

Kernpunten en hiaten van de herziene APA-richtlijn schizofrenie

A. Wulterkens, S.R.T. Veerman, P.F.J. Schulte

Recent is de richtlijn voor de behandeling van patiënten met schizofrenie herzien in de Verenigde Staten (APA 2019). Deze richtlijn is actueel en van hoge methodologische kwaliteit (Gaebel e.a. 2020). Opvallend is echter dat behoudens gezamenlijke besluitvorming rondom interventies, veelal het patiëntenperspectief met persoonlijk herstel ontbreekt. In tegenstelling tot de in 2005 opgestelde Nederlandse multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van schizofrenie, was bij de Amerikaanse richtlijn geen patiëntenvereniging betrokken. Na herziening van de Nederlandse richtlijn in 2012 (Van Ewijk 2012) is in de zorgstandaard (ggz-standaard psychose 2017) meer aandacht uitgegaan naar personalisatie van de behandeling.

In dit commentaar bespreken we kernpunten uit de Amerikaanse richtlijn die in de huidige Nederlandse richtlijn niet genoemd worden of waarvoor in 2012 onvoldoende bewijskracht was (tabel 1). Daarnaast onderbouwen wij onze aanbevelingen voor revisie van onze richtlijn.

Diagnostiek

De Amerikaanse richtlijn noemt geen specifiek interview of meetinstrument voor diagnostiek en verwijst hiervoor naar het classificatiesysteem van de DSM-5. Objectivering van de ernst, de werkzaamheid van anti-psychotische behandeling en symptoomremissie wordt echter wel aanbevolen vanaf de eerste beoordeling van het klinisch beeld met de *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS)-6 (Østergaard e.a. 2018). Dit is een verkorte

AUTEURS

Aleta Wulterkens, arts in opleiding tot psychiater, GGZ Noord-Holland-Noord.

Selene R.T. Veerman, psychiater, GGZ-team Alkmaar Centrum, GGZ Noord-Holland-Noord en bestuurslid Clozapine Plus Werkgroep.

P.F.J. (Raphael) Schulte, opleider psychiatrie, GGZ Noord-Holland-Noord en bestuurslid, Clozapine Plus Werkgroep.

Correspondentie

Aleta Wulterkens (a.wulterkens@ggz-nhn.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-12-2021.

versie van de oorspronkelijke PANSS-30: P1. wanen, P2. conceptuele desorganisatie, P3. hallucinaties, N1. afgestompt affect, N4. sociale terugtrekking en N6. gebrek aan spontaniteit en gespreksstroom. Om tijdige aanpassing van medicatie te waarborgen, pleiten wij voor training van behandelaars in de PANSS-6 en implementatie hiervan in de Nederlandse richtlijn (Kølbæk e.a. 2018).

Tabel 1. Aanbevelingen in richtlijnen

Nederlandse richtlijn 2012	APA 2019	Advies bij herziening Nederlandse richtlijn
PANSS-30 als ROM	PANSS-6 bij initiële beoordeling, evaluatie van medicatie	PANSS-6 bij initiële beoordeling, evaluatie van medicatie en ROM
Onderhoudsbehandeling AP	Voorkeur onderhoudsbehandeling AP	Handvatten voor gepersonaliseerd medicatiegebruik
CGTp	CGTp	CGTp implementeren
Gezinsinterventies	Familie-interventies	Systeeminterventies
Socialevaardigheidstraining niet aanbevolen	Socialevaardigheidstraining	Socialevaardigheidstraining
PMT en muziektherapie	Nader onderzoek naar lichamelijke beweging en muziektherapie	Duursport, yoga en muziektherapie implementeren
CRT niet aanbevolen	CRT	CRT implementeren

ROM: routine outcome monitoring; AP: antipsychotica; CGTp: cognitieve gedragstherapie bij psychose; PMT: psychomotorische therapie; CRT: cognitieve remediatie therapie

Farmacotherapie

GEZAMENLIJKE BESLUITVORMING RONDOM ANTIPSYCHOTICA

In de Amerikaanse richtlijn wordt geen expliciet advies gegeven over de keuze voor een specifiek middel, behoudens de voorkeur voor clozapine bij therapieresistente psychose, agressie, verhoogd suiciderisico en stoornis in het gebruik van middelen. Adviezen over de indicaties voor clozapine, de dosering en de bijbehorende controles komen overeen met de richtlijn voor het gebruik van clozapine van de Nederlandse Clozapine Plus Werkgroep (2013). Alleen biedt de Nederlandse richtlijn bovendien de mogelijkheid om samen met de geïnformeerde patiënt te besluiten de frequentie van de bloedbeeldcontroles (offlabel) te verlagen naar driemaandelijke controle.

