

Reactie op 'Het syndroom van Charles Bonnet en dementie'

In hun artikel doen De Baerdemaeker e.a. (2009) verslag van een boeiende casus en een literatuuronderzoek naar de eventuele relatie van het syndroom van Charles Bonnet (CBS) met (beginnende) dementie. Zij stuiten daarbij op het probleem dat er geen algemeen erkende criteria voor het CBS bestaan en dat er in samenhang daarmee geen eensgezindheid is over de relatie met dementie. Dit mag zo zijn, maar CBS als afzonderlijke diagnose heeft slechts bestaansrecht als de hallucinaties niet door een ander, meer omvattend psychiatrisch syndroom verklaard kunnen worden.

Begrippen zoals 'CBS-plus', waarbij men ervan uitgaat dat het CBS samenhangt met diverse neurologische en psychiatrische aandoeningen, devalueren het CBS tot een overbodig synoniem voor visuele hallucinaties in het algemeen. Het is daarom zinnig strikte criteria te gebruiken: complexe visuele hallucinaties met intacte realiteitstoetsing bij afwezigheid van hallucinaties in andere zintuiglijke domeinen en wanen dan wel andere aanwijzingen dat er sprake is van een 'grotere' stoornis.

In het enige onderzoek waarbij men de cognitieve functies van 52 patiënten met een dergelijk 'echt' CBS vergeleek met een controlegroep werden geen verschillen in de gemiddelde scores op de Mini-Mental State Examination (MMSE) gevonden (Teunisse e.a. 1998). Omdat het patiënten betrof die gemiddeld al een jaar klachten van hallucinaties hadden, zou men in geval van een klinisch relevante relatie met dementie verwachten dat de cognitieve achteruitgang inmiddels wel in een lagere MMSE-score tot uiting gekomen zou zijn.

Tot op heden is er dus geen *evidence* dat het CBS verbonden is met een verhoogd risico op dementie. In de literatuur worden weliswaar casussen beschreven van patiënten met het CBS bij wie later dementie werd vastgesteld, maar gezien de hoge incidentie van dementie in oudere

populaties, waartoe ook de meeste patiënten met CBS behoren, duidt dat niet op een causaal verband.

Omdat ik mij wetenschappelijk intensief met het onderwerp bezig heb gehouden, verwijst men nogal eens patiënten naar mij bij wie het vermoeden op CBS bestaat. Niet zelden blijken visuele hallucinaties dan weliswaar prominent en opvallender dan de cognitieve stoornissen aanwezig te zijn, maar moet bij nauwkeurige analyse toch tot de diagnose dementie worden besloten. Van groot belang bij de differentiaaldiagnose is de mate van realiteitstoetsing. Kenmerkend voor een patiënt met een écht CBS is dat hij of zij niet alleen tijdens symptoomvrije intervallen inzicht heeft in het irreële karakter van de hallucinaties, want dat kan immers ook bij delirium, dementie en zelfs schizofrene psychosen het geval zijn, maar ook gedurende het hallucineren zelf. Bij de anamnese moet men zich neutraal opstellen. Suggestieve vragen zoals 'u heeft die dingen wel gezien, maar ze waren er niet echt, toch?' leiden zeker bij dementerende patiënten vaak tot sociaal wenselijke antwoorden die de diagnosticus op een dwaalspoor brengen. In geval van twijfel over de diagnose, zoals bij de constatering van lichte cognitieve beperkingen, is het verstandig een follow-up af te spreken en het stellen van de diagnose uit te stellen.

Was er bij de patiënte van De Baerdemaeker cum sui nu wel of niet sprake van het CBS? Gezien de bij het testonderzoek geconstateerde cognitieve achteruitgang alsmede de voorbijgaande paranoïde waanachtige ideeën en oriëntatiestoornissen lijkt er in elk geval tijdens haar verblijf in de kliniek méér aan de hand te zijn geweest. Patiënte reageerde goed op de behandeling met risperidon en de ongetwijfeld ook verder goede behandeling en verpleging. Misschien toch een delirium?

LITERATUUR

- De Baerdemaeker, E., Bouckaert, F., & D'Haenen, H. (2009). Het syndroom van Charles Bonnet en dementie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 189-193.

Teunisse, R.J., Cruysberg, J.R., Hoefnagels, W.H., e.a. (1998). Risk indicators for the Charles Bonnet syndrome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 190-192.

