

# Het einde van schizofrenie in Nederland? Nog even niet

R. BRUGGEMAN, W. VELING, F. VAN ES, J. QUAK, F. NIENHUIS, R. KNEGTERING



Van Os en Boevink (2015) beschreven een aantal redenen om de naam 'schizofrenie' af te schaffen: er kleeft teveel stigma aan, epidemiologisch onderzoek laat zien dat maar een minderheid van de mensen die een psychose krijgen schizofrenie heeft, de diagnose levert ongegrond pessimisme op, en wetenschappelijk bewijs voor het bestaan van schizofrenie als hersenziekte ontbreekt. Zij stellen voor om iedereen met een psychose (waarmee zij overigens nu niet alleen positieve psychotische symptomen bedoelen, maar ook negatieve, cognitieve en affectieve symptomen), de diagnose psychosespectrumsyndroom (pss) te geven. Ze weten ook niet of dat syndroom wel bestaat, maar het is breed en geeft in elk geval geen stigma. Zo ontstaat er in de spreekkamer ruimte om vervolgens voor ieder individu een unieke, persoonlijke diagnose op te stellen. Hoe zinnig is hun betoog?

## Doel van diagnostiek

Waarom doen we eigenlijk diagnostiek? Het belangrijkste doel is om te komen tot een vaststelling die 1. adequaat weergeeft wat er aan de hand is, 2. duidelijk maakt welke behandeling nodig is, en 3. aangeeft hoe het beloop zal zijn. De afgelopen decennia is al door vele onderzoekers en behandelaars betoogd dat schizofrenie op al deze punten niet echt voldoet. Symptomen, oorzaken en beloop zijn daarvoor te heterogeen.

In zijn boek *De DSM-5 voorbij* schrijft Van Os (2014) nog dat diagnostische benaderingen complementair zijn. Sterker nog: *categoriaal* (wat heeft deze patiënt, wel of niet behandelen), *dimensionaal* (hoe ernstig zijn symptomen en disfunctioneren, het beloop daarvan) en *individueel* (hoe hangen bij deze unieke patiënt symptomen en ervaringen samen) zijn alle drie nodig voor een optimale behandeling. Die benadering is vruchtbaarder dan te constateren dat schizofrenie een problematisch concept is, dat dan maar vervangen moet worden door het containerbegrip pss dat nog minder richting geeft.

Van Os en Boevink hopen dat we nog van alles zullen ontdekken over pss en vinden dat we alvast onbekommerd aan de slag moeten gaan met het opstellen van individuele

diagnosen. Het is echter nog volstrekt onduidelijk wat deze werkwijze oplevert en of dit inderdaad het een verbetering is. Het kind wordt zo met het badwater weggegooid.

## 3,5%

Volgens een ruime schatting krijgt 3,5% van de bevolking ooit een psychotische stoornis, waarvan minder dan de helft schizofrenie (Perala e.a. 2007). Daaruit volgt nog niet dat de diagnose schizofrenie afgeschaft moet worden, tenzij je inderdaad niet meer wilt differentiëren.

De diagnostische criteria van schizofrenie zijn een poging om een patroon van symptomen vast te stellen dat een minder onschuldig beloop kent. De bedoeling is de groep te identificeren met in meer of mindere mate blijvende zorgbehoefte. Dit zijn de patiënten voor wie behandeling van symptomen en begeleiding bij beperkingen langdurig gewaarborgd moeten worden. Een diagnose die dat aanduidt en legitimeert, is daarmee belangrijk: voor patiënten en hun naasten, voor behandelaars, maar ook voor de maatschappij. Het is waar dat alleen de categoriale diagnose schizofrenie niet volstaat, omdat het met een deel van patiënten met schizofrenie gelukkig wel goed gaat, maar met alleen pss wordt dit proces onduidelijker in plaats van scherper.

De auteurs zijn overigens ruim in hun definitie van gunstig beloop. Gelukkig leren de meeste mensen met langdurig bestaande symptomen en beperkingen daarmee leven en hebben zij een waardevol leven. Dat betekent niet dat die symptomen en beperkingen verdwijnen of geen zorg meer behoeven. Inderdaad, medisch herstel is echt iets anders dan persoonlijk herstel.

