

# Klinische verkenningen bij patiënten met negatieve symptomen

*door T. Kuipers, M. Kuilman en B. Schmand*

## Samenvatting

Negatieve symptomen als zodanig zijn etiologisch neutraal; echter, als men ze als een symptoomgroep beschouwt in een context van persoonlijkheid, type van de psychotische stoornis, ervaringen met de ziekte en reacties van de omgeving op de ziekte, dan is het mogelijk relevante onderscheidingen aan te brengen.

De auteurs beschrijven met behulp van bestaande indelingscriteria en aspecten uit het klinische werk vijf typen van patiënten met psychotische stoornissen en negatieve symptomen.

De patiënten worden achtereenvolgens gekenmerkt door sociale terugtrekking, door demoralisatie als gevolg van één of meer psychotische episoden, en door gedragstekorten in het kader van persisterend psychotisch zijn. Kort wordt ingegaan op de positie van de depressieve symptomatologie en de bijwerkingen van antipsychotica.

## Inleiding

De classificaties van negatieve symptomen die men de laatste jaren in de literatuur tegenkomt, zijn meestal gedefinieerd op grond van veronderstelde etiologische factoren. Dit is niet verwonderlijk. Immers, de research rondom negatieve symptomen belooft nieuw licht te werpen op de 'grondstoornissen' van psychosen. Uiteraard moet bij elke indeling van negatieve symptomen de etiologie een rol spelen. Maar deze rol dient overeen te komen met de stand van de kennis over deze etiologische factoren en ze mag dus niet al te speculatief zijn.

Naast deze op etiologie gebaseerde indelingen ontbreekt het nageenough aan indelingscriteria die voortkomen uit de klinische verschijningsvorm en uit de ervaringen opgedaan in de behandeling van patiënten met negatieve symptomen. Met dit artikel trachten wij deze leemte enigszins te vullen.

Op grond van de discussie in de literatuur over negatieve symptomen, en op grond van onze eigen ervaringen met de behandeling van

psychotici, zijn wij ervan overtuigd geraakt, dat negatieve symptomen in een aantal verschillende combinaties (symptoomcomplexen) kunnen voorkomen. Wij vermoeden dat sommige van deze negatieve symptoomcomplexen zich kenmerken door een bepaalde, eigen ontstaanswijze, terwijl elk van de symptoomcomplexen andere accenten in de behandeling vereist. In ons onderzoek proberen we na te gaan of er empirische steun is voor een subtypering van negatieve symptoomcomplexen. Dit onderzoek is nog niet afgerond en er zal later verslag over worden uitgebracht. In dit artikel gaan we er niet op in, maar wordt voorbereidend werk gepresenteerd. Het is allereerst onze bedoeling de aandacht te vestigen op de verschillende types van 'negatieve symptoompatiënten', zoals wij ze menen tegen te komen in het klinische werk.

Een tweede reden, waarom wij over dit onderwerp schrijven, is dat het therapeutisch nihilisme, dat vaak ten aanzien van negatieve symptomen lijkt te bestaan, slechts gedeeltelijk gerechtvaardigd is.

Vaak zijn patiënten met dit soort beelden wel degelijk te behandelen, als maar duidelijk wordt waar zich de aanknopingspunten bevinden (Liberman e.a. 1986).

In dit artikel beschrijven we enkele types patiënten met psychotische problematiek en negatieve symptomen. Het artikel is opgebouwd uit drie delen. In het eerste deel wordt kort stil gestaan bij de literatuur over indelingen van negatieve symptomen en de behandeling ervan. In het tweede gedeelte worden vijf types van patiënten met negatieve symptomen beschreven. Drie hiervan worden geïllustreerd met behulp van een casus. Daarbij geven wij algemene overwegingen aangaande de behandeling. In het laatste deel worden enkele conclusies getrokken.

### **Indelingen van negatieve symptomen en behandeling**

Van belang achten wij de indeling van Zubin (in Strauss e.a. 1986). Hij beschrijft op geleide van veronderstelde etiologische factoren zes types van negatieve symptomen:

1. Negatieve symptomen die voortkomen uit de psychose en die leiden tot een reductie van normaal gedrag.
2. Negatieve symptomen ten gevolge van neuroleptica: akinesie en sedatie.
3. Negatieve symptomen als gevolg van institutionalisatie.
4. Negatieve symptomen als residu na de psychose.
5. Negatieve symptomen die veroorzaakt worden door begeleiden-de depressieve stoornissen.
6. Negatieve symptomen als gevolg van de terugkeer van premorbide persoonlijkheidskenmerken.

Een andere indelingsmethode wordt gehanteerd door Carpenter

(1985, 1987). Met een behandelingsschema in het achterhoofd onderscheidt hij 'primaire' en 'secundaire' negatieve symptomen. De secundaire worden veroorzaakt door neuroleptica, depressie, sociale deprivatie en door de psychotische verschijnselen zelf. Dit zijn dan tegelijkertijd de in principe behandelbare typen. De primaire negatieve symptomen bestaan uit lang (langer dan twee jaar) bestaande negatieve symptomen (affectvervlakking, alogie en grove onverschilligheid) bij schizofrene patiënten en vertegenwoordigen het 'defect'. De behandelstrategie houdt in dat men pas na uitsluiting (en dus behandeling!) van de secundaire negatieve symptomen tot de vaststelling kan komen of men te maken heeft met een therapieresistente vorm van negatieve symptomatologie (een 'defect'). Deze strategie is vooral in theorie erg elegant en is terug te vinden in vele medische beslismodellen.

