

# Lessen uit historische psychiatrische dossiers over effecten van antipsychotica?

M. MORRENS



Het gemiddelde handboek psychiatrie leert dat schizofrenie een ernstige, chronische psychiatrische aandoening is en gepaard gaat met ernstige functiebeperkingen. Het daaruit volgende traditionele behandelidee dat het merendeel van deze patiënten aanhoudende zorg moet krijgen binnen de psychiatrische hulpverlening leidde in de jaren 70 al tot een tegenbeweging (de antipsychiatrie), die nog steeds uitlopers heeft in de populistische media en daarbuiten. De laatste jaren probeert men een genuanceerder optimistisch alternatief naar voren te brengen naast de traditionele psychiatrische zorgvisie: de herstelbeweging. Deze tracht klinisch herstel te relativeren en accentueert vooral persoonlijk en maatschappelijk herstel als belangrijke behandeldoelen (Van Erp e.a. 2015). Hoewel men in deze visie de behoefte aan klinische zorg en het belang van goede, effectieve behandeling niet tracht te ondermijnen (Van der Stel & Van Gool 2013), dient men zich te hoeden voor gepolariseerde standpunten.

Psychiaters gespecialiseerd in psychosezorg zien voornamelijk de patiënten met de ernstigste aandoeningen en sombere prognoses. Hierdoor schatten zij de toekomstperspectieven van de gemiddelde patiënt met een psychose negatiever in, en overschatten ze de gemiddelde zorgbehoefte. In de andere hoek staan herstelgeoriënteerde artsen en onderzoekers die argumenteren dat schizofrenie als diagnose een artefact is van de DSM-classificatie en dat 80% van de mensen met psychosegevoeligheid herstelt (Van Os 2016). Deze artsen krijgen in deze dialoog bijval van (veelal goed functionerende, verbaal sterke) mensen met psychosegevoeligheid (bijv. Froyen 2014).

## Voortgezette behandeling?

Deze dialoog zien we ook weerspiegeld in het groeiend besef dat de voor- en nadelen van voortgezette behandeling met antipsychotica naast elkaar gezet moeten worden. Immers, antipsychotica kunnen een hele reeks ernstige bijwerkingen uitlokken, met zelfs bijkomende morbiditeit en mortaliteit als gevolg (Khasawneh & Shankar 2014). Een goede ontwikkeling is dan ook dat men vaker een afweging maakt tussen doeltreffendheid enerzijds en het bijwerkingenprofiel anderzijds, wat soms oudere richtlijnen op de helling kan zetten (zie bijv. de meta-analyse van Cipriani e.a. 2011).

Daartegenover staat het risico op een psychotisch recidief na stopzetting van de farmacologische behandeling, dat volgens verscheidene studies tussen de 55 en 90% ligt. Toch wordt weer steeds vaker gesuggereerd de antipsychotische behandeling te stoppen. Deze stopzetting zou negatieve effecten kunnen hebben op andere facetten van de aandoening, zoals het cognitieve en motorische functioneren, hoewel de effecten van antipsychotica op deze symptoomgroepen nog steeds controversieel zijn. Een indirecte aanwijzing hiervoor is de

bevinding dat antipsychotische behandeling vermindering van het hersenvolume kan tegengaan bij schizofrenie (Van Haren e.a. 2012). De rechtstreekse effectiviteit van antipsychotica op cognitieve symptomen is evenwel maar weinig overtuigend (Goldberg e.a. 2007). Anderzijds is het onduidelijk wat mogelijke beschermende effecten van langdurige behandeling met antipsychotica kunnen zijn, omdat onderzoek veelal van korte duur is (meestal 3-6 maanden follow-up) en er geen placebogecontroleerde studies bestaan naar deze effecten.

Een interessante oefening om een inschatting te kunnen maken van mogelijke protectieve effecten van langdurige antipsychotische behandeling zou zijn om de medische dossiers te bestuderen uit de tijd dat de antipsychotica nog niet op de markt waren.

### Historische dossiers

De onderzoeksgroep CAPRI (Universiteit Antwerpen) nam recent een grote psychiatrische hersenbank (n = 2332) over van de West London Mental Health Trust. In deze Corsellis-UA-collectie, die tot stand kwam in de periode 1950-1997, werd van elke patiënt hersenweefsel opgeslagen en een medisch dossier bijgehouden. Zonder de pretentie te hebben dat dit een grondig uitgevoerd retrospectief onderzoek is, en terdege bewust van de vele beperkingen die zulk een oefening met zich meebrengt, namen wij het medisch dossier door van 20 patiënten met schizofrenie (< 65 jaar) die nooit antipsychotica genomen hadden.

Hierbij viel direct op dat vaak niet de psychotische, maar de cognitieve, negatieve en motorische symptomen sterk op de voorgrond stonden, conform de prominente plek die deze symptomen kregen van de eerste beschrijvers van de aandoening (Kraepelin, Bleuler). Uitgesproken intellectuele aantasting werd beschreven bij 14 patiënten. De dossiers toonden doorgaans een ernstige achteruitgang binnen enkele jaren.

