

FORMULERING VAN EEN MANTELPLAN VOOR KLINISCH-PsYCHIATRISCH ONDERZOEK

door Dr. A. A. FISCHER *

Zelfs medici staan zelden stil bij het feit, dat de schizofrenie in vele opzichten een groot volksgezondheidsprobleem is.

Bij 43 procent van de patiënten opgenomen in Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen is de diagnose schizofrenie gesteld. Het totaal aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen in Nederland is 27.000. Dat wil zeggen, dat 13.000 mensen onder deze diagnose in ziekenhuizen verblijven. Dit aantal betekent een percentage van 1/00 van de bevolking. Voorts wordt geraamd, dat nog eens $\frac{1}{2}$ /00 onder poliklinische zorg is. Het is duidelijk uit deze aantallen, dat de sociale en economische betekenis van deze ziekte aanzienlijk is.

Als vorm van ernstig menselijk lijden laat de schizofrenie zich nauwelijks vergelijken, omdat geen enkele vorm van menselijk lijden zich laat vergelijken met een andere. Maar niemand zal de ernst ervan betwijfelen. Alleen de term schizofrenie heeft al zo'n gewicht, dat de medicus lang aarzelt voordat hij deze in zijn diagnose zal opnemen. Ook uit wetenschappelijk oogpunt bezien is de schizofrenie een groot probleem. Sinds vele decennia betekent de schizofrenie een vraagstuk met een onbepaald aantal onbekenden en dit ondanks een niet te schatten hoeveelheid wetenschappelijke arbeid.

Vergelijken wij bijv. de astma en de schizofrenie als wetenschappelijke problemen, dan zijn ook nog bij het astma vele vragen open, zoals de ontstaanswijze. Maar de symptomen, de functionele en eventueel ook anatomische afwijkingen en de werkwijze van medicamenten zijn op ondubbelzinnige wijze aanwijsbaar. Voor de schizofrenie zijn zelfs dergelijke fundamentele aspecten nog niet eenduidig bepaalbaar. Realiseert men zich daarbij hoeveel zorgvuldig en nauwgezet wetenschappelijk werk al verricht is om maar iets in deze zin te vinden, dan kan de conclusie niet anders zijn dan dat onze methoden van onderzoek nóg nauwkeuriger en nóg verfijnder zullen moeten worden. Toen men voor het eerst begon weefselcoupes onder het microscoop te onderzoeken, bracht iedere dag nieuwe ontdekkingen. Tegenwoordig is het nog alleen met gebruik van de allernieuwste technische hulpmiddelen mogelijk vooruitgang te boeken. Zo is ook een uitbreiding van onze kennis van de psychosen, en daarin

* Uit de Prof. Dr. H. C. Rümke Kliniek (hoofd Prof. Dr. J. H. Plokker), Tweede Psychiatrische Universiteits Kliniek deel uitmakend van het Willem Arntsz Huis te Utrecht (geneesheer-directeur: H. Loois).

Medewerkers PUK-groep o.l.v. Dr. A. A. Fischer: Dr. F. H. L. Beyaert, Prof. Dr. J. H. Dijkhuis, Mej. A. van Hilten, G. G. F. Pareau Dumont, Mej. E. Raven, W. G. Vogelaar, E. Werleemann, Mevr. A. C. Zwanikken-Delfos.

de schizofrenie, niet meer door een goede klinische observatie alleen mogelijk. Onze instrumenten, onze onderzoeksmethoden zullen zeer zorgvuldig gebouwd moeten worden en zelfs dan zullen onze resultaten bescheiden zijn. Dit is een algemene wetenschappelijke ervaring, die we ook in dit gebied van onderzoek zullen moeten accepteren.

Voor een dergelijk vraagstuk als de schizofrenie met zoveel onbekenden kunnen vele verschillende uitgangspunten en methoden, alle met evenveel recht, gekozen worden voor verder wetenschappelijk onderzoek.

In het navolgende willen wij een beschrijving geven van een poging om tot een dergelijk onderzoeksplan voor de schizofrenie te komen, zoals dat ontwikkeld is en nog steeds in ontwikkeling is in de Prof. Dr. H. C. Rümke Kliniek, de Tweede Psychiatrische Universiteits Kliniek te Utrecht.

Deze beschrijving van de ontwikkeling van het wetenschappelijk onderzoek willen wij hier gebruiken om een aantal fundamentele problemen te laten zien van het wetenschappelijk onderzoek in de klinische psychiatrie met een algemenere geldigheid, en om te laten zien hoe bijvoorbeeld een plan voor wetenschappelijk onderzoek in de kliniek gebouwd kan worden, rekening houdend met die fundamentele problemen in een dergelijk complex onderzoeksgebied als de schizofrenie.

Terugkijkend op de eerste 6 jaar van het bestaan van deze kliniek lijkt het mogelijk een aantal fasen in die ontwikkeling aan te wijzen.

A Het verzamelen van eigen ervaringen uit klinisch onderzoek.

B Het verzamelen van klinische ervaringen uit de literatuur en de bestudering van systematische onderzoeken uit de literatuur.

C De bestudering van wetenschapstheoretische en methodologische problemen.

D Het daarop gebouwde mantelplan en de in dat kader lopende onderzoeken.

Dit wil niet zeggen, dat deze fasen ook in werkelijkheid zo duidelijk afgegrensd zijn en ook niet, dat met elke volgende fase de vorige fase afgesloten werd. In feite wordt nog steeds aan alle activiteiten van iedere fase grote aandacht besteed.

A Het verzamelen van gegevens uit eigen ervaring in het klinisch onderzoek

Het spreekt vanzelf, dat wij van het begin af aan grote aandacht hebben besteed aan een nauwkeurige observatie en descriptie. Rümke heeft terecht in vele publicaties steeds weer de nadruk gelegd op het belang hiervan als fundament voor wetenschappelijk onderzoek.

Wanneer wij deze hier pogen te bundelen in een aantal conclusies dan valt direct op, dat daarin niets opzienbarends is te vinden. Iedere andere klinische onderzoeker zal deze bevindingen uit eigen ervaring ook kennen. Toch zijn ze belangrijk genoeg om hier te noemen aangezien ze bepalende motieven zijn voor de opbouw van ons plan.

(a) De diagnose schizofrenie: opvallend was dat wij, wat betreft de diagnose nooit geheel zeker waren. Steeds bleef er een — vaak aanzienlijke — ruimte voor twijfel bestaan. Ten aanzien van een bepaalde patiënt bleken de waarnemingen van de ene onderzoeker nooit geheel gelijk aan die van een andere. Verder bleek, dat voor zover verschillende onderzoekers het eens waren, zelden of nooit duidelijk te formuleren was waarom.

(b) Wisselingen en veranderingen in het toestandsbeeld: aanvankelijk werden vooral patiënten onderzocht, die al langdurig (10, 20 jaar of meer) opgenomen waren, dus de als chronische verloopsvorm, eindtoestanden en defecttoestanden bekend staande beelden. Later werden ook patiënten met korter bestaande ziekte geobserveerd. Bij beide categorieën was opvallend hoeveel wisselingen en veranderingen in de toestandsbeelden optraden, soms sterk, soms ook gering; soms langzaam, soms snel.