Een andere belangrijke behandeloptiek die de negatieve symptomen als 'target symptoms' neemt is de farmacologische. Men vindt hier niet zozeer klinische indelingen alswel, uitgaande van de dopamine- of serotoninehypothese, indelingen in medicatiestrategieën. De laatste jaren wordt op dit gebied veel onderzoek gedaan en op verschillende fronten worden ook successen gemeld. We verwijzen graag naar de desbetreffende literatuur van Den Boer, Westenberg en Verhoeven in dit tijdschrift (1987), naar Bleich en anderen (1988) en Van Praag (1988).

Een andere behandelvisie wordt de laatste jaren naar voren gebracht door Strauss en medewerkers (1987). Zij leggen de nadruk op de rol die de psychotische patiënt zelf kan spelen in het verkrijgen van controle over het gedrag. Zij wijzen erop dat de huidige systematiserende 'grote getallen'psychiatrie waarschijnlijk veel kansen op een doeltreffende behandeling laat liggen, als zij de patiënt niet de status van 'collaborator and innovator' geeft bij het uitdenken en uitvoeren van het beleid. Juist bij patiënten met negatieve symptomen is het de kunst om een werkrelatie op te bouwen, waarin voorkomen wordt dat de patiënt een passief receptaculum voor de acties van de familie en de hulpverleners is. Wat dit betreft gaan de algemene principes, die gelden voor een behandeling van chronische en/of ernstige psychiatrische patiënten ook op voor patiënten met negatieve symptomen. Op dit terrein pleiten de meeste auteurs voor sociaal-psychiatrische behandelmethoden, die in principe gericht zijn op een zo goed mogelijke omgang met de sociale handicaps en de 'vulnerabiliteit' (Wing, Zubin, in Strauss e.a. 1986; Kanter 1989). In ons land maakt Vlaminck (1989) er nog eens attent op dat het contact zoeken en onderhouden de behandelbaarheid van chronische schizofrene patiënten ten goede komt. Het is aannemelijk dat dit in sterke mate opgaat voor de patiënten met negatieve symptomen die immers het initiatief en de lust missen om de hulpverlener op te zoeken.

Niet steeds wijzen de negatieve symptomen erop dat de ziekte waar

de patiënt aan lijdt een chronisch beloop zal hebben. Dit valt ook af te leiden uit de bovengenoemde indelingen van Zubin en Carpenter. Als men uitgaat van de werksituatie in de kliniek, dan is het meestal niet op voorhand mogelijk om te beoordelen of negatieve symptomen bij een bepaalde patiënt kortdurend en/of beïnvloedbaar en langdurend en/of moeilijk beïnvloedbaar zijn. Aparte aandacht voor de behandeling van negatieve symptomen op afdelingen voor opname en kortdurende behandeling begint schoorvoetend op gang te komen (Drake en Sederer 1986).

### **Typering van patiënten met negatieve symptomen**

#### **A. De patiënt met actief sociaal terugtrekgedrag**

*Descriptie* – Bij sommige patiënten staan de ‘sociale terugtrekbewegingen’ op de voorgrond. Het streven naar vermindering van het contact met anderen uit zich in verminderde affectieve aanspreekbaarheid, vermindering van verbale interacties, vermindering van sociale aandacht en het vermogen om plezier te beleven aan de omgang met anderen. De patiënten verbreken steeds meer sociale contacten en verlaten de plaatsen waar ze ‘thuis’ horen. Men ziet parallel aan een vermindering van de ‘greep’ op de omgeving een verlies aan houvast in de ‘binnenwereld’. Als gevolg hiervan kunnen soms langdurige perioden met depersonalisatie (al of niet overgaand in betrekkingsideeën en paranoïdie) waargenomen worden. We treffen dan ook een andere gerichtheid op zichzelf en het eigen lichaam aan, waarin overwaardering en onderwaardering tot zelfs walging van zichzelf naast elkaar beleefd kunnen worden. De afstand tot de andere mensen is wezenlijk aan het veranderen, zodat het oordeel over zichzelf en de wereld verandert. Men zou kunnen zeggen dat een realistisch perspectief op zichzelf verloren gaat.

Als deze patiënten onder spanning verkeren dan ziet men soms ‘primitief’ gedrag, zoals ‘freezing’, fight-flight-reacties, zelfbeschadiging en rituelen en dranghandelingen, motorische en verbale perseveraties en choreacties. Niet zelden bestaat er dan gevaar voor wanhoopssdaden.

*Casus* – Een dertigjarige patiënt werd opgenomen in verband met dreigende zelfmoord. Deze was gesignaleerd door zijn ouders die vertelden dat hij sinds kort, na jaren van voorzichtige voorbereidingen (voornamelijk door ouders en broers en zussen), een eigen flat had betrokken. Zijn ouders hadden het huis ingericht. Zij vertelden dat de patiënt zich nog maar nauwelijks kon beheersen om van de flat af te springen.

