

Reactie op 'Waarom een diagnose schizofrenie?' en
'Waarom geen diagnose schizofrenie' (1)

Het is geruststellend te constateren dat de term 'schizofrenie' nog steeds aanleiding geeft tot discussie in professionele kringen, getuige het artikel van Havenaar (2005) en de reactie daarop door Van Praag (2005). Deze artikelen hebben mij te denken gegeven en bewijzen eens te meer het nut van het plaatsen van dit soort stukken in het Tijdschrift voor Psychiatrie. Persoonlijk deel ik het standpunt van collega van Praag waar hij pleit voor klinische prudentie in relatie tot een academische discussie over schizofrenie die geenszins zonder consequenties voor de praktijk blijft.

Niets minder dan de waarheid is hier in het spel. Ik denk niet te veel te zeggen als ik beweer dat zowel Havenaar als Van Praag de waarheid over schizofrenie niet kennen. De discussie over schizofrenie is een hypothesestrijd en een ideologiestrijd, die echter niet zonder consequenties blijft – noch voor de behandelaar, noch voor de patiënt. Terminologie lijkt in deze onschuldig, maar is dat in feite niet. Het verschil tussen 'schizofrenie' en 'psychose' is dat met 'schizofrenie' een klinische entiteit wordt geïdentificeerd met de mogelijkheid van reïficatie en dat met 'psychose' wordt verwezen naar symptomen; een groot verschil dunkt mij (De Kroon 2005).

Iedere clinicus kent de geringe voorspellende waarde van de diagnose 'schizofrenie'. Dat neemt niet weg dat het nut heeft klinische verschijnselen, zoals psychotische tekenen, te benoemen, niet zozeer om voorspellingen te doen als wel om aanwijzingen voor behandeling te hebben. De diagnose 'schizofrenie' is echter meer dan het benoemen van verschijnselen: het benoemt een entiteit. Vanuit een wetenschappelijk standpunt heeft Van Praag gelijk dat een niet-valide diagnose ons op een dwaalspoor zet en aanleiding is tot schijnzekerheid. Maar er is meer. Wanneer het over de klinische situatie gaat, heeft het benoemen van ver-

schijnselen zeker nut uit oogpunt van communicatie en behandeling. De term 'schizofrenie' zou dit ook kunnen hebben, ware het niet dat er bezwaren aan kleven die van praktisch belang zijn. Ik wil niet zo ver gaan te stellen dat de term 'schizofrenie' zowel behandelaar als patiënt verlamt, maar een zekere ontmoedigende connotatie kan deze diagnose niet ontzegd worden. Het is moeilijk het optimisme van collega Havenaar te delen, zowel ten aanzien van de wetenschappelijke dienstbaarheid van de term 'schizofrenie', als ten aanzien van het praktische nut voor patiënt en behandelaar. Uit wetenschappelijk oogpunt kan ik mij niet aan de indruk onttrekken dat de diagnose 'schizofrenie' een sta-in-de-weg is voor verder onderzoek. Zij heeft een apodictisch karakter en kan heuristische strategieën in een bepaalde richting fixeren en dat is niet dienstbaar aan de wetenschap, die juist gekenmerkt dient te zijn door openheid in de filosofische zin van het woord. Juist en vooral aan het praktisch nut kleven mijns inziens bezwaren die uit het oogpunt van behandeling niet onbelangrijk zijn. Havenaar zinspeelt daar wel op, maar maakt ze niet expliciet, waardoor hij wordt verleid tot een eenzijdige positieve waardering van de diagnose 'schizofrenie'. Hij lijkt te zeggen dat zowel behandelaar als patiënt weten waar zij aan toe zijn en dat de patiënt recht heeft op de waarheid. Welke waarheid en wiens waarheid, zou ik hier willen vragen. Is niet juist die waarheid omtrent de schizofrenie in het gedrag?

