

Casuskaart

Auteur: Nienke Dekker, Lieuwe de Haan

Mijn eten is vergiftigd door de duivel



Zorgstandaard: Psychose

Zorgstandaard: Stemmen horen

GGZ
Standaarden

ggzstandaarden.nl

DEZE CASUS KOMT UIT

Casusboek kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden

A.J.L.M. van Balkom, R.W. Kupka en J. Spijker (redactie)

Interesse in het complete casusboek Kwaliteitsstandaarden?
Neem dan contact op via info@akwaggz.nl. *Zo lang de voorraad strekt.*

Initiatief: Kwaliteitsontwikkeling GGz. © Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017.
De auteursrechten der afzonderlijke bijdragen berusten bij de auteurs.

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij BV
Internet: www.boompsychiatrie.nl
E-mail: klantenservice@boompsychiatrie.nl
ISBN 978 90 5898 0786

Akwa
GGZ Alliantie kwaliteit
Geestelijke
Gezondheidszorg

Mijn eten is vergiftigd door de duivel

Nienke Dekker, Lieuwe de Haan

Zorgstandaard: Psychose

Zorgstandaard: Stemmen horen

Een 20-jarige man wordt door de huisarts verwezen naar de polikliniek psychiatrie.

Hij komt samen met zijn vijf jaar oudere broer, die zich veel zorgen maakt. In de verwijsbrief van de huisarts staat dat de patiënt toenemend slecht slaapt en dat hij stemmen hoort. Hij verzorgt zichzelf slecht en zou in de afgelopen maanden vijf kilo zijn afgevallen. Hij heeft zich sinds enkele weken ziekgemeld op zijn werk wegens onenigheid met zijn collega's. Hij heeft een blanco psychiatrische voorgeschiedenis. De situatie thuis dreigt te escaleren, omdat de patiënt ervan overtuigd is dat zijn vader bezeten is door de duivel. De vraag van de huisarts is of er sprake is van schizofrenie.

Bij het uitvragen van zijn klachten vertelt de patiënt dat hij al sinds ruim een halfjaar stemmen hoort. Hij zegt er niet over te willen praten. Hij eet sinds enkele maanden niet meer samen met zijn ouders, omdat hij bang is dat het eten vergiftigd is. Hij zegt dat de reden daarvan is dat zijn vader bezeten is door de duivel en dat zijn vader degene is die thuis kookt. De patiënt zegt dat de 'beduiveling' het ergst is bij het kookpunt. Hij voelt zich niet somber, wel angstig. Hij heeft nooit een depressieve of manische episode gehad. Er is geen sprake van drugs- of alcoholgebruik. De patiënt gebruikt geen medicijnen.

Uit de heteroanamnese van zijn broer blijkt dat de patiënt zich sinds enkele weken ziek heeft gemeld op het werk omdat zijn collega's continu over hem aan het roddelen waren en er een vervelende werksfeer ontstond. Zijn vrienden heeft hij al maanden niet gezien. Het lijkt erop dat hij alleen zijn broer nog vertrouwt. Hij zit het grootste gedeelte van de dag op zijn kamer en onderneemt weinig. Zijn broer vertelt verder dat de patiënt vroeger ernstig is gepest op de lagere school en dat hij op het werk het gevoel had dat collega's hem pesten. De patiënt wil hier zelf liever niet over praten. Verder vertelt zijn broer dat de toestand van de patiënt al zeven maanden achteruitgaat. De patiënt ziet zijn vrienden nauwelijks meer en verzorgt zichzelf matig. Hij eet niet meer mee met zijn ouders en is 's nachts vaak 'aan het spoken' in huis. De patiënt communiceert vrijwel alleen nog met zijn broer. Hij zit nu in de ziektewet; hij werkte als productiemedewerker in een fabriek. Een oom lijdt aan schizofrenie en wordt medicamenteus behandeld.

Dilemma

De psychiater vraagt zich af of het voor het maken van een individueel diagnostisch profiel relevant is om traumatische ervaringen uit te vragen. Hij is beducht dat dit bij een man met psychotische klachten nog meer angst zal oproepen en de psychose misschien daardoor verergert.

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Het uitvragen van traumatische ervaringen en eventueel aanwezige posttraumatische klachten is relevant voor het maken van een individueel profiel, waarbij kwetsbaar makende, uitlokkende, onderhoudende en beschermende factoren worden beschreven, die gevolgen kunnen hebben voor de keuzen in behandeling. Hoewel de patiënt nu misschien te ziek en kwetsbaar is om vragen over zijn pestverleden te kunnen beantwoorden, moet het pestverleden wel goed gedocumenteerd worden en later – wanneer de patiënt in een minder kwetsbare en stabielere fase zit – nader te worden uitgevraagd.



