

Schizofrenie bestaat: wel / niet / weet niet

P.F. BOUVY

- ACHTERGROND** De suggestie dat schizofrenie niet bestaat, heeft geleid tot een discussie in de landelijke pers. De diagnose schizofrenie zou ten onrechte leiden tot stigmatisering en defaitisme bij de behandeling en we zouden deze moeten vervangen door het bredere begrip psychose. Men ondersteunt dit met de stelling 'schizofrenie bestaat niet'. In reactie hierop stellen anderen dat schizofrenie inmiddels een duidelijke biologische basis heeft.
- DOEL** De verschillende argumenten en begrippen verhelderen.
- METHODE** Bespreken van de argumenten voor en tegen vanuit ontologisch perspectief en uiteenrafelen van ethische/politieke argumenten aan de ene kant en wetenschappelijke bevindingen aan de andere kant.
- RESULTATEN** De ontologische status van psychiatrische stoornissen, waaronder schizofrenie, is problematisch, zoals ook recent werk van Kendler laat zien. Vanuit het perspectief van het medisch-wetenschappelijke programma (probeer van syndromen naar anatomisch en causaal verklaarde ziektebeelden te komen) lijkt het erop dat de ene partij dit programma voor schizofrenie los wil laten, terwijl de andere partij dit wil continueren.
- CONCLUSIE** Het onderzoek van de afgelopen decennia heeft de ontologische status van schizofrenie niet veel kunnen verduidelijken.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)7, 513-519

TREFWOORDEN ontologie, psychose, schizofrenie



Al menen velen dat men de term schizofrenie beter zou kunnen afschaffen, men dient toch te weten wat het woord betekent omdat het voorlopig nog wel zal worden gebruikt.

(P.C. Kuiper 1973)

Sinds kort bestaat er opnieuw een controverse binnen de Nederlandse psychiatrie over de vraag of we de diagnose schizofrenie niet beter kunnen afschaffen en in het verlengde daarvan over de vraag of schizofrenie nu wel of niet bestaat. Uit het citaat van Kuiper blijkt dat het niet voor het eerst is en waarschijnlijk is het ook niet voor het laatst. Een discussie over dit onderwerp wordt inmiddels in de landelijke pers gevoerd door psychiaters en onderzoekers met een grote reputatie; zij schuwen daarbij grote woorden niet. Zo suggereert de ene partij dat binnen de ggz een onterecht pessimisme heerst en vele patiënten een passende behandeling onthouden wordt, terwijl de andere

partij roept dat deze suggestie een vorm van antipsychiatrie is.

Leest u even mee. *'Schizofrenie bestaat niet. ... De dominante zienswijze dat psychose een uiting is van een onderliggende biomedische hersenziekte (schizofrenie), is wetenschappelijk gezien onjuist. Die zienswijze draagt echter wel bij aan negatieve verwachtingen over het herstel en dient dan ook niet centraal te staan in psycho-educatie.'* (Van Os e.a. 2015).

En dan de reactie. *'Van Os en anderen herkauwen de oude, politiek gemotiveerde, maar wetenschappelijk allang weerlegde, argumenten uit de jaren 70 van de vorige eeuw. Ze blazen de volstrekt achterhaalde anti-psychiatrie nieuw leven in, waarbij*

psychiaters debet zouden zijn aan het onvermogen van patiënten om aan de maatschappij deel te nemen. ... Inmiddels zijn er talloze wetenschappelijke artikelen die, op basis van honderdduizenden mensen, aantonen dat het concept schizofrenie een biologische basis heeft die objectief gemeten kan worden, met een eigen ontwikkeling' (Sommer e.a. 2015).

De controverse die zich hier aftekent, is bijzonder. Er is een beweging op gang gekomen, met een website (www.schizofreniebestaatniet.nl) en ook daar suggereert men dat de wetenschap er inmiddels wel uit is. In dit artikel doe ik een poging om te duiden wat hier aan de hand kan zijn en bespreek ik de verschillende argumenten voor en tegen kritisch. Er lopen in ieder geval al twee dingen door elkaar: men wil van de naam schizofrenie af en het belangrijkste argument dat men daarvoor aandraagt, is dat schizofrenie niet bestaat. Maar dat zijn toch echt twee verschillende zaken.

