Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen

Samenvatting

Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen kenmerken zich voornamelijk door wanen, hallucinaties en/of gedesorganiseerd gedrag. Farmacotherapie met antipsychotica geldt als een effectieve vorm van behandeling. Ongeveer een kwart van de patiënten reageert echter niet of nauwelijks op antipsychotica. Als na gebruik van twee verschillende -voldoende hoog en lang gedoseerde- antipsychotica er nog steeds onvoldoende effect is, kan het atypische antipsychoticum clozapine bij meer dan de helft van deze groep alsnog effectief zijn. Voor de onderhoudsbehandeling wordt bij een eerste psychotische episode doorgaans ten minste twee jaar farmacotherapie geadviseerd en anders dient de behandeling langer te worden aangehouden. Voor het verminderen van de lijdensdruk van vooral hallucinaties en wanen kan cognitieve gedragstherapie aangewezen zijn. Veel patiënten hebben ondersteuning nodig bij de zelfverzorging, een zinvolle dagbesteding, het vinden van geschikte (aangepaste of beschermende) huisvesting en werkplek en het weer opbouwen van een betekenisvol sociaal netwerk.

2.1 Schizofrenie – 26
2.1.1 Kenmerken – 26
2.1.2 Diagnose – 29
2.1.3 Prevalentie – 31
2.1.4 Etiologie – 31
2.1.5 Behandeling – 34
2.1.6 Prognose – 36

© Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media B.V. 2017
R. van Deth, *Inleiding in de psychopathologie*, DOI 10.1007/978-90-368-1045-6_2

Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen kenmerken zich voornamelijk door wanen, hallucinaties en/of gedesorganiseerd gedrag. In de DSM-5 worden onder andere de volgende stoornissen onderscheiden:

- Schizofrenie
- Waanstoornis
- Kortdurende psychotische stoornis
- Schizofreniforme stoornis
- Schizoaffectieve stoornis

In dit hoofdstuk staat vooral schizofrenie centraal. De waanstoornis en kortdurende psychotische stoornis komen in ►kader 2a aan bod.

2.1 Schizofrenie

2.1.1 Kenmerken

Schizofrenie is een heterogeen klinisch syndroom dat sterk kan verschillen tussen patiënten en bij dezelfde patiënt over de tijd heen. Vanwege de heterogeniteit in uitingsvormen en vermoedelijk ook in oorzaken wordt wel gesproken van 'schizofreniespectrumstoornis'. Het dagelijks functioneren is duidelijk verminderd ten gevolge van de stoornis. De symptomen van schizofrenie, die ten minste zes maanden duren, zijn mede op basis van de DSM-5 in vier groepen te verdelen:

a. *Affectieve symptomen*
   Veelal doen zich bij patiënten met schizofrenie somberheid en anhedonie voor. Ze beschouwen zich als emotioneel leeg en niet meer in staat te genieten van activiteiten waaraan ze voorheen plezier ontleenden. Bij veel patiënten treedt affectieve vervlakking op: verminderde emotionele gezichtsexpressie, oogcontact en intonatie. Bij sommigen is sprake van inadequaat affect, angst, prikkelbaarheid of emotionele ontreddering.
b. *Somatische symptomen*
   Sommige patiënten hebben een ontregeld slaappatroon, weinig belangstelling voor voedsel of weigeren te eten. Velen hebben hun interesse voor seksualiteit en intimiteit verloren. Verder kan de waarneming verstoord zijn en doen zich hallucinaties voor: levendige, heldere, zintuiglijke ervaringen zonder aanwijsbare externe stimulatie. Er zijn auditieve, visuele, kinesthetische, olfactoire en gustatoire vormen. Auditieve hallucinaties komen het meest voor, meestal in de vorm van 'stemmen' die patiënten opdrachten geven of bekritiseren. Patiënten hebben het gevoel dat zij maar weinig controle hebben over deze stemmen.
c. *Gedragssymptomen*
   Patiënten spreken onsamenhangend, springen van de hak op de tak en leggen onlogische verbanden. Sommigen zijn opvallend vaag en wijdlopig en maken nieuwe woorden (neologismen) of nemen abstracte begrippen letterlijk (concretismen). Daarnaast kan gedesorganiseerde psychomotoriek optreden, zoals onvoorspelbare agitatie of katatoon gedrag.

In het laatste geval kunnen patiënten een rigide, bizarre lichaamshouding aannemen of bijvoorbeeld juist doelloze en buitensporige motorische activiteit vertonen. Andere vormen van katatonie zijn echolalie (napraten), echopraxie (nadoen) en negativisme (het tegenovergestelde doen van wat gevraagd wordt of alles weigeren). Daarnaast is sprake van initiatiefverlies, apathie, weinig spreken en sociaal terugtrekgedrag. Ten minste de helft van de patiënten heeft suïcidale gedachten en rond 20–40 % doet op enig moment een suïcidepoging. Dat risico wordt groter wanneer schizofrenie gepaard gaat met depressieve klachten.

d. *Cognitieve symptomen*
Er is sprake van gedesorganiseerd denken en verwardheid. Kenmerkend bij veel patiënten zijn wanen: hoogst individuele overtuigingen waaraan hardnekkig wordt vastgehouden, ook al zijn ze aantoonbaar in strijd met de werkelijkheid. De inhoud is op zijn best onwaarschijnlijk en wordt niet gedeeld door mensen met dezelfde sociaal-culturele achtergrond. Wanen kunnen op een breed scala van thema's betrekking hebben (bijvoorbeeld achtervolgings-, betrekkings-, somatische, religieuze, of grootheidswaan). Met name achtervolgings- en betrekkingswanen komen veel voor. Bij een achtervolgingswaan voelen patiënten zich bedreigd en achtervolgd, en zijn ze ervan overtuigd dat anderen tegen hen samenspannen. Patiënten met betrekkingswanen zijn er zeker van dat onschuldige, alledaagse gebeurtenissen een speciale persoonlijke betekenis voor hen hebben. Ze zijn vaak sterk gepreoccupeerd met dit soort wanen, die hen erg angstig kunnen maken.