Zorgstandaard *Psychose*, hoofdstuk 4. Diagnostiek en monitoring, 4.1 Diagnostiek, 4.1.1 Individueel, categoriaal en dimensionaal profiel.

Bij psychiatrisch onderzoek wordt een magere, matig verzorgde jongeman gezien die een angstige indruk maakt. Hij maakt nauwelijks oogcontact en kijkt regelmatig naar alle hoeken van de kamer. Het gesprek verloopt moeizaam, omdat hij nogal korte antwoorden geeft. Er vallen regelmatig stiltes. Het bewustzijn is helder en de oriëntatie is intact. De aandacht is goed te trekken, maar matig te behouden. Het geheugen is ongestoord. De intelligentie wordt gemiddeld geschat.

De patiënt meldt imperatieve akoestische hallucinaties en laat gedrag zien dat kan wijzen op hallucinaties (de patiënt lijkt stemmen te horen en kijkt waar deze vandaan komen; dit laatste kan ook wijzen op visuele hallucinaties). Het denken is normaal van tempo en bij vlagen incoherent. De patiënt gebruikt neologismen. Inhoudelijk is er sprake van wanen. De stemming is neutraal met een vlak affect. Suïcidegedachten zijn niet aanwezig. De psychomotoriek is rustig, met een weinig modulerende spraak en mimiek.

De somatische anamnese, het lichamelijk onderzoek en het laboratoriumonderzoek laten geen bijzonderheden zien.

Als werkdiagnose wordt 'schizofrenie' geassocieerd. Er wordt besloten de patiënt te behandelen met een antipsychoticum.

De patiënt komt na een week samen met zijn broer terug op het spreekuur op de polikliniek. Zijn broer vertelt dat de situatie nauwelijks verbeterd is. De patiënt draait zijn dag-nachtritme om en heeft zijn vader eenmaal bedreigd.

Zijn ouders weten niet meer wat ze met hem aan moeten en maken zich erg ongerust. Doordat hij 's nachts onrustig is, hebben ook zij slaapproblemen. Zijn broer blijft nu grote gedeelten van de dag thuis, omdat hij bang is dat het tot een vechtpartij komt.

De psychiater stelt een opname voor in een psychiatrisch ziekenhuis en de patiënt gaat daarmee akkoord. Een dag na de opname belt de broer de behandelend psychiater van de poli op. Hij maakt zich zorgen over zijn eigen geestelijke gezondheid. Hij heeft vorige maand enkele dagen een stem gehoord toen hij intensief moest studeren voor een moeilijk tentamen. Hij heeft er nu geen last meer van, maar vraagt of hij een intake mag krijgen op de poli om te onderzoeken of ook hij behandeld moet worden met antipsychotica.

Dilemma

De psychiater weet dat veel mensen zeker bij sterke vermoeidheid weleens pseudohallucinaties hebben. Hij wil de broer, die het al moeilijk genoeg heeft, niet onnodig ongerust maken, maar vraagt zich af of er in dit geval toch een indicatie is om bij de broer een screenend diagnostisch onderzoek te doen naar (subklinische) psychotische symptomen.

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

De broer heeft een verhoogd genetisch risico om een psychose te ontwikkelen, omdat zijn broer een psychotische stoornis heeft. Daarnaast heeft hij kennelijk ook kortdurende psychotische ervaringen gehad. Bij de broer is er daarom een indicatie om een zelfrapportagelijst af te nemen (bijvoorbeeld de Prodromal Questionnaire PQ-16), gevolgd door een diagnostisch interview als hij op deze lijst hoger dan een bepaald punt scoort. Zo kan nagegaan worden of hij ultrahoog risico (UHR) heeft op het ontwikkelen van een psychotische stoornis, of al voldoet aan de criteria van een (doorgemaakte) psychose. Als er bij de broer inderdaad sprake is van een UHR, dan moet er psycho-educatie worden aangeboden over risicofactoren en ondersteuning worden gegeven bij leefstijlverandering gericht op het tegengaan van uitval uit school, werk en vriendenkring, of het verminderen van middelengebruik. Ook wordt uitleg gegeven over de relatie tussen het ontregeld dopaminesysteem en het ontstaan van subklinische psychotische symptomen. Ten slotte wordt ook preventieve cognitieve gedragstherapie aangeboden, waarbij iemand leert de subklinische symptomen in perspectief te zetten. Dit alles heeft tot doel een psychose te voorkomen of de duur van een onbehandelde psychose zo kort mogelijk te houden en daarmee de ernst van een eventuele psychose te beperken.

