

REDACTIONEEL

## Sadder and wiser

R.J. VAN DEN  
BOSCH

Voor de waanzin zijn door de eeuwen heen uiteenlopende metafoeren gebruikt. Wat begon als 'vervreemding' van de gangbare gedragscodes, werd tot 'irrationaliteit' in de vroege moderne tijd en de verlichting, en tot 'degeneratie' in de negentiende eeuw met zijn gefrustreerde vooruitgangsbeleving, waarna ten slotte de keus viel op de 'fragmentatie' die het modernisme kenmerkt. Zelfs onze geest kon verbrokkelen. Griesinger (1861) was voorgegaan: 'Het voorstellingsvermogen is verworpen tot een onsamenhangend spel van vluchtig opduikende en weer wegzakkende woorden en beelden. Een nutteloze en steriele activiteit van de intelligentie, die zich richt op uiteenlopende, geïsoleerde en onvolledige voorstellingen, en die niet in staat is tot een oordeel te komen.' Gross (1904) constateerde, in navolging van Wernicke, dat een waanzinnige uit meerdere persoonlijkheden kon bestaan en dat de individualiteit uiteen kon vallen. Bleuler (1911) baseerde op deze tijdgeest zijn keuze voor 'schizofrenie' als moderne metafoer voor de waanzin. Een metafoer ontleent zijn kracht aan de inspiratie die hij oproept. Voor schizofrenie is dat de cognitieve benadering geworden: de analyse van uiteengevallen functies als bouwstenen voor een theoretisch begrip van de stoornis. Met de opkomst van de informatietechnologie – de computer – kwam daarvoor een taal beschikbaar. Deze benadering, die aanvankelijk nogal abstract was, ontwikkelde zich van cognitieve psychologie via (de al langer bestaande maar geherwaardeerde) neuropsychologie tot cognitieve neuropsychiatrie. De voorlopige uitkomst van deze ontwikkeling is dat schizofrenie nu beschouwd wordt als een neurocognitieve stoornis.

De cognitieve benadering is om twee redenen populair geworden: zij spreekt de taal van deze tijd en zij dient de identiteit van de psychiatrie als medische discipline. Elke tijd vindt immers zijn eigen beelden om de haperingen van onze psychologische machinerie aanschouwelijk te maken. Nu verkiezen we de taal van het informatietijdperk. De abstracte cognitieve benadering van de afgelopen decennia is echter ingehaald door de vorderingen van het hersenonderzoek. Die hebben geleid tot een herwaardering van het neuropsychologisch onderzoek van schizofrenie. In het verleden was dit een benadering die zich slechts ten doel stelde om onderscheid te maken tussen schizofrenie, opgevat als een 'functionele' aandoening, en organisch-cerebrale stoornissen. We weten nu hoe artificieel dat onderscheid is en dat is goed voor ons gevoel van eigenwaarde: psychiatrie, zo wordt dat toenemend gezien, is toegepaste hersenwetenschap en dus een 'harde' medische discipline. Wat de lever- en nierfuncties zijn voor de internist, zijn de hersenfuncties voor de psychiater. Voorlopig zal dit beeld van ons vak – ik zal afzien van kanttekeningen – wel zijn invloed behouden.

Het begrip 'cognitie' wordt in het neuropsychologisch onder-

REDACTIONEEL

zoek geoperationaliseerd met behulp van tests die ooit ontwikkeld zijn voor meting van functieverlies door gelokaliseerde hersenbeschadiging. Maar zo zit schizofrenie niet in elkaar en dus hebben deze 'statische' tests hun tekortkomingen. De experimentele psychologie richt zich op cognitieve processen en ontwikkelt taken om die processen te ontrafelen. Dat is een veel dynamischer benadering, die ook veelvuldig wordt toegepast in het schizofrenieonderzoek, maar die aan veel medisch opgeleide psychiaters wat voorbijgaat. Actueel is het functioneel beeldvormend onderzoek, dat directer dan neuropsychologische tests een indruk geeft van de betrokkenheid van hersengebieden. Van wat oudere datum is het elektrofyysiologisch onderzoek, dat een superieur 'oplossend vermogen' in de tijd heeft. En dan zijn er ook nog de interview- en vragenlijstmethoden, die de beleving van cognitieve veranderingen in kaart brengen.

