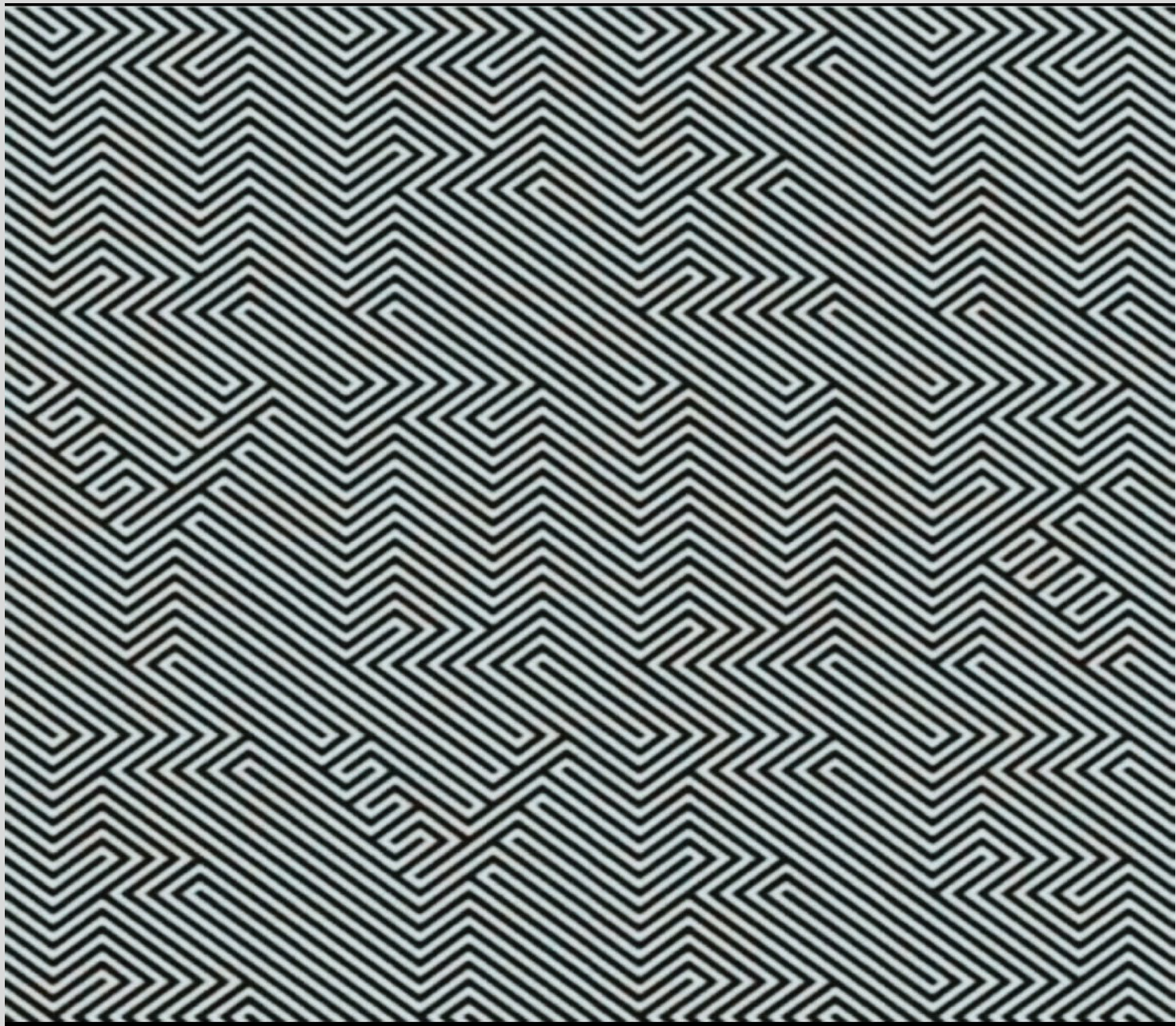




Je wil niet weten wat ik zie

VGCT NJ24

DR. HANNEKE SCHUURMANS

DR. PAUL DE BONT

A solid orange horizontal bar at the bottom of the slide.

Disclosure/belangen spreker

Geen belangenverstrengeling

Geen (potentiële) belangenverstrengeling

Paul de Bont: geen
Hanneke Schuurmans: geen

Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties¹

Bedrijfsnamen

- Sponsoring of onderzoeksgeld²
- Honorarium of andere (financiële) vergoeding³
- Aandeelhouder⁴
- Andere relatie, namelijk ...⁵

-
-
-
-

Opzet:

16.30 - 16.45	Intro + LITERATUUR
16:45 – 17:00	<u>Oefening in 2-tallen:</u> Uitleg/PE aan cliënt: “Wat zijn visuele hallucinaties? Hoe kan dat?” (ook LVB)
17.00 – 17:15	Voorbeelden + uitkomsten uit ENQUÊTE + implicaties
17.15 - 17.30	<u>Vignet 1 visuele hallucinaties – oefening in 3-tallen</u> Belangrijkste onderhoudende cognitie + Gedragsexperiment
17.30 - 17.45	<u>Vignet 2 visuele hallucinaties – oefening in 3-tallen</u> Interventies bedenken voor onderhoudende problemen
17.45 - 18.00 uur	Plenaire conclusies en afsluiting

Theorie



ENKELE INZICHTEN OVER ZIEN EN OVER VISUELE HALLUCINATIES

Visuele hallucinatie

Pragmatische definitie:

- Een visuele waarneming van iets dat niet in de buitenwereld aanwezig is
- Het is een waarachtige ervaring
- Er is geen controle over
- De persoon is wakker



Veel soorten visuele ervaringen

Vrijwillige voorstellingsbeelden

Illusies

Bewegende dingen in de ooghoeken

Dromen

Flashbacks

Eenvoudige hallucinaties

Complexe hallucinaties, visioenen (mensen, gezichten, dieren, voorwerpen)

Multimodale hallucinaties (auditief + visueel +)

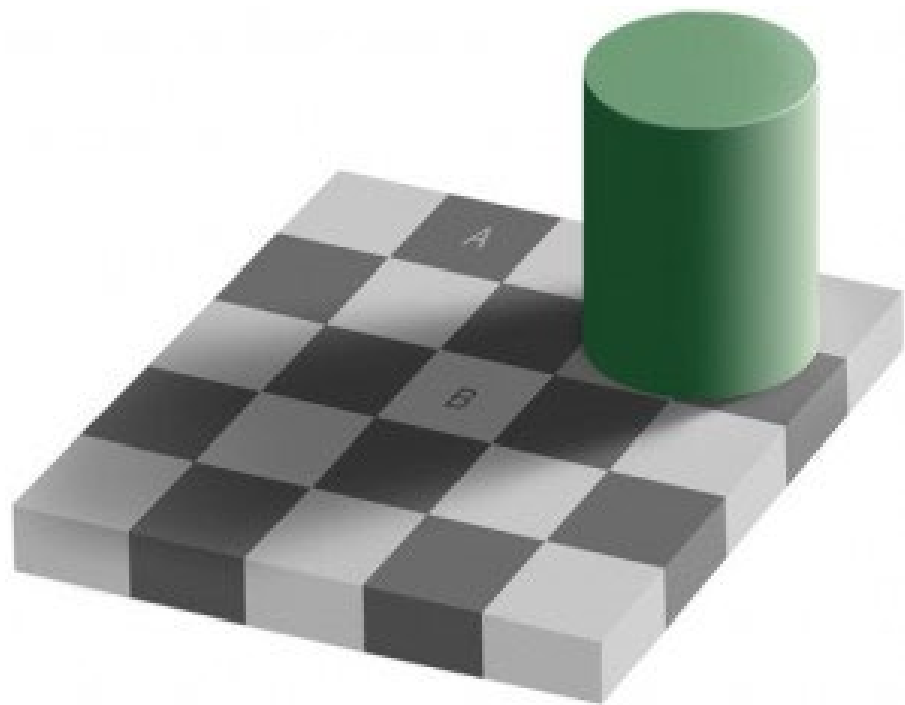
Al dan niet neurologisch verklaarbare fenomenen: lichtflitsen, fortificatie (zigzaglijnen), tunnelvisie, halo's en meer

