

Wilsonbekwaamheid bij klinische psychiatrische patiënten

Op dit moment wordt er hard gewerkt aan de opvolger van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz). Wilsbekwaamheid zal belangrijker worden omdat niet langer opname, maar behandeling centraal komt te staan. Daarom is de recente studie van Owen e.a. (2008) over wilsbekwaamheid (*mental capacity*) in psychiatrische ziekenhuizen interessant.

Owen en collega's onderzochten in een transversale studie de wilsbekwaamheid van patiënten in een psychiatrische kliniek. Daarbij ging het om wilsbekwaamheid wat betreft de opname zelf of wat betreft het al dan niet nemen van medicatie. Ze onderzochten 350 opeenvolgende nieuw opgenomen patiënten. Slechts 12 vielen uit. De overigen werden in ieder geval gezien door de arts in opleiding tot specialist (138 patiënten) of door zowel de arts in opleiding als de onderzoekers (200 patiënten). De onderzoekers gebruikten de *MacArthur competence assessment tool for treatment* (MacCAT-T) om de wilsbekwaamheid te toetsen en als alleen de arts de patiënt zag, dan maakte deze een klinische inschatting van de wilsbekwaamheid.

De uitkomsten zijn opmerkelijk. Bijna twee derde van de patiënten bleek wilsonbekwaam (60%; 95%-betrouwbaarheidsinterval: 55-65). In de subgroep met een psychotische stoornis lag dat nog hoger, rond de 80%. Van de patiënten in een manische episode bleek maar liefst 97% wilsonbekwaam. Van de mensen met een persoonlijkheidsstoornis was dat slechts 4%. Van de vrijwillig opgenomen patiënten bleek een aanzienlijk deel, 39%, wilsonbekwaam, voor de gedwongen opnames lag dat op 86%.

Owen kijkt vanuit een medisch-technisch perspectief en gebruikt de MacCAT-T, een vragenlijst die vooral gericht is op cognitieve aspecten van wilsbekwaamheid. Dan blijkt dat als mensen beoordeeld worden, ze vaak wilsonbekwaam zijn. Maar Welie (1999) laat in zijn recente proefschrift (2008) vanuit een juridisch en ethisch perspectief

juist zien dat de wilsbekwaamheid zelden expliciet beoordeeld wordt. Vaak is de vraag naar wilsbekwaamheid niet aan de orde, omdat er voldoende consensus is tussen arts, patiënt en vertegenwoordigers. Welie stelt dan ook voor om geen beoordeling uit te voeren. Uit zijn onderzoek blijkt dat het opstellen van goede criteria bijna onmogelijk is en dat een beoordeling van wilsbekwaamheid vaak meer nadelen dan voordelen heeft. Alleen als de patiënt zich blijvend verzet of als de arts in de knel komt, zou men de wilsbekwaamheid expliciet moeten toetsen.

Daarmee is nog niet duidelijk hoe en door wie de eventuele wilsonbekwaamheid vastgesteld zou moeten worden en welke consequenties of betekenis deze dan heeft. Hondius e.a. (2003) stelden al dat in de huidige wet wilsbekwaamheid feitelijk geen rol speelt bij bijvoorbeeld dwangbehandeling. De vraag dringt zich op hoe relevant het is om wilsbekwaamheid op grote schaal te toetsen en welke rol wilsbekwaamheid moet krijgen in de nieuwe wet.

LITERATUUR

- Hondius, A.J.K., & van Veldhuizen, J.R. (2003). BOPZ, WGBO of naar een nieuwe dwangbehandelingswet? Een geval van dwangbehandeling bij wilsonbekwaamheid. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 569-573.
- Owen, G.S., Richardson, G., David, A.S., e.a. (2008). Mental capacity to make decisions on treatment in people admitted to psychiatric hospitals: cross sectional study. *BMJ*, 337, a448.
- Welie, S.P.K. (2008). *Criteria for assessment of patient competence. A conceptual analysis from the legal, psychological and ethical perspectives.* (Proefschrift). Maastricht: Universiteit.
- Welie, S.P.K. (1999). Criteria voor wilsbekwaamheid: enkele valkuilen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 723-729.

