

# 25

## Psychotische stoornissen

*Remco de Winter en Roland van de Sande*

- 1 Inleiding
  - 2 Epidemiologie
  - 3 Geen hulpvraag
  - 4 Crisisontwikkeling en escalatierisico's
    - 4.1 Acute sociale teloorgang
    - 4.2 Suïcidaal gedrag
    - 4.3 Agressief gedrag
  - 5 Acute symptomen, differentiële diagnostiek en comorbiditeit
  - 6 Psychosen en de samenleving
  - 7 Conclusie
- Literatuur

## 1 Inleiding

In de spoedeisende psychiatrie wordt de hulpverlener veelvuldig geconfronteerd met de ingangsklacht 'verward zijn': dit is bijvoorbeeld een van de drie ggz-gerelateerde ingangsklachten van de Nederlandse Triage Standaard (NTS) (Jochems e.a., 2006). Overigens is verwardheid ook een lekenbegrip dat vaak gebruikt wordt voor vermoedens van psychotische symptomatologie. Verwardheid kan vaak vertaald worden als 'gedrag vanuit onderliggende psychotische symptomatologie' (De Winter, 2016) of vanuit andere etiologie. Verwardheid is echter ook een begrip dat tot onduidelijkheid kan leiden: het advies aan hulpverleners is om deze term juist te vermijden. De praktijk kan weerbarstig zijn: vooral in spoedeisende situaties wordt snel en adequaat handelen verwacht dat direct aansluit op een neutrale en vooral beschrijvende diagnose. In de spoedeisende acute psychiatrie voldoen mensen echter vaak niet aan een sluitend en waterdicht DSM-label, waarbij er vaak ook comorbiditeit speelt. Bij de spoedeisende beoordeling waarbij men een psychotisch beeld vermoedt, is het belangrijk om zorgvuldig te differentiëren. Differentiële diagnostiek staat dan in het licht van het inschatten van het actuele gevaar in relatie tot de huidige symptomatologie en het zo veel mogelijk afwenden van gevaar om de prognose van het crisisbeloop zo gunstig mogelijk te beïnvloeden. Hiervoor is allereerst een professionele empathische houding nodig met gebruik van de best mogelijke diagnostiek (waarbij de nadruk veel meer, in verband met de weerspannige praktijk, ligt op evidence-informed practice dan op evidence-based practice), de-escalatietechnieken en expertise in effectieve spoedinterventies. Hierbij moet zo veel mogelijk worden samengewerkt met belangrijke naasten, met belangrijke rollen voor respect en voor alertheid op stigma inducerende aspecten.

## 2 Epidemiologie

Psychotische symptomatologie kan worden geordend in meerdere categorieën, bijvoorbeeld psychotische symptomen na middelengebruik, na ernstige stress of een ontwikkeling, of terugval in een beeld bestaande uit een symptoomclustering in het schizofreniespectrum. De meeste mensen die psychotische symptomen ontwikkelen, voldoen echter nooit gedurende hun gehele leven aan de criteria van schizofrenie. Van schizofrenie wordt verondersteld dat 0,5-1% (Van Alphen e.a., 2012) van de mensen gedurende het leven voldoet aan de criteria. Een DSM-classificatie 'psychose' in een breder kader kent in de algemene Finse bevolking een prevalentie van ruim 3% (Perälä e.a., 2007; zie ook paragraaf 5).

In Nederland zijn er tussen 2009-2014, gedurende 62 maanden, 14.705 spoedeisende face-to-faceconsultaties gedetailleerd gearchiveerd in een stedelijke omgeving (De Winter e.a., 2017). Tabel 25.1 geeft een overzicht van alle primaire diagnoses op een afdeling Spoedeisende psychiatrie. Hierbij werden de kenmerken vergeleken van de consultaties waarbij er wel en geen sprake was van psychotische symptomen. Uiteraard moeten de cijfers voorzichtig worden geïnterpreteerd door diverse beperkingen van het onderzoek en de specifieke demografische kenmerken van de onderzoeksregio. Verschillen werden getoetst met een multivariaat logistisch regressiemodel. Er kwam naar voren dat bij ongeveer 25,6% van de consultaties die door de crisisdienst beoordeeld zijn, er sprake was van een psychotische stoornis als primaire diagnose.

**Tabel 25.1 Primaire diagnose bij consultatie door de Haagse spoedeisende psychiatrie 2009-2014\***

<i>Diagnose</i>	<i>Percentage*</i>
Primair psychotische stoornis	25,6
Alcohol- of middelengerelateerde stoornis	19,7
– primair alcohol	14,6
– primair middelen	5,1
Depressieve stoornis	13,9
Geen of uitgestelde diagnose	6,8
Overige stemmingsstoornissen	7,4
Neurotische of angststoornis	7,2
Persoonlijkheidsstoornissen	6,7
Organische stoornissen	4,3
Aanpassingsstoornissen	2,1
Overig en onbekend	6,3

\*  $n = 1.4705$ ; leeftijd in jaren: 44,0 (standaarddeviatie: 16,5); geslacht (vrouw): 46,3%

Bron: De Winter e.a., 2017.

