor elkaar afsluiten. Dat is een zorgwekkende tendens. Ik ben geen gezondheidseconoom en ik heb ook niet de pretentie om te weten hoe de kosten in de zorg daadwerkelijk beheerst kunnen worden. Maar vanuit het perspectief van kennisontwikkeling en innovatie verwacht ik veel meer van samenwerking dan van marktwerking. Ik hoop dat we binnen deze regio de vruchtbare synergie van het LUMC, Rivierduinen en de Parnassia Bavo Groep rond opleiding, onderzoek en ontwikkeling niet laten hinderen door valse sentimenten van concurrentie. Het draait immers allemaal om de kwaliteit voor de patiënt.

ONDERWIJS EN OPLEIDING

Als laatste wil ik kort stilstaan bij het studentenonderwijs en de specialistenopleiding. In essentie zijn dit onze belangrijkste bestaansvoorwaarden. Alles wat ik hiervoor heb genoemd doen wij mede om onderwijs en opleiding op een hoog peil te kunnen houden. Jaar in jaar uit mogen wij de studenten en jonge artsen inwijden in de basisprincipes van de psychiatrie. Wij hechten hier grote waarde aan. Iedere arts krijgt in zijn of haar loopbaan in ruime mate met de psychiatrie te maken. Het zijn de nieuwe generaties van jonge en betrokken artsen die de patiëntenzorg van morgen zullen dragen, als algemeen arts, als somatisch specialist en als psychiater. Hun onbevangen, nieuwsgierige en kritische instelling houdt ons scherp.

SAMENVATTING

Ik kom tot een samenvatting. Ik heb met u gesproken over het eerste en het derde persoonsperspectief op de geest. Ik heb aangegeven hoe wij vanuit het derde persoonsperspectief een stelsel van begrippen nodig hebben, waarmee wij over die geest kunnen spreken. Een kracht van het classificatiesysteem van de DSM is dat het voor artsen een betrouwbare taal biedt om ziekteverschijnselen te benoemen. Een beperking van het systeem is dat het onvoldoende onderscheid maakt tussen situaties waarin gesproken kan worden van een stoornis en situaties waarin dat niet of minder van toepassing is. Het is mijn overtuiging dat wij daarin een volgende stap moeten zetten door ons niet te beperken tot een beschrijving van stoornissen in termen van symptomen, maar daarbij ook op zoek gaan naar werkingsmechanismen. Een biologische theorie van regulatie en disregulatie van emoties kan wetenschappelijk goede diensten bewijzen als ordeningsprincipe voor werkingsmechanismen van de stoornissen van emoties. Wij willen met ons onderzoek in de komende jaren bijdragen aan het ontwikkelen van een dergelijke theorie. Met deze inspanning willen wij niet alleen bijdragen aan een beter inzicht in de stoornissen, maar ook aan een betere behandeling voor de patiënten, en aan een hoge kwaliteit van het studentenonderwijs en de specialistenopleiding.

WOORD VAN DANK

Het is gebruikelijk om een oratie te eindigen met een woord van dank. Ik wil dat hier, mede ook gelet op de tijd, beperkt houden. Ik heb in de loop van mijn betoog reeds vele namen genoemd van collegae aan wie ik schatplichtig ben. Daar zou ik nog een lange lijst aan willen toevoegen van alle collegae met wie ik in het verleden plezierig en vruchtbaar heb samengewerkt, en van iedereen die mij heeft gesteund en gestimuleerd in mijn persoonlijke ontwikkeling. Zoals ik heb aangegeven schieten woorden hier snel tekort. Ik hoop dat wij nog veel met elkaar mogen delen.

Mensen kunnen zich alleen ontwikkelen in sociale verbondenheid. Het beginsel van individuele autonomie dat wij zo hoog in het vaandel hebben is een waardevol principe, waar het gaat om wederzijds respect voor ieders eigenheid. Maar aan het einde van de dag is er veel meer dat ons verbindt dan dat ons scheidt.

Ik ben dankbaar dat ik hier mag staan en ik dank iedereen die daaraan heeft bijgedragen.