AUTEUR

A. RUISSEN is als arts in opleiding tot psychiater werkzaam bij GGZ inGeest, Amsterdam.
Correspondentieadres: A. Ruissen, GGZ inGeest, Van Hilligaartstraat 21, 1072 JX Amsterdam.
E-mail: a.ruissen@ggzingeest.nl.

Doeltreffendheid van de derde golf
gedragstherapie: een systematisch overzicht en
meta-analyse

Na de traditionele gedragstherapie en de cognitieve gedragstherapie (CGT) zien we nu de 'derde golf' gedragstherapie, met bijvoorbeeld de dialectische gedragstherapie (DGT), de *acceptance and commitment* therapie (ACT) en de op *mindfulness* gebaseerde cognitieve therapie (MBCT).

Het gaat daarbij om nieuwe benaderingen en niet om een verzameling nieuwe technieken. Deze therapievormen richten zich minder op verandering van het denken wat vorm en inhoud betreft, maar meer op de functie en de context van de gedachten en hoe ermee om te gaan (Hebbrecht & Pieters 2008). Er zijn nog veel vragen over de werkzaamheid van deze derdegolfterapieën.

Öst (2008) geeft een overzicht van 5 verschillende therapievormen, waarvan ACT en DGT de 2 belangrijkste zijn, waarover voldoende publicaties bestaan. MBCT blijft in het artikel buiten beschouwing omdat deze therapie enkel aangewezen bleek voor het voorkómen van terugval bij depressie. De auteur onderzocht de kwaliteit van de publicaties door deze te vergelijken met gedragstherapeutische publicaties over klassieke benaderingen die in dezelfde tijdsperiode en in hetzelfde of in een vergelijkbaar tijdschrift waren verschenen. Hij ging de werkzaamheid van de derdegolfterapieën na op een meta-analytische manier en toetste of ze voldeden aan de maatstaven die gelden voor *empirically supported treatment* (EST; Chambless e.a. 1998).

Öst concludeert dat voor de RCT's over de derdegolfterapieën, onderzoeksmethoden gebruikt werden die significant minder strikt waren dan die bij eerdere CGT-studies. Ze schieten vooral tekort op het gebied van therapieën waarmee ze vergeleken werden, bijvoorbeeld doordat de controlegroepen minder therapie-uren kregen, door te beperkte informatie over de therapeuten, enzovoort. De gemiddelde effectgrootte voor ACT en DGT bedroeg 0,68 en 0,58 respectievelijk. Tevens bleek geen van deze derdegolfterapieën reeds te

voldoen aan de criteria van EST. Öst eindigt dit overzicht met 15 concrete aanbevelingen die ertoe zouden kunnen bijdragen dat deze therapieën wel voldoen aan deze criteria.

Dit artikel heeft in gedragstherapeutische kringen voor heel wat opschudding gezorgd: de mindere kwaliteit van deze studies heeft immers ook impact op de visie over de doeltreffendheid van deze nieuwere technieken. Het ontbreken van de goed onderzochte MBCT is een beperking van dit overzicht. Tevens vinden wij de kritiek over het gebruik van minder relevante uitkomstmaten onterecht voor therapieën die zich niet op vermindering van symptomen richten, maar op het anders ermee omgaan.

LITERATUUR

- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., e.a. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Hebbrecht, M., & Pieters, G. (2008). Psychoanalyse en cognitieve gedragstherapie; terugblikken en vooruitzien. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50 (Suppl. 2), 119-123.
- Öst, L.G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.

AUTEURS

L. JEURISSEN is arts in opleiding tot psychiater aan het Universitair Psychiatrisch Centrum van de Katholieke Universiteit Leuven, Sint-Jozef in Kortenberg.

G. PIETERS is diensthoofd gedragstherapie in het UPC van de KU Leuven, Sint-Jozef in Kortenberg.

Correspondentieadres: prof. dr. G. Pieters, UPC KU Leuven, Campus Sint-Jozef Kortenberg, afd. Gedragstherapie, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg, België.

E-mail: guido.pieters@uc-kortenberg.be.

Virtuele realiteit als middel om paranoïde gedachten bij de algemene bevolking te onderzoeken

Paranoïde wanen vormen een belangrijk symptoom van bijvoorbeeld schizofrenie, maar paranoïde gedachten kunnen ook bij de algemene bevolking vóórkomen (Ellit e.a. 2003). Omdat het moeilijk is om met vragenlijsten of interviews na te gaan of gedachten van wantrouwen gefundeerd zijn of niet, onderzochten Freeman e.a. (2008) het vóórkomen van paranoïde gedachten bij de algemene bevolking met de eerste laboratoriumtechniek die hiervoor ontworpen werd: een door de computer gegenereerde omgeving (virtuele realiteit).