In tabel 25.2 worden de kenmerken van de consultaties van psychotische patiënten vergeleken met die van niet-psychotische patiënten. Het is opvallend dat er diverse klinische en demografische verschillen zijn. Samenvattend: als psychotisch beoordeelde mensen zijn vaker mannelijk, hebben vaker een allochtone achtergrond en meestal geen partner; ze worden van alle patiënten het meest opgenomen en het vaakst met dwang. De politie is de belangrijkste verwijzer.

### 3 Geen hulpvraag

Binnen de spoedeisende psychiatrie vraagt meestal niet de persoon zelf om hulp, maar zijn het vaak derden die acute beoordeling en hulp noodzakelijk vinden. Niet de onderliggende psychiatrische pathologie is bepalend, maar vooral het daaruit voortvloeiende gedrag waarmee iemand zich presenteert.

De spoedeisende psychiatrie komt in aanraking met een specifieke selectie van de ‘psychotische’ populatie. De mensen die in beeld komen, laten meestal een zodanig complex van klachten zien dat dit leidt tot overlast waardoor men een spoedige beoordeling en interventie nodig acht. Een persoon die vanuit zijn paranoia agressie tegenover derden vertoont, komt uiteraard eerder in beeld dan een persoon die zich vanuit paranoia volledig terugtrekt uit het sociale en/of publieke leven en de confrontatie en interactie uit de weg gaat. De premorbide persoonlijkheidsontwikkeling speelt hierin een rol, maar ook bijkomende problemen zoals recent misbruik, sociale status en psychosociale problematiek. Er is een wisselwerking tussen deze twee uitingsvormen van paranoia en de populatie op de afdeling Spoedeisende psychiatrie, want wanneer een persoon geen huisvesting heeft en op straat leeft, valt iemand eerder op en komt hij eerder in beeld bij de hulpverlening. Tegenover dit relatief gunstige gevolg staat dat de onderliggende symptoomlast ook zorgt voor een groot risico op verval van

**Tabel 25.2 Kenmerken van patiënten met en zonder psychotische symptomen, Haagse spoedeisende psychiatrie 2009-2014**

<i>Model</i>	<i>Kenmerken</i>	<i>Allen</i> <sup>1</sup> <i>n = 1.4705</i>	<i>Psychotisch</i> <sup>1</sup> <i>n = 3.761</i>	<i>Niet-psychotisch</i> <sup>1</sup> <i>n = 10.944</i>
Model 1:	Leeftijd in jaren, gemiddeld (sd) <sup>2</sup>	44,0 (16,5)	<b>41,1 (16,0)</b>	44,5 (17,3)
leeftijd,	Geslacht (man) <sup>2</sup>	53,7	<b>67,3%</b>	50,7%
geslacht,	Nederlands <sup>2</sup>	59,6	<b>48,4%</b>	63,5%
etniciteit	Niet-Nederlands <sup>2</sup>	35,6	<b>46%</b>	32,1
	Westers	9,4	<b>9,2%</b>	9,4%
	Marokko <sup>2</sup>	3,7	<b>5,3%</b>	3,2%
	Nederlandse Antillen <sup>2</sup>	2,4	<b>4,3%</b>	1,8%
	Turkije <sup>2</sup>	3,2	<b>4,1%</b>	2,9%
	Suriname <sup>2</sup>	9,2	<b>11,8%</b>	8,3%
	Overig niet-westers <sup>2</sup>	7,8	<b>11,2%</b>	6,6%
	Onbekend <sup>3</sup>	4,7	<b>5,6%</b>	4,4%
Model 2:	Gehuwd <sup>2</sup>	15,5	<b>10,3%</b>	17,2%
leeftijd,	Ongehuwd <sup>2</sup>	48	<b>55,2%</b>	45,5%
geslacht,	Geen relatie <sup>4</sup>	12,8	<b>9,9%</b>	13,8%
burgerlijke staat	Weduwe, weduwnaar <sup>4</sup>	3,4	<b>2%</b>	4,5%
	Relatie onbekend <sup>4</sup>	20,2	<b>22,6%</b>	19%
Model 3:	Algemeen ziekenhuis <sup>2</sup>	16,9	<b>8,8</b>	19,5
verwijzer	Verwijzer ggz <sup>2</sup>	15,0	<b>22,7</b>	12,4
	Politie <sup>2</sup>	39,0	<b>46,2</b>	36,6
	Huisarts <sup>2</sup>	23,4	<b>15,9</b>	26,0
	Overig <sup>4</sup>	5,7	<b>6,4</b>	5,5
Model 4:	Opname <sup>2</sup>	34,4	<b>43,9%</b>	31,1%
gevolgde beleid	Opname zonder dwang <sup>2</sup>	20,3	<b>17,1%</b>	21,9%
	Opname met ibs <sup>2</sup>	14,1	<b>26,8%</b>	9,2%
	Spoedzorg <sup>2</sup>	30,1	<b>21,5%</b>	33,7%
	Zorg <sup>2</sup>	20,0	<b>15,4%</b>	21,6%
	Afwachten/ter plaatse laten <sup>2</sup>	16,5	<b>19,2%</b>	15,6%

Verschillen, middels regressieanalyse, tussen consultaties van personen met ( $n = 3.761$ ) en zonder psychotische symptomen ( $n = 10.944$ ) door de Haagse spoedeisende psychiatrie, periode 2009-2014.

