

Het doel van het artikel van collegae Meynen en Ralston (2011) is helder: het geven van een beknopt en divers, maar niet per se uitputtend overzicht van visies op wat een mentale/psychiatrische stoornis is. Ondanks dit heldere doel wil ik de uitwerking ervan aanvullen door te wijzen op: (1) het onderscheid tussen 'een psychiatrische stoornis' en 'psychisch gestoord', (2) het onderscheid tussen normatieve en beschrijvende visies, (3) de beperkingen van PubMed en (4) het ontbreken van een belangrijke visie.

(1) De titel van het artikel doet vermoeden dat Meynen en Ralston ingaan op de vraag hoe een psychiatrische stoornis gedefinieerd en afgebakend moet worden. Wat maakt dat we bijvoorbeeld schizofrenie, autisme of depressie kunnen beschouwen als (aparte) psychiatrische stoornissen? Dit is misschien gerelateerd aan, maar niet hetzelfde als wat ze later het centrale thema van het artikel noemen: 'het demarcatieprobleem tussen psychisch ziek en gezond'. Zo kan iets psychisch pathologisch zijn, zonder dat er sprake hoeft te zijn van een psychiatrische stoornis. Omgekeerd is het minder plausibel, maar volgens Baron-Cohen (2000) is het mogelijk dat er sprake is van het syndroom van Asperger, en volgens Samuels (2009) van een waan, zonder dat er sprake is van een pathologische afwijking.

De visies 'verlies van betekenis' (b), 'onvermogen om het goede leven te leiden' (e), 'leed en beperkingen waar mensen zelf niet mee kunnen omgaan' (f) en 'familiegelekenis' (g) lijken vooral te gaan over het ziek/gezond onderscheid. Bij de visies 'een pathologische afwijking' (a) en 'schadelijke disfunctie' (c) spelen beide demarcatieproblemen. De visie 'sociaal construct' (d) lijkt gezien de verwijzingen (schizofrenie en depressie) eerder te gaan over specifieke stoornissen. Deze laatste visie (d) kan overigens in plaats van bijvoorbeeld schizofrenie ook 'het pathologische' in het algemeen als onderwerp van sociale constructie nemen. Bij

de DSM-definities voor mentale stoornis trapt men in dezelfde val door het pathologische niet los te zien van een op zichzelf staande stoornis. Het overheersende en automatische denken in termen van aparte stoornissen is misschien wel de hardnekkigste beperking die het huidige psychiatrische veld en ver daarbuiten structureert, beheerst en stuurt.

(2) Een ander belangrijk onderscheid is dat tussen visies die op te vatten zijn als regels om in de praktijk toe te passen bij het nemen van concrete beslissingen (over ziek of gezond, schizofrenie of waanstoornis) en beschrijvende visies die deze 'normatieve' pretentie niet hebben. Visies a, b, c, e en f zijn van de eerste soort en visies d en g van de tweede.

Meynen en Ralston geven terecht aan dat psychiaters over het algemeen minder uit de voeten kunnen met visie d – en waarschijnlijk ook g. Behalve dat deze visies weerstand oproepen en ervaren worden als 'een existentiële bedreiging voor de legitimering van de professie' zijn ze niet makkelijk te vertalen naar concreet klinisch handelen. Sociaal constructivisme en familiegelekenisbegrippen nodigen daarentegen uit om verder te denken over de gebruikte termen en de historische, sociale en politieke context waarin ze ontstaan en gebruikt worden. Daarmee wordt de huidige manier van denken minder noodzakelijk en scheppen deze visies ruimte om op andere manieren na te denken over ziekte en psychiatrische stoornissen. Dit vereist andere – meer beschouwende en analytische – kwaliteiten van een psychiater, die gezien de praktische geneeskunde- en psychiatrieopleidingen en de concrete alledaagse klinische realiteit bij sommigen misschien wat onwennig en verwarrend aanvoelen.

(3) Meynen en Ralston benadrukken in hun besluit het belang van 'sociale en individuele waarden en normen' bij het definiëren van wat een psychiatrische stoornis is. Ondanks het knap en helder beschreven sociaal constructivisme, komen andere visies vanuit de sociale wetenschappen er door de gebruikte bronnen en zoekmethode nogal bekaaid vanaf. Wie alleen PubMed als zoekma-

chine gebruikt, mist een scala aan sociologische, antropologische, historische en filosofische literatuur over dit onderwerp. Het tijdschrift *BioSocieties* en de artikelen van socioloog Nikolas Rose (bijvoorbeeld 2006; 2010) zijn daar goede voorbeelden van.

