



Affectieve stoornissen in de consultatieve psychiatrie: psychiatriseren of normaliseren?

Symposium Ziekenhuispsychiatrie 2011

ACZP en NFZP

Samen in beweging bij comorbiditeit

Annette Boenink

Hoofd ziekenhuispsychiatrie Vumc Amsterdam



Casevignet A

Mw. A., 72 jarige vrouw, ruim een jaar misselijkheid, maagpijn en obstipatie. De klachten waren begonnen 3 dagen na het gebruik van antimycotica in verband met een schimmelinfectie in de mond en zijn sindsdien bijna continue aanwezig. Zij heeft ook last van een bittere smaak in haar mond.

Patiënte klaagde niet over een sombere stemming of anhedonie, haar leven werd alleen ernstig beperkt door de lichamelijke klachten. Hierdoor sliep zij ook slecht.

Psychiatrische voorgeschiedenis blanco tot het ontstaan van de recente klachten.

L.O. herhaalde gastroscopie, bloedonderzoek en een angiogram van de truncus coeliacus geen afwijkingen. Ondanks sonde voeding was patiënte ruim 20 kilogram afgevallen tijdens de reeks poliklinische en klinische evaluaties van de MDL internist.

P.O aanwijzingen voor hypochondrie met daaruit voortvloeiend depressieve klachten.

Diagnose bij second opinion: melancholie, depressie met een psychotische beleving van lichamelijke functies, aannemelijk geacht.

Therapie: amitriptyline. De gastrointestinale klachten namen hierop toe en na uitvoerig overleg met patiënte en partner werd besloten tot ECT. Na de eerste behandeling was zij reeds vrij van haar somatische klachten, de stemming en het initiatief verbeterden in 2 weken hierna. Na 13 sessie vond nabehandeling vond plaats met nortriptyline.



Casevignet B

Pt. B, 51 jaar, getrouwd, 2 kinderen.

VG 6 jaar geleden multipel myeloom, allogene stamceltransplantatie, chemotherapie en totale lichaamsbestraling, complete remissie, zeer ernstige graft vs host disease waardoor zeer beperkte longfunctie.

In deze tijd depressieve episode meegemaakt, behandeld met Citalopram.

Na gesprek met longarts die optie longtransplantatie noemde psychisch ontregeld.

Verwezen naar medisch psycholoog die snel psychiatrie in consult vroeg vanwege verdenking paniekstoornis.

Conclusie: paniekstoornis geluxeerd door (later weer genuanceerd) slecht nieuws gesprek

Therapie: citalopram en CGT



Casevignet C

Mw. C, 55 jaar. VG Hypertensie, COPD, DVT

- 9 maanden met kleine onderbrekingen opgenomen in ziekenhuis.
- biventriculaire pacemaker ivm slechte linkerventrikelfunctie
- in hospital cardiac arrest na verwijdering pacemaker, waarop een vlotte reanimatie volgde.
- pacemaker pocket infect/endocarditis wv 4 wkn linezolid tot 28/2
- heropname IC ivm acuut resp. falen
- Bovenste tractus bloeding eci
- Acute nierinsufficiëntie wv tijdelijk *veno-venous hemofiltration* (CVVH)
- Status na diffuse intravasale stolling met ischemie vingertop + tenen
- Clostridium infectie
- Posthypoxische encefalopathie: wel wakker, neurologisch matig.
- Stevens Johnsons syndroom: ernstig beeld wv steroïden iom dermatologie
- Critical illness polyneuropathie (CIPNP)
- CVA waterscheidingsinfarct fronto-temporaal.



Vervolg casevignet C

Door psychiatrie eerder in consult gezien, conclusie delier, gedragsstoornissen t.g.v. postanoxische schade

Sept 11 herconsult, vraagstelling depressie.

Patiënte heeft inmiddels een geïnfecteerde pacemaker draad die niet meer verwijderd kan worden. Zeer immobiel, veel pijn, decubitus, volledig zorgafhankelijk

Anamnese: wil graag naar huis maar ziet niet hoe dat zou moeten, wil niet meer naar verpleeghuis, denkt ook wel eens over de dood.

P.O. delier in remissie, cognitief ook verbeterd. Sombere, dysfore stemming, affect labiel, geen anhedonie, geen schuldgevoel, geen vitale kenmerken

Sociaal: partner heeft rol op zich genomen van coach / trainer, wil niet weten van opgeven, vind dat CCH moet opereren.

Conclusie: geen depressie, wel demoralisatie

Beleid: betere pijnbestrijding, gesprek met CCH, steun voor partner via MMW, existentiële thema's bespreekbaar maken tussen partners



Affectieve stoornissen en de ziekenhuispsychiater

“..komen veel voor bij patienten met lichamelijke ziekten en gaan gepaard met een verminderde kwaliteit van leven, hogere zorgconsumptie en soms slechtere compliance... worden te weinig onderkend .. dus zou er gescreend moeten worden...”