1 in procenten, tenzij anders aangegeven

2 < 0,001

3 < 0,01

4 < 0,05

ibs: inbewaringstelling; sd = standaarddeviatie

sociale status en gerelateerde problematiek, wat leidt tot een toename van stress en daardoor weer een hoger risico op psychotische ontregeling.

Psychotische problematiek leidt vaak tot een ontbrekend ziekte-inzicht en ziektebesef, waardoor mensen hulp afwijzen. Er kan ook sprake zijn van een ingewikkeld behandelverleden waarbij mensen, bijvoorbeeld vanuit een gedwongen kader, een grote antipathie tegen hulpverlening hebben ontwikkeld (Kreyenbuhl, Nossel & Dixon, 2009).

Een praktische en respectvolle manier om met mensen met vermeende psychotische symptomen in gesprek te gaan en contact te krijgen, is beschreven door Jules Tielens (2012). Hij noemt deze techniek 'Verbindende Gesprekstechniek': een methode die veel elementen heeft van motiverend interviewen, waardoor je vooral patiënten zelf laat vertellen en ze erkenning geeft zonder de inhoud te bediscussiëren en waarbij je onderzoekt hoe je creatief aansluitend op de beleving van de patiënt zorg kunt inzetten.

Altijd moet er bekeken worden in hoeverre er een steunsysteem is, en of er belangrijke directbetrokkenen benaderbaar zijn. Een betrokken systeem kan van groot nut zijn bij de diagnostiek en een gunstig beloop op de behandeling hebben, terwijl in andere gevallen het systeem ook een luxerende of in stand houdende invloed kan hebben op de psychotische problematiek en waarbij psycho-educatie een belangrijk onderdeel van hulp kan zijn.

#### 4 Crisisontwikkeling en escalatierisico's

Belangrijke escalerende gedragsuitingen zijn ernstig agressief gedrag, angstig gedrag en suïcidaal gedrag, waarbij naasten of andere betrokkenen binnen het systeem niet meer in staat zijn om met het gedrag om te gaan, of zelf dreigen te decompenseren. Of er is een zodanig dreigende situatie dat er een acute oplossing wordt verwacht. Omdat de spoedeisende-psychiatriehulpverlener gemiddeld pas na meer dan een uur aanwezig kan zijn, is er ook vaak al sprake van een afname van de heftigste ontregeling die gaande was. Anderzijds kan soms de aanwezigheid van andere hulpdiensten en omstanders in de tussenliggende tijd de stress verhogen en conflicten in de hand werken. Bovendien is er voor de ggz-crisisdienstmedewerkers een valkuil om defensief te reageren bij oplopende frustraties bij diverse partijen over de wachttijd voor een psychiatrische beoordeling. Het is belangrijk om direct erkenning te geven voor de stressvolle situatie: zowel tegenover de verwijzer als tegenover andere betrokkenen, en daarbij te begrijpen waarom er soms afwerend wordt gereageerd. Het is belangrijk om te investeren in begrip en een goede verstandhouding.

De wachttijd zorgt er dus vaak voor dat de piek van heftigheid is verminderd, maar dat neemt niet weg dat de informatie van de afgelopen uren goed moet worden geïnventariseerd. Daarbij moet er goed worden bekeken hoe het beeld zich in een dynamisch kader heeft kunnen ontwikkelen en of een justitieel vervolg niet conflicteert met het beleid van de spoedeisende psychiatrie. Ook is het zinvol om zo veel mogelijk, op transparante wijze, met de patiënt en de directbetrokkenen de mogelijkheden maar ook de grenzen van het handelen te bespreken.

Er zijn verschillende scenario's die voor een hiërarchie in de manier van handelen zorgen. Zo kan het zijn dat er na beoordeling geen psychiatrie in engere zin kan worden geconstateerd en er niets gedaan wordt, men de persoon ter plaatste laat blijven, en er bij meer acuutheid en heftigheid van het beeld een opname kan volgen. Onderstaande hiërarchie van de manier van handelen kan worden gevolgd:

1. vervolgzorg regelen;
2. ambulante spoedzorg arrangeren;
3. intensieve thuisbehandeling (*intensive home treatment: IHT*);
4. vrijwillige opname op een open opnameafdeling;
5. vrijwillige opname op een gesloten opnameafdeling; of:
6. gedwongen opname.

Voor het onderwerp 'gedwongen opname' binnen de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ), zie hoofdstuk 18 Drang en dwang. Bij het beleid hangt het er uiteraard van af in hoeverre een patiënt zorg draagt voor een ander of juist verzorgd wordt door derden, en er risico is op gevaar en dat daardoor snel handelen gewenst is.