Vaak waren voor deze wisselingen en veranderingen geen oorzaken aanwijsbaar, maar ook vaak bleken deze op te treden door veranderingen in het leefmilieu. Van grote invloed bleken de leefomstandigheden te zijn. Zoveel mogelijk werd het verblijf op slaapzalen vervangen door het 'Unit'systeem met kleinere slaapeenheden waaronder ook een aantal eenpersoonskamers, waarvoor een eigen verantwoordelijkheid werd verwacht. Hetzelfde gold voor eigen kleding, die de patiënten zelf aanschaften en verzorgden, voor de lichaamsverzorging, en voor de maaltijden en eetgewoonten, etc.

Net zo bleken veranderingen in de sociale omstandigheden in meer uitgebreide zin van invloed te zijn. Patiënten kregen vrije en dus ook ongecontroleerde beschikking over eigen geld, waar mogelijk werd een salariering naar arbeidsprestatie ingesteld. Voor vrijetijdsbesteding binnen het ziekenhuis, maar vooral ook daarbuiten, werden zoveel mogelijk faciliteiten gezocht. De patiënten kregen de kans om beroeps- en vrijetijdsstudie te beginnen, eveneens zoveel mogelijk buiten het ziekenhuis in normale sociale verhoudingen.

Tenslotte wordt grote aandacht besteed aan de tussenmenselijke relaties; sociaal, in groepsverband en individueel. Alle patiënten zijn in groepstherapie; een aantal patiënten is in individuele therapie. Opmerkelijk is bijv. een patiënt, die reeds meer dan 20 jaar was opgenomen en die bij opname een beeld vertoonde, dat een ernstige defecttoestand genoemd zou kunnen worden. In een 2 jaar durende intensieve psychotherapie herwon hij een veel betere sociale aanpassing en bleek hij in staat tot een normaal gesprek. Even op-

merkelijk is, dat na het vertrek van de therapeut geen terugval optrad. Maar ook in het algemeen viel op hoezeer toestandsbeelden zich konden wijzigen, waarbij zeer onduidelijk bleef wat daarin ziekte of defect zou moeten worden genoemd. Hallucinaties en wanen veranderden naar vorm en inhoud, wisselden elkaar af, verdwenen of traden op. Jaren bestaande formele denkstoornissen, die als ernstig defect imponeerden, bleken veranderbaar en soms ook ophefbaar. Patiënten, die als zeer autistisch bekend waren, bleken in staat tot herstel van sociale en persoonlijke contacten, soms voor korte tijd, soms blijvend. Wellicht was het meest opvallend, dat vrijwel alle patiënten tot een goed affectief contact in staat bleken. Het praecoxgevoel viel als diagnosticum meestal weg. (10)

Kortom, het was imponerend hoezeer toestandsbeelden zich konden wijzigen, waarbij zeer onduidelijk bleef wat ziekte en wat defect zou moeten worden genoemd, terwijl eindtoestanden geen eindtoestanden bleken te zijn.

Met nadruk wil ik de indruk vermijden, dat het altijd zoveel beter ging met de patiënten. Alleen wil ik accentueren, dat wat volgens onze kennis van de klinische psychiatrie tot de ziekte zou behoren, zo sterk veranderbaar kon zijn, vaak zonder, maar vaak ook met aanwijsbare oorzaken.

(c) Het ontbreken van significante informatie uit het verdere klinische en laboratoriumonderzoek:

Bij geen van onze patiënten bleek een aanknopingspunt te vinden. Wanneer somatische afwijkingen werden gevonden waren ze meestal niet opvallend en konden ze op geen enkele wijze in begrijpelijk verband gebracht worden met het psychiatrisch toestandsbeeld.

Hetzelfde gold voor het laboratoriumonderzoek. Voor zover afwijkingen konden worden vastgesteld waren ze zeer verschillend, in de regel weinig opvallend en eveneens niet in een begrijpelijk verband met de psychiatrische stoornissen te brengen.

Electro-encefalografisch onderzoek toonde in de regel lichte afwijkingen. Daarbij was het meest opvallend, dat deze afwijkingen overeen kwamen met afwijkingen, die gezien werden bij andere, niet schizofrene patiënten, die ook een psycho-farmacologische medicatie kregen. De enkele maal, dat een EEG afgenomen kon worden zonder de invloed van psychofarmaca gaf geen aanknopingspunten. De electro-encefalogrammen leken opvallend normaal.

(d) Het ontbreken van aanknopingspunten uit de therapie: Het bleek nooit te voorspellen of een patiënt op een bepaalde medicatie gunstig zou reageren of niet. Middelen uit de chloorpromazine groep leken een gunstig effect te hebben door hun dempende werking, maar vooral dat daardoor het verblijf van de patiënten op de afdeling beter aanvaardbaar werd. Nooit kon van tevoren zeker gezegd worden of de patiënt op een bepaalde medicatie zou reageren en ook niet hoe hij daarop zou reageren. Bij de beslissing tot

het geven van een bepaalde medicatie bleek niet de diagnose van invloed te zijn maar wel het vinden van een bepaald 'target symptom'. Hoezeer wij ook poogden om hierbij systematisch te werk te gaan, wanneer wij eerlijk waren moesten wij erkennen, dat wij voor het merendeel alleen konden werken op het niveau van de empirische improvisatie.

(e) Tenslotte vermeld ik hier nog afzonderlijk de grote invloed, die wij zagen van de milieu-omstandigheden, die ik al noemde als oorzaak van de optredende wisselingen en veranderingen in het toestandsbeeld. In de loop van de tijd bleek ons het grote belang van de gehele structuur van het ziekenhuismilieu, waarin de behandeling plaatsvindt en het grote belang van de wijze van individuele benadering voor het klinisch beeld. Dit maakte ons alleen maar onzekerder ten aanzien van de vraag wat bij onze patiënten als typisch schizofreen beschouwd moest worden.

B Het verzamelen van gegevens uit klinische ervaring uit de literatuur over de schizofrenie

Ook hier beperk ik mij tot het noemen van een aantal conclusies, die van invloed zijn geweest voor ons plan van onderzoek.

(a) Het toestandsbeeld:

Vrijwel alle onderzoekers beschrijven hoe moeilijk het is in het toestandsbeeld een entiteit af te grenzen. Er zijn vele variaties en overgangen naar andere bekende klinische beelden. Steeds vindt men als meest duidelijk kenmerk van de schizofrenie slechts omschrijvingen als: 'Het zeer bepaalde', 'etwas ganz Eigentümliches', 'something very specific'. Alle andere kenmerken kan de schizofrenie met andere toestandsbeelden gemeen hebben. Het wordt ondoenlijk geacht tot een duidelijk beeld te komen, vooral in de beginstadia.