Ik wil hier iets naar voren brengen dat door beide auteurs niet wordt genoemd, althans te weinig nadruk krijgt: het gevaar van het stellen van de diagnose 'schizofrenie'. Wel benoemt Havenaar in dit verband stigmatiserende processen als ingewikkelde maatschappelijke mechanismen en brengt hij ze badinerend in verband met de anti-psiichiatrie. Psychotici kennen namelijk vaak heel goed de implicaties van de diagnose 'schizofrenie'. Deze kennis is mede cultureel bepaald en kent de sluiptwegen die daarbij horen, die meestal van een andere aard zijn dan die de wetenschap beoogt. Doorgaans zullen behandelaars een positieve hou-

ding uitdragen die niet eenvoudig is over te dragen op de patiënten. Op dit terrein bestaat er mijns inziens een flinke kloof tussen behandelaars en patiënten die niet zomaar in een paar jaar overbrugd kan worden. En misschien is de problematiek rondom de term 'schizofrenie' daar wel debet aan. Helaas heb ik meer dan eens meegemaakt dat een psychotische patiënt kort na het vernemen van zijn of haar diagnose 'schizofrenie' zich suïcideerde. Dat kan onmogelijk de bedoeling zijn van onze waarheidsvinding.

Mijn jarenlange ervaring met psychotici heeft mij geleerd zeer voorzichtig te zijn met psychiatrische diagnoses in de spreekkamer. Ik ben echter ook tot de constatering gekomen dat het praten over symptomen zoals psychotische verschijnselen zeer wel mogelijk is, mits daarbij de 'waarheid' niet dwingend aan de patiënt wordt opgelegd. Ook patiënten moet de mogelijkheid gelaten worden hun waarheid te zoeken en misschien wel te vinden. Voor mij is het apodictische en pretentieuze van de diagnose 'schizofrenie' nog steeds een steen des aanstoets en zeker geen steen der wijzen.

LITERATUUR

- Havenaar, J.M. (2005). Waarom een diagnose schizofrenie? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 149-155.
- Kroon, J.A.M. de. (2005). *Schizofrenie tussen symptoom en subject. Een archeologie van de psychose*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Praag, H.M. van. (2005). Waarom geen diagnose schizofrenie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 157-159.

J.A.M. DE KROON, psychiater en ex-A-opleider, psychotherapeut, bestuurslid van de International Society of the Psychological treatment of Psychoses (ISPS-NL-VL) en lid van de Association Mondiale de Psychanalyse (AMP) en de New Lacanian School (NLS)

Reactie op 'Waarom een diagnose schizofrenie?' en 'Waarom geen diagnose schizofrenie' (2)

Schizofrenie als meme: de evolutie als metafoor voor het gebruik van het begrip schizofrenie

In het *Tijdschrift voor Psychiatrie* is gedebatteerd over de vraag of de diagnose 'schizofrenie' nog gesteld zou moeten worden: Havenaar (2005) pleit, met de nodige kritische kanttekeningen, voor het naast elkaar (blijven) gebruiken van 'schizofrenie' en 'psychose', maar Van Praag (2005) wil de term 'schizofrenie' naar de geschiedenisboeken verwijzen.

Hofstadter (1985) heeft het evolutionaire karakter van denkbeelden, eerder gepostuleerd door Dawkins (1989, 1981), verder uitgewerkt en commentarieerd – deze auteurs hebben overigens géén inhoudelijke bijdrage geleverd aan de discussie over het schizofrenieconcept, maar dit terzijde. Men zou zich nu de vraag kunnen stellen: staat het begrip 'schizofrenie' op het punt uit te sterven of heeft het – kennelijk – toch zoveel aantrekkelijks dat dit begrip voorlopig nog wel onder ons, of, liever gezegd, in ons zal blijven wonen?

Heeft van Praag een levensvatbaar alternatief voor 'schizofrenie'? Uit zijn commentaar blijkt dat nergens! Sinds 1976, toen 'schizofrenie' volgens van Praag al 'onmogelijk' was, is er geen kroonprins opgestaan die de heerschappij dreigt over te nemen in de taal-ecologische niche waar nu door 'schizofrenie' de heerschappij wordt gevoerd. Voor het jaar 1976 levert PubMed 1095 artikelen over schizofrenie, voor het jaar 2004 is dat aantal toegenomen tot 3165 – géén aanwijzing voor een naderend verscheiden van 'schizofrenie'.

Havenaar bespreekt overtuigend dat 'psychose' 'schizofrenie' niet zal gaan vervangen. Van Praag slaagt er weliswaar in om een aantal zwakke plekken van het schizofreniebegrip aan te wijzen, maar hij biedt nergens een redelijk levensvatbaar alternatief met de potentie om 'schizofrenie' – inclusief alle beperkingen en vage grenzen – te verdrijven uit de breinen van ons, psychiaters, de biotoop van de meme schizofrenie.