Ingewikkeld is de zorg voor mensen over wie veel bezorgdheid is, die acuut in beeld komen, die niet in zorg willen komen, en die niet voldoen aan de criteria van de Wet BOPZ. In de praktijk is hiervoor een goede samenwerking met de gemeenten (zoals bemoeizorg van de GGD) en de wijkagent om te zoeken naar allerlei alternatieven van bemoeizorg. Hierbij moet men er altijd goed op bedacht zijn dat het behoud van autonomie een belangrijk goed is en dat er zo min mogelijk schade moet ontstaan door het interveniëren.

#### 4.1 Acute sociale teloorgang

Door hallucinaties, wanen, katatone symptomen en/of desorganisatie, maar ook door volledige initiatiefloosheid kunnen er diverse risico's ontstaan. Voorbeelden hiervan zijn: ernstige ondervoeding en ernstige zelfverwaarlozing met vervuiling. Daarbij kunnen allerlei zaken nagelaten worden die op de lange termijn grote gevolgen hebben. Het beoordelen van dit type gevaar is uitermate complex en geeft vaak veel discussie over de objectivering van de ernst en de noodzaak tot direct ingrijpen.

#### 4.2 Suïcidaal gedrag

Bij schizofrenie wordt geschat dat ongeveer 5-8% van de patiënten gedurende het leven suïcide pleegt (Hor & Taylor, 2010). Onderzoek suggereert dat betere psychosezorg zorgt voor een vermindering van dit suïcidecijfer (Castelein e.a., 2015).

In hoofdstuk 15 Suïcide en suïcidepogingen wordt uitgebreid ingegaan op spoedeisende psychiatrie en suïcidaal gedrag. Toch willen we een aantal zaken kort bespreken omdat de acute beoordeling van suïcidaal gedrag en eventueel homocidaal gedrag belangrijk is bij psychotische problematiek. Grofweg zijn er drie vormen van suïcidaal gedrag bij psychotische problematiek.

- *Bij duidelijke psychotische symptomatologie:* suïcidaal (en/of homocidaal) waarbij een patiënt commentariërende en bevel gevende gehoorshallucinaties heeft met daarbij ook vaak wanen. Dit behoort te allen tijde nauwkeurig geïnventariseerd te worden.
- *Ervaring van zeer ernstige angst bij psychosen:* waarbij patiënten zich zodanig klem voelen zitten dat er geen andere uitweg meer is dan suïcide.
- *Gedurende de postpsychotische periode:* waarbij het besef van de invaliderende kant van de ziekte kan doordringen en (secundair) ook een depressie zich kan ontwikkelen. Hierbij lijkt hogere intelligentie gecorreleerd aan een groter risico op suïcide (Hor & Taylor, 2010).

### 4.3 Agressief gedrag

De inhoud van hallucinaties en wanen kunnen, zeker bij een paranoïde kleuring, zeer bedreigend en angstaanjagend zijn. In de literatuur wordt in het algemeen een tweedeling gemaakt van uitingen van agressie: 'instrumentele agressie' en 'affectieve agressie'. Bij instrumentele agressie is de arousal in de hersenen vaak juist laag en staat de getoonde agressie vaak in het teken staat van spanning zoeken of het planmatig afdwingen van persoonlijke eisen (Cornell, Warren & Hawk, 1996).

De andere, veel frequentere vorm tijdens een psychotische episode is affectieve agressie. Dit is juist een extreem hoge arousal in de hersenen waardoor de impulsbeheersing te kort kan schieten. Neurobiologisch zijn er ernstige inhibitieverstoringen in de prefrontale cortex (Lobbestael, Cima & Arntz, 2013). Volgens deze hypothese zou er een deficiënte zijn van diverse neurotransmitters waardoor controle wegvalt over interne en externe stimuli (Soyka, 2011). Deze processen maken het enorm lastig om frustraties het hoofd te kunnen bieden. De combinatie van psychosociale de-escalerende interventie en het op maat inzetten van psychofarmaca kan hierbij veel schade beperken (Lepping, 2013). Bij affectieve agressie kan vijandigheid worden gezien vanuit paranoïdie en het getoonde agressieve gedrag kan dan worden beschouwd al een realistische poging tot overleving. Tijdens de crisisbeoordeling is het onderscheid maken tussen instrumentele en affectieve agressie essentieel voor het beleid en het beloop. Verder verwijzen we voor de medicamenteuze interventie graag naar het hoofdstuk over ingrijpmedicatie, hoofdstuk 17 Farmacotherapie.

## 5 Acute symptomen, differentiële diagnostiek en comorbiditeit

Uit wetenschappelijk onderzoek is bekend dat vroege interventies zoals laagdrempelige huisbezoeken, het opbouwen van een vertrouwensband en het tijdig opstarten van medicatie op maat op de lange termijn gunstig zijn voor het beloop (Secher e.a., 2015). Een professionele empathische grondtoon is daarbij essentieel voor optimalisering en destigmatisering van de zorg in de ggz (Van Staveren, 2016) en waarbij de eerder beschreven Verbindende Gesprekstechniek van Tielens (2012) een rol kan spelen.

