

# Duwen richting abstinentie: toepassing van drang en dwang bij schizofrenie met comorbide middelenafhankelijkheid

T.J. BURGER, A.E. GOUDRIAAN, L. DE HAAN, M.B. DE KONING

**SAMENVATTING** Schizofrenie met comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid komt veel voor en deze combinatie kan de behandeling compliceren. Langdurige gedwongen abstinentie is een ingrijpende maatregel voor de patiënt, maar kan ethisch en juridisch te verantwoorden zijn in het kader van geïntegreerde behandeling van schizofrenie en een comorbide stoornis in het gebruik van middelen. Wij beschrijven een patiënte bij wie langdurige gedwongen abstinentie leidde tot afwenden van gevaar, toename van psychiatrische stabiliteit en toegenomen autonomie.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)6, 481-484

**TREFWOORDEN** gedwongen abstinentie, geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose, schizofrenie



Ongeveer 47% van de patiënten met schizofrenie heeft op enig moment een stoornis in het gebruik van middelen (*substance use disorder*; *SUD*) (Regier e.a. 1990). De puntprevalentie van *SUD* bij schizofrenie is 37% (Swartz e.a. 2006). Comorbide *SUD* bij schizofrenie gaat gepaard met een ongunstiger uitkomst wat betreft functioneren, ernst van symptomen en psychotische terugval (Alvarez-Jimenez e.a. 2012). Behandeling van *SUD* is onder meer gebaseerd op de motivatie van een patiënt en zijn of haar mogelijkheden om alternatief gedrag te ontwikkelen. Deze kenmerken kunnen bij patiënten met een psychotische stoornis verminderd aanwezig zijn (Martino e.a. 2002). Door de wijze waarop schizofrenie en *SUD* elkaar beïnvloeden, is geïntegreerde behandeling gewenst en effectief (Dixon e.a. 2010). Een dilemma ontstaat als er gevaar is in de zin van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz), voortkomend uit de combinatie van beide stoornissen en wanneer vrijwillige behandel pogingen steeds falen. Drang- en dwangmaatregelen, zoals voorwaardelijk verblijf thuis of gedwongen opname op een gesloten afdeling, kunnen het gevaar verminderen, maar de motivatie van patiënt voor behandeling en de behandelrelatie kunnen beschadigd raken door het ervaren verlies van autonomie (Mueser e.a. 2011). Dit laatste kan weer tot gevolg hebben dat de behandeling van schizofrenie in gevaar komt.

In dit artikel bespreken wij een casus waarbij met succes gekozen is voor langdurig gebruik van drang en dwang om abstinentie te bereiken bij een patiënt met therapieresistente schizofrenie en comorbide middelenafhankelijkheid. In het licht van de huidige aandacht voor het terugdringen van dwangmaatregelen in de psychiatrie staat de vraag centraal wanneer dit uitzonderlijke beleid nodig, mogelijk en wenselijk is in juridisch en ethisch opzicht.

## GEVALSBESCHRIJVING

Patiënt A was een 40-jarige vrouw met schizofrenie en alcoholafhankelijkheid. Zij werd enkele jaren geleden met een rechterlijke machtiging (RM) opgenomen in een revalidatiekliniek voor patiënten met een psychotische stoornis wegens volledige zelfverwaarlozing in de eigen woning. Het doel van opname was om te zorgen voor langdurige stabiliteit en zo herstel mogelijk te maken. De eerste psychose van patiënte had zich voorgedaan tijdens haar studie. Daarna was zij jarenlang zorgmijddend. De psychose reageerde slechts partieel op verschillende anti-psychotica waaronder clozapine; de waan dat de wereld door zombies overgenomen zou zijn, bleef altijd aanwezig. Patiënte kon op basis van deze waan dermate wanhopig zijn dat zij suïcidaal werd. Ook verwaarloosde zij zichzelf en haar leefomgeving. Periodiek fors gebruik van alcohol als zelfmedicatie (enkele flessen wijn per dag) verergerde

zowel de ernst van de psychose als de suïcidaliteit.

