



Diagnostiek Psychotische stoornissen

Een groot deel van de forensische patiënten lijdt aan een psychotische stoornis. Bij het vermoeden van een psychotische stoornis, zoals bijvoorbeeld schizofrenie, is het zinvol om een semi-gestructureerd diagnostisch interview af te nemen (CASH, SCAN, SCID). Deze procedure maakt de kans op foutieve diagnostiek kleiner en levert soms nog belangrijke aanvullende informatie op.

Bij forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische stoornis komen middelenmisbruik en afhankelijkheid van bewustzijnsbeïnvloedende middelen veel voor. Schattingen lopen enigszins uiteen, maar een voorgeschiedenis met middelenmisbruik lijkt toch wel zeker bij 70-80% van deze groep een rol te spelen. Daarom is het belangrijk om bij een semi-gestructureerd interview druggebruik aan bod te laten komen. Daarnaast wordt ingegaan op: stemmingsstoornissen, wanen, hallucinaties, formele denkstoornissen, bizar gedrag en negatieve symptomen.

Ook is bij forensische patiënten vaak sprake van comorbiditeit. De aanwezigheid van persoonlijkheidsproblematiek doet in combinatie met een psychose de kans op een ernstig delict aanmerkelijk toenemen. Goede diagnostiek en het inzetten van betrouwbare risicotaxatie instrumenten is daarom van groot belang.

Anamnese

Het psychiatrisch onderzoek in algemene zin richt zich op alle functiegebieden. Naast deze algemene psychiatrische functiegebieden verdienen in het psychiatrisch onderzoek van de psychotische patiënt de volgende gebieden bijzondere aandacht:

- aandachtsstoornissen
- waarnemingsstoornissen
- formele en inhoudelijke denkstoornissen
- stoornissen van het gevoelsleven
- bewegingsstoornissen
- ziektebesef en –inzicht
- neurobiologische stoornissen
- middelengebruik

Naast bovenstaande wordt ook in kaart gebracht of naast de psychotische stoornis nog andere klachten, problemen of stoornissen aanwezig zijn. Screenende vragen worden gesteld naar bijvoorbeeld onaangepast gedrag in de kindertijd (bijvoorbeeld ADHD), verslavingsproblematiek, traumatisering, habituele wijzen van omgang met anderen. Het verdient aanbeveling om differentiaal diagnostisch stoornissen in het autistisch spectrum indien mogelijk uit te sluiten, of om daarnaar verder onderzoek in te stellen. De verkregen informatie kan de vraagstelling in het psychologisch testonderzoek verfijnen of specificeren.

Heteroanamnese

Aanvullend vindt er zoveel mogelijk een heteroanamnese plaats bij de familie en eventueel anderen in de huidige of vroegere omgeving van de patiënt. Het verkrijgen van hetero-anamnestic gegevens is van belang omdat een groot aantal patiënten zich niet of slechts ten dele bewust is van de aanwezigheid van een psychiatrische aandoening. Belangrijke onderwerpen in de anamnese en heteroanamnese zijn veranderingen in het sociale functioneren van de patiënt, veranderingen in stemming en het gebruik van drugs. Gericht informeren naar het bestaan van psychotische

symptomen is eveneens van belang omdat veel patiënten niet spontaan over alle relevante symptomen rapporteren. Er kan ook gericht doorgevraagd worden naar klachten, problemen of stoornissen, waarover schaamte bestaat of die, niet ongebruikelijk in de forensisch psychiatrische praktijk, worden verzwegen of verhuld. Voor het uitsluiten van stoornissen in het autistisch spectrum is informatie van belang over het (sociale) gedrag in de kindertijd. Hiervoor is een goede hetero-anamnese bij mensen uit de vroegere omgeving van de patiënt (familie, leerkrachten) van groot belang.

Medisch-somatische diagnostiek

Mede doordat psychotische stoornissen een neurobiologische grondslag hebben is bij aanvang van de behandeling een grondig lichamelijk en neurologisch onderzoek van groot belang. Op indicatie kan aanvullend laboratorium- of hulponderzoek verricht worden, bijvoorbeeld een HIV-test of een MRI-scan van de hersenen.

