

### 3.1 De verwarde patiënt

#### Meneer Pignon

Een zestigjarige man, meneer Pignon, werd op de afdeling psychiatrie opgenomen met een inbewaringstelling (IBS). Deze man is bekend met schizofrenie en leidt al jaren een zwerversbestaan met alcoholabusus. Hij was eerder weggelopen uit het ziekenhuis waar hij behandeld werd voor een mondbodemcarcinoom, waarvoor hij een commando-operatie moet ondergaan. Hij vertelt je op een drukke manier dat Willem Alexander en prinses Maxima op bezoek zijn geweest, wat ook logisch is, aangezien hijzelf getrouwd is met de koningin. Hij weet niet waarom hij hier moet zijn, want er is niets met hem aan de hand. Er zit wel een paddenstoeltje in zijn mond maar dat kan geen kwaad, 'want het komt uit een goed universum'.

Bij het psychiatrisch onderzoek valt op dat meneer Pignon een ver-vuilde en verwarde indruk maakt, weinig contact maakt en regelmatig in zichzelf mompelt. Zijn bewustzijn is helder. De aandacht is matig te trekken en te behouden, de patiënt is goed georiënteerd in tijd, plaats en persoon. Het geheugen lijkt ongestoord. Er zijn akoestische hallucinaties. Het denken is inhoudelijk gestoord (wanen over het koningshuis en zijn lichamelijke toestand), formeel is het iets gejaagd en gefragmenteerd; hij spreekt af en toe korte zinnen of woorden die geen verband met elkaar hebben. De stemming is normofoor, het affect is soms inadequaat. De patiënt heeft weinig mimiek.

### INLEIDING

In deze paragraaf worden de oorzaken van ‘verwardheid’ besproken naar aanleiding van de casus van meneer Pignon. Verwardheid kan optreden bij organiciteit, stemmingsstoornissen en psychotische stoornissen.

### DIFFERENTIËLE DIAGNOSTIEK

In de *differentiële diagnose* (DD) van de verwardheid van meneer Pignon wordt in volgorde van waarschijnlijkheid opgenomen:

- 1 psychose in het kader van schizofrenie;
- 2 delirium door alcoholonthouding, hersenmetastasen, vitaminedeficiënties, infectie enzovoort;
- 3 dementie;
- 4 manie in het kader van een bipolaire stoornis.

Bij lichamelijk onderzoek bleken alle laboratoriumwaarden van meneer Pignon goed. Aangezien de arts van het Leger des Heils hem regelmatig thiamine toediende waren er zelfs geen vitaminedeficiënties. Er waren geen hersenmetastasen te zien op de CT-scan.

Aan het eind van deze paragraaf wordt de casus van meneer Pignon vervolgd, nu volgen de ziektebeelden zoals in de DD genoemd staan.

### PSYCHOTISCHE STOORNIS

De verwardheid bij de psychotische stoornis uit zich met name in positieve symptomen, zoals wanen, hallucinaties en desorganisatie. Hier bespreken we de psychose in het kader van schizofrenie. In de *differentiële diagnose* staan:

- schizofreniforme stoornis;
- schizo-affectieve stoornis;
- waanstoornis;
- kortdurende psychotische stoornis;
- gedeelde psychotische stoornis;
- psychotische stoornis door een somatische aandoening;
- psychotische stoornis door een middel.

