

Reactie op 'Twee verdachten met hersenletsel en crimineel gedrag. De bijdrage van de neuroloog aan forensisch diagnostisch onderzoek'

Met grote belangstelling heb ik het artikel van Jonker e.a. (2011) gelezen over het belang van de frontaalkwab voor de verwerking van emotionele en sociale informatie en voor het reguleren van het gedrag. Op een genuanceerde wijze hebben de auteurs de invloed van een hersenletsel gewogen in de totstandkoming van delinquent gedrag, waarbij ze terecht verschillende factoren hebben benoemd, vooral de tijdsrelatie tussen letsel en gedragsverandering, de psychiatrische voorgeschiedenis en contextuele factoren in de levensgeschiedenis. Zeker deze laatste zijn belangrijke factoren bij het ontstaan van delinquent gedrag (bijvoorbeeld Goethals & Van Marle 2009).

Echter, ik wil teruggaan naar de eerste paragraaf van het artikel waarin auteurs verwijzen naar de conceptrichtlijn 'Psychiatrisch onderzoek en rapportage in strafzaken ('pro Justitia') van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2009). In deze conceptrichtlijn staat te lezen dat 'de indruk bestaat dat sprake is van onderdiagnostiek met betrekking tot het gedragsneurologisch onderzoek bij het onderzoek pro Justitia. Dit heeft onder meer te maken met het tekort aan expertise op dit gebied. Uitbreiding van de expertisemogelijkheden op dit gebied, door het opzetten van vaardigheidstrainingen voor neurologen, is van belang voor het handhaven en verbeteren van de kwaliteit van onderzoek en rapportage pro Justitia.'

Vervolgens doet de werkgroep twee aanbevelingen. De eerste luidt: 'De rapporterende psychiater dient bij het vermoeden op neurologische problematiek consultatie van een neuroloog te overwegen'. En de tweede: 'Bij de opleiding rapporteur pro Justitia dient een aparte module over somatische oorzaken van psychiatrische stoornissen en de indicatiestelling voor gedragsneurologisch en ander somatisch specialistisch (hulp) onderzoek opgenomen te worden.'

Vragen we hier van een 'moderne' psychiater niet teveel? En projecteren we ons gebrek aan neu-

rologische kennis en kliniek niet op neurologen die 'vaardigheidstrainingen' moeten gaan volgen? Immers, welke jonge psychiater heeft nog minstens een half jaar stage gelopen op een neurologische afdeling en/of polikliniek en heeft nog een neus voor 'neurologische organiciteit' bij een (forensisch) psychiatrische patiënt?

Wordt er bijvoorbeeld bij een oudere patiënt met seksueel grensoverschrijdend gedrag, gangstoornissen en eventuele urine-incontinentie (indien niet verzwegen) zonder justitiële of psychiatrische voorgeschiedenis even snel als decennia geleden een normale drukhydrocefalie als diagnose uitgesloten? Ik vrees van niet. Hoewel organische factoren bij bijvoorbeeld seksuele delinquenten niet zo vaak voorkomen, dienen hersenaandoeningen altijd te worden uitgesloten. We kunnen hierbij denken aan epilepsie, hersentumoren, multiple sclerose en chromosomale aandoeningen zoals het syndroom van Klinefelter (Gordon & Grubin 2004).

Staat u mij toe de teloorgang van de neurologische stage binnen de opleiding tot psychiater kort te beschrijven. Reeds in de jaren tachtig werd in Nederland de vraag gesteld of de neurologie nog wel relevant was voor de psychiatrie. Gezien het afschaffen van de neurologische stage in het curriculum tot psychiater werd deze vraag negatief beantwoord. Dit is paradoxaal aangezien een tiental jaren later de opbloei van de biologische psychiatrie en later de neurowetenschappen (neuroscience) enthousiast werd onthaald.

In Vlaanderen is men langer wijs gebleven, maar rond 2000 was de neurologische stage van een jaar geen verplicht onderdeel meer van de vijfjarige opleiding tot psychiater. Dit laatste was tegen de wens van de opleiders psychiatrie. Aanleiding was het feit dat veel neurologen zo weinig mogelijk psychiatrie in de neurologie wilden. Neurologen hoefden daarom geen verplicht stagejaar psychiatrie meer te doen, zodat een uitwisseling tussen beide disciplines niet meer mogelijk was. Ook hier was het contrast met de gigantische opmars van de neurowetenschappen des te schrijnender, zeker in het nieuwe millennium.