Vaak kampen patiënten daarnaast met verminderde aandacht, werkgeheugen en executieve functies. Het denken verloopt vertraagd, terwijl abstract redeneren en het besluitvormingsvermogen aangetast zijn. Er doen zich dikwijls beperkingen voor in de sociaal-cognitieve functies, zoals het adequaat interpreteren van sociale situaties en de behoeften en intenties van anderen. Bij het merendeel van de patiënten is sprake van een beperkt beoordelingsvermogen en ziektebesef, zodat hen zelfs ernstig disfunctioneren niet opvalt, laat staan als hinderlijk wordt ervaren. Zeker in combinatie met angst en achterdocht leidt dat vaak tot weigering mee te werken aan de behandeling met een slechtere prognose als gevolg.

Bovenstaande kenmerken worden doorgaans onderverdeeld in positieve en negatieve symptomen. Positieve symptomen -zoals wanen, hallucinaties of gedesorganiseerd functioneren- komen bij mensen zonder psychose niet voor. Negatieve symptomen komen bij mensen zonder psychose wel voor, maar zijn bij patiënten met schizofrenie weggevallen. Daardoor treden symptomen op zoals vervlakking van het gevoelsleven of sociaal terugtrekgedrag. Grotendeels onafhankelijk van elkaar hebben beide soorten symptomen een verschillend beloop. Positieve symptomen treden vaker op in de acute fase, terwijl negatieve symptomen meer typerend zijn voor chronische vormen van schizofrenie. Negatieve symptomen ontwikkelen zich meestal na verloop van tijd. Ze gaan vaak samen met verminderd psychosociaal functioneren thuis, op het werk en/of op school en staan na of tussen psychotische episoden op de voorgrond.

Kader 2a Waanstoornis en kortdurende psychotische stoornis

Naast schizofrenie, schizofreniforme en schizoaffectieve stoornis (zie ►par. 2.1.2) worden de waanstoornis en de kortdurende psychotische stoornis onderscheiden. Een waanstoornis wordt gekenmerkt door ten minste één maand van wanen zonder andere psychotische symptomen. Het dagelijks functioneren is niet duidelijk beperkt en iemand gedraagt zich niet bizar of eigenaardig.

Onderscheiden worden:

- Het erotomane type: de waan dat iemand anders verliefd op betrokkene is.
- Het grootheidstype: de waan dat de betrokkene beschikt over een bijzonder talent of inzicht dan wel een belangrijke ontdekking heeft gedaan.
- Het jaloerse type: de waan dat de partner ontrouw is.
- Het achtervolgingstype: de waan dat er een samenzwering tegen betrokkene gaande is of dat hij wordt gevolgd, bespioneerd, belasterd of op een andere manier wordt benadeeld.
- Het somatische type: waan die betrekking heeft op lichamelijke functies of sensaties. Iemand is er bijvoorbeeld van overtuigd dat hij een akelige geur verspreidt of dat bepaalde lichaamsdelen niet goed meer functioneren.

Als de waan uitsluitend optreedt tijdens stemmingsepisoden, dan spreekt men van een depressieve- of bipolaire-stemmingsstoornis met psychotische kenmerken. Wanneer de stemmingsepisoden, vergeleken met de duur van de waan relatief kort zijn, is sprake van een waanstoornis. Het onderscheid tussen een waanstoornis en schizofrenie kan lastig zijn en een aantal patiënten ontwikkelt uiteindelijk schizofrenie. Schaars onderzoek wijst uit dat bij een deel van de patiënten met een waanstoornis antipsychotica effect kunnen hebben, maar vanwege ontbrekend ziektebesef wijzen velen iedere vorm van behandeling met kracht af. De prevalentie van de waanstoornis wordt geschat op 0,03 %, waarvan de achtervolgingswaan het meeste voorkomt. Met uitzondering van de jaloeziewaan die wat vaker bij mannen voorkomt, lijken er geen belangrijke genderverschillen in prevalentie. De waanstoornis begint veelal rond het veertigste levensjaar en heeft doorgaans een chronisch beloop.

Bij een kortdurende psychotische stoornis beginnen de symptomen plotseling en de episode duurt ten minste één dag, maar niet langer dan een maand. Vanwege deze tijdslimiet kan pas achteraf worden vastgesteld of er sprake is van een kortdurende psychose. Er doen zich in deze episode psychotische symptomen voor als wanen, hallucinaties, gedesorganiseerd spreken of (katatoon) gedrag. Veel mensen hebben het gevoel dat ze in een emotionele achtbaan zitten en zijn erg verward. Onderscheiden worden de kortdurende psychotische stoornis met of zonder duidelijke stressor(en). Na herstel zijn er geen restverschijnselen. Wanneer de stoornis zich voordoet tijdens de zwangerschap of binnen vier weken na de bevalling, wordt gesproken van een kortdurende psychotische stoornis met begin post partum, vaak kortweg post partum psychose genoemd. Bij een kortdurende psychotische stoornis kunnen antipsychotica zinvol zijn, maar een deel herstelt ook zonder deze medicatie. Wanneer een duidelijke stressor aanwijsbaar is als factor van betekenis, kunnen ook alleen stressreducerende maatregelen toereikend zijn. De kortdurende psychotische stoornis komt twee keer zo vaak bij vrouwen voor dan bij mannen.