Verder blijkt, dat in het verloop van de decennia vrij aanzienlijke verschuivingen zijn opgetreden. Herhaaldelijk merken auteurs op, dat het beeld van de katatonie nagenoeg verdwenen is. Het klassieke beeld van de hebefrenie, door Kraepelin beschreven, is steeds moeilijker in uitgesproken vorm terug te vinden. De diagnose dementia paranoïdes hoort men zelden of nooit meer stellen.

(b) Het verloop blijkt zeer verschillend te kunnen zijn. Uitgesproken verloopsvormen, zoals aanvankelijk beschreven, worden zelden gezien. Over het stellen van een prognose worden de meeste schrijvers steeds aarzelder.

(c) De eindtoestanden houden zeker geen dementie in. Het zgn. schizofrene defect blijkt een nog beïnvloedbare toestand te zijn. In alle fasen, ook de eindtoestanden, blijkt een zekere mate van veranderlijkheid en herstel mogelijk.

(d) Over mogelijke oorzaken tast men nog geheel in het duister. Uitvoerige en zeer nauwgezette onderzoeken doen vermoedens ont-

staan of versterken deze, maar nooit heeft men een constante samenhang kunnen bevestigen.

Erfelijkheidsonderzoekers hebben het bestaan van een hereditaire factor in de schizofrenie nooit zeker kunnen stellen. Milieuonderzoeken hebben veel vermoedens over het bestaan van specifieke gezinsstructuren kunnen versterken, maar niet kunnen staven. De neuro-anatomie heeft bij herhaling afwijkingen menen te kunnen vinden, maar ook hier is nooit zekerheid verkregen. Nu zijn onze verwachtingen hoog gespannen over mogelijkheden van de biochemie en de electro-encefalografie, die over ongekende mogelijkheden lijken te beschikken. Maar ook hier zijn tot nu toe alleen vermoedens uitgesproken, die graag voor feiten worden aangezien, maar die nog nooit bevestigd zijn, etc.

(e) De psychofarmacologie, waarop eveneens onze verwachtingen hoog gespannen zijn, biedt ons tot nu toe evenmin specifieke mogelijkheden tot beïnvloeding van de schizofrenie zelf. Wel hebben we steeds grotere mogelijkheden tot beïnvloeding van het gedrag, maar deze zijn ten opzichte van de schizofrenie specifiek; veeleer gericht op 'target symptoms' dan op datgene wat wij schizofreen noemen.

C De bestudering van wetenschapstheoretische en methodologische problemen

Wil een wetenschappelijk onderzoek betekenis hebben dan moet het herhaalbaar zijn. Alle wetenschappelijke onderzoeken worden immers verricht in de hoop dat zij niet alleen gelden voor het materiaal bij het onderzoek gebruikt, maar dat zij kunnen leiden tot wetmatigheden, die een uitgebreidere betekenis hebben.

Dit veronderstelt echter dat

(a) De voorwaarden duidelijk zijn gesteld. De concepten waarop de hypothese gebouwd is moeten duidelijk geformuleerd zijn. En zo zal ook bij onderzoek van de schizofrenie expliciet moeten zijn welke betekenis aan deze term wordt gegeven.

(b) Het patiëntenmateriaal moet zodanig beschreven zijn dat ook andere onderzoekers patiënten met dezelfde kenmerken moeten kunnen selecteren.

(c) De omstandigheden waaronder het onderzoek is verricht moeten zo duidelijk zijn geformuleerd, dat deze eveneens herhaalbaar zijn. Hoe minder aan deze voorwaarden is voldaan hoe moeilijker het wordt dat

iemand anders

op een ander tijdstip

onder dezelfde, of eventueel andere bekende omstandigheden met dezelfde of eventueel andere proefgroep het onderzoek kan herhalen.

Een belangrijke informatie, die wij kregen uit de analyse van deze literatuur betrof echter niet zozeer de resultaten van een onderzoek maar wel het methodisch probleem van het ziekteconcept, dat door de verschillende auteurs wordt gebruikt.

Op welke wijze wordt de term schizofrenie gebruikt door de verschillende onderzoekers? Welk concept verbinden zij hieraan? De beslissing om een term zoals schizofrenie op een bepaalde wijze te gebruiken, heeft immers directe konsekventies voor verder onderzoek. Men kan niet zeggen, dat de opvattingen van een onderzoeker over wat schizofrenie zou zijn, alleen een bepaalde kleur geven aan zijn werk. Ze zijn bepalend voor het hele verloop van het onderzoek en de uitkomsten. We kunnen dit duidelijk maken aan het volgende fundamentele verschil van opvattingen, die er ten aanzien van de schizofrenie bestaat. In globale zin is hier tevens het grote onderscheid tussen de Europese en Amerikaanse beschouwingswijze aangegeven. Het is een van de grootste bronnen van misverstanden en tevens is het oorzaak van verschillen tussen de uitkomsten van de verschillende onderzoeken over schizofrenie gedaan.

Tegenover elkaar staan:

1 De term schizofrenie betreft:

een categorie waarvan de kenmerkende vorm bestaat uit (of een categorie waarvan de kenmerkende vormen bestaan uit) manifeste uitingen

een soort van uitingen	}	somatisch en of psychisch
een complex van uitingen		
verschillende complexen van uitingen		

2 De term schizofrenie betreft:

een categorie waarvan de kenmerkende vorm bestaat uit (of een categorie waarvan de kenmerkende vormen bestaan uit)

een ziekte-eenheid

of ziekte-eenheden

die zich niet toont (tonen) in manifeste uitingen

die zich wel toont (tonen) in manifeste uitingen

een soort van uitingen

een complex van uitingen

verschillende complexen van uitingen.

Weliswaar gaan alle opvattingen over schizofrenie uit van het criterium, dat er specificeerbare uitingen moeten worden aangetoond. Anders zou een patiënt nooit schizofreen genoemd worden. De meningen verschillen echter over de verdere betekenis van deze waarneembare uitingen.

De onder 1 genoemde beschouwingswijze gaat uit van de veronderstelling, dat de term uitsluitend verwijst naar manifeste uitingen. In navolging van Adolf Mayer wordt door vele onderzoekers de betekenis van de term schizofrenie beperkt tot de gedragsuitingen. Het

is het manifeste gedrag, dat de betekenis van het woord schizofrenie geheel uitmaakt, zonder dat daarbij verwezen wordt naar mogelijke daaronder liggende entiteit(en). In bovenstaande formulering (1) is nog in het midden gelaten of de term schizofrenie één of verschillende kenmerkende vormen betreft. Net zo wordt de mogelijkheid gelaten, dat iedere kenmerkende vorm uit een enkele uitingvorm of uit een complex van uitingvormen bestaat. Vaak ziet men de tendens bij verschillende onderzoekers om het kenmerkende tot één element te reduceren. Zo is voor vele onderzoekers het 'autistic thinking' het kenmerkende voor de schizofrenie. Eventuele andere uitingen worden als facultatief beschouwd. Als manifest gedrag het enige criterium is voor schizofrenie, kan het zeer moeilijk zijn om deze ziekte te onderscheiden van de andere psychosen. In feite wordt door vele onderzoekers dan ook geen onderscheid gemaakt en spreken zij van schizofrenie, waar anderen proberen te differentiëren. Ook voor het oordeel over het verloop en de prognose heeft bovenstaande beschouwingswijze vergaande consequenties. Bij het verdwijnen van een bepaalde gedragsvorm of een complex van manifeste gedragingen, kan de patiënt immers als hersteld beschouwd worden. Sociaal herstel en genezing zijn zo identiek te stellen.