En dan krijgen we nog de nieuwe editie van de DSM. Hierin wordt er een pleidooi gehouden voor een meer op neurowetenschappen gebaseerd diagnostisch proces. De vraag is of de kennis van neurowetenschappen binnen de psychiatrie en bij psychiaters wel voldoende rijp is. In een redactioneel artikel in het tijdschrift *World Psychiatry* schreef de voorzitter van de World Psychiatric Association onlangs: *‘De gemiddelde psychiater volgt de vooruitgang in het biologisch onderzoek niet met dezelfde aandacht en hetzelfde vertrouwen als de gemiddelde clinicus uit andere medische specialismen. Of hij gelooft helemaal niet in onderzoek, of hij verwacht niet dat onderzoek in de nabije toekomst iets kan produceren dat van praktische betekenis kan zijn voor zijn dagelijkse praktijk.’* (Maj 2011).

Kortom, adequaat indiceren van een gedragsneurologisch onderzoek lijkt me een huzarenstuk voor de (forensisch) psychiater, zonder de geur van een witte stofjas en een reflexhamer in de voorgeschiedenis en straks misschien met een aversie tegen (functional) brain imaging. Kan het verkeren, Bredero?

LITERATUUR

- Goethals KR, van Marle, HJC. Circumstantial risks in psychotic offenders and their criminal history: A review of the literature. *Int J For Ment Health* 2009; 8: 41-8.
- Gordon H, Grubin D. Psychiatric aspects of the assessment and treatment of sex offenders. *Adv Psychiatr Treat* 2004; 10: 73-80.
- Jonker C, Matthaei I, Schouws SNTM, Sikkens EPK. Twee verdachten met hersenletsel en crimineel gedrag. De bijdrage van de neuroloog aan forensisch psychiatrische diagnostiek. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 181-7.
- Maj M. Is it possible to explain complex mental disorders at the biological level? *World Psychiatry* 2011; 10: 1.

AUTEUR

K.R. GOETHALS is forensisch psychiater en A-opleider, GGZ Westelijk Noord-Brabant, Halsteren en forensisch psychiater en wetenschappelijk consulent bij het Universitair Forensisch Centrum, Universitair Ziekenhuis Antwerpen, Edegem.

Correspondentieadres: dr. K.R. Goethals, GGZ WNB, Gebouw Pleinstede, 4de verdieping, P. Vineloolaan 20, 4611 AN Bergen op Zoom.

E-mail: kris.goethals@ggzwnb.nl.

TITLE IN ENGLISH Reaction on ‘Two subjects, each with a brain lesion and each prone to criminal behaviour: a plea for the involvement of a behavioural neurologist in the forensic psychiatric evaluation of such cases’

Geen strijdige belangen meegedeeld.

ANTWOORD aan Goethals

Wij danken collega Goethals voor zijn kritische en heldere reactie op ons artikel. De inzet van het artikel was om (forensische) collega's te interesseren in dit onderbelichte onderwerp en gevoeliger te maken voor het indiceren voor neurologisch onderzoek. Goethals beschrijft terecht de teloorgang van de neurologische expertise binnen de opleiding tot psychiater en geeft aan dat hij forse twijfels heeft over de competenties van de moderne psychiater in het herkennen van neurologische oorzaken van gedragsstoornissen, zoals bij de door ons beschreven patiënten.

Hij haalt de conceptrichtlijn over strafrechtelijke rapportage aan en stelt dat het voor de huidige (forensisch) psychiater een huzarenstukje is om tot een adequate indicatie voor neurologisch onderzoek te komen. Gezien het geringe aantal neurologische rapportages pro Justitia zijn wij die mening voor een deel ook toegedaan. Het aantal verzoeken om een neurologische rapportage is de laatste jaren toegenomen, maar dit geldt vooral daar waar een (gedrags)neuroloog (C. Jonker) werkzaam is. Dit heeft geleid tot een toegenomen expertise bij de voor deze diensten rapporterende psychiaters. In andere regio's lijkt dit in mindere mate het geval.

In de door Goethals aangehaalde conceptrichtlijn worden voorstellen gedaan om het kennisniveau van de forensisch psychiater te verhogen door nadere scholing van rapporteurs, juist

om de kans op een adequate indicatie voor neurologisch onderzoek (en rapportage) te vergroten. Recent is een opzet voor een dergelijke scholing gemaakt, maar de belangstelling hiervoor is tot op heden beperkt. Mogelijk zal een meer neurobiologisch georiënteerde bijscholing integraal onderdeel moeten gaan uitmaken van de opleiding tot pro Justitia-rapporteur, in plaats van een facultatieve module. Met Goethals zijn wij ook van mening dat er in de basisopleiding tot psychiater voldoende aandacht moet zijn voor relevante neurologische aspecten van ons vak. Het is in elk geval verheugend dat er in de huidige opleiding toenevend aandacht is voor de neurobiologie.

