

Meta-Cognitieve Training bij Patiënten met een Psychotische Stoornis

Effectverschillen tussen westerse en niet-westerse patiënten

Kwantitatief onderzoek

Naam student	: Felizberto Lopes Martins da Veiga
Studentnummer	: 0507458
Status werkstuk	: definitief
Datum	: 1-7-2011
Woorden artikel	: 3189
Woorden samenvatting (NL)	: 233
Woorden samenvatting (Engels)	: 235
Opleidingsinstituut	: UMC-Utrecht
Onderzoeksinstelling	: Erasmus MC-Rotterdam
Beoogd tijdschrift	: Nederlands/Vlaams wetenschappelijk tijdschrift voor verpleegkundigen
Referentiestijl	: Vancouver
Naam begeleider	: dr. Salvatore Vitale en dr. N van Beveren
Cursus docent	: drs. Janneke de Man
Blok coördinator	: dr. C. Gamel

**Masteropleiding Klinische Gezondheidswetenschappen (Verplegingswetenschappen),
Universiteit Utrecht juli 2011.**

Samenvatting

Doel en opzet

Het doel van dit onderzoek was het vergelijken van effectverschillen van MCT bij westerse en niet-westerse patiënten met een diagnose schizofrenie/psychose. Het betrof een kwantitatief beschrijvend onderzoek met een vergelijkende opzet. De onderzochte populatie bestond uit 40 patiënten met een psychotische stoornis conform DSM-IV criteria, die deelnamen aan de dagbehandeling voor patiënten met psychose/schizofrenie bij het Erasmus MC. Dit onderzoek vond plaats in de periode van januari 2011 tot april 2011.

Methode

Het effect van MCT werd geëvalueerd en geanalyseerd door negen instrumenten. Deze instrumenten maten zowel psychopathologie, belangrijkste psychotische symptomen en aandachtsstoornissen, taalniveau, intelligentie en evaluatie van de MCT.

Resultaten

Van de 40 geïncludeerde en benaderde patiënten met psychose/schizofrenie hebben slechts 22 patiënten het onderzoek voltooid. Van de 18 afvallers waren er 13 van niet-westerse afkomst (72,2%) en 5 van westerse afkomst (27,8%). Er waren veel missing data. De resultaten laten een significant verschil zien tussen drop-outs en voltooiers op het punt van aandacht en concentratie.

Conclusie

Voor de hypothese dat de Nederlandse taal en culturele achtergrond een rol spelen in het effectverschil tussen westerse en niet-westerse patiënten is weinig ondersteuning gevonden. Problemen op het punt van generaliseerbaarheid en missing data hebben echter tot een vertekend beeld geleid en pleiten voor vervolgonderzoek met een (veel) grotere populatie en een langere duur. Pas dan kunnen zinnige uitspraken gedaan worden over de effectverschillen van MCT tussen westerse en niet-westerse patiënten.

Trefwoorden: Meta-cognitieve Training, psychose, cultuurverschillen

Summary

Objective and design

The purpose of this study was to compare effect differences of MCT between 'western' and 'non-western' patients diagnosed with schizophrenia/psychosis. It concerned a quantitative descriptive study with a comparative design. The examined population consisted of 40 patients with a psychotic disorder according to DSM-IV criteria, who participated in the day-care treatment for schizophrenic/psychotic patients at Erasmus MC in Rotterdam, Holland. The study took place from January 2011 until April 2011.

Method

The effect of MCT was evaluated and analysed through nine instruments. These instruments measured psychopathology, major psychotic symptoms and attention disorders, language skills, intelligence and MCT evaluation.

Results

Only 22 out of 40 included and approached patients with psychosis/schizophrenia completed the study. 13 out of the 18 drop-outs (72.2%) were of 'non-western' origin, 5 (27.8%) were of 'western' origin. There were a lot of missing data. The results demonstrate a significant difference between the drop-outs and those who completed the training on attention and concentration.

Conclusion

Little support was found for the hypothesis that the Dutch language and cultural background played a role in the effect differences between 'western' and 'non-western' patients. However, problems with regard to generalisability and missing data have led to a distorted outcome. This calls for continued research with a (much) larger population and longitude. Only then will it be possible to say anything sensible about the effect differences of MCT between 'western' and 'non-western' patients.

Key words: Meta Cognitive Training, Psychosis, Cultural Differences

Inleiding

Psychotische stoornissen zijn ernstige geestelijke ziektes die gekarakteriseerd worden door hallucinaties, waandenkbeelden, onsamenhangend spreken en wanordelijk gedrag (1). Hallucinaties zijn verstoringen van de perceptie, terwijl waandenkbeelden verstoringen van het denken zijn. Zowel hallucinaties als waandenkbeelden kunnen leiden tot ernstige cognitieve stoornissen. Hallucinaties maken het moeilijk voor patiënten om de informatiebron te onderscheiden, terwijl waandenkbeelden leiden tot abnormale deductieprocessen en abnormale perceptuele ervaringen (27). Patiënten met een psychose vertonen vaak een gebrek aan begrip van hun ziekte en zijn daarom niet loyaal aan hun behandeling. Dit kan leiden tot terugval (29). Een psychose is daarom moeilijk te behandelen, ook omdat psychotische stoornissen vaak vergezeld gaan van wantrouwen.

Patiënten met een psychose hebben vaker sociale problemen en komen vaker in aanraking met justitie (9). Psychose veroorzaakt een hoge mate van arbeidsongeschiktheid. Het is één van de acht belangrijkste oorzaken van arbeidsongeschiktheidsaangepaste levensjaren in de leeftijdsgroep van 18 tot 44 jaar wereldwijd (29).