Er bestaat geen enkele specifieke relatie tussen de ziekmakende factoren en de uitingvorm. Schizofrenie is een 'breakdown in a specific manner' met de daarbij behorende 'substitution reactions'. Het aantal oorzaken hiervoor is onbepaald. Men kan deze gedachtengang het beste vergelijken met die ten aanzien van de allergie, waarbij alle somatische, psychische en omgevingsfactoren denkbaar zijn.

Verder kunnen de opvattingen en daarmee de onderzoekscategorieën nog sterk divergeren, doordat door sommigen de stoornis opgevat wordt als een bepaalde manifeste uiting, door anderen als een complex van manifeste uitingen, door weer anderen als verschillende complexen van manifeste uitingen.

De tweede beschouwingswijze (2) stelt, dat de manifeste uitingen tekenen zouden zijn van een onderliggende stoornis. De meeste Europese onderzoekers gaan uit van deze opvatting. De verschillende meningen op dit fundament gebouwd kunnen echter ook nog weer sterk divergeren. Wanneer we deze proberen te ordenen komen we tot het volgende:

a De stoornis toont zich nooit in manifeste uitingen. Dit is een mogelijkheid waarop Bleuler in 1911 al wees. Deze opvatting komt die, beschreven onder (1) het meest nabij, met dat verschil, dat nu aangenomen wordt, dat hier sprake is van één of van een paar onderliggende stoornissen. Maar de manifeste uitingen hebben geen enkele kenmerkende samenhang met de stoornis zelf maar betreffen een reactietype.

b Daartegenover staat de mening, dat alle manifeste uitingen in directe relatie staan tot de stoornis(sen). Dit is een mening, die

zelden bewust verdedigd wordt, maar die naar het lijkt vooral door somatische onderzoekers vaak gebruikt wordt bij hun onderzoek.

c De mening, dat een deel van de manifeste uitingen in directe relatie staat tot de stoornis. Men vindt dit bijv. terug in de ideeën over de positieve en negatieve symptomen van Jackson.

a De onderliggende stoornis wordt geheel als van somatische aard opgevat.

b De onderliggende stoornis wordt geheel als van psychische aard opgevat.

c De onderliggende stoornis wordt als deels psychisch, deels somatisch opgevat.

a Er is sprake van een ongeregelde onderbroken uiting van dezelfde symptomen of

b er is sprake van een ongeregelde onderbroken uiting van symptomen, die steeds anders zijn of

c er is altijd een aantal symptomen aanwezig, die steeds hetzelfde zijn of

d er is altijd een aantal symptomen aanwezig, die niet altijd hetzelfde zijn.

Voorts verschillen de onderzoekers in hun mening over de vraag of schizofrenie een categorie betreft met

a meerdere van elkaar verschillende kenmerkende vormen of

b één kenmerkende vorm.

Ook verschillen de onderzoekers in hun mening over het feit of iedere kenmerkende vorm

a één type van uitingen betreft of

b een complex van uitingen betreft of

c verschillende complexen van uitingen betreft.

Neemt men daarbij in aanmerking, dat verschillende onderzoekers van verschillende combinaties van deze mogelijke uitgangspunten uitgaan, dan is wel duidelijk hoe groot de divergentie is. Dat deze verschillen in uitgangspunten grote konsekwenties hebben voor het onderzoek willen we in een enkel voorbeeld illustreren. Laten we aannemen, dat de ene onderzoeker het 'autistic thinking' als typische schizofrene uitingsvorm aanneemt. Voor de tweede onderzoeker betekent naast het 'autistic thinking' ook de concentratiestoornis een kenmerkende uitingsvorm van schizofrenie. Wanneer het 'autistic thinking' tot verdwijnen kan worden gebracht, is de patiënt volgens de eerste onderzoeker hersteld. Volgens de tweede onderzoeker is de patiënt nog steeds ziek. Nemen wij nu aan, dat deze verbeteringen zijn opgetreden tijdens psychofarmacologische proefnemingen, dan zal de eerste onderzoeker de patiënt als genezen beschouwen. De tweede onderzoeker zal geen genezing kunnen rapporteren, maar alleen verbetering. Dit zou nog niet zo erg zijn wanneer ieder van

de onderzoekers zijn ideeën en het op grond daarvan gekozen uitgangspunt expliciet zou stellen, maar dit gebeurt helaas hoogst zelden. Al eerder heb ik melding gemaakt van een studie van de literatuur over de schizofrenie, verschenen in een aantal tijdschriften in een bepaald jaar. Van de 50 artikelen die daarin voorkwamen had slechts in één daarvan de auteur zijn concept duidelijk geformuleerd.

Het patiëntenmateriaal moet zodanig beschreven zijn, dat ook andere onderzoekers patiënten met dezelfde kenmerken kunnen selecteren. Dit is de tweede voorwaarde, die ik noemde, die noodzakelijk is om een onderzoek te kunnen herhalen.

Dit probleem betreft dus niet de betekenisverlening aan de uitingvormen, maar de beoordeelbaarheid van deze laatste. Hier doet zich een tweede groot probleem voor, dat niet alleen de schizofrenie maar een groot deel van het onderzoeksgebied van de psychiatrie betreft. De kenmerken waarmee patiënten beschreven worden moeten beantwoorden aan de eis van de intersubjectieve eenduidigheid. Dat wil zeggen, dat de kenmerken van een toestandsbeeld bij een patiënt door verschillende onderzoekers gelijk beoordeeld moet kunnen worden en daarnaast, dat bepaalde kenmerken bij verschillende patiënten gelijk beoordeeld moeten kunnen worden.

Nu blijkt uit studies in de psychiatrie over dit onderwerp, dat het probleem van de objectiviteit in de zin van intersubjectieve overeenkomst zeer groot is. Studies waarbij men verschillende onderzoekers patiënten liet beoordelen op zeer globale categorieën gaven de volgende percentages overeenkomst. De diagnose 'functional psychosis' kreeg een beoordelingsovereenkomst van 31 tot 66 procent. De diagnose 'psycho-neurosis' kreeg een beoordelingsovereenkomst van 12 tot 24 procent. Bij de diagnose 'character disorder' was deze plm. 46 procent en bij de diagnose 'organic disorder' 53 tot 74 procent. (8) En dit betreft dan nog zeer globale categorieën. Wil men aan de term schizofrenie een nog specifiekere betekenis verlenen dan kunnen we alleen op nóg minder overeenkomst rekenen. Het begrip schizofrenie kan als beoordelingscriterium dus niet gebruikt worden wanneer wij de eis van herhaalbaarheid stellen.