Hij was altijd al een stille jongen en een buitenbeentje geweest. Hij

kon met veel bescherming eenvoudig kantoorwerk verrichten. De ouders vertelden dat de patiënt een nieuwe vrouwelijke chef had gekregen over wie hij in stilte allerlei tedere fantasieën koesterde. De laatste tijd was hen opgevallen dat hij angstig voor deze vrouw was geworden en het werk was gaan mijden; hij bleef vaak thuis en sprak argwanend over de intenties van de cheffin. Hij had overigens geen sociale contacten meer en met zijn broer en zusters bestond een oppervlakkige interactie, waartoe zij vrijwel uitsluitend het initiatief namen. Soms fietste hij nog wel eens door het dorp waar hij zijn jeugd had doorgebracht. Hij fantaseerde dan graag over 'vroeger' toen hij nog met de jongens uit de buurt voetbalde.

Tijdens opname werden geen floride psychotische kenmerken vastgesteld. Opvallend waren een sterk spraakarmoede, welk slechts geleidelijk aan verminderde, de neiging om over zichzelf in de derde persoon enkelvoud te spreken en de weigering om tijdens gesprekken te gaan zitten. Hij ging steeds op drempels staan en werd prikkelbaar als men probeerde hem in een vertrek te krijgen. Soms waren er korte momenten van intens verdriet met huilbuien; deze leken samen te hangen met een enorm gevoel van machteloosheid door een gebrek aan contact en uitingsmogelijkheid. De patiënt onttrok zich aan de behandeling op een merkwaardige manier: nadat hij in individueel contact toch zo nu en dan het woord 'ik' kon hanteren en hij soms de drempels met rust kon laten, namen de verdrietige buien toe. Hij leek in een dilemma te verkeren of hij zou blijven en behandeling op zich nemen of dat hij zich, zoals hem gewoon was, moest terugtrekken. Op een onverwacht moment ontstak hij in woede en ontzette de zware deur die toegang gaf tot de afdeling. Hij verliet het ziekenhuis om pas na enkele maanden nog eens voor een kort bezoekje langs te komen. Er waren gesprekken geweest met de ouders en broers en zussen van patiënt, die graag wilden weten wat er nu met hem aan de hand was. Het lukte de familie te aanvaarden dat hun zoon en broer ernstig gehandicapt was in het sociale verkeer. Zij besloten op de oude voet met hem verder te gaan met als enige verschil dat ze hun verwachtingen over zijn sociale en maatschappelijke mogelijkheden matigden. Hiermee aanvaardden zij tevens een (gebleken) risico; echter, zij begrepen goed dat dit risico door een andere opstelling, bij voorbeeld door hem weer in huis te nemen, niet afgewend kon worden.

*Behandelingsaspecten* – Als de actieve sociale terugtrekbewegingen op de voorgrond staan, kan men er maar het beste van uitgaan dat deze ergens door gemotiveerd zijn. De vraag is dan: waardoor? Het is belangrijk bij deze patiënten een goede (hetero)anamnese af te nemen, zodat bij de behandelaars een eerste indruk over de motivering kan ontstaan. Het is zinvol de gezinsleden of familie zoveel mogelijk in te schakelen bij het nadenken over de motieven die kunnen bestaan voor de sociale terugtrekbewegingen.

Als uit deze gezamenlijke gesprekken een visie naar voren komt die verder werken mogelijk maakt, kan men in de behandelafspraken hierop aansluiten. In de casus bleek het niet mogelijk een goed motief voor de terugtrekacties te vinden. Soms moet men in de loop van de behandeling op grond van de verkregen gegevens zijn visie veranderen. Een louter individuele steunend-structurende benadering is bij deze patiënten niet voldoende omdat de vereiste activiteit en durf om weer sociale interacties aan te gaan niet door de patiënt alléén kunnen worden opgebracht. De steun van de omgeving, en soms ook van de hulpverleners, is hierbij essentieel. Zoals de casus duidelijk maakt is het soms voor de hulpverlener niet mogelijk de patiënt hierin (blijvend) te steunen. De hulpverlener kan zelfs een gevaar vormen doordat deze een te zwaar appél op verandering belichaamt. Bovendien kan het contact maken met een vreemde professional en het zich aanpassen aan een klinische afdeling de sociale capaciteiten van de patiënt te boven gaan. Pas als de patiënt en zijn omgeving weer wat vertrouwen hebben gekregen in de mogelijkheid dat hij op eigen kracht met anderen kan verkeren, wordt de individuele begeleiding gaandeweg belangrijker.

Soms is een patiënt angstig en bezorgd over wat hij zijn familieleden zou kunnen 'aandoen' als hij zich autonoom zal opstellen. Hij is dan bang voor de impulsen die ontketend zullen worden. Deze angst kan ertoe leiden dat de patiënt zichzelf remt in allerlei activiteiten zodat negatieve symptomen resulteren. In deze gevallen is het raadzaam om te bespreken dat toename van zelfstandigheid met behoud van goede verstandhoudingen mogelijk is en dat desnoods met voorbeelden uit te leggen.

Deze uitleg kan ook belangrijk voor de familie zijn, die immers gelijktijdig aan een toename van zelfstandigheid bij de patiënt een deel van zijn controle en betrokkenheid zal moeten opgeven. Ook hiervoor bestaat vaak veel angst. Het is natuurlijk ook erg moeilijk om een kind dat het zo moeilijk heeft wat meer los te laten. Soms moeten de behandelaren, de patiënt en zijn familie genoeg nemen met een bepaalde mate van sociale isolatie omdat de bestaande verhoudingen een intensiever onderling verkeer onmogelijk maken.