**Positieve en negatieve symptomen bij schizofrenie**

Positieve symptomen ('teveel' aan normaal aanwezige (zintuiglijke) activiteit)	Negatieve symptomen (gebrek aan normaal aanwezige activiteit)
hallucinaties	apathie (gebrek aan motivatie)
wanen	anhedonie (gebrek aan plezier)
desorganisatie	alogie (minder spreken)
	anergie (gebrek aan energie)
	affectvervlakking (gebrek aan emotionele reacties)

**Diagnostische criteria voor schizofrenie volgens DSM-IV PZ**

A	Een maand lang tenminste twee van de volgende symptomen (of korter indien adequaat behandeld met antipsychotica):	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wanen</li> <li>– hallucinaties</li> <li>– onsamenhangende spraak</li> <li>– ernstig chaotisch of katoon gedrag</li> <li>– negatieve symptomen</li> </ul>
B	Vanaf het begin van de stoornis is er voor het grootste deel van de tijd sprake van belangrijke beperkingen in het functioneren op een of meer gebieden (bijv. werk, intermenselijke relaties) en ligt het functioneren duidelijk onder het niveau van voor het begin van de stoornis.	
C	Duur ten minste zes maanden.	

De 'lifetime'-prevalentie van schizofrenie is ongeveer een procent en een eerste psychose openbaart zich meestal tussen de 15-35 jaar, bij mannen ongeveer vijf jaar eerder dan bij vrouwen. De specifieke leeftijd waarop de ziekte zich openbaart heeft ertoe geleid dat schizofrenie gezien wordt als een stoornis in de ontwikkeling van de hersenen waarbij met name de dopaminerge

neuronencircuits betrokken zijn. Middelennisbruik, en vooral cannabisgebruik komt veel voor als comorbiditeit. Het psychiatrisch onderzoek bij een patiënt met een psychose in het kader van schizofrenie kan er zo uitzien: Patiënt ziet er matig verzorgd of enigszins merkwaardig uit (draagt bijv. drie broeken over elkaar in de zomer) en maakt matig oogcontact. Hij presenteert zijn klachten bagatelliserend. De oriëntatie is meestal redelijk goed, de aandacht kan moeilijk te behouden zijn. Het ziektebesef en -inzicht is vaak afwezig. De waarneming is gestoord, bijv. becommentariërende of imperatieve akoestische hallucinaties, maar ook visuele, tactiele of olfactorische hallucinaties komen voor. Het denken kan zowel formeel (bijv. gedesorganiseerd) als inhoudelijk (meestal paranoïde wanen, maar ook bizarre wanen) gestoord zijn. De stemming is vaak angstig, het affect is vlak of inadequaar (bijv.: lacht bij het vertellen van iets treurigs). De psychomotoriek kan catatoon zijn.

#### Behandeling

- Psycho-educatie aan patiënt en familie over de ziekte, middelennisbruik en behandeling.
- Medicatie (zie antipsychotica in hoofdstuk 4).
- Begeleiding van maatschappelijk werk bij reïntegratie, huisvesting en financiën.
- Cognitieve therapie bij behandeling van onjuiste overtuigingen (wanen) of het omgaan met het horen van stemmen.

#### DELIRIUM

Het delirium is een acuut ontstane psychotische stoornis met een onderliggende somatische oorzaak. Er hoort dus een algemeen lichamelijk onderzoek plaats te vinden, met eventueel laboratoriumonderzoek (elektrolyten, infectieparameters enz.) of ander aanvullend onderzoek voor de opsporing hiervan. Bij het psychiatrisch onderzoek valt op dat de patiënt een (wisselend) verlaagd bewustzijn heeft en gedesoriënteerd (in tijd, plaats en/of persoon) is. Het geheugen is vaak gestoord. De aandacht is moeilijk te trekken of vast te houden. Het denken kan bradyfreen en/of verward zijn. De waarneming is meestal visueel gestoord ('beestjes zien'), de stemming kan verlaagd zijn en patiënt kan plukkerig gedrag vertonen of er is juist sprake van het ontbreken van motoriek (het 'stille' of 'hypokinetische' delier).