De prevalentie van schizofrenie-psychose is 0,5 – 1,6% met een spreiding van 1,6 – 4,2 per 10.000 Europeanen per jaar. 10-15% van de algemene bevolking heeft ooit in het leven last van hallucinatoire of waandenkbeeldervaringen (29). Behandeling van psychose zorgt voor hoge kosten voor de maatschappij. Zo kost dit € 2.958 - € 36.978 per jaar per persoon over heel Europa, in Nederland is dit gemiddeld € 12.128 (28).

Een recente ontwikkeling bij de behandeling van schizofrenie is Meta-Cognitieve Training (MCT) en is gericht op hogere cognitieve processen. Bij MCT worden patiënten met psychose zich bewust van het bestaan van cognitieve vooroordelen en krijgen correctieve ervaringen aangeleerd. MCT is gericht op een vermindering van psychotische symptomen en terugval. Hoewel MCT geen vervanging is voor de huidige behandeling, kan het een goede aanvulling zijn (24). Recentelijk is de training vertaald door de Boer en Ferwerda (2007) en geschikt gemaakt voor het gebruik in de Nederlandse taal (11).

Het doel van Meta-Cognitieve Training (MCT) is om uit te stijgen boven de eigen manier van denken en redeneren en ontdekken wat daaraan opvalt. Patiënten worden uitgenodigd kritisch te kijken naar hun manier van omgaan met problemen, deze te veranderen en toe te passen in de dagelijkse praktijk. Dit alles op een speelse wijze, door uitleg aan de hand van alledaagse voorbeelden en gezamenlijk oefenen met leerzame

opdrachten. De relatie tussen enerzijds het dagelijks leven en psychose wordt regelmatig uitgelegd en verduidelijkt.

Het accepteren van en leren leven met een ziekte als psychose is doorgaans een moeilijk en langdurig proces. Dit geldt voor de patiënt zelf, alsook voor de naaste omgeving. In dit proces worden zij - het best - mede ondersteund door professionals. De verpleegkundige beroepsgroep speelt een belangrijke rol in de zorg voor mensen met een chronische ziekte zoals psychose (13) en kan een belangrijke rol spelen in het geven van MCT.

In het Erasmus Medisch Centrum te Rotterdam is MCT onderdeel van het behandel aanbod van de dagbehandeling voor patiënten met een psychotische stoornis en is de effectiviteit van MCT recentelijk door Devile et al (2009) onderzocht (6). De resultaten laten zien dat MCT een positieve verbetering laat zien in de cognities van patiënten met een psychose die het programma van de dagbehandeling volgen. Tevens blijkt dat patiënten die MCT hebben gevolgd een lagere drop-out laten zien. Als het ziektebesef en -inzicht worden vergroot, zal de behandelcompliance waarschijnlijk toenemen. Het vergroten van de behandelcompliance betekent: minder risico op terugval en daardoor minder opnames. Minder opnames bespaart de patiënt en diens familie veel leed en de maatschappij veel kosten. Deze resultaten zijn dan ook zeer bemoedigend.

Probleemstelling en hyopthese onderzoek

Wat de studie van Devile (6) niet heeft onderzocht en wat gezien de multiculturele samenstelling van de Rotterdamse bevolking wel relevant is, is in hoeverre de aangeboden training aansluit bij de culturele achtergrond en het taalniveau van de patiënten. Het is dan ook niet bekend of MCT even effectief is bij westerse patiënten met psychose als bij niet-westerse patiënten met psychose (6). Studies naar de effectiviteit van MCT bij patiënten met een andere culturele achtergrond ontbreken. Vanuit theoretische kennis is bekend dat de psychose net zo vaak bij westerse als bij niet-westerse bevolkingsgroepen voorkomt, maar zoeken westerse patiënten met een psychose traditioneel sneller hulp en geldt het omgekeerde voor niet-westerse patiënten. Ook zijn culturele achtergrond en taal nauw verbonden aan zowel de toegang tot de hulpverlening als de behandelcompliance.

Het is daarom interessant om te weten of MCT cultuur-specifiek is en in hoeverre MCT vanuit westers conceptmodel rekening houdt met diverse bevolkingsgroepen en het

taalniveau van de patiënt. Door de diversiteit in de maatschappij merken hulpverleners dat de nieuwe tendensen van hulpverlening vraaggericht dienen te zijn. Als de behandeling goed aansluit bij de wensen en behoeften van patiënten die aan psychose leiden, komt dat de behandelcompliance ten goede.

Doel van dit onderzoek is om te onderzoeken of MTC even effectief is bij westerse en niet-westerse patiënten met een psychotische stoornis. Om dit te onderzoeken zal gekeken worden naar de verschillen wat betreft psychopathologie tussen beide groepen aan het begin en het eind van de behandeling, het taalniveau en de waarde die patiënten toekennen aan de MCT. Op basis van de onderzoeksvraag kan de volgende onderzoekshypothese worden opgesteld:

De effectiviteit van MCT is afhankelijk van etnische/culturele achtergrond en de mate van beheersing van de Nederlandse taal.

Methode

Onderzoeksdesign

Dit onderzoek betrof een kwantitatief beschrijvend onderzoek met een vergelijkende opzet (32). De resultaten van twee meetmomenten, aanvang dagbehandeling en einde dagbehandeling (na 3 maanden) van de onderzoekspopulatie werden vergeleken.

