

Lichtjes in de ogen

B.G.C. SABBE

‘Waarop let u nu het meeste om de voortgang van de behandeling van een depressieve patiënt te beoordelen?’ vroeg een collega mij laatst. In navolging van Gordon Parker, bekend Australisch onderzoeker van de melancholie en redacteur van het boek *Melancholia. A phenomenological and neurobiological review* (Parker & Hadzi-Pavlovic 1996), pleitte ik voor een meer nauwkeurige gedragsobservatie van de depressieve patiënt. Misschien moeten we minder luisteren en beter observeren, en kijken hoe de patiënt uit de stoel omhoog komt, hoe hij een hand geeft, hoe zijn gang is, of hij wel met de armen zwaait. Luisteren hoe kort, dan wel hoe lang zijn antwoorden op de gestelde vragen zijn, en hoe arm, dan wel hoe rijk de inhoud van die antwoorden is. En luisteren of de spraak vertraagd is, de toonhoogte minder moduleert, het stemvolume gedaald is. Ik reciteerde aldus uit het bekende rijtje uit de Widlöcher Remmingsschaal (De Weme e.a. 1996): een cluster van psychomotorische symptomen dat een onderliggende remming als stoornis van de normale cognitieve en motorische activeringsprocessen bij depressie weergeeft. Het betreft hier stoornissen van een cognitief-psychologische dimensie. Deze dimensies vormen nu het studieobject van een nog jonge discipline in ons vakgebied, de cognitieve neuropsychiatrie (CNP) genoemd. Er bestaat zelfs een afzonderlijk tijdschrift voor: *Cognitive Neuropsychiatry*. Wat wordt hieronder verstaan?

De CNP, aldus Halligan & David (2001), stelt zich ten doel om psychopathologische fenomenen te verklaren in termen van deficits in normale cognitieve mechanismen. In tweede instantie worden deze cognitieve functiestoornissen in verband gebracht met veranderingen van het neurale substraat. De CNP zit sinds haar ontstaan in de jaren negentig aldus te paard op de klinische psychiatrie, de experimentele cognitieve neuropsychologie en de neurowetenschappen. Enerzijds bieden de traditionele psychiatrische en neurologische referentiekaders te weinig mogelijkheden om de cognitieve mechanismen die aan neuropsychiatrische stoornissen ten grondslag liggen, te verhelderen. Zo vinden de huidige syndromale classificaties (de DSM-IV (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4de editie) en de ICD-10 (*International classification of diseases*, 10de editie)) geen empirische basis in modellen van normale informatieverwerkingssystemen en normale cognitieve processen. Anderzijds blijkt de afstand tussen de klinische psychiatrie en de epidemiologie, de genetica en de neurowetenschappen gewoonlijk te groot om klinisch relevante verklaringen van psychopathologische fenomenen te bieden. De CNP probeert deze kloof te overbruggen door de functionele organisatie van psychiatrische stoornissen te beschrijven in cognitief-psychologische processen en modellen en deze te verbinden met relevante breinstructuren

en -functies. Meer en meer lijkt het niveau van cognitieve analyse onmisbaar. Nieuwe cognitieve theoretische modellen worden opnieuw getoetst aan de psychiatrische kliniek, en dit leidt tot nieuwe hypothesevorming op het cognitieve niveau. Dit geheel vormt het eerste ontwerp van wat een cognitieve psychopathologie genoemd zou kunnen worden.