2.1.2 Diagnose

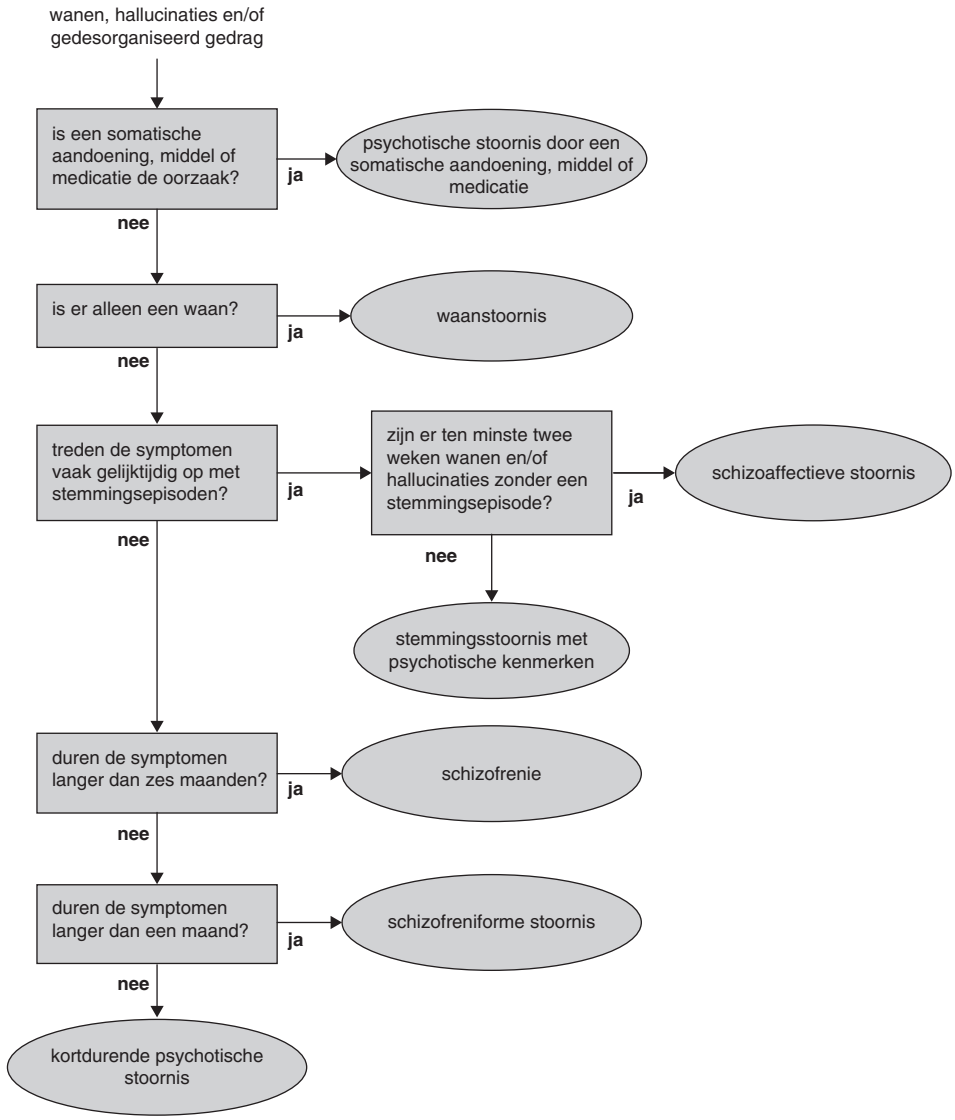
Voor de diagnostiek van psychotische stoornissen zijn verschillende specifieke instrumenten beschikbaar:

- Voor screening op psychotische klachten: de *Community Assessment of Psychic Experiences* (CAPE), de *Comprehensive Assessment of At Risk Mental State* (CAARMS) en de *Prodromal Questionnaire* (PQ).
- Om zicht te krijgen op de ernst en het beloop van de symptomen: de *Positive And Negative Syndrome Scale* (PANSS), de *Psychotic Symptom Rating Scale* (PSYRATS), het Stemmeninterview en het *Schedule for the Deficit Syndrome* (SDS).
- Voor het bepalen van het niveau van functioneren en de zorgbehoefte: de *Camberwell Assessment of Need* (CAN), de *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS).