Het gaat in deze opsomming steeds over meting van min of meer basale functiestoornissen. Wanen en hallucinaties zijn cognitieve structuren van een 'hogere orde', maar ook deze zijn toegankelijk voor experimenteel onderzoek. Het functioneren in sociale situaties is afhankelijk van het vermogen om met de complexiteit daarvan soepel om te gaan; dit is het domein van de sociale cognitie bij schizofrenie. Ook cognitieve revalidatie krijgt experimenteel aandacht. Het functioneren in arbeidssituaties wordt mede bepaald door cognitieve beperkingen en de relatie tussen beide staat in de belangstelling. Cognitieve therapie gericht op psychotische belevingen wordt steeds meer toegepast. Bij de farmacotherapie gaat de nodige belangstelling uit naar de veronderstelde (maar aangevochten, zie Carpenter & Gold 2002) superieure effecten op cognitieve disfuncties van de nieuwe generatie antipsychotica. Het is duidelijk: het cognitieve model van schizofrenie domineert onderzoek en behandeling.

Wat heeft dit tot dusverre opgeleverd? Om te beginnen heel veel onderzoeksbevindingen, die niet zo lang geleden in een meta-analyse zijn samengevat (Heinrichs & Zakzanis 1998). De conclusie van die omvangrijke literatuur luidt dat schizofrenie gepaard gaat met cognitieve functiestoornissen over de hele linie. Veel houvast voor een theorie van het basale defect geeft dit niet. Toch heeft dat veel onderzoekers door de jaren heen gemotiveerd. Het gevolg is dat er geen einde lijkt te komen aan de lange reeks van theoretische verklaringsmodellen, aanvankelijk puur cognitief, tegenwoordig cognitief-neurobiologisch van aard. Het begon in de zestiger jaren met bijvoorbeeld 'input dysfunction', 'filter breakdown', 'response interference', en is uitgemond in 'cognitive dysmetria', 'disconnection', 'contextverlies' en 'falen van de executive control': allemaal nieuwe metaforen. Het cognitief onderzoek heeft de heterogeniteit van het

REDACTIONEEL

## LITERATUUR

- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Franz Deuticke.
- Carpenter, W.T., & Gold, J.M. (2002). Another view of therapy for cognition in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 51, 969-971.
- Griesinger, W. (1861). *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. Stuttgart: Krabbe.
- Gross, O. (1904). Ueber Bewusstseinszerfall. *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 15, 45-51.
- Heinrichs, R.W., & Zakzanis, K.K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, 12, 426-445.

schizofreniebegrip niet kunnen oplossen en creëert ogenschijnlijk een nieuwe veelvormigheid. We weten nu wel dat de cognitieve stoornissen stabiel zijn, al voor de eerste psychose aanwijsbaar en nauwelijks therapeutisch beïnvloedbaar. We kunnen er in het beleid rekening mee houden en we kunnen patiënt en familie uitleg geven over een leven met beperkingen, zodat zij er mee leren omgaan. Begrip is uitermate belangrijk, maar veel hoop kan uit de verzamelde kennis nog niet geput worden. De prognose van schizofrenie is nog niet aantoonbaar verbeterd.

Wat kunnen we daar aan doen? Onderzoekspanningen zijn te veel gericht geweest op opsporing van basale, gelokaliseerde functietekorten en te weinig op overkoepelende, coördinerende functies. Als die tekortschieten, lijdt een reeks van meer specifieke functies daaronder. Neurobiologen beginnen zicht te krijgen op de biologische voorwaarden voor deze superviserende functies (Phillips & Silverstein, [www.bbsonline.org/Preprints/Phillips/Referees](http://www.bbsonline.org/Preprints/Phillips/Referees)).

Het is denkbaar dat deze benadering kennis gaat opleveren waar de neurofarmacologie van profiteert. Die zal zich daarbij op andere dan traditioneel antipsychotische effecten moeten richten, want cognitieve stoornissen hangen nauwelijks samen met psychotische symptomen. Of andere dan farmacologische strategieën ooit substantiële directe invloed zullen kunnen uitoefenen op manifeste cognitieve disfuncties is twijfelachtig, maar in de preventiesfeer kan men zich voorstellen dat een vroeg gesignaleerde cognitieve kwetsbaarheid niet noodzakelijkerwijze tot schizofrenie leidt wanneer de betrokken persoon over effectieve compensatiemethoden beschikt. Het lijkt me te vroeg om de mogelijkheid dat hiervoor strategieën beschikbaar komen, uit te sluiten. Meer inzicht in de plasticiteit van de hersenen kan aanknopingspunten opleveren voor interventies waarvan we nu nog geen voorstelling hebben. Veel pleit er namelijk voor dat de interactie met de (deels zelf verkozen) omgeving kwetsbare individuen op een hellend vlak plaatst en tot misschien vermijdbare achteruitgang van cognitieve functies leidt. Spectaculaire doorbraken van kennis of interventies lijken mij op korte termijn onwaarschijnlijk. Het cognitief onderzoek van schizofrenie heeft ons, net als de *ancient mariner* van Coleridge, voorsnog vooral *sadder and wiser* gemaakt.