Het design omvatte een gelegenheidssteekproef en aselechte steekproef. Deze vorm van steekproeftrekking was gewenst aangezien de analyse-eenheden (patiënten die een diagnose psychose hadden) direct beschikbaar waren en in de steekproef werden opgenomen (33). Een eerder uitgevoerde power-analyse (zie (6), 2009) liet zien dat er een verwachte steekproef van 96 patiënten nodig was. Echter, dit was binnen het tijdsbestek van dit onderzoek niet haalbaar; wel was data uit het onderzoek van (6) ook voor dit onderzoek beschikbaar.

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit patiënten met een psychotische stoornis conform DSM-IV criteria (1), die deelnamen aan de dagbehandeling voor patiënten met een psychotische stoornis aan het Erasmus Medisch Centrum te Rotterdam. Het onderzoek vond plaats in drie periodes. Een eerste periode van negen weken in 2008/2009, een tweede periode van negen weken van september 2010 tot en met december 2010 en een derde periode van

negen weken van januari 2011 tot en met april 2011. Het betrof iedere keer een groep andere patiënten met dezelfde diagnose. De eerste groep telde 14 personen, de tweede 12 en de laatste 14. In totaal hebben 40 patiënten met de diagnose psychotische stoornis, die aanwezig waren op dagbehandeling, deelgenomen aan het onderzoek. Patiënten die door opname of psychotische episodes niet aan de dagbehandeling konden deelnemen, werden uitgesloten. De inclusiecriteria waren: patiënten met een eerste psychose met weinig tot geen positieve symptomen in de leeftijd vanaf 18 jaar.

Procedure van dataverzameling en meetinstrumenten

De data voor dit onderzoek werden verzameld, in aanwezigheid zowel van de bij de dagbehandeling werkzame verpleegkundigen als van de onderzoeker, aan de hand van door de patiënt in te vullen vragenlijsten, alsook door die verpleegkundigen en de onderzoeker afgenomen interviews. Deze dataverzameling vond plaats op twee momenten: bij de aanvang van de dagbehandelingsperiode (T0) en aan het eind van de dagbehandelingsperiode (T1). De patiënten werden groepsgewijs voorgelicht en ingelicht betreffende inhoud, procedure en doel van het onderzoek, de vrijwilligheid en vertrouwelijkheid van de deelname, de vragenlijsten, de interviews en de slotevaluatie.

Het effect van MCT werd geëvalueerd door negen instrumenten. De selectie van deze instrumenten was gebaseerd op hun validiteit en relevantie en gebruiksvriendelijkheid voor deelnemers. Instrumenten hadden zowel psychopathologie, hoofdzakelijk psychotische symptomen en aandachtsstoornissen, taalniveau, intelligentie en evaluatie van de MCT gemeten. Zie Tabel 1 voor een overzicht van de meetinstrumenten.

Tabel 1. Overzicht meetinstrumenten

Instrument	Doel	Vorm	Duur	Meetmoment
HoNOS	Geestelijke gezondheid en sociaal functioneren.	vragenlijst	15 minuten	T0 T1
GPTS	Paranoïde Scorelijst	vragenlijst	10 minuten	T0 T1
PSYRATS	Hallucinaties en waanbeleving	vragenlijst	25 minuten	T0 T1
BDI	Depressie	vragenlijst	10 minuten	T0 T1
D2	Aandacht	vragenlijst	10 minuten	T0 T1
MCT Taaltest	Taalniveau	vragenlijst	10 minuten	T0
NLV IQ-test	Intelligentie	vragenlijst	5 minuten	T0
Remissietool PANSS	Positieve en Negatieve Symptomen	Scorelijst	10 minuten	T0 T1
MCT evaluatie	Ervaring MCT	vragenlijst	10 minuten	T1

Beschrijving meetinstrumenten

HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale) (Uitkomstschaal Volksgezondheid)

De HoNOS is ontwikkeld in opdracht van het Engelse Ministerie van Volksgezondheid (Wing e.a. 1998) met het doel om op eenvoudige, betrouwbare en valide wijze de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van psychiatrische patiënten routinematig in kaart te brengen. Ook diende het instrument gevoelig te zijn voor veranderingen.

GPTS (Green Paranoïde Denkschaal)

De GPTS is een zelfrapportage die paranoïde gedachten meet bij twee onafhankelijke specimens, ideeën van referentie en achtervolgingsgedachten. De schalen zijn betrouwbaar

en valide en zijn aan dit onderzoek toegevoegd om de uitwerking van behandeling te meten (12).

PSYRATS

De psychotische classificatieschaal bestaat uit een gestructureerd interview, onderverdeeld in twee subschalen. De eerste subschaal meet gehoorhallucinaties, de tweede waandenkbeelden. Het is een betrouwbare en valide schaal die bestaande metingen kan completeren (7).

BDI (Beck Depressie-inventaris)

De BDI is een betrouwbare en valide zelfrapportage die depressieve symptomen meet bij volwassenen en adolescenten volgens DSM IV-criteria (35). Dit instrument is toegevoegd omdat een verhoogde negatieve eigendunk en sombere stemming is waargenomen bij dagbehandelingspatiënten en MCT aandacht aan dit onderwerp besteedt in één van de modules.

D2

De D2 is een taak die aandacht en concentratie meet. Patiënten moeten figuren afkruisen, D's met twee punten in vastgestelde tijd, gedurende veertien regels. Bij een Duitse studie heeft de test een goede betrouwbaarheid en validiteit. Resultaten bij patiënten zonder goede beheersing van de Nederlandse taal worden niet verwacht anders te zijn, gezien de minimale invloed van taal (30).

