

Anhedonie: een kenmerk van depressie, schizofrenie of van beiden?

L. Stam

Instituut voor Psychologie, Faculteit der Sociale Wetenschappen, Erasmus Universiteit Rotterdam

Abstract

Anhedonie is het verlies of de vermindering van het vermogen tot plezierbeleving. Het is kenmerk wat bij verschillende vormen van psychopathologie voorkomt, maar het is toch vooral een kenmerk van depressie en schizofrenie. Vanwege de onduidelijkheid bij welke stoornis anhedonie meer of in een ernstiger vorm voorkomt is een onderzoek naar dit fenomeen uitgevoerd. Twintig patiënten met een depressie, 20 patiënten met schizofrenie en 20 gezonde controlepersonen werden onderzocht op anhedonie en depressieve kenmerken aan de hand van de Snaith-Hamilton Pleasure Scale en de Beck Depression Inventory. Het bleek dat de depressieve groep de hoogste anhedonie- en depressiescores had, gevolgd door de schizofreniegroep en tot slot de gezonde controlegroep. Verschillen in de samenstelling van de groepen wat betreft leeftijd, geslacht, opnameduur en medicijngebruik waren niet van invloed op de resultaten. Limitaties en suggesties voor vervolgonderzoek en klinische praktijk worden besproken.

1. Inleiding

1.1 Anhedonie

Anhedonie werd in 1896 voor het eerst door de Franse psycholoog Ribot (in Berlin, Givry-Steiner, Lecrubier & Puech, 1998) omschreven als het verlies of de vermindering van het vermogen om plezier te beleven. Hij stelde dit tegenover analgesia, wat een verminderd vermogen om pijn te ervaren betreft (Schrader, 1997). Al sinds deze eerste introductie van de term anhedonie bestaat er enige controversie over de precieze definitie (Snaith, 1993). De Franse 19^e eeuwse psycholoog Ribot (in Berlin et al., 1998) zag anhedonie namelijk niet alleen als het verlies van plezier, maar meer als het verlies van alle emotionele responsen. Hoewel zijn ideeën goede uitgangspunten boden voor nader onderzoek naar het fenomeen anhedonie, bleef het onderwerp jarenlang onaangeroerd. Ook de klinische observaties van andere theoretici betreffende het fenomeen anhedonie werden compleet genegeerd, en pas de laatste decennia is er hernieuwde aandacht ontstaan (Peterson & Knudson, 1983).

Anhedonie is een complex fenomeen met zowel gedragsmatige als subjectieve aspecten. Het kan namelijk een aspect zijn van persoonlijkheidsstructuur; het kan een

specifieke staat of symptoom betreffen; en het kan zowel pervasief zijn of juist gebonden aan bepaalde aspecten van ervaringen zoals plezier in sociale relaties of plezier in eten (Snaith, 1993). De complete afwezigheid van een hedonische respons is echter zeer zeldzaam, en daarom geven verschillende onderzoekers, waaronder Snaith (1993) en Meehl (2001) de voorkeur aan de term hypohedonia. Anhedonie is echter de meest gebruikte term, waarmee men meestal bedoeld dat de plezier respons is gedaald tot een pathologisch niveau. Sommigen zien anhedonie als een chronisch fenomeen wat begint in de vroege kindertijd met een gebrek in onder andere activiteitsniveau (Peterson & Knudson, 1983). Anderen zien anhedonie meer als een voorbijgaande 'state' dan als een langdurige 'trait' (Blanchard, Horan & Brown, 2001).

Anhedonie wordt vaak in verband gebracht met andere constructen, zoals verlies van interesse, verminderde reactiviteit van stemming, vlak affect en apathie (Snaith, 1993). Belangrijk is om anhedonie niet gelijk te stellen aan deze concepten. Anhedonie betreft alleen het verlies van plezier in stimuli en gebeurtenissen die normaal gesproken wel plezier opleveren, en niet zozeer het verlies van interesse, hoewel deze fenomenen wel samen kunnen voorkomen. Anhedonie kan een onderdeel zijn van de meer persisterende staat van vervlakt affect; daarnaast verschilt anhedonie duidelijk met een depressieve stemming, en mag het zeker ook niet verward worden met door angst veroorzaakt vermijdingsgedrag zoals een sociaal fobische persoon feestjes vermijdt. Het verlies van plezier moet bij anhedonie veroorzaakt worden door een belemmering in de plezier respons, en niet door andere redenen zoals fysieke invaliditeit waardoor men niet meer in staat is tot het vroeger geprefereerde gedrag (Snaith, 1993).

Anhedonie kan op verschillende manieren worden gemeten. Ten eerste is het mogelijk met behulp van een semi-gestructureerd interview, waarbij de subschaal Anhedonia-Asociality van de Scale for the Assessment of Negative Symptoms ofwel SANS (Andreasen, in Horan, Kring, & Blanchard, 2006) momenteel het beste beschikbare instrument hiervoor is. Een andere veelgebruikte meetmethode van anhedonie betreft zelfrapportagelijsten. De bekendste hiervan zijn de Chapman Scales (Chapman, Chapman, & Raulin, 1976) en de Fawcett-Clark Pleasure Scale (Fawcett, Clark, Scheftner, & Gibbons, 1983). Chapman et al. (1976) speculeerden dat anhedonie de basis is van een gebrek aan activiteit, zoals minder interesse in werk, hobby's en de andere sekse, omdat mensen veelal doen wat ze leuk vinden en niet doen waar ze geen plezier aan beleven. De onderzoekers construeerden twee lijsten items voor het meten van twee soorten plezier: fysiek plezier, zoals plezier verkregen door eten, aanraken, voelen, seks, temperatuur, beweging, geur en geluid; en interpersoonlijk ofwel

sociaal plezier, dat is niet-fysiek plezier verkregen door het samenzijn en interacteren met andere mensen. Interpersoonlijke aspecten bleken echter moeilijk om geheel te weren uit de fysieke plezier items, omdat één soort fysiek plezier, seks, meestal wordt beleefd met andere mensen. De alfacoefficiënten van de schalen liggen tussen .74 en .85., wat goed genoemd mag worden (Horan et al., 2005). De items van de Fawcett-Clark Pleasure Scale ofwel FCPS (Fawcett et al., 1983) zijn zo ontworpen dat ze alle soorten plezier (onder andere fysiek en sociaal) omvatten. De alfacoefficiënten van het instrument bevinden zich boven de .90, wat zeer goed genoemd mag worden. De Pleasure Scale (Fawcett et al., 1983) is in staat om dezelfde extreme anhedonische personen te identificeren als de Chapman Anhedonia Scale (Chapman et al., 1976), maar de eerstgenoemde vragenlijst is korter.

Een laatste methode om anhedonie in kaart te brengen is zogenaamde ‘laboratory-based assessment’ methode (Horan et al., 2006). Hierbij wordt de emotionele reactie van proefpersonen gemeten door hen bloot te stellen aan plezierige of onplezierige stimuli, zoals emotionele filmbeelden, foto’s of verschillende soorten voedsel. Zo maakten Berlin et al. (1998) gebruik van een procedure waarbij participanten werden vergeleken op hedonische responsen op een zoete smaak. Subjectieve ervaring kan dan gemeten worden aan de hand van beoordelingen van de plezierigheid van de stimulus; expressie door het kijken naar gezichtsuitdrukkingen; en fysiologische reactie door bijvoorbeeld huidgeleiding te meten (Horan et al., 2006). Of gezichtsuitdrukkingen daadwerkelijk een goede graadmeter voor emotionele beleving zijn is echter controversieel. Bekend is dat schizofrenen minder expressief in het gezicht zijn maar dat zij wel aangeven een bepaalde emotie te voelen en eveneens de bijbehorende fysiologische reactie vertonen (Aghevli, Blanchard & Horan, 2003). Trémeau, et al. (2005) vonden in hun onderzoek echter dat depressieve en schizofrene patiënten beiden gelijke gebreken vertonen in de expressie van emoties via gezichtsuitdrukkingen, en dat dit een aspect is van vlak affect.