De omstandigheden.

Opmerkelijk is dat over dit probleem bij het wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie zelden geschreven is. In de verschillende publicaties over systematische onderzoeken worden deze eigenlijk nooit vermeld. Toch is dit waarschijnlijk het grootste van de drie hier genoemde problemen.

In een natuurwetenschappelijk gebied als dat van de fysica is het veel eenvoudiger om de omstandigheden constant te houden, of alleen een bepaalde factor variabel te maken en het effect daarvan vast te stellen. De omstandigheden in een psychiatrisch ziekenhuis

hangen echter zo zeer, en daarbij nog zo complex en onoverzichtelijk met elkaar samen, dat men niet één factor kan veranderen zonder daarmee het totaal van de omstandigheden op onoverzichtelijke wijze ook te veranderen.

De beste, maar tegelijkertijd ook zowat de enige voorbeelden hiervan, vindt men in de beschrijvingen van artefacten bij double blind proeven in het onderzoek van psychofarmaca.

Bij de beschrijvingen van onderzoeken die de schizofrenie betreffen, hebben de omstandigheden eigenlijk nooit aandacht gehad, terwijl zij voor de herhaalbaarheid essentieel zijn. Een probleem daarbij is, dat alleen al het feit, dat men bij een systematisch onderzoek een grote mate van aandacht voor de patiënten heeft, op zichzelf een omstandigheden veranderende factor is. (Zie de hierna volgende voordracht van collega Beyaert). Een ander probleem is, dat men tijdens een systematisch onderzoek niet altijd de omstandigheden, die men constant wil houden, ook zo kan handhaven. Alleen al een wisseling in de verpleegstaf, met een andere persoonlijke inbreng van die zijde, kan de omstandigheden sterk veranderen. Samenvattend komen wij tot een aantal ontmoedigende maar belangrijke conclusies.

Niemand weet wat schizofrenie is. Onder deze term verstaat men een ziekte-eenheid of een syndroom of symptoom of reactietype, al of niet specifiek. Men verstaat hieronder zeer verschillende toestandsbeelden, zonder duidelijk bepaalbaar verloop met onbekend begin, onbekende eindtoestand, zonder duidelijke laboratoriumbevindingen, onbekende pathologische anatomie, etc.

De toestandsbeelden zijn niet intersubjectief eenduidig bepaalbaar. Systematische samenhangen ontbreken. Er is een sterke bepaaldheid door de omstandigheden, die onvoldoende determineerbaar en controleerbaar zijn.

Het enige dat wij in handen hebben is een bepaalde klinische evidentie, waaraan heel verschillende onderzoekers, vaak met zeer verschillende uitgangspunten, hun overtuigingen ontleen. Het is de vraag in hoeverre deze evidentie klinisch genoemd moet worden en in hoeverre deze niet meer algemeen sociaal is. Strikt genomen is in dit ontwikkelingsstadium van de wetenschap nog geheel de vraag of hier van een stoornis in medische zin gesproken moet worden.

In dit verband noem ik nog het misverstand, dat rondom de onderzoeken van Kraepelin is ontstaan, die voor het eerst in dit verband van een ziekte-eenheid sprak. Het misverstand lag daarin, dat gemeend werd, dat Kraepelin sprak over een zekerheid, een vaststaand feit. Maar wat Kraepelin betoogde was niet bedoeld als een feitelijk afgerond gegeven, maar eerder als een methodische ordening en een methodisch plan, waarmee hij poogde tot verder systematisch onderzoek van geestesstoornis te komen. Door zijn 40 jaar lange experimenteel psychologische ervaring had hij een zeer metho-

dische instelling. De formulering van zijn *dementia praecox* begrip bracht hij 'zum Zwecke einer rein vorläufigen Verständigung'. Had hij het hierbij gelaten dan had zijn poging hoogstens ordenende betekenis gehad waarvan de waarde betwijfeld kon worden. Maar hij voegde zijn plan de campagne hieraan toe: indien hier van een nosologische entiteit sprake was, moest in de toekomst blijken, dat aetiologie, ziektebeeld, verloop, prognose en eindtoestand bijeen hoorden. Dit was een logisch juiste werkhypothese maar geen gegeven. Kraepelin had wel de persoonlijke overtuiging, dat aan het begrip van de schizofrenie een ziekte-entiteit verbonden moest worden, maar hij heeft dit nimmer als wetenschappelijk feit gesteld. Wat voor Kraepelin een methodische idee was, is later door anderen als wetenschappelijk feit beschouwd, terwijl de bewijsvoering geheel ontbrak. Degene die zijn werk in verschillende geschriften het beste beoordeeld heeft op merites en tekortkomingen, is hijzelf geweest. Kraepelin zelf is een van de weinigen geweest, die ten aanzien van dit probleem van de schizofrenie een duidelijke betekenisverlening aan de term heeft gegeven, een duidelijke werkhypothese heeft geformuleerd, een goed toetsingsonderzoek heeft gedaan en nauwgezet de uitkomsten daarvan heeft gepubliceerd. (5, 6, 7)

Het zal u duidelijk zijn, dat ik aan de bestudering van de literatuur grote aandacht heb gegeven voor de bepaling van het uitgangspunt voor verder onderzoek. Dit lijkt vanzelfsprekend. Toch heeft diezelfde literatuur geleerd, dat onderzoekers vaak niet op de hoogte zijn van het werk van voorgangers en voorzover ze op de hoogte zijn betreft dit meestal alleen de uitkomsten van het werk en niet de methodische problemen, die anderen hebben ontmoet.

D De bepaling van het kader van het mantelplan

Ik zal proberen om puntsgewijs de verschillende aspecten te beschrijven, die bepalend zijn geweest voor de formulering van het mantelplan. Ze staan echter niet los van elkaar. Dit is bijv. heel duidelijk te zien in onze denkbeelden ten aanzien van de schizofrenie, die enerzijds berusten op klinische ervaringen maar anderzijds ook op de omstandigheden waaronder wij werken en bepaalde methodologische eisen, die wij aan het onderzoek moeten stellen.

(a) Op grond van onze ervaringen hebben ook wij de overtuiging, dat er gesproken kan worden in de klinische psychiatrie van een toestandsbeeld, dat men schizofrenie zou kunnen noemen. Deze overtuiging is echter niet meer dan een klinische evidentie, die op zichzelf genomen geen directe wetenschappelijke betekenis heeft en uitsluitend het motief is geweest voor verder onderzoek.

(b) De keuze van proefgroepen: patiënten met een toestandsbeeld, dat men schizofrenie zou kunnen noemen, vormen een categorie, die niet definieerbaar is in intersubjectief eenduidige termen. Het is dus

niet mogelijk zonder meer een aantal schizofrene patiënten te onderzoeken. Toch moet het onderzoeksmateriaal aan een aantal eenduidige criteria voldoen wanneer men de onvermijdelijke eis van herhaalbaarheid van het onderzoek stelt.