Na een tiental jaren met herhaaldelijke gedwongen opnames, werd patiënte toenemend beperkt in haar functioneren door haar psychose en alcoholafhankelijkheid. Haar leefomgeving vervuilde ernstig en het lijden door de psychose nam toe. Zij weigerde alle vormen van thuiszorg en begeleid of beschermd wonen.

Besloten werd dat zelfstandig wonen niet langer haalbaar was en patiënte werd met een RM gedwongen opgenomen op de gesloten afdeling van een rehabilitatiekliniek waar zowel een gesloten en een open afdeling als aanleunappartementen aanwezig zijn, alle met Bopz-certificering. Patiënten met een RM kunnen er dus indien nodig laagdrempelig overgeplaatst worden van een relatief zelfstandige eenheid naar de gesloten afdeling.

Op de gesloten afdeling van de rehabilitatiekliniek was patiënte steeds stabiel met gebruik van antipsychotica en abstinentie van alcohol, maar zij was wel zeer ongelukkig met haar beperkte vrijheid. Bij herhaalde pogingen om haar in een aanleunappartement te laten wonen, ontstond binnen een maand eerst overmatig alcoholgebruik, vervolgens medicatieweigering en daarna decompensatie met verwaarlozing en suïcidaliteit. Patiënte werd daarop onder de lopende RM gedwongen teruggeplaatst naar de gesloten afdeling.

Gecontroleerd gebruik werd nagestreefd in overleg met patiënte, maar dit leidde steeds tot snelle toename van het alcoholgebruik en tot de genoemde gevaren. Motiverende gesprekken met een psycholoog droegen niet bij, omdat patiënte alleen maar over zombies wilde praten. Zij wilde familieleden niet bij de behandeling betrekken, omdat zij dan in gevaar zouden komen door de zombies. Omdat patiënte ten aanzien van bepaalde behandelbeslissingen niet wilsbekwaam werd bevonden, werd professioneel mentoraat aangevraagd en verkregen. Familieleden werden geïnformeerd over ingrijpende behandelbeslissingen, met akkoord van patiënte, mits zij niet zouden meebeslissen.

Uiteindelijk werd drang gebruikt door voorwaarden te stellen aan verblijf in de aanleunwoning. Ten eerste moest zij abtinent van alcohol blijven, aan te tonen door een negatieve score op een driemaal daagse alcoholblaastest. Ten tweede zou zij medicatie innemen onder toezicht. Bij een positieve uitslag van een alcoholtest zou patiënte een waarschuwing krijgen. Bij herhaling van het alcoholgebruik de volgende dag, zou zij direct voor drie dagen opgenomen worden op de gesloten afdeling van de kliniek, zo nodig onder dwang op basis van de lopende RM. Familie en mentor waren het eens met de interventie.

Enkele malen per jaar testte patiënte twee dagen achtereenvolgend op alcohol en werd dan tegen haar zin naar de gesloten afdeling gebracht. Zij ervoer dit als krenkend en

## AUTEURS

**THIJS BURGER**, arts in opleiding tot psychiater, Arkin, Mentrum, Amsterdam.

**ANNEKE GOUDRIAAN**, neuropsycholoog, bijzonder hoogleraar Verslaving, Arkin, afd. Onderzoek en Kwaliteit, Amsterdam, en hoofdonderzoeker verslaving, Academisch Medisch Centrum, afd. Psychiatrie, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.

**LIEUWE DE HAAN**, hoogleraar Psychotische stoornissen, Academisch Medisch Centrum, afd. Psychiatrie, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.

**MARIKEN DE KONING**, psychiater, Arkin, Mentrum en afd. Onderzoek en Kwaliteit, Amsterdam.

## CORRESPONDENTIEADRES

Thijs Burger, Baron G.A. Tindalstraat 27,  
1019 TS Amsterdam.  
E-mail: thijs.burger@mentrum.nl

Strijdige belangen: A. Goudriaan meldde grants van Lundbeck en persoonlijke honoraria van TÜV InterCert GmbH.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-12-2015.

dreigde met suïcide. Zodra zij niet meer onder invloed was, werd het mogelijk de interventie met haar na te bespreken, door het ingrijpende karakter van de interventie te erkennen en de reden ervan te benadrukken, namelijk het mislukken van alle minder ingrijpende maatregelen. Als zij weer terugging naar haar aanleunappartement zei zij doorgaans dat zij geen alcohol meer wilde drinken omdat het slecht voor haar was.

