

Een patiënt met de diagnose bipolaire stoornis?

J. VINK

SAMENVATTING Een patiënt wordt beschreven met een psychiatrisch beeld dat voorheen als schizoaffectieve stoornis gediagnosticeerd zou zijn. Volgens de DSM-IV moet het beeld nu worden geclassificeerd als bipolaire stoornis met stemmingsincongruente psychotische kenmerken. De achtergronden van deze verandering worden besproken in een historische uiteenzetting. Aan de hand van de beschreven patiënt wordt gesteld dat met de verbreding van de categorie bipolaire stoornis ten koste van de categorie schizoaffectieve stoornis de classificatieproblemen in dit gebied niet zijn opgelost.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 2, 121-125]

TREFWOORDEN bipolaire stoornis, classificatie, schizoaffectieve stoornis

Psychiatrische beelden met kenmerken van zowel schizofrenie als van de affectieve stoornissen zijn in de loop der jaren samengevat in het begrip schizoaffectieve stoornis. Het is echter moeilijk gebleken om voor deze stoornissen tot een goede classificatie te komen. Problemen met de afgrenzing naar beide kanten hebben in de loop van de tijd geleid tot belangrijke veranderingen in de omschrijving.

Hierna wordt een patiënt besproken die werd behandeld onder de diagnose schizoaffectieve stoornis, maar bij wie nu volgens de DSM-IV (APA 1994) een bipolaire stoornis moet worden geclassificeerd. Uit de beschreven casus blijkt echter dat de hierdoor gewekte verwachting op het punt van behandeling niet altijd bewaarheid wordt.

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënt A, een 27-jarige man, werd in 1991 voor het eerst ambulantly gezien wegens een paranoïde psychose na cannabisgebruik. Hij was

angstig, dacht de Messias te zijn en zag de duivel in zijn stiefvader. In 1993 volgde een opname. Patiënt was onderkoeld en in psychotische toestand uit zee gehaald. Hij zei verwant te zijn aan de vissen en wilde 'terug naar de oorsprong'. Hij was opgewonden en agressief en had imperatieve hallucinaties en wanen. Als diagnose werd gesteld: psychotische stoornis ten gevolge van amfetaminegebruik. Na enige dagen werd patiënt rustiger, maar hij bleef paranoïde. Ook sprak hij steeds over zijn 'missie in de wereld'. Verder was hij volledig ongemotiveerd voor behandeling. Hij ging tegen advies met ontslag.

Pas in 1997 werd patiënt weer, nu poliklinisch, gezien. In de tussenliggende jaren was hij volgens de ouders niet stabiel geweest. Hij had door heel Europa gereisd en was nu door hen opgehaald bij een psychiatrische kliniek in Nice. Hij woonde in Nice bij een vriendin met wie hij een kind had gekregen. Hij was opgenomen nadat hij bij het strand naakt in een boom was aangetroffen na een feest met ecstasygebruik. Patiënt presenteerde zich euforisch, maar hij kon

zijn verhaal niet zelf doen. Ook grimasseerde hij. Hallucinaties of omschreven wanen konden niet worden vastgesteld, maar het denken bleek incoherent en gefragmenteerd: 'ik heb gewoon een suikerziekte, een BTW'. Als diagnose werd nu een schizoaffectieve stoornis gesteld, met daarnaast middelenmisbruik.

Kort hierna werd patiënt gedurende drie weken opgenomen wegens uitputting van zijn naasten. Hij ontkende alle problemen en gaf aan in training te zijn voor de Olympische Spelen. Patiënt werd ingesteld op lithium en olanzapine 10 mg. Hiermee trad stabilisatie op, maar het ziekte-inzicht bleef minimaal.

Een half jaar later volgde een nieuwe opname na het staken van de antipsychotische medicatie. Patiënt was angstig en achterdochtig. Het denken was versneld en opnieuw incoherent, de stemming afwisselend eufoor en dysfoor. De lithiumconcentratie bij opname was 1,0 mmol/l. Toevoegen van 15 mg olanzapine per dag aan de medicatie leidde tot stabilisatie, waarna ontslag volgde.

