

# De screeningslijst voor Subjectieve Ervaringen van Cognitieve veranderingen (SE C)

## Een instrument voor screening van cognitieve risicosymptomen van schizofrenie

C.M.J. VAN STRATEN

**SAMENVATTING** Voorafgaand aan een psychose ontstaan cognitieve veranderingen met een specifiek karakter. Zodra deze leiden tot klachten kunnen ze beschouwd worden als risicosymptomen. Deze cognitieve veranderingen kunnen betrouwbaar worden gemeten met een diagnostisch interview. Wanneer deze specialistische diagnostiek wordt voorafgegaan door een screening, kan getrapte diagnostiek van cognitieve risicosymptomen worden gerealiseerd: eerst screenen, dan meten. Daartoe is een zelfbeoordelingsvragenlijst ontwikkeld: de screeningslijst voor Subjectieve Ervaringen van Cognitieve veranderingen (SE C). Onderzoek naar de betrouwbaarheid en de validiteit van deze screeningslijst is onlangs gestart.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 11, 767-771]

**TREFWOORDEN** cognitieve veranderingen, schizofrenie, subjectieve ervaringen

Bij de aanpak van vroege detectie van een schizofrene ontwikkeling vallen twee accentverschillen waar te nemen. Deze verwijzen naar verschillende inzichten over de sequentie van veranderingen die voorafgaan aan de psychose (Yung & McGorry 1996). Bij de eerste benadering wordt ervan uitgegaan dat zich eerst specifieke neurotische klachten ontwikkelen, gevolgd door prepsychotische kenmerken en uiteindelijk de psychose. Bij de tweede benadering wordt ervan uitgegaan dat zich in een vroeg stadium specifieke cognitieve veranderingen ontwikkelen. Deze worden begeleid door neurotische klachten – die daar een reactie op zijn – en gevolgd door de psychose. De tweede benadering wortelt in een fenomenologische traditie en lijkt goede mogelijkheden te bieden voor vroegdetectie. In dit artikel wordt de tweede benadering gevolgd en worden de mogelijkheden die deze benadering biedt voor vroegdetectie nader beschouwd.

### SUBJECTIEVE ERVARINGEN VAN COGNITIEVE PROBLEMEN

Cognitieve problemen zijn niet alleen aanwezig bij schizofrenie, ze spelen ook een rol bij andere syndromen, zoals stemmingsstoornissen. De cognitieve problemen bij schizofrenie zijn daar echter van te onderscheiden. Bij stemmingsstoornissen gaat het primair om aandachts- en concentratieproblemen, daardoor wordt minder informatie opgenomen. Bij schizofrenie betreft het problemen met het organiseren van informatie, een proces dat gewoonlijk geautomatiseerd verloopt. Wanneer zich bij schizofrenie concentratieproblemen voordoen, zijn deze secundair: ze zijn een gevolg van de overbelasting van het werkgeheugen, veroorzaakt door het tekortschieten van geautomatiseerde verwerking van informatie (Cromwell & Spaulding 1978; Cutting 1990; Van den Bosch 1993; Penn e.a. 1993).

Bij retrospectief onderzoek blijkt dat de eerste cognitieve veranderingen meerdere jaren voor de psychose ontstaan. De betrokkenen blijken in staat te zijn deze veranderingen adequaat te rapporteren, maar doen dat zelden ongevraagd. Men lijkt zich niet te realiseren dat de klachten relevant zijn (Chapman 1966; Cutting & Dune 1989; Gross & Huber 1998).

Door Duitse onderzoekers zijn de subjectieve ervaringen beschreven als 'basissymptomen' (Süllwold & Huber 1986; Gross 1989). Basissymptomen zijn subjectieve ervaringen die voor, tijdens en na de psychose aanwezig zijn; ze worden als de basis van schizofrenie beschouwd. Binnen het concept basissymptomen vallen naast cognitieve problemen ook andere klachtengroepen: negatieve symptomen, lichamelijke klachten en vreemde lichamelijke sensaties. De groep cognitieve problemen blijkt echter het meest specifiek te zijn voor beelden in het schizofrene spectrum (Klosterkötter e.a. 1996).