Wij zijn terughoudend met het voorschrijven van medicatie aan patiënten bij wie de sociale terugtrekking op de voorgrond staat en de floride symptomen niet of nauwelijks een rol spelen, omdat de neiging tot passiviteit en regressie toch al groot is en de neuroleptica deze meestal versterken. Psychofarmacologische research speurt naarstig naar preparaten die juist deze neigingen tegen gaan (Den Boer e.a. 1987; Bleich e.a. 1988).

Als betrekkingsideeën en paranoïdie een rol in het klinisch beeld gaan spelen, dan is de behandeling moeilijker. Het betekent dikwijls dat deze symptomen tot de 'wapens' gaan behoren waarmee de sociale isolering wordt bevochten en in stand gehouden. De literatuur en de

ervaring leren om in dergelijke gevallen geen grote behandeldruk op de patiënt en zijn omgeving uit te oefenen. In de beschreven casus moest de behandelaar de begeleiding van de patiënt weer expliciet aan de familie overdragen. Het is niet nodig dit als een teleurstellend resultaat te beschouwen, het is veel belangrijker om de patiënt te laten weten dat hij steeds welkom is, mocht er opnieuw professionele hulp nodig zijn.

## B. De patiënt met *demoralisatie*

*Descriptie* – Sommige negatieve symptomen zijn het beste te begrijpen als demoralisatietoestanden na 'catastrofale' gebeurtenissen. De keuze van het woord 'demoralisatie' is riskant en vergt enige toelichting; het is overigens een bekend begrip uit de psychiatrische literatuur en komt vooral voor bij de beschrijving van reacties op stress en ernstige lichamelijke en psychische traumata. In het kader van psychotische stoornissen wordt het begrip niet vaak meer genoemd. Met de term demoralisatie proberen wij een vorm van verslagenheid en hopeloosheid aan te geven, die het gevolg is van diepgaande en voortdurende ervaringen van falen en verlies van controle over zichzelf en de omgeving.

Na een psychotische crisis is vaak een toestand te zien die hierop lijkt en die onderscheiden moet worden van een depressie in engere zin. Op de voorgrond staan het 'inleveren' van psychische energie, het elan en de motivatie, terwijl de subjectieve component van een doorleefde en mee te delen somberheid achterwege blijft.

Een psychose is een catastrofale gebeurtenis en tijdens het herstel kunnen al snel klemmende vragen rijzen: hoe kon dit gebeuren, waarom overkomt het mij, wat is er met mij niet in orde? Vervolgens wordt de patiënt geconfronteerd met de gevolgen van de psychose: verandering of zelfs verlies van sociale en maatschappelijke rollen, verloren gaan van materiële zaken, van perspectief, het gevoel gestraft te worden, verafschuwd en gemeden te worden als gevolg van iets, wat je is overkomen.

Deze zaken manifesteren zich niet zozeer in gevoelens die voor het subject herkenbaar zijn, zoals somberheid, maar in de vorm van afstandelijke voorstellingen. De patiënt neemt dan vaak de positie in van de benadeelde of zich opofferende of hij weet zich boven alle leed gesteld in een grootheidswaan. Het is onze indruk dat een patiënt, die na een psychose een gevoel van verlies kan ervaren en erover klaagt, als depressief imponceert. Wordt dit gevoel echter niet geuit, dan vindt de behandelaar (en de omgeving van de patiënt) dit vreemd en weet er niet goed raad mee. Men zal dan dikwijls een affectvervlakking menen te kunnen vaststellen. Bij demoralisatie kan men misschien het beste spreken van een affectieve 'verdooving', die zich in een aantal gevallen weer grotendeels zal herstellen.

De demoralisatie kan soms vergezeld worden door vitale kenmer-

ken: slaapstoornissen, het verloren gaan van biologische ritmes (het ritme van opname en excretie, van dag en nacht, van rust en activiteit), en het verloren gaan van gerichte uitingen van de impulsen.

*Casus* – Een patiënt met een sterk door schizofrenie belaste familie-anamnese kreeg op achttienjarige leeftijd een ernstige psychose met religieuze wanen en hallucinaties. Met de nasleep duurde deze 'catastrofe' ongeveer twee jaar, waarna de psychotische verschijnselen waren verdwenen. Patiënt kon zijn beroep weliswaar weer uitoefenen, maar legde zich daarbij enkele forse beperkingen op. Hij verloor daarbij de meeste sociale contacten. Hij gunde zichzelf geen vrije tijd meer, omdat hij daardoor onrustig werd en bevangen raakte door een gevoel van bedreiging. Gedurende de jaren na de psychose verschraalde zijn bestaan.

Bij deze patiënt was de psychose zelf een calamiteit die verwerkt moest worden, en bovendien had ze veel sociale en maatschappelijke consequenties. Depressief was patiënt, voor zover bekend, nooit geweest. In een (religieuze) waan, die hij overigens nooit geheel heeft opgegeven, offerde de patiënt zich op voor het heil van de mensheid.