Diagnostische interviews

Anamnese en heteroanamnese worden verkregen door gesprekken met de patiënt en belangrijke personen uit het (ook vroegere) netwerk van de patiënt. Er bestaan binnen de algemene psychiatrie sinds enkele decennia gestructureerde en semigestructureerde diagnostische interviews die behulpzaam kunnen zijn bij anamnese en differentiële diagnostiek. Men kan hiermee systematisch nagaan of bepaalde symptomen aanwezig dan wel afwezig zijn. Volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie is het zinvol om bij iedere patiënt bij wie gedacht wordt aan een schizofrene stoornis een semigestructureerd interview af te nemen (CASH, SCAN, SCID). Deze instrumenten staan respectievelijk voor:

CASH: Comprehensive Assessment of Symptoms and History.

SCAN: Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry.

SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV stoornissen

Psychologische diagnostiek

Naast de gegevens van anamnese en heteroanamnese wordt er bij patiënten een (neuro)psychologisch onderzoek afgenomen. Dit onderzoek omvat onderzoek naar persoonlijkheidskenmerken, overige psychopathologie, capaciteiten (intelligentie), vaardigheden en interesses, en cognitieve functiestoornissen. Het is belangrijk om het (neuro)psychologisch onderzoek niet af te nemen in de acute fase van de psychotische stoornis maar bij voorkeur wanneer de patiënt in psychiatrische zin voldoende is gestabiliseerd zodat de testresultaten niet te veel worden beïnvloed door het toestandbeeld.

(Neuro)psychologisch onderzoek

Een (neuro)psychologische testbatterij richt zich op de volgende functiegebieden:

- intelligentie
- aandacht en concentratie
- leren en geheugen
- executieve functies

Bij het doen van (neuro)psychologisch testonderzoek wordt aangeraden de richtlijn van het NIP ten aanzien van testgebruik te volgen en gebruik te maken van testen die door de COTAN betrouwbaar en valide zijn bevonden. Bij naar schatting 50% van de patiënten met een kwetsbaarheid voor psychoses worden neuropsychologische stoornissen gevonden. Functies als concentratie, geheugen, planning, abstract redeneren, conceptformatie, impulsregulatie, besluitvormingsvermogen en vigilantie kunnen zijn aangetast (Aleman, Hijman, De Haan & Kahn, 1999; Nieuwenstein, Aleman & De Haan, 2001).

Deze functiestoornissen kunnen grote invloed hebben op het persoonlijke, het praktische en het sociale functioneren van de patiënt. De ernst van de stoornissen is medebepalend voor de mate waarin de patiënt in staat is te profiteren van de aangeboden behandeling, in het bijzonder psychosociale vaardigheid- en rehabilitatietrainingen. Sommige patiënten onthouden immers heel weinig van het aangeboden materiaal. Een nader inzicht in de aard en de ernst van de stoornissen

kan dan bijdragen aan een op de patiënt toegesneden behandelplan. Verder is het belangrijk om het niveau van intellectueel functioneren van de patiënt te kennen.

Persoonlijkheidsonderzoek

Het is van belang om op het gebied van het persoonlijkheidsonderzoek enige voorzichtigheid te betrachten, in die zin dat het bij de patiënten die de doelgroep van dit zorgprogramma vormen in eerste aanleg gaat om de psychotische stoornis, in DSM-IV-TR termen: de As-1 stoornis. De diagnostiek naar de persoonlijkheidskenmerken en eventueel –stoornissen is echter wel belangrijk omdat ook deze persoonlijkheidseigenschappen het gedrag van de patiënt bepalen. Zoals eerder gezegd dient de psychotische stoornis voldoende in remissie te zijn voordat er een persoonlijkheidsonderzoek kan worden afgenomen. Bij twijfel, of bij verdergaande verbetering gedurende de behandeling kan op een later moment het persoonlijkheidsonderzoek herhaald worden om zo een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt. Het kan immers zijn dat bij een goede reactie op een medicamenteuze behandeling de eerder aanwezig geachte persoonlijkheidskenmerken verbleken, of juist sterker op de voorgrond komen te staan wanneer de psychose zelf verbleekt. Anderzijds kan het ook zijn dat medicamenteuze behandeling niet van invloed is op de persoonlijkheidskenmerken van de patiënt en dat in de loop van de tijd blijkt dat juist deze kenmerken van belangrijke invloed zijn op het gedrag van de patiënt. De Multi-disciplinaire Richtlijn Schizofrenie vermeldt in dit verband ook dat gedurende het forensisch diagnostisch onderzoek een persoonlijkheidsonderzoek geïndiceerd kan zijn. Persoonlijkheidsdiagnostiek vormt een belangrijk onderdeel van het diagnostisch proces, maar zeker in de beginfase van diagnostiek en behandeling moeten de uitkomsten ervan met voorbehoud gehanteerd worden. Conclusies op dit gebied kunnen veelal pas na verloop van (behandel)tijd met meer zekerheid gesteld worden. Het verdient aanbeveling om gebruik te maken van de combinatie van zowel zelfrapportage instrumenten als meer structureel dynamische instrumenten en projectief materiaal. Voor de laatste omschrijving van de betrouwbaarheid en validiteit van de diverse testen verwijzen wij naar de COTAN.