**Diagnostische criteria voor het delirium volgens DSM-IV PZ**

A	Bewustzijnstoornis (verminderde helderheid van het besef van de omgeving) met verminderd vermogen om de aandacht te concentreren, vast te houden of te verplaatsen. De stoornis vertegenwoordigt een verandering in het functioneren.
B	Bovendien is er sprake van veranderingen in de cognitieve functie (zoals geheugenstoornis, desoriëntatie, taalstoornis, waarnemingstoornis) die niet eerder is toe te schrijven aan een reeds aanwezige, vastgestelde of zich ontwikkelende dementie.
C	De stoornis ontwikkelt zich in korte tijd (meestal uren tot dagen) en neigt ertoe in de loop van de dag te fluctueren.

**Pathogenese**

Een delirium bij een patiënt met een gezond brein wijst op een ernstige somatische aandoening; bij patiënten met een premorbide beschadigd brein kan een betrekkelijk onschuldige lichamelijke aandoening al voldoende zijn om een delirium te luxeren. Oorzaken:

- somatische aandoening, zoals infectie, hersenmetastasen, elektrolytstoornissen, vitaminedeficiëntie enzovoort;
- gebruik van middelen: een intoxicatiedelirium (auto-intoxicatie na tentamen suïcide, postoperatief gebruik van opioïden, SSRI's);
- onthouding van middelen (alcoholonthoudingsdelirium, benzodiazepine-onthoudingsdelirium)

**Behandeling**

- vaststellen en behandeling van de oorzaak;
- symptomatische behandeling: bestrijding psychiatrische symptomen medicamenteus : haloperidol, eventueel aangevuld met lorazepam (zie hoofdstuk 4). Benadering: regelmatig patiënt oriënteren en geruststellen, eventueel fixeren (mag volgens de WGBO bij onrustig, schadelijk gedrag);
- beheersing van schadelijk gedrag (niet meewerken aan behandeling, zelfbeschadiging).

**DEMENTIE**

Ziektebeelden met geheugenstoornissen komen frequent voor bij ouderen. De prevalentie van M. Alzheimer is 1-2% tussen de 60-69 jaar, bij >90 jaar 30-40%. De anamnese en vooral de hete-

roanamnese zijn belangrijk voor de diagnostiek, daarnaast kan een Mini Mental State Examination een aanwijzing geven (zie de bijlagen). Een MMSE-score van boven de 28 kan als normaal worden beschouwd en beneden de 24 wordt geïnterpreteerd als aanwijzing voor dementie.

De pathogenese is verschillend per soort dementie, zoals soms al blijkt uit de naam (vasculaire dementie). Bij Alzheimer spelen ook vasculaire factoren een rol en worden seniele plaques, neurofibrillaire tangles en neuropildraden bij pathologisch onderzoek gevonden.

Bij het psychiatrisch onderzoek vallen met name de geheugenstoornissen op, welke vooral in het begin gecamoufleerd kunnen worden doordat patiënt bijvoorbeeld confabuleert. Ook kan een beginnend demeterende patiënt zich aanvankelijk presenteren met een depressie of een paranoïde waan, of karakterveranderingen.

#### Soorten dementie

Corticale dementie	Geheugenstoornissen in combinatie met taalstoornissen, apraxie en agnosie, de patiënt kan geen nieuwe informatie opnemen, bijv. bij M. Alzheimer.
Fronto-temporale dementie	Stoornissen in de executieve functies, kenmerkend zijn de gedragsymptomen bij afwezigheid (of laat optredend) van geheugenstoornissen, bijv. bij M. Pick, schade frontaalkwabben door traumata, infarcten en tumoren.
Subcorticale dementie	Cognitieve functies als traagheid, aandachtsstoornissen en gebrek aan flexibiliteit, vaak stoornissen in de spraak en motoriek, bijv. bij M. Huntington, subcorticale vasculaire encefalopathie, multiple sclerose, aids dementie, normal pressure hydrocefalus en leuko-encefalopathie.

Om M. Alzheimer te differentiëren van een vasculaire dementie kun je het neurologisch onderzoek gebruiken. Focale neurologische verschijnselen en klachten (bijv. verhoging van de diepe peesreflexen, reflex van Babinski, pseudobulbaire paralyse, loopstoornissen, parese van een extremiteit), een voorgeschiedenis van diabetes mellitus, hart- en vaatlijden, of laboratoriumuitslagen kunnen indicatief zijn voor een cerebrovasculaire ziekte (bijv. multipale infarcten in de cortex en de onderliggende witte schors).