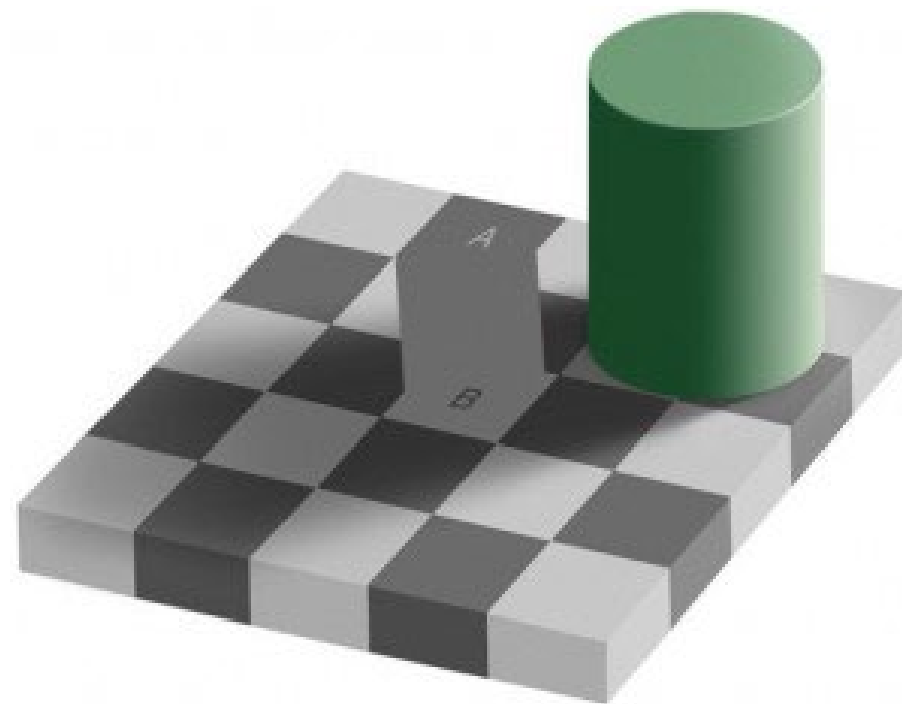
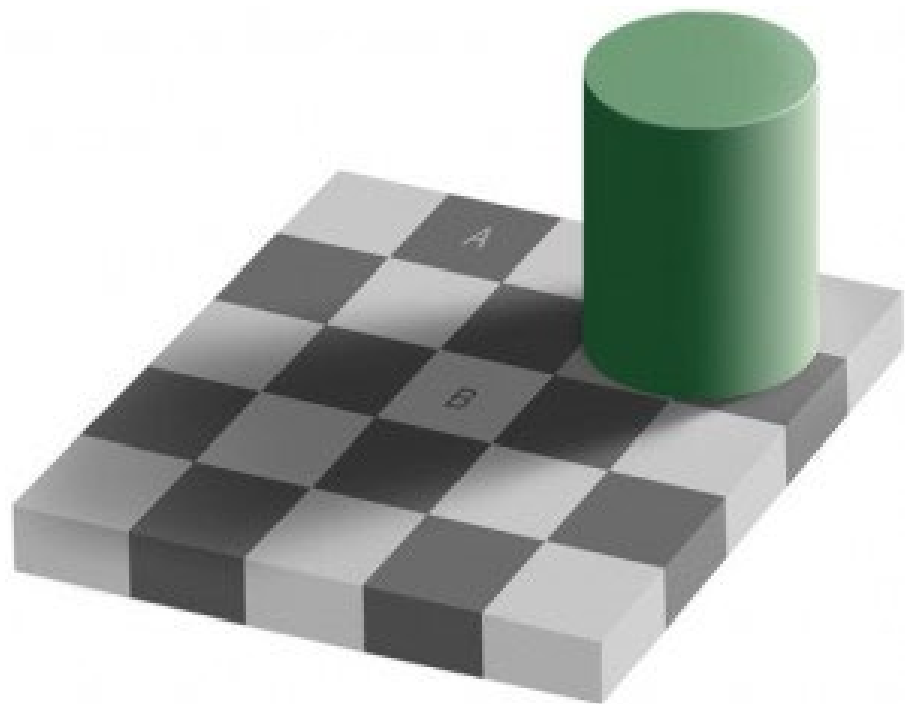


8 verklaringsmodellen voor complexe visuele hallucinaties

Deafferentation	D
Reality Monitoring	RM
Perception and Attention Deficit	PAD
Activation, Input, and Modulation	AIM
Hodological	H
Attentional Networks	AN
Active Inference	AI
Thalamocortical Dysrhythmia Default Mode Network Decoupling	TDDMN



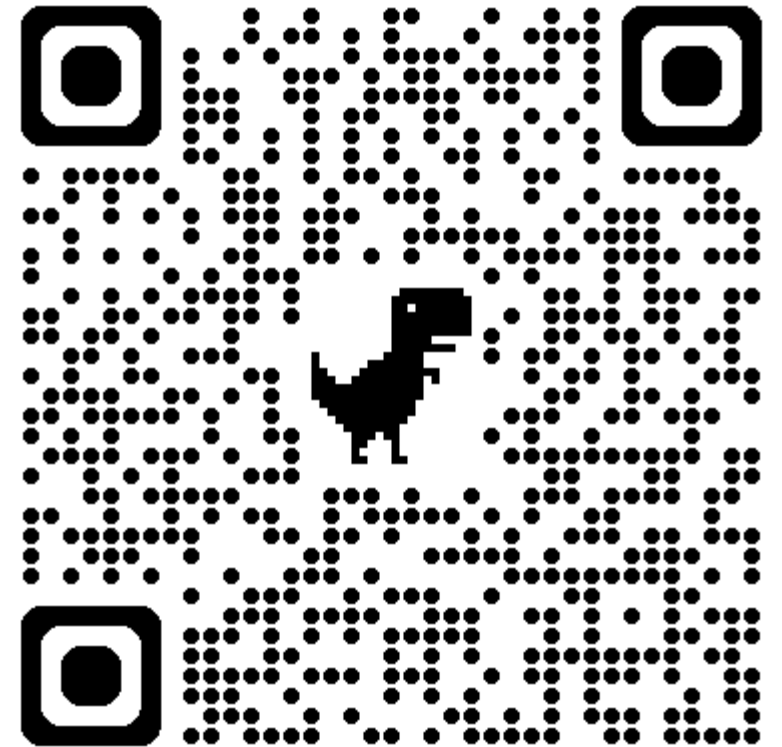




Uitgangspunt 1

de subjectieve kwaliteit van visuele hallucinaties en van waarheidsgetrouwe visuele waarnemingen zijn hetzelfde

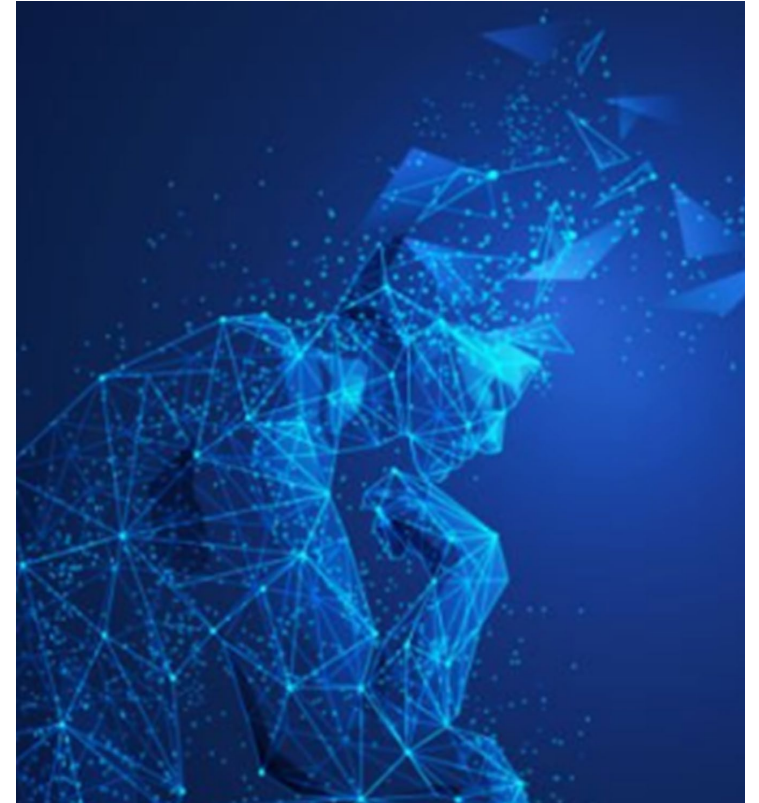
- Bijvoorbeeld nemen we dan aan dat de *hallucinatie van een gezicht* ondersteund wordt door dezelfde processen als een waarheidsgetrouwe waarneming van hetzelfde gezicht in de **Gyrus fusiformis** (spoelvormige winding)