Het is met woorden en begrippen niet veel anders dan met biologische soorten: meer dan 99% van alle biologische species die ooit hebben bestaan, is inmiddels uitgestorven en het is daarom eerder de vraag *wanneer* dan *of* een diersoort uitsterft. Zo is het ook met begrippen: ooit zal 'schizofrenie' als begrip wel uitsterven en vervangen worden door andere, passender terminologie. Maar de term zal pas uitsterven als er een ander begrip wordt gepostuleerd met een betere *survival-of-the-fittest*-kwaliteit in het domein van de psychopathologie: 'schizofrenie' leeft totdat (een) andere kandidaat-term(en) de zwakke plekken van 'schizofrenie' we(e)t(en) te benutten. Zelfs al heeft Van Praag gelijk met zijn stelling dat 'schizofrenie' tot een stukje diagnostiek met méér verleden dan toekomst behoort: voorlopig doemen noch vanuit genetische, noch vanuit neurobiologische, noch vanuit omgevingsvariabele gezichtspunten *dé* kandidaat-memen op die een serieuze bedreiging vormen.

Voorlopig is schizofrenie dus nog '*alive and kicking*'.

LITERATUUR

- Dawkins, R. (1989). *The Selfish Gene* (2de druk). Oxford: Oxford University Press.
- Dawkins, R. (1981). *Selfish Genes and Selfish Memes*. In D.R. Hofstadter & D. Dennett (Red.), *The Mind's I* (pp. 124-148). New York: Basic Books.
- Havenaar, J.M. (2005). *Waarom een diagnose schizofrenie?* Tijdschrift voor Psychiatrie, 47, 149-155.
- Hofstadter, D.R. (1985). *Metamagical Themas*. New York: Basic Books.
- Praag, H.M. van. (2005). *Waarom geen diagnose schizofrenie.* Tijdschrift voor Psychiatrie, 47, 157-159.

H. H. HARMS, psychiater

ANTWOORD aan De Kroon, Harms en Van Praag

Afgaand op hun reactie, waarin zij mij als een eenzijdig gelovige in het schizofreniebegrip afschilderen, hebben Van Praag en De Kroon kennelijk de kern van mijn betoog gemist. Ze gaan in hun reactie namelijk in het geheel niet in op de met referenties gestaafde argumenten: (1) dat het met de validiteit van het schizofrenieconcept niet slechter gesteld is dan met die van de meeste andere psychiatrische (en somatische) ziektebegrippen; en (2) dat het met het door sommigen als alternatief aangedragen psychoseconcept niet beter gesteld is dan met het schizofrenieconcept. Wat dat laatste betreft kan ik mij dan ook volledig vinden in de treffende analyse van collega Harms. Ik heb daar weinig aan toe te voegen. Het feit dat Van Praag al meer dan twintig jaar pleit voor vervanging van de nosologische benadering in de psychiatrie mag op zich al reden tot denken zijn: noch hij, noch iemand anders is er tot nu toe in geslaagd een werkelijk beter alternatief te formuleren.

Ik wil wel nog reageren op enkele argumenten die Van Praag en De Kroon naar voren brengen. Zoals wel vaker is gebeurd in deze discussie (zie bv. Kuiper 1974), roepen Van Praag en De Kroon eerst zelf een gereificeerd en geïdealiseerd beeld op van de diagnose schizofrenie als ontologische 'entiteit', om vervolgens aan te tonen dat zo'n absoluut ziekteconcept onhoudbaar is. Een dergelijke ontologische claim is niet in mijn essay terug te vinden, en maakt ook geen onderdeel uit van de gangbare classificatiesystemen. Een voorbeeld van deze redeneertrant is de, ook door De Kroon aangestipte, stelling van Van Praag dat de diagnose 'schizofrenie' pas bestaansrecht heeft als deze prognostische validiteit heeft. Hoewel hij dat begrip niet verder definieert, is uit zijn betoog op te maken dat hij daarmee bedoelt dat men in een individueel geval de prognose kan voorspellen. Dat kan voor vrijwel geen enkele psychiatrische stoornis. Deze eis komt voort uit een te sterk geïdealiseerde en dus onhoudbare ziekte-definitie. We kunnen voor vrijwel geen enkele stoornis veel meer voorspellingen