Wij hebben daarom, tegen de achtergrond van onze klinische evidentie, gezocht naar een aantal criteria waarop een groep patiënten geselecteerd zou kunnen worden. Op deze wijze werd een proefgroep samengesteld van patiënten, die op bepaalde criteria homogeen is. (3)

Hierbij gelden een aantal beperkingen. Ten eerste is met de keuze van deze criteria niet bewezen, dat ze relevant zijn ten opzichte van de doelstellingen van onderzoek. Dit is echter een algemeen geldende beperking wanneer een onderzoeker probeert te werken met proefgroepen in onbekend gebied. Het zijn als het ware een aantal hulplijnen, die hij trekt.

Ten tweede geldt de restrictie, dat eventuele uitkomsten van het onderzoek met een dergelijke proefgroep zeker geen algemene toepasbaarheid hebben. Om een algemenere geldigheid te verkrijgen zal het onderzoek moeten worden herhaald met andere patiënten.

Kort samengevat zijn de voornaamste van onze proefgroepcriteria de volgende:

Opname in een psychiatrisch ziekenhuis is noodzakelijk gebleken. Er is sprake van een veranderde relatie tot de realiteit in de zin van psychose.

Uitsluiting van stoornissen ook gekenmerkt door een veranderde relatie tot de realiteit in de zin van psychose, waarvan de actiologie reeds bekend is.

Uitsluiting van intercurrente ziekten, eerder doorgemaakte ziekten, die mogelijk aanleiding hebben kunnen geven tot cerebraal organische stoornissen.

Uitsluiting van manifeste neurologische functiestoornissen.

Uitsluiting van constitutionele factoren voor zover ze gepaard gaan met manifeste stoornissen.

Leeftijd van het manifest worden van de stoornissen tussen 14 en 25 jaar.

Leeftijd waarbinnen de patiënt in de proefgroep opgenomen kan blijven: 21 tot 40 jaar.

U zult merken, dat hier gezocht is naar een afbakening in de richting van wat wij klinisch als hebefrenie kennen. Maar u zult ook zien, dat het hiermee afgegrensde terrein veel en veel groter is, en veel meer klinisch bekende categorieën bevat. Wij hebben echter niet meer kenmerken kunnen vinden, die beantwoorden aan de eis van intersubjectieve eenduidigheid om een verdere beperking te krijgen. Vanuit klinisch-diagnostisch standpunt zou men kunnen verdedigen, dat ons onderzoek niet speciaal de schizofrenie betreft.

Meegaand in die gedachtenrichting achten we dat in dit stadium ook niet mogelijk.

(c) De denkbeelden ten aanzien van de schizofrenie.

Het is noodzakelijk, dat een onderzoeker de denkbeelden, waarop zijn werk gebouwd is, zo expliciet mogelijk maakt. Deze denkbeelden zijn enerzijds sterk beïnvloed door klinische ervaringen, anderzijds door de noodzaak proefgroepcriteria te moeten stellen.

We hebben ons voorlopig zoveel mogelijk los willen maken van alle bestaande denkbeelden over schizofrenie. We hebben een beschrijving van een uitingsvorm of van uitingsvormen vermeden. We hebben ons ook in eerste instantie los pogen te maken van het idee schizofrenie als ziekte, met alle expliciete en impliciete vooronderstellingen van dien. (We hebben overigens ervaren, dat dit gemakkelijker gezegd dan gedaan is. Herhaaldelijk merkten we op, dat onze verwachtingen op deze ideeën geënt waren, de ene maal bijv. op de verwachting van een organische stoornis, een andere maal op de verwachting van een psychische ontwikkelingsstoornis, etc.) We hebben gepoogd vooral vanuit de praktijk te redeneren in de hoop op deze wijze zo min mogelijk oncontroleerbare denkbeelden te introduceren.

Wij zijn van het denkbeeld uitgegaan, dat het hier mensen betreft, die door de (micro)societas niet meer worden verdragen en/of die de gemeenschap niet meer kunnen verdragen. (Het eerste proefgroep-criterium). Waarbij overigens nog gesproken kan worden van zeer grote tolerantieverschillen zowel van het individu als van het milieu. Er is hier eerder sprake van een sociaal beoordelingscriterium dan van een medische indicatie. Hoewel gewoonlijk een psychiater de beoordeling hiervoor geeft, lijkt het niet de psychiatrische kennis te zijn die tot de beslissing leidt of een patiënt opgenomen wordt of niet. Als zodanig is de opneming een betrouwbaar criterium voor het feit, dat tolerantiegrenzen zijn overschreden waardoor de patiënt uit zijn omgeving weg moest gaan.

Voorts zijn wij van het denkbeeld uitgegaan, dat het mensen betreft met gedragsstoornissen in de wisselwerking met de omgeving. Hiermee wordt geen bepaalde oorzakelijke relatie bedoeld. (Aanvankelijk spraken wij van functiestoornissen, later van stoornissen in het functioneren. Maar beide termen verleiden onwillekeurig tot denken aan organische stoornissen, terwijl wij juist pogen de mens als totaliteit te leren kennen in de relatie met de omgeving). Dit idee is niet hetzelfde als de eerste veronderstelling. Tolerantiegrenzen overschrijden impliceert nog niet een stoornis in het gedrag. Het is zeer goed denkbaar, dat iemand bij het overschrijden van de tolerantiegrens zich aan het bestaande milieu onttrekt en een ander milieu kiest zonder dat wij daarbij van een stoornis zouden spreken. Het is eveneens goed denkbaar, dat ook, of uitsluitend, anderen in het milieu gedragsstoornissen vertonen waardoor de patiënt eruit gaat. Deze

laatste mogelijkheid sluiten wij niet uit, maar deze speelt geen primaire rol bij onze begripsbepaling.

Als zodanig zijn deze formuleringen nog zeer vaag, met een grote algemene toepasbaarheid. Wij hebben daarom de verdere beperkende eis gesteld, dat er sprake moet zijn van een veranderde relatie tot de realiteit, in de zin van psychose. Het is misschien nog beter om niet van psychose maar van krankzinnigheid te spreken. De term psychose verwijst wellicht te veel naar het psychiatrisch kennisgebied, wat misverstanden kan wekken. Wij bedoelen hier veeleer, dat de patiënt een andere relatie krijgt ten opzichte van wat het sociaal milieu als realiteit onderkent; en wel een veranderde relatie in die zin, dat de gemeenschap van krankzinnig spreekt.

Het spreekt vanzelf dat direct hierachter het complexe wetenschappelijke gebied van de grenzen tussen normaliteit en abnormaliteit ligt, waarop wij verder niet in kunnen gaan.