MCT taaltest (Multi Culturele Taaltest)

De taaltest Nederlands is een zogenoemde 'cloze'-taaltest. Taylor (1953) heeft de term 'cloze' geïntroduceerd. De methode werd in eerste instantie gebruikt om leesvaardigheid bij 'native speakers' te meten, maar later is de methode ook veel toegepast als een integratieve test van 'overall proficiency in English as a second language' (algehele taalvaardigheid in het Engels als tweede taal). Butler Hinofotis (1979) geeft aan dat dit soort testen worden gezien als een goede methode om een tweede taalvaardigheid te meten. De 'cloze' procedure bestaat uit het weglaten van elk n-de woord uit tekst en de persoon die getest wordt, wordt gevraagd het ontbrekende woord aan te vullen. Men moet uit de tekst afleiden welke woorden op de open plaatsen dienen te worden ingevuld.

NLV (Nederlandse Leestest voor Volwassenen)

De NLV is een instrument om de verbale intelligentie in te schatten en geeft een goede indicatie van pre-morbide intelligentie. Patiënten wordt gevraagd om een lijst van woorden hardop voor te lezen en worden op hun uitspraak geëvalueerd. De betrouwbaarheid en validiteit zijn goed (31).

Remissieschaal

Dit praktische instrument werd ontwikkeld om te komen tot een internationale gestandaardiseerde definitie en criteria van remissie bij schizofrenie. De remissieschaal bestaat uit een scoreformulier met acht items voor positieve en negatieve symptomen, gebaseerd op de Positive And Negative Syndrome Scale (Positieve en Negatieve Syndroomschaal) (PANSS). De items worden gescoord op symptoom: (bijna) niet aanwezig of symptoom is aanwezig. Dit instrument heeft veel te bieden voor de klinische praktijk en onderzoek (25). De remissiecriteria hebben klinische validiteit voor het diagnosticeren van remissie bij schizofrenie (26).

MCT Evaluatieformulier

De deelnemers worden gevraagd om een evaluatieformulier betreffende de Meta-cognitieve training in te vullen. Tien stellingen zijn geformuleerd en patiënten kunnen aangeven in welke mate zij het met de stellingen eens zijn op een schaal van 1-5 (geheel oneens, oneens, niet zeker, eens, geheel eens). Het betrof in dit onderzoek de volgende 10 stellingen:

1. De MCT was nuttig (MCT 1).
2. Ik moest mijzelf dwingen om deel te nemen (MCT 2).
3. Ik heb MCT niet in mijn dagelijks leven gebruikt (MCT 3).
4. MCT is een belangrijk onderdeel van mijn behandeling (MCT 4).
5. Ik wilde mijn tijd aan iets anders besteden (MCT 5).
6. De MCT was leuk (MCT 6).
7. Ik heb veel geleerd en het is bruikbaar in het dagelijks leven (MCT 7).
8. Het doel van de MCT was duidelijk (MCT 8).
9. Ik zou MCT aanraden (MCT 9).
10. De groepstherapie was goed (MCT 10).

Medisch-ethische overwegingen

In principe valt het invullen van een vragenlijst niet onder de Wet Medisch-wetenschappelijk onderzoek (WMO), tenzij het gaat om zeer belastende/intieme vragen of de vragenlijst van grote omvang is (<http://www.ccmo-online.nl/main.asp?pid=10&sid=62>, 2008). In deze studie was de omvang van de vragenlijst geen reden om toestemming aan te vragen. Het ging immers in totaal om slechts totaal 78 vragen in negen verschillende vragenlijsten (gemiddeld 8-9 vragen per keer). Het 'informed consent' bestond uit het feit dat aan diegene die de vragenlijst moest invullen duidelijk werd gemaakt waarom deze meting werd gedaan. Dit werd mondeling en met een begeleidende brief gedaan. Het onderzoek leverde geen belasting op voor de patiënten (behoudens het invullen van een aantal vragenlijsten). Derhalve was voorafgaande toestemming van de toetsingscommissie niet vereist.

Data-analyse

De verzamelde gegevens werden ingevoerd en geanalyseerd in SPSS 16.0. Ten eerste werd gebruik gemaakt van descriptieve statistiek om de onderzoekspopulatie te beschrijven. Dit gebeurde in de vorm van het bepalen van frequenties, gemiddelden, standaarddeviatie. Ten tweede werd met behulp van een t-test voor onafhankelijk steekproeven en one-way anova de hypothese getoetst. Met deze toets werd gekeken of de gemeten variabelen – gezondheidstoestand, paranoïde gedachten, psychotische verschijnselen, depressieve symptomen, aandacht/concentratie, taalvaardigheid, verbale intelligentie, psychotische remissie, individuele (subjectieve) effectiviteit – gemiddeld al of niet van elkaar verschilden. Als significantieniveau werd een P-waarde van 0,05 tweezijdig gehanteerd. Vanwege het grote aantal missing values zijn de resultaten van de Honos, Psyrrats, BDI en de Remissietool van de PANSS niet meegenomen in de analyses.

Resultaten

Beschrijving onderzoekspopulatie

Alle 40 geïncludeerde en benaderde patiënten hadden schizofrenie conform DSM-IV criteria. Van de respondenten in de totale groep (n= 40) waren 36 mannen (90%) en 4 vrouwen (10%) in de leeftijdscategorie van 18 tot 42 jaar. Gemiddelde leeftijd voor hele groep was 25,08 jaar (sd=5,59). Wat betreft de culturele achtergrond was 42,5% westers (n=17) en 57,5% was niet-westers (n=23). Dit is weergegeven in Tabel 2.