Gebrek aan plezier is een complex fenomeen. Op een fundamenteel niveau is plezier, net zoals geluk, onmogelijk te definiëren omdat ieder persoon zijn eigen concept van ervaring heeft. Standaarddefinities voldoen niet: men kan alleen zeggen dat het een complexe mentale staat is, met affectieve, cognitieve en gedragsmatige componenten (Snaith, 1993).

Anhedonie wordt regelmatig aan verschillende ziektebeelden toegeschreven. Zo komt het bijvoorbeeld regelmatig voor bij de ziekte van Parkinson (Isella, Iurlaro, Piolti, Ferrarese, Frattola, & Appollonio, 2003) en bij alcoholafhankelijke patiënten gedurende onthouding (Heinz, Schmidt, & Reischies, 1994). Anhedonie is echter voornamelijk een kenmerk wat wordt toegeschreven aan depressie en schizofrenie (Snaith, 1993). Zo zijn de Chapman Scales

(Chapman et al., 1976) oorspronkelijk ontworpen om anhedonie bij schizofreniepatiënten te meten, en is de FCPS juist bedoeld voor depressieven. Vanwege het grote voorkomen van verminderde plezierbeleving bij depressie en schizofrenie zal de aandacht in dit artikel geschonken worden aan anhedonie bij deze twee psychische stoornissen.

1.2 Theorieën over anhedonie

Door zijn complexiteit is anhedonie een kenmerk wat door verschillende theoretici aan een variëteit van oorzaken, gevolgen en ziektebeelden is gelinkt. Zo was Freud (in Fawcett et al., 1983) van mening dat het verlies van plezier te maken had met repressie tijdens het neurotisch conflict. Verdringen kost veel energie, en verschillen in plezierbeleving zouden dan te wijten zijn aan de hoeveelheid overgebleven energie.

Drie belangrijke theoretici hebben het concept anhedonie weer nieuw leven in geblazen in de tijd dat het grotendeels genegeerd werd. Ook zij verbonden verminderde plezierbeleving aan de stoornissen waar het fenomeen het meest voorkomt: depressie of schizofrenie. Rado (in Peterson & Knudson, 1983) stelde in de jaren '50 en '60 een erfelijke predispositie voor schizofrenie voor, die in interactie met de omgeving een schizofreen fenotype ofwel een schizotype kan veroorzaken. Dit schizotype bestaat uit twee genetisch overdraagbare defecten, waarvan er één een plezierdeficiëntie, ofwel anhedonie, is. De onderzoeker was van mening dat plezier een grote rol speelt bij gezond menselijk functioneren, omdat afwezigheid ervan kan leiden tot gebreken in seksueel functioneren, verlaagd zelfvertrouwen, verminderde sociale interesse en gebreken in positieve emoties als liefde, plezier, trots en affectie.

Meehl (1962) paste de theorie van Rado (in Peterson & Knudson, 1983) enigszins aan. Naar zijn idee is schizofrenie niet primair een mentale stoornis maar meer een neurologische stoornis van genetische oorsprong. Een erfelijke verstoring in de integratie van het centrale zenuwstelsel, door Meehl schizotaxia genoemd en vergelijkbaar met de schizotype van Rado, zou hiervoor verantwoordelijk zijn. Door interactie met de sociale omgeving kan een persoon met een zogenoemd schizotaxisch brein een schizotypische persoonlijkheid ontwikkelen. Deze is blijvend maar kan, net zoals vele andere ziekten, variëren in ernst. Daarnaast was de onderzoeker van mening dat anhedonie een belangrijke factor was in het bepalen of schizotypie decompenseert tot schizofrenie (Meehl, 2001). Schizotaxia moet dus worden gezien als een neurologische stoornis, met schizofrenie als een psychologische complicatie die echter bij slechts een kleine minderheid wordt gevonden. In 1975, enkele jaren na de eerste introductie van zijn theorie, opperde Meehl (in Meehl, 2001) het idee van hedonische

capaciteit. Deze variabele omvat individuele verschillen in de normale, niet pathologische range en is vergelijkbaar met kenmerken als intelligentie of dominantie die allen een grote spreiding in de populatie vertonen. Daarnaast zou hedonische capaciteit een erfelijke eigenschap zijn. Anhedonische personen functioneren als het ware op het laagste punt van een normaal verdeeld continuüm van hedonische capaciteit, omdat zij onvoldoende biologische positieve bekrachtiging hebben ervaren. Met dit idee sloot hij naar eigen zeggen echter niet zijn eerste theorie uit, die stelde dat schizofrenie wordt veroorzaakt door een pathologische afwijking.

Klein (1974) heeft het daarentegen over de anhedonische staat. Deze staat zou zich kenmerken door een scherpe, niet-reactieve, pervasieve beperking van het vermogen om plezier te beleven of om affectief te reageren op de anticipatie van plezier. Hij richtte zich daarbij voornamelijk op depressie en onderscheidde een subvorm: endogenomorphie depressie, die gekenmerkt zou worden door zeer ernstige anhedonie, melancholie en een betere reactie op tricyclische antidepressiva. Klein (1974) meende dat deze subvorm de oudste vorm van depressie was, naast de neurotische depressie (die verwijst naar een chronisch te sterk reageren op teleurstellingen, leidend tot dysforie, woede en demoralisatie) en de reactieve depressie (die wordt gedefinieerd als een plotselinge dysforische reactie van frustratie, voorafgegaan door ernstige teleurstelling of stress). Alleen de endogenomorphische depressieven zouden te maken met een verstoord pleziermechanisme, en omdat bepaalde tricyclische antidepressiva, waaronder imipramine, hierop in werken zorgt dit ervoor dat deze groep patiënten beter zou reageren op deze middelen. Als eerste zou de anhedonie verminderen, en daarna de depressie. Daarnaast stelde Klein in 1987 (in Hamburg, 1998) twee functionele systemen van hedonische capaciteit voor die betrekking hebben op verschillende soorten plezier. Het eerste systeem mediëert het zogenaamde *consummatory* plezier, ofwel plezier wat verkregen wordt door te voldoen aan biologische behoeften zoals eten, slapen of seksueel orgasme. Het tweede systeem gaat om met zogenaamd *appetitive* plezier, ofwel plezier wat verkregen wordt door het bereiken van consummatory doelen, zoals jagen, voedsel zoeken, achtervolgen, seksueel voorspel en allerlei andere geleerde gedragingen die mensen ontwikkelen voor het bereiken van hun doelen. De eerste soort betreft het plezier van het consumeren, de tweede soort betreft het plezier van het anticiperen.