Een verdere formulering van de gedragsstoornissen in klinisch-psychiatrische termen als hallucinaties, wanen, etc., hebben wij vermeden omdat deze termen niet intersubjectief eenduidig zijn. Behalve dat wij het gebied van onderzoek beperkt hebben door te stellen, dat het gaat om gedragsstoornissen in de zin van krankzinnigheid, waarbij tolerantiegrenzen zijn overschreden, stellen we nog de grenzen van de leeftijden. Deze laatste eveneens op grond van de evidentie, dat deze gedragsstoornissen duidelijk in een bepaalde leeftijdsfase lijken op te treden, waarbij wij overigens het optreden op andere leeftijden niet uitsluiten. Wij willen hier zeker nog geen onbewezen verband leggen. De leeftijdsgrenzen voor opnemings zijn vooral bedoeld om levensfaseproblematiek (puberteit, climacterium) uit te sluiten. Terwille van de beknoptheid verwijs ik naar een eerdere publicatie waarin dit aspect uitvoeriger aan de orde is geweest. (3)

(d) De volgende bepalende factor voor ons mantelplan komt voort uit een aantal methodische eisen aan een wetenschappelijk onderzoek te stellen.

Een onderzoek volgens wetenschappelijke principes veronderstelt, dat in een bepaald gebied wetmatigheden zijn te vinden in de zin van systematische samenhangen. Zonder deze vooronderstelling zou geen enkel wetenschappelijk onderzoek ondernomen zijn. Met dit idee pogen wij in een onderzoekgebied een netwerk van wetmatigheden te construeren. Daarbij moeten wij nog een aantal voorwaarden stellen (1). Deze wetmatigheden in een dergelijk netwerk kunnen met elkaar in verband brengen:

a waarneembare eigenschappen of hoeveelheden ten opzichte van elkaar;

b theoretische constructies met waarneembare eigenschappen;

c verschillende theoretische constructies onderling.

De term waarneembare eigenschappen moet hier ook weer genomen worden in de zin van intersubjectief eenduidig waarneembaar. Een

noodzakelijke voorwaarde voor een theoretische constructie om wetenschappelijk aanvaardbaar te zijn is, dat deze voorkomt in een netwerk, waarvan tenminste enkele wetmatigheden betrekking hebben op waarneembare kwaliteiten of kwantiteiten. Denkbeelden ten aanzien van de schizofrenie voldoen hier niet aan, daarvoor geldt nog niet de term theoretische constructie. Theoretische constructies kunnen 'ver verwijderd' zijn van de waarneming en toch toelaatbaar zijn. Er kan een lange afleiding bestaan tussen de wetmatigheden, die de constructie bepalen, en de afgeleide wetmatigheden, die de waarneembare eigenschappen of hoeveelheden ten opzichte van elkaar bepalen. Maar deze verbanden moeten er wel zijn anders zijn er nooit voorspellingen over gebeurtenissen mogelijk. Theoretische constructies kunnen alleen aan een bestaand netwerk worden toegevoegd wanneer hieruit wetmatigheden voortkomen.

Uit deze voorwaarden blijkt heel duidelijk wat in deze fase van ons wetenschappelijk onderzoek ondernomen moet worden. Onze klinisch-psychiatrische kennis is immers in de eerste plaats gebaseerd op de waarneming van gedrag. Het hele idee van de schizofrenie is op die wijze ontstaan. Alle andere onderzoeken, of die nu biochemisch, encefalografisch, psychologisch of anderszins zijn, gaan uit van het idee, dat het om patiënten gaat, die bepaald zijn door een aantal intersubjectief eenduidige kenmerken. Maar juist aan deze eis kan niet voldaan worden. Al eerder heb ik genoemd, dat onze klinische waarnemingen slechts voor een heel klein deel aan de eis van intersubjectieve eenduidigheid voldoen. Willen wij tot een dergelijk netwerk van wetmatigheden komen dan zal de eerste stap moeten zijn het vinden van waarneembare gedragseigenschappen, die beantwoorden aan deze eis van intersubjectieve eenduidigheid. Hierop is ons onderzoek dan ook vooral gericht. Dan pas wordt het waarschijnlijk, dat bijv. een biochemisch onderzoek repliceerbaar is. Kunnen wij waarneembare eigenschappen vinden waardoor deze gedragsstoornissen intersubjectief eenduidig bepaald zijn. En in tweede instantie: kunnen wij systematische samenhangen tussen deze waarneembare eigenschappen onderling en met theoretische constructies vinden.

(c) De bepaaldheid door de omstandigheden.

Maar wanneer we naar deze waarneembare gedragseigenschappen willen zoeken, moet rekening gehouden worden met een ander probleem: de omstandigheden. Uit onze eigen ervaring en ervaringen van anderen weten we hoezeer menselijk gedrag in het algemeen afhankelijk is van de omstandigheden. Ook bij deze psychotische patiënten verschilt het gedrag in de ene situatie sterk van het gedrag in een andere situatie.

Met dit probleem van de omstandigheden komen wij voor een dilemma te staan. De gedragsstoornissen waarvan wij intersubjectieve kenmerken proberen te vinden, zijn opgetreden in een leefmilieu.

De omstandigheden in een leefmilieu zijn misschien nog wel te herkennen maar ze zijn zo complex en zo weinig determineerbaar en bepaalbaar, dat niet aan de eisen van een replicatie kan worden voldaan. Men kan nu wel gaan proberen het aantal omstandigheden te beperken en te vereenvoudigen, zoals in een testsituatie, maar dan is de vraag in hoeverre het dan optredende gedrag nog iets te maken heeft met de gedragsstoornis, die wij willen onderzoeken.

Er bestaan dus twee mogelijkheden:

a de experimentele situatie; waarbij iemand onder bepaalde en controleerbare omstandigheden wordt gebracht, maar met het nadeel, dat deze buiten de leefomstandigheden valt, of:

b de mens in leefomstandigheden, met het nadeel van de onbepaalbaarheid en oncontroleerbaarheid van de omstandigheden, waardoor de herhaalbaarheid van het onderzoek ernstig in gevaar komt.

In dit geval kozen wij verschillende onderzoeksprojecten in beide vormen naast elkaar, in de hoop in beide kenmerken te zullen vinden, die dan waarschijnlijk wel niet dezelfde zullen zijn, maar die hopelijk dan wel systematische samenhangen met elkaar gaan vertonen. Deze mogelijkheid wordt groter wanneer voor beide onderzoeksvormen dezelfde patiënten worden gebruikt. Eenvoudig is het overigens niet, want beide onderzoeksvormen interfereren met elkaar. Wanneer een patiënt te frequent of te langdurig in experimentele onderzoeken wordt betrokken, kan dit een storende invloed gaan vormen voor zijn leefomstandigheden. Men kan bijv. wel de medewerking van de patiënt vragen om deel te nemen aan een experimenteel onderzoek naar reactietijden, maar men kan hem niet vragen hier dagelijks aan mee te doen zonder dat dit storend gaat werken op zijn leefomstandigheden.