doen dan een X herstelkans, een Y recidiefkans en een Z kans op dodelijke afloop. We kunnen op grond van dit soort prognostische kennis wel adviezen geven, bijvoorbeeld over de risico's van cannabisgebruik bij mensen met schizofrenie; veel meer hebben we echter niet te bieden in het individuele geval. We kunnen wel op groepsniveau aantonen dat affectieve psychosen gunstiger verlopen dan schizofrene psychosen, maar we kunnen nog geen betrouwbare voorspellingen doen over het beloop bij de ene of de andere patiënt. Schizofrenie doet het in dit opzicht niet slechter dan de meeste andere ziektebeelden en, gezien de in mijn essay genoemde lage predictieve waarde van dat begrip, waarschijnlijk een stuk beter dan een algemene term als psychose.

Een ander punt is de suggestie van De Kroon dat suïcides veroorzaakt of geluxeerd zouden worden door het te horen krijgen van de term schizofrenie. Dat lijkt me een nogal ongenueanceerde uitspraak voor iemand die waarheidsvinding hoog in het vaandel zegt te hebben. Voor zover mij bekend is dit niet wetenschappelijk aangetoond. Het losjes suggereren van een dergelijk verband gaat in ieder geval ten enenmale voorbij aan alle andere factoren die bij suïcides van deze patiënten een rol kunnen spelen. Het doormaken van een eerste psychose, vaak in de adolescentieperiode waarin suïcidale gedachten toch al een verhoogde prevalentie hebben, betekent voor patiënten vaak een enorme verlieservaring. In veel gevallen zijn er restverschijnselen, moet de school- of beroeps carrière worden afgebroken, wordt men geconfronteerd met het advies meerdere jaren medicatie in te nemen en met het stigma van psychiatrisch patiënt. Het horen van de diagnose kan dan de laatste druppel zijn, een reden waarom men een dergelijke zware diagnose nooit plompverloren of ex cathedra ter sprake moet brengen. Maar er in het geheel niet op enig moment over spreken is paternalistisch en ontnemt de patiënt juist de mogelijkheid zijn of haar eigen waarheid te vinden. Getuige het verhaal van Gijs Francken, de huidige voorzitter van Anoksis in de NRC van 29 januari jl. (Pama 2005), kan het schizofrenie begrip daarin wel degelijk een nuttige rol spelen.

LITERATUUR

- Havenaar, J.M. (2005). Waarom een diagnose schizofrenie? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 149-155.
- Kuiper, P.C. (1974). *Hoofdsom der psychiatrie*. Utrecht: Bijleveld.
- Pama, G. (2005, 29 januari). Ik had de moord op Gerrit-Jan Heijn gepleegd. *NRC Handelsblad*, p.38.
- Praag, H.M. van. (2005). Waarom geen diagnose schizofrenie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 157-159.

J.M. HAVENAAR, psychiater

ANTWOORD aan Harms

Van Praag biedt geen redelijk alternatief voor het begrip schizofrenie, stelt collega Harms. Ik doe dit wél. Al vele jaren heb ik gepleit voor en gewerkt volgens een diagnostische aanpak in de psychiatrie, die in verschillende opzichten principieel verschilt van de nosologische. Ik heb die werkwijze de functioneel psychopathologische genoemd. In de loop der jaren heeft deze, vooral bij biologische onderzoekers, navolging gevonden. Toepassing in de kliniek laat nog op zich wachten, dit ten nadele van het wetenschappelijk gehalte van de psychiatrische diagnostiek. In mijn Commentaar noemde ik deze diagnostische aanpak. Kort, omdat het stuk maar 1000 woorden mocht omvatten. Voor een uitvoerige bespreking van een diagnostisch alternatief verwijs ik collega Harms onder meer naar de in mijn Commentaar genoemde publicaties.

H.M. VAN PRAAG, psychiater, emeritus hoogleraar, wetenschappelijk adviseur Academisch Ziekenhuis Maastricht

Reactie op 'Voor wie is de voorwaardelijke dwangopneming? Kenmerken van patiënten voor wie een voorwaardelijke machtiging zou zijn aangevraagd'

Er zijn tegen de methode en de conclusies van het door Wierdsma & Reisel (2005) beschreven onderzoek veel bedenkingen. Wellicht komt hun dank-

baarheid aan de redactie en referenten van het Tijdschrift voor Psychiatrie mede voort uit het feit dat het artikel desondanks is geplaatst.