AUTEUR

R.J. TEUNISSE is als psychiater werkzaam bij de afdeling Opname Ouderen, Dimence, Deventer.

Correspondentieadres: dr. R.J. Teunisse, afdeling Opname Ouderen 2-3, Dimence, Postbus 5003, 7400 GC Deventer.

E-mail: r.teunisse@dimence.nl.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'The Charles Bonnet syndrome and dementia'

Reactie op 'Veranderingen in crisisinterventie en acute psychiatrie; Amsterdamse consulten in 1983 en 2005'

De acute psychiatrie in Amsterdam krijgt de laatste tijd ruime aandacht in het Tijdschrift. In het jubileumnummer is er een historische gevalbeschrijving door Van Ewijk en Gijsbers van Wijk (2008) en in nummer 3 vinden we een vergelijking tussen 1983 en 2004-2005 door Van der Post e.a. (2009).

Het is zeer toe te juichen dat in dit ingewikkelde werkveld wetenschappelijk onderzoek wordt verricht. Daarnaast is het zeker van groot belang om te begrijpen waarom de hoeveelheid inbewaringstellingen (ibs'en) de afgelopen jaren zo is toegenomen in Amsterdam, net als in de rest van Nederland. Overigens blijkt uit figuur 1 (bl. 43) van het artikel van Van Ewijk en Gijsbers van Wijk dat in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag de stijging van het aantal ibs'en sterker is dan in de rest van Nederland. Het is een landelijk fenomeen, maar extremer in de grote steden.

Het ingewikkelde is dat in de afgelopen 25 jaar ongeveer alles en iedereen veranderd is: de maatschappij, de stad Amsterdam, zijn inwoners, de ggz en zijn organisaties, de wet, de diagnostiek van psychiatrische aandoeningen, het drugsgebruik en waarschijnlijk nog wel meer.

Een belangrijk verschil is ook de komst van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz) in 1994; de aantallen ibs'en gaan vanaf dat jaar dan ook fors omhoog. Voor een vrijwillige opname is 'geen bezwaar' niet meer voldoende, maar is nu 'de nodige bereidheid' noodzakelijk. Bij de afdeling Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam gaan we aan de veilige kant zitten. Als we die nodige bereidheid niet kunnen waarmaken, leggen we de zaak aan de burgemeester en rechter voor. Dat levert meer ibs'en op, maar ook rechtsbescherming voor de patiënt.

Een ander belangrijk verschil is de volledige verandering in het ggz-landschap: geen groot psychiatrisch ziekenhuis meer in Santpoort, waar bijna alle patiënten opgenomen werden, maar verschillende psychiatrische klinieken in de stad, gericht op zo kort mogelijke klinische behandeling en de zorg snel weer overdragen aan een van de ambulante teams. Daarnaast is de maatschappij veel actiever in het signaleren van afwijkend gedrag; behalve door afgenomen tolerantie komen patiënten hierdoor eerder voor een dwangopname in aanmerking dan vroeger. Immers, als na 3 maanden huurachterstand er ontruiming volgt, kan de ggz zich niet meer permitteren om een jaar met zorgtoeleiding bezig te zijn. Anders misschien dan vroeger wachten we het maatschappelijk verval niet meer af, maar vragen een voorlopige machtiging aan.

Een ander belangrijk verschil is de screening door Vangnet & Advies van de GGD. Deze dienst verwijst een derde van de hulpbehoevende personen die de politie aantreft, voor een psychiatrisch consult. Deze groep bestaat dan ook uit zekere patiënten dan het cohort uit 1983.

Alles bij elkaar maakt dat dit onderzoek toch wel wat lijkt op het vergelijken van appels met peren in een zeer veranderde fruitmand na 25 jaar. Het is goed om te trachten conclusies te trekken uit deze data, maar deze conclusies moeten wel met grote voorzichtigheid gepresenteerd worden, gezien alle bovenbeschreven veranderingen.

Het is jammer als er een negatief beeld zou ontstaan door de conclusie dat de acute dienst is

omgevormd van een outreachende dienst naar een beoordelingsdienst op bureau. Immers, de bureaucontacten betroffen alléén die patiënten die men voorheen in de politiecel zag en die sinds 2003 naar de onderzoeksruijnte van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam gebracht worden. Dit is uitgebreid beschreven in het Maandblad Geestelijke volksgezondheid door Bernardt e.a. (2006). Deze wijziging betekent winst in de kwaliteit van zorg, tijds winst in de verblijfsduur en dus een forse verbetering voor de patiënten, hetgeen al geleid heeft tot verschillende prijzen en de wens tot navolging in vele andere regio's. Verder is de dienst nog net zo outreachend als vroeger, alle andere patiënten worden elders gezien.