Uitgangspunt 1

de subjectieve kwaliteit van visuele hallucinaties en van waarheidsgetrouwe visuele waarnemingen zijn hetzelfde

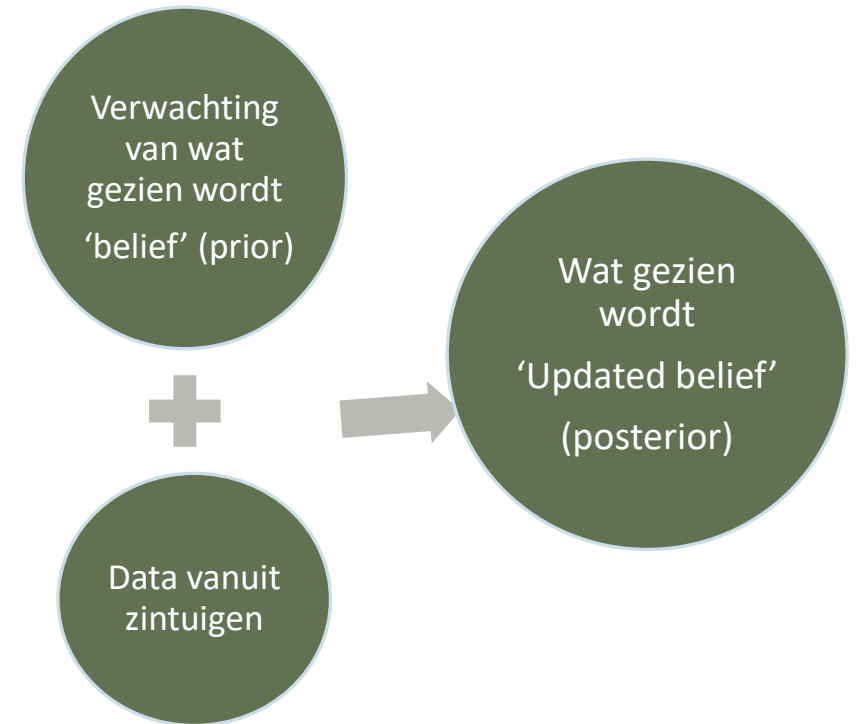
- * Of deze aanname echt klopt weten we niet
- * Maar veel mensen rapporteren dit wel zo
- * Een vraag die filosofen al eeuwen bezighoudt

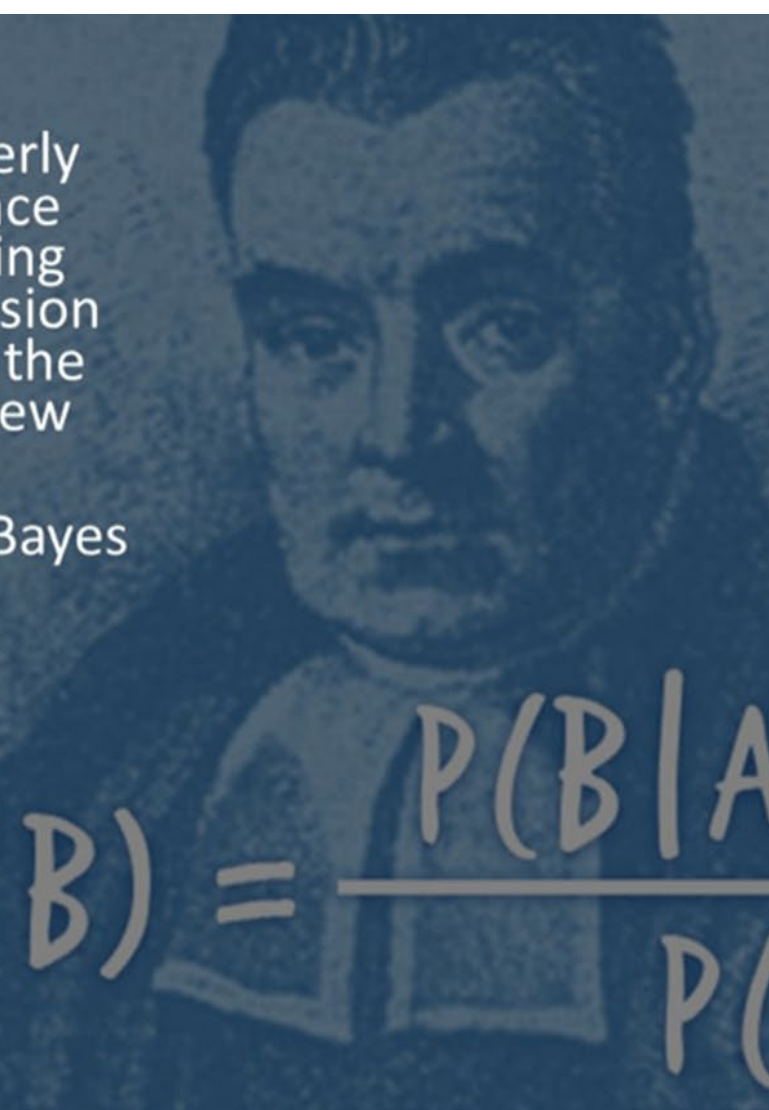


Uitgangspunt 2

Het sleutelconcept hier is **dat wat gezien wordt** (posterior genoemd in A.I./computationele benaderingen) een **aanpassing is van wat verwacht werd gezien te worden** (een prior) voordat relevante sensorische gegevens werden gevonden.

Voorspellingen (soms expectancies genoemd) van komende zintuiglijke gegevens worden afgeleid van wat er gezien is. Deze **voorspellingen van visuele gegevens** worden vergeleken met de **waargenomen visuele input** en **mismatches tussen voorspelde en werkelijke input (voorspellingsfouten)** worden gebruikt om de **waarneming bij te werken**.