Tabel 2: demografische gegevens

	Aantal	Percentage	Gem. Leeftijd	Standaarddeviatie
Totaal	40	100 %	25,08	5,590
Man	36	90,0 %	25,28	5,658
Vrouw	4	10,0 %	23,25	4,924
Westers	17	42,5 %	26,76	6,969
Niet-Westers	23	57,5 %	23,83	4,030

Drop-outs vs. voltooiers

Van de totale groep van 40 deelnemers hebben 22 (55%) de behandeling voltooid. Er waren in totaal 18 drop-outs (45%). De groep drop-outs is vergeleken met de groep voltooiers. De gemiddelde leeftijd van de drop-outs (23,39 jaar) (sd=4,767) lag iets lager dan die van de voltooiers (26,45 jaar) (sd=5,934), maar dit verschil is niet significant ($p=0,084$). Evenmin was er een significant verschil in drop-outs tussen mannen en vrouwen. Voor wat betreft de drop-outs is er echter wel een duidelijk verschil tussen westerse en niet-westerse patiënten. Van de 17 westerse patiënten vielen er slechts 5 af (27,2% van het totaal; 29,4% van de eigen groep). Van de 23 niet-westerse patiënten vielen er 13 af (72,2% van het totaal; 56,5% van de eigen groep).

Er werden geen significante verschillen gevonden wat betreft intelligentie (IQ) en taalniveau (MCT taaltoets) tussen drop-outs en voltooiers. Met betrekking tot de aandacht en concentratie (D-2) scoorden de drop-outs significant lager dan de voltooiers. Dit betekent dat de drop-outs een slechtere concentratieprestatie hebben vergeleken met voltooiers. De gemiddelde leeftijd van de drop-outs is iets lager dan de gemiddelde leeftijd van voltooiers (niet significant). Dit is weergegeven in Tabel 3.

Tabel 3: resultaten uitgesplitst naar drop-outs vs. voltooiers

	Aantal	IQ	GPTS	D-2	MC Taaltest
Drop-outs	18	100,69	65,62	95,17	76,40
Voltooiers	22	103,90	67,31	138,59	78,54
Significantie (p)	n.v.t.	0,306	0,873	0,028	0,199

Vergelijking Westers vs. Niet-Westers

Een vergelijking tussen westerse en niet-westerse patiënten laat zien dat er geen verschillen zijn wat betreft intelligentie (NLV), taalniveau (MCT taaltest), Aandacht en Concentratie (D-2) en paranoïde gedachten (GPTS). Dit is weergegeven in Tabel 4.

Tabel 4: testresultaten uitgesplitst naar culturele achtergrond

Instrument	Westers		Niet-Westers		Significantie (p)
	gemiddelde (m)	standaarddeviatie (sd)	gemiddelde (m)	standaarddeviatie (sd)	
NLV IQ-test	104,50	9,529	101,06	7,922	0,258
MC Taaltest	78,78	1,641	77,40	4,274	0,822
D-2	143,81	41,805	129,53	49,904	0,823
GPTS	67,35	28,497	65,80	27,726	0,883

De evaluatie van de Meta-Cognitieve Training (MCT) met behulp van tien vragen (MCT 1 t/m MCT 10) laat geen significante verschillen zien tussen westerse en niet-westerse patiënten.

De MCT werd door beide groepen als positief en zinvol gewaardeerd (Zie tabel 5).

Tabel 5: MCT Evaluatie uitgesplitst naar culturele achtergrond

	Westers		Niet-Westers		Significantie (p)
	gemiddelde	standaarddeviatie	gemiddelde	standaarddeviatie	
MCT 1	4,60	0,516	4,25	0,463	0,154
MCT 2	3,10	1,524	2,75	0,882	0,574
MCT 3	2,00	1,155	2,88	0,835	0,091
MCT 4	4,00	0,943	3,63	0,744	0,372
MCT 5	1,80	1,476	2,75	0,886	0,129
MCT 6	4,30	0,483	4,00	0,535	0,229
MCT 7	4,10	0,738	4,00	0,926	0,802
MCT 8	4,10	0,994	4,13	0,641	0,952
MCT 9	3,80	1,135	3,88	0,835	0,878
MCT 10	4,00	1,155	4,63	0,518	0,178

Discussie

Algemeen kan gesteld worden dat MCT een positief effect heeft op het verbeteren van cognitieve functies bij patiënten met psychose/schizofrenie. Dit is in overeenstemming met vergelijkbaar onderzoek naar MCT bij dezelfde doelgroep (37).

Vanuit theoretisch kader werd gepoogd te onderzoeken of wanen, hallucinaties, depressies, aandacht en concentratie, verbale intelligentie en taaltoets voorspellingsfactoren zijn voor het effectverschil van MCT tussen westerse en niet-westerse patiënten met de diagnose schizofrenie. De onderzoekspopulatie was echter klein van omvang en kende een betrekkelijk groot aantal drop-outs (45%). Voorts bestond deze in meerderheid uit niet-westerse patiënten, terwijl de drop-outs ook relatief meer niet-westerse (72%) dan westerse patiënten betroffen. Eén en ander levert problemen op voor de generaliseerbaarheid.

Uit de analyse van slechts een beperkt aantal instrumenten blijkt dat de beschikbare data geen significante uitkomsten geven. Dit zou impliceren dat de hypothese, dat de Nederlandse taal en culturele achtergrond een rol speelt in het effectverschil van westerse en niet-westerse patiënten niet wordt ondersteund door de data. De kleine aantallen en de hiervoor genoemde missing data vertekenen het beeld echter.

Beperkingen van het onderzoek

Beperkingen van het uitgevoerde onderzoek liggen vooral in de generaliseerbaarheid en de missing data. Wat betreft generaliseerbaarheid kan gesteld worden dat hier gaat om één psychiatrische afdeling van een academisch ziekenhuis met een kleine populatie patiënten.

