**Casus 4: Patiënt met depressie in vg en psychose bij ziekte van Parkinson**

**Context van de situatie:**   
Polikliniek neuropsychiatrie academisch ziekenhuis.

**Verwijzing van patiënt en vraagstelling: (deze informatie geven aan de student die anamnese afneemt)**Patiënt, bekend met de ziekte van Parkinson H&Y-2 is verwezen door de neuroloog. Lijkt psychotisch en complexe behandelrelatie. Graag psychiatrisch onderzoek en behandeling.

**Personalia:**Naam: Dhr G.  
geboortedatum: patiënt is 60 jaar oud.  
Burgerlijke staat: Gehuwd, tweede huwelijk  
Beroep: Ambtenaar ICT-er

**Spelinstructie:**Je geeft een beetje norse (licht bozig) antwoorden, je bent wel coöperatief en goudeerlijk. Je bent slim en als je kunt confronteer je de ondervrager vriendelijk doch duidelijk dat die wel zal denken dat jij wanen hebt. Dat is niet zo want je maakt de klachten echt duidelijk mee. Je stelt je wat halsstarrig op maar ben je en blijf je vriendelijk. Als de problemen over het huis ter sprake komen, dan wordt je duidelijk opgewonden en boos van onmacht. Emoties heb je heel duidelijk wel maar deze onderdruk je. Je hebt weinig last van de non-motore klachten bij de ziekte van Parkinson (dus géén geheugen, concentratie, impulscontrole problemen). Wel wat zachter praten, stijfheid, mastergelaat.

**Anamnese:**Je bent november 2015 in een lastige situatie terecht gekomen. Bij de verbouwing van jouw vrijstaande huis bleek dat er een constructiefout is gemaakt. Hiervoor moest de woonkamer worden gestut met stempels. Je bent in het onderzoek naar de oorzaak helemaal verzand geraakt en als gevolg van de spanningen op de PAAZ opgenomen geweest met zoals je dat zelf noemt een inzinking. Het huis begon te ‘knallen en te trillen’ en vertrouwde je het niet meer. Het is daarna bergafwaarts gegaan. Je komt hier op de polikliniek van het academisch ziekenhuis omdat je “sterker in het leven wil staan”.

Je bent van mening dat je met behulp van “RTMS” behandeld wordt zonder dat dat met jou is overlegd. Je hebt je hierin niet in verdiept, je weet niet wat het is en hoe het werkt, maar je bent wèl overtuigd dat er gewerkt wordt met magnetische golven. Deze behandeling is goed voor jou, maar is het niet met jou overlegd. Je bent er voor 99,9% zeker van maar je hebt er geen aanwijzingen voor. Je merkt dat je behandeld wordt doordat je soms heel fris en fruitig rondloopt maar dat je de klachten ineens terug krijgt; je spreekt ineens veel beter, heb je minder speekselvorming. De verbetering schrijft je toe aan de RTMS. Je kunt je ook voorstellen dat anderen er zich weinig bij kunnen voorstellen. Je denkt daarbij dat als je een tijd niet behandeld zou worden met RTMS, de Parkinson zou verbeteren/ stabiliseren. Dit alles maakt je opgewonden, boos en gefrustreerd. Je wordt dus op afstand gestuurd en je weet niet hoe dit komt. Je vraagt je ook af of het met geluidsgolven zou kunnen worden uitgelokt? Je merkt dat je bijv. een dikke onderlip krijgt, prikkels in de benen, prikkelingen in het hoofd, druk op de borst. Vindt dat je met een groot woord ‘gemarteld’ wordt en ervaart het als dat de behandelaren in het andere ziekenhuis jou treiteren. Je weet niet wie dit doet maar jouw vrouw speelt hierin wel een rol, ware het wel ondergeschikt. Je denkt dat zij dat achter jouw rug om regelt. Dit is voor de relatie zeer belastend; jij wordt kriegelig en spreek je haar erop aan wat uitmond op forse conflicten, ondanks dat je denkt dat het vanuit een positieve intentie wordt gedaan.   
De beïnvloeding is begonnen tijdens jouw opname op psychiatrie acht maanden geleden en denk je dat het door de afdeling neurologie (op afstand) wordt uitgevoerd. Het heeft zelfs geleid tot een bijna handgemeen met jouw echtgenote waarbij zij zich bedreigd heeft gevoeld. Dit alles speelt nu ongeveer zes maanden en je wilt daarvan af. De discussies en ruzies zijn dagelijks aan de orde. Daarnaast zijn er onverklaarbare gebeurtenissen in en om het huis. Er zijn tientallen dingen in huis die niet kloppen en voelt je regelmatig schokken in huis. **Het maakt je pisnijdig (als je dit uitlegt aan de interviewer, raak je ook opgewonden en voel je de onmacht!)**