Aanvullend onderzoek

Milieuonderzoek en netwerk

Onderzoekers (o.a. Hiday, 1997) komen tot de conclusie dat situatieve en sociale factoren en factoren uit de voorgeschiedenis een belangrijke bijdrage leveren aan de voorspelling van recidive, los van de diagnose met betrekking tot de psychotische stoornis. In dit verband verdient het sociale netwerk van de patiënten zowel in diagnostische als behandel- en resocialisatiefase een belangrijke plaats. De bevindingen van onderzoek naar de belangrijke personen uit het netwerk van patiënten dienen te worden opgenomen in het diagnostisch rapport. Onderliggend is de gedachte dat het sociale netwerk beschouwd moet worden als risicoversterkende of risicoreducerende factor. De structuur en kenmerken van het sociale netwerk van een specifieke patiënt worden gerelateerd aan de diverse risicosituaties die zich met meer of minder waarschijnlijkheid kunnen ontwikkelen tijdens en na ontslag. Het sociale netwerk van de patiënt moet in de diagnostische fase in kaart gebracht worden. Dit dient een meervoudig doel:

- Diagnostiek van de stoornis zelf (en van het delict) en het achterhalen van het beloop;
- Schatten van recidiverisico (bijvoorbeeld als een patiënt zich in het verleden in een drugsmilieu of anderszins crimineel milieu begeven heeft, voordat hij tot het plegen van het indexdelict kwam) en de aanwijzingen voor de behandeling die dit met zich meebrengt;
- Betrekken van personen uit het netwerk van de patiënt bij de behandeling. In gunstige gevallen kan de aanwezigheid van een positief steunend netwerk een positieve invloed op het behandelproces en de resocialisatiemogelijkheden betekenen.

Op dit moment loopt er een onderzoek naar de bruikbaarheid van de methode van Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA). Het onderzoek betreft het ontwikkelen van de forensische sociale-netwerkanalyse: interviews met een patiënt en enkele netwerkleden, verwerken en analyseren van de gegevens, aangeven welke omstandigheden in het individuele geval bijdragen aan vermindering of toename van delictgevaar, en het ontwikkelen en evalueren van hierop gebaseerde interventies. Interventies bestaan uit afspraken met de patiënt en netwerkleden over het toekomstig leven, eventueel in de vorm van levensloopbegeleiding.

Gedragsobservatie

Observatie van gedragingen van de patiënt tijdens de eerste fase van de opname maakt in belangrijke mate deel uit van de diagnostiek. Gedrag patronen kunnen worden geobserveerd gedurende het verblijf op de afdeling en gedurende deelname van de patiënt aan diverse therapieën en activiteiten elders in de kliniek. Gedragsobservatiegegevens afkomstig van sociotherapeuten en andere disciplines (vaktherapeuten, medewerkers onderwijs, arbeid en vrijetijdsbesteding) zijn medebepalend voor het opstellen van de diagnose, het bepalen van de risico's en de in te stellen behandeling. Het is van belang dat de observatie zich richt op objectief waarneembare gedragingen. De forensische psychiatrie gebruikt nog veel observatiemethodes die afkomstig zijn uit de algemene psychiatrie (o.a. Gordon).

Interculturele diagnostiek

Kortmann (2006) wijst erop dat in de groep delictplegers die met Nederlandse justitie in aanraking komt etnische minderheden oververtegenwoordigd zijn. Ruim 32% van de tbs-gestelden is allochtoon (Ministerie van Justitie, 2001; Raad voor Strafrechts-toepassing en Jeugdbescherming, 2007) en dit percentage zal minstens even hoog zijn in andere forensische sectoren. Zo is vanuit Groot-Brittannië bekend dat ruim een derde van alle Afro-Caribbean gevangenen aan een geestesziekte lijdt, voornamelijk aan psychotische stoornissen. Gezien deze grote vertegenwoordiging van etnische minderheden in onze doelgroep is het noodzakelijk om aandacht te besteden aan deze culturele verschillen onder patiënten in de forensische psychiatrie.