De 'demoralisatie' uit zich bij patiënt doordat hij niet meer kan geloven in de waarde van zijn eigen standpunt en in de mogelijkheid van contact en verbondenheid met anderen. Hij schuwt diepergaande contacten en vermijdt ieder risico op een conflict. Enkele belangrijke oude idealen zijn de bodem ingeslagen. Restanten ervan werden opgenomen in de waanwereld. Hij heeft zich teruggetrokken op een psychisch en sociaal eiland en wenst dat niemand dit eiland zal ontdekken en betreden.

Bij deze patiënt ontstond zestien jaar na de eerste psychose een tendens om weer wat uit de 'schaduw' naar voren te treden. Hij bouwde zijn medicatie af en hij zag voor zichzelf een aantal nieuwe mogelijkheden, die jaren in het vergeetboek hadden gerust. Helaas ontwikkelde zich in deze situatie, waarin de patiënt weer wat assertiever en levendiger werd opnieuw een psychose met dezelfde symptomen als eerst, maar met een gunstiger beloop. In de behandeling werd allereerst getracht medicamenteus de psychotische toestand te bestrijden, wat met veel moeite gelukte. Het bleek dat in de familie van patiënt aan psychiatrisch ziekzijn een bijzondere betekenis werd verleend. Hierin werd een familietragedie tot uitdrukking gebracht, die zich over drie generaties uitstrekte. We probeerden deze tragedie met de familie te bespreken. Daardoor ontstond er ruimte om uiting te geven aan de schrik en teleurstelling over de huidige psychose en kon er geanticipeerd worden op de toekomst en op problemen van andere gezinsleden. Geleidelijk aan zochten de gezinsleden weer meer contact met elkaar en nam de onderlinge spanning af. Een 'status quo ante' stelde zich weer in en daarmee ontstonden ook weer enkele negatieve symptomen die tijdens de



floride periode (tijdelijk) afwezig waren: de patiënt berustte in zijn lot en gaf de hoop op verandering in zijn positie op. Toch kon hij weer naar huis en geleidelijk aan zijn werk hervatten.

*Behandelingsaspecten* – Het is vaak moeilijk een aanknopingspunt voor de behandeling van gedemoraliseerde patiënten te vinden. Alles wat er gebeurt en gedaan wordt lijkt zo 'triviaal' tegen de achtergrond van de 'catastrofe'. Toch is het zaak om met de patiënt na te gaan hoe hij over zijn eigen psychose of het psychotisch zijn en de thema's die hierin vorm gekregen hebben, denkt. Van neuroleptica mag men verwachten dat zij een gunstige invloed hebben op zowel de positieve als de negatieve symptomen. Vaak zijn de negatieve symptomen bij deze patiënten een uiting van een mentale uitputting door de bloeiende psychose. Als de psychose bestreden is, kan de patiënt weer op mentale krachten komen en dan nemen de negatieve symptomen in ernst af.

Als de behandelaar de psychose heeft bestreden zal hij zoeken naar de resterende bruikbare bouwstenen voor de behandeling; welke onderdelen zijn overgebleven en welke zijn bruikbaar, hoe moet de patiënt ze weer tot een samenhangend geheel in elkaar zetten, dat ook nog doelgericht kan functioneren. En wat misschien nog belangrijker is, hoe kan de patiënt weer 'zin' krijgen in het moeizaam opbouwen van iets, dat vroeger als vanzelf tot stand kwam.

Als met het oog op de revalidatie een bepaald functieniveau wordt gekozen, is het een kwestie van oefenen om te zien of het onderhavige niveau voor de patiënt haalbaar en wenselijk is. Bij deze strategie past een alerte, structurerende attitude van de behandelaar; deze maakt gebruik van alle gezonde elementen die te vinden zijn in het gezin, werk, hobbies, en zo verder. Belangrijke punten in de behandeling zijn zorgvuldigheid en het vermijden van haast, omdat ook het spontane herstel de ruimte moet krijgen. Duidelijkheid en concreetheid in visies en plannen zijn gewenst.

Soms is met de psychose zoveel verloren gegaan dat wat op sociaal en maatschappelijk terrein is prijsgegeven niet meer voldoende overlaat om tot het niveau van voor de ziekte terug te keren. Bij herhaling van psychotische episoden kan dan een dalende levenslijn waargenomen worden. Dit duidt op een 'falende' levensvorm die op zijn beurt de kwetsbaarheid voor psychosen kan vergroten.

Bij deze situaties heeft een individuele, steunende benadering prioriteit. De patiënt bevindt zich vaak in een netelige positie, heeft weinig hoop meer dat een lang bestaand progressief falen nog omkeerbaar zou kunnen zijn. Soms leidt dit tot suïcidaliteit. Het is zaak met veel geduld en gevoel voor detail de levenssituatie met de patiënt te bespreken en als het ware in kaart te brengen. Vervolgens kan men zoeken naar mogelijkheden, niet slechts om het gevoel van falen te bestrijden, maar vooral om het actuele falen te beperken. Demoralisatie wordt gevoed

door steeds nieuwe mislukkingen. Concrete en morele steun, bemoeiding en voorkomen van sociale uitstoting en stigmatisering zijn belangrijke vehikels. Op abstracte doelen gerichte therapeutische 'strategieën' hebben bij dit type problematiek naar onze ervaring een averechtse uitwerking.

Als bij deze patiënten de negatieve symptomatologie gepaard gaat met vitale kenmerken dan kan een behandeling met antidepressiva (Siris c.a. 1987) en verhoging van het zorgaanbod een goed effect geven.