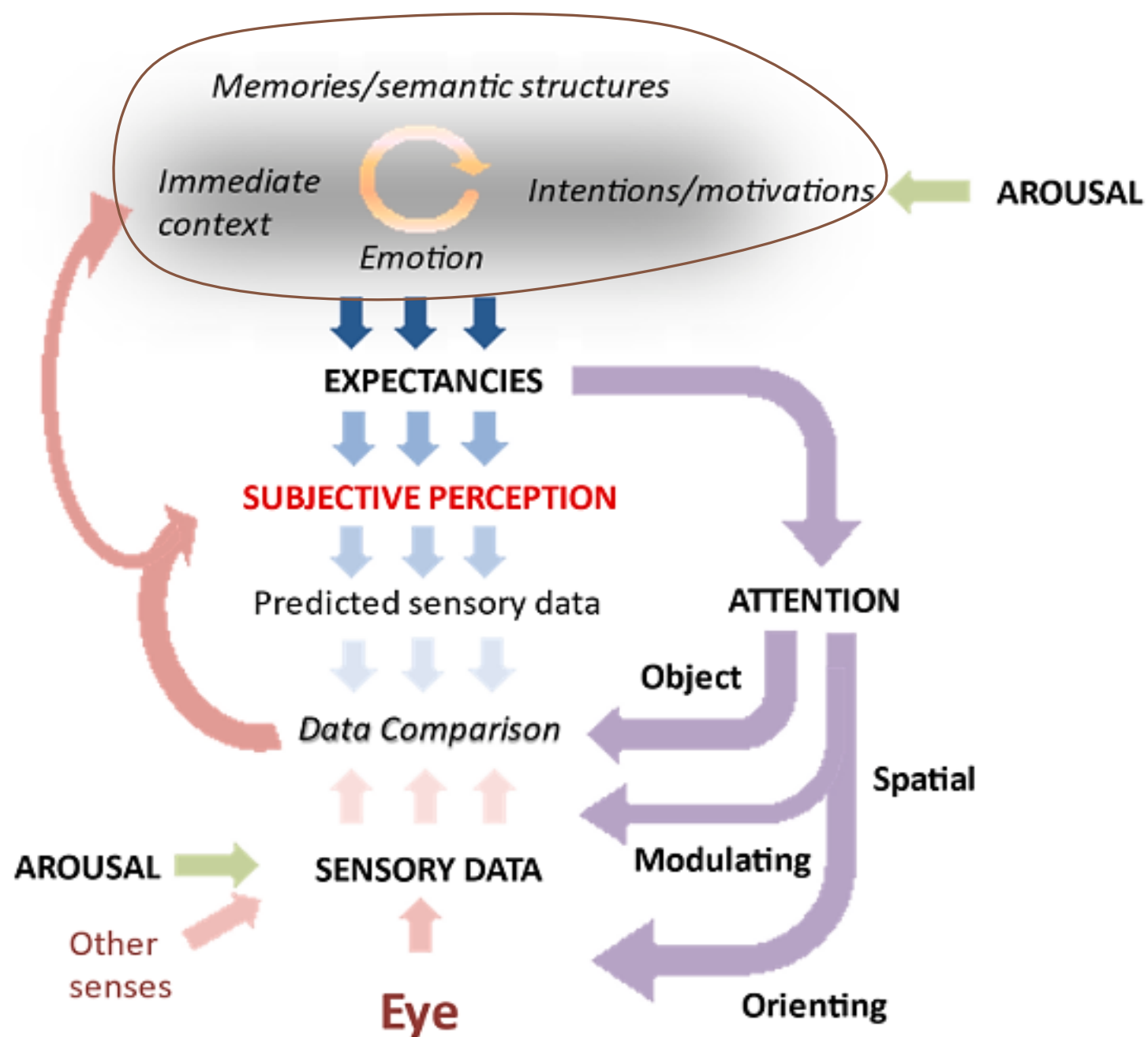


A faint, blue-toned portrait of Thomas Bayes, an 18th-century English statistician and Presbyterian minister, serves as the background for the slide. He is depicted from the chest up, wearing a dark coat and a white cravat.

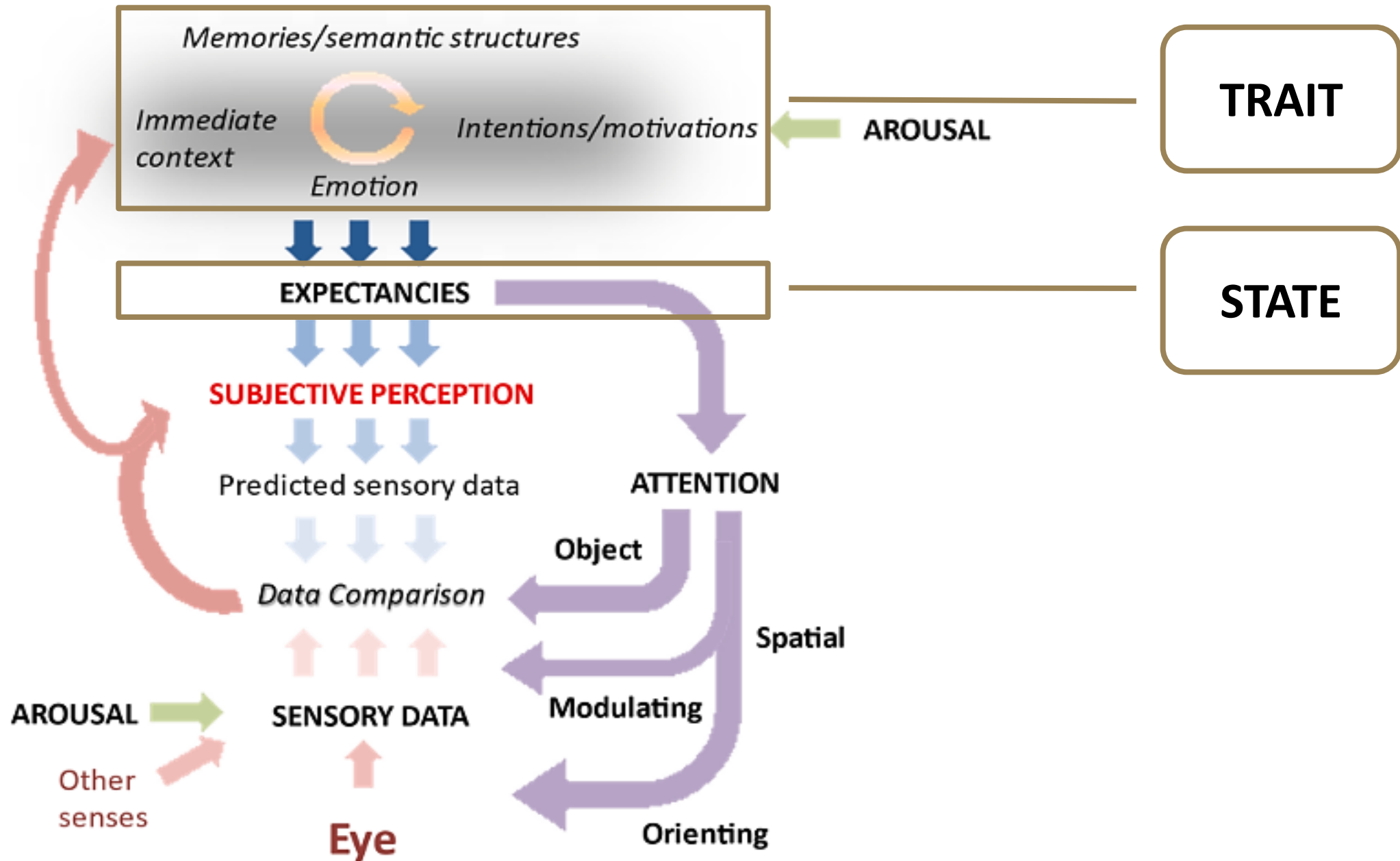
“Probability is orderly
opinion ... inference
from data is nothing
other than the revision
of such opinion in the
light of relevant new
information.”