Diverse populaties in verschillende context en setting

- algemene poliklinieken psychiatrie
- poliklinieken comorbiditeit somatiek en psychiatrie
 - poliklinische consultatieve psychiatrie
- klinische consultatieve psychiatrie
- *gescreende populaties patienten met lichamelijke ziekten*

Context van belang voor de diagnostiek van affectieve stoornissen?



Helpt de DSM classificatie van depressieve stoornissen?

- Classificatie is geen diagnostiek
- Kritiek op beperkte formulering rouw criterium (Wakefield Arch Gen Psych 2007)
- Kritiek op ontbreken van criterium klinische significantie (Narrow Arch Gen Psych 2002)

Literatuur:

Horwitz en Wakefield: The Loss of Sadness 2007

Trudy Dehue: De depressie epidemie 2008

P.F.M. Verhaak Geestelijke Gezondheidszorg in de Huisartspraktijk: psychiatriseren of normaliseren? Oratie Groningen februari 2011

<http://www.nivel.nl/pdf/Oratie-Peter-Verhaak.pdf>



Wat dan wel?

- **Distress:**
 - Een onplezierige emotionele ervaring, variërend van normale gevoelens van verdriet en somberheid tot ernstige problemen zoals angst en depressie
 - Oncologie: distress thermometer (Lastmeter)
- **Complexiteit**
 - Biopsychosociale complexiteit zoals b.v. in kaart gebracht met de Intermed methode
- **Zorgbehoefte en hulpvraag**
 - Wat wil de patient zelf?

Hoofdstuk 10 : Complexiteit: screening en analyse. Huyse ea.

In: Handboek Multidisciplinaire Zorg. Tijdstroom 2010

Hoofdstuk 16 Distress and depression in cancer care. Tansey and Greenberg.

In: Psychosomatic medicine. An introduction to Consultation-Liaison psychiatry. Ed. Amos and Robinson. Cambridge University Press 2010



Het fenomeen demoralisatie

- ...verwijst naar
“een zekere mate van hulpeloosheid, hopeloosheid, verwarring en subjectief beleefde onmacht (incompetence)”
die mensen ervaren als zij merken dat zij niet aan hun eigen en andermans verwachtingen kunnen voldoen wat betreft omgaan met tegenslag.

Griffith and Gaby, Psychosomatics 2005 Brief Psychotherapy at the Bedside: Countering Demoralization From medical Illness.

Connor and Walton, Nursing Inquiry 2011 Demoralization and remoralization: a review of these constructs in the healthcare literature.

Hoofdstuk 26 Demoralization in the medical setting. Marcus Wellen and Thomas Wise. In: : Psychosomatic medicine. An introduction to Consultation-Liaison psychiatry. Ed. Amos and Robinson. Cambridge University Press 2010



Afbakening met depressieve stoornis

Gezamenlijke kenmerken:

- Slaapproblemen
- Gestoorde eetlust
- Energieverlies
- Suïcidegedachten

Afwijkende kenmerken

- Reactiviteit van stemming
- Vermogen tot genieten
- Subjectief ervaren onmacht vanwege onzekerheid over wat te doen (itt depressie waarbij apathie zelfs als er duidelijke een beste keuze is)



Existentiële dimensies van demoralisatie

1. Begrip en coherentie tegenover verwarring
2. Verbondenheid tegenover eenzaamheid
3. Hoop tegenover wanhoop
4. Zin / betekenis tegenover doelloosheid
5. Zelfsturing tegenover hulpeloosheid en onmacht
6. Moed tegenover angst
7. Dankbaarheid tegenover wrok en verbittering



De rol van existentiële thema's bij demoralisatie

- Demoralisatie kan door verschillende existentiële problemen / thema's bepaald worden.
- Wanneer meerdere thema's spelen: subjectief gevoel van incompetentie
- Bedside: vraag na welke existentiële thema's de ervaring van de patient domineren
- Basishouding: delen, valideren en normaliseren van de persoonlijke ervaring van de patient met de ziekte - compassie tonen
- Daarna pas (!) meer specifieke vragen om veerkracht te kunnen versterken

Griffith and Gaby, Psychosomatics 2005 Brief Psychotherapy at the Bedside: Countering Demoralization From medical Illness.



Wat verder te doen bij demoralisatie?

1. Fysieke en emotionele stressoren verlichten
2. De veerkracht van patient bij stress vergroten (o.m. door lijden te erkennen en waardigheid te herstellen)
 - Behandelend arts uitvoerig diagnose en prognose met pt laten bespreken
 - Team overtuigen meer pijnbestrijding te geven
 - Naasten van patient opsporen

PM interventies op meerdere systeemniveau's



Conclusies

Affectieve stoornissen in de consultatieve psychiatrie:

Psychiatriseren?

ja, soms, na degelijk psychiatrisch onderzoek

Normaliseren?

ja, soms, maar *zonder te bagatelliseren*

Het concept distress, mits gebruikt in combinatie met complexiteit en zorgbehoefte kan mogelijk helpen om psychosociale en psychiatrische zorg te bieden aan wie dat het meest nodig heeft

Het begrip demoralisatie verdient een plaats in de consultatieve psychiatrie