Differentiële diagnostiek

Een aanzienlijk aantal mensen met een psychose meldt zich pas laat voor hulp. Meestal doen zich (in de prodromale fase) eerst subtiele veranderingen voor in het emotionele, cognitieve en sociale functioneren. Het denken verloopt trager, ze blijven zitten op school en voelen zich eenzaam en onbegrepen. In dat kader is er groeiende aandacht voor jongeren met een verhoogd risico op een psychose, ook wel jongeren met at risk mental states (ARMS) of ultra high risk (UHR) genoemd. Het gaat hier om jongeren die milde positieve symptomen hebben gehad, een kortdurende psychose hebben doorgemaakt die spontaan herstelde, of die een eerstegraadsfamilielid met een psychose hebben in combinatie met verminderd sociaal functioneren. Tijdige onderkenning van deze groep met vroeg-interventieteams kan wellicht erger voorkomen, al blijft dit vooralsnog lastig te voorspellen. Bij zo'n 10 tot 20 % van de bevolking komen psychotische verschijnselen wel eens voor zonder dat behandeling vereist is. Vaak duurt het enige tijd voordat de symptomen zo ernstig zijn dat een psychiater wordt geraadpleegd en dan vormen ook nog dikwijls andere psychische stoornissen de aanleiding. Veel patiënten zoeken zelf geen hulp, doordat zij -zeker bij een geleidelijk begin- de ernst van de symptomen onderschatten of hun wanen en/of hallucinaties hen beletten de ernst van hun situatie te onderkennen, dan wel erover te praten. Anderen zijn achterdochtig en menen dat er iets met hun omgeving aan de hand is en niet met hen. Naast dit gebrekkige of ontbrekende ziektebesef wordt in de hulpverlening een psychose bij meer dan de helft van de patiënten aanvankelijk niet herkend, terwijl tijdige behandeling van essentieel belang is. Om goed zicht te krijgen op de problematiek is het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de patiënt hier nog meer van belang dan bij veel andere psychische stoornissen. Zeker in de acute fase is -naast anamnese en psychiatrisch onderzoek- heteroanamnese noodzakelijk om tot de juiste diagnose te komen.

Bij psychotische symptomen die ten minste een maand duren, maar korter dan zes maanden, wordt gesproken van een schizofreniforme stoornis. Bij een meerderheid houden de symptomen langer aan dan zes maanden en spreekt men van schizofrenie. Het verschil tussen deze beide psychotische stoornissen wordt dus bepaald door de duur van de psychotische episode. Vanwege deze tijdslimiet kan pas achteraf worden vastgesteld om welke stoornis het gaat. Wanneer de psychotische symptomen zich vrijwel uitsluitend tijdens stemmingsepisoden voordoen, moet eerder aan een depressieve- of bipolaire-stemmingsstoornis met psychotische kenmerken of een schizoaffectieve stoornis worden gedacht. Het voornaamste onderscheid met stemmingsstoornissen is dat bij schizofrenie een stemmingsepisode ontbreekt dan wel relatief kort duurt in vergelijking met de duur van de psychotische



Figuur 2.1 Beslisboom om te bepalen om welke psychotische of verwante stoornissen het gaat

symptomen. Een schizoaffectieve stoornis heeft zowel symptomen van schizofrenie als van een stemmingsstoornis. Deze stoornis onderscheidt zich van een depressieve- of bipolaire-stemmingsstoornis met psychotische kenmerken, doordat ten minste twee weken wanen of hallucinaties voorkomen zonder een stemmingsepisode. Ook hier is soms pas achteraf vast te stellen dat er sprake was van dit type depressieve- of bipolaire stemmingsstoornis, doordat restverschijnselen ontbreken (zie fig. 2.1).

Psychotische episoden kunnen een direct fysiologisch gevolg zijn van een somatische aandoening, het gebruik (of onthouding) van medicatie of een middel (zie tab. 2.1). Gericht anamnestisch onderzoek, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek kunnen veel somatische oorzaken uitsluiten. Een hoge beginleeftijd zonder een persoonlijke of familiegeschiedenis van

Tabel 2.1 Overzicht van enkele belangrijke somatische aandoeningen, (onthouding van) medicatie en middelen die tot symptomen van een psychose kunnen leiden

somatische aandoeningen	endocriene stoornissen, lever- en nierkwalen, auto-immuunziekten, cerebrovasculaire aandoeningen, tumoren, hersentrauma, temporale epilepsie, ziekte van Parkinson en multiple sclerose
medicatie	antihistaminica, antihypertensiva, cardiovasculaire medicatie, antiparkinsonmiddelen, anti-epileptica antidepressiva, antipsychotica, benzodiazepinen, disulfiram
middelen	alcohol, cannabis, stimulantia, hallucinogenen

psychotische stoornissen, kan de clinicus alert maken op dit type psychotische stoornis. Bij een hoge beginleeftijd dient de clinicus met name ook een delirium of een andere neurocognitieve stoornis in overweging te nemen. De psychotische stoornis door een middel, medicatie of een somatische aandoening zal na adequate behandeling van de primaire oorzaak snel afnemen. Intensief gebruik van middelen als cannabis en amfetaminen kan met name op jonge leeftijd de gevoeligheid voor psychosen vergroten, de cognitieve stoornissen verergeren en de kans op terugval vergroten. Zeker in combinatie met middelgerelateerde stoornissen en/of depressieve symptomen moet de clinicus alert zijn op suïcidaliteit, die bij deze groep patiënten relatief veel voorkomt. Een groot aantal mensen met schizofrenie heeft een stoornis in tabaksgebruik, wat bijdraagt aan de bij deze patiënten veelvoorkomende somatische aandoeningen.

Andere veelvoorkomende comorbide stoornissen zijn de depressieve stoornis, angststoornissen (vooral paniekstoornis en gegeneraliseerde-angststoornis), OCS en PTSS. Daarnaast gaat schizofrenie vaak samen met middelgerelateerde stoornissen, wat bij velen begint als een vorm van zelfmedicatie. Soms gaat aan schizofrenie een schizotypische- of paranoïde-persoonlijkheidsstoornis vooraf. Bij een voorgeschiedenis van een autismespectrumstoornis of een communicatiestoornis, wordt alleen van schizofrenie gesproken wanneer er ten minste één maand ook duidelijke wanen of hallucinaties zijn (zie ook tab. 2.2).

2.1.3 Prevalentie

De lifetime-prevalentie van schizofrenie wordt wel geschat op 0,5 % tot 1 % van wie wat meer mannen en de jaarprevalentie op zo'n 0,02 %. De lifetime-prevalentie van de schizoaffectieve stoornis wordt geschat op 0,3 %, van wie wat meer vrouwen.