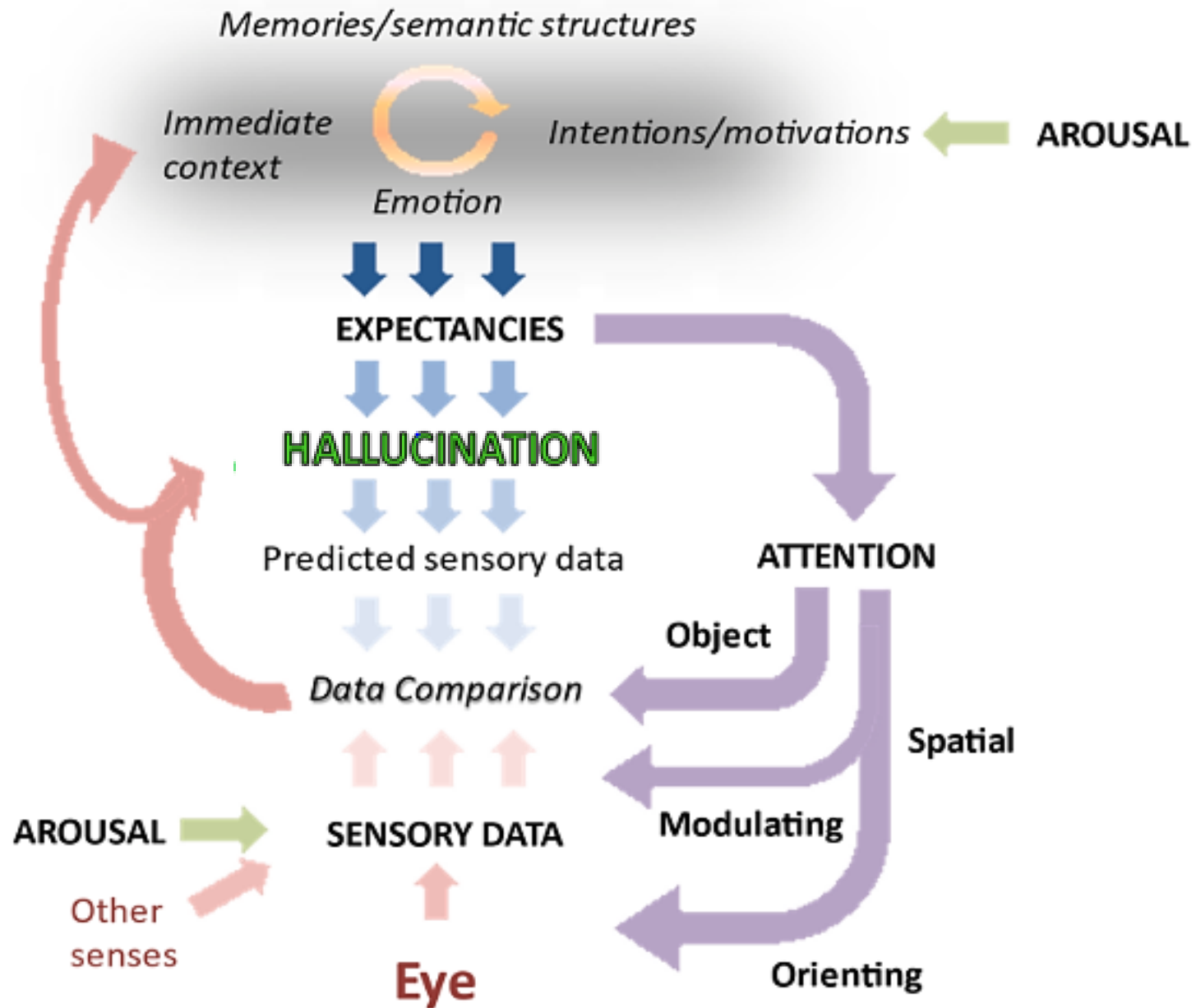
-- Thomas Bayes

$$P(A|B) = \frac{P(B|A) P(A)}{P(B)}$$



Collerton et al., 2023
Neuroscience and Biobehavioral Reviews
(2023)





Bevindingen uit onderzoek

- Visioenen komen **vaker** voor dan de meesten van ons zich realiseren
- Hangen samen met **stress**
- Visioenen gaan samen met een **ongunstigere prognose**
- Visioenen vormen meestal een onderdeel van een **complex van ongewone ervaringen** c.q. van **multimodale hallucinaties**
- Visioenen kunnen ontstaan uit de **verwarring** tussen interne en externe gebeurtenissen
- Problemen met slaap, dissociatie, of mentale beelden en voorstellingen (*imagery*) kunnen de **verwarring versterken** en zijn daarom zinvolle targets voor behandeling van visioenen.

Oefening

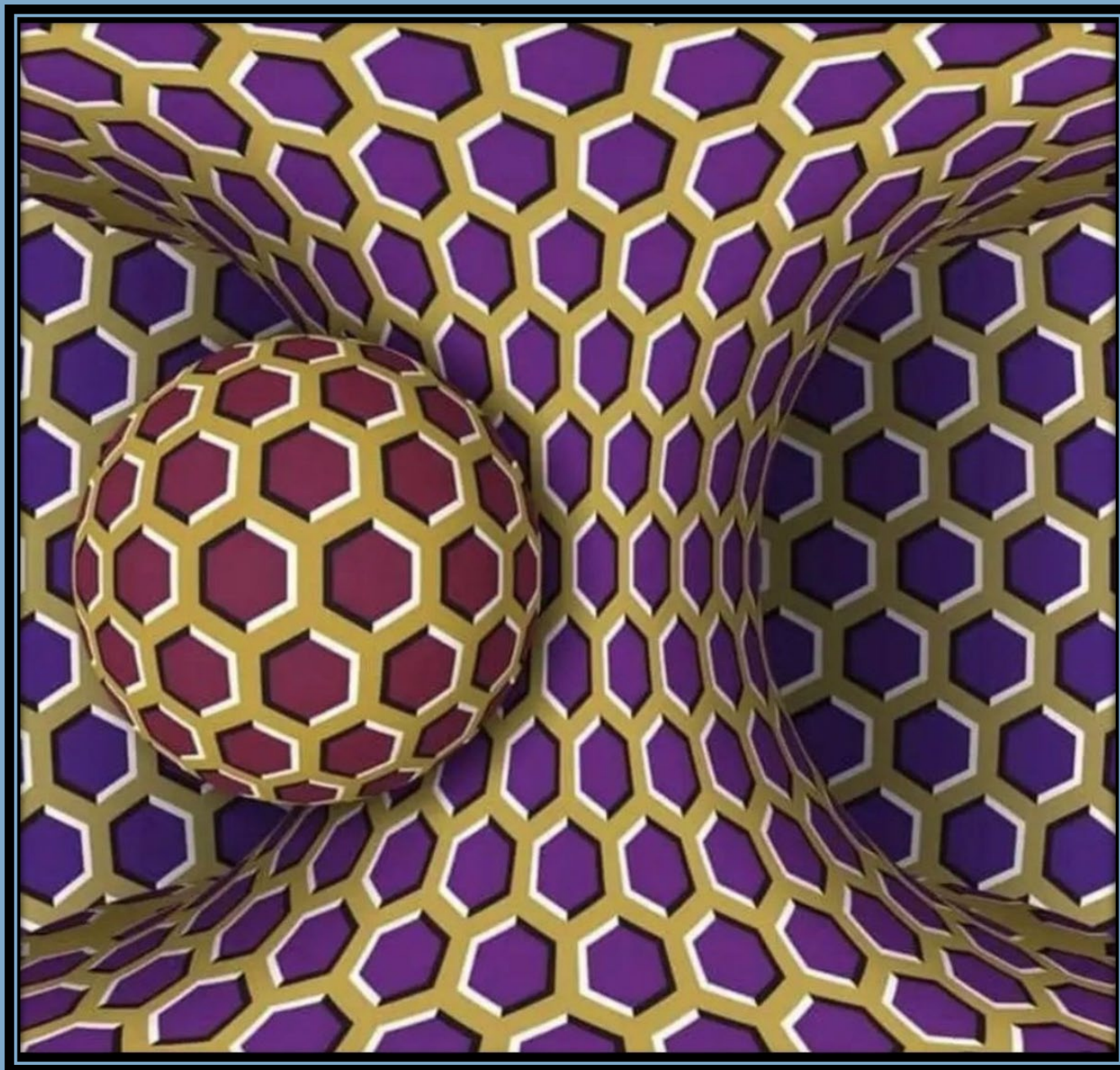
Uitleg/PE aan cliënt over visuele hallucinaties. In trio's.

Leg aan de cliënt uit

“Wat zijn visuele hallucinaties? Hoe kan dat?”

=> en aan iemand met LVB....?

Wat doe je als je cliënt een eigen uitleg heeft? Bv. een psychotische verklaring, of een (sub)cultureel gangbare verklaring voor de visuele hallucinaties ('voorouders')?



Overwegingen voor behandeling

*“Improving the amount or quality of visual data through addressing **eyesight**, **attention**, or **arousal**; improving **alertness**; modifying context expectancies through **changing the visual environment**; or **reducing the contributions of memory expectancies** are all thought to have positive effects in at least some cases”* (Barnes, Connelly, Boubert, and Maravic, 2013; Diederich et al., 2003; Falloon and Talbot, 1981; Singh, Sharan, and Kulhara, 2003), as do some **medications** (Collerton and Taylor, 2013).

Visuele hallucinaties – hoe komen we ze zelf tegen in de praktijk en wat doen we ermee?