Een laatste aspect willen wij niet onbesproken laten. Het betreft de door Goethals genoemde beperkte interesse van neurologen voor gedragsproblemen of psychiatrische aspecten van hun vak. Het aantal (gedrags)neurologen in Nederland is beperkt en slechts enkelen rapporteren pro Justitia. Hoe krijgen wij de groep (gedrags)neurologen enthousiast voor het doen van forensisch neurologisch onderzoek en het rapporteren pro Justitia? Wil dit kans van slagen hebben, dan moet er in elk geval kruisbestuiving plaatsvinden tussen de (gedrags)neurologie en de forensische psychiatrie. Een absolute voorwaarde voor het ontwikkelen van gedragsneurologische expertise is dat beide disciplines elkaars taal verstaan.

AUTEURS

C. JONKER is (gedrags)neuroloog en emeritus hoogleraar Diagnostiek en Behandelbeleid bij dementie van het VU Medisch Centrum Amsterdam, en is tevens werkzaam als pro Justitia-rapporteur.

E.P.K. SIKKENS is als psychiater werkzaam bij het NIFP Amsterdam en bij Mentrum GGZ Amsterdam.

Correspondentieadres: prof.dr. C. Jonker, NIFP Amsterdam, Emmalaan 7, 1075 AT Amsterdam.

E-mail: c.jonker@vumc.nl.

Reactie op 'Beat the blues'

Het aprilnummer van het Tijdschrift voor Psychiatrie stond grotendeels in het teken van de herziene Multidisciplinaire richtlijn Depressie (2010). Spijker (2011) pleit in zijn Redactioneel voor een samenhangende zorgstandaard voor depressie, Spijker en Nolen (2011) beschrijven de achterliggende kennis bij het algoritme voor biologische behandelingen in de herziene Multidisciplinaire richtlijn Depressie en Ruhé (2011) vraagt zich ten slotte af: hoe houden we onze richtlijnen 'levend' als literatuuronderzoek dat afgerond is in 2008 wordt gepubliceerd in 2010?

Graag ga ik in op deze uitnodigende vraag door erop te attenderen dat de herziene richtlijn een springlevende therapievorm, te weten de 'lichttherapie', geheel buiten de revisie houdt: de teksten van 2010 zijn letterlijk ongewijzigd ten opzichte van die in 2005. De conclusie luidt nog steeds dat het aannemelijk is dat lichttherapie werkzaam is bij patiënten met een winterdepressie. Deze conclusie wordt gekwalificeerd op niveau 3. Graag wijs ik erop dat het opmerkelijk is dat een cochrane-review uit 2004 (Tuunainen e.a. 2004), noch in de 2005- noch in de 2010-editie besproken is en dat een grote, onafhankelijke gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) uit 2004 (Martiny 2004) en twee onafhankelijke meta-analyses niet zijn besproken in de 2010-editie (Even e.a. 2008; Golden e.a. 2005).

In de 2005-versie beveelt de richtlijncommissie lichttherapie aan voor winterdepressie. Deze aanbeveling werd ondersteund met 2 referenties (Meesters & Van den Hoofdakker 1998; Terman e.a. 1995), waarvan de eerste juist niet over winterdepressie ging, maar over de behandeling van slaapproblemen. De andere referentie (Meesters & Van den Hoofdakker 1998) is nog altijd toonaangevend in het Nederlandse taalgebied.

Meerdere meta-analyses en standaardwerken (o.a. Lam 1998; Wirz-Justice 2009) over de toepassing van lichttherapie bij depressie zijn noch in 2005, noch in 2010 besproken. De vraag is: waarom niet? De 2010-update geeft hiervoor een verkla-

ring: in de lijst met gebruikte zoektermen (appendix A) komt de term 'lichttherapie' helemaal niet voor. Een reden voor deze omissie wordt niet gegeven. Het valt te hopen dat bij een volgende revisie, die hopelijk eerder dan over 5 jaar zal verschijnen, de lichttherapie wel als volwaardig wordt meegenomen.

Overigens loopt een toekomstige update dan al jaren achter bij de Canadese CANMAT-richtlijn (Ravindran e.a. 2009). Deze schaaft de bewijskracht voor lichttherapie bij seizoensgebonden depressie in op niveau 1 en classificeert deze daarbij als behandeling van eerste keus. Voor lichttherapie bij de niet-seizoensgebonden depressie komt men op bewijskrachtniveau 2 en men classificeert de therapie daarbij als behandeling van tweede keus. Lichttherapie is patiëntvriendelijk, goedkoop, wordt goed verdragen en heeft nauwelijks bijwerkingen (American Psychiatric Association 2010).