Als eerste werk ik de argumenten voor en tegen het gebruik van de diagnose schizofrenie verder uit. Daarna komt wat ik het medisch project noem aan de orde als een verhelderend perspectief. Dan licht ik toe dat een realistische interpretatie van psychische stoornissen met enkele problemen gepaard gaat. Tot slot volgt een poging om de door beide partijen niet geheel consistent gebruikte terminologie te duiden.

Nomen est omen

Er kunnen goede redenen zijn om een ziekte of syndroom een andere benaming te geven. Soms zijn de overwegingen hiervoor inhoudelijk, maar soms ook politiek of ethisch te noemen. Zo speelde zich de afgelopen jaren binnen de reumatologie een discussie af over de benaming van het syndroom van Reiter en de ziekte van Wegener. De artsen aan wie deze aandoeningen hun naam te danken hebben, bleken een naziverleden te hebben en zijn mogelijk/ waarschijnlijk betrokken geweest bij medische experimenten op gevangenen. Er zullen niet veel mensen zijn die het betreuren dat deze namen vervangen worden door een meer beschrijvende naam (Scheinberg 2012). Van Os e.a. (2015) lijken vooral van het stigma van een sombere prognose af te willen. Dat is op zichzelf een sympathieke gedachte; het is echter meer een morele overweging dan een wetenschappelijke.

Als het gaat over het beloop van psychose en schizofrenie is er iets bijzonders aan de hand als we de opmerkingen hierover met elkaar vergelijken. Van Os e.a. (2015): *'Zo'n 3,5 procent van de mensen heeft zoveel last van psychotische symptomen dat ze hulp moeten zoeken. Hun diagnose is psychosegevoeligheid... Het beloop van psychosegevoeligheid is variabel en onvoorspelbaar. Slechts 20 procent van de mensen die eraan lijden heeft een ongunstige prognose...'*

AUTEUR

PAUL F. BOUVY, psychiater en afgestudeerd in de filosofie, afd. Psychiatrie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Paul F. Bouvy, afd. Psychiatrie, Erasmus MC, 's-Graven-dijkwal 230, 3015 CE Rotterdam.
E mail: p.bouvy@erasmusmc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-01-2016.

Sommer e.a. (2015): *'Schizofrenie treft zo'n 0,5-1,0 procent van de bevolking...'* Een eenvoudige rekensom leert dat 20% van 3,5% dus 0,7% is, wat precies binnen de 0,5-1,0% ligt. Maar het is blijkbaar te simpel om te zeggen: schizofrenie is een psychotische stoornis met een slechte prognose.

De problemen beginnen pas echt als men stelt dat schizofrenie niet bestaat en psychose wel. Hier komt men in het domein van de ontologie. Met ontologie bedoelt men binnen de filosofie de leer van het zijnde. Wat kan er bestaan? De uitspraak 'schizofrenie bestaat niet' raakt hier aan.

Van Os e.a. (2015): *'De dominante zienswijze dat psychose een uiting is van een onderliggende biomedische hersenziekte (schizofrenie), is wetenschappelijk gezien onjuist.'* In deze ene zin worden minimaal vier beweringen gedaan: ten eerste is er iets wat bestaat en dat psychose wordt genoemd; ten tweede is er iets wat bestaat en een biomedische hersenziekte is; ten derde dat deze biomedische hersenziekte schizofrenie genoemd wordt en ten vierde is het één, de psychose, een uiting van het andere, schizofrenie.

Tegelijkertijd stellen Van Os e.a. dat deze zienswijze wetenschappelijk gezien onjuist is. Die zienswijze kan op verschillende manieren onjuist zijn. Bijvoorbeeld als de eerste drie beweringen juist zijn en de vierde niet. Maar het lijkt erop dat dit niet is wat er bedoeld wordt, want eerder in het artikel staat: *'schizofrenie bestaat niet. ... Psychose bestaat wel.'* En van iets wat niet bestaat, kan iets anders geen uiting zijn. Dat is logisch gezien niet mogelijk. Het lijkt erop dat men eigenlijk wil zeggen: er bestaat geen biomedische hersenziekte die schizofrenie wordt genoemd. Dat mogen we inmiddels wetenschappelijk gezien wel concluderen. En omdat die niet bestaat, kan psychose daar ook geen uiting van zijn.