Casusvoorbeelden van jullie, van ons

Enquête – de vragen

Enquête aangeboden via de GU-nieuwsbrief (5600 abonnees)

Aantal respondenten: $n = 39$ ($n = 24$ voor vragen over behandeling)

Enquête bestond uit 10 vragen, deels ja/nee, deels Likertschaal 1 tot 4 / 5, aantal vragen open of ruimte voor toelichting. Vragen naar percentage cltn met VH, of je ernaar vraagt, of je het behandelt, bekwaam in voelt etc.

Enquête visuele hallucinaties (VH)

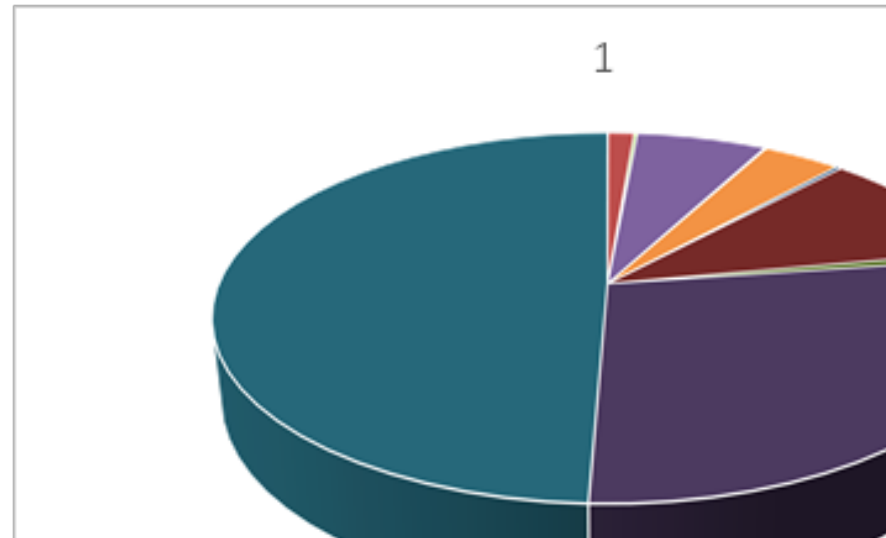
* 1. Uit hoeveel cliënten bestaat je caseload ongeveer?

* 2. Hoeveel van hen hebben psychosespectrumklachten?
Geef een schatting van het aantal cliënten

* 3. Heb je een idee hoeveel % van de psychosespectrumcliënten visuele hallucinaties ervaren?
Geef je antwoord in (geschatte) procenten

Enquête - Resultaten

- Gemiddelde caseload 33 cliënten (10-150)
- Gemiddeld 40% met psychosespectrumklachten (7-100%)
- Geschat dat gemiddeld 30 % VH ervaart (0-100%)
- Meer dan de helft van de respondenten vraagt er (bijna) altijd naar, een enkeling vraagt er (bijna) nooit naar



Enquête - Resultaten

- Ongeveer 20% van de respondenten besteedt er (bijna altijd) expliciet aandacht aan, 30% doet dit zelden tot nooit
- 10% zoekt nooit info op over VH, 25% 1 keer per jaar, de overige respondenten enkele keren per jaar
- 24 van de 39 respondenten behandelen VH (62%)
- Ruim 90% voelt zich enigszins tot redelijk handelingsbekwaam in behandelen

Handelingsbekwaam voelen

Lastig / missen / niet helpend:

- Geen duidelijk protocol of richtlijnen
- Weinig kennis vanuit wetenschap, opleiding
- Weinig vaardigheden of het te weinig doen
- Voorlichtingsmateriaal of info voor psycho-educatie
- Lijken hardnekkiger, moeilijker te behandelen dan AH

Helpend:

- Aanvliegen zoals andere hallucinaties (vooral AH), focus op betekenisgeving, instandhouders
- Als iemand het zelf wil, ervoor open staat, minder hardnekkig
- Ervaring, opgebouwde expertise bij jezelf of collega's
- Supervisie, begeleiding

Anders dan behandelen andere hallucinaties?

Patiënten kunnen bij een stem makkelijker toetsen of het er echt is of niet. Bij VH zijn ze vaker in de war of er nou echt iemand staat of niet. Je komt dan minder snel tot de gedachte 'het is slechts een hallucinatie en die kan mij geen kwaad doen'

Negeren is wat moeilijker dan bij stemmen horen, en ook vaak kunnen het gruwelijke beelden zijn

Ik vind ernstige stemmen met een sterke overtuiging bijna net zo ingewikkeld.

Anders dan behandelen andere hallucinaties?

- Fifty-fifty: enigszins anders, of nauwelijks tot niet anders
- Anders:
 - Andere technieken/accenten, bv. meer aandacht voor vermijdingsgedrag en exposure, minder imagery. Maar ook juist flashforward van EMDR of stimulusmanipulatie (ridiculisering).
 - Minder makkelijk de realiteit te toetsen, ingewikkelder, minder makkelijk kunnen negeren, soms gruwelijke beelden
 - Komt vaker voor bij meer ernstige psychotische beelden?
- Hetzelfde: “in de basis is het niet heel anders”

Enquête – Plenaire reflectie

Conclusie/interpretatie, o.a.:

- hebben we in de behandelpraktijk voldoende aandacht voor VH?
- hoe moet de psychologische behandeling eruit zien?
- is die nu wezenlijk anders dan bij AH?



Kijk door je oogharen

en wat zie je?



En nu doen: interventies & gedragsexperimenten voor VH

In trio's. Twee vignetten.

VIGNET 1

- A) Welke cognitie (referentieel? sequentieel?) beschouwen jullie als het MEEST onderhoudend voor de klachten, zodat cliënt blijft lijden onder de VH?
- B) Bedenk voor die cognitie een gedragsexperiment.

Naam: Datum:

Welke **negatieve verwachting** wilt u testen?

ALS



DAN

Mate van overtuiging %

Alternatieve en genuanceerde verwachting:

ALS



DAN

Mate van overtuiging %

Opzet van het experiment

Welk experiment gaat u doen? (formuleer de specifieke ALS die u gaat

testen)

Wat gebeurt er als de negatieve verwachting klopt?

DAN

Wat gebeurt er als de alternatieve verwachting klopt?

DAN

Wanneer gaat u het experiment uitvoeren en wat hebt u hiervoor nodig?

Voer het experiment uit

Hoe is het experiment verlopen? (formuleer de feitelijke DAN)

DAN

Wat hebt u geleerd?

Gedragsexperiment

Naam: Datum:

Welke **gedachte of overtuiging** wilt u testen? In welke mate bent u ervan overtuigd?

A:

Welke alternatieve gedachte of overtuiging wilt u testen? In welke mate bent u ervan overtuigd?

B:

Welk experiment kunt u uitvoeren om dit te testen?

Welke uitkomst van het experiment zou uw oorspronkelijke gedachte of overtuiging bevestigen?

A is waar als:

Welke uitkomst van het experiment zou uw alternatieve gedachte of overtuiging bevestigen?

B is waar als:

Voer het experiment uit

Hoe is het experiment verlopen?

Wat hebt u geleerd?

Vignet 1 - workshop visuele hallucinaties

Erik hoorde op school op zijn 16e jaar voor het eerst ineens een stem hard 'kijk uit' tegen hem roepen. Het was een overdonderende ervaring en hij vluchtte de school uit. De stem nam in korte tijd in hevigheid toe, in aantal stemmen, in frequentie en in het soort uitspraken. Erik stopte met school, was erg van slag. De stemmen zeiden dat Erik zou worden gepakt, 'ze' hadden 'm in de gaten. Erik zag in de televisie teksten die hetzelfde waren als wat de stemmen tegen hem zeiden: "het gaat nu gebeuren", "we weten je te vinden" en soortgelijke opmerkingen. Vanuit het raam van zijn huis zag hij auto's met geblindeerde ramen op straat staan met één, soms meerdere mannen erin, die omhoog keken naar zijn raam. Hij sloeg alarm tegen zijn zus en ouders, maar die zagen de auto's die Erik zag helemaal niet. Erik raakte meer en meer overtuigd vermoord te gaan worden, hij zag het steeds vaker helemaal voor zich. Niet lang na het begin van zijn extreem beangstigende ervaringen, merkte Erik tijdens een douche dat er geen water maar bloed uit de douche kwam. De douche was helemaal rood. In paniek vluchtte hij de douche uit en hij durft zich sindsdien niet meer te douchen. Op straat zag hij af en toe iemand lopen met rode ogen, en de kleur rood viel hem overal op, als een waarschuwing voor het bloedbad dat zijn onbekende vijanden van plan waren aan te richten. Soms kleurt de hemel volgens Erik rood.