Naast deze belangrijke theorieën zijn er nog andere interessante bevindingen over anhedonie. Zo menen Peterson & Knudson (1983) dat anhedonie in twee soorten hedonische gebreken kan worden onderverdeeld. Het eerste hedonische gebrek bestaat uit een verminderd vermogen tot het beleven van plezier, een verstoord zelfbewustzijn, verminderd sociaal

initiatief en terugtrekking. Een persoon met gebrekkige plezierbeleving zal immers zijn activiteitsniveau verminderen en zich terugtrekken omdat hij er toch geen plezier van ervaart. Hier tegenover vonden de onderzoekers echter ook dat anhedonische mensen soms juist prikkelende activiteiten opzoeken, mogelijk om toch maar iets van plezier proberen te beleven of om zich als normaal voor te willen doen. Het tweede hedonische gebrek beslaat personen die anhedonisch zijn, maar toch enig plezier kunnen beleven, mits dit op intellectueel of esthetisch vlak plaatsvindt en ver weg van mensen is. Daarnaast merken de onderzoekers op dat anhedonie nauw verbonden is met introversie. Anhedonische mensen worden vaak gezien als introvert, en van introverte mensen denkt men dat ze weinig plezier beleven.

Een ander interessant idee betreffende anhedonie wordt geopperd door Hamburg (1998). Hij stelt dat een erfelijk defect in hedonische capaciteit voldoende is om een depressieve verklaringstijl te ontwikkelen, doordat bekrachtigingschema's worden opgevat als negatief in plaats van positief. Dit alles zou dan leiden tot persisterende aangeleerde hulpeloosheid, waardoor negatieve gevoelens en pessimisme ontstaan waardoor mensen te vroeg hun copingstrategieën staken en men depressief wordt. Hamburg (1998) stelt dus dat depressie het gevolg is van aangeleerde hulpeloosheid, vanwege gevoelens van oncontroleerbaarheid van de situatie en hopeloosheid.

1.3 Anhedonie bij de depressieve stoornis

De hierboven beschreven en belangrijke theorieën over anhedonie verbinden het concept voornamelijk aan de depressieve stoornis en aan schizofrenie. Enige verdieping in deze twee ziekten en het voorkomen van verminderde plezierbeleving lijkt daarom van nut.

Een depressie is een stemmingstoornis en wordt gekenmerkt door één of meerdere depressieve episoden (Van den Bout, van Son, & Hoevenaars, 1997). In de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) staan de criteria beschreven voor een dergelijke episode. Gedurende twee weken dienen minstens vijf van de volgende symptomen aanwezig te zijn voor de classificatie: een depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag; vermindering van interesse of plezier; gewichtsafname; slaapproblemen; psychomotorische agitatie of remming; moeheid of verlies van energie; gevoelens van waardeloosheid of schuldgevoelens; verminderd concentratievermogen of besluiteloosheid; en als laatste terugkerende doodsgedachten. Minimaal één van deze symptomen dient een depressieve stemming of het verlies van interesse en plezier te zijn. Verder kan een depressieve stoornis kan op alle leeftijden ontstaan, soms geleidelijk en soms plotseling na

stresserende gebeurtenissen, en komt over het algemeen meer voor bij vrouwen dan bij mannen (Van den Bout et al., 1997).

Aan de hierboven beschreven criteria is het belang van de rol anhedonie bij depressie te zien: het is een kenmerk wat dient ter classificatie van de stoornis (Rush & Weissenburger, 1994). Klein (1974) was met zijn reeds genoemde theorie zelfs van mening dat ernstige anhedonie een speciale subgroep van depressie kon karakteriseren, namelijk de endogenomorphie depressie. Er is veel onderzoek gedaan naar verminderde plezierbeleving bij de stemmingsstoornis, maar de bevindingen zijn echter niet allemaal met elkaar in overeenstemming. Zo vinden Loas, Salinas, Guelfi & Samuel-Lajeunesse (1992) dat depressieve patiënten hogere fysieke anhedoniescores hebben dan gezonde mensen en dat de scores een continue distributie vormen. De fysieke anhedonie van de patiënten leek gerelateerd te zijn aan de ernst van de depressie en identificeerde geen afgescheiden subgroep, zoals Klein (1974) suggereerde. Schrader (1997) meent echter dat anhedonie niet samenhangt met depressie-ernst. In zijn studie vond hij dat anhedonie in chronische depressie correleert met neuroticisme, introversie, risico op depressie bij eerstegraads familieleden en disfunctionele attitudes, maar dus niet met de ernst van de stemmingsstoornis. Volgens de onderzoeker bieden deze bevindingen steun voor het standpunt dat anhedonie in chronische depressie trait-achtige kenmerken heeft. Dit is in overeenstemming met Meehls (2001) idee van hedonische capaciteit.

Naast het feit dat depressieve mensen minder aangename gevoelens ervaren, lijkt het erop dat zij daarbij ook meer onaangename gevoelens beleven (Loas, Salinas, Pierson, Guelfi, & Samuel-Lajeunesse, 1994). Ze zijn hypersensitief voor negatieve situaties, en volgens de onderzoekers laat dit zien dat anhedonie niet per se gelinkt is aan vlak affect ofwel lage emotionele reactiviteit. Dat zou anhedonie een op zichzelf staande dimensie maken.

Bij depressie wordt anhedonie dus veelal gezien als een persoonskenmerk, alhoewel de meningen hierover uiteenlopen. Het verminderde vermogen tot plezierbeleving kan volgens Luby, Mrakotsky, Heffelfinger, Brown & Spitznagel (2004) reeds voorkomen bij zeer jonge kinderen tussen drie en vijf jaar oud, en met dit kenmerk zou zelfs een melancholisch subtype van depressie gevormd worden. Aan anhedonie als persoonskenmerk wordt dan ook vaak een onderliggende biologische basis toegeschreven, veelal in termen van verstoorde beloningsroutes in het mediane voorbrein en de laterale hypothalamus (Schrader, 1997). Als mogelijk bewijs hiervoor voert hij aan dat niveaus van anhedonie onder chronische en acute depressieven gelijk zijn, anhedonie significant correleert met risico op depressie bij eerstegraads familieleden van depressieve patiënten en dat na afname van depressie-ernst

anhedoniescores constant blijven. De neiging tot anhedonische responsen zou dan onafhankelijk van depressie-ernst zijn, en valt dan eerder een ‘trait’ dan een ‘state’ te noemen. Joiner, Brown & Metalsky (2003) menen echter dat anhedonie in depressie meer de vorm van een stemming heeft en dat het bij schizofrenie juist meer een onderliggend kenmerk is.