(4) En tot slot, misschien niet inhoudelijk, maar voor mij persoonlijk wel de pijnlijkste omis-sie: de visie van arts filosoof Georges Canguilhem (zie Verhoeff 2010). Maar, toegegeven, deze past niet helemaal in het rijtje Bolton, Fulford, Thornton.

LITERATUUR

- Baron-Cohen S. Is asperger syndrome/high-functioning autism necessarily a disability? *Dev Psychopathol* 2000; 12: 489-500.
- Meynen G, Ralston A. Zeven visies op een psychiatrische stoornis. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 895-903.
- Rose N. Disorders without borders? the expanding scope of psychiatric practice. *Biosocieties* 2006; 1: 465-84.
- Rose N. Normality and pathology in a biomedical age. *The Sociological Review* 2010; 57: 66-83.
- Samuels R. Delusion as a natural kind. In: Broome MR, Bortolotti L, red. *Psychiatry as cognitive neuroscience: Philosophical perspectives*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 49-79.
- Verhoeff B. Normaal of pathologisch? - de visie van arts en filosoof Georges Canguilhem (1904-1995). *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 639-47.

AUTEUR

BEREND VERHOEFF is wetenschapsfilosoof en psychiater bij GGZ inGeest/Jeugdriagg, en is promovendus bij vakgroep Theorie en Geschiedenis van de Psychologie, Universiteit Groningen.

Correspondentieadres: Berend Verhoeff, GGZ inGeest/Jeugdriagg, Spaarnepoort 1, 2134 TM Hoofddorp.

E-mail: B.Verhoeff@ggzingeest.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Seven views on mental disorder' (1)

Reactie op 'Zeven visies op een psychiatrische stoornis' (2)

Gerben Meynen en Alan Ralston (2011) beloven ons een overzicht van belangrijke visies op het begrip psychiatrische stoornis aan de hand van recente filosofische literatuur. Hun literatuurlijst omvat 37 publicaties, waarvan 31 in het Engels. De overige 6 zijn Nederlandstalig. Wat ontbreekt, zijn publicaties gesteld in de taal die toch de bakermat vormt van de klinische psychiatrie: het Duits.

Hans Achterhuis, 'Denker des Vaderlands', haalt in een recente publicatie (Achterhuis 2011) nog eens het verschil aan tussen twee wijsgerige stromen die maar niet nader tot elkaar lijken te kunnen komen: de continentaal Europese en de Angelsaksische, analytische. De Angelsaksische traditie zou zich spiegelen aan 'echte wetenschap', poogt om door middel van messcherpe argumentaties door te dringen tot de kern van taal, bewustzijn ('*philosophy of mind*') en de empirische (neuro) wetenschappen. De continentaal Europese traditie is eerder bespiegelend, meerduidelijk, en preferert het scheppen van een overtuigend totaalbeeld boven absolute zuiverheid van argumentatie.

Een dergelijk onderscheid lijkt ook van toepassing te zijn op het psychiatrisch grondlagenonderzoek. Meynen en Ralston betonen zich in hun artikel niet alleen kenners, maar ook adepten van de Angelsaksische oriëntatie. Vraag is wat daarmee verloren gaat.

De moderne klinische psychiatrie ontstond ruwweg in de periode 1860-1930 in Duitsland. Zij resulteerde onder meer in het onderscheid tussen organische ziektebeelden, functionele psychoses (die weer werden onderverdeeld in schizofrene en manisch-depressieve psychoses) en persoonlijkheidsstoornissen. Vergelijk hiervoor bijv. de publicatie *Psychiatrie heute* (1952) van Kurt Schneider (inderdaad, die van de 'first-rank symptoms of schizophrenia' of, zoals hij ze zelf noemde, 'schizophrenie Symptome 1. Ranges').

De Duitse klinische traditie kwam vanaf 1980 min of meer ongemodificeerd in de DSM terecht,

die wellicht ook daarom wel met het adjectief 'neo-kraepeliniaans' werd getooid. Dat de rijke Europese traditie uiteindelijk verworpen is tot een alsmat uitdijend systeem van operationeel gedefinieerde concepten zonder enige validiteit is één ding, maar dat systeem vervolgens louter aan de hand van analytische wijsgerige teksten op zijn grondslagen onderzoeken, is weer iets heel anders. De duisternis die de DSM ons gebracht heeft, wordt daardoor nauwelijks of niet tot verdwijnen gebracht. De DSM en analytische wijsbegeerte zijn beide representanten van een levensbeschouwelijk paradigma dat voor de niet-Angelsaksische Europeaan tot op zekere hoogte toch altijd een soort van 'Fremdkörper' zal blijven.