Tweehonderd proefpersonen zonder psychiatrische problemen maakten een korte virtuele treinrit met de Londense metro, waarbij ze geconfronteerd werden met een aantal door de computer gegenereerde karakters (avatars). De avatars interageerden met de proefpersoon op een manier die algemeen als neutraal bestempeld kon worden. Vooraf werd bij alle proefpersonen een aantal vragenlijsten afgenomen die betrekking hadden op IQ, emotionele processen, redeneervermogen, zintuiglijke gewaarwordingen en sociaal welbevinden. Na de virtuele treinrit werden vragenlijsten betreffende paranoïde gedachten afgenomen, evenals een vragenlijst gericht op eventuele bijwerkingen van de simulator.

Hoewel de meerderheid van de proefpersonen de avatars inderdaad als neutraal of zelfs vriendelijk beoordeelde, was er bij meer dan 40% van hen in enige mate sprake van paranoïde gedachten. Voorspellende factoren waren: angst, piekeren, abnormale zintuiglijke gewaarwordingen, gebrek aan cognitieve flexibiliteit en ervaring met het spelen van computerspelletjes. De onderzoekers evalueerden ook de validiteit van de gebruikte methode en vonden dat proefpersonen die paranoïde gedachten in het dagelijks leven rapporteerden een meer dan 2 maal zo hoge kans hadden (oddsratio: 2,32) op paranoïde gedachten in de virtuele realiteit dan proefpersonen zonder dergelijke gedachten in het dagelijks leven. Er

werden nauwelijks neveneffecten van de simulator gemeld door de proefpersonen.

Dit onderzoek is het eerste naar paranoïde gedachten bij de algemene gezonde bevolking dat gebruikmaakt van virtuele realiteit. Hierdoor wordt een zo goed mogelijke, gestandaardiseerde benadering van de dagelijkse ervaringen gecreëerd. Ook bij deze methode baseert men zich echter op zelfrapportage van paranoïde gedachten, een beperking die moeilijk te overkomen lijkt. Ervaring met het spelen van computerspelletjes was een belangrijke voorspeller van paranoïde gedachten, volgens de auteurs omdat deze proefpersonen de avatars makkelijker als 'echt' aanzien. Een andere verklaring zou volgens ons echter kunnen zijn dat de virtuele realiteit in computerspelletjes meestal 'vijandig' is, wat het voor de spelers van deze spelletjes moeilijker maakt om de virtuele realiteit van de simulator als niet vijandig te zien.

Het gebruik van virtuele realiteit biedt boeiende nieuwe mogelijkheden voor onderzoek, diagnostiek en zelfs therapie (bijvoorbeeld als mogelijkheid voor *exposure*), niet alleen bij paranoia, maar ook bij psychotische stoornissen in ruimere zin en angststoornissen (Freeman 2008).

LITERATUUR

- Ellit, L., Lopes, B., & Chadwick, P. (2003). Paranoia in a nonclinical population of college students. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 425-430.
- Freeman, D. (2008). Studying and treating schizophrenia using virtual reality: a new paradigm. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 605-610.
- Freeman, D., Pugh, K., Antley, A., e.a. (2008). Virtual reality study of paranoid thinking in the general population. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 258-263.

AUTEURS

- M.J.A. VAN DEN BOSSCHE is arts in opleiding tot psychiater en onderzoeker aan het Collaborative Antwerp Psychiatry Research Institute (CAPRI), Campus Drie Eiken, Antwerpen.
- B.G.C. SABBE is hoogleraar Medische Psychologie en Psychiatrie aan de Universiteit Antwerpen, en psychiater-psycho-

therapeut in het Psychiatrisch Centrum St-Norbertushuis te Duffel.

Correspondentieadres: dr. M.J.A. Van Den Bossche, CAPRI, Campus Drie Eiken, Universiteitsplein 1, 2610 Antwerpen, België.

E-mail: maarten.vandenbossche@ua.ac.be.

Oestrogenen als behandeling voor schizofrenie?