1.4 Anhedonie bij schizofrenie

Al sinds de eerste geschriften van Kraepelin en Bleuler in het begin van de 20^e eeuw (in Horan et al., 2006) heeft anhedonie ook een grote rol gespeeld in de beschrijvingen van de symptomen van schizofrenie. Schizofrenie is een complexe ziekte, gekenmerkt door een grote verscheidenheid aan symptomen die menselijke cognitie, emotie en gedrag sterk kunnen verstoren (Andreasen, 1997). Een karakteristiek component van schizofrenie is de psychose, aangezien de meerderheid van de schizofreniepatiënten minimaal één psychotisch ofwel positief symptoom ervaart (Breier & Berg, 1999). Een psychose is een toestand die wordt gekenmerkt door denkstoornissen, wanen en hallucinaties. Er kan eveneens sprake zijn van ernstige verwardheid of bewegingloosheid, maar de band met de realiteit is in alle gevallen sterk verstoord (Van den Bosch, 1997). In de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) wordt schizofrenie aan de hand van enkele criteria omschreven. Om de diagnose schizofrenie te krijgen dient een individu gedurende minimaal één maand dient last te hebben van twee of meer van de volgende symptomen: wanen, hallucinaties, ongeorganiseerde spraak, ongeorganiseerd of katatoon gedrag of negatieve symptomen zoals affectieve vlakheid, alogia (beperkingen in vloeiendheid en productiviteit van gedachten en spraak) of avolition (minder initiatief tot doelgericht gedrag). Wanneer de wanen bizar zijn, of wanneer de hallucinaties bestaan uit een stem die voortdurend commentaar geeft op de gedachten en handelingen van de persoon, of uit twee of meer stemmen die met elkaar communiceren, dan is slechts één symptoom vereist. Sinds aanvang van de stoornis is het functioneren van de persoon op verschillende gebieden zoals werk, interpersoonlijke relaties of zelfverzorging sterk gedaald. Tekenen van de stoornis dienen minimaal zes maanden aan te houden, waarbij minstens één maand voldaan wordt aan de eerst genoemde criteria. Daarnaast is schizofrenie geen eenduidige stoornis: de ziekte kan volgens de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) worden onderverdeeld in vijf subtypen. Deze subtypen worden bepaald aan de hand van de meest overheersende symptomen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen het paranoïde type, het ongeorganiseerde type, het katatone type, het ongedifferentieerde type en het residuale type. Het paranoïde type wordt voornamelijk gekenmerkt door een preoccupatie met wanen of regelmatig auditieve hallucinaties.

Ongeorganiseerde spraak, ongeorganiseerd of katatoon gedrag en vlak of ongepast affect behoren niet tot de symptomen. Bij het ongeorganiseerde type staan symptomen als ongeorganiseerde spraak, gedrag en vlak of ongepast affect centraal. Wanen en hallucinaties komen weinig of in onsamenhangende vorm voor, en van katatoon gedrag is geen sprake. Het katatone type wordt gekenmerkt door twee of meer van de volgende symptomen: motorische immobiliteit of excessieve motorische activiteit, extreem negativisme (weerstand tegen alle instructies) of mutisme (niet spreken), eigenaardige vrijwillige bewegingen (bv stereotiep gedrag of grimassen) en echolalia (iemand napraten) of echopraxia (iemand's gedrag nadoen). Het ongedifferentieerde type is een restcategorie voor alle personen die aan minimaal twee van alle symptomen (wanen, hallucinaties, ongeorganiseerde spraak of gedrag en negatieve symptomen) van schizofrenie voldoen, zonder dat deze zo hevig zijn dat de diagnoses van paranoïde, ongeorganiseerde of katatone type gesteld kunnen worden. Het laatste subtype van schizofrenie is het residuale type, en hieraan wordt voldaan wanneer een persoon in het verleden minimaal één episode van schizofrenie heeft meegemaakt, maar nu slechts nog last heeft van negatieve of verzwakte positieve symptomen.

Anhedonie is symptoom dat voorkomt bij schizofrenie (Snaith, 1993) maar volgens Loas, Noisette, Legrand & Boyer (2000) bij slechts een minderheid van de patiënten, de proportie variërend tussen de 8 en 45%. Zij zien het verminderde vermogen tot plezierbeleving als een specifieke dimensie in schizofrenie, en niet als onderdeel van de negatieve symptomatologie. Andreasen (1982) zag het daarentegen wel als een negatief symptoom. Het idee van anhedonie als een onderliggende dimensie komt overeen met de reeds genoemde mening van Joiner et al. (2003), die beweren dat het bij schizofrenie een onderliggend kenmerk is. Ook de onderzoeksresultaten van Herbener en Harrow (2002) passen bij dit beeld. Hieruit bleek namelijk dat anhedonie bij schizofreniepatiënten een stabiele eigenschap is gedurende een periode van tien jaar. Het betrof dan echter alleen fysieke anhedonie, ofwel de afwezigheid van plezier verkregen door lichamelijke of zintuiglijke ervaringen. Aangezien het verminderde vermogen tot plezierbeleving niet werd beïnvloed door variaties in ziekte-ernst, stelden de onderzoekers dat anhedonie trait-achtige kenmerken heeft. Wanneer gekeken werd naar fysieke anhedonie bij schizofrenie over een tijdsperiode van 20 jaar, bleek dat gedurende het verloop van de ziekte verminderde plezierbeleving steeds sterker geassocieerd was met slechter functioneren (Herbener, Harrow & Hill, 2005). Andersom zijn Loas, Noisette, Legrand & Boyer (1996) van mening dat een ernstige vorm van schizofrenie, het zogenaamde *deficit syndrome*, gekenmerkt wordt door hevige anhedonie. Om aan de criteria voor dit syndroom te voldoen dient een

schizofreniepatiënt last te hebben van minimaal twee van de zes negatieve symptomen. In een latere studie vinden Loas, Boyer & Legrand (1999) echter dat hoewel anhedonie een belangrijk kenmerk is in het definiëren van dit syndroom, het er echter niet specifiek voor is. Daarnaast is anhedonie een kenmerk wat mogelijk een risico voor psychose kan identificeren. Katsanis, Iacono & Beiser (1990) vonden namelijk dat schizofreniepatiënten hoger scoorden op fysieke en sociale anhedonie dan hun eerstegraads familieleden, en dat deze familieleden op hun beurt weer hoger scoorden dan controlepersonen. Ook Chapman, Edell & Chapman (1980) en Mishlove en Chapman (1985) beschrijven soortgelijke bevindingen. Dit wijst er in ieder geval op dat anhedonie een kenmerk is wat gelinkt is aan psychose, en er is hoop dat vroege identificatie ervan de ontwikkeling van preventieve interventies mogelijk maakt (Katsanis et al., 1990).

Heinz et al. (1994) menen dat er een biologisch mechanisme bestaat dat zorgt voor de verschijnselen van anhedonie bij zowel depressie als schizofrenie. Zij zoeken dit in verstoorde breinfuncties die betrokken zijn bij plezierbeleving. Bij beide ziekten zouden er verstoringen optreden in dopamine- en noradrenalinepaden die lopen via de pons, mesencephalon, basale ganglia en het limbisch systeem. Deze neurale route is betrokken bij beloning en dus ook plezierige gevoelens. Medicatie voor de behandeling van depressie en schizofrenie richt zich op de dopamine-systemen, hoewel niet op gelijke wijze. Bij schizofrenie blijft het echter de vraag of de anhedonische staat die volgt op het herstel van acute schizofrenie een natuurlijk gevolg is van het verloop van de ziekte, in de zin dat het 'negatieve symptoom' onthuld wordt door het verdwijnen van de positieve symptomen, of dat het een direct ongewenst gevolg is van de blokkering van dopamine veroorzaakt door de medicatie gebruikt in de behandeling van de ziekte (Snaith, 1993).

1.5 Anhedonie bij beide stoornissen

Het is duidelijk dat een verminderd vermogen tot plezierbeleving bij zowel depressie als schizofrenie een belangrijke rol speelt. De weinige studies die een poging hebben gedaan om beide stoornissen op anhedonie te vergelijken bereikten veelal verschillende resultaten. Zo vonden Berlin et al. (1998) geen verschillen in hedonische responsen tussen depressiepatiënten, schizofreniepatiënten en controlepersonen, terwijl Joiner et al. (2002) rapporteerden dat patiënten met depressie hoger op anhedonische symptomen scoorden dan patiënten met schizofrenie. Dit verschil kan echter ook te wijten zijn aan de meetmethoden. Joiner et al. (2002) maakten gebruik van zelfrapportage, terwijl Berlin et al. (1998) participanten vergeleken op hedonische responsen op een zoete smaak. Romney en Candido

(2001) maakten gebruik van factoranalyse om te bepalen of anhedonie een symptoom van depressie of schizofrenie is. Zij concludeerden dat verminderde plezierbeleving vooral een kenmerk van depressie is, en dat alleen een symptoom van schizofrenie van is omdat het een component van emotionele vlakheid is, een negatief symptoom van schizofrenie.