De beoordelaar moet tijdens het proces van klinisch redeneren snel kunnen differentiëren tussen primair psychiatrische of organische etiologie. Dit is van belang voor een optimale alerte vervolgzorg die ook voorkomt dat belangrijke somatische afwegingen en acute zorg achterwege blijven. Delirante beelden kunnen zich soms zodanig presenteren dat er niet direct wordt gedacht aan een somatische oorzaak en uitgestelde somatische behandeling leidt tot een levensgevaarlijke situatie. Een belangrijk voorbeeld is het opwindingsdelier. Ook bij langdurende psychotische klachten is het cruciaal om somatische aspecten mee te wegen. Uit onderzoek komt naar voren dat in combinatie met grillig medicatiegebruik en een ongezonde leefstijl een aanmerkelijk verhoogd risico bestaat op metabole en andere somatische risicofactoren (Lahti e.a., 2012). Door een verstoorde lichaamsbeleving kunnen mensen met psychotische stoornissen hun klachten onvoldoende duidelijk maken en anderzijds blijkt dat somatische aandoeningen bij deze groep patiënten vaak onvoldoende worden herkend en behandeld (Theunissen e.a., 2013). Hier volgt een voorbeeld.

**Casus 1 Niet herkende somatiek**

De heer Van Vliet, 37 jaar, is sinds zijn 21e in behandeling voor klachten passende bij schizofrenie. Hij is meerdere malen opgenomen vanwege paranoïde psychotische symptomatologie. Sinds vijf jaar gebruikt hij clozapine, waarbij hij relatief stabiel is.

De heer Van Vliet komt binnen met een bizar beeld. Hij kan niet meer praten, kijkt verwilderd uit zijn ogen, en heeft een aantal mensen geslagen. De politie heeft hem meegenomen. Als de crisisdienst de heer Van Vliet beoordeelt, is hij incoherent en lijkt hij soms kort zijn bewustzijn te verliezen. De crisisdienst belt de vader van de heer Van Vliet. Die vertelt dat de heer Van Vliet de laatste twee jaar stabiel is en herkent het beschreven beeld niet. Hij vindt het ook niet passen bij het gedrag dat zijn zoon normaliter vertoont tijdens psychotische episodens. Na ingewikkeld overleg wordt de heer Van Vliet naar de SEH gestuurd. In de ambulance krijgt hij een insult en hij sterft kort daarna ten gevolge van een te laat herkende schedelbasisfractuur.

Qua beloop behoren schizofrenie en verwante psychotische stoornissen tot een van de meest invaliderende psychiatrische stoornissen. De ontwikkeling van de symptomen worden vermoedelijk veroorzaakt door een combinatie van en interactie tussen erfelijke factoren en omgevingsfactoren. De validiteit en operationalisering van het begrip 'schizofrenie' zijn echter sterk onderhevig aan discussie (Van Os, 2009). Bovendien wordt er vaak comorbiditeit gezien, waardoor er in de praktijk conceptuele onhelderheid blijft bestaan.

In tabel 25.3 staan, zonder volledigheid te willen zijn, de belangrijkste 'primair' psychotische stoornissen en de belangrijkste differentieeldiagnostische 'niet-primair' psychotische stoornissen, waarbij wel secundair psychotische symptomen kunnen worden waargenomen. Er wordt bij de DSM-5 gesproken over schizofreniespectrumstoornissen bij psychotische symptomatologie. Aangezien de DSM-5 (APA, 2013) verder iets verschilt van zijn voorganger, hebben we binnen dit overzicht de DSM-IV-classificaties nog bij het overzicht betrokken en is te zien dat een aantal aandoeningen anders genoemd worden.

Het komt maar zelden voor dat in de spoedeisende psychiatrie de novo de diagnose 'schizofrenie' kan worden gesteld. We raden het met klem af om deze diagnose te benoemen. Het benoemen van de diagnose 'schizofrenie' in de piek van de crisis kan veel ontreddeering veroorzaken en daarbij stigmaverhogend werken (Yang e.a., 2015). Bovendien is voorzichtigheid geboden met het onthullen van een classificatie aan de patiënt en/of directbetrokkenen als er geen duidelijke continuïteit van psycho-educatie gewaarborgd kan worden (Milton & Mullan, 2014). In de acute praktijk zal men dan ook vaak bij onduidelijkheid een van de volgende diagnoses stellen: 'ongespecificeerde' of 'andere gespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornis', of 'kortdurende psychotische stoornis'. Maar is het beter om vooral een beschrijvende diagnose weer te geven.