#### COGNITIEVE RISICOSYMPTOMEN

De cognitieve veranderingen die zich in de jaren voorafgaand aan de psychose ontwikkelen, leiden tot problemen in het dagelijkse functioneren. Zo zijn ze vaak de oorzaak van het stoppen met de opleiding (Häfner e.a. 1992). De schizofrene kwetsbaarheid hoeft niet noodzakelijkerwijs tot een psychose te leiden. Of zich een psychose ontwikkelt, wordt - naar men aanneemt - in belangrijke mate bepaald door de ernst van stressoren enerzijds en de aanwezigheid van stabiliserende factoren, zoals de beschikbaarheid van effectieve coping-mechanismen, anderzijds. Inzicht in de aard van de klachten draagt bij aan coping-gedrag (Gross & Huber 1998) en vermindert angst en spanning (Iwawaki 1997).

Bij factoren die het ontstaan van stress beïnvloeden wordt de stressbeleving die het directe gevolg is van de cognitieve problemen zelf gemakkelijk over het hoofd gezien. Wanneer jonge mensen door specifieke cognitieve problemen vastlopen in hun opleiding of werk, verlie-

zen ze daarmee hun daginvulling; het sociale netwerk en toekomstperspectief komen in gevaar. Dat vertegenwoordigt een aanzienlijke stressbron. Wanneer de specifieke cognitieve problemen dermate ernstig zijn geworden dat ze leiden tot klachten in het dagelijks functioneren - en daar stress genereren - kunnen we ze beschouwen als risicosymptomen. Wanneer we in staat zouden zijn bij jonge mensen die ernstige klachten ervaren in hun studie of werk, vast te stellen of de klachten worden veroorzaakt door deze cognitieve problemen, dan ontstaan mogelijkheden voor vroege interventie. We kunnen dan in dat vroege stadium mogelijkheden benutten om aanpassingen te realiseren die kunnen bijdragen aan reductie van stress en aan het optimaal benutten van gezonde (cognitieve) capaciteiten.

Voor deze aanpak van vroegtijdige herkenning is het nodig dat het specifieke karakter van deze cognitieve problemen kan worden herkend. Daarvoor zijn instrumenten nodig. Diagnostiek van subjectieve ervaringen van cognitieve veranderingen lijkt mogelijkheden te bieden voor vroegdetectie van risicosymptomen.

#### DIAGNOSTIEK VAN SUBJECTIEVE ERVARINGEN VAN COGNITIEVE VERANDERINGEN

Diverse onderzoekers hebben de subjectieve ervaringen onderzocht aan de hand van interviews (Chapman 1966; Gross & Huber 1987; Cutting & Dunne 1989). Van het door Huber & Gross ontwikkelde semi-gestructureerde interview zijn de psychometrische kenmerken het best in kaart gebracht: de *Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms* (BSABS, Gross & Huber 1987). De BSABS onderzoekt verschillende klachtengroepen: energetische tekorten met negatieve symptomen, cognitieve denk-, waarnemings- en handelingsstoornissen, vreemde lichamelijke sensaties en somatische klachten. De interbeoordelaarsovereenstemming van de BSABS is voldoende (Gross e.a. 1990). Ten aanzien van de specificiteit blijkt de module 'cognitieve

stoornissen' van de BSABS te discrimineren tussen schizofrenie en andere psychiatrische beelden; daarbij is alleen het verschil met organische beelden niet significant (Klosterkötter e.a. 1996). In een prospectief onderzoek met de BSABS blijkt dat gemiddeld 5 jaar voor de psychose zich specifieke cognitieve problemen ontwikkelen; de aanwezigheid van 1 of meer cognitieve problemen blijkt in 70% van de gevallen correct de ontwikkeling van een psychose te voorspellen (specificiteit 0,59; fout-positieve voorspellingen 20%). De afwezigheid van deze cognitieve problemen voorspelde in 96% van de gevallen correct het uitblijven van een psychose (sensitiviteit 0,98, fout-negatieve voorspellingen 1,3%) (Klosterkötter e.a. 2001). Omdat bij de onderzochte proefpersonen sprake was van een sterk verhoogd risico (49% van de onderzochten ontwikkelde schizofrenie), lijken de conclusies met betrekking tot positief voorspellend vermogen beperkt generaliseerbaar, ze zijn vooralsnog alleen van toepassing op een groep met een verhoogd risico. In de normale populatie zullen zich waarschijnlijk meer fout-positieven voordoen (Warner 2001).