Ik heb gezegd.

BRONNEN

1. Wittgenstein L. *Tractatus logico-philosophicus*. Vertaald door W.F. Hermans. Negende druk. Amsterdam: Atheneum-Polak & Van Gennep, 2010.
2. Van Hemert AM. *Sociale psychiatrie in de 21^e eeuw*. Inaugurele rede. Leiden: Universiteit Leiden, 2009.
3. Monk R. *Ludwig Wittgenstein. The duty of genius*. London: Vintage, 1991.
4. Society for Humanistic Psychology. Division 32 of the American Psychological association. *Open letter to the DSM-5* (<http://www.ipetitions.com/petition/dsm5/>)
5. De Pous I. 'Normaal' gedrag als ziek in nieuw psychologenhandboek. *Volkskrant* 6 augustus 2011.
6. De Pous I. Nieuw handboek psychiatrie is onverantwoord. *Volkskrant* 9 mei 2012.
7. Frances A. Diagnosing the D.S.M. *The New York Times* 11 May 2012
8. Dennett DC. *Consciousness explained*. London: Penguin books, 1993.
9. Wittgenstein L. *Philosophical investigations / Philosophische Untersuchungen*. Oxford: Blackwell, 1953. Nederlandse editie: Filosofische onderzoekingen. Stelling 293. Meppel en Amsterdam: Boom, 1992: 136 .
10. Hempel CG. Fundamentals of taxonomy. In: *Aspects of scientific explanation and other essays in the philosophy of science*. New York, NY, Free Press, 1965. Herdrukt in: Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA (eds). *Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification*. Baltimore and London: The John Hopkins University Press, 1994.
11. Sandifer MG, Hordern A, Timbury GC, Green LM. Psychiatric diagnosis: a comparative study in North Carolina, London and Glasgow. *Br J Psychiatry* 1968; 114: 1-9.
12. Gurland BJ, Fleiss JL, Cooper JE, Sharpe L, Kendell RE, Roberts P. Cross-national study of diagnosis of mental disorders: hospital diagnoses and hospital patients in New York and London. *Compr Psychiatry* 1970; 11(1): 18-25.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Third edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
14. Mayes R, Horwitz A. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *J Hist Behav Sciences* 2005; 41 (3): 249-67.
15. Arnold IA, Waal MWM de. *Somatoform disorders in general practice*. PhD thesis. Leiden: Universiteit Leiden, 2006
16. Speckens AEM. *Cognitive behavioural therapy for unexplained physical symptoms*. Leiden: Universiteit Leiden, 1995

17. van Rood YR, van Ravesteijn H, de Roos C, Spinhoven Ph, Speckens A. Protocol voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. In: Keijsers G, van Minnen A, Hoogduin K (red). *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 2*. Amsterdam: Boom, 2011: 15-48.
18. American Psychiatric Association. *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers, 2001.
19. Zisook S, Shear K, Kendler KS. Validity of the bereavement exclusion criterion for the diagnosis of major depressive episode. *World Psychiatry* 2007; 6: 102-7.
20. Zisook S, Kendler KS. Is bereavement-related depression different than non-bereavement-related depression. *Psychol Med* 2007; 37: 779-94.
21. Kendler KS, Myers J, Zisook. Does bereavement-related major depression differ from major depression associated with other stressful life events? *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1449-55.
22. Friedman RA. Grief, depression, and the DSM-5. *N Engl J Med* 2012; 366: 1855-6.
23. Miller G. Psychiatry. Beyond DSM: seeking a brain-based classification of mental illness. *Science* 2010; 327: 1437.
24. Insel T, Cuthbert B. Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 748-50.
25. Sanislow CA, Pine DS, Kessler J, et al. Developing constructs for psychopathology research: research domain criteria. *J Abnorm Psychol* 2010; 119: 631-9.
26. Chalmers A. *De waarneming is afhankelijk van de theorie*. In: Wat heet wetenschap. Amsterdam: Boom, 1993: 41-57.
27. Cory GA, Gardner R (eds). *The evolutionary neuroethology of Paul MacLean*. London: Praeger, 2002.
28. Edelman G. *Bright air, brilliant fire. On the matter of the mind*. London: Penguin books, 1994.
29. LeDoux J. *The emotional brain*. London: Weidenfeld & Nicolson, 1998
30. Wilson EO. *Sociobiology. The new synthesis*. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press, 2000.
31. De Waal F. *Good natured. The origins of right and wrong in humans and other animals*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996.
32. Goldberg DP, Krueger RF, Andrews G, Hobbs MJ. Emotional disorders: cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med* 2009; 39: 2043-2059.
33. Ekman P, Davidson RJ (eds). *The nature of emotion. Fundamental questions*. Oxford: Oxford University Press, 1994.
34. Ekman P, Rosenberg EL (eds). *What the face reveals. Basic and applied studies of spontaneous expression using the facial action coding system*. Second Edition. Oxford: Oxford University Press, 2005.