Met het beschreven beleid was patiënte vrij van decompensaties die leidden tot verwaarlozing en liet zij hulp toe. De lijdensdruk was lager en zij kwam ertoe om laagdrempelige begeleide activiteiten te ondernemen. Zolang zij geen alcohol gebruikte, was haar stemming normofoor en is er geen sprake van suïcidaliteit.

Patiënte verbleef tot op het moment van schrijven met een RM in het aanleunappartement van de rehabilitatiekliniek.

## DISCUSSIE

### Juridische en ethische overwegingen

De centrale vraag in deze casus is tot op welke hoogte langdurig gebruik van dwang door frequente gedwongen overplaatsing naar een gesloten afdeling mogelijk is in juridisch opzicht en wenselijk in ethisch opzicht.

De juridische rechtvaardiging hangt af van doelmatigheid, subsidiariteit en proportionaliteit bij het afwenden van gevaar. De huidige interventie is doelmatig getuige de

afname van de maatschappelijke teloorgang en suicidaliteit. Dat alle minder ingrijpende interventies niet afdoende waren om gevaar af te wenden, maakt gedwongen abstinentie subsidiair. Een weging van het gevaar voortkomend uit de stoornis (volledige maatschappelijke teloorgang) tegen de invasiviteit van de interventie (sporadisch zeer ingrijpend) bepaalt de proportionaliteit.

We bespreken de ethische wenselijkheid van de interventie in kort bestek vanuit elementen van de vier-principesbenadering van Beauchamp en Childress (2008). Hierin staan de waarden autonomie, weldoen, niet schaden en rechtvaardigheid centraal.

Aan de ene kant lijdt patiënte zwaar onder de gedwongen overplaatsing naar de gesloten afdeling, maar het beleid voorkomt op termijn schade én lijden door alcoholgebruik, psychose en verwaarlozing. Verder ziet zij het verband tussen toename van haar lijden en alcoholgebruik niet. Daarom kan worden gesteld dat zij niet autonoom kiest om alcohol te gebruiken. De intentie van patiënte om niet te drinken en haar toegenomen autonomie op de langere termijn, wat zich bijvoorbeeld uit in het ondernemen van activiteiten, zijn voor ons reden om het beleid voort te zetten.

De wijze van toepassing van drang en dwang is sterk gerelateerd aan de inrichting van het zorgproces, zoals ook Verkerk e.a. (2003) beschrijven. Het gevoerde beleid is vooral geschikt voor langdurig klinisch verblijf met een divers aanbod qua zorgintensiteit binnen één kliniek. Intensief contact met vaste behandelaren en bekend verpleegkundig personeel is daardoor mogelijk tijdens een opname op de gesloten afdeling wegens terugval. Daarnaast is een interne overplaatsing logistiek gezien gemakkelijk te realiseren. Als laatste is bij een lopende klinische machtiging geen tussenkomst van een onafhankelijke psychiater nodig. Deze factoren zijn volgens ons belangrijk voor een succesvolle interventie, of maken deze minder ingrijpend.

### Literatuurbespreking

Net als in de algemene populatie is SUD bij patiënten met schizofrenie geassocieerd met veroordelingen voor geweldsdelicten, suicide en andere vroegtijdige sterfte (Fazel e.a. 2014). Patiënten met schizofrenie en alcoholmisbruik of -afhankelijkheid worden sneller heropgenomen dan patiënten zonder middelengebruik (Lin e.a. 2013).

Mogelijke oorzaken voor de slechte uitkomsten bij patiënten met een dubbele diagnose worden gegeven door Mueser e.a. (2011): een SUD levert sociale conflicten op, de kans op financiële problemen is groter doordat geld aan middelen opgaat, en gebruik van middelen of craving kan zorgen voor agressie of geweld. De therapietrouw bij patiënten met een dubbele diagnose is verminderd, mogelijk deels door het ervaren van meer bijwerkingen.