### C. De patiënt met tekorten in het normale gedrag door het psychotisch zijn

*Descriptie* – Bij een aantal psychotische patiënten ontstaan tekorten in 'normaal' gedrag als gevolg van of in het kader van floride psychotische symptomatologie. Bij voorbeeld: een patiënte die voortdurend een stem hoort die haar eigen gedachten herhaalt, raakt steeds meer geïrriteerd en afgeleid van de gewone dagelijkse dingen en is tot steeds minder normale gedragingen in staat.

Bij deze patiënten geven de door de psychotische ervaringen opgewekte gedragingen vaak de toon aan, maar daarnaast is een duidelijk en hardnekkig negatief symptomencomplex waar te nemen.

Als de psychotische ervaringen de 'cognitieve ruimte' van de patiënt gedeeltelijk of geheel in beslag nemen dan is een algemeen falen het gevolg. Het normale gedragsrepertoire wordt erdoor geschaad.

Vooraf imperatieve en haptische hallucinaties kunnen het dagelijks leven zozeer inperken, dat weinig activiteiten meer zijn 'toegestaan'. Deze ervaringen kosten de patiënt veel energie en leiden tot extreme vermoeidheid.

Naarmate de psychose beter bestreden kan worden of door zelfcontroletechnieken in de hand te houden is, nemen het globale cognitieve falen en tegelijkertijd de inperking van de gedragsmogelijkheden af. Op grond van waarnemingen van familieleden en verzorgenden wordt duidelijk dat deze patiënten ook tussen de psychotische episodes door bepaalde gedragstekorten vertonen. Discrete tekortkomingen in oordeel en kritiek en praktische en sociale 'onhandigheden' vallen het meest op.

*Casus* – Een man van 26 jaar is al enkele malen psychotisch opgenomen. Tijdens een psychose is patiënt gewoonlijk ernstig gedesintegreerd en is separaerverpleging steeds nodig gebleken. De psychose uit zich vooral in hyperactiviteit, seksuele ontremming, agressie, agitatie en grootheidswanen. De zelfverzorging schiet ernstig te kort, het dagritme en ieder besef van normen en regels zijn verdwenen. Het denken is bizar en incoherent, zelfs de aandacht, het geheugen en de oriëntatie zijn ernstig gestoord. De affectieve uitingen zijn hevig en sterk wisselend en missen enige diepgang. Op de activiteitentherapie valt op dat

patiënt een aantal basale vaardigheden in het omgaan met materiaal totaal schijnt te missen; hij herkent niet wat hij maakt, terwijl hij is opgeleid in een handvaardig beroep. Hij kan niet ordenen en plannen. Als hij na enige tijd weer wat beter wordt, verdwijnen ook de cognitieve stoornissen grotendeels en herstelt zich het sociale verkeer. Het denken en voelen wordt weer doelgerichter en wint aan diepgang. Ook op de activiteitentherapie keren zijn vaardigheden weer terug.

Soms zijn er momenten van vertwijfeling, omdat hij voelt dat een 'normaal' leven voor hem niet meer is weggelegd. Door zijn familie wordt patiënt beschouwd als een 'lieve jongen' met een handicap: hij is overgevoelig voor conflicten (de eerste psychose is uitgebroken na een conflict en een breuk met een belangrijk familielid).

De familie geeft herhaaldelijk aan hoe belangrijk het is afspraken met hem te maken, waarin iets van respect voor hem tot uitdrukking wordt gebracht. Er waren immers nog maar zo weinig dingen die hem goed afgingen. Zijn leven is in de loop van enkele jaren simpel van opbouw geworden en in vergelijking met leeftijdgenoten mist hij nogal wat 'normaal' gedrag. Recent ontstond er weer een exacerbatie van zijn psychose. De familie probeerde hem zo lang mogelijk thuis te houden, maar uiteindelijk gaven ze het op en lieten hem opnemen. Nadat hij een maand of vier later weer goed hersteld was, werd in overleg met de familie het plan ontwikkeld om hem in een beschutte woonvorm op te nemen. Alles leek voorspoedig te gaan totdat hij in de nieuwe setting zich in het geheim probeerde te suicideren. De familie schrok hier zo van, dat ze hem weer snel in huis opnamen, ondanks inmiddels sterk toegenomen negatieve symptomen.

*Behandelingsaspecten* – Ook hier geldt, dat de psychosebehandeling snel en efficiënt moet worden ingezet. Juist bij deze groep kunnen de psychotische episoden lang duren en gepaard gaan met een diepgaande desintegratie. Naast voorschrijven van antipsychotische farmaca kan het erg belangrijk zijn de cognitieve en emotionele belasting voor de patiënt en de familie te trachten te reguleren. Vaak betekent dit 'Intensive Care'-psychiatrie met toepassing van Middelen en Maatregelen. Tegelijkertijd maakt een dergelijke intensieve behandeling het noodzakelijk dat de familieleden van de patiënt goed op de hoogte gehouden worden en meedenken over de stappen die in de behandeling genomen worden.

