

PSYCHOSE

DE STOORNIS

Een psychose beïnvloedt waarnemen, denken en emoties. Daardoor beleeft iemand de werkelijkheid anders. De belangrijkste symptomen zijn: wanen, hallucinaties, problemen met samenhangend spreken, gedesorganiseerd gedrag en motivatieproblemen. Psychosen zijn kenmerkend voor een groep psychische stoornissen. In de DSM-5 worden die onder de term 'schizofreniespectrum' geschaard. In de zorgstandaard gebruiken we voor deze groep de term 'psychotische stoornissen'.

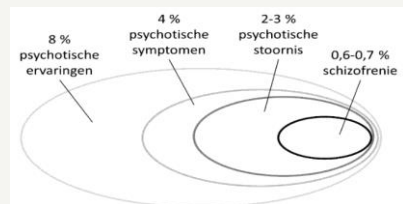
Bij een psychotische stoornis heeft de patiënt altijd 1 of meer psychotische symptomen:
- wanen, hallucinaties, onsamenhangende spraak, gedesorganiseerd gedrag of catatonie.

Daarnaast kan de patiënt symptomen vertonen uit 3 andere symptoomclusters:
- negatieve symptomen - spraakarmoede, motivatieproblemen, initiatiefverlies, vervlakking van het gevoelsleven;
- cognitieve symptomen - onder andere stoornissen in informatieverwerking, concentratie, (werk)geheugen, planning en probleemoplossend vermogen;
- affectieve symptomen - angst, somberheid, manie.

Niet iedereen met een psychotische stoornis heeft al deze symptomen, ze komen in elke combinatie voor.

DE EPIDEMIOLOGISCHE KERNMERKEN

Ongeveer 8% van de volwassenen heeft wel eens een psychotische ervaring (gehad). Bij 4% gaat dit samen met lijden en is er behoefte aan hulp. Ongeveer 2 tot 3% voldoet ooit in het leven aan de criteria voor een psychotische stoornis en 0,6-0,7% krijgt ooit de diagnose schizofrenie.



Prevalentie van psychotische ervaringen, symptomen en psychotische stoornissen

Elk jaar worden er per 100.000 mensen tussen de 11 en 35 nieuwe gevallen gerapporteerd van een psychotische stoornis. Een psychose ontstaat vaak in de adolescentie of de vroege volwassenheid.

Psychotische stoornissen worden veroorzaakt door een combinatie van erfelijke factoren ('genetische gevoeligheid') en omgevingsfactoren (bijvoorbeeld ondervoeding voor de geboorte, virale infecties, traumatische ervaringen, pesten en buitengesloten worden). Of en in welke mate iemand met een genetische gevoeligheid daadwerkelijk een psychose krijgt is niet te voorspellen.

VROEGE ONDERKENNING EN PREVENTIE

Screenen in de algemene bevolking op subklinische psychotische symptomen is niet zinvol. Wel kan het nuttig zijn om mensen met een hoog risico op psychose op te sporen. Zo kan bij een (dreigende) psychose tijdig worden ingegrepen, waardoor de gevolgen aanzienlijk kunnen worden beperkt en vaak een chronisch beloop kan worden voorkomen.

- Zet een zelfrapportagelijst gevolgd door een diagnostisch interview in om mensen met een hoog risico op psychose op te sporen. Bijvoorbeeld de Prodromal Questionnaire PQ-16 gevolgd door de Comprehensive Assessment of At Risk Mental States (CAARMS) of de Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes (SIPS).
- Wees alert op voortekenen bij de risicogroep: recentelijk aanzienlijk terugvallen in sociaal functioneren (dreigende uitval uit school, werk en vriendenkring) bij geringe sociale steun, cannabisgebruik en traumatisering. In combinatie met de mogelijke genetische aanleg bepalen deze factoren de uitkomst. Elke risicofactor afzonderlijk draagt weinig bij aan het totale risico, maar gecombineerd in 1 persoon neemt het risico exponentieel toe.
- Verwijs bij constatering van psychose snel door naar specialistische behandeling om de duur van onbehandelde psychose zo kort mogelijk te houden.