In dit licht worden er ook wel vloeiende overgangen tussen normaliteit en psychotische of psychoseachtige verschijnselen waargenomen. Bij 10-20% van de bevolking komt dit fenomeen weleens voor en behoeft dit lang niet altijd intensieve behandeling (Van Os, 2009). Ook is het een valkuil om in een acute situatie een eerder gestelde diagnose klakkeloos over te nemen. Een eenmaal gestelde diagnose wordt in de praktijk niet snel meer herzien. Daarbij is het ook van belang om heteroanamnestisch informatie te inventariseren waarbij ook een eerste contact worden gelegd met de naasten.

In acute situaties kan het vaak niet anders dan te focussen op de ernstigste symptomen en het beloop hiervan. De complexiteit van dit beoordelingsproces blijkt uit onderzoek binnen



**Tabel 25.3 Primair psychotische stoornissen en belangrijke differentiële diagnoses bij psychotische problematiek**

<i>'Primair' of 'secundair' psychotisch</i>	<i>DSM-5</i>	<i>DSM-IV</i>
'Primair' psychotisch	Schizofrenie (geen subtypen)	[Idem] gedesorganiseerde, katatone, ongedifferentieerde, paranoïde, resttype
	Schizofreniforme stoornis	[Idem]
	Schizoaffectieve stoornis	[Idem]
	<b>Ongespecificeerde schizofreniespectrumstoornis of andere psychotische stoornis</b>	Psychotische stoornis <b>NAO</b>
	<b>Ander gespecificeerde schizofreniepectrumstoornis of andere psychotische stoornis</b>	Psychotische stoornis <b>NAO</b>
	<b>Kortdurende psychotische stoornis</b>	[Idem]
	<b>Psychotische stoornis door een somatische aandoening</b>	[Idem]
	<b>Delirium</b>	[Idem]
	<b>Psychotische stoornis door een middel</b>	[Idem]
	<b>Waanstoornis</b>	[Idem]
	<b>Ander gespecificeerde schizofreniespectrumstoornis of andere psychotische stoornis</b>	<b>Psychotische stoornis NAO</b>
	<b>Katatonie bij een andere psychische stoornis (katatonie als specificatie)</b>	[Onbekend]
	<b>Katatone stoornis door ... [vermeld de somatische aandoening]</b>	[Idem]
	<b>Ongespecificeerde katatonie</b>	[Onbekend]
Differentieel-diagnostisch: 'secundair' psychotisch	<b>Cluster A-persoonlijkheidsstoornissen</b>	[Idem]
	<b>Bipolaire stoornis</b>	[Idem]
	<b>Depressie met stemmingscongruente [of stemmingsincongruente] psychotische kenmerken</b>	[Idem]
	<b>Autismespectrumstoornis</b>	[Diverse autistiforme en verwante stoornissen]
	<b>Cluster B-persoonlijkheidsstoornissen</b>	[Idem]
	<b>Nagebootste stoornis:</b> opgedrongen aan iemand anders; opgelegd aan zichzelf; registratieprocedures.	<b>Nagebootste stoornis:</b> met hoofdzakelijke lichamelijke verschijnselen en klachten; met hoofdzakelijke psychische verschijnselen en klachten; met gecombineerde lichamelijke en psychische verschijnselen en klachten.
	<b>Dissociatieve stoornissen</b>	[Idem]

NAO: niet anderszins omschreven (DSM-IV)

een acute gesloten opnameafdeling, waarbij gevonden is dat een acuut klinisch oordeel vaker leidt tot de classificatie van een primaire of comorbide psychotische stoornis, terwijl er met een gevalideerd gestructureerd interview, het Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI-plus) vaker een onderliggende stemmings- of angststoornis wordt gediagnosticeerd (Bohnen e.a., 2011). Overigens was het slechts bij de helft van de patiënten mogelijk om het gestructureerd interview af te nemen.

De differentiatie van primair psychiatrische ziektebeelden is uiteraard belangrijk. Zo is de behandeling van een depressie met stemmingscongruente psychotische kenmerken immers anders dan die van een primair psychotische ontregeling. Het kan in de praktijk voorkomen dat een te snelle verkeerde werkdiagnose kan leiden tot aanzienlijke behandelvertraging, met een groot risico op (partiële) invalidering (McGorry e.a., 1996). Doordat het niet altijd duidelijk is wat de werkelijke onderliggende diagnose is, moet er vaak op praktische en pragmatische wijze gehandeld worden op basis van de waargenomen symptoomlast en draagkracht van de patiënt en zijn naasten.

Het debuut van psychotische symptomen is meestal voor het dertigste levensjaar. De meeste ggz-instellingen hebben zorgprogramma's voor deze doelgroep, zoals een Vroege Interventieteam Psychose (VIP)-team en eerste psychosecentra. Deze bieden de mogelijkheid om laagdrempelig jonge mensen, meestal jonger dan dertig jaar, bij voorkeur met hun steunsysteem, snel te zien, waarbij snel verdiepende diagnostiek kan plaatsvinden en waarna eventuele behandeling kan starten.