Ik noem kort enkele voorbeelden van deze ontwikkelingen. Zo worden stoornissen in de netwerken van het semantische geheugen bij schizofrene patiënten medeverantwoordelijk geacht voor psychotische spraak- en denkstoornissen (waandenkbeelden). Cognitief-neuropsychiatrische modellen van achtervolgingswanen opperen stoornissen van de neuromodulatie en van de neuroplasticiteit in neurale netwerken die betrokken zijn bij normale sociale cognitieve processen, zoals de interpretatie van sociale interacties (bijvoorbeeld de intenties van de ander). Innerlijke spraak is de neurale activiteit die het dichtste aansluit bij auditieve hallucinaties, en de neurale anatomie ervan wordt steeds beter begrepen. Wellicht spelen vooral stoornissen van de processen die verantwoordelijk zijn voor het signaleren en het monitoren van de bron van de auditieve voorstelling een bepalende rol. Het Capgras-fenomeen (*l'illusion des sosies*), behorend tot de *delusional misidentification syndromes* (DMIS), waarbij de patiënt gelooft dat iemand uit zijn omgeving, meestal een familielid of vriend, vervangen is door een bijna, maar niet helemaal perfecte dubbelganger, wordt nu geherinterpreteerd als een cognitieve stoornis van de gezichtsherkenning (*face recognition*). De normale emotionele responsen bij de herkenning van bekende gezichten gaan verloren; de poging van de patiënt om de identiteit van de betreffende persoon te construeren zonder deze relevante affectieve informatie, vormt de basis voor de eigenlijke waanvorming. Op stoornissen van de motorische controle bij conversiestoornissen wordt een nieuw licht geworpen door een beter begrip van de expliciete en impliciete cognitieve invloeden van suggestie en van de mechanismen van gedissocieerd bewustzijn en hypnose. Ten slotte vormt ook het bovengenoemde cluster van cognitieve en motorische vertraging het onderwerp van cognitief-psycho(patho)logisch onderzoek, niet alleen bij depressie, maar ook bij schizofrenie en bij de ziekte van Parkinson, en bij normale veroudering.

Zowel op het niveau van het wetenschappelijk onderzoek, als wellicht in de toekomst meer en meer ook op het niveau van de klinische praktijk, vraagt de CNP om een nauwe en intensieve samenwerking tussen de klinisch psychiater en de cognitief psycholoog. Dit koppel kan een beroep doen op specialisten uit andere disciplines, zoals de beeldvormende technieken, de neurofysiologie, de epidemiologie, de genetica, de fundamentele neurowetenschappen,

LITERATUUR

- Halligan, P.W., & David, A.S. (2001). Cognitive neuropsychiatry: towards a scientific psychopathology. *Nature Reviews Neuroscience*, 2, 209-15.
- Parker, G., & Hadzi-Pavlovic, D. (1996). *Melancholia. A disorder of Movement and Mood. A phenomenological and neurobiological review*. Cambridge/New York/Melbourne: Cambridge University Press.
- Weme, R.J.C. de, Hoeksema, T., & Goekoop, J.G. (1996). De Widlöcher Remmings-schaal, een Nederlandse schaal voor het meten van psychomotorische remming. *Acta Neuropsychiatrica*, 8, 56-63.
- enzovoort. De samenspraak tussen klinisch psychiater en cognitief psycholoog moet onder meer de klinisch interessante symptomen en dimensies identificeren die voor cognitieve analyse in aanmerking komen, en op een creatieve wijze taken en testopstellingen bedenken die deze analyse mogelijk maken. De resultaten van deze analyse moeten dan opnieuw de toets van de kliniek doorstaan.
- ‘Er is nog iets waar ik op let wanneer mijn depressieve patiënt weer op mijn spreekuur komt’, voegde ik mijn collega nog toe. ‘En wat mag dat dan wel zijn’, vroeg hij. ‘Of er al dan niet lichtjes in zijn ogen branden’, repliceerde ik. Hij keek mij enigszins geamuseerd aan. De zijne brandden, zonder enige twijfel. ‘En kan de CNP al meten hoeveel watt de lichtsterkte van de lampjes bedraagt, en hoeveel milliampère de stroomsterkte in de betreffende neurale circuits is?’ was zijn volgende vraag. ‘Als we alleen al maar wisten waar de schakelaartjes zitten’, verzuchtte ik.