Volgens de oestrogeenhypothese van schizofrenie hebben oestrogenen een beschermend effect bij vrouwen die kwetsbaar zijn voor psychose. Bij vrouwen ontwikkelt schizofrenie zich gemiddeld vijf jaar later dan bij mannen en vrouwen zijn kwetsbaarder voor het ontstaan van een psychose in periodes waarin de oestrogeenspiegels laag zijn, zoals na de bevalling en in de menopauze. De intensiteit van psychotische symptomen zou fluctueren in de menstruele cyclus, met een toename in periodes met lage oestrogeenconcentraties en omgekeerd. Volgens een cochrane-review uit 2005 was er onvoldoende bekend over de effecten van oestrogenen bij de behandeling van vrouwen met schizofrenie.

Kulkarni e.a. (2008) verrichtten daarom een gerandomiseerd, placebogecontroleerd en dubbelblind onderzoek hiernaar. Zij verdeelden hiervoor 102 voor een groot deel therapieresistente vrouwen met schizofrenie en verwante stoornissen in de acute of chronische fase van hun ziekte, in twee groepen. Naast het reguliere antipsychoticum kregen de vrouwen ofwel 28 dagen 100 µg oestradiol in pleistervorm ofwel een placebopleister. Met de *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) werd een statistisch significante vermindering van positieve en algemene psychopathologische symptomen bij de oestradiolgroep ten opzichte van de placebogroep gevonden. Er werd geen vermindering van negatieve symptomen gevonden. De oestrogeenspiegels gedurende de behandeling verschilden niet tussen beide groepen.

De resultaten zijn mogelijk mede beïnvloed door kleine, statistisch niet significante, verschillen tussen de groepen. De oestradiolgroep telde meer ambulante patiëntes, meer patiëntes die atypische antipsychotica gebruikten en deze groep gebruikte een hogere dosis antipsychotica. Door de overlap van een aantal van de fysiologische premenstruele stemmings- en gedragssymptomen en items gescoord op onderdelen van de PANSS, is niet duidelijk of de symptomen van schizofrenie verminderden of die van alomtegenwoordige premenstruele symptomen, of allebei.

De klinische relevantie van de gevonden effecten, vooral op positieve symptomen, is niet te verwaarlozen. De consequenties voor de dagelijkse praktijk echter zijn vooralsnog beperkt: de behandelduur was kort, terwijl schizofrenie een chronische stoornis is. Het wachten is ook op de resultaten van overeenkomstige studies uit andere centra. Verder is er reden om de veiligheid van chronische hormoonbehandeling te betwijfelen. Hoewel veel onderzoek is gedaan naar de (bij)werkingen van langdurige oestrogeenbehandeling bij postmenopauzale vrouwen, blijft vooralsnog discussie bestaan over de veiligheid, vooral wat betreft de inductie van borstkanker en hart- en vaatziekten (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine 2008).

De auteurs suggereren dat patiëntes die in het verleden psychoses kregen in periodes van oestrogeendaling baat zouden kunnen hebben bij oestrogeentherapie. De resultaten moeten verder gezien worden als een ondersteuning van de oestrogeenhypothese en geven mede een aanzet tot onderzoek naar selectieve oestrogeenreceptormodulatoren (SERM's). Van deze stoffen kan het effect op de oestrogeenreceptoren per weefsel verschillen: mogelijk hebben ze de gewenste effecten op de hersenen zonder de ongewenste elders in het lichaam.

LITERATUUR

Kulkarni, J., de Castilla, A., Fitzgerald, P., e.a. (2008). Estrogen in severe mental illness: a potential new treatment approach. *Archives of General Psychiatry*, 65, 955-960.

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2008). Estrogen and progestogen therapy in postmenopausal women. *Fertility and Sterility*, 90, S88-S101.

AUTEURS

M.A. BLONDELLE-BRÜGEMANN is als arts in opleiding tot psychiater verbonden aan de Grote Rivieren te Dordrecht.

A.R. VAN GOOL is als psychiater verbonden aan de Grote Rivieren te Dordrecht en aan de afdeling Psychiatrie van het Erasmus MC Rotterdam.

Correspondentieadres: M.A. Blondelle-Brügemann, De Grote Rivieren, locatie het Kasperspad, Kasperspad 79, 3311 ZE Dordrecht.

E-mail: m.blondelle@degroterivieren.nl.