Uiteraard kan psychotische symptomatologie ook op latere leeftijd debuten. Het is hierbij wel belangrijk om altijd eventuele onderliggende somatische problematiek te excluseren. Het leiden naar passende vervolgzorg is vaak lastiger dan bij jongeren en hangt ook meer af van de regio. In de grote steden kan er vaak gemakkelijk en snel naar wijkteams worden verwezen; in minder verstedelijkte gebieden kan het lastiger zijn om mensen goed in zorg te krijgen.

In de spoedeisende zorg is samenwerking met de ketenpartners van bemoeizorg essentieel. Deze zorg speelt een belangrijke rol voor mensen met (vaak) langdurige psychotische problematiek die zorgmijder zijn en door overlast acuut in beeld komen. Ze hebben vaak een beperkt sociaal netwerk, de relatie met familie en vrienden is vaak verstoord, en er zijn ook vaak conflicten met andere mensen. Soms hebben zij geen dak boven hun hoofd en is er geen reguliere dagbesteding. Naast de psychische problemen hebben deze mensen vaak verslavingsproblematiek en schulden met daarbij een tekortschietend inkomen. Bemoeizorg wordt meestal geregeld vanuit ggz-instellingen die samenwerken met de gemeenten, waarbij laagdrempelig zorg wordt aangeboden en waarbij het doel vooral is om zorgmijders weer zorg te laten accepteren en te motiveren voor behandeling. De psychiatrische behandeling gaat hand in hand met de aanpak van andere problemen zoals schulden.

## 6 Psychosen en de samenleving

Mensen met verward gedrag worden vaak als psychotisch gediagnosticeerd. Naast dat het de vraag is in hoeverre een niet-ggz-professional deze diagnose betrouwbaar kan stellen, is het vaak de vertaling van een noodkreet waarbij er een ernstige psychiatrische stoornis wordt vermoed. Uit niet-gepubliceerd Haags onderzoek kwam naar voren dat de kennis over de psychose bij de 'spoeddienstagent' beperkt is ( $n = 10$ ; gemiddelde score 1,4 [ $0 =$  nooit van

gehoord, 1 = van diagnose gehoord, 2 = geeft voorbeeld van diagnose, 3 = zelf herkend]) (Van Hemert, persoonlijke mededeling, 2003). Een wetenschappelijk politierapport van Kuppens en anderen (2015) stelt dat agenten vooral geleerd hebben om snel te handelen, wat juist voor personen in crisis heel dreigend kan overkomen en soms escalerend kan uitwerken. Anderzijds wordt er binnen de politie steeds meer aandacht besteed aan gemeenschappelijke probleemdefiniëring en objectieve risico-inschatting op dit gebied.

Vanuit belooponderzoek bij psychotische episoden komt vrijwel iedere keer naar voren dat er sprake is van een verstoring van de waarneming of interpretatie van zintuiglijke waarneming; daarbij is er geen terugkoppeling die tot adequate realiteitstoetsing leidt. Daarnaast is er een desintegratie van het gedrag vanuit een verstoorde wijze van de gedachtenordering (De Haan, Kahn & Sabbe, 2016). In de acute praktijk kunnen deze verschijnselen soms een stuk lastiger liggen en soms zelfs onbeoordeelbaar blijken. Soms wordt een persoon in een acute opwindingsstoestand gezien, is iemand niet coöperatief, en is het daarbij niet mogelijk om heteroanamnestisch informatie te krijgen. Ook kan een taalbarrière voor veel onduidelijkheid zorgen, en kan iemand psychotisch lijken bij wie dit uiteindelijk niet diagnosticeerbaar is. Er moet altijd rekening worden gehouden met de transculturele achtergrond van de patiënt en het mogelijke risico van overdiagnostiek.

### **Casus 2 De heer Wong**

De heer Wong, 30 jaar, Chinese nationaliteit, wordt beoordeeld op het politiebureau. Hij is angstig en kijkt argwanend om zich heen. De politie heeft hem aangetroffen in een tram op het eindpunt. De heer Wong wilde niet uitstappen en het is tot een handgemeen gekomen. De telefonische tolk Chinees meldt dat hij de heer Wong zeer verward en chaotisch zijn verhaal hoort brengen en noemt hem psychotisch. De heer Wong wordt uiteindelijk met een ibs opgenomen.

Bij de ibs-zitting vertelt de heer Wong de Kantonese tolk die lijfelijk aanwezig is dat hij illegaal in Nederland verblijft en net een adres had opgekregen voor een baan. Toen hij de halte had gemist, hoopte hij dat de tram de route weer opnieuw zou rijden. Toen ze hem uit de tram wilde verwijderen, raakte hij in paniek en vond hij de situatie zeer beangstigend. Er is uiteindelijk geen sprake van psychiatrie in engere zin en de ibs wordt uiteindelijk niet bekrachtigd.

## **7 Conclusie**

Psychotische symptomen worden vaak gezien bij de beoordeling door hulpverleners in de spoedeisende psychiatrie. Psychose is echter een verzamelbegrip, past bij veel beelden en er moet altijd rekening worden gehouden met comorbiditeit.