**Diagnostische criteria voor de ziekte van Alzheimer volgens DSM-IV PZ**

A	Geheugenstoornis (onvermogen nieuwe informatie op te nemen of zich eerder geleerde informatie te herinneren).
B	Cognitieve stoornis, zoals blijkt uit een van de volgende: afasie, apraxie en agnosie en stoornis in de executieve functies.
C	De cognitieve stoornis veroorzaakt een belangrijke beperking in het sociaal of beroepsmatig functioneren, betekent een belangrijke achteruitgang ten opzichte van het vroegere, hogere niveau van functioneren en komt niet uitsluitend voor tijdens het beloop van een delirium.
D	Het beloop wordt gekenmerkt door een geleidelijk begin en progressieve cognitieve achteruitgang.
E	De cognitieve stoornissen worden niet veroorzaakt door andere oorzaken van het centraal zenuwstelsel die progressieve stoornissen veroorzaken van het geheugen en andere cognitieve functies (bijv. door cerebrale infarcten); van systeemziekten waarvan bekend is dat deze demencie veroorzaken (bijv. hypothyreoïdie); of door gebruik van geneesmiddelen of drugs.

**Aanvullende diagnostiek (MRI of CT-scan)**

M. Alzheimer	corticale atrofie, hippocampusatrofie, verwijding van de temporaalhoorn
Frontotemporale demencie	focaal frontale en/of anterotemporale afwijkingen
Vasculaire demencie	vasculaire laesies in combinatie met periventriculaire leuko-encefalopathie

**Behandeling**

Voor de neurodegeneratieve vormen van demencie zijn geen oorzakelijke therapieën beschikbaar. Bij vasculaire demencie wordt de behandeling gericht op de behandeling van eventueel onderliggende diabetes of hypertensie. De cholinesteraseremmers rivastigmine en galantamine en de NMDA-receptorantagonist memantine hebben een positief effect op cognitief functioneren en zijn geregistreerd voor M. Alzheimer. De cognitieve symptomen bepalen meestal de zorglast voor de mantelzorgers en zijn vaak de aanleiding voor verpleeghuisverzorging.

**(HYPO)MANIE (BIPOLAIRE STOORNIS)**

De verwardheid bij een manische patiënt uit zich in gejaagd denken en spreken en druk gedrag. Een manie is de tegenpool van een depressie (zie § 3.2), die samen tot uitdrukking komen in een bipolaire stoornis. De lifetime prevalentie van bipolaire stoornissen is 1,8% en in hoge mate erfelijk bepaald. De manie is dus een *stemmingsstoornis*, maar ook hier kan een patiënt zich verward tonen.

Kenmerken in het psychiatrisch onderzoek bij een manie: De patiënt kan uitbundig gekleed zijn en overrompend in het contact. Aandacht is vaak verhoogd afleidbaar. Het denken is gestuwd of gejaagd, verhoogd associatief, inhoudelijk passen er groothedswanen bij. Overmatig zelfbewustzijn, stemming kan eufoor of dysfoor zijn. Psychomotoriek is vaak versneld.

Bij de hypomane episode zijn dezelfde criteria als onder A en B van toepassing, alleen is dan de episode niet ernstig genoeg om duidelijke beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren te veroorzaken of een opname in een ziekenhuis noodzakelijk te maken en er zijn geen psychotische verschijnselen.

**Behandeling**

De behandeling van een niet-ernstige manie is een stemmingsstabilisator (lithium, carbamazepine, valproaat). Bij een ernstige manie kan een (atypisch) antipsychoticum toegevoegd worden, bij slaapproblemen of onrust een benzodiazepine.