Om als continentaal Europeaan daadwerkelijk te begrijpen wat toch dat psychiatrische ziektebegrip is waar we ons in de klinische praktijk zo graag van bedienen, zouden we er volgens mij beter aan doen om ons in de Duitstalige klinische traditie te verdiepen en die traditie te onderzoeken aan de hand van continentaal Europees wijsgerig instrumentarium (Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty, Sartre, Foucault). Het voordeel van de Europese klinische traditie is dat ze zelf al doordrenkt is van wijsgerig besef. De eerder genoemde Schneider schreef bijvoorbeeld ook *Zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie* (1946).

Karl Jaspers publiceerde in 1913 zijn nooit echt overtroffen, deels nog steeds actuele methodologische werk *Allgemeine Psychopathologie*. Johann Glatzel deed met *Das psychisch Abnorme* (1977) en met zijn eigen *Allgemeine Psychopathologie* (1978) een verdienstelijke poging om Jaspers minstens te evenaren. Een tijdschrift als *Der Nervenarzt* staat bol van de methodologische en wijsgerige bespiegelingen, die de continentaal Europese psychiater veel verder brengen dan de door de sterke nadruk op argumentatie toch wat bloedeloze en obligate beschouwingen van bijvoorbeeld Bill Fulford of Kenneth Kendler.

Natuurlijk heeft ook de Europese traditie zo haar uitwassen. In de deels door Meynen geschreven proloog van het onlangs verschenen *Handboek filosofie en psychiatrie* (Denys & Meynen 2011) wor-

den die tot op zekere hoogte terecht, hoewel ook wat badinerend, gehekeld. Echter, in de kern biedt die traditie alles wat de hedendaagse Nederlandse psychiater nodig heeft om zijn of haar vak te begrijpen. Recente Angelsaksische teksten hebben daar naar mijn mening niet zo heel veel aan toe te voegen.

LITERATUUR

- Achterhuis H. Twee wijsgerige wegen. In: Achterhuis H. Zonder vrienden geen filosofie. Rotterdam: Lemniscaat; 2011. p. 67-76.
- Denys D, Meynen G. Proloog. In: Denys D, Meynen G, red. *Handboek psychiatrie en filosofie*. Utrecht: De Tijdstroom; 2011. p. 9-12.
- Glatzel J. *Das psychisch Abnorme. Kritische Ansätze zu einer Psychopathologie*. München: Urban & Schwarzenberg; 1977.
- Glatzel J. *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart: Enke; 1978.
- Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfadens für Studierende, Ärzte und Psychologen*. Berlin: Springer; 1913.
- Meynen G, Ralston A. Zeven visies op een psychiatrische stoornis. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 895-903.
- Schneider K. *Zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie*. Dtsch Med Wschr 1946; 71: 306-7.
- Schneider K. *Psychiatrie heute*. Stuttgart: Thieme; 1952.

AUTEUR

TWAN VAN BAKEL is als psychiater werkzaam bij het NIPF te 's-Hertogenbosch en is filosoof.

Correspondentieadres: Twan van Bakel, NIPF, Postbus 26, 5201 AA 's-Hertogenbosch.

E-mail: T.v.Bakel@dj.minjus.nl

Geen strijdige belangen meegegeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Seven views on mental disorder' (2)

ANTWOORD aan Verhoeff

Wij danken collega Verhoeff voor zijn reactie.

(1) Het gaat in ons artikel om het demarcatieprobleem tussen psychisch ziek en niet-ziek (of: gezond). De titel kan dan ook zo gelezen worden: Zeven visies op wat een psychiatrische stoornis (in het algemeen) onderscheidt van niet-pathologische condities. Het gaat daarmee, kort gezegd, om de vraag welke fenomenen in de DSM-5 ondergebracht zouden moeten worden en welke niet. Overigens zijn sommige criteria niet alleen geschikt om psychisch ziek van gezond te onderscheiden, maar kunnen ze ook dienen om somatisch ziek van gezond te onderscheiden, zoals de (neuro)biologische afwijking. Wel blijkt de vraag naar het onderscheid tussen ziek en gezond in de psychiatrie complexer en zijn de antwoorden veelvormiger dan in de somatiek, maar zij wordt vanzelfsprekend ook in de somatiek gesteld. Waar wordt plastische chirurgie cosmetisch? Waar ligt de grens tussen een risicofactor en een ziekte? Is hypertensie een ziekte?