**Heteroanamnese met echtgenote:**  
Echtgenote beschrijft haar man als actief, hij knutselt veel en lijkt hij daarbij over zijn grenzen te gaan. Hij doet veel en zij adviseert hem om rust te nemen maar doet hij dat niet. Dit hoort bij hem en is hij altijd bezig geweest. Hij slaapt tussen de middag een uurtje, komt op tijd voor koffie. Impulsiviteit: echtgenote merkt geen toename. Er is wel sprake van verhoogde emotionaliteit. Dit speelt met name als hij vermoeid is. Ook heeft hij dan het gevoel dat hij wordt aangestuurd. Het belast je allemaal heel erg: dagelijks discussies en ruzies. Je probeert afstand te nemen maar dan wordt het erger. Je kunt er niet meer tegen. Jullie zijn echt wel opgelicht door de aannemer en moeten jullie via de rechter echt alles verhalen en staan jullie in je recht. Er zijn dus echt wel constructiefouten in het huis, maar al die klachten van knallen en schokken herken jij nu niet meer (dat is wel geweest).

**Sociale anamnese:**  
Wonen: patiënt woont ongeveer 14 jaar samen met zijn echtgenote.   
Dagbesteding: Klust veel, staat om 7:00 uur op. Weinig gezamenlijke activiteiten. Echtgenote is te moe.   
Werk: bij gemeente als applicatiebeheerder (IT). Voordien administratief werk bij de sociale dienst. Huidige relatie: kent huidige echtgenote nu 14 jaar.   
Financiën: Geen financiële problemen, al is er veel uitgegeven aan rechtzaken/ advokaten.

**Biografische anamnese:**  
Life-events 1999: Scheiding en weer trouwen met huidige echtgenote. Belangrijk is dat zijn ex-echtgenote vreemd is gegaan en hij zich ernstig in de steek gelaten heeft gevoeld.  
Heeft moeder verzorgd tijdens haar ziekte. Dit is een goed proces geweest.   
2006: Verbouwing in huis waarbij constructiefout is gemaakt met veel problemen. Echtpaar is opgelicht door de aannemer en hebben hiervan veel schade opgelopen.

**Voorgeschiedenis:**2015 december Apeldoorn Gelre ziekenhuis; psychiatrie (6 weken, Nortrilen verminderd en Lithium), Ropinirol is verminderd en afgebouwd naar 8 mg en verder afgebouwd. Geen effect op motoriek. Ook niet op psychische gezondheid. Clozapine voorzichtig opgebouwd naar 12,5mg met licht effect.

2013 Advies om ACT toe te passen wordt niet opgevolgd omdat al lang psychotherapeutisch contact is geweest. Patiënt krijgt van de neuroloog Ropinirol waardoor de depressie opklaart. Patiënt reageert met psychotische belevingen die in de loop van de tijd toenemen. Er wordt gestart met Clozapine in lage dosering en wordt patiënt doorverwezen naar Gelre ziekenhuis omdat dar samenwerking tussen psychiatrie en neurologie aanwezig is.

2013 Beoordeling Radboud poli psychiatrie: Lichte depressieve stoornis door M. Parkinson. Werd al (effectief) behandeld met Nortrilen en Priadel. Acceptatieproblematiek mbt Parkinson.

2011 recidief ernstige depressie. Optie om ECT te herstarten maar patiënt wil dit niet. Daarna Nortrilen en Lithium.

2010 opname GGnet voor depressie met 13 behandelingen ECT (geheugen bijgetrokken) met een resultaat van 3 weken. Daarna weer ingesteld op Nortrilen en Lithium

2008 Parkinson vastgesteld.

2003 GGnet voor recidiverende depressie stoornis waarvoor clomipramine en meerdere antidepressiva. Heeft Parnate gekregen en dat werkte perfect maar kon niet icm parkinsonmedicatie gegeven worden waardoor stop. Heeft cognitieve gedragstherapie gekregen.

2000 Huisarts clomipramine ivm stemmingsproblemen tijdens scheiding. Echtgenote had een verhouding met een ander 8 jaar voordat zij dat vertelde. Werd toen somber.