DIAGNOSTIEK

- *Individueel profiel.* Breng de factoren in kaart die bij de patiënt van invloed zijn (geweest) op het ontstaan, uitlokken en in stand houden van de psychose, en wat relevante beschermende en belemmerende kenmerken zijn. Onderzoek of de psychotische symptomen het gevolg zijn van een lichamelijke aandoening en/of middelengebruik (alcohol, drugs of geneesmiddelen). Doe een somatische anamnese (inclusief leefstijlanamnese), lichamelijk onderzoek en op indicatie aanvullend laboratoriumonderzoek en neurologisch onderzoek.
- *Dimensionaal profiel.* Meet de aanwezigheid en ernst van verschillende symptomen. Gebruik gevalideerde vragenlijsten en/of tests om symptoomdimensies uit te vragen en gebruik een korte screenende testbatterij voor cognitieve functiestoornissen. Neem hiervoor als uitgangspunt de domeinen uit de Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia (MATRICS) consensus cognitieve testbatterij.
- *Categoriaal profiel.* Stel vast of de klachten binnen de definitie vallen van een psychische stoornis. Breng in kaart met de patiënt en naaste(n): de aard, duur en beloop van psychotische symptomen, samenhang met andere psychische klachten en de gevolgen voor het sociaal functioneren. Gebruik hiervoor semi-gestructureerde interviews om alle mogelijke klachten aan de orde te laten komen.

Aandachtspunten tijdens de diagnostiek

- Breng bij hoog risico op psychose ook andere aandoeningen in beeld.
- Eerste psychose: gebruik de diagnostiek als hulpmiddel om interventies te kiezen die herstel bevorderend werken.
- Omdat patiënten niet altijd een goed overzicht kunnen of willen geven van het ontstaan en beloop van hun klachten is informatie van naasten van groot belang.

- Zorg voor een regelmatige follow-up om veranderingen op tijd te signaleren en het behandelplan aan te passen.
- Bij aanhoudende ernstige problematiek: check bij stagnerende behandeling of in een eerder stadium iets over het hoofd is gezien.

BEHANDELING EN BEGELEIDING

Kernelementen behandeling en begeleiding

- Goede zorg bij psychose sluit aan bij de zorgbehoeften en hulpvraag van patiënten en houdt rekening met het stadium van de psychotische stoornis waarin de patiënt zich bevindt.
- Zo mogelijk wordt er in alle stadia van de stoornis met de naasten samengewerkt.
- Zelfmanagement is altijd het uitgangspunt, maar is in acute psychose niet altijd mogelijk.
- Psychose wordt vaak in combinatie met andere stoornissen behandeld. Duur en frequentie van de behandeling verschillen in de praktijk sterk per patiënt, afhankelijk van de zorgvraag, de soort problemen naast psychose en andere individuele kenmerken.
- Hoe eerder behandeling start, hoe gunstiger de prognose en hoe groter de kans op preventie van een chronisch beloop.

Interventiemogelijkheden

De behandeling van psychotische stoornissen bestaat vrijwel altijd uit een combinatie van interventies, omdat er meestal zorgvragen op meerdere terreinen zijn. Voorbeelden van interventies zijn: medicatie, psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie, cognitieve remediatie training, psychomotorische therapie, Wellness Recovery Action Plan (WRAP), competitive memory training (COMET), gezinsinterventies en lotgenotengroepen.

Medicatie

Medicatie (antipsychotica) is een belangrijk onderdeel van de behandeling. Het werkt doorgaans goed om psychotische symptomen onder controle te krijgen en helpt na het herstel van de psychose te voorkomen dat deze symptomen terugkomen of weer meer opleven. Dat laatste is erg belangrijk, soms zelfs levensreddend. Het advies is om na eerste psychose tenminste 1 jaar antipsychotische medicatie te gebruiken. Na meerdere psychoses wordt geadviseerd medicatie te blijven gebruiken.

Het (langdurig) gebruik van antipsychotica is niet onomstreden. Bijwerkingen kunnen erg vervelend zijn, het dagelijks functioneren belemmeren en sociaal negatieve gevolgen hebben. Het jarenlang elke dag medicatie innemen geeft sommige mensen een gevoel van afhankelijkheid en bevordert de patiëntenrol. Regelmatige evaluatie van de medicatie met de patiënt is belangrijk om de beste keuzes te kunnen maken over start, voortzetten en afbouwen van medicatie.