De auteurs spreken over 'de beperkingen van het onderzoek, zoals beschreven in de methodeparagraaf'. In deze paragraaf worden de beperkingen echter niet expliciet benoemd.

Waarom gekozen is voor de periode 1986-1990 (15 jaar geleden, vóór de invoering van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen) wordt nergens verklaard. De geneeskundige verklaringen van 221 aanvragen voor een rechterlijke machtiging zijn nogmaals beoordeeld door dezelfde beoordelaar die destijds de verklaring had opgesteld. Volgens de auteurs gaat het hier om bijna alle dwangprocedures die in deze periode in de regio in gang zijn gezet. Het is toch wel buitengewoon merkwaardig dat in een periode van vier jaar alle geneeskundige verklaringen in een bepaalde streek door dezelfde psychiater zijn afgegeven. Dit gegeven vraagt op zijn minst om toelichting. Dat vervolgens diezelfde psychiater deze machtigingen nogmaals beoordeelt en aangeeft of tegenwoordig een voorwaardelijke machtiging zou zijn afgegeven, kan toch geen betrouwbaar oordeel worden genoemd. Ook de auteurs melden al dat er onder psychiaters verschillen zijn in hun beoordelingen van aanvragen voor machtigingen.

Bij de patiënten die in aanmerking zouden komen voor een voorwaardelijke machtiging ligt volgens Wierdsma & Reisel voor de hand dat er een afwisseling van ambulante contacten en opnemingen voorkomt. Nu is het zo dat bij opname, ongeacht of deze gedwongen of vrijwillig plaatsvindt, de voorwaardelijke machtiging wordt omgezet in een voorlopige machtiging. Juist voor patiënten die regelmatig in de kliniek verblijven, is de voorwaardelijke machtiging geen geschikt instrument.

Over de bruikbaarheid van de voorwaardelijke machtiging is veel discussie, maar dit artikel levert hier geen zinnige bijdrage aan.

LITERATUUR

Wierdsma, A.I. & Reisel, A. (2005). Voor wie is de voorwaardelijke dwangopneming? Kenmerken van patiënten voor wie een voorwaardelijke machtiging zou zijn aangevraagd. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 105-109.

A.C.M. KLEINSMAN, psychiater, Ahesie ggz Midden-Overijssel, Almelo

ANTWOORD aan Kleinsman

Een korte reactie op een korte bijdrage is altijd beemoedigend, zeker als deze met enige humor wordt gebracht.

De verwijten die Kleinsman ons maakt, zijn echter open deuren en niet-bestaande deuren. Het onderzoek was een kleinschalig project op basis van voor ons direct toegankelijke informatie, met alle beperkingen van dien. Ofschoon wij niet in de methodeparagraaf, maar alleen in het discussiedeel de uitdrukking 'beperkingen van dit onderzoek' gebruiken, was het ook voor Kleinsman niet moeilijk ze aan te wijzen. Blijkbaar waren de open deuren duidelijk genoeg beschreven. Dat indertijd bijna alle beoordelingen door één psychiater werden gedaan, is onderdeel van de Rijnmondse GGZ-geschiedenis. Boeiende materie waarvoor echter in een korte bijdrage geen plaats is. Juist omdat toen alles in één hand lag, hebben wij nog eens naar het materiaal gekeken. De volledige bandbreedte van de machtigingen komt immers in beeld, zonder de hinderlijke ruis van verschillende (her)beoordelaars. De 'meter' is gelijk gebleven, waardoor verschuivingen betrouwbaar kunnen worden opgetekend. Maar alles is relatief natuurlijk. Daarentegen kunnen wij heel absoluut zijn in de beschrijving van de inzet van een voorwaardelijke machtiging bij patiënten met een zorgpatroon van opnemingen afgewisseld met ambulante contacten. Kleinsman maakt er een procedureel verhaal van, voor ons was het een empirische bevinding die voor de hand lag, omdat de voorwaardelijke machtiging toch ook is bedoeld om onnodige opnemingen

gen te voorkomen.

Jammer genoeg reageert Kleinsman vanuit een onderzoekerrol, terwijl zij als psychiater vast ook vraagtekens heeft bij de belangrijkste uitkomst van onze bijdrage, namelijk dat 30% van de machtigingen voorwaardelijk zou kunnen zijn. Een reactie op deze uitkomst had misschien een zinvolle bijdrage aan de discussie opgeleverd.

A.I. WIERDSMA

A. REISEL