De Amerikaanse richtlijn en de oude Nederlandse richtlijn spreken een voorkeur uit voor antipsychotische onderhoudsbehandeling boven tijdelijk gebruik van antipsychotica in periodes van toename van psychotische klachten. Welke patiënten in aanmerking komen voor mogelijke afbouw van antipsychotica wordt niet geëxpliciteerd. Er wordt slechts vermeld dat antipsychotische onderhoudsbehandeling niet noodzakelijk is bij sommige patiënten; daarbij gaat het om degenen die een enkele korte psychotische episode doormaken of een psychose doormaken die geïnduceerd is door middelen of stemmingsgerelateerd is.

Langwerkende intramusculaire antipsychotica worden aanbevolen als de patiënt hiervoor een voorkeur heeft of bij therapieontrouw. Andere specifieke adviezen over de dosering en de duur van onderhoudsbehandeling, en over de voor- en nadelen van langdurende antipsychotische behandeling ontbreken. Alleen na overleg met de patiënt omtrent de risico's van terugval kan geleidelijke afbouw met nauwlettende controle op vroege signalen worden overwogen.

Volgens ons worden onvoldoende handvatten geboden voor gepersonaliseerd gebruik van antipsychotica en gezamenlijke besluitvorming bij het starten, continueren dan wel afbouwen of stoppen van antipsychotica. In de herziene Nederlandse richtlijn verdient dit een belangrijkere plaats. Zo adviseren wij explicietere vermelding van een lage startdosering, benzodiazepines in de acute fase om hoge doseringen antipsychotica en antipsychotische polyfarmacie te voorkomen, én geleidelijke op- en afbouw in overleg met het systeem (Dold e.a. 2012; Chouinard e.a. 2017).

Psychosociale interventies

BETERE IMPLEMENTATIE CGTP

In de Amerikaanse en Nederlandse richtlijn wordt cognitieve gedragstherapie voor psychose (CGTp) als standaardbehandeling zowel in de acute fase als in een later stadium aanbevolen. In Nederland ontvangt in de praktijk slechts 25 tot 30% van de patiënten deze behan-

deling (Staring e.a. 2019). Een belangrijk aandachtspunt voor de toekomst in Nederland is de verbetering van kwaliteit van CGTp met scholing van psychologen, aangezien meer dan 50% van de CGTp momenteel geboden wordt door daartoe onvoldoende opgeleide therapeuten.

CRT VEELBELOVEND

Een andere interventie die voor alle patiënten met schizofrenie wordt aanbevolen in de Amerikaanse richtlijn is cognitieve remediatetherapie (CRT) voor verbetering van cognitie en negatieve symptomen. Er is geringe bewijskracht dat deze ook voor verbetering van sociaal, beroepsmatig en algemeen functioneren zorgt. Hoewel er beperkt onderzoek is gedaan naar de effecten op de langere termijn, zijn de resultaten veelbelovend. Een recente meta-analyse bevestigt dit opnieuw (Vita e.a. 2021). Omdat negatieve en cognitieve symptomen het functioneren en de kwaliteit van leven het meest bepalen, adviseren wij om CRT als standaardbehandeling te implementeren.

SOCIALEVAARDIGHEIDSTRAINING OP INDICATIE

In tegenstelling tot in de Nederlandse richtlijn (2012) en de NICE-richtlijn (2014) wordt in de Amerikaanse richtlijn geadviseerd om socialevaardigheidstraining aan te bieden aan de patiënten die daarin zelf verbetering zouden willen zien. De bewijskracht voor socialevaardigheidstraining bij schizofrenie is weliswaar laag, maar gebaseerd op recente onderzoeken. Wederom staan gezamenlijke besluitvorming en de hulpvraag van de patiënt centraal bij het indiceren van de therapie.

MEER SYSTEEMINTERVENTIES

Een belangrijk aspect van een goede behandeling is het betrekken van het systeem. Familie-interventies gaan verder dan alleen psycho-educatie. Denk aan training in het omgaan met symptomen, hulp bij het verbeteren van gezinscommunicatie, het bieden van emotionele steun, strategieën voor stressvermindering en het verbeteren van sociale netwerken. Zowel voor de patiënt zelf, als voor gezinsleden leveren deze interventies voordeel op. Zo heeft de patiënt minder hinder van kernsymptomen en terugval (inclusief heropname), terwijl gezinsleden minder zorgen en angst ervaren en relaties tussen gezinsleden verbeteren. Bij de keuze voor specifieke interventies staat opnieuw samenspraak met patiënt en het systeem centraal.