(2) Zoals Verhoeff stelt, kunnen sommige van de door ons genoemde visies in de klinische praktijk enige richting geven. Je kunt je als behandelaar afvragen: Is nog te begrijpen wat deze patiënt zegt? (visie: verlies aan betekenis). Onze bijdrage is echter niet zo prescriptief bedoeld: we beogen niet dat psychiaters zelf een passende visie uit de lijst van zeven uitzoeken en deze direct in de praktijk gaan toepassen. Het is eerder zo dat sommige visies zelf (zoals die van Bolton) aansluiten bij de praktijk, terwijl bij andere juist niet duidelijk is hoe ze zich verhouden tot de (huidige) praktijk van diagnostiek, zoals Wakefields *harmful dysfunction*.

Overigens, het lijkt ons minder helder dan Verhoeff suggereert welke visies nu precies richting geven voor de praktijk. Ook de zevende visie die we bespraken – ‘familiegelekenis’ – kan een dergelijke normatieve functie vervullen: een casus lijkt op een eerdere die u zag en die u pathologisch vond. Daarom vindt u de conditie in deze vergelijkbare casus ook pathologisch.

We zijn het eens met Verhoeff dat de sociologische benadering aanzet tot reflectie op het vak. Maar dat geldt eveneens voor de andere visies, tenminste voor zover deze in de bredere discussie rond het demarcatieprobleem worden geplaatst. Ook de neurobiologische benadering kan tot reflectie aanleiding geven. Deze reflectie – en training daarin – zou zeker in de opleiding een plaats verdienen.

(3) Inderdaad biedt het PubMed-overzicht van tijdschriften waarin relevante artikelen te vinden zijn rond het demarcatieprobleem een selectie. Wij hebben ons dan ook niet tot een zoekactie in PubMed beperkt, maar deze aanvullend gebruikt. Een substantieel deel van onze literatuurlijst bestaat uit andere dan PubMed-publicaties. Daarnaast kunnen PubMed-artikelen verwijzen naar relevante artikelen die niet in PubMed staan. Dat geldt evenzeer voor de recente boeken die op dit vlak verschenen zijn, en die we voor ons overzicht hebben gebruikt. Toch zou het goed zijn als de gebruiker van PubMed – de biomedische informatiebron – meer van de literatuur en de discussie over ziek/niet-ziek in de psychiatrie zou kunnen zien dan nu het geval is.

(4) Wat betreft de arts en filosoof Georges Canguilhem: laten we zeggen dat zijn visie de achtste is, onder verwijzing naar Verhoeff (2010).

LITERATUUR

- Verhoeff B. Normaal of pathologisch? – de visie van arts en filosoof Georges Canguilhem (1904–1995). *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 639–47.

ANTWOORD aan Van Bakel

Eveneens danken we collega Van Bakel voor diens reactie. Hij wijst in zijn reactie op de taalgebieden waaruit onze referentielijst is samengesteld: het Engels en het Nederlands. Dit, terwijl toch de bakermat van de klinische psychiatrie in het negentiende-eeuwse Duitsland – en daarmee het Duitse taalgebied – stond. Dat de publicaties waarnaar wij nu refereren in het Engels zijn, doet vanzelfsprekend niets af aan de status van Duitsland als bakermat van de klinische psychiatrie (hoewel Frankrijk ook dient te worden vermeld). De meeste filosofische publicaties zijn nu in het Engels (en niet in het Grieks), maar dat wil niet zeggen dat de bakermat van de westerse wijsbegeerte Londen in plaats van Athene zou zijn.

Wel delen wij het idee van Van Bakel dat er een verschil bestaat tussen de continentale filosofische traditie enerzijds en de Angelsaksische anderzijds. Aardig is dat juist in de filosofie van de psychiatrie beide tradities naast elkaar – ook soms binnen het werk van één auteur – een plaats hebben. Te denken valt aan Giovanni Stanghellini (2004), die schrijft over de waarde van de fenomenologie (een stroming met haar wortels stevig in de continentale wijsbegeerte) voor het psychosebegrip. Een ander voorbeeld is Matthew Ratcliffe (2008), die in *Feelings of being* heideggeriaanse noties gebruikt om te begrijpen hoe psychiatrische stoornissen het ‘in-de-wereld-zijn’ fundamenteel kunnen veranderen (zie Meynen 2011). Ook zijn hier Fuchs, Parnas en Gallagher te noemen die de symptomen van de (vroege) psychose proberen te onderkennen, identificeren en op te helderen via een fenomenologische benadering.