Dit roept echter wel een aantal vragen op. Zoals: bestaan er niet-biomedische hersenziekten? Het lijkt er toch op dat elke hersenziekte een biomedische hersenziekte is, maar door de term 'biomedische hersenziekte' te gebruiken wekt men op z'n minst de suggestie dat er ook nog ander-

soortige hersenziekten zouden kunnen zijn. En als er geen biomedische hersenziekte bestaat die schizofrenie genoemd wordt, bestaat er dan misschien wel iets anders dat zo genoemd zou kunnen worden, bijvoorbeeld een niet-biomedische hersenziekte? En als psychose wel bestaat, wat is dat dan voor iets? Een biomedische hersenziekte? Dat lijkt niet bedoeld te worden, maar dan misschien een ander soort hersenziekte? Of nog weer iets anders?

Het lijkt erop dat psychose gaat over symptomen. De daarbij behorende diagnose is volgens Van Os e.a. (2015) 'psychosegevoeligheid'. Dus psychose is een uiting van psychosegevoeligheid. Zo'n uitspraak roept herinneringen op aan een arts in één van de toneelstukken van Molière (*De ingebeelde zieke*) die op de vraag waarom mensen van opium gaan slapen, antwoordt dat dit komt omdat opium slaapverwekkende eigenschappen (*virtus dormativa*) heeft. Dat klinkt interessant, maar is nietszeggend. Ze zagen daar in de zeventiende eeuw de humor wel van in en sindsdien is het een schoolvoorbeeld van een oorzaak die volledig wordt verklaard in termen van zijn gevolgen en daarmee een lege bewering vormt (Michon 2007).

De vraag blijft dus wat psychose is. Van Os e.a. (2015) hebben het wat verderop in de tekst over een psychotisch syndroom. Met de term 'syndroom' wordt een verzameling steeds tezamen voorkomende symptomen en klinische verschijnselen bedoeld, waarvan de oorzaak meestal niet duidelijk is. Waarvan, om het zo maar eens te zeggen, de biomedische verankering onduidelijk is.

Het medische project

Onderscheidingen die Wulff (1981) maakt, zijn hier nuttig. Hij maakt onderscheid tussen symptoomdiagnose, bijvoorbeeld chronische diarree, gebaseerd op de aanwezigheid van één symptoom, en syndroomdiagnose, gebaseerd op de aanwezigheid van meerdere symptomen, soms op een eenvoudige manier, waarbij een beperkt aantal symptomen alle tegelijkertijd aanwezig dienen te zijn, of meer complex, waarbij niet bij iedereen alle verschijnselen aanwezig hoeven te zijn. Verder onderscheidt men nog anatomisch gedefinieerde ziekten en oorzakelijk gedefinieerde ziekten.

Met 'biomedische hersenziekte' wordt bij deze laatste twee aangesloten. Schizofrenie, zoals gedefinieerd in de DSM-IV en de DSM-5, valt duidelijk onder de complexe syndromen. Waar psychose onder valt, is minder duidelijk. Er is wel iets voor te zeggen om het als symptoomdiagnose te beschouwen. Wulff (1981) noemt de symptoomdiagnose de primitiefste vorm. De naam is simpel en verwijst uitsluitend naar het betreffende symptoom. Als we psychose moeten begrijpen als een symptoom of syndroom, waarom mogen

we schizofrenie dan niet begrijpen als een syndroom? Waarom plaatst men het in een andere ontologische categorie, namelijk die van de biomedische ziekten? Daar voeren Van Os e.a. geen enkel argument voor aan. Het kan wel kloppen dat bij de huidige stand van de wetenschap schizofrenie niet behoort tot de hersenziekten, zoals we die kennen in de neurologie. Maar er zijn weinig argumenten te leveren waarom we schizofrenie niet zouden kunnen beschouwen als een syndroom.

In hun reactie noemen Sommer e.a. (2015) schizofrenie een 'aandoening'. Zij spreken over 'het concept schizofrenie dat een biologische basis heeft' en noemen daarbij de recente publicatie in *Nature* over 108 genen die de kans op schizofrenie verhogen (waarvan Van Os overigens medeauteur is). Eerder onderzoek met minder grote groepen patiënten leverde maar zeer beperkte gegevens op, maar door vele studies te combineren zijn er nu 108 SNP's (mutaties van één nucleotide) geïdentificeerd die elk voor zich het risico op schizofrenie minimaal vergroten. Gecombineerd met elkaar verklaren ze een beperkt deel van wat verondersteld wordt de genetische kwetsbaarheid voor schizofrenie te zijn (SWG 2014). Mogelijk levert onderzoek met nog grotere groepen patiënten nog enkele honderden SNP's op die in dezelfde orde van grootte of nog minimaler het risico op schizofrenie beïnvloeden.