Vaardigheidsanalyses en neuropsychologische evaluatie zijn bij deze patiënten op hun plaats omdat deze het mogelijk maken een cognitief en praktisch trainingsprogramma te ontwikkelen (Strauss e.a. 1986; Liberman 1986; Van der Gaag 1988). Daarnaast wordt voorlichting over het type handicap en de consequenties ervan voor het leven van en met de patiënt door veel familieleden op prijs gesteld. Over de meetbare effecten van deze benaderingen wordt verschillend gerapporteerd

(Van Meer 1988). Zeker is wel dat de verblijfsduur in het psychiatrisch ziekenhuis en de opnamefrequentie onder invloed ervan drastisch dalen (Leff 1982; Vlamincx 1989). Het resultaat van de vaak intensieve en moeilijk uitvoerbare trainingen schijnt goed te generaliseren en blijft behouden als het gewenste gedrag bekrachtigd kan worden en als de sociale steunfiguren in de bekrachtigingen meedoen (Liberman e.a. 1986). Toch is er nog weinig bekend van dit soort behandelingen als het gaat om het effect op negatieve symptomen.

Enkele auteurs maken aannemelijk dat deze patiënten zich onverschilligheid verwerven, cum quo negatieve symptomen, welke een bepaalde bescherming bieden tegen overmatig disfunctioneren (Mundt 1984; Van den Bosch 1985). Ook bij de hierboven ten tonele gevoerde patiënt is dit gebeurd. Wij denken dat dit vooral het geval is als het gaat om een geleidelijke toename van de negatieve symptomen bij een niet geheel in remissie te krijgen stoornis.

Bij het deel van deze patiënten waarbij de neuroleptica goed aangrijpen op de positieve symptomen mag men verwachten dat de negatieve symptomatologie verdwijnt. Maar er zal ook een groep zijn, waarbij de neuroleptica 'werken' via de emotionele onverschilligheid die ze veroorzaken. In deze gevallen zullen de negatieve symptomen niet afnemen.

Voorts bestaan er aanwijzingen dat bij de groep patiënten met recidiverende psychosen en zich ontwikkelende tekorten in het gedragsrepertoire meer neurologische 'soft signs' en abnormale onwillekeurige bewegingen voorkomen (Heinrichs en Buchanan 1988). Dit suggereert dat vooral bij deze groep patiënten organische determinanten een belangrijke rol zouden kunnen spelen.

#### D. De patiënt met een co-existente *depressie*

Het valt nauwelijks te betwijfelen dat negatieve symptomen ook een uitingsvorm van een depressie kunnen zijn. Verschijnselen als remming, vertraging van denken en handelen, anhedonie, verschuiving van de aandacht op zichzelf en het eigen leed, zelfverwaarlozing en vooral de sombere belevingsmodus en de door pessimisme ingekleurde verwachtingen, staan op de voorgrond. Deze verschijnselen ontbreken of figureren op de achtergrond bij de negatieve syndromen die geen depressieve origine hebben.

Vermoedt men een depressie-equivalent dan kan men volgens geldende regels antidepressief behandelen (Nolen 1986; Van Praag 1988; Siris e.a. 1987), hoewel het onze indruk is dat de verwachtingen ten aanzien van het effect iets minder hoog moeten worden gesteld dan bij de behandeling van 'gewone' depressies.

### E. De patiënt met *bijwerkingen* van antipsychotica

Veel patiënten met negatieve symptomen blijken te lijden aan iatrogene syndromen veroorzaakt door het gebruik van antipsychotica: neurolepsie, tardieve dyskinesie en/of akinesie.

In feite zijn dit 'frontaalachtige' organische psychosyndromen, waar overigens nog niet genoeg over bekend is. Voor een goede beschrijving van deze syndromen en de behandeling ervan verwijzen wij naar Van Putten en Marder (1987) en Van Praag (1988).

### Tot besluit

Negatieve symptomen bij patiënten met psychotische problematiek verwijzen vrijwel altijd naar een serieus en moeilijk behandelprobleem.

We hebben getracht aan te geven dat er, uitgaande van bestaande indelingsprincipes en rekening houdend met klinische ervaringen met psychotische patiënten, verschillende typen psychotische patiënten met negatieve symptomen zijn. De door ons aangegeven verschillen worden vooral bepaald door:

1. Sociale vermogens en de maatschappelijke situatie van de patiënt. Men kan dit overigens niet los zien van de sociale vermogens van de mensen in de omgeving van de patiënt. Meer aandacht voor de reacties van de omgeving op symptoomgedrag van de patiënt zou kunnen bijdragen aan een betere vaardigheid om steun te verlenen.

2. De wisselwerking tussen de persoon(lijkheid) en de ziekte. De reactie van een individu op het doormaken van een psychose is afhankelijk van de persoonlijkheidskenmerken. Daarnaast speelt ook de ontwikkelingsfase waarin de psychose zich voordoet een rol in de soort pathologie die wordt voortgebracht.

3. Reeds ingestelde behandelingen.

4. De ernst en duur van de psychotische verschijnselen en de gedragstekorten die hieruit voortvloeien.

Eén van de op te lossen vragen is of dat wat de patiënt aan psychisch vermogen mist, gelijk is aan dat wat de patiënt kwetsbaar maakt voor een psychotische stoornis. Meer biologisch-psychiatrische exploraties lijken wat te kunnen opleveren bij patiënten met persisterende positieve en negatieve symptomen.