Er bestaat dus enige controverse rondom het concept anhedonie bij depressie en schizofrenie. Het voorkomen ervan wordt niet zozeer betwist, wel of er sprake is van blijvend persoonskenmerk of een voorbijgaande staat, en bij welke stoornis anhedonie meer of in een ernstiger vorm voorkomt. In dit paper zal niet worden ingegaan op het state-or-trait debat, maar wordt gepoogd de laatstgenoemde vraag te beantwoorden.

Deze studie gaat over anhedonie bij twee specifieke populaties patiënten. Zoals uit de introductie naar voren is gekomen blijkt er nog enige onduidelijkheid te bestaan over dit verschijnsel. De vraagstelling die hier centraal luidt daarom: *Verschillen depressieve patiënten en schizofrene patiënten en gezonde mensen van elkaar wat betreft (gebrek aan) plezierbeleving en in welk opzicht?* In de weinige onderzoeken die gedaan zijn naar dit onderwerp lijkt een trend te bestaan, en de hypothese zal daarom hiermee in overeenstemming worden geformuleerd: *Depressieve patiënten, schizofrene patiënten en gezonde mensen verschillen van elkaar wat betreft plezierbeleving, waarbij de depressie patiënten het grootste gebrek zullen vertonen.*

Om deze hypothese te toetsen is een onderzoek uitgevoerd. In de volgende sectie zal de methode van het onderzoek beschreven worden, daarna de gevonden resultaten en tot slot de conclusie.

2. Methode

2.1 Deelnemers

In dit onderzoek staan drie populaties centraal: patiënten met als diagnose depressie, patiënten gediagnosticeerd met een psychotische stoornis en gezonde controlepersonen. De eerste twee groepen mensen waren opgenomen in het Erasmus Medisch Centrum te Rotterdam, afdeling Psychiatrie. Op deze afdeling bevinden zich twee gespecialiseerde afdelingen voor depressieve patiënten en voor patiënten die te maken hebben gehad met een eerste psychotische episode en mogelijk schizofrenie. Alle patiënten komen uit Rotterdam en omgeving. Van elke subafdeling zijn bij 20 patiënten en de vragenlijsten afgenomen. De controlegroep bestond uit 20 mensen zonder psychiatrische voorgeschiedenis en waren afkomstig uit de kennissenkring van de onderzoeker. In totaal omvatte de studie dus 60

proefpersonen, die na uitleg over het doel van het onderzoek allen schriftelijk toestemming hebben gegeven voor hun deelname. De gemiddelde leeftijd van de depressieve patiënten was 53.4 jaar (SD = 8.4), die van de schizofrene patiënten 23.7 jaar (SD = 6.2) en van de controle personen bedroeg de gemiddelde leeftijd 43.8 jaar (SD = 11.5). Van de depressieve patiënten bevonden zich 10 mensen op de open kant van de afdeling en eveneens 10 mensen op de gesloten kant. Van de psychotische patiënten bevonden zich 14 proefpersonen aan de open kant en 6 aan de gesloten kant van de afdeling. Op de gesloten kant van beide afdelingen bevinden zich patiënten met een ernstiger toestandsbeeld en hebben mensen minder vrijheden dan aan de open kant. In de depressiegroep bevonden zich 8 mannen en 12 vrouwen, in de psychosegroep 16 mannen en 4 vrouwen en in de controlegroep was de verhouding tussen de seksen met elk 10 mensen gelijk. De depressieven en de controlepersonen waren allen van Nederlandse herkomst, terwijl de psychotische patiënten verschillende etnische achtergronden hadden. Onder hen bevonden zich drie mensen met een herkomst uit Rusland, twee uit de Kaapverdische Eilanden, één uit China, één uit Suriname, zeven uit Nederland, twee uit Kroatië, één uit Turkije, één uit Togo, één uit Iran en één uit Sri Lanka. Verder gebruikten geen van de controlepersonen enige medicatie, gebruikten 16 van de psychotische patiënten antipsychotica, twee van hen benzodiazepines en van één persoon was het medicatiegebruik onbekend. Van de depressieve patiënten gebruikten vijf antidepressiva, vier gebruikten benzodiazepines, één had ect (electro convulsie therapie) en verder gebruiken negen anderen middelen voor lichamelijke klachten zoals maag-en darmproblemen en epilepsie.

2.2 Meetinstrumenten

Alle data werden verzameld via zelfrapportagevragenlijsten. Plezierbeleving is subjectief en dus moeilijk objectief waar te nemen. Zelfrapportagevragenlijsten zijn eenvoudig af te nemen en geven veelal betrouwbare resultaten.

Anhedonie wordt in dit onderzoek gemeten door de Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS) (Snaith, Hamilton, Morley, Humayan, Hargreaves & Trigwell, 1995). Deze vragenlijst is ontworpen om de mate waarin iemand in staat is om plezier te beleven of te anticiperen op een plezierige gebeurtenis te bepalen. Het meetinstrument omvat 14 items die relateren aan normale ervaringen van mensen en beslaat daarmee vier domeinen: interesse, sociale interactie, zintuiglijke ervaringen en eten/drinken. De schaal heeft bewezen over goede validiteit en betrouwbaarheid te beschikken met alfacoëfficiënten boven de .80 in zowel de originele Engelse maar ook in Duitse (Franz, Lemke, Meyer, Ulferts, Puhl & Snaith, 1998) en Franse (Loas, Dubal, Perot, Tirel, Nowaczkowski & Pierson, 1997) vorm. De

proefpersonen in deze studie kregen een Nederlandstalige versie van de SHAPS voorgelegd. Snaith et al. (1995) hanteren twee methoden om scores op de SHAPS te interpreteren. Bij de eerste methode telt men alle punten bij elkaar op, waardoor een continue score ontstaat van minimaal 14 en maximaal 56. Bij de tweede methode maakt men gebruik van een dichotome score. Hierbij worden de antwoordmogelijkheden ‘absoluut mee eens’ en ‘mee eens’ als 0 punten gescoord, en wordt aan de antwoordmogelijkheden ‘niet mee eens’ en ‘absoluut mee oneens’ 1 punt toegekend. Hierdoor kan men minimaal 0 en maximaal 14 punten behalen. Volgens de onderzoekers biedt een cut-off score van 2 de beste discriminatie tussen normale en abnormale niveaus van hedonische capaciteit.

Daarnaast werd de Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) afgenomen. Dit instrument betreft eveneens zelfrapportage en omvat 21 items die het niveau van depressieve symptomen meten. Deze items werden gekozen op basis van hun relatie met de openlijke gedragsmanifestaties van depressie en omvatten verschillende categorieën waaronder stemming, pessimisme, schuldgevoelens, slaapproblemen, gewichtsverlies en verminderd libido. Ook deze vragenlijst heeft goede psychometrische eigenschappen met alfacoefficienten boven de .80 (Beck, Steer & Garbin, 1988).