Plenaire nabespreking



En nu doen: interventies & gedragsexperimenten voor VH

In trio's. Twee vignetten.

VIGNET 2

Welke behandelingen en interventies willen jullie aanraden voor welke van de problemen en klachten van cliënte 2?

In welke volgorde zou je ze willen inzetten?

Vignet 2 - workshop visuele hallucinaties

Het betreft een getrouwde vrouw van eind 40, met drukke baan en gezin met 4 opgroeiende kinderen. Psychisch gezien is er een levenslang patroon van stemmingsklachten waarbij periodes van toegenomen somberheid, met piekmomenten in de puberteit en postpartum. Is bekend met milde bijzondere ervaringen, zoals het horen van geluiden of een stem (bv. denken dat naam geroepen wordt of dat er gesproken wordt), perceptuele vervormingen of iets langs zien schieten in de ooghoek, met name als het donkerder is. Postpartum ook – in een periode van veel stress, somberheid en slaaptekort – levendige en nare visuele intrusies die veel lijdensdruk gaven; tijdens een latere periode tijdens borstvoeding geven indringende maar voorbijgaande suïcidale intrusies. Maakte haar angstig voor het krijgen van een postpartum psychose, hoewel dit gelukkig niet gebeurd is.

Lichamelijk is zij gezond maar sinds enkele jaren (beginnende) overgangsklachten zoals nachtelijk zweten, opgejaagd gevoel, meer last van hartritmestoornis en slechter slapen (onrustig, vroeg wakker). Ze is altijd al een slechte slaper geweest; kon altijd moeilijk inslapen vanwege vol hoofd, werd vaak wakker en droomde levendig; had anderzijds aan een uur of zeven slapen ook lange tijd genoeg en kon toen de kinderen kleiner waren ook prima functioneren met minder. Nu is het inslapen niet zo'n probleem (door bijeffecten van medicatie) maar wel doorslapen, ze wordt vaak wakker, voelt zich gestrest/opgejaagd, is erg vroeg wakker. Slaapt nu maximaal 6 uur, maar meestal minder, zo rond 5 uur per nacht; hetgeen niet voldoende is.

De laatste twee jaar is er een toename van bijzondere ervaringen, met name op visueel gebied. Ze ziet steeds vaker bijvoorbeeld een kind of een dier voorbij schieten in haar ooghoek, schrikt omdat ze denkt dat er iemand staat, remt ineens op de fiets omdat ze denkt dat er een verkeersdeelnemer voor haar langs schiet, en hoort vaker gepraat of muziek buiten haar hoofd terwijl het er allemaal niet feitelijk is. Recent twee verontrustende ervaringen, eenmaal een stem die haar aansprak terwijl ze alleen in bed lag, de tweede keer zag zij in de nacht in de badkamer slangen uit de vloer omhoog kronkelen. Ze is niet zozeer bang voor deze ervaringen omdat ze weet dat het niet echt is, maar maakt zich wel zorgen dat ze een keer echt psychotisch zal worden.