35. Darwin C. The expression of the emotions in man and animals. New York: HarperCollins, 1999.
36. Griffiths PE. *What emotions really are*. Chicabo: The University of Chicago Press, 1997.
37. Lewis M, Haviland-Jones JM, Feldman Barrett L. *Handbook of emotions*. Third Edition. New York: The Guilford Press, 2008.
38. Keyser C. *Het empathische brein. Waarom we socialer zijn dan we denken*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker, 2011.
39. Gross JJ (ed). *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press, 2007
40. Cramer AOJ, Giltay EJ, Kendler KS, van der Maas HLJ, van Borkulo CD, Scheffer M, Borsboom D. The diathesis-stress model revisited: affective shifts in symptom networks of major depression (submitted).
41. Van Tol MJ, van der Wee NJ, van den Heuvel OA, Nielen MM, Demenescu LR, Aleman A, Renken R, van Buchem MA, Zitman FG, Veltman DJ. Regional brain volume in depression and anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:1002-11.
42. van Harmelen AL, van Tol MJ, van der Wee NJ, Veltman DJ, Aleman A, Spinhoven P, van Buchem MA, Zitman FG, Penninx BW, Elzinga BM. Reduced medial prefrontal cortex volume in adults reporting childhood emotional maltreatment. *Biol Psychiatry* 2010;68: 832-8.
43. van Veen T, Goeman JJ, Monajemi R, Wardenaar KJ, Hartman CA, Snieder H, Nolte IM, Penninx BW, Zitman FG. Different gene sets contribute to different symptom dimensions of depression and anxiety. *Am J Med Genet Part B* 2012 Jul;159(5):519-28.
44. Van Veen JF, Van Vliet IM, De Rijk RH, Van Pelt J, Mertens B, Zitman FG. Elevated alpha-amylase but not cortisol in generalized social anxiety disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2008; 33: 1313-1321.
45. Pariante CM, Nesse RM, Nutt D, Wolpert L (eds). *Understanding depression. A translational approach*. Oxford: Oxford University Press, 2009.
46. Bernard C. *An Introduction to the Study of Experimental Medicine*. New York: Dover Publications, Inc., 1957
47. Haack S. *Defending science within reason. Between scientism and cynicism*. New York: Prometheus Books, 2007.
48. Hovens JG, Giltay EJ, Wiersma JE, Spinhoven P, Penninx BW, Zitman FG. Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2012 [Epub ahead of print - Jan 23]
49. Van Duijn E, Kingma EM, van der Mast RC. Psychopathology in verified Huntington's disease gene carriers. *J Neuropsychiatry Clin Neurosc* 2007; 19: 441-448.
50. Van Duijn E, Kingma AM, Timman R, Zitman FG, Tibben A, Roos RAC, van der Mast RC. Cross-sectional study on prevalences of psychiatric disorders in mutation carriers of Huntington's disease compared with mutation-negative first-degree relatives. *J Clin Psychiatry* 2008; 11: 1804-1810.