HERSTEL, PARTICIPATIE EN RE-INTEGRATIE

Aandachtspunten herstel

- Ondersteun vanaf het begin zowel klinisch, persoonlijk als maatschappelijk herstel.
- Werk op basis van gelijkwaardigheid. Net zoals u deskundig bent op uw vakgebied is de patiënt deskundig op zijn eigen leven en ervaringen, doelen en wensen.

Aandachtspunten participatie

- Breng zo vroeg mogelijk in de behandeling de wensen en behoeften in kaart op het terrein van verschillende levensdomeinen. Wat zijn iemands doelen? Bij participatie kan het gaan om betaald

werk of vrijwilligerswerk, maar ook om zelfstandig wonen, meedoen in sociale activiteiten of een vereniging of het opbouwen en onderhouden van (intieme) relaties.

- Wees alert op zelfstigma bij patiënten en daarmee samenhangende demoralisatie.
- Bied een perspectief van hoop en optimisme en benadruk het belang van veranderbare psychosociale factoren ten opzichte van genetische aanleg.

Aandachtspunten (arbeids)re-integratie

- Leg bij een eerste psychose het accent op het zo snel mogelijk weer oppakken van werk of studie, aansluiting houden bij sociale netwerk en normale ontwikkeling in de leeftijdsgroep.
- Bied patiënten die dat willen begeleiding bij het vinden, zoeken en houden van werk. Individuele plaatsing en steun (IPS) is hiervoor een effectieve interventie.
- Raad patiënten aan om de beschermde zelfhulp te gebruiken om te beslissen hoe open zij willen zijn (op het werk) over hun aandoening.
- Adviseer individuele rehabilitatiebenadering (IRB) aan patiënten die op zoek zijn naar beschutte arbeid of vrijwilligerswerk.

ORGANISATIE VAN ZORG

Aandachtspunten organisatie van zorg

- Gebruik het schema echelonering om te bepalen vanuit welk echelon bepaalde zorgonderdelen in een bepaald stadium wel of niet kunnen worden aangeboden. De zorg voor mensen met aanhoudende ernstige problematiek die voldoende stabiel zijn kan geboden worden door de huisarts in samenwerking met de praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz of via begeleid- of beschermd wonen.
- Zorg voor een goede match of 'klik' tussen patiënt en hulpverlener. Dit is essentieel om tot een vruchtbare behandeling te komen.
- Check bij mensen met een hoog risico op een psychose - in verband met samenhang met andere psychiatrische problematiek - of een verslavingsdeskundige, een IPS-trajectbegeleider of een systeemtherapeut noodzakelijk is.
- Zet bij een eerste psychose zo mogelijk een ambulant vroege interventie psychose (VIP) behandelteam in.
- Ondersteun terugvalpreventie en stel samen met de patiënt een signaleringsplan op.

Samenwerkingsverbanden

- Familie en/of naasten zijn, zeker in eerste instantie, meestal de belangrijkste samenwerkingspartner. Betrek hen bij de eerste kennismaking en vraag naar hun visie op de situatie van de patiënt en die van henzelf.
- Een wijkgerichte benadering van de zorg heeft de voorkeur. Dat vraagt om goede afstemming en samenwerking tussen huisartsen, generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz, wijkteams en instellingen voor beschermd en begeleid wonen.
- Zoek ook samenwerkingspartners in de regio zoals woningbouwverenigingen, UWV, gemeenten, opleidingsinstellingen, jeugdzorg, patiënten- en familieorganisaties, zorg voor (licht) verstandelijk beperkten, forensische psychiatrie, gevangenis en verslavingszorg.

SAMENHANG MET GENERIEKE MODULES

Acute psychiatrie, Bijwerkingen, Comorbiditeit, Diagnostiek en behandeling suïcidaal gedrag, Destigmatisering, Dwang en Drang, Ernstige psychische aandoeningen, Herstelondersteuning, Samenwerking en ondersteuning naasten, Stemmen horen, Vaktherapie.