Wellicht kunnen de richtlijnwerkgroepen profiteren van de buitenlandse richtlijnen. De APA-guidelines hebben bijvoorbeeld op hun website een zogenaamde *guideline watch*, met samenvattingen van belangrijke ontwikkelingen in de wetenschappelijke literatuur sinds de publicatie van de recentste richtlijn (<http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideHome.aspx>). Ook heeft de APA een hyperlink voor een toegankelijk feedbacksysteem waarop een ieder kan meedoen in het levend en up-to-date houden van vigerende richtlijnen.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Treatment of patients with major depressive disorder. (3de druk). <http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/PracticePDFs/PG—Depression3rdEd.pdf>, 2010.
- Even C, Schröder CM, Friedman S, Rouillon F. Efficacy of light therapy in nonseasonal depression: a systematic review. *J Affect Disord* 2008; 108: 11-23.
- Golden RN, Gaynes BN, Ekstrom RD, Hamer RM, Jacobsen FM, Suppes T, e.a. The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: a review and meta-analysis of the evidence. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 656-62.

- Lam RW. Seasonal affective disorder and beyond, light treatment for SAD and non-SAD conditions. Washington: American Psychiatric Press; 1998.
- Martiny K. Adjunctive bright light in non-seasonal major depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004; 7-28.
- Meesters Y, van den Hoofdakker RA. Winterdepressie en lichttherapie I: syndroom en behandeling. *Tijdschr Psychiatr* 1998; 40: 254-65.
- Ravindran AV, Lam RW, Filteau MJ, Lépérance F, Kennedy SH, Parikh SV, e.a. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. V. Complementary and alternative medicine treatments. *J Affect Disord* 2009; 117 (Suppl 1): S54-64.
- Ruhé HG. Algoritmes voor de biologische behandelingen van depressie. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 235-8.
- Spijker J. Beat the blues. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 197-9.
- Spijker J, Nolen WA. Het algoritme voor de biologische behandeling van depressie in de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn depressie. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 223-33.
- Terman M, Lewy AJ, Dijk DJ, Boulos Z, Eastman CI, Campbell SS. Light treatment for sleep disorders: consensus report. IV. Sleep phase and duration disturbances. *J Biol Rhythms* 1995; 10: 135-47.
- Tuunainen A, Kripke DF, Endo T. Light therapy for non-seasonal depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; CD004050.
- Wirz-Justice A, Benedetti F, Terman M. Chronotherapeutics for affective disorders, a clinician's manual for light and wake therapy. Basel: Karger; 2009.

AUTEUR

R. LIEVERSE werkt thans als psychiater bij GGZ AmaCura en was als assistent geneeskundige in opleiding tot klinisch onderzoeker (AGIKO) verbonden aan lichttherapieonderzoek bij GGZ inGeest, partner van VUmc.

Correspondentieadres: R. Lieverse, GGZ AmaCura, Geleenbeeklaan 80, 6166 GR Geleen.

E-mail: ritsaert.lieverse@gmail.com.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Beat the blues'

ANTWOORD aan Lieverse

De reactie van collega Lieverse over de lichttherapie bij winterdepressie als aanvulling op de herziening van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie is zeer terecht. Het onderwerp 'lichttherapie bij winterdepressie' uit de richtlijn van 2005 is inderdaad nog niet herzien.

De werkwijze bij de huidige herziening van de multidisciplinaire richtlijnen angst en depressie is dat de herziening in etappes gaat. Er worden steeds (deel)onderwerpen uit de oude richtlijnen herzien. Dit heeft onder andere met planning en budget te maken.

Zo is de eerste herziening (2010) gewijd aan het onderwerp 'depressieve stoornis', en wordt momenteel het deel over chronische en therapieresistente depressie herzien.

Lichttherapie bij seizoensgebonden depressie staat nog niet op de agenda, maar dit zal naar aanleiding van de reactie van Lieverse wel gaan gebeuren. Hij heeft dan al een mooie eerste aanzet voor de herziening gegeven.

LITERATUUR

Multidisciplinaire richtlijn Depressie, eerste herziening. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.

AUTEUR

J. SPIJKER is psychiater, De Gelderse Roos, locatie Veluwe Vallei, Ede, lid van de richtlijnwerkgroep en onderzoeker aan het Trimbos-instituut, Utrecht.

Correspondentieadres: dr. J. Spijker, De Gelderse Roos, Postbus 70, 6710 BB Ede.

E-mail: j.spijker@degelderseroos.nl.