De opmerking dat de acute behandelteams er niet voldoende in slagen om de toepassing van dwang te verkleinen, lijkt gebaseerd op drijfzand. In 1983 was het aanvragen van een ibs voorbehouden aan de GGD, wat een vergelijking met 2004-2005 moeilijk maakt.

Kortom, veel interessante data, maar gezien de veranderde fruitmand zijn niet alle conclusies even hard te onderbouwen.

LITERATUUR

- Bernardt, C., van Oenen, F.J., Dekker, J., e.a. (2006). Spoedeisende Psychiatrie in Amsterdam, de organisatie van een psychiatrische eerstehulp post. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61, 827-837.
- Ewijk, W. van, & Gijsbers van Wijk, C.M.T. (2008). Spoedeisende psychiatrie in Amsterdam: een gevalsbeschrijving. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50 (Suppl. 2), 41-45.
- Post, L.F.M. van der, Dekker, J.J.M., Jonkers, J.F.J., e.a. (2009). Veranderingen in crisisinterventie en acute psychiatrie; Amsterdamse consulten in 1983 en 2005. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 139-150.

AUTEURS

J.M.C. VAN DAM is psychiater en directeur Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam.

C.M.L. BERNARDT is directeur Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam.

Correspondentieadres: J.M.C. van Dam, Spoedeisende Psychiatrie

Amsterdam, 1e Constantijn Huygensstraat 38, 1054 BR Amsterdam.

E-mail: amvandam@chenille.nl.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Changes in crisisintervention and emergency psychiatry, Amsterdam emergency consultations in 1983 and 2005'

ANTWOORD aan Van Dam en Bernardt

In de toelichting die Van Dam en Bernardt geven op de in dertig jaar nogal veranderde Amsterdamse ggz kan ik me helemaal vinden. Vooral de introductie van de Wet Bopz in 1994, de verminderde tolerantie voor afwijkend gedrag, het meer aan de veilige kant gaan zitten van de crisisspecialist, de grotere rechtsbescherming van de patiënt, sluiting van de grote algemene psychiatrische ziekenhuizen in de duinen - allemaal factoren die hebben bijgedragen aan de stijging van onvrijwillige opnamen. Mede daardoor is het zo dat bij de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam in 2005 verhoudingsgewijs meer ernstig zieke patiënten worden gezien dan in 1983. De gegevens uit ons onderzoek bevestigen dat: méér politieverwijzingen en waarschijnlijk ook meer patiënten met een psychose.

De omstandigheden zijn dus flink veranderd voor de spoedeisende psychiatrie en die heeft zich dan ook aangepast aan de veranderde eisen van de tijd door een nieuwe organisatievorm te kiezen die je een 'psychiatrische EHBO-plus' zou kunnen noemen. Patiënten hoeven zo niet meer nodeloos lang in de politiecel te verblijven, maar worden binnen een psychiatrische instelling opgevangen. Vanuit deze EHBO-plus is ook de mogelijkheid tot huisbezoek gebleven. De gevolgen van die reorganisatie zijn overduidelijk terug te vinden in de data.

Ik vind het echter jammer dat Van Dam en Bernardt bang zijn dat ons artikel bij zal dragen aan een negatieve beeldvorming over de acute dienst. Dit verwachten wij zelf niet omdat de dienst precies doet wat men van haar kan ver-

wachten. Dat het aantal huisbezoeken nogal is gedaald, heeft niets te maken met een mindere bereidheid van medewerkers van de dienst om er op de fiets op af te gaan, maar hangt samen met het drastisch gedaalde aantal verwijzingen door de huisarts en het gedaalde aantal consulten overdag.