2.3 Procedure

De vragenlijst werd in papieren versie aan de proefpersonen gepresenteerd en moest individueel ingevuld worden in aanwezigheid van de proefleider. Participanten werden vooraf door de verpleging ingelicht over het onderzoek. Daarna gaf de proefleider enige informatie over de werkwijze en verzocht de patiënten tot deelname. Als zij toestemming gaven voor deelname moesten ze een formulier ondertekenen waarin stond dat zij akkoord gingen met de procedure. Aangezien het invullen van de vragenlijsten gemiddeld een kwartier tot twintig minuten in beslag nam belastte dit hen niet te zwaar en bracht het geen noemenswaardige risico's met zich mee. De anonimiteit werd gegarandeerd door de participanten niet bij naam of op een herkenbare manier te beschrijven in de resultaten. Voor patiënten die de Nederlandse taal minder goed beheersten of in een slechte conditie waren vanwege hun ziektebeeld werden de vragenlijsten voorgelezen en ingevuld door de proefleider.

Na de dataverzameling werden alle gegevens geanalyseerd met het statistische computerprogramma SPSS. Allereerst zal met een one-way ANOVA worden nagegaan of de drie groepen proefpersonen significant van elkaar verschillen wat betreft leeftijd en wordt met een chi-kwadraat test bekeken of zij significant verschillen qua geslacht. Vervolgens wordt

met correlaties en een t-test gecontroleerd of deze mogelijke verschillen van invloed zijn op hoe men de SHAPS en de BDI invult. Ook zullen bij de twee patiëntgroepen de correlaties tussen verblijfsduur op de afdeling en de SHAPS-en BDI-scores berekend worden. Om na te gaan of antipsychotica bij de psychotische patiënten invloed hebben op hun niveau van anhedonie, zal een t-test worden uitgevoerd die de SHAPS-scores van psychotische patiënten met en zonder neuroleptica met elkaar vergelijkt. Daarna wordt met one-way ANOVA's gekeken of de drie groepen proefpersonen verschillen in continue SHAPS-scores, dichotome SHAPS-scores en BDI-scores. Bij alle ANOVA's zal gebruikt gemaakt worden van post-hoc analyses (Bonferroni). De resultaten worden hieronder besproken.

3. Resultaten

Uit een oneway ANOVA valt te zien dat er een significant verschil is tussen de drie groepen wat betreft leeftijd ($F_{(2, 57)} = 57,229, p < .001$). Uit post hoc analyse blijkt dat alledrie de groepen onderling significant van elkaar verschillen ($p < .01$), waarbij de depressiegroep de hoogste leeftijd heeft ($M = 53.4$), gevolgd door de controlegroep ($M = 43.9$) en dan de psychosegroep ($M = 23.7$). Dit laatste is te wijten aan het feit dat er op de afdeling Psychiatrie van het Erasmus MC voornamelijk patiënten met een eerste psychose worden opgenomen, die veelal rond het 20^e levensjaar ontstaat. Er bleek echter geen significante correlatie te bestaan tussen leeftijd en de antwoorden op zowel de SHAPS ($.162, p = .217$) als op de BDI ($.127, p = .332$).

Om na te gaan of de groepen proefpersonen verschillen qua geslacht werd een chi-kwadraat test uitgevoerd. Hieruit blijkt dat de psychosegroep significant verschilt met de depressiegroep en de controlegroep ($\chi^2 = 7.1, p < .05$). De laatste twee groepen verschillen onderling niet significant wat betreft geslachtsverhoudingen. Zij hebben een ongeveer gelijke verdeling van mannen en vrouwen, terwijl de psychosegroep uit duidelijk meer mannelijke dan vrouwelijke proefpersonen bestaat. Echter, uit een t-test voor onafhankelijke groepen te zien dat geslacht geen invloed heeft de SHAPS-scores ($t_{(58)} = .234, p = .82$) en de BDI-scores ($t_{(58)} = -.717, p = .48$). Verder bleek er ook geen significante correlatie te bestaan tussen verblijfsduur op de afdeling en SHAPS-scores ($-.033, p = .839$), verblijfsduur en BDI-scores ($-.234, p = .147$). Tenslotte verschilt de groep proefpersonen die antipsychotica gebruikt niet significant in SHAPS-scores met de groep proefpersonen die deze medicatie niet gebruikt ($t_{(58)} = -.176, p = .86$). Deze medicijnen hebben dus geen invloed op de SHAPS-scores gehad.

Tabel 1
Gemiddelde scores en standaarddeviaties op de afhankelijke variabelen

Groep	N	SHAPS	SHAPS-dich	BDI
Controle	20	19.2 (3.8)	.3 (.5)	2.0 (2.3)
Depressie	20	34.4 (9.8)	6.9 (5.1)	21.8 (11.3)
Psychose	20	28.0 (7.6)	3.5 (3.8)	13.4 (9.5)
Totaal	60	27.2 (9.7)	3.6 (4.5)	12.4 (11.8)

Gemiddelde scores op de afhankelijke variabelen worden weergegeven in Tabel 1. Te zien is dat er een significant verschil is tussen de drie groepen in de SHAPS-scores ($F_{(2, 57)} = 20,856, p < .001$). Na post-hoc analyses blijken alle groepen onderling significant te verschillen ($p < .05$), waarbij de depressieve patiënten de hoogste scores hebben ($M = 34.4$), gevolgd door de psychotische patiënten ($M = 28.0$) en ten slotte de gezonde controlepersonen ($M = 19.2$). Ook met dichotome SHAPS-scores verschillen de drie groepen significant van elkaar ($F_{(2, 57)} = 15.929, p < .001$), waarbij na post hoc analyses de depressieven weer de hoogste scores blijken te hebben ($M = 6.9$), daarna de schizofrenen ($M = 3.5$) en als de laatste de controle personen ($M = 0.3$). Volgens de cut-off score van Snaith et al. (1995) zijn dus zowel de depressieve als de psychotische patiënten als groep anhedonisch te noemen. Van de hele steekproef ($N = 60$) hebben 24 personen een score hoger dan 2 en zijn dus anhedonisch te noemen. Hiervan bevond zich er geen één in de controlegroep, waren er 15 anhedonisch in de depressiegroep en 9 in de schizofreniegroep. Verder is in Tabel 1 te zien dat tussen de drie groepen ook een significant verschil te vinden is in hun scores op de BDI ($F_{(2, 57)} = 26,478, p < .001$). Uit post hoc analyses blijkt dat alle groepen onderling verschillen ($p < .05$), waarbij de depressiegroep het hoogste scoort ($M = 21.8$), gevolgd door de psychosegroep ($M = 13.4$) en daarna de controlegroep ($M = 2.0$). Hogere scores staan voor meer depressieve klachten, en het Center for Cognitive Therapy (in Beck et al., 1988) heeft grenzen opgesteld in BDI-scores die corresponderen met verschillende niveaus van depressie. Een score lager dan 10 zou wijzen op geen of minimale depressie. Vanaf 10-18 mag men spreken van een matige depressie, van 19-29 van een matige tot ernstige depressie en van 30-63 van een ernstige depressie. Door hantering van deze grenzen ontstaan er in de hele steekproef 32 personen met een lage score, 13 met een matige depressie, 9 met een matige tot ernstige depressie, 4 met een zware depressie en 2 mensen met scores boven de 40. Als dit per groep wordt bekeken blijken er in de controlegroep zich geen depressieve mensen te bevinden, blijken er in de depressiegroep 16 mensen depressief, en in de psychosegroep 12.