2.1.4 Etiologie

a. *Biologische factoren*
   - *Genetische factoren:* genetische factoren spelen een belangrijke rol. Eerstegraadsfamilieleden van patiënten met schizofrenie hebben een aanzienlijk grotere kans op het ontwikkelen van schizofrenie dan anderen. Er zijn tientallen genetische variaties bekend die verband houden met schizofrenie. De heritabiliteit wordt wel geschat op zo'n 70–80 %. Een hogere leeftijd van de vader (ouder dan vijftig jaar) vergroot het risico op schizofrenie.

Tabel 2.2 Belangrijke verschillen tussen schizofrenie en enkele andere psychische stoornissen

psychische stoornis	onderscheid met schizofrenie
kortdurende psychotische stoornis	de psychotische symptomen duren ten minste één dag, maar niet langer dan een maand
schizofreniforme stoornis	de psychotische symptomen duren niet langer dan zes maanden
schizoaffectieve stoornis	de psychotische symptomen doen zich voor tijdens stemmingsepisoden, maar er zijn ten minste twee weken wanen of hallucinaties zonder een stemmingsepisode
waanstoornis	behalve wanen ontbreken andere psychotische symptomen
psychotische stoornis door een somatische aandoening, een middel of medicatie	de psychose is een direct fysiologisch gevolg van een somatische aandoening, het gebruik van een middel of medicatie
depressieve- of bipolaire-stemmingsstoornis met psychotische kenmerken	stemmingsepisoden beheersen het beeld; psychotische symptomen doen zich doorgaans alleen voor tijdens stemmingsepisoden; minder restverschijnselen
delirium	acuut veranderd bewustzijnsniveau; geheugenstoornissen en desoriëntatie in tijd, plaats en persoon
neurocognitieve stoornis door de ziekte van Alzheimer	er is veelal een hoge beginleeftijd; progressieve cognitieve disfuncties (vooral geheugenstoornissen) beheersen het beeld
neurocognitieve stoornis met lewylichaampjes	vaak zijn er overgevoeligheidsreacties op antipsychotica met onder andere extrapiramidale bijwerkingen (stijfheid, verwarring, sufheid)
cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen	psychotische symptomen als wanen en hallucinaties, verwardheid en gedesorganiseerd denken ontbreken
borderline-persoonlijkheidsstoornis	symptomen zijn meestal reacties op interpersoonlijke problematiek; eventuele psychosen doen zich vaker alleen voor bij hevige stress

- *Neurobiologische factoren*: wellicht mede vanwege het brede scala van symptomen bij schizofrenie, zijn er tal van neurobiologische afwijkingen vastgesteld bij patiënten met schizofrenie. Zo zijn de hersenventrikels vaak vergroot en valt een geringer totaal hersenvolume en volume aan vooral frontale grijze stof op. Er zijn bij patiënten afwijkingen geconstateerd in de prefrontale cortex en het limbisch systeem, waarbij er vermoedelijk te weinig controle en remming is vanuit de prefrontale cortex op een overactief mesolimbisch systeem. Ander onderzoek wijst op een verminderde omvang van de hippocampus, amygdala en thalamus. Daarnaast lijkt bij patiënten met schizofrenie de NMDA-receptor (betrokken bij de versterking van veelgebruikte hersencircuits en afbraak van ongebruikte circuits) niet optimaal te werken, waardoor

leren door oefening moeizaam verloopt. Verminderd functionerende GABA-erge schakelneuronen zouden verantwoordelijk zijn voor verstoorde cognitieve en motivationele functies. Ten slotte lijkt verstoorde activiteit van de neurotransmitters serotonine en met name verhoogde dopamineniveaus een rol te spelen bij het ontwikkelen van schizofrenie. Mogelijk zijn pre- en perinatale complicaties deels verantwoordelijk voor deze afwijkingen. Dergelijke complicaties komen vaker voor bij patiënten met schizofrenie en belemmeren wellicht de vroege ontwikkeling van de hersenen. Anderen opperen dat bij schizofrenie ontstekingsreacties neuronale schade en daarmee (cognitieve) functiestoornissen veroorzaken.

b. *Psychologische factoren*
Volgens de cognitieve benadering is bij patiënten met schizofrenie de informatieverwerking verstoord. Vooral vanwege een ontregeld dopaminerg systeem wordt aan onschuldige of triviale stimuli als objecten, personen en interacties een ontremde of significante betekenis toegekend ('aberrant salience attribution'). Wanen zijn dan pogingen van patiënten om deze verstoorde betekenisgeving van externe stimuli te verklaren. Dit cognitieve proces wordt versterkt door bepaalde cognitieve tendensen in waarnemen en redeneren, die bij veel patiënten (vaak ook al in de premorbide fase) optreden. Vooral patiënten met wanen zijn geneigd op basis van weinig evidentie overhaaste conclusies te trekken ('jumping to conclusions'). Velen hebben een externaliserende attributiestijl waarbij toevallige, negatieve gebeurtenissen aan anderen worden toegeschreven. Onschuldige voorvallen worden niet aan toeval geweten, maar al gauw veronderstellen patiënten een causale relatie ('covariatietendens'). Stellig overtuigd van de juistheid corrigeren patiënten hun conclusies vaak niet op grond van strijdige of aanvullende informatie. Ze zoeken eerder naar ondersteuning voor het eigen gelijk en vermijden alle tegengestelde of aanvullende informatie of ervaringen ('confirmatietendens'). Corrigerende feedback van anderen ontbreekt veelal, ook al doordat zij uit schaamte niet over hun ervaringen durven spreken en/of daarvoor te veel sociaal geïsoleerd zijn geraakt. Ten slotte hebben patiënten met hallucinaties de neiging intern gegenereerde informatie toe te schrijven aan een externe bron. Deze zogenoemde bronmonitoringstendens wordt versterkt door verhoogd zelfbewustzijn, emotionele arousal en een selectieve aandacht voor potentieel bedreigende informatie. Verzet tegen de stemmen door ze bijvoorbeeld boos proberen het zwijgen op te leggen werkt eerder averechts.