Enige maanden later werd patiënt echter weer opgenomen, opnieuw na het staken van de antipsychotische medicatie. Nu bleef hij langer opgenomen. Er werd een woning voor hem geregeld en hij kwam in deeltijdbehandeling, waar hij echter tot op heden onregelmatig verschijnt. Ook kreeg hij begeleiding door een team integrale zorg (TIZ). Toevoegen van valproïnezuur aan de medicatie gaf geen overtuigende verbetering, wel het daarnaast weer voorschrijven van olanzapine. Er waren nog enkele crisisopnames. Medicamenteus is hij nu ingesteld op lithium, valproïnezuur en olanzapine (20 mg per dag).

HET BEGRIP SCHIZOAFFECTIEVE STOORNIS: EEN KORTE SCHETS

Voorafgaande aan de classificaties volgens DSM-III-R (APA 1987) en DSM-IV (APA 1994) zou bij een beeld zoals dat van de boven besproken patiënt de diagnose schizoaffectieve stoornis gedurende lange jaren vanzelfsprekend zijn

geweest. De term schizoaffectieve psychose werd voor het eerst gebruikt door Kasanin (1933). Hij beschreef een plotseling ontstaand psychotisch beeld, dat gepaard ging met emotionele verwarring en verstoring van het realiteitsbesef. Het betrof jonge gezonde patiënten met een goed premorbide functioneren. Er was vaak een duidelijke aanleiding tot de decompensatie en een goed herstel in een bestek van weken tot maanden. Zoals blijkt uit de term schizoaffectieve stoornis wilde Kasanin het beeld aanduiden als een mengbeeld van schizofrene en affectieve symptomen. Hij wilde zich zo plaatsen binnen de 'optimistische trend' die door Adolf Meyer in de Amerikaanse psychiatrie was gebracht. Hierbij werd veel aandacht gegeven aan therapeutische mogelijkheden met als doel de patiënt weer in de maatschappij te brengen. Men wilde zich hiermee afzetten tegen de 'fatalistische houding' van Kraepelin. Deze had in het begin van de eeuw de psychiatrische beelden verdeeld in de twee hoofdgroepen *dementia praecox* (schizofrenie) en de manisch-depressieve psychosen en daarbij gesteld dat het beloop van de schizofrene beelden altijd slecht is. Maar ook door Kraepelin waren psychotische beelden beschreven met een duidelijke aanleiding in de emotionele sfeer, waarbij de wanen verdwenen met het verbeteren van de emotionele stoornis. Hij rekende deze beelden onder de affectieve stoornissen, maar stelde dat het beloop hierbij beslissend was. Volgens hem kon op grond van de inhoud van de wanen niet worden gedifferentieerd tussen *dementia praecox* en de manisch-depressieve psychose (Kendler 1991).

Kasanin had, twintig jaar na Kraepelin, zijn patiënten op grond van het gunstige beloop eveneens kunnen beschrijven als lijdende aan een affectieve stoornis. Dat hij dit niet deed, maar sprak van schizoaffectieve psychose, moet worden toegeschreven aan de invloed van Bleuler. Deze had in de tussentijd Kraepelins schizofreniebegrip aangepast door aan te geven dat alle beelden met een combinatie van schizofrene en affectieve symptomen onder de schizofrenieën

moesten worden gerekend. Volgens hem konden alle symptomen van de manisch-depressieve stoornis bij schizofrenie voorkomen, maar omgekeerd konden 'specifieke symptomen' van schizofrenie niet voorkomen bij de manisch-depressieve stoornis (Kendler 1991). Kasanins schizoaffectieve psychose, en zijn afzetten tegen Kraepelin, was zo een reactie op een ontwikkeling waarin de pessimistische visie van Kraepelin verbonden was geraakt met een ten koste van de affectieve stoornissen sterk verbreed schizofreniebegrip.

In deze situatie werd de vraag naar mogelijkheden om het beloop op grond van het toestandbeeld wél te voorspellen steeds meer gesteld. Aan het zoeken naar voor schizofrenie specifieke symptomen is onlosmakelijk de naam van Schneider verbonden. Met zijn 'symptomen van de eerste rang' was hij lange tijd bepalend in het debat over de diagnostiek van schizofrenie en nog steeds vindt men in het A-criterium voor schizofrenie volgens de DSM veel van zijn denkbeelden terug.