Er zijn geen eerdere studies gedaan naar het effectverschil van MCT tussen westerse en niet-westerse patiënten. Er is eerder onderzoek gedaan naar het effect van MCT bij patiënten met een psychose/schizofrenie, maar de mate van effect is onduidelijk bij eerdere onderzoeken van de onderzochte populatie. Wegens de kleine omvang van de onderzochte populatie, was er sprake van een matige respons, die onvoldoende is om te generaliseren. Bovendien zijn een aantal meetinstrumenten niet volledig of onjuist ingevuld en konden daarom niet in de resultaten worden meegenomen. Gelet op de samenstelling van de onderzochte populatie en het grote aantal niet-westerse uitvallers kan dit wellicht voor een deel geweten worden aan gebrek aan motivatie en mogelijk ook wantrouwen van de problematiek. De respons was echter wel hoog genoeg om voorzichtige uitspraken te doen die interessant zijn voor vervolgonderzoek met een grotere populatie en longitudinaal.

Wat betreft het design ligt een zwakte in het ontdekken van causale relaties. Immers, het non-experimentele design is zwak in zijn mogelijkheid om causale relaties te ontdekken [14]. Naast het design kan er ook een kanttekening bij het meetinstrument worden geplaatst, aangezien taalniveau en IQ van groot belang zijn om vragenlijsten te lezen en te begrijpen en om les/training te volgen. Mogelijk heeft de moeilijkheidsgraad van het meetinstrument een vertekening veroorzaakt, aangezien een aantal (merendeels niet-westerse) patiënten heeft aangegeven de vragenlijst moeilijk te vinden.

Tot slot een noot met betrekking tot subjectiviteit. In mijn ervaring loopt een patiënt die een psychose heeft gehad kans op cognitieve achteruitgang. Daarnaast hebben patiënten van niet-westerse afkomst vaak een achterstand op taalniveau. Voorts zie ik in de praktijk veel factoren die mogelijk ook een rol kunnen spelen, waaronder de mate van interpreteren van ziekte, culturele beleving, sociaal-economische omstandigheden, invloed van omgeving, (schaamte, taboes, angst voor afstoting), rol van de familie (verwachtingen), religieuze achtergrond, mate van mogelijkheid tot begrijpen (kennis en kunde en vaardigheden). Tenslotte zijn de meetinstrumenten vanuit westers concept gemaakt en gevalideerd.

Conclusie

Zoals bekend is het effect van MCT bij patiënten met diagnose schizofrenie/psychose afhankelijk van meerdere, individuele factoren. Bekend is ook dat cognitieve functies bij patiënten met schizofrenie/psychose niet intact zijn. In dit onderzoek stond ten eerste de vraag centraal of er effectverschillen zijn tussen westerse en niet-westerse patiënten met schizofrenie/psychose. Hiervoor is mede door de geringe omvang van de geteste populatie en het relatief grote aantal drop-outs, die in meerderheid niet-westers waren, weinig of geen ondersteuning gevonden. Wel werd een significant verschil gevonden in aandacht/concentratie tussen (de merendeels niet-westerse) drop-outs en voltooiers. De vermoedelijke oorzaak hiervan is dat de drop-outs een (eerste) psychose ondergingen en zij dus weinig of geen motivatie hadden om de behandeling voort te zetten c.q. te voltooien. Ten tweede is onderzocht welke relatie het taalniveau van patiënten met schizofrenie/psychose, die MCT volgen, heeft op het effect van MCT. Een voorzichtige conclusie is dat MCT, die immers door iedereen als positief beoordeeld werd, geschikt is voor zowel westerse als niet-westerse patiënten, maar dat het IQ- en taalniveau voldoende moet zijn.

Aanbevelingen

Vervolgonderzoek dient plaats te vinden van een langere duur en waarbij een grotere populatie wordt onderzocht. Hierbij dient de causale relatie centraal te staan van eventuele effectverschillen tussen westerse en niet-westerse patiënten. Belangrijk hierbij is dat taalniveau, motivatie en verbale intelligentie gemeten worden en afgezet tegen elkaar en tegen de resultaten van alle andere instrumenten. Omdat MCT in het Nederlands gegeven wordt, is het tevens aan te bevelen dat zowel westerse als niet-westerse patiënten van tevoren gescreend worden op hun geschiktheid voor deelname aan MCT in dagbehandeling. Taalniveau en intelligentie moeten voor alle deelnemers voldoende zijn.

Referentielijst

- (1) American Psychiatric Association (2004). Beknopte handleiding bij de Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, Bureau-editie (2th ed). Lisse.
- (2) Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale.
- (3) Boeije H. (2006). Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen. (2e oplage ed.) Amsterdam: Boom onderwijs.
- (4) CBS 1999.
- (5) De Von Holli A., Block Michelle E., Moyle-Wright Patricia, Ernst Diane M., Hayden Susan J., Lazzara Deborah J. et al. (2007). A Psychometric Toolbox for Testing Validity and Reliability. Journal of Nursing Scholarship, 39, 155-164.
- (6) *Devilé, P., (2009) effect van meta cognitief training bij schizofrenie patiënten die dagbehandeling volgen.*
- (7) Drake, R., Haddock, G., Tarrier, N., Bentall, R., Lewis, S. (2006). The Psychotic symptom Rating Scales (PSYRATS): Their usefulness and properties in first episode psychosis. Schizophrenia Research, 89, 1-3
- (8) Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van , Groot, C.J. (2005). Documentatie van tests en testresearch in Nederland, aanvulling 2005/01 (COTAN). Amsterdam: Boom test uitgevers.
- (9) Fazal, S., Langstrom, N., Hjern, A., Grann, M., Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia substance abuse, and violent crime. Journal of the American Medical Association. 301(19), 2016-2023.
- (10) Ferwerda Janneke, en Boer, Klaas de, 2008. Metacognitieve training voor patiënten met schizofrenie (MCT)