c. *Psychosociale factoren*
Stressoren in de kindertijd, waaronder mishandeling en vooral seksueel misbruik, maar ook acute stressoren als oorlogsgeweld of (een opeenstapeling van) relatief geringe stressoren als uit huis gaan of gaan studeren vergroten met name de kans op eerste episoden van schizofrenie. Daarnaast komt schizofrenie vaker voor bij mensen die opgroeien in een stedelijke omgeving en bij Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse migranten van zowel de eerste als de tweede generatie. Mogelijk speelt hier een grotere biologische kwetsbaarheid in combinatie met sociale desintegratie bij urbanisatie en migratie een rol. Patiënten met schizofrenie ondervinden vaak ingrijpende psychosociale beperkingen. Hun niveau van functioneren (sociaal, beroepsmatig en/of qua zelfverzorging) ligt beduidend lager dan voor het begin van de stoornis. Velen kampen met sociale stigmatisering en ernstige maatschappelijke problemen, zoals dakloosheid en financiële problemen. Deels ten gevolge van het verstoorde functioneren van patiënten komen relationele- en gezinsconflicten vaak voor en ligt een sociaal isolement op de loer. Anderzijds hebben patiënten met schizofrenie een grotere kans op terugval, wanneer de directe omgeving op afkeurende, kritische of overbetrokken wijze reageert, hoge verwachtingen koestert en

veronderstelt dat patiënten een grote mate van controle hebben over hun gedrag. Schizofrenie kan het perspectief op belangrijke levensterreinen sterk negatief beïnvloeden, waardoor vooral patiënten in de vroege volwassenheid gedemoraliseerd kunnen raken.

2.1.5 Behandeling

a. *Biologische aanpak*
Farmacotherapie met antipsychotica vormt de hoeksteen van de behandeling van schizofrenie en geldt als een effectieve vorm van behandeling. Hoewel weinig valide, wordt er een onderscheid gemaakt in typische (klassieke of eerste generatie) en atypische (moderne of tweede generatie) antipsychotica. Tot de typische antipsychotica behoren onder andere haloperidol en perfenazine en tot de atypische clozapine, risperidon en olanzapine. Beide typen verschillen niet veel in effectiviteit. Verondersteld wordt dat ze hun werking primair ontlenen aan het blokkeren van postsynaptische dopaminereceptoren in het mesocorticale en limbische hersengebied. De positieve symptomen (wanen en hallucinaties) zijn met beide vormen van medicatie doorgaans redelijk goed te behandelen, maar de negatieve symptomen verbeteren (apathie en initiatiefverlies) vaak aanzienlijk minder. Veel (typische èn atypische) antipsychotica geven bovendien tal van bijwerkingen, zoals bewegingsstoornissen (parkinsonisme, acute dystonie, tardieve dyskinesie, acathisie), seksuele disfuncties, sedatie en negatieve effecten op het gevoelsleven (anhedonie). De atypische antipsychotica geven over het algemeen wat minder bewegingsstoornissen dan met name het veelgebruikte typische antipsychoticum haloperidol, maar er zijn vaker bijwerkingen op de stofwisseling met gewichtstoename als gevolg. Bij een acute psychose is haloperidol het standaardmiddel, bij voorkeur -net als alle andere antipsychotica- in een zo laag mogelijke dosering. In het algemeen vermindert dan binnen enkele uren tot dagen de agitatie, binnen een paar dagen tot weken de eenvoudige wanen en hallucinaties en binnen enkele maanden het gedesorganiseerde denken en de complexe wanen. Bij ouderen dient men terughoudend te zijn met het voorschrijven van antipsychotica, onder andere omdat ze de angst en onzekerheid bij het bewegen kunnen vergroten en tot een delirium kunnen leiden.

Ongeveer een kwart van de patiënten reageert niet of nauwelijks op antipsychotica. Bij deze groep patiënten is het van belang om andere mogelijke oorzaken (opnieuw) te overwegen en zo mogelijk te behandelen. Als na gebruik van twee verschillende -voldoende hoog en lang gedoseerde- antipsychotica er nog steeds onvoldoende effect is, kan het atypische antipsychoticum clozapine bij meer dan de helft van deze groep alsnog effectief zijn. De werking van clozapine is minder gebaseerd op het blokkeren van dopamine zoals de typische antipsychotica, maar ook op dat van onder andere serotonine. Bij clozapine komen minder bewegingsstoornissen voor en deze medicatie heeft ook een grotere werkzaamheid op de negatieve symptomen. Een nadeel is dat deze medicatie bij een klein deel van de patiënten onvoldoende aanmaak van witte bloedcellen (agranulocytose) kan veroorzaken, wat levensbedreigend kan zijn. Daarom is ten minste de eerste vier maanden van het gebruik wekelijkse en vervolgens maandelijkse controle van het bloedbeeld vereist. Bij therapieresistente psychosen wordt een anti-epilepticum (lamotrigine) of memantine (een middel voor (matig) ernstige vormen van alzheimerdementie, zie ►par. 15.2.5) toegevoegd dan wel transcraniële magnetische stimulatie (TMS) of elektroconvulsietherapie (ECT) toegepast. De wetenschappelijke evidentie voor deze toepassin-

gen bij schizofrenie is beperkt. Vooral bij patiënten met een schizoaffectieve stoornis of een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken worden naast antipsychotica (zoals perfenazine), antidepressiva of stemmingsstabilisatoren (lithium, valproaat) ingezet.