Op basis van deze ontwikkelingen positioneerden de classificaties volgens de DSM-I (APA 1952) en de DSM-II (APA 1968) de schizoaffectieve stoornis als een subtype van schizofrenie met op hetzelfde moment zowel 'schizofrene' (lees: symptomen van de eerste rang volgens Schneider) als affectieve symptomen (Kendler e.a. 1989; Kendler 1991). Psychotische symptomen in het kader van een affectieve stoornis konden daarentegen alleen een stemmingscongruent ('niet-schizofrene') karakter hebben.

Pas in 1978 kwam er serieus verzet tegen deze brede opvatting van het schizofreniebegrip. In een uitgebreide bespreking van literatuur en onderzoeksgegevens uitten Pope & Lipinski (1978) scherpe kritiek op de in de traditie van Bleuler en Schneider gegroeide praktijk om iedere patiënt met een wat verdergaand psychotisch symptoom de diagnose schizofrenie te geven. Zij stelden dat de zogenaamde schizofrene symptomen goeddeels aspecifiek zijn en zo goed als geen voorspellende waarde hebben en hekelden het op

grote schaal missen van manisch-depressieve stoornissen in het Amerika van hun tijd. Met hun artikel oefenden zij grote invloed uit op de criteria van de classificatie volgens de DSM-III (APA 1980). Daarin werd bij de affectieve stoornissen nu de mogelijkheid opgenomen van het bestaan van stemmingsincongruente psychotische symptomen. De schizoaffectieve stoornis werd nog gehandhaafd als een restcategorie zonder duidelijke criteria. Er waren nu dus binnen de DSM-III (APA 1980) twee categorieën waarin 'schizofrene' en affectieve symptomen naast elkaar konden bestaan.

Naar aanleiding hiervan werd, in navolging van de eerder opgestelde Research Diagnostic Criteria (RDC) (zie ook Kendler e.a. 1989), in de DSM-III-R (APA 1987) en DSM-IV (APA 1994) voor de schizoaffectieve stoornis als voorwaarde gesteld dat de schizofrenieachtige symptomen zich ook gedurende ten minste twee weken voor moeten doen in afwezigheid van affectieve symptomen. Het is duidelijk dat daarmee de schizoaffectieve stoornis een flink stuk werd opgeschoven in de richting van schizofrenie. En aan de andere kant werd de categorie affectieve stoornissen nu veel breder. Een beeld met naast schizofrenieachtige symptomen altijd aanwezige affectieve symptomen, dat voorheen een schizoaffectieve stoornis was, is volgens de DSM-IV (APA 1994) een bipolaire stoornis met stemmingincongruente psychotische kenmerken. Daarbij wordt wel aangegeven dat het beloop in deze groep slechter is dan bij de 'gewone' bipolaire stoornis.

BESPREKING

Hoe past nu de beschreven patiënt in dit verhaal? In psychotische toestand vertoont hij zeker kenmerken van schizofrenie. Dit is echter wel steeds in het kader van een manische ontregeling. Er is geen sprake van een periode van twee weken dat patiënt psychotisch was maar niet manisch. Daarmee moet volgens de DSM-IV (APA 1994) een bipolaire-I-stoornis worden ge-

classificeerd, met zowel stemmingscongruente als stemmingsincongruente psychotische kenmerken. De manische decompensaties lijken daarbij te worden uitgelokt door drugsgebruik.

Een kanttekening kan worden gemaakt naar aanleiding van de bij de patiënt regelmatig terugkerende formele denkstoornissen en het bizarre gedrag. Deze symptomen worden vooral gezien bij de gedesorganiseerde vormen van schizofrenie en worden geassocieerd met een ongunstig beloop. Maar in de specificatie van de ernst van een manische episode volgens de DSM-IV (APA 1994) worden kenmerken van desorganisatie niet apart benoemd, evenmin als bij de criteria voor de schizoaffectieve stoornis. Zij vormen dus geen argument om het beeld volgens de DSM als schizoaffectief te classificeren.