## Wat is 'bestaan'?

De kwestie of schizofrenie wel of niet bestaat, is van een andere orde. Er zijn nog geen goede biomarkers gevonden. Genetisch onderzoek heeft weliswaar risicodragende genen opgeleverd, maar nog geen eenduidig genetisch profiel. Een lot dat schizofrenie overigens deelt met de andere psychiatrische aandoeningen en ook met de meeste complexe somatische syndromen. Het blijft dan ook

belangrijk om neurobiologisch, sociaal en psychologisch georiënteerd onderzoek te doen om beter te begrijpen welke processen een rol spelen bij psychose. Meer bescheidenheid over de huidige kennis zou daarbij passend zijn. Maar wat betekent 'bestaan' voor een psychiatrische diagnose? Het gaat daarbij niet per se om biologische bevindingen, maar om bruikbaarheid in de praktijk.

### Hoe kan het beter?

Natuurlijk kan en moet de diagnostiek van psychosen beter. Daar wordt door veel groepen aan gewerkt. In dit tijdschrift werd bijvoorbeeld de ontwikkeling van stadiëring en profilering beschreven (De Haan e.a. 2012). Een alternatief om, zoals in de oncologie, tot een diagnostische indeling te komen waarbij categoriale en dimensionele benadering elkaar aanvullen. Een ander voorbeeld: het National Institute of Mental Health (NIMH) heeft de *Research Domain Criteria* geformuleerd, met als doel een classificatie van psychiatrische stoornissen te ontwikkelen gebaseerd op neurobiologische maten (Insel 2014). Deze ideeën zullen niet onmiddellijk leiden tot direct klinisch toepasbaar diagnostisch gereedschap. We moeten dus nog even geduld hebben.

### De barricaden op?

Van Os en Boevink schrijven een genuanceerd betoog, maar kozen er voor dit debat te starten in de media en via een website: schizofreniebestaatniet.nl. Zij hebben daarmee patiënten geen dienst bewezen. Je kan niet zomaar het begrip 'schizofrenie' afschaffen zonder een goed onderzoek alternatief te bieden. Wij erkennen de problemen met het begrip 'schizofrenie' en hechten niet aan een naam, maar we kunnen de klinische realiteit van mensen met een ernstig invaliderende psychotische stoornis niet ontkennen. rss is een te breed containerbegrip, en persoonlijke diagnostiek is nog nauwelijks ontwikkeld, laat staan onderzocht.

Intussen dreigt gevaarlijke verwarring: schizofrenie bestaat niet; als het niet goed gaat, komt dat door teveel pessimisme in de behandeling; de ggz doet dingen die niet nodig zijn of zelfs ziek maken. Zo'n beeld doet geen recht aan mensen die psychosen doormaken, en ook niet aan behandelaars die herstel van patiënten dagelijks centraal stellen in hun behandeling. Beter diagnostiek? Graag.

### AUTEURS

**RICHARD BRUGGEMAN**, psychiater, afd. Psychosen, UMCG, Groningen.

**WIM VELING**, psychiater, afd. Psychosen, UMCG, Groningen.

**FRANK VAN ES**, psychiater, afd. Psychosen, UMCG, Groningen.

**JACQUELINE QUAK**, psychiater, afd. Psychosen, UMCG, Groningen.

**FOKKO NIENHUIS**, Psycholoog, afd. Psychosen, UMCG, Groningen.

**RIKUS KNEGTERING**, psychiater, Lentis, Groningen.

### CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Richard Bruggeman, afd. Psychosen, Universitair Centrum Psychiatrie, UMCG, Postbus 30001 9700RB Groningen.

E-mail: r.bruggeman@umcg.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-4-2015.

### TITLE IN ENGLISH

The end of schizophrenia in the Netherlands? Not yet

Meer optimisme in behandeling? Doen. Minder stigma? Belangrijk. Maar deze doelen worden niet op deze manier bereikt.

### LITERATUUR

- Haan L de, Klaassen R, van Beveren N, Wunderink L, Rutten B.P.F., van Os J. Stagering van psychotische stoornissen. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 927-33.
- Perala J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuopparasmäki K, Isometsä E, Pirkola S, e.a. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. Arch Gen Psychiatry 2007; 64: 19-28.
- Insel ThR. The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Project: precision medicine for psychiatry. Am J Psychiatry 2014; 171: 395-7.
- Os J van, Boevink W. Discussie over niet-bestaan van schizofrenie; is er een olifant in onze kamer? Tijdschr Psychiatr 2015; 57: 285-7.