- (11) Ferwerda, Janneke en Boer, Klaas de, 2010. The results of metacognitive training in schizophrenia: A pilot study
- (12) Green, C. E. L., Freeman, D., Kuipers, E., Bebbington, P., Fowler, D., Dunn, G., Garety, P. A. (2008). Measuring ideas of persecution and social reference: the Green et al. Paranoid Thought Scales (GPTS). *Psychological Medicine*, 38, 101-111.
- (13) Grypdonck, M. H. F. (1999). Het leven boven de ziekte uittillen. Leiden, Spruyt, Van Mantgem & de Does bv.
- (14) <http://www.ccmo-online.nl/main.asp?pid=10&sid=62>, 2008).
- (15) Krabbendam, L., Janssen, L., Bijl, R.V., Vollebergh, W.A.M. & van Os, J. (2002). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 1-6.
- (16) Lecomte, T., Corbière, M., Laisné, F. (2006). Investigating self-esteem in schizophrenia: Relevance of the self-esteem rating scale-short form. *Psychiatry research*, 143, 99-108.
- (17) Moritz, S. & Woodward, T.S., Burlon, M., Braus, D. F., Adresen, B. (2006). Attributional style in schizophrenia: Evidence for a decreased sense of self-causation in currently paranoid patients. Springer Science+Business Media, Inc.
- (18) Moritz, S., Werner, R., Collani, G. von. (2006). The inferiority complex in paranoia readdressed: A study with the impact association test. *Cognitive neuropsychiatry*, 11(4), 402-415.
- (19) Moritz, S. & Woodward, T.S. (2006). A generalised bias against disconfirmatory evidence in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 142, 157-165.
- (20) Moritz, S. & Woodward, T.S. (2006). The contribution of metamemory deficits to schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 15-25.

- (21) Moritz, S. & Woodward, T.S. (2006). Metacognitive control over false memories: A key determinant of delusional thinking. *Current Psychiatry Reports*, 8, 184-190.
- (22) Moritz, S. & Woodward, T.S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. Lippincott Williams & Wilkins, 0951-7367.
- (23) Moritz, S. & Woodward, T.S. (2007). Metacognitive Training for Schizophrenia Patients (MCT): A pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy. *German Journal of Psychiatry*, ISSN 1433-1055
- (24) Moritz, S., Woodward, T.S., Lambert, M. (2007). Under what circumstances do patients with schizophrenia jump to conclusions? A liberal acceptance account. *British journal of clinical psychology*, 46, 127-127.
- (25) Os, J. van, Drukker, M., Campo, J. à, Meijer, J., Bak, M., Delespaul, P. (2006) Validation of remission criteria for schizophrenia. *Psychiatry*, 163, 2000-2002.
- (26) Os, J. van, Kahn, R. (2007). Remissiecriteria voor de diagnose schizofrenie. *Tijdschrift voor de psychiatrie*, 49, 21-26.
- (27) Salize, H. J., McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R.,
- (28) Reinhard, I., Rossler, W., Svensson, B., Torres-Gonzalez, F., Brink, R. van de, Wiersma, D., Priebe, S. (2009). Cost of treatment of schizophrenia in six European countries. *Schizophrenia Research*, 111, 70-77.
- (29) Rössler, W., Salize, H. J., Os, J. van, Riecher-Rössler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 399-409.
- (30) Schizophrenia research 68, 19-29.
Brickenkamp, R., (2007). D2 aandachts- en concentratietest de handleiding. Hogrefe GmbH&co KG.

- (31) Schmand, B., Lindeboom, J., Harskamp, F. van. (1992) Nederlandse leestest voor volwassenen: handleiding(NLV). Lisse. Swetz&Zeitlinger.
- (32) Polit, D. F. & Beck Cheryl Tatano (2004). *Nursing Research. Principles and methods.* (seventh ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- (33) Polit, D.F. & Back Cherly Tatano (2004). *Nursing Research. Principles and methods.* (seventh ed.)
- (34) Vocht de A. (2006). *Basishandboek SPSS 14 voor windows.* (1e ed.) Utrecht: Bijleveld Press.
- (35) Warman, D. M., Martin, J. M. (2006). Cognitive insight and delusion proneness: An investigation using the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 84, 297-304
- (36) Wester F. & Peters V. (2004). *Kwalitatieve analyse.* Bussum: Coutinho b.v.
- (37) S. Moritz, A. Kerstan, R. Veckenstedt, S.Randjbar, F. Vitzthum, C. Schmidt, M. Heise, T.S. Woodward. Further evidence for the efficacy of a metacognitive Group training in schizophrenia. *Behaviour Research and Therapy* 49 (2011) 151-157.
- (38) Jérôme Favrod, Agnès Maire, Sabrina Bardy, Sophie Pernier & Charles Bonsack. (2011) Improving insight into delusions: a pilot study of metacognitive training for patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing* 67 (2), 401-407.

Reflectieverslag conceptbespreking

Student: Felizberto Lopes Martins da Veiga

Studentnr. 0507458

Cursusdocent: Drs. Janneke de Man

Begeleider: Dr. Salvatore Vitale

Opleiding: Master Klinische gezondheidswetenschap.