Op dit moment speelt, naar onze inschatting, de fenomenologie (Husserl, Heidegger en Merleau-Ponty) vooral een rol bij de symptomatologie van de verschillende psychiatrische stoornissen (zie bijvoorbeeld Parnas e.a. 2008). Meer specifiek gaat het in de recente literatuur vaak om de rol van het lichaam bij psychiatrische aandoeningen (embodiment en embeddedness; Fuchs en Schlimme 2009). Minder sterk evenwel speelt de fenomenolo-

gie een rol in de internationale discussie over het ziektebegrip in de psychiatrie. Degenen die zich daar nu mee bezighouden – zoals Bolton, Thornton, Wakefield, Fulford, Kendler – hebben inderdaad een meer Angelsaksische Stil. Dus in die zin reflecteert de literatuurlijst ook een situatie in de werkelijkheid.

In dit verband is het interessant hoe Karl Jaspers in *Allgemeine Psychopathologie* over het ziektebegrip geschreven heeft. Hij benadrukt onder meer de centrale rol van waarden, dát is naar zijn idee het enige dat ziekten met elkaar delen: ‘The only single thing in common between events that have been called ‘sick’ is that a value-judgment is expressed. In some sense, but not always the same sense, ‘sick’ implies something harmful, unwanted and of an inferior character.’ (Jaspers 1997, p. 780). Dit citaat geeft blijk van enig verwantschap met zowel de opvattingen van Fulford als die van Wakefield (zie Meynen en Ralston 2011). Auteurs zoals Fulford en Bolton grijpen in hun publicaties overigens geregeld op Jaspers terug.

Wij delen, dat is duidelijk, met Van Bakel de gedachte dat de continentale traditie voor de filosofie van de psychiatrie van waarde is. Tegen de waarde van de analytische traditie kijken we wat anders aan.

LITERATUUR

- Fuchs T, Schlimme JE. Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective. *Curr Opin Psychiatry* 2009; 22: 570-5.
- Jaspers K. *General psychopathology* (vol. II; nw. druk; vert. J. Hoenig, M.W. Hamilton). Baltimore/Londen: Johns Hopkins University Press; 1997.
- Meynen G. Depression, possibilities, and competence: A phenomenological perspective. *Theor Med Bioeth* 2011; 32: 181-93.
- Meynen G, Ralston A. Zeven visies op een psychiatrische stoornis. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 895-903.
- Parnas J, Sass LA, Zahavi D. Recent developments in philosophy of psychopathology. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21: 578-84.
- Ratcliffe M. *Feelings of being. Phenomenology, psychiatry and the sense of reality*. Oxford: Oxford University Press; 2008.
- Stanghellini G. *Disembodied spirits and deanimated bodies: The*

psychopathology of common sense. Oxford: Oxford University Press; 2004.

AUTEURS

GERBEN MEYNEN is psychiater bij GGZ inGeest en docent Faculteit Wijsbegeerte VU, Amsterdam.

ALAN RALSTON is psychiater bij GGZ Dijk en Duin, Castricum, en promovendus op het gebied filosofie van de psychiatrie, LUMC, Leiden.

Correspondentieadres: dr. Gerben Meynen, Vrije Universiteit, faculteit Wijsbegeerte, De Boelelaan 1105, 1081 HV Amsterdam.
E-mail: g.meynen@ph.vu.nl

Reactie op 'De ADD-psychose: behandeling met antipsychotica én methylfenidaat?'

Blom en Kooij (2012) beschrijven twee patiënten met een psychotische stoornis die tevens voldeden aan de diagnostische criteria voor aandachtstekortstoornis (ADD) met hyperactiviteit (ADHD). Zij stellen dat het voorschrijven van methylfenidaat aan personen die voldoen aan de diagnostische criteria van ADD (of ADHD) én een psychotische stoornis in uitzonderlijke gevallen het overwegen waard is, in combinatie met een lage dosis van een antipsychoticum. Omdat in de literatuur *evidence-based* aanwijzingen voor een dergelijke combinatie ontbreken, baseren zij hun overweging op eigen ervaringen. Hieraan willen wij een ervaring toevoegen en we willen wijzen op een methode die nuttig kan zijn om de effecten van methylfenidaat op de ADD- (of ADHD-) klachten en de psychotische klachten te monitoren.