51. Rooijmans HGM. *Negenennegentig jaar tussen wal en schip. Geschiedenis van de Leidse universitaire psychiatrie (1899-1998)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.
52. *Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013 – 2014*. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/06/18/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014.html>.
53. Van 't Land H, Hilderink I. *GGZ in tabellen 2007*. Utrecht: Timbos-instituut, 2008.
54. Buwalda VJA, Nugter MA, Swinkels JA, Mulder CL (red). *Praktijkboek ROM in de ggz. Een leidraad voor gebruik en implementatie van meetinstrumenten*. Utrecht: De Tijdstroom, 2011
55. Carlier IVE, Meuldijk D, van Vliet IM, van Fenema EM, van der Wee NJA, Zitman FG. Empirische evidence voor de effectiviteit van routine outcome monitoring; een literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2012; 54: 121-128.
56. Van Noorden M. *On real-world patients and real-world outcomes. The Leiden Routine Outcome Monitoring Study in patients with mood, anxiety and somatoform disorders*. PhD thesis. Leiden: Universiteit Leiden, 2012.
57. Van Fenema EM, van der Wee NJ, Giltay EJ, den Hollander-Gijsman ME, Zitman FG. Vitality predicts level of guideline-concordant care in routine treatment of mood, anxiety and somatoform disorders. *J Eval Clin Pract*. 2012 Apr;18(2):441-8.
58. Van der Lem R, van der Wee N, van Veen T, Zitman F. Efficacy versus effectiveness: a direct comparison of the outcome of treatment for mild to moderate depression in randomized controlled trials and daily practice. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2012; 81: 226-34.

CURRICULUM VITEA

1977-1984	Studie geneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam
1985-1987	Wetenschappelijk onderzoeker instituut epidemiologie, Erasmus Universiteit Rotterdam (1993 registratie epidemioloog B)
1987-1988	Arts-assistent psychiatrie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
1988-1994	Arts-onderzoeker en universitair docent vakgroep psychiatrie, Rijksuniversiteit Leiden
1989	Promotie op het proefschrift <i>Epidemiology of osteoporosis and prediction of fractures. A 9 year population based follow-up study</i> , Erasmus Universiteit Rotterdam
1994-1998	Specialistenopleiding psychiatrie, Haags-Leids opleidingsconsortium psychiatrie
1998-2003	Universitair hoofddocent psychiatrie, Leids Universitair Medisch Centrum.
1998-2003	Psychiater bij de Rijngesest Groep in Leiden (rechtsvoorganger van Rivierduinen); poliklinische en sociale psychiatrie
2003-2011	Hoofd zorg Bureau 24-uurszorg en stagecoördinator sociale en spoedeisende psychiatrie. Parnassia Bavo Groep, Den Haag.
2008-2011	Bijzonder hoogleraar Epidemiologie van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, Leids Universitair Medisch Centrum
2011	Afdelingshoofd, plaatsvervangend opleider en hoogleraar Psychiatrie, Leids Universitair Medisch Centrum

SAMENVATTING

Een kernprobleem van de psychiatrie is dat zij een stelsel van begrippen nodig heeft om de subjectieve eerste persoonservaringen van de patiënt te vertalen naar een beschrijving waarmee wij met elkaar vanuit het derde persoonsperspectief over de problematiek kunnen spreken. Het classificatiesysteem van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) biedt vanaf de derde editie een taal om ziekteverschijnselen betrouwbaar te kunnen beschrijven. Een beperking van het systeem is echter dat het onvoldoende onderscheid maakt tussen situaties waarin gesproken kan worden van een stoornis en situaties waarin dat niet of minder van toepassing is. De psychiatrie zal zich als medisch specialisme alleen verder kunnen ontwikkelen door zich niet te beperken tot een a-theoretische beschrijving van stoornissen in termen van symptomen, maar door ook op zoek te gaan naar achterliggende werkingsmechanismen van de stoornissen. Voor de stoornissen van emoties kan een biologische theorie van regulatie en disregulatie van basale emoties wetenschappelijk goede diensten bewijzen als ordeningsprincipe voor de werkingsmechanismen. Een dergelijke ordening van de kennis kan bijdragen aan een beter inzicht in de stoornissen, aan een betere behandeling voor de patiënten, en aan een hoge kwaliteit van het studentenonderwijs en de specialistenopleiding.