Met onderhoudsbehandeling kan worden gestart als de patiënt een zeer ernstige manie heeft doorgemaakt (met noodzaak tot opname) en bij eerstegraads familieleden een bipolaire stoornis voorkomt, of wanneer de patiënt drie episoden heeft doorgemaakt (zie voor medicatie hoofdstuk 4).

**Casus meneer Pignon (vervolg)**

Bovenin de DD stond een psychose in het kader van schizofrenie waarmee meneer Pignon al bekend was. De inhoud van zijn wanen (bizar) en de akoestische hallucinaties, plus het inadequaat affect pleiten ervoor dat hij inderdaad een psychose passend bij schizofrenie had. Daarbij was zijn bewustzijn helder en was hij goed geo-



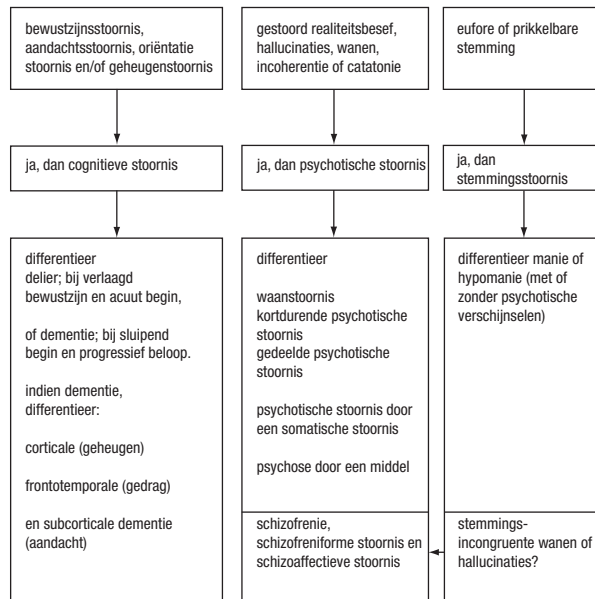
**Diagnostische criteria voor de manische episode volgens DSM-IV PZ**

- A** Een duidelijk herkenbare periode met een abnormale en voortdurend verhoogde of prikkelbare stemming met expansief gedrag, die tenminste een week duurt.
- B** Tijdens de stemmingsstoornis zijn drie (of meer) van de volgende symptomen aanwezig:
- grootheidsideeën
  - verminderde behoefte aan slaap
  - spraakzaamheid
  - verhoogde afleidbaarheid
  - toeneming van doelgerichte activiteit
  - zich overmatig bezighouden met aangename activiteiten waarbij een grote kans bestaat op pijnlijke gevolgen
- C** De stemmingstoornis veroorzaakt duidelijke beperkingen in werk, normale sociale activiteiten, in relaties met anderen en maakt opname in een ziekenhuis noodzakelijk om schade voor zichzelf of anderen te voorkomen of er zijn psychotische kenmerken.

riënteerd, wat minder waarschijnlijk maakt dat patiënt delirant was.

Vlak na de operatie werd patiënt echter wel delirant in verband met een pneumonie, en werd daarvoor succesvol behandeld. Na opklaring van het delier vielen wel wat cognitieve stoornissen op, maar deze liken meer te passen bij de defecte toestand van schizofrenie dan bij een dementie. Meneer Pignon scoorde redelijk op geheugentesten. Ten slotte was een manie onwaarschijnlijk aangezien deze zich meestal voor het eerst op jongere leeftijd presenteert en bij patiënt symptomen als dysfore/eufore stemming, teveel energie en hyperactiviteit ontbraken. Terwijl de patiënt herstelde van zijn operatie werd hij ingesteld op een depot antipsychoticum, werd een begeleidende woonvorm voor hem gezocht en kreeg hij hulp van het maatschappelijk werk bij het regelen van zijn financiën.

Belangrijkste symptomen:



Figuur 3.1 Beslisboom bij de verwarde patiënt