Geïntegreerde behandeling van schizofrenie en een comorbide SUD is nog niet opgenomen in de laatste revisie van de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (2012) of de richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol (2009). Dixon e.a. (2010) geven in een overzichtsartikel aan dat de behandeling van SUD gericht zou moeten zijn op vergroten van motivatie voor behandeling, gedragsmatige aanpak van betrokkenheid bij behandeling, aanleren van alternatieve coping, terugvalpreventie en integratie van deze elementen in zorgprogramma's gericht op patiënten met schizofrenie.

De Wet Bopz biedt ruimte om gedwongen opname toe te passen bij gevaar voortkomend uit middelenaafhankelijkheid (Hoge Raad 2005). De opvatting van middelenaafhankelijkheid als ziekte waarbij blijvende veranderingen in neurale circuits optreden, speelt hierbij een rol. Höppener e.a. (2013) geven een overzicht van meerdere studies tussen 2001 en 2010 en concluderen dat het aandeel van SUD als primaire stoornis bij Bopz-opnames tussen de 0,3 en 12% ligt, waarbij in de loop der jaren een stijgende trend te zien is. We vonden geen gegevens over het aantal dwangopnames bij patiënten met schizofrenie en comorbide SUD.

### CONCLUSIE

De casus illustreert dat de combinatie van schizofrenie en SUD ervoor kan zorgen dat langdurige toepassing van drang en dwang het enige werkzame behandelmiddel is om abstinentie te bereiken, gevaar af te wenden en zo voor langdurige stabiliteit te zorgen. Dit kan op de lange termijn leiden tot een toename van autonomie voor patiënten. Het besluit om over te gaan tot een dergelijke maatregel moet zorgvuldig worden genomen op basis van behandelinhoudelijke, juridische en ethische overwegingen, gezien enerzijds de potentieel grote nadelige gevolgen van dwangtoepassing voor de patiënt en anderzijds de potentiële ernstige schade die op kan treden indien geen dwang wordt toegepast.

## LITERATUUR

- Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, Bendall S, Killackey E, Parker AG, e.a. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res* 2012; 139: 116-28.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford university Press USA; 2008.
- Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg W, e.a. The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 2010; 36: 48-70.
- Fazel S, Wolf A, Palm C, Lichtenstein P. Violent crime, suicide, and premature mortality in patients with schizophrenia and related disorders: a 38-year total population study in Sweden. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 44-54.
- Hoge Raad. LJN: AU0372, ECLI: NL:HR:2005:AU0372. 2005.
- Höppener PE, Godschalx-Dekker JA, Wetering van de BJM. Gedwongen opname bij stoornissen in of door het gebruik van middelen. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 269-77.
- Lin C-H, Huang C-J, Huang Y-H, Chen C-C. Time to rehospitalization of schizophrenia patients with alcohol use disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2013; 128: 94-5.
- Martino S, Carroll K, Kostas D, Perkins J, Rounsaville B. Dual Diagnosis Motivational Interviewing : a modification of Motivational Interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *J Subst Abuse Treat* 2002; 23: 297-308.
- Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, Fox L. Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose. 1e editie. Utrecht: de Tijdstroom; 2011.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, e.a. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA* 1990; 264: 2511.
- Swartz M, Wagner H, Swanson J, Stroup T, McEvoy J, Canive J, e.a. Substance use in persons with schizophrenia: baseline prevalence and correlates from the NIMH CATIE study. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194: 164-72.
- Verkerk MA, Polstra L, De Jonge M. Drang in de zorgpraktijk. *Tijdschr Psychiatr* 2003; 45: 539-48.

## SUMMARY

# Compulsory abstinence: integrated treatment measure of schizophrenia combined with comorbid substance abuse

T.J. BURGER, A.E. GOUDRIAAN, L. DE HAAN, M.B. DE KONING

Schizophrenia accompanied by comorbid substance use disorder is common and can complicate treatment. For the patient long-term compulsory abstinence can be seen as an extremely serious measure. Nevertheless, the measure can be justified both ethically and juridically as part of integrated treatment for psychosis and substance use disorder. We describe a case in which long-term compulsory abstinence kept the patient out of danger, increased her psychiatric stability and strengthened her autonomy.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)6, 481-484

**KEY WORDS** compulsory abstinence, integrated dual diagnosis treatment, psychosis