Er zijn dus sterke aanwijzingen dat de module 'cognitieve stoornissen' van de BSABS geschikt is om bij een groep met verhoogd risico de specifieke cognitieve veranderingen in beeld te brengen. De module 'cognitieve stoornissen' van de BSABS is in het Nederlands vertaald: BSABS-selectie cognitieve veranderingen (Bonner-s, Van Straten 2000). Het onderzoek naar de interbeoordelaarsovereenstemming van de Nederlandse vertaling is bijna afgerond.

Voor toepassing van dit diagnostisch interview in de vroegdiagnostiek is het echter wenselijk te beschikken over een screeningsmogelijkheid: daarmee zou een eerste selectie kunnen worden gemaakt in de groep mensen waarbij overwogen wordt of deze specifieke cognitieve problemen een rol spelen in de actuele problematiek. Vroegdetectie van cognitieve risicosymptomen vraagt om een getrapte diagnostiek: eerst screenen, dan meten.

#### DE SCREENINGSLIJST VOOR SUBJECTIEVE ERVARINGEN VAN COGNITIEVE VERANDERINGEN (SEC)

Er zijn diverse zelfbeoordelvragenlijsten ontwikkeld die subjectieve ervaringen van cognitieve problemen meten. Deze discrimineren echter slecht ten aanzien van verschillende psychiatrische beelden (Peralta & Cuesta 1994). De meest onderzochte lijst is de *Frankfurter Beschwerde-Fragenbogen* (FBF, Söllwold & Huber 1986). De FBF discrimineert weliswaar tussen gezonde mensen en mensen met schizofrenie (Söllwold & Huber 1986), maar het discriminerende vermogen tussen verschillende psychiatrische groepen is onvoldoende.

De door de auteur (Van Straten) ontwikkelde screeningslijst voor Subjectieve Ervaringen van Cognitieve veranderingen (SEC) is een bewerking van de FBF. Met het bewerken is gepoogd het discriminerende vermogen te versterken door de invloed van aanwezige (subklinische) stemmings- en angstproblemen op de score te reduceren. Daarnaast zijn aanpassingen gerealiseerd die beogen de bereidheid tot rapportage van klachten te vergroten. Voor de aanpassingen werd onder meer gebruikgemaakt van uitkomsten van recent onderzoek met de BSABS. De SEC screent dezelfde klachtengroepen als die welke in de module cognitieve storingen van het BSABS-interview worden onderzocht. Daardoor leent de SEC zich voor een getrapte diagnostiek in een combinatie met dit interview.

De in de SEC onderzochte cognitieve veranderingen betreffen klachten die samenhangen met het organiseren van gedachten, waarnemen en handelingen, zoals moeite met het vasthouden van de rode draad van de gedachten, problemen met het zonder gerichte aandacht uitvoeren van herhaalde eenvoudige handelingen en problemen met het verdelen van de aandacht.

## Onderzoek naar de psychometrische kenmerken van de SEC

De psychometrische kenmerken van de SEC worden op dit moment onderzocht in een groevenvergelijkend onderzoek (de uitvoering van dit onderzoek wordt mogelijk gemaakt door het GGE-onderzoeksondersteuningsfonds. Voor het onderzoek is toestemming verkregen van de medisch ethische commissie (Toetsingscommissie Zuid-Nederland)).

**Patiënten en controlepersonen** Er zijn 4 onderzoeksgroepen in de leeftijd van 16 tot 30 jaar: (1) een groep van 60 patiënten met schizofrenie (eerste of tweede psychose) (waarvan 30 patiënten met het paranoïde type en 30 patiënten met het non-paranoïde type van schizofrenie); (2) een psychiatrische controlegroep (30 patiënten met stemmingsstoornissen en/of angststoornissen); (3) een gezonde controlegroep (30 personen); (4) een groep van 30 studenten die beantwoorden aan een klachtenprofiel waarbij 2 van de volgende 3 kenmerken aanwezig moeten zijn: onverwacht stagneren van voortgang in de opleiding (die niet toe te schrijven is aan gebrek aan motivatie of externe omstandigheden); aanwezigheid van verwarring (door student zelf aangegeven of door omgeving gesignaleerd); en (tempo)problemen bij vaardigheidsvakken en/of stage die een gevolg zijn van automatiseringsproblemen.