Wat betreft de onderzoeken in leefomstandigheden doet zich nog een andere moeilijkheid voor: Het effect van het ziekenhuismilieu is herhaaldelijk beschreven als hospitalisatie en 'hospital neurosis'. De patiënt heeft een gedragsstoornis vertoond in relatie tot zijn omgeving in een milieu buiten het ziekenhuis. Men kan zich nu afvragen in hoeverre en in welke mate het gedrag in het ziekenhuis nog diezelfde gedragsstoornis toont. Of is het zo, dat er geheel of ten dele sprake is van gedragsvormen, die door de ziekenhuisomgeving bepaald zijn en die wellicht gestoord lijken naar algemene sociale maatstaven, maar die dit niet of zeer ten dele zijn ten opzichte van dit bijzondere ziekenhuismilieu. Of weer een andere mogelijkheid is, dat dit milieu bepaalde stoornissen induceert, die niets te maken hebben met de gedragsstoornissen, die wij willen onderzoeken.

Hier gaan wetenschappelijk belang en curatieve zorg samen.

Willen wij proberen waarneembare eigenschappen van de gedragsstoornis te vinden, dan moeten wij zorgen dat de omstandigheden binnen het ziekenhuis zoveel mogelijk identiek zijn met die van het extramurale macro- en micromilieu. Helaas zal ons dit nooit geheel

lukken omdat het ziekenhuis een aantal noodzakelijke omstandigheden heeft, die wezenlijk verschillen van het extramurale milieu. Daarom zullen wij voortdurend rekening moeten houden met de mogelijkheid, dat een onbekend aantal gedragskenmerken, die wij hopen te vinden, door deze omstandigheden bepaald zijn.

(f) Als laatste belangrijke factor, die de vorm van ons mantelplan bepaalt, noem ik u de beslissing om het onderzoek zgn. 'longitudinaal' te verrichten. De Rümkekliniek biedt de mogelijkheid patiënten voor onbepaalde tijd op te nemen, waardoor onderzoeken ook langere tijd, eventueel over jaren, continu kunnen lopen. In de literatuur zijn maar weinig onderzoeken beschreven, waarbij dit het geval is. Het is duidelijk, dat het veranderen — of gelijk blijven — van gedragskenmerken in langere perioden, en eventueel onder veranderde omstandigheden, belangrijke informatie kan geven. Met name bijv. informatie over vormen van behandeling. Het gebruikelijke dwarsdoorsnede-onderzoek kon aan deze vraag maar in zeer beperkte mate tegemoet komen.

Kort samengevat zouden wij ons mantelplan als volgt kunnen formuleren:

Het zoeken naar

a intersubjectief eenduidige kenmerken,

b hun systematische samenhangen onderling en systematische samenhangen met theoretische constructies.

Bij een proefgroep van patiënten met een veranderde relatie ten opzichte van de realiteit in de zin van psychose,

Die opgenomen zijn

In de leeftijd van 21 tot 40 jaar

Onder de omstandigheden van het leefmilieu en onder experimentele omstandigheden

In een zgn. 'longitudinale' opzet.

SUMMARY

This article describes a specimen of the way in which a specific master plan for research in clinical psychiatry is effected, based on experience in research of schizophrenia at the Prof. Dr. H. C. Rümke Hospital, Second Psychiatric University Hospital of Utrecht.

It describes how a) our own clinical experience, b) the results of the research of other described in the literature, and c) methodological and theoretical problems together determine the structure of a master plan.

We argue that clinical research in schizophrenia must inevitably seek intersubjective unambiguous observables. The idea of schizophrenia is a finding of clinical psychiatry and must be stated in clear observables first before other research disciplines can add information about the patients concerned.

Findings in biochemistry, e.e.g. psychology etc. are meaningless until it is quite clear which patients are concerned. Authors as a rule do not define their patient-sample or what they mean by schizophrenia.

A number of problems of concept formation, formulation of sampling criteria and the conditions under which research is carried out are also discussed.

LITERATUURLIJST

- 1 Cronbach, L. J.; Meehl, P. E. (1956) 'Construct validity in psychological tests'. In: *Minnesota Studies in the Philosophy of Science*. Vol. I, Minneapolis.
- 2 Beyaert, F. H. L. *Gedagsbeoordeling in het psychiatrisch ziekenhuis*. De P.U.K.-schalen voor gedagsbeoordeling. Stenfort Kroese, Leiden, 1966. (Diss. Utrecht).
- 3 Fischer, A. A. *Nosologisch denken in de psychiatrie; over theoretische en methodologische problemen*. Elinkwijk, Utrecht, 1963 (Diss. Utrecht).
- 4 Fischer, A. A. 'Enkele problemen bij het samenstellen van proefgroepen voor wetenschappelijk onderzoek in het psychiatrisch ziekenhuis'. Publikatie van de P.U.K.-groep. *Voordrachtenreeks Ned. Ver. Psychiat. Dienstverb.*, Jrg. 8, no. 29 (1966).
- 5 Kraepelin, E. (1918) 'Ziele und Wege der psychiatrischen Forschung'. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* 42: 169.
- 6 Kraepelin, E. (1919) 'Die Erforschung psychischer Krankheitsformen'. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* 51: 224.
- 7 Kraepelin, E. (1920) 'Die Erscheinungsformen des Irreseins'. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* 62: 1—30.
- 8 Kreitmann, N. 'The reliability of psychiatric diagnosis'. *J. Ment. Sci.*, 107 (1961): 876—886.
- 9 v. d. Meer, J. 'Problemen bij de latere stadia van schizofrenie'. Publikatie van de P.U.K.-groep. *Voordrachtenreeks Ned. Ver. Psychiat. Dienstverb.*, 23 (1965) 69—90.
- 10 Rümke, H. C. 'Ueber alte Schizofrenie'. *Schweiz. Arch. f. Neurol. Neurochir. u. Psychiat.*, 91 (1963) Heft 1: 201—210.

VOORBEELD VAN EEN MODERNE ONDERZOEKSMETHODE AAN DE HAND VAN EEN UITGEVOERD PROJECT

door Dr. F. H. L. BEYAERT *

Uit de voordracht van collega Fischer hebt u kunnen beluisteren voor welke problemen wij in de praktijk van onze research kwamen te staan en in vele opzichten nog staan. Wij wilden gedragsveranderingen vastleggen terwijl het gedrag van patiënten zich onder invloed van de ziekte, medicamenten en andere therapieën wijzigt. Naast de psychofarmacologische therapie, de creatieve therapie, de arbeidstherapie, de bewegingstherapie, ieder met een eigen discipline, geloven wij sterk in de zgn. socio-therapie d.w.z. in het resocialiseren-

* Uit de Prof. Dr. H. C. Rümke Kliniek (hoofd Prof. Dr. J. H. Plokker), Tweede Psychiatrische Universiteits Kliniek deel uitmakend van het Willem Arntsz Huis te Utrecht (geneesheer-directeur: H. Loois). Medewerkers PUK-groep o.l.v. Dr. A. A. Fischer: Dr. F. H. L. Beyaert, Prof. Dr. J. H. Dijkhuis, Mej. A. van Hilten, G. G. F. Pareau Dumont, Mej. E. Raven, W. G. Vogelaar, E. Werlemann, Mevr. A. C. Zwanikken-Delfos.