Iedere afzonderlijke behandeldiscipline is vanuit de praktijk en ervaring bekend met de verwarring en gevoelens van onmacht die kunnen samenhangen met het in zorg hebben van patiënten vanuit een andere cultuur. De vraag 'wat is normaal en wat niet?' of anders gezegd, 'wat is psychotisch en wat is cultureel aanvaardbaar?' is immers een veelvoorkomende vraag waarop het antwoord ingewikkeld en moeilijk is. Ten aanzien van de vraag in hoeverre de westerse psychiatrie toepasbaar is bij etnische minderheden kan een universalistisch of een relativistisch standpunt worden ingenomen. Een universalistisch standpunt houdt in dat westerse diagnostische systemen en richtlijnen goed toepasbaar zijn bij etnische minderheden. Een relativistische kijk gaat ervan uit dat de Nederlandse psychiatrie niet zonder meer toepasbaar is bij minderheden.

Het laatste standpunt wint terrein en het gevolg is dat instellingen interculturaliseren. Dit betekent dat instellingen de specifieke zorgbehoefte van allochtonen in kaart brengen, de zorginhoud daaraan aanpassen, een goed registratiesysteem hiervoor ontwikkelen en een aangepast beleid voeren op het gebied van deskundigheidsbevordering en personeelswerving. Kortmann reikt een theoretisch referentiekader aan om problemen in de forensisch psychiatrische praktijk en de praktische oplossingsstrategieën te ordenen. Hij pleit voor een communicatief universalisme en een communicatief relativisme. Dit betekent vooral dat zoveel mogelijk de dialoog gezocht moet worden. Welke van de twee benaderingen moet worden gekozen hangt volgens hem af van:

- 1) Het soort aandoening
- 2) De aard van de activiteit van de hulpverlener

In de fase van het creëren van een vertrouwensrelatie kunnen cultuurverschillen ten aanzien van omgangsvormen, impliciete en expliciete oordelen over andere culturen (etnocentrische reflex) en wederzijdse vooroordelen, het vestigen van een samenwerkingsrelatie verstoren. Communicatief relativisme leidt tot het samen zoeken naar een omgangsvorm die voor beiden acceptabel is, zonder het volledig eens te worden.

In de diagnostiekfase is de invloed van de cultuur op de uitingen van psychopathologie afhankelijk van de soort of het type diagnose. Hoe meer er sprake is van een ziekte die aan de hand van lichamelijke afwijkingen wordt vastgesteld des te minder beïnvloedt de cultuur de diagnostiek. De diagnostiek en het bepalen van delictrisico's dient communicatief universalistisch toegepast te worden: de professionaliteit van de hulpverlener geeft de doorslag.

De inbreng van de patiënt, zijn cultuur en zijn verhaal worden belangrijker als het gaat om aandoeningen die uitsluitend of vooral kunnen worden vastgesteld via de fenomenen in het (cultuurgebonden) verhaal en het gedrag van de patiënt. Gedrag en klachten hebben een eigen ziekte-idiom (idioms of distress). Gezocht moet worden naar de betekenissen die de patiënt en zijn omgeving hieraan hechten. Daarna volgt als het ware de matching aan de westerse betekenis, de

DSM-IV-criteria. In de fase van de uitvoering van de behandeling moet rekening gehouden worden met eerdere (negatieve) ervaringen en de (cultuurgebonden) verwachtingen van de patiënt. De hulpverlener past zijn rolgedrag aan om motivatie en therapietrouw te bevorderen. Kortmann wijst bijvoorbeeld op het verschil tussen culturen wat betreft gelijkwaardig en paternalistisch rolgedrag van hulpverleners. Wij doen hier de volgende aanbevelingen:

1. Gelijke behandeling van patiënten uit diverse culturen.
2. Bevorderen van interculturalisatie vanuit een door de instelling gedragen aanpak: zoals een aandachtsfunctionaris, klankbordgroep, (bij)scholing, personeelsbeleid, etc.
3. Monitoring van diagnoses en medicatiebeleid (!) van patiënten uit minderheidsgroepen.
4. Aandacht voor de rol van migratie en traumatisering bij psychopathologie, diagnostiek, delictanalyse en delictrisico's.
5. Toepassing van methodieken zoals: inzet van tolken, het culturele interview en de cultural formulation.

Uit: Landelijk zorgprogramma voor Forensisch psychiatrische patiënten met een psychotisch kwetsbaarheid (EFP) (zie www.efp.nl)