Met hun laatste opmerking hebben Van Dam en Bernardt wel een punt. Ook al hebben wij in de tekst over de acute behandelteams het woordje 'lijkt' gebruikt - om aan te geven dat wij een hypothese opperen; toch zou inderdaad een voorzichtiger formulering op z'n plaats zijn geweest. De opmerking in het artikel verwijst eigenlijk naar het niet of zeer ten dele uitkomen van de hooggespannen verwachtingen uit de jaren tachtig. De stadsdeelsgewijze organisatie van de ambulante ggz, waar de stichting van de Acute Behandelteams onderdeel van was, zou opnamepreventief gaan werken en de kans op de noodzaak van het toepassen van dwang verkleinen door het versterken van de werkrelatie met de patiënten in de wijk. Het lijkt er nu op alsof die optimistische verwachting wél is uitgekomen voor de lichtere groep patiënten, die méér ambulant en minder klinisch worden behandeld, maar niet voor de zwaarste groep. Die lijkt juist méér met dwang te maken te krijgen. Maar ook dat zijn, bij gebrek aan concrete data, louter hypothesen.

AUTEUR

L.F.M. VAN DER POST

E-mail: lvdv@xs4all.nl.

Reactie op 'Het verklaren van symptomen:
lichaam-object en lichaam-subject'

Wat zegt de stelling: 'het lichaam bij Merleau-Ponty is primair subjectief'? Ter Meulen en Van Woerkom (2009) beschrijven een patiënte met het complex regionaal pijnsyndroom (CRPS) en bezien daarbij de casus vanuit de filosofie van Merleau-Ponty. Zij vermoeden op grond van deze stelling dat bij hun patiënte haar lichaam in het CRPS

weerspiegelt hoezeer de wereld om haar heen haar vreemd is.

In hun antwoord aan Vinkers (2009) stellen zij: 'Wat op existentieel niveau gebeurde, speelde zich op identieke wijze af op lichaamsniveau'. Hiermee vereenzelvigen zij hun patiënte met haar diagnose en suggereren zij spiegelbeeldige isomorfie (en niet identiteit) van wereld- en zelf-vervreemding. 'Haar háár vervreemde lijf(sdeel) is ontheemd in onze wereld'. Dit is ánders dan depersonalisatie ('mijn lijf is mij een ding in onze wereld') en ook ánders dan de somatoforme dissociatie ('mijn lijf is in mijn wereld mij een amorfe massa') waar Vinkers (2009) op wijst.

Merleau-Ponty, gefascineerd door het geleefde lijf ('*corps vécu*') en dromend van een genesis van het transcendentaal subject (Bernet 1989), zegt iets ánders: 'ambigüiteit is díe ambivalentie die men in ogenschouw neemt, die men recht aanziet, durft aan te kijken, die ontbreekt bij rigide subjecten, het is de capaciteit de tegenstellingen waarin men zich bevindt ten aanzien van zijnden recht in de ogen te zien.' (Merleau-Ponty 1951). Dit volgehouden volwassen in ogenschouw nemen deed hem vlak voor zijn dood (1961) werelds vlees 'monistisch' als volgt beschrijven: 'Theoretische denkbeelden van Freud(isme) worden herzien en versterkt wanneer men ze begrijpt, zoals het werk van M. Klein oppert, vanuit lichamelijke als buitenste innerlijkheid en innerlijke uiterlijkheid. Het dubbelzinnig gezegde 'onbewust' ('ik wist het niet' en 'ik heb het altijd al geweten') correspondeert met de twee aspecten van vlees (poëtisch expressief en droomuitlegend).' (Merleau-Ponty 1968).

Doordat Ter Meulen en Van Woerkom de ambigüiteit oplossen, het corps-object náást het corps-sujet stellen, gelijkvormig twee mogelijke benaderingswijzen van het lichaam poneren, lijken zij Merleau-Ponty's perspectivisme te verenigen tot een optiek. Zij lijken geen adepten van Werner Heisenberg, maar van Wilhelm Dilthey's dichotomie 'erklären' en 'verstehen'.

Zij lijken verder te vergeten dat het concept 'medisch onverklaarde somatische symptomen', mét het concept 'onverklaarde somatische symptomen', vooral om heuristische redenen is voorgesteld, als 'pleidooi voor eenduidige terminologie'

(Van Dieren & Vingerhoets 2007). Met de linguïstische wending in de filosofie, Frans (post)structuralisme en differentiedenken kreeg men zicht op oorspronkelijke gewelddadigheid in taal, op uitsluitingen (Foucault) en sprak men over primordiale miskenning (Lacan). Het gedecentreerde, gesplitste Ego blijkt niet verdwenen, maar Anders (Alteriteit), verlangend *énonçant dénonçant* (Lyotard, Derrida).