4. Discussie

De vraag die in dit artikel centraal stond was of depressieve patiënten, schizofrene patiënten en gezonde mensen van elkaar verschillen wat betreft (gebrek aan) plezierbeleving en in welk opzicht. Uit eerdere studies naar dit onderwerp (e.g. Berlin et al., 1998; Joiner et al., 2002) bleek dat er nog grote onduidelijkheid over bestond. Het merendeel van de studies richt zich namelijk óf alleen op anhedonie bij depressie (e.g. Loas et al., 1992), óf alleen op anhedonie bij schizofrenie (e.g. Herbener et al., 2005). Deze studies maakten duidelijk dat het verminderd vermogen tot plezierbeleving bij beide stoornissen voorkomt, maar er zijn weinig onderzoeken bekend die deze patiëntgroepen proberen te vergelijken op hedonische capaciteit. Met deze studie werd gepoogd opheldering over dit fenomeen te verschaffen.

Uit de resultaten van dit onderzoek komt naar voren dat depressieve patiënten, schizofrene patiënten en gezonde controlepersonen wel degelijk verschillen wat betreft anhedonie-en depressiescores. Depressieve mensen bleken het meeste last te hebben van anhedonie gemeten door de SHAPS, gevolgd door schizofrene mensen. Gezonde personen rapporteerden helemaal geen last te hebben van enige anhedonische neigingen. Hetzelfde gold voor de depressiescores, gemeten door de BDI. De hoogste scores waren voor de depressieve patiënten, gevolgd door de schizofrene patiënten en de gezonde controledeelnemers hadden wederom nergens last van.

De bevindingen uit deze studie komen overeen met enkele eerdere onderzoeken. Zowel Romney en Candido (2001) als Joiner et al. (2003) vonden dat anhedonie allereerst een kenmerk is van depressie en daarna van schizofrenie. Berlin et al. (1998) vonden geen verschillen tussen de beide patiëntgroepen maar dat kan te wijten zijn aan hun meetmethode waarbij gekeken werd naar hedonische responsen op een zoete smaak. Over de vraag van welke stoornis anhedonie nu meer een kenmerk is kan deze studie geen definitief oordeel geven, maar alleen aansluiten bij eerdere bevindingen. Verder laat dit onderzoek zien dat gezonde controle personen niet of nauwelijks anhedonisch zijn, en zeker significant minder dan schizofrene en depressieve patiënten.

Uiteraard zijn er bij dit onderzoek enkele limitaties te noemen. De drie populaties verschilden namelijk significant wat betreft leeftijd, geslacht, verblijfsduur op de afdeling en medicijngebruik. Uit de analyses bleek echter dat dit geen effect heeft op de anhedonie-en depressiescores en dus lijkt het onwaarschijnlijk dat dit gegeven de resultaten van het onderzoek heeft beïnvloed.

Een andere limitatie betreft het feit dat de resultaten vergaard zijn met behulp van zelfrapportage. Zelfrapportagelijsten kunnen zeer bruikbaar zijn voor het meten van emoties

bij schizofrene en depressieve patiënten die problemen kunnen hebben met het omschrijven van hun subjectieve ervaringen. Nadelen zijn dat ze soms veel tijd kosten, ouderwetse items bevatten en altijd een subjectief oordeel geven en geen objectief verkregen data opleveren (Horan et al., 2006). Observatie van plezierbeleving is wel mogelijk maar valt lastig te realiseren, al doen Berlin et al. (1998) een goede poging met hun onderzoek naar hedonische responsen op het proeven van zoetigheid. Anhedonie blijft een subjectief emotioneel symptoom en daarom is zelfevaluatie één van de weinige valide meetmethoden (Loas et al., 2000). Een informant, zoals een echtgenoot, kan soms extra informatie opleveren over de anhedonische staat van de betreffende persoon (Peterson & Knudson, 1983).

Een volgende beperking van dit onderzoek is dat een groot deel van de patiënten medicatie gebruikten, die de resultaten kunnen hebben beïnvloed. Zeker de bijwerkingen van neuroleptica bij schizofreniepatiënten kunnen invloed hebben gehad op hun anhedoniescores (Loas et al., 2000). In deze studie bleek echter dat er geen verschil in SHAPS-scores was tussen de psychotische patiënten die wel antipsychotica gebruikten en de psychotische patiënten die dat niet deden, waardoor gezegd kan worden dat in dit onderzoek neuroleptica het niveau van anhedonie niet hebben beïnvloed.

Verder omvatte de studie patiënten die zich in verschillende stadia van hun ziekte bevonden. Echter, uit de analyses bleek dat opnameduur, dat logischerwijs samenhangt met ziektestadium, niet van invloed is op anhedoniescores.

Daarnaast is van te belang te vermelden dat de psychotische patiënten in deze steekproef niet allemaal met schizofrenie gediagnosticeerd waren. Dit omdat zij waren opgenomen in verband met een eerste psychose. Mogelijk heeft dit gegeven de onderzoeksresultaten beïnvloed, en vervolgonderzoek zou daarom het liefst puur schizofrene participanten moeten bevatten.

Mogelijk is er bij de populaties in deze studie sprake geweest van co-morbiditeit. Wanneer de cut-off score voor depressie van de BDI gehanteerd werd, bleken er in de psychosegroep 12 patiënten depressief volgens dit criterium. Wat ook opviel was dat niet alle patiënten met als diagnose depressie volgens de BDI depressief waren: dit was slechts bij 16 van de 20 proefpersonen het geval. Deze gegevens kunnen mogelijk van invloed zijn geweest op de resultaten en dit is een interessant punt voor toekomstige studies.

Een andere mogelijke limitatie is dat sommigen van de opgenomen patiënten op de open afdelingen in dagbehandeling waren, wat inhoudt dat zij behandelingen volgen op de afdeling maar 's avonds weer naar huis gaan. Dit gegeven is niet in de analyses opgenomen, omdat er dan te kleine groepen ontstonden om analyses mee uit te voeren. Er was echter geen

verschil tussen de open en gesloten afdelingen bij beide groepen patiënten, dus lijkt het waarschijnlijk dat dagbehandeling niet veel uitmaakt.

Ten slotte omvatte deze studie met in totaal 60 participanten een relatief kleine steekproef. Vervolgonderzoek met grotere aantallen proefpersonen is gewenst voor meer betrouwbare resultaten, alhoewel met deze studie een stap in de goede richting is gedaan.

Het gegeven dat anhedonie een kenmerk van zowel depressie als schizofrenie is biedt interessante aanknopingspunten voor de klinische praktijk. Behandelmethoden zouden zich bij beide stoornissen ook moeten richten op het verminderd vermogen tot plezierbeleving, aangezien anhedonie geassocieerd is met slechter functioneren (Berlin et al., 1998). Nathans-Barel, Feldman, Berger, Modai & Silver (2005) deden een poging bij schizofreniepatiënten met een speciale therapie waarbij met dieren wordt gewerkt, en behaalden hoopvolle resultaten wat betreft de vermindering van anhedonie. Verder kan het opmerken van anhedonie helpen om mogelijk beginnende psychopathologie te identificeren. Uit onderzoek van Katsanis et al. (1990) is gebleken dat verminderde plezierbeleving een marker kan zijn voor een eerste psychose en dat het ook vaak voorkomt bij familieleden van de desbetreffende persoon. Meer onderzoek is naar anhedonie is gewenst, om zo ziekten vroeg op te kunnen sporen en om de toestand van depressieve en psychotische patiënten draaglijker te maken.