Voor de onderhoudsbehandeling wordt bij een eerste psychotische episode doorgaans ten minste twee jaar farmacotherapie geadviseerd. Alleen door de medicatie vervolgens te staken kan worden bepaald of de patiënt behoort tot de minderheidsgroep (rond 40 %) met een eenmalige psychose. Wanneer meer episodes zijn opgetreden dan is de kans op terugval nog groter en dient de behandeling langer te worden aangehouden, al is er geen overeenstemming hoe lang die periode behoort te zijn. Jaarlijks wordt het behandelbeleid met de patiënt geëvalueerd en vooral op basis van bijwerkingen en individuele wensen van de patiënt zo nodig bijgesteld. Gerichte motivationele technieken zijn dikwijls noodzakelijk om te zorgen dat patiënten hun antipsychotica blijven innemen. Het risico op stoppen met het gebruik kan worden verminderd door de dosis te verlagen, een ander antipsychoticum met minder bijwerkingen voor te schrijven, dan wel door de antipsychotica geleidelijk -in enkele maanden- af te bouwen. Voor sommigen kan intramusculaire toediening van langer werkende depotpreparaten een oplossing zijn. Belangrijker nog met het oog op de therapietrouw is het opbouwen van een goede behandelrelatie met patiënten en hun familie. Meer dan de helft van de patiënten stopt anders vroegtijdig met de medicatie, vanwege de bijwerkingen (vooral dysforie en bewegingsstoornissen) en/of als gevolg van het geringe ziektebesef, wat de kans op terugval aanzienlijk vergroot. In die gevallen is het van belang dat patiënten en hun directe omgeving de eerste signalen van een psychotische episode leren onderkennen en weten wat hen dan te doen staat.

b. *Psychologische aanpak*

Een aanzienlijk deel van de patiënten met schizofrenie houdt ook na behandeling met antipsychotica restsymptomen. Velen hebben steun nodig bij de emotionele verwerking van de veranderde toekomstverwachting met blijvende beperkingen in psychosociaal opzicht, waarmee schizofrenie vaak gepaard gaat. Voor het verminderen van de lijdensdruk van vooral hallucinaties en wanen kan cognitieve gedragstherapie aangewezen zijn. Zeker in het begin is bij deze vorm van therapie het perspectief van de patiënt het vertrekpunt en gaat de behandelaar er vanuit dat patiënten goede redenen hebben voor hun ervaringen en overtuigingen.

Wanen met bijbehorende cognitieve tendensen worden binnen de cognitief-gedragsgerichte benadering beschouwd als disfunctionele misinterpretaties. Samen met de therapeut worden patiënten uitgedaagd om in plaats daarvan op zoek te gaan naar alternatieve verklaringen voor wat hen overkomt. Met gedragsexperimenten en exposure onderzoeken ze vervolgens de waangedachten op hun houdbaarheid en wordt het vermijdingsgedrag doorbroken. Zo krijgen patiënten bijvoorbeeld de opdracht zich op straat aan het veronderstelde gevaar bloot te stellen om concreet na te gaan of hun waan wel reëel is.

Bij auditieve hallucinaties richt cognitieve gedragstherapie zich vooral op de opvattingen over de macht van de stemmen. Het gevoel van oncontroleerbaarheid van de stemmen kan worden verminderd door bijvoorbeeld te zingen of te neuriën zodat patiënten merken dat de stemmen dan minder prominent zijn. Vervolgens kan de veronderstelde macht met een experiment verder ter discussie worden gesteld en wordt de stem gevraagd om bijvoorbeeld een vaas bloemen in de kamer te verplaatsen. Door dit soort ervaringen gaan patiënten minder belang hechten aan de stemmen en wordt het voor hen gemakkelijker ze niet te gehoorzamen.

c. *Psychosociale aanpak*
Met name ook vanwege de nadelige sociale effecten dient opname zo kort mogelijk te zijn of liefst vermeden. Soms is dit echter niet mogelijk, wanneer patiënten een gevaar zijn voor zichzelf en/of anderen, niet goed meer voor zichzelf kunnen zorgen en/of wanneer zij moeten worden ingesteld op nieuwe medicatie. Gezinsinterventies kunnen het risico van terugval verminderen. Gezinsleden leren hoe ze hun familielid constructief kunnen ondersteunen en minder kritisch en emotioneel kunnen communiceren. Daarnaast kunnen ze helpen stressoren en de eerste tekenen van een naderende terugval tijdig te signaleren. Hiertoe kan een signaleringsplan worden opgesteld. Een specifieke gezinsinterventie voor mensen die stemmen horen is hallucinatie integratieve therapie (HIT). Het helpt patiënten controle te krijgen over hun stemmen en de directe omgeving er anders mee om te gaan. HIT bestaat uit een combinatie van gezinstherapie, cognitieve gedragstherapie, copingtraining, psycho-educatie, motiverende gespreksvoering en rehabilitatie. Deze geprotocolleerde aanpak blijkt de positieve symptomen te verminderen en het welbevinden van patiënten te verbeteren. Afhankelijk van de ernst van de cognitieve functiestoornissen kunnen patiënten verder baat hebben bij vaardigheids- en rehabilitatietrainingen. Ten slotte hebben veel patiënten ondersteuning nodig bij de zelfverzorging, een zinvolle dagbesteding, het vinden van geschikte (aangepaste of beschermende) huisvesting en werkplek en het weer opbouwen van een betekenisvol sociaal netwerk.