UU: 1 juli 2011

Salvatore opent de bespreking. Hij vertelt de feedback van Janneke te hebben geïntegreerd in zijn feedback. Hij was het eens met de feedback van Janneke. Hij zegt het gevoel te hebben dat zij op één lijn zitten. Hij merkt op tevreden te zijn over het concept. Hij en Janneke zijn van mening dat er een paar punten voor verbetering vatbaar zijn. Als de verbeterde punten naar behoren verwerkt zijn, dan is het afstudeerproject wat hen betreft een voldoende.

De verbeterpunten zijn:

Inleiding: zij zijn tevreden over de inleiding. Aan het eind van het stuk zal de probleemstelling veranderd moeten worden naar hypothese.

Methode: onderzoekspopulatie zal beter beschreven moeten worden. De inclusie- en exclusiecriteria moeten meer uitgelegd worden.

Procedure: de dataverzameling beter beschrijven. Van wanneer tot wanneer zijn de data verzameld? Door wie en met medewerking van wie? De 10 stellingen van MCT moeten voluit geschreven worden.

Data-analyse:

Resultaten: enkele tabellen weglaten. Iets meer beschrijven.

De discussie en conclusie beter ordenen. De aanbeveling moet verplaatst en aangepast worden.

Tot slot: Het was een zeer leerzaam en prettig begeleidingsgesprek. We hebben afscheid van elkaar genomen. We hebben het hele proces in het kort met elkaar geëvalueerd. Zowel Salvatore als ik hebben de samenwerking als prettig ervaren. Salvatore vindt mijn inzet zeer hoog en vindt mij zeer leergierig en hardwerkend. Ik vind hem zeer attent, verantwoordelijk en hij reageert op tijd en adequaat op feedback en gemaakte afspraken.

E-mailcontact conceptbespreking

Student: Felizberto Lopes Martins da Veiga
Studentnr. 0507458
Cursusdocent: Drs. Janneke de Man
Begeleider: Dr. Salvatore Vitale
Opleiding: Master Klinische gezondheidswetenschap.
UU: 1 juli 2011

1-juni-2011
Hoi Feliz,

Hoe is het? Zoals beloofd mijn feedbackformulier. Ik heb mijn feedback gecombineerd met de feedback van Janneke de Man en hoop dat het zo duidelijk is. Morgen geef ik je op papier mijn specifieke opmerkingen zodat je het kunt aanpassen en dan is het wat mij betreft voldoende. Tot morgen!

on 17-06-2011 16:19 felizberto veiga said the following:

Hoi Salvatore,
Hoe is het met je? Salvatore, ik heb jouw feedback conform afspraak en aanwijzingen verwerkt. Wil je het controleren of ik niets vergeet alstublieft? Ik wens je alvast een fijn weekend.

Groet,
Feliz

22-juni- 2011
From: s.vitale@erasmusmc.nl
To: felizbertoveiga@hotmail.com
Subject: Re: Artikel na jouw feedback gisteren
Hoi Feliz,

Het is een mooi stuk geworden! Je hebt de feedback uitstekend verwerkt! Ik heb nog twee opmerkingen in de tekst gezet (eigenlijk twee zinnen weggehaald in de samenvatting en twee woorden weggehaald bij de methoden). Zie bestand. Je hebt helemaal gelijk van de trefwoorden. Jouw suggestie is prima. Ik zou de volgende drie gebruiken:
Meta-cognitieve-training, psychose, culturele verschillen
Werkse! En geniet van je vrije tijd....geen onderzoek meer!

Groet,
Salvatore

on 01-06-2011 15:20 Felizberto Lopes Martins da Veiga said the following:
Hoi Salvatore,
Ik vind het goed. Ik kom het formulier op donderdag de 9de ophalen. Fijne dag verder.

Thanks en groet,

Feliz

Onderzoeksresultaten

Meta-Cognitieve Training bij Patiënten met een Psychotische Stoornis, Effectverschillen tussen westerse en niet-westerse patiënten..

Instituut erasmusmc Rotterdam faculteit universiteit van utrecht

F. Lopes Martins da Veiga, dr. S. Vitale, Dr. N. van Beveren, drs. J de Man UU juli 2011

Oorspronkelijk bericht-----

Van: S.G. Vitale [mailto:s.vitale@erasmusmc.nl]

Verzonden: woensdag 1 juni 2011 14:35

Aan: felizberto veiga

CC: Felizberto Lopes Martins da Veiga

Onderwerp: Re: formulier voor begeleiders

Hoi Feliz,

Volgende week krijg ik de feedback van Janneke de Man toegestuurd. 10 juni moet jij het formulier inleveren bij Claudia begrijp ik. Wat mij betreft kun je het formulier dan op donderdag 9 juni ophalen bij mij. Bijvoorbeeld om 15 uur? Is dat nog op tijd?

Groet,
Salvatore

22-5-2011

Hoi Salvatore,

Hoe is het met je? Goed weekend gehad? Salvatore, ik heb jou feedback en de feedback van curusdocent en medestudent verwerkt. In de bijlage treft je de artikel. Fijne avond, tot maandag.

Groet,
Feliz

Date: Fri, 20 May 2011 08:14:48 +0200

Subject: Re: concept 15 mei 2011

From: s.vitale@erasmusmc.nl

To: felizbertoveiga@hotmail.com

Hoi Feliz,

Gisteren vergeten in mijn mail, maar zou je mij het meest recente databestand kunt mailen. Dan kan ik a maandag samen met jou nog wat analyses doen. Als dat lukt ben je wat mij betreft klaar met analyseren en hoef je alleen nog je artikel af tr ronden. Ik vond de discussie trouwens goed qua opzet. Alvast een goed weekend en tot maandag!

Groetjes
Salvatore