Plenaire nabespreking

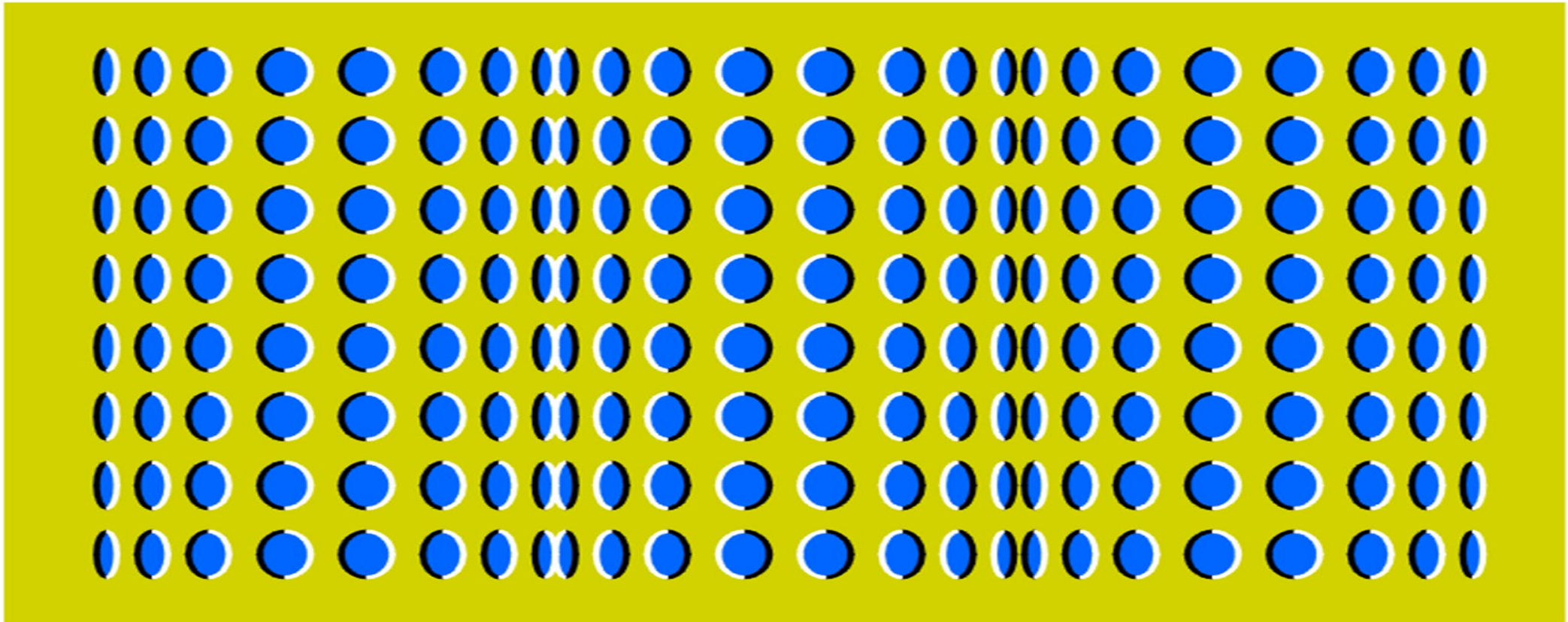


Hartelijk bedankt voor de aandacht

DR. HANNEKE SCHUURMANS

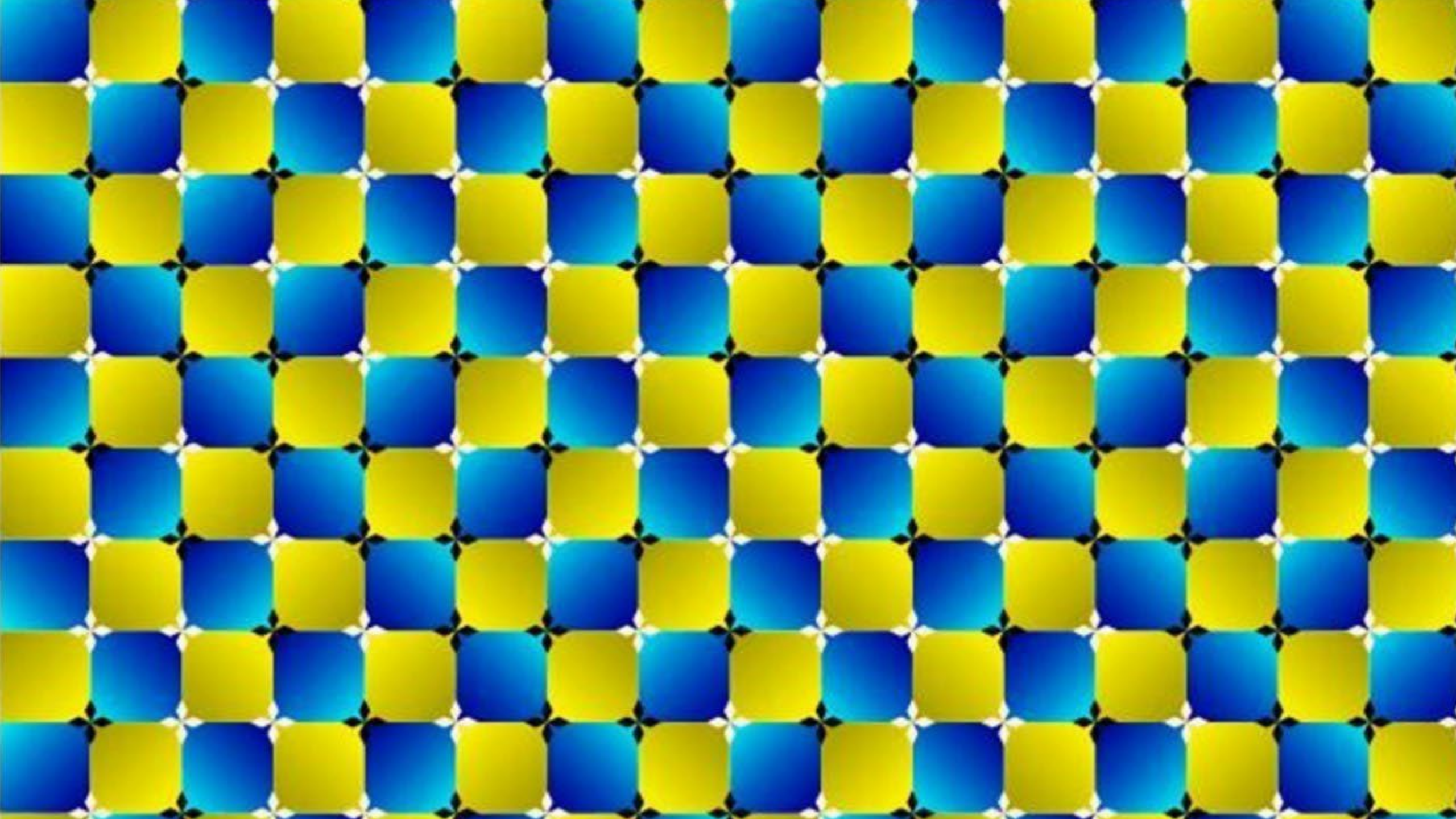
DR. PAUL DE BONT

Bedankt voor de aandacht !

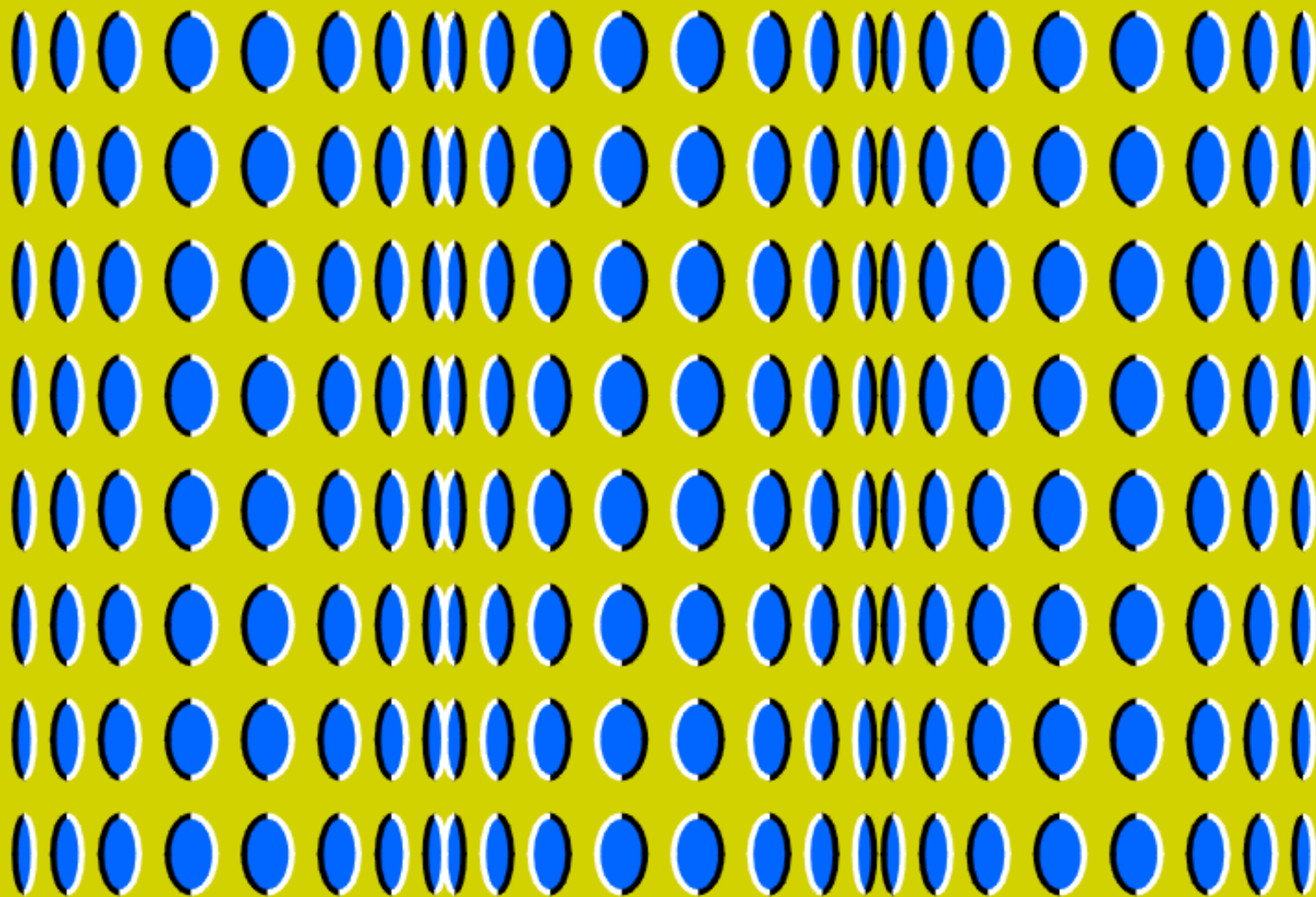


DR. HANNEKE SCHUURMANS

DR. PAUL DE BONT







Referenties

- Aynsworth, C, Nemat, N, Collerton, D, Smailes D, & Dudley R (2017). Reality monitoring performance and the role of visual imagery in visual hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 115-122. DOI: 10.1016/j.brat.2017.07.012
- Blom, J.D. (2015). Defining and measuring hallucinations and their consequences – what is really the difference between a veridical perception and a hallucination? Categories of hallucinatory experiences. In *The Neuroscience of Visual Hallucinations* (eds D. Collerton, U.P. Mosimann and E. Perry). <https://doi.org/10.1002/9781118892794.ch2>
- Dudley, R., C. Aynsworth, C., Mosimann, U., Taylore, J-P., Smailesf, D., Collertone, D., McCarthy-Jonesh, S., Urwylerc, P. (2019). A comparison of visual hallucinations across disorders. *Psychiatry Research* 272, 86–92.
- Dudley R, Watson F, O’Grady L, Aynsworth C, Dodgson G, Common S, Day BA, Fernyhough C. Prevalence and nature of multi-sensory and multi-modal hallucinations in people with first episode psychosis. *Psychiatry Res.* 2023 Jan;319:114988. doi: 10.1016/j.psychres.2022.114988. Epub 2022 Nov 28. PMID: 36463721.
- O'Brien, J., Taylor, J. P., Ballard, C., Barker, R. A., Bradley, C., Burns, A., Collerton, D., Dave, S., Dudley, R., Francis, P., Gibbons, A., Harris, K., Lawrence, V., Leroi, I., McKeith, I., Michaelides, M., Naik, C., O'Callaghan, C., Olsen, K., Onofrj, M., ... Ffytche, D. (2020). Visual hallucinations in neurological and ophthalmological disease: pathophysiology and management. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 91(5), 512–519. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-322702>