- **Richtlijn**

De *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie* (2012) adviseert bij acute fasen van schizofrenie een antipsychoticum en bij onvoldoende effect na zes weken een ander antipsychoticum. Als herstel vervolgens na twaalf weken uitblijft, wordt aangeraden over te stappen op clozapine. Bij onvoldoende effect na zestien weken kan de clinicus een ander antipsychoticum, lamotrigine, memantine of lithium toevoegen dan wel transcraniële magnetische stimulatie overwegen. Wanneer er restverschijnselen zijn in de vorm van negatieve symptomen kan mirtazapine aan het antipsychoticum worden toegevoegd of lamotrigine aan clozapine. Ook transcraniële magnetische stimulatie behoort dan tot de mogelijkheden. Depressieve restsymptomen worden behandeld met het toevoegen van een antidepressivum aan een antipsychoticum. Bij ernstige, aanhoudende hallucinaties en/of negatieve symptomen dient de clinicus ECT te overwegen. Steeds wordt bij remissie een langdurige onderhoudsbehandeling aanbevolen. Met het oog op terugval, heropname en therapieontrouw zijn vooral gezinsinterventies aangewezen. Persisterende wanen of hallucinaties worden respectievelijk met vormen van cognitieve gedragstherapie of HIT behandeld en bij persisterende negatieve symptomen zijn psychomotorische therapie, lotgenotengroepen of muziektherapie behandelopties (zie ◘tab. 2.3). Vormen van dans-, beeldende, drama- of ergotherapie en socialevaardigheidstraining worden niet aanbevolen.

2.1.6 Prognose

Schizofrenie met een begin vóór het achttiende jaar ('early-onset schizofrenie') is zeldzaam. Meestal ontstaat de stoornis vanaf de late tienerjaren tot achter in de twintig. Gemiddeld is de beginleeftijd bij vrouwen wat hoger en bij de helft van hen dient de stoornis zich pas aan na hun dertigste levensjaar en dan vaker in combinatie met een stemmingsstoornis. Een eerste psychose kan zich echter ook nog wel na het veertigste levensjaar ontwikkelen ('late-onset

Tabel 2.3 Vormen van behandeling bij schizofrenie volgens de *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie* (2012)

biologische behandeling	*behandeling van eerste keus*	*bij onvoldoende effect na zes weken*	*bij onvoldoende effect na twaalf weken*	*bij onvoldoende effect na zestien weken*	*bij restsymptomen*	*bij ernstige persisterende hallucinaties en/of negatieve symptomen*
	antipsychoticum bij remissie: onderhouds-behandeling	wisselen van antipsychoticum bij remissie: onderhouds-behandeling	wisselen naar clozapine bij remissie: onderhouds-behandeling	additie ander antipsychoticum, lamotrigine, memantine of lithium; transcraniële magnetische stimulatie	bij negatieve symptomen: additie mirtazapine aan antipsychoticum of lamotrigine aan clozapine; transcraniële magnetische stimulatie bij depressieve symptomen: additie van anti-depressivum aan antipsychoticum	ECT
psychosociale interventies	naast psycho-educatie bij risico op terugval, heropname en therapieontrouw: bij voorkeur gezinsinterventies en als opties Libermanmodulen of interactievaardigheden bij persisterende wanen bij voorkeur cognitieve gedragstherapie en bij hallucinaties hallucinatie integratieve therapie (HIT) bij persisterende negatieve symptomen: opties psychomotorische therapie, lotgenotengroepen of muziektherapie					

schizofrenie'), al is dit bij mannen uitzonderlijk. Er is veel variatie in de ernst en duur van de symptomen. Zo'n kwart van de gevallen met schizofrenie heeft een gunstig beloop, maar ten minste ook een kwart houdt chronisch problemen. Velen hebben te kampen met restverschijnselen, waarbij de opvallende symptomen uit de acute fase doorgaans verminderen, maar vooral negatieve symptomen blijven aanhouden. Het grootste deel van de patiënten krijgt te maken met terugval, vooral als ze geen antipsychotica (meer) gebruiken. Daarmee behoort schizofrenie tot meest invaliderende psychische stoornissen.

De prognose is ongunstiger bij familiaire belasting, slecht premorbide functioneren, een geleidelijk begin op jonge leeftijd zonder aanwijsbare stressor, overheersende negatieve symptomen en late behandeling. Cognitieve kenmerken als lagere intelligentie, geheugen- en concentratieproblemen voorspellen verminderde sociale redzaamheid. De meesten hebben ondersteuning in het dagelijks leven nodig. Minder dan de helft van de mensen heeft werk, studie of huishoudelijke taken. Veel patiënten met schizofrenie hebben een lagere levensverwachting, ook al doordat ze -naast suïcidaliteit- vaker kampen met gewichtstoename, diabetes, hart- en vaatziekten vanwege hun leefstijl en/of de langdurige behandeling met antipsychotica. De schizoaffectieve stoornis begint veelal op jongvolwassen leeftijd en de prognose lijkt wat gunstiger dan voor schizofrenie, maar minder gunstig dan voor stemmingsstoornissen zonder psychotische symptomen.

http://www.springer.com/978-90-368-1044-9

Inleiding in de psychopathologie
van Deth, R.
2017, XIV, 273 p. 14 illus., Softcover
ISBN: 978-90-368-1044-9