Het wordt gaandeweg ook duidelijker (Birchwood e.a. 1987), dat de negatieve symptomen bij psychotische patiënten vaak ondanks hun stille en kale verschijningsvorm bij nader inzien toch een krachtige psychologische en interactionele dynamiek impliceren. Deze symptomen brengen reacties in de omgeving op gang die voor alle betrokkenen zeer schadelijk kunnen zijn. Zonder verder onderzoek kan men er wel vanuit gaan dat de negatieve symptomen bij de onderhavige pro-

blematiek als een apart behandelprobleem beschouwd moeten worden, en dat klinisch werkzame onderzoekers zich moeten richten op uitbreiding van het nu nog magere behandelarsenaal. Hierin zullen zeker ook interactionele en sociotherapeutische mogelijkheden (vergeleijk H.S. Sullivan 1962) beproefd moeten worden.

### Literatuur

- Birchwood, M.J., S.E. Hallet, M.C. Preston (1987), *Schizophrenia: an integrated approach to research and treatment*. Longman Applied Psychology Series, Londen.
- Bleich, A., S. Brown, R. Kahn, H.M. van Praag (1988), The role of serotonin in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 14, 2, 297-312.
- Boer, J.A. den, H.G.M. Westenberg, W.M.A. Verhoeven (1987), Pathofysiologische en therapeutische aspecten van negatieve symptomen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 29, 10, 638-653.
- Bosch, R.J. van den (1985), Convergerende trends in het schizofrenieonderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 129, 25, 1179-1182.
- Carpenter, W.T., D.W. Heinrichs, L.D. Alphas (1985), Treatment of negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin* 11, 440-452.
- Carpenter, W.T., D.W. Heinrichs, A.M.I. Wagman (1988), Deficit and non-deficit forms of schizophrenia: the concept. *American Journal of Psychiatry* 145, 578-583.
- Drake, R.E., en L.I. Sederer (1986), The adverse effects of intensive treatment of chronic schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* vl. 27, 4, 313-326.
- Gaag, M. van der (1988), Cognitieve functiestoornissen bij schizofrenie: consequenties voor revalidatie en therapie. In: *Schizofrenie; recente ontwikkelingen in onderzoek en behandeling*. R.J. van den Bosch e.a. (red.), Van Loghum Slaterus.
- Heinrichs, D.W., en R.W. Buchanan (1988), Significance and meaning of neurological signs in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 145, 11-18.
- Kanter, J. (1989), Clinical case management: definition, principles, components. *Hospital and Community Psychiatry* 40, 4, 361-367.
- Leff, J.P., L. Kuipers, R. Berkowitz, R. Eberlein-Vries, D. Sturgeon (1982), A controlled trial of social intervention of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry* 141, 121-134.
- Lieberman, R.P., K.T. Mueser, C.J. Wallace, H.E. Jacobs, T. Eckman, H.K. Massel (1986), Training skills in the psychiatrically disabled: learning coping and competence. *Schizophrenia Bulletin* 12, 4, 631-647.
- Meer, C.R. van (1988), Voorlichting over schizofrenie. In: *Schizofrenie; recente ontwikkelingen in onderzoek en behandeling*. Red. R.J. van den Bosch e.a., Van Loghum Slaterus.
- Mundt, Ch. (1984), Der Begriff der Intentionalität und die Defizienzlehre von den Schizophrenien. *Nervenarzt* 55, 582-588.
- Nolen, W.A. (1986), *Behandeling van depressie*. Academisch proefschrift, Leiden.
- Praag, H.M. van, W.M.A. Verhoeven, R.S. Kahn (1988), *Psychofarmaca*. Van Gorcum & company b.v. Assen.
- Putten, Th. van, en S.R. Marder (1987), Behavioral toxicity of antipsychotic drugs. *Journal of clinical psychiatry* 48 (9, suppl), 13-19.

- Siris, S.G., E. Adan, M. Cohen, e.a. (1987) Targeted treatment of depression-like symptoms in schizophrenia. *Psychopharmacology Bulletin* 23, 85-89.
- Strauss, J.S., W. Böker, H.D. Brenner (red.) (1986), *Psychosocial treatment of schizophrenia*. Hans Huber Publishers Toronto. Lewiston N.Y. Bern, Stuttgart.
- Sullivan, H.S. (1962), *Schizophrenia as a human process*. Norton, New York.
- Vlaminck, P. (1989), *Ambulante zorg voor schizofrene patiënten*. Academisch proefschrift. Eburon, Delft.

### **Summary: Clinical explorations in patients with negative symptoms**

Negative symptoms as such are etiologically neutral, however considering them as a group of symptoms in a given context of personality, type of psychotic disease, coping with the disease and reactions of others to the symptoms, enables the clinician to make meaningful differences.

Combining existing clinical distinctions and certain aspects that emerge in clinical practice, the authors describe five types of patients with psychotic disorders and negative symptoms. They are successively characterised by social withdrawal, by demoralisation caused by a psychotic disorder, and by 'normal behavior deficits' associated with persistent psychosis. The authors comment on the position of depressive symptomatology and the unwanted side-effects of anti-psychotic drugs.

---

T. Kuipers, M. Kuilman en B. Schmand zijn respectievelijk als psychiater, als hoogle-  
raar en als klinisch psycholoog verbonden aan de vakgroep Psychiatrie, Rijksuni-  
versiteit Utrecht.

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 19-12-1989.