Referentielijst

- Aghevli, M.A., Blanchard, J.J., & Horan, W.P. (2003). The expression and experience of emotion in schizophrenia: a study of social interactions. *Psychiatry Research*, *119*, 261-270.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fourth Edition, Text Revision). Washington, DC: Author.
- Andreasen, N.C. (1982). Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability. *Archives of General Psychiatry*, *39*, 784-788.
- Andreasen, N.C. (1997). The evolving concept of schizophrenia: from Kraepelin to the present and future. *Schizophrenia Research*, *28*, 105-109.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, *8*, 77-100.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561-571.
- Berlin, I., Givry-Steiner, L., Lecrubier, Y., & Puech, A.J. (1998). Measures of anhedonia and hedonic responses to sucrose in depressive and schizophrenic patients in comparison with healthy subjects. *European Psychiatry*, *13*, 303-309.
- Blanchard, J.J., Horan, W.P., & Brown, S.A. (2001). Diagnostic differences in social anhedonia: A longitudinal study of schizophrenia and major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*, 363-371.
- Bosch, R.J. van den (1997). Psychosen. In: Molen, H.T. van der, Perreijn, S., & Hout, M.A. van den. *Klinische Psychologie, Theorieën en Psychopathologie*. Groningen/Heerlen: Wolters Noordhoff/Open Universiteit.
- Bout, J. van den, Son, M. van, & Hoevenaars, J. (1997). Depressie en Manie. In: Molen, H.T. van der, Perreijn, S., & Hout, M.A. van den. *Klinische Psychologie, Theorieën en Psychopathologie*. Groningen/Heerlen: Wolters Noordhoff/Open Universiteit.
- Breier, A., & Berg, P.H. (1999). The Psychosis of Schizophrenia: Prevalence, Respons to Atypical Antipsychotics, and Prediction of Outcome. *Biological Psychiatry*, *46*, 361-364.
- Chapman, L.J., Chapman, J.P., & Raulin, M.L. (1976). Scales for physical and social anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, *85*, 374-382.
- Chapman, L.J., Edell, W.S., & Chapman, J.P. (1980). Physical anhedonia, perceptual aberration, and psychosis proneness. *Schizophrenia Bulletin*, *6*, 639-652.

- Fawcett, J., Clark, D.C., Scheftner, W.A., & Gibbons, R.D. (1983). Assessing anhedonia in psychiatric patients: The Pleasure Scale. *Archives of General Psychiatry*, *40*, 79-84.
- Franz, M., Lemke, M.R., Meyer, T., Ulferts, J., Puhl, P., & Snaith, R.P. (1998). German version of the Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS-D): Anhedonia in schizophrenic and depressive patients. *Fortschr Neurol Psychiatr*, *66*, 407-413.
- Hamburg, S.R. (1998). Inherited hypohedonia leads to learned helplessness: a conjecture updated. *Review of General Psychology*, *2*, 384-403.
- Heinz, A., Schmidt, L.G., & Reischies, F.M. (1994). Anhedonia in schizophrenic, depressed, or alcohol-dependent patients – neurobiological correlates. *Pharmacopsychiatry*, *27*, suppl, 7-10.
- Herbener, E.S., & Harrow, M. (2002). The course of anhedonia during 10 years of schizophrenic illness. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*, 237-248.
- Herbener, E.S., Harrow, M., & Hill, S.K. (2005). Change in the relationship between anhedonia and functional deficits over a 20-year period in individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *75*, 97-105.
- Horan, W.P., Kring, A.M., & Blanchard, J.J. (2006). Anhedonia in schizophrenia: A review of assessment strategies. *Schizophrenia Bulletin*, *32*, 259-273.
- Isella, V., Iurlaro, S., Piolti, R., Ferrarese, C., Frattola, L., & Appollonio, I. (2003). Physical anhedonia in Parkinson's disease. *Journal of Neurological and Neurosurgical Psychiatry*, *74*, 1308-1311.
- Joiner, T.E., Brown, J.S., & Metalsky, G.I. (2003). A test of the tripartite model's prediction of anhedonia's specificity to depression: patients with major depression versus patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, *119*, 243-250.
- Katsanis, J., Iacono, W.G., & Beiser, M. (1990). Anhedonia and perceptual aberration in first-episode psychotic patients and their relatives. *Journal of Abnormal Psychology*, *99*, 202-206.
- Klein, D.F. (1974). Endogenomorphic depression: a conceptual and terminological revision. *Archives of General Psychiatry*, *31*, 447-454.
- Loas, G., Boyer, P., & Legrand, A. (1999). Anhedonia in the deficit syndrome of schizophrenia. *Psychopathology*, *32*, 207-219.
- Loas, G., Dubal, S., Perot, P., Tirel, F., Nowaczkowski, P., & Pierson, A. (1997). Validation of the French version of the Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS, Snaith et al., 1995). Determination of the statistical parameters in 208 normal subjects and 103 hospitalized patients presenting with depression or schizophrenia. *Encephale*, *23*, 454-458.

- Loas, G., Noisette, C., Legrand, A., Boyer, P. (1996). Anhedonia, depression and the deficit syndrome of schizophrenia. *Acta Psychiatria Scandinavica*, *94*, 477-479.
- Loas, G., Noisette, C., Legrand, A., Boyer, P. (2000). Is anhedonia a specific dimension in chronic schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, *26*, 495-506.
- Loas, G., Salinas, E., Guelfi, J.D., & Samuel-Lajeunesse, B. (1992). Physical anhedonia in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, *25*, 139-146.
- Loas, G., Salinas, E., Pierson, A., Guelfi, J.D., & Samuel-Lajeunesse, B. (1994). Anhedonia and blunted affect in major depressive disorder. *Comprehensive psychiatry*, *35*, 366-372.
- Luby, J.L., Mrakotsky, C., Heffelfinger, A., Brown, K., & Spitznagel, E. (2004). Characteristics of depressed preschoolers with and without anhedonia: evidence for a melancholic depressive subtype in young children. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 1998-2004.
- Meehl, P.E. (2001). Primary and secondary hypohedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*, 188-193.
- Mishlove, M., & Chapman, L.J. (1985). Social anhedonia in the prediction of psychosis proneness. *Journal of Abnormal Psychology*, *94*, 384-396.
- Nathans-Barel, I., Feldman, P., Berger, B., Modai, I., & Silver, H. (2005). Animal-assisted therapy ameliorates anhedonia in schizophrenia patients. *Psychotherapy and Psychosom*, *74*, 31-35.
- Peterson, C.A., & Knudson, R.M. (1983). Anhedonia: a construct validation approach. *Journal of Personality Assessment*, *47*, 539-551.
- Romney, D.M., & Candido, C.L. (2001). Anhedonia in depression and schizophrenia: a re-examination. *Journal of Nervous Mental Disorders*, *189*, 735-740.
- Rush, A.J., & Weissenburger, J.E. (1994). Melancholic symptom features and DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 489-498.
- Schrader, G.D. (1997). Does anhedonia correlate with depression severity in chronic depression? *Comprehensive Psychiatry*, *38*, 260-263.
- Snaith, P. (1993). Anhedonia: a neglected symptom of psychopathology. *Psychological Medicine*, *23*, 957-966.
- Snaith, R.P., Hamilton, M., Morley, S., Humayan, A., Hargreaves, D., & Trigwell, P. (1995). A scale for the assessment of hedonic tone: The Snaith-Hamilton Pleasure Scale. *British Journal of Psychiatry*, *167*, 99-103.