CRPS werd geconcipeerd toen men bij de studie van chronische pijn, depressie en persoonlijkheid, verstrikt was geraakt in de normerende causaliteitsimpasse (Stanton-Hicks e.a. 1995). De temporalisering van het temporeel subject noopte tot interpunctie en geloofwaardige historische (re) constructie, berustend koos men ervoor het epistemologische probleem te verdonkeremanen. 'Het verdrongene' komt ondanks consciëntieus vakwetenschappelijke historisering (Galer e.a. 1998; Sandroni e.a. 1998; Simon 1997; Stanton-Hicks e.a. 1998), in de definitie, meermaals terug.

Kwant bedoelt 'alteriteit', voortbouwend op Marx, Bergsons vitalisme en dialogische filosofie, namens Merleau-Ponty en met Levinas, nóg anders: de mens als aan het licht brengende expressie (Kwant 1968; Oppenheim 2006). Met het onbewuste gestructureerd als taal, omdat taal als wereld is gestructureerd (Dillon 1989). Het lijkt mij daarom treffender te spreken over het lichaam als primordiaal subjectief: *mijn lijf is mij en jou bekenend vreemd, werelds enigmatisch*.

LITERATUUR

- Bernet, R. (1989). The subject in Nature: Reflections on Merleau-Ponty's *Phenomenology of Perception*. In P. Burke, & J. van der Veken (Red.), *Merleau-Ponty in contemporary perspective*. Dordrecht: Kluwer.
- Dieren, Q. van, Vingerhoets, A.J.J.M. (2007). Medisch onverklaarde somatische symptomen zijn geen onverklaarbare, onbegrepen of vage lichamelijke klachten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 11, 823-834.
- Dillon, M.C. (1989). The unconscious: language and world. In P. Burke & J. van der Veken (Red.), *Merleau-Ponty in contemporary perspective*. Dordrecht: Kluwer.

- Galer, B.S., Bruehl, S., & Harden, R.N. (1998). IASP Diagnostic Criteria for Complex Regional Pain Syndrome: a preliminary empirical validation study. *The Clinical Journal of Pain*, 14, 48-54.
- Kwant, R.C. (1968). *Mens en expressie*. (pp. 60-61, 82, 129). Utrecht: Het Spectrum.
- Merleau-Ponty, M. (1951). *Les relations avec autrui chez l'enfant*. (p. 7). Première partie. Centre de Documentation Universitaire. Paris: Tournier & Constans.
- Merleau-Ponty, M. (1968). Nature et logos: le corps humain. In *Résumés de cours. Collège de France 1952-1960 (Cours de jeudi 1959-1960)*. (pp. 178-179). Paris: Editions Gallimard.
- Meulen, B.C. ter, & van Woerkom, T.C.A.M. (2009). Het verklaren van symptomen: lichaam-object en lichaam-subject. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 151-160.
- Oppenheim, M. (2006). *Jewish philosophy and psychoanalysis*. Oxford: Rowman & Littlefield.
- Sandroni, P., Low, P.A., Ferrer, T., e.a. (1998). Complex regional pain syndrome (CRPS I): prospective study and laboratory evaluation. *The Clinical Journal of Pain*, 14, 282-289.
- Simon, D.L. (1997). Algorithm for timely recognition and treatment of complex regional pain syndrome (CRPS): a new approach for objective assessment. *The Clinical Journal of Pain*, 13, 264-273.
- Stanton-Hicks, M., Jänig, W., Hassenbusch, S., e.a. (1995). Reflex sympathetic dystrophy: changing concepts and taxonomy. *Pain*, 63, 127-133.
- Stanton-Hicks, M., Baron, R., Boas, R., e.a. (1998). Consensus Report. Complex regional pain syndromes: guidelines for therapy. *The Clinical Journal of Pain*, 14, 155-166.
- Vinkers, D.J. (2009). Reactie op 'Het verklaren van symptomen: lichaam-object en lichaam-subject' (ingezonden). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 270-271.

AUTEUR

A. J. J. M. NIESSEN is als kinder- en jeugdpsychiater verbonden aan Riagg Amersfoort.
Correspondentieadres: A.J.J.M. Niessen, Riagg, afdeling Jeugdzorg, Postbus 513, 3800 AM Amersfoort.
E-mail: andre.niessen@riaggamersfoort.nl.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Explaining symptoms: body-object and body-subject'