Bij psychotische symptomen gaat het vaak om beoordelingen voor mensen bij wie de psychotische symptomen snel in ernst oplopen, en bij wie ook gevaarlijk gedrag een aandachtspunt is. De naasten zijn belangrijk voor spoeddiagnostiek en het opstellen van de-escalatiebeleid. Er moet tactvol maar doelgericht worden gehandeld, rekening houdend met stigmatisatiebij-effecten.

## Literatuur

- Alphen, C. van, Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., Bruggeman R., e.a. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie/De Tijdstroom.
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition: DSM-5™*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bohnen, E.M.A, Winter, R.F.P. de, & Hoencamp, E. (2011). Diagnostiek met MINI-plus in de acute psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53, 239-244.
- Castelein, S, Liemburg, E.J., Lange, J.S. de, Es, F. van, Visser, E., Aleman, A., e.a. (2015). Drop in suicide rate after first psychosis: A comparison with the situation two decades ago. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 159, A9565.
- Cornell, D., Warren, J., & Hawk, G. (1996). Psychopathy in instrumental and reactive violent offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 783-90.
- Jochems, P., Drijver, R., Wolde, W. ten, Herrmann, G., & Veld, C. in 't (2006). Geen tijd voor spraakverwarring: Doelmatige triage in de actue zorg vereist eenduidigheid. *Medisch Contact*, 16, 650-652. Raadpleegbaar via: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/geen-tijd-voor-spraakverwarring.htm>.
- Haan L. de, Kahn, R.S, & Sabbe, B.G.C. (2016). Psychosespectrumstoornissen. In M.W. Hengeveld, A.J.L.M. van Balkom, C. van Heeringen & B.G.C. Sabbe (Red.), *Leerboek psychiatrie* (pp. 271-294). Utrecht: De Tijdstroom.
- Hor, K., & Taylor, M. (2010). Suicide and schizophrenia: A systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*, 24, 81-90.
- Kreyenbuhl, J., Nossel, I., & Dixon, L. (2009). Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 696-703.
- Kuppens, J., Appelman, T., Ham, T. van, & Wijk, A. van (2015). Met fluwelen handschoenen? Politie en de omgang met verwarde personen in Amsterdam [rapport]. Apeldoorn/Arnhem: Politie en Wetenschap/Bureau Beke. Raadpleegbaar via: <http://www.politieenwetenschap.nl/cache/files/58becob15ba6PK71.pdf>.
- Lahti, M., Tiihonen J., Wildgust, H., Beary, M., Hodgson, R., Kajantie, E., e.a. (2012). Cardiovascular morbidity, mortality and pharmacotherapy in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 42, 2275-2285.
- Lepping, P. (2013). The use of emergency psychiatric medication: A survey from 21 countries. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 33, 240-2.
- Lobbestael, J., Cima, M., & Arntz, A. (2013). The relationship between adult reactive and proactive aggression, hostile interpretation bias, and antisocial personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27, 53-66.
- McGorry, P., Edwards, J., Mihalopoulos, C., & Jackson, H.J. (1996). EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia, Bulletin*, 22, 305-326.
- Milton, A.C., & Mullan, B.A. (2014). Diagnosis telling in people with psychosis. *Current Opinion in Psychiatry*, 27, 302-307.
- Os, J. van (2009). 'Salience syndrome' replaces 'schizophrenia' in DSM-V and ICD-11: Psychiatry's evidence-based entry into the 21st century? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 363-372.

- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S.I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., e.a. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*, 64, 19-28.
- Secher, R., Hjorthøj, C., Austin, S., Thorup, A., Jeppesen, P., Mors, O., e.a. (2015). Ten-year follow-up of the OPUS specialized early intervention trial for patients with a first episode of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 41, 617-626.
- Soyka, M. (2011). Neurobiology of aggression and violence in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 913-920.
- Staveren, R. van (2016). *HART voor de GGZ: Werken met compassie in een nieuwe ggz*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Theunissen, J.R., Duurkoop, P., Kikkert, M., Peen, J., & Dekker, J. (2013). Na de extramuralisering II: Een crosssectionele studie naar psychisch en sociaal functioneren en kwaliteit van leven van een steekproef van chronische psychiatrische patiënten in de Amsterdamse ggz. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 153-163.
- Tielens, J. (2012). In *gesprek met psychose: Verbindende Gesprekstechniek, praktische handleiding om in contact te komen en te blijven met psychotische mensen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Winter, R.F.P. de (2016). Een aanjaagteam voor de verwarde zorgverlener. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160, D55.
- Winter, R.F.P. de, Groot, M.H. de, Dassen, M.L. van, Deen, M.L., & Beurs D.P. de (2017) Het vóórkomen van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen bij de psychiatrische crisisdienst. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59, 140-149.
- Yang, L.H, Link, B.G., Ben-David, S., Gill, K.E., Girgis, R.R., Brucato, G., e.a. (2015). Stigma related to labels and symptoms in individuals at clinical high-risk for psychosis. *Schizophr Research*, 168, 9-15.