-  **Zorgstandaard *Psychose*, hoofdstuk 3. Vroege onderkenning en preventie.**
-  **Zorgstandaard *Psychose*, hoofdstuk 5. Behandeling en begeleiding, 5.4 Psycho-educatie**
-  **Zorgstandaard *Psychose*, hoofdstuk 5. Behandeling en begeleiding, 5.4 Psycho-educatie**

De patiënt wordt tijdens de opname ingesteld op een ander antipsychoticum en krijgt slaapmedicatie om zijn dag-nachtritme te normaliseren. Hij trekt zich aanvankelijk vaak terug op zijn kamer en zegt niet veel. Na twee weken komt hij meer onder de mensen en doet mee aan het dagprogramma van de kliniek. Hij vertelt dat hij zich minder angstig voelt. De stemmen zijn er nog wel, maar meer op de achtergrond. Er wordt weer voorzichtig contact met zijn vader gelegd, wat goed verloopt. Na zes weken wordt hij ontslagen. Hij krijgt nazorg van een Vroege Interventie Psychose (VIP)-team, dat gespecialiseerd is in de ambulante behandeling van patiënten met een recent ontstane psychosespectrumstoornis.

Als de patiënt enkele weken in behandeling is bij het VIP-team, geeft hij aan dat hij – ondanks dat de stemmen zijn afgenomen sinds de behandeling met de antipsychotica – toch nog wel hinder ervaart door de stemmen. Hij wil naar een poli verwezen worden waar repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) wordt gegeven. Hij heeft hier goede verhalen over gehoord.

Dilemma

De psychiater is niet zo bekend met rTMS. Hij heeft er weleens over gelezen, maar er zelf geen ervaring mee opgedaan. Er is duidelijk een (partiële) respons op medicatie en hij weet eigenlijk niet of rTMS inderdaad een behandeloptie voor deze patiënt is.

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

rTMS is inderdaad een behandeloptie voor mensen bij wie auditieve hallucinaties niet verdwenen zijn door behandeling met antipsychotica. Er is bewijs voor de werkzaamheid van rTMS voor het behandelen van stemmen horen bij patiënten met een psychotische stoornis. Bij deze groep is aangetoond dat de ernst van de stemmen afneemt ten opzichte van placebobehandeling. Er is voorlopig echter geen evidentie dat de behandel effecten blijvend zijn na follow-up van 30 dagen. De patiënt geeft aan over de optie van rTMS te zullen nadenken.

-  **Zorgstandaard *Psychose*, hoofdstuk 5. Behandeling en begeleiding, 5.9 Combinatiebehandeling.**
-  **Zorgstandaard *Stemmen horen*, hoofdstuk 5. De zorg rondom stemmen horen, 5.4 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie, 5.4.17 Hersenstimulatie.**

De patiënt kiest uiteindelijk niet voor rTMS, maar wel voor cognitieve gedragstherapie (CGT). Ook krijgt hij enkele sessies traumabehandeling wegens zijn pest-verleden. Nadat hij vijf maanden in behandeling is bij het VIP-team heeft hij helemaal geen last meer van stemmen. Hij zegt nog een belangrijk verzoek te hebben. Hij wil op korte termijn de antipsychotica afbouwen.

Dilemma

De psychiater werkt graag in overleg met zijn patiënten, en weet dat veel patiënten toch ook wel enige hinder van antipsychotica ondervinden, maar zou het liefst toch nog even doorgaan. Hoelang is gebruik van een antipsychoticum eigenlijk nodig na een eerste psychose?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Bij patiënten bij wie de psychotische symptomen ten minste een halfjaar afwezig zijn, is geleidelijk afbouwen te overwegen. De kans dat vervolgens de psychotische symptomen wegblijven in het eerste anderhalf jaar erna is echter kleiner dan 50%. Dit moet goed besproken worden met de patiënt, en wenselijk is dit ook goed te bespreken met directbetrokkenen. Een keuze voor afbouw wordt begeleid door een terugvalpreventieplan en frequente behandelcontacten, vooral in de eerste drie maanden.

Bij deze patiënt zijn de psychotische symptomen nog maar kort in remissie. De psychiater geeft daarom het advies om de behandeling met antipsychotica nog een halfjaar te continueren, en dan – indien de psychotische symptomen in remissie zijn gebleven en de patiënt nog steeds het verzoek heeft af te bouwen – in overleg geleidelijk de inname van antipsychotica af te bouwen. Een langzame afbouw (weken tot maanden) verdient dan de voorkeur.



Zorgstandaard Psychose, hoofdstuk 5. Behandeling en begeleiding, 5.8 Medicamenteuze behandeling.