In 2001 publiceerden wij een artikel over een patiënte met een paranoïde psychose én ADHD die werd behandeld met methylfenidaat. Om de effecten van dit middel op haar ADHD-klachten en psychotische symptomen te monitoren gebruikten wij een tijdreeksmethode. De patiënte vulde dagelijks een vragenlijst in waarop zij de ernst van de ADHD-klachten moest aangeven. Er werd ook een korte vragenlijst geconstrueerd met vragen naar andere symptomen die voor patiënte relevant

waren (o.a. paranoïdie). Na een week van klachtenmonitoring zonder medicatie (uitgangsniveau) kreeg zij afwisselend per week dubbelblind methylfenidaat of placebo gedurende 6 weken.

Het effect van methylfenidaat op de ADHD-klachten kon worden vastgesteld en patiënte en behandelaars konden differentiatie aanbrengen in de verschillende symptoomclusters. Het bleek dat vermindering van 'chaos in haar hoofd' en betere aandacht leidden tot meer achterdochtige ideeën en angst. Patiënte zelf stelde op basis van deze inzichten voor om methylfenidaat te combineren met een lage dosis van een antipsychoticum. Dit had een goed resultaat.

LITERATUUR

Blom JD, Kooij JJS. De ADD-psychose: behandeling met antipsychotica én methylfenidaat? Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 89-93.

Vergouwen ACM, Gorissen M. Een verantwoord experiment: behandeling met methylfenidaat bij een psychotische patiënte. PsychoPraxis 2001; 3: 193-7.

AUTEURS

TON VERGOUWEN, psychiater en opleider psychiatrie, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam.

MARIËLLE GORISSEN-VAN EENIGE, klinisch neuropsycholoog, TELL Children & Families, Tokio.

Correspondentieadres: dr. Ton Vergouwen, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, afdeling Psychiatrie, Postbus 9243, 1006 AE Amsterdam.

E-mail: a.vergouwen@slaz.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Response to 'ADD psychosis: treatment with antipsychotics and methylphenidate?'

ANTWOORD aan Vergouwen en Gorissen-van Eenige

Wij danken de collegae Vergouwen en Gorissen-van Eenige voor hun welkome aanvulling op onze gevalsbeschrijving van twee patiënten met een ADD-psychose die werden behandeld met methylfenidaat en een laag gedoseerd antipsychoticum. In het artikel waarnaar zij verwijzen (Vergouwen & Gorissen-van Eenige 2001) spreken zij van ‘een verantwoord experiment’ en van ‘een behandeling waarvoor... volgens de richtlijnen een contra-indicatie bestond’.

Onze ervaring is dat het verstrekken van een combinatie van psychostimulantia en antipsychotica niet in alle gevallen verantwoord is en dat zorgvuldige diagnostiek essentieel is voordat dit überhaupt in overweging kan worden genomen. Is dit besluit eenmaal genomen, dan bepleiten wij zorgvuldige monitoring op een daartoe gespecialiseerde – klinische – afdeling. Daarbij zou de door Vergouwen en Gorissen-van Eenige beschreven tijdreeksmethode van dienst kunnen zijn, al lijkt de periode van 6 weken erg lang voor het vaststellen van het effect van methylfenidaat. Het uitsplitsen van de subjectieve klachtenscore in een ADHD-component en een psychosecomponent, alsmede het werken met gestructureerde vragenlijsten, kunnen wij van harte onderschrijven.

Correspondentieadres: dr. Jan Dirk Blom, Parnassia Bavo Groep, Kiwistraat 43, 2552 DH Den Haag.
E-mail: jd.blom@parnassia.nl.

Strijdige belangen: dr. J.J.S. Kooij is opgetreden als spreker op nascholingsactiviteiten van Janssen en Eli Lilly BV en ontving unrestricted research grants van Janssen en Shire.

LITERATUUR

Vergouwen ACM, Gorissen M. Een verantwoord experiment: behandeling met methylfenidaat bij een psychotische patiënte. *PsychoPraxis* 2001; 3: 193-7.

AUTEURS

JAN DIRK BLOM is opleider psychiatrie en klinische geriatrie bij de Parnassia Bavo Groep, Den Haag en universitair docent bij de vakgroep Psychiatrie, Universiteit Groningen.

SANDRA KOOIJ is psychiater en manager zorg bij Programma en Kenniscentrum ADHD bij volwassenen, PsyQ Haaglanden, Parnassia Bavo Groep, Den Haag.