Dit laatste mag gevoelsmatig misschien niet geheel bevredigend zijn, belangrijker is het of de door de indeling bij de affectieve stoornissen gewekte verwachtingen aangaande beloop en behandelingsmogelijkheden ook worden waargemaakt. Het antwoord moet ontkennend zijn. Patiënt reageert slechts matig op medicatie. Vooral het effect van middelen van eerste keuze bij de bipolaire stoornis, zoals lithium en valproïnezuur, is niet overtuigend. Eenmaal deed zich zelfs een decompensatie voor bij een lithiumconcentratie van 1,0 mmol/l. Verder trad stabilisatie meestal juist op na het instellen op atypische antipsychotica of het verhogen daarvan. Van deze middelen is inderdaad een stemmingsstabiliserende werking beschreven. Het effect op de medicatie bij patiënt is echter weinig kenmerkend voor dat bij een bipolaire stoornis. Men zou in deze situatie kunnen overwegen om lithium en valproïnezuur te staken (Levinson & Levitt 1987).

Samenvattend kan men stellen dat het beloop bij deze patiënt zeer problematisch is en slechter dan men bij een affectieve stoornis zou verwachten. Slechts met intensieve begeleiding en geregelde crisisopnames kan een ambulante behandeling worden gehandhaafd. Patiënt doet bij dit alles voortdurend een groot beroep op de

inzet en het gezonde verstand van zowel behandelars als familie.

CONCLUSIE

Was er in de tijd van Bleuler sprake van een breed schizofreniebegrip met een te pessimistische visie op het beloop, in onze tijd kan men spreken van een brede opvatting van de affectieve stoornissen, met het risico van een al te optimistische kijk. Aan het voorbeeld van de besproken patiënt kan men zien dat de beschreven veranderingen in classificatie voor de individuele patiënt lang niet altijd bijdragen tot betere inzichten of een passender behandeling.

De relaties tussen schizofrenie en de affectieve stoornissen zijn complex (Taylor 1992) en de classificatie van de stoornissen in het grensgebied tussen beiden is moeilijk gebleken. Met de indeling volgens de DSM-IV (APA 1994) zijn deze problemen niet opgelost. Aan precieze classificatie heeft men zo bij deze stoornissen weinig houvast. Vooral klinische ervaring en gezond verstand moeten worden ingezet bij het zoeken naar de beste behandeling voor de individuele patiënt.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, 1st ed. Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, 2nd ed. Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, 3rd ed. Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, 3rd ed., revised. Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington DC: APA.
- Kasanin, J. (1933). The acute schizoaffective psychoses. *American Journal of Psychiatry*, 90, 97-126.
- Kendler, K.S., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (1989). Psychotic disorders in DSM-III-R. *American Journal of Psychiatry*, 146, 953-962.
- Kendler, K.S. (1991). Mood-incongruent psychotic affective illness. A historical and empirical review. *Archives of General Psychiatry*, 48, 362-369.

- Levinson, D.F., & Levitt, M.E.M. (1987). Schizoaffective mania reconsidered. *American Journal of Psychiatry*, 144, 415-425.
- Pope, H.G., & Lipinski, J.F. (1978). Diagnosis in schizophrenia and manic-depressive illness. A reassessment of the specificity of 'schizophrenic' symptoms in the light of current research. *Archives of General Psychiatry*, 35, 811-828.
- Taylor, M.A. (1992). Are schizophrenia and affective disorder related? A selective literature review. *American Journal of Psychiatry*, 149, 22-32.

AUTEUR

J. VINK is psychiater bij het Psychiatrisch Ziekenhuis Duin en Bosch te Castricum.
Correspondentieadres: Psychiatrisch Ziekenhuis Duin en Bosch,
Postbus 305, 1900 AH Castricum.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-4-2000.

SUMMARY

A patient with the diagnosis bipolar disorder – J. Vink –
A patient is described who was treated under the diagnosis schizoaffective disorder. According to DSM-IV now a bipolar disorder with mood-incongruent psychotic features should be classified. The historical backgrounds of this change are discussed. In view of this patient it is stated that with the broadening of the category of bipolar disorder at the cost of the category of schizoaffective disorder the classification problems in this area have not been solved.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 2, 121-125]

KEYWORDS bipolar disorder, classification, schizoaffective disorder