1990 Burn-out op het werk (Ambtenaar ICT)

**Familieanamnese:**Dementie: moeder en vader. Vader was vrij opstandig en had Alzheimer. Moeder ook dementerend. Verder blanco familieanamnese.

**Medicatie:**Sinds het gebruik van Ropinirol is de depressie verdwenen en lijkt dit middel voor hem meer effectief dan de antidepressivieve behandelingen die hij hiervoor heeft gehad. Slikt wel de medicatie (Nortrilen en Lithium). De Ropinirol wordt in zeer kleine stappen afgebouwd en heeft geen bijzonder effect. De Clozapine heeft voor hem een onbekend effect en is voor hem overbodig.

**Intoxicaties:**Roken: Is weer begonnen met roken 2,5 pakje per week sinds december. Wil op vrijdag de dertiende mei stoppen want dat is daar een mooie datum voor.    
Alcohol: een glas bier per dag.  
Drugs: heeft geen voorgeschiedenis van drugsgebruik.

**Allergieën:**heeft geen allergieën in het systeem.

**Psychiatrisch onderzoek: Omschrijving staat in de instructies voor de student die de rol speelt. De groep moet zelf tot een beschrijving komen van het Psych onderzoek. Hier onder staat het origineel.**Algemene indruk: Wij zien een man van 60 jaar, het uiterlijk is conform de kalenderleeftijd. Het contact is sociaal. **De houding is vriendelijk en argwanend**. Het uiterlijk is verzorgd. De klachtenpresentatie is zakelijk. Bij confrontatie met het vertrouwensprobleem als doorlopend thema tijdens alle crises die hij heeft doorgemaakt wordt patiënt emotioneel maar onderdrukt hij deze. Als de problemen over het huis ter sprake komen, dan wordt patiënt duidelijk opgewonden en boos van onmacht. Hij blijft echter zeer correct naar de onderzoeker. De reactie bij de onderzoeker is neutraal doch alert op het vermijden van strijd over de psychotische belevingen.  
Cognitieve functies: Het bewustzijn is helder. Oriëntatie is intact. De aandacht is makkelijk te trekken. De concentratie is intact. Het realiteitsbesef is verstoord. De zelfinschatting is verstoord. Het normbesef is intact. Het denken is normaal Inhoudelijk zijn er aanwijzingen voor waanbeelden. Het geheugen is ongestoord.   
Stemming en affect: De stemming is neutraal. Affect is vlak en bij **confrontatie licht emotioneel**. Conatief: De psychomotoriek is normaal/ ongestoord. De mimiek is gespannen en gestiek is rustig. **De spraak is zacht, haastig en slecht gearticuleerd ivm Parkinson.** Persoonlijkheidsaspecten/coping: Zelfomschrijving: is een doorzetter, sociaal, doet graag iets voor een ander, eigenwijs. Hij is eerlijk en sociaal. Hij kan niet tegen onrecht en is vertrouwen een hoog goed voor hem. Stressor in het ondertekenen van een contract met een aannemer.

**Aanvullend onderzoek:**MOCA: 25 punten, mist punten op het geheugen en klok.

**Differentiaaldiagnostiek:**Waanstoornis (achtervolgingswaan)  
Schizofreniforme stoornis (Maar psychose kan worden toegeschreven aan gebruik van middel of somatische aandoening)  
**Psychotische stoornis door medicatie (requip)**  
Psychotische stoornis door een somatische aandoening.   
Delirium (uitsluiten, geen bewustzijnsschommelingen)

Daarbij: patiënt is in de voorgeschiedenis recidiverend ernstig depressief geweest en is in remissie.

**Verpleegkundige diagnose:**

Ineffectieve partnerrelatie gerelateerd aan psychotische belevingen bij patiënt over betrokkenheid bij vermeende behandeling.   
Risico op isolement

**Behandeling:**Instellen op clozapine, maar patiënt vindt dat hij niet psychotisch is. Laat uitzoeken waarom andere   
Relatie behandeling en communicatie verbeteren

**Achtergrondinformatie:**Richtlijn Parkinson, medisch en verpleegkundig.

**Opdracht:**Bespreek de casus in de subgroep Vraag aan de docent ontbrekende informatie en stel een differentiaaldiagnose op.

Geef een samenvatting van de casus en beschrijf het psychiatrisch onderzoek. Presenteer de patiënt in een MDO.