OVERIGE PSYCHOSOCIALE INTERVENTIES

Volgens de Amerikaanse richtlijn is nader onderzoek nodig naar onder andere lichamelijke beweging en muziektherapie als behandeling bij schizofrenie. Dit verbaast ons, omdat verschillende recente meta-analyses van hoge kwaliteit laten zien dat lichamelijke inspanning middels duursport zowel voor de algemene gezondheid, als voor positieve en negatieve symptomen een effectieve behandeling is (Sabe e.a. 2020). Boven-

dien geeft muziektherapie een beduidende verbetering van negatieve symptomen (Geretsegger e.a. 2017).

Conclusie

Bij de revisie van de Amerikaanse richtlijn valt op dat farmacologisch weinig nieuwe adviezen worden aangereikt. Concrete handvatten voor gepersonaliseerd gebruik van antipsychotica ontbreken, terwijl iatrogene schade en terugval voorkomen kunnen worden door een lage startdosering van antipsychotica, benzodiazepines in de acute fase en geleidelijke afbouw. Hoewel in de VS patiënten of familieleden niet betrokken zijn geweest bij deze richtlijn, die vanuit medisch perspectief is opgesteld, wordt gezamenlijke besluitvorming gelukkig bij alle interventies aanbevolen.

Zelfs meer dan in de Nederlandse richtlijn wordt aandacht besteed aan het betrekken van familie en psychosociale interventies, zoals CGTp, systeemtherapie, socialevaardigheidstraining en cognitieve remediatetherapie. Om de behandeling van psychose te verbreden, adviseren wij om deze interventies niet alleen op te nemen in de herziene Nederlandse richtlijn, maar ook daadwerkelijk te implementeren. Bovendien is een levende richtlijn met regelmatige actualisatie wenselijk om nieuwe inzichten op adequate wijze tijdig te implementeren.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (APA), 2019. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (version December 2019). <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines>.
- Clozapine Plus Werkgroep. Richtlijn voor het gebruik van clozapine. Versie 2013.
- Chouinard G, Samaha AN, Chouinard VA, e.a. Antipsychotic-induced dopamine supersensitivity psychosis: pharmacology, criteria, and therapy. *Psychother Psychosom* 2017; 86: 189-219.
- Dold M, Li C, Tardy M, e.a. Benzodiazepines for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 11: CD006391.
- Ewijk van W. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie: richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie: samenvatting. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.
- Gaebel W, Stricker J, Hasan A, e.a. The revised DGPPN and APA schizophrenia guidelines: Guideline quality and recommendations for long-term antipsychotic treatment. *Schizophr Res* 2020; S0920-9964: 30530-2.
- Gezondheidsraad. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Inzet van praktijkassistenten en -ondersteuners, nurse practitioners en physician assistants. Den Haag: Gezondheidsraad; 2008.
- Geretsegger M, Mössler KA, Bieleninik L, e.a. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 5: CD004025.
- Kølbæk P, Blicher AB, Buus CW, e.a. Inter-rater reliability of ratings on the six-item Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-6) obtained using the Simplified Negative and Positive Symptoms Interview (SNAPSI). *Nord J Psychiatry* 2018; 72: 431-6.
- Østergaard SD, Foldager L, Mors O, e.a. The validity and sensitivity of PANSS-6 in the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Study. *Schizophr Bull* 2018; 44: 453-62.
- Sabe M, Kaiser S, Sentissi O. Physical exercise for negative symptoms of schizophrenia: Systematic review of randomized controlled trials and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2020; 62: 13-20.
- Staring T, Van den Berg D, Schuurmans H, e.a. Praten naast pillen: krijgt de patiënt met psychose dat wel? Beschikbaarheid van de standaardzorg Cognitieve Gedragstherapie voor psychose (CGTp) anno 2019. <https://www.vgct.nl/stream/19.05.vgctsurvey-praten-naast-pillen.pdf>
- Vita A, Barlati S, Ceraso A, e.a. Effectiveness, core elements, and moderators of response of cognitive remediation for schizophrenia. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Psychiatry* 2021; 78: 848-58.
- Werkgroep schizofrenie. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie: Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en zorgorganisatie van mensen met schizofrenie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2005.