**Onderzoeksvragen** De volgende onderzoeksvragen worden gesteld: (1) Differentieert de SEC tussen de verschillende diagnostische groepen?; (2) Is de zelfrapportage van cognitieve problemen zoals die is vastgesteld door middel van de SEC – bij verschillende diagnostische groepen – een goede voorspeller van zelfrapportage zoals die is vastgesteld met het semi-gestructureerde interview Bonner-s?; (3) (exploratief) Hoe scoort de groep proefpersonen die beantwoordt aan het klachtenprofiel in vergelijking met de gezonde controlegroep en met de klinische groepen?

## LITERATUUR

- Bosch, R.J. van den (1993). *Schizofrenie. Subjectieve ervaringen & objectief onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Chapman, L.J. (1966). The early symptoms of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 112, 225-251.
- Cromwell, R., & Spaulding, W.D. (1978). How schizophrenics handle information. In W. Fann, I. Karacan & A.D. Pokorny (Red.), *The phenomenology and treatment of schizophrenia* (pp. 127-162). New York: Spectrum.
- Cutting, J. (1990). *The right cerebral hemisphere and psychiatric disorders*. Oxford: Oxford university press.
- Cutting, J., & Dunne, F. (1989). Subjective experience of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 217-231.
- Gross, G. (1989). The 'basic' symptoms of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* (Suppl. 7), 21-25.
- Gross, G., & Huber G. (1987). *BSABS, Bonner Scale for the Assessment of Basic Symptoms*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Gross, G., & Huber, G. (1998). Prodromes and primary prevention of schizophrenic psychoses. *Neurology, Psychiatry and Brain-research*, 6, 51-58.
- Gross, G., Strassen, H., Huber, G., e.a. (1990). Reliability of psychopathological documentationscheme BSABS. In C.N. Stefanis, A. Rabavilas & C. Soldatos (Red). *Psychiatry: a world of perspective*, vol 1. (pp. 199-203). Amsterdam: Excerpta Medica.
- Häfner, H., Riechler-Rossler, A., Hambrecht, M., e.a. (1992). *IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia*. *Schizophrenia Research*, 6, 209-223.
- Iwawaki, A. (1997). Three grades of subjective experiences in schizophrenia: their phenomenology and implications for initial treatment. *Psychopathology*, 30, 83-88.
- Klosterkötter, J., Ebel, H., Schultze-Lutter, F., e.a. (1996). Diagnostic validity of basic symptoms. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 246, 147-154.
- Klosterkötter, J., Hellmich, M., Steinmeyer, E.M., e.a. (2001). Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Archives of general psychiatry*, 58, 158-164.
- Penn, D.L., van der Does, A.J.W., Spaulding, W.D., e.a. (1993). Information processing and social cognitive problem solving in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 13-20.
- Peralta, V., & Cuesta, M.J. (1994). Subjective experiences in schizophrenia: a critical review. *Comprehensive psychiatry*, 35, 198-204.
- Straten, C.M.J. van. (2000). *Nederlandse vertaling van Bonner Scale for the Assessment of Basic Symptoms – selectie cognitieve veranderingen; Bonner-s*. Uitgegeven in eigen beheer.

DE SCREENINGSLIJST VOOR SUBJECTIEVE ERVARINGEN VAN COGNITIEVE VERANDERINGEN (SEC)

Süllwold, L., & Huber, G. (1986). *Schizophrene Basisstörungen*. Berlin: Springer Verlag.

Warner, R. (2001). The prevention of schizophrenia: what interventions are safe and effective? *Schizophrenia Bulletin*, 27, 551-562.

Yung, A.R. & McGorry, P.D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 353-370.

AUTEUR

C.M.J. VAN STRATEN is psycholoog en werkzaam bij de Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven.

Correspondentieadres: C.M.J. van Straten, GGZE circuit Acute Zorg, Postbus 909, 5600 AX Eindhoven.

E-mail: cmj.van.straten@ggze.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-5-2002.

SUMMARY

The screening list of Subjective Experiences of Cognitive Changes (SEC). An instrument to screen cognitive risk symptoms – C.M.J. van Straten – *Specific cognitive changes elicit before psychosis. As soon as they cause complaints they can be considered as risk symptoms. These cognitive changes can be assessed reliably by means of a diagnostic interview. If this specialistic assessment can be preceded by a screener, a stepped procedure to assess cognitive risk symptoms can be realized: first screen, than assess. For this purpose the self-report screening list for Self-Experienced Cognitive changes (SEC) has been developed. A study on reliability and validity of this instrument has started recently.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 11, 767-771]

KEYWORDS cognitive changes, schizophrenia, subjective experiences