Enkele voorbeelden van typische rapportering: *‘Hij is een dementieel beeld gaan vertonen, is verward en gedesoriënteerd in tijd en plaats. Er is een duidelijke intellectuele achteruitgang met een uitgesproken verlies van geheugen’, ‘Haar psychose is geleidelijk vergleden in een secundaire dementie, haar geheugen is volledig aangetast’.*

Forse neologismen werden bij 4 patiënten gerapporteerd en de spraak ging duidelijk bij de meerderheid achteruit (*‘Zijn spraak is vervaagd tot een wazig gemompel’, ‘onsamenhangend, onverstaanbaar gemompel’*) tot zelfs (periodes van) mutisme bij 7 patiënten.

Een uitgesproken katatoon beeld (*‘Ze is in een toestand van stupor en is volledig ontoegankelijk wegens mutisme. Ze vertoont automatische gehoorzaamheid, komt helemaal tot niets en is zich schijnbaar niet bewust van haar omgeving’, ‘Hij ligt steeds in bed wezenloos voor zich uit starend, is losgekoppeld van zijn omgeving’*) werd maar liefst bij 11 van de 20 patiënten geobserveerd. Affectieve afvlakking, sociale terugtrekking (tot en met volledige afwezigheid van enig sociaal contact) en een totaal gebrek aan initiatief stonden bij bijna allen op de voorgrond.

Hoewel de vergelijking moeilijk te maken is met de hedendaagse residentiële patiëntenpopulatie met schizofrenie, bestaat de indruk toch dat de ontwikkeling vandaag de dag bij deze patiënten anders loopt. Er zijn evengoed cognitieve symptomen, maar de cognitieve achteruitgang is doorgaans veel minder ernstig. Er zijn evengoed katatoon symptomen, maar die zijn veel subtieler en komen zeker niet in die mate voor bij de helft van de patiënten.

### AUTEUR

**MANUEL MORRENS**, psychiater,  
Collaborative Antwerp Psychiatric  
Research Institute (CAPRI), Universiteit  
Antwerpen.

### CORRESPONDENTIEADRES

Prof.dr. M. Morrens, CAPRI, Universiteit  
Antwerpen, Campus Drie Eiken,  
Universiteitsplein 1, 2610 Antwerpen,  
België.  
E-mail: manuel.morrens@uantwerpen.  
be

Strijdige belangen: Manuel Morrens ontving financiële ondersteuning voor onderzoeksactiviteiten en wetenschappelijke presentaties van Johnson & Johnson, AstraZeneca, Lundbeck en Bristol-Myers Squibb.

### TITLE IN ENGLISH

Lessons from historic psychiatric records regarding the effects of antipsychotics?

## Historische fenomenologen

Hoe representatief de geselecteerde patiënten waren voor de ‘gemiddelde’ patiënt van toen en in welke mate andere behandelvormen (elektroconvulsie-therapie, insulinecoma’s) een rol hebben gespeeld, is onduidelijk en wellicht spelen nog vele andere factoren een rol in de vergelijking. Alles in beschouwing genomen, toont deze oefening toch aan dat de hedendaagse, meer op antipsychotica gerichte behandeling de ernstige deterioratie gezien bij twee derde van deze historische casussen lijkt af te remmen.

Het is daarom goed te beseffen dat er bij psychosegevoeligheid heel wat meer kan komen kijken dan alleen psychotische symptomen. Dat in de DSM hierop een sterk accent ligt en cognitieve symptomen niet eens in de criteria staan, mag ons niet verleiden om het belang van deze potentieel verwoestende symptoomcluster uit het oog te verliezen. We zijn vergeten hoe ernstig het natuurlijke verloop van schizofrenie kan zijn bij (een subgroep van) deze patiënten. Voor jonge (en minder jonge) psychosebehandelaars is het lezen van een boek van de grote fenomenologen van 100 jaar geleden wellicht veel verrijkender dan de zoveelste editie van een hol en misleidend classificatiesysteem.

## LITERATUUR

- Cipriani A, Barbui C, Salanti G, Rendell J, Brown R, Stockton S, e.a. Comparative efficacy and acceptability of antimanic drugs in acute mania: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2011; 378: 1306-15.
- Erp N van, Boertien D, Van Rooijen S, van Bakel M, Smulders R. Basiscurriculum ervaringsdeskundigheid. Utrecht: Trimbos-instituut; 2015.
- Froyen B. Kortsluiting in mijn hoofd. Manteau; 2014.
- Goldberg TE, Goldman RS, Burdick KE, Malhotra AK, Lencz T, Patel RC, e.a. Cognitive improvement after treatment with second-generation antipsychotic medications in first-episode schizophrenia: is it a practice effect? *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 1115-22.
- Haren NE van, Cahn W, Hulshoff Pol HE, Kahn RS. The course of brain abnormalities in schizophrenia: can we slow the progression? *J Psychopharmacol* 2012; 26 (5 Suppl): 8-14.
- Khasawneh FT, Shankar GS. Minimizing cardiovascular adverse effects of atypical antipsychotic drugs in patients with schizophrenia. *Cardiol Res Pract* 2014; 273060.
- Stel J van der, van Gool R. Quick scan. Resultaten scoren rond herstel. Haarlem/Sassenheim; 2013.
- Os J van. ‘Schizophrenia’ does not exist. *BMJ* 2016; 352: 1375.