Onder de vele auteurs zijn psychiaters uit beide kampen te vinden. Het wordt Van Os bijna verweten: hoe kan je zulke dingen schrijven als je ook bij dit onderzoek betrokken bent? Blijkbaar kijkt men nogal verschillend tegen de uitkomsten van dit onderzoek aan. Kahn (één van de medeauteurs van Sommer) over dit onderzoek op de website van het VUmc: 'Dit is voor schizofrenie het belangrijkste onderzoek van de afgelopen vijftig jaar.... Net als bij andere ziekten levert genetisch onderzoek bij schizofrenie dus genen op die de ziekte beïnvloeden. Voor eventuele twijfelaars maakt het in één klap duidelijk dat schizofrenie een 'echte' aandoening is, met een biologische basis. Met al deze genen kunnen we op zoek naar het onderliggende ziektemechanisme.' (VUmc 2014).

Dit zijn stevige uitspraken, waar wel iets op af te dingen is. Niet zolang geleden was het nog nodig, doordat deze genoombrede associatiestudies (GWAS) maar zeer beperkte resultaten opleverden, een oproep te doen om met deze lijn van onderzoek door te gaan (Sullivan 2012). De gevonden effecten zijn nog steeds beperkt. Verder is het de vraag hoe specifiek deze SNP's zijn voor schizofrenie. Het zou zomaar kunnen dat een aanzienlijk deel van deze SNP's ook het risico op andere psychiatrische stoornissen, maar mogelijk ook 'gewone' psychische variaties, (minimaal) beïnvloedt (van Os & Boevink 2015). Om het dan te hebben over 'het' onderliggende ziektemechanisme voor schizofrenie lijkt wat voorbarig.

Trouwens, *ziektemechanisme*? Net als bij andere *ziekten*? Er bestaat nog steeds een fors gat tussen de op basis van familieonderzoek veronderstelde genetisch bepaalde kwetsbaarheid voor schizofrenie en wat nu op basis van moleculair genetisch onderzoek is gevonden. Eén reden hiervoor is dat men bij het traditionele onderzoek zogenaamde gen-omgevingsinteracties aan de genetica toerekent, hetgeen kan leiden tot een overschatting van het aandeel van de genetica (Thapar & Harold 2014).

Sommer e.a. (2015) hebben het niet over schizofrenie als hersenziekte, maar kiezen voor de termen 'aandoening' en 'concept'. Vooral deze laatste term roept nogal wat vragen op. De term 'concept' verwijst naar een idee of een beschrijving, en deze beschrijving zou dan een biologische basis hebben. De term 'aandoening' is breed. Deze kan wijzen op symptomen, syndromen, ziekten en handicaps. Schizofrenie wordt hier dan beschouwd als een naam voor een aandoening, laten we aannemen iets 'in de buurt van een syndroom', met een biologische basis. Maar syndromen zijn juist verzamelingen van symptomen en andere verschijnselen, waarvan de oorzaak *niet* duidelijk is. De vraag die dit dan oproept, is hoe we die biologische basis moeten zien. Je zou er toch vanuit moeten gaan dat wanneer die biologische basis gevormd zou worden door wat Van Os 'een biomedische hersenziekte' noemt, we een dergelijke term ook zouden terugvinden bij Sommer e.a. (2015) Het lijkt erop dat de laatsten dit punt ontwijken. Hoewel de uitspraken van Kahn een heel eind in die richting lijken te gaan (VUmc 2014).

De stellige ontkenning door Van Os e.a. (2015) dat er een biomedische hersenziekte (schizofrenie) bestaat, wordt niet direct weersproken door Sommer e.a. (2015). Er staat niet: Schizofrenie bestaat en is een biomedische hersenziekte, maar 'het concept schizofrenie heeft een biologische basis'. De ontologische status van een concept (een idee) verschilt nogal van die van een biomedische hersenziekte. Ideeën bestaan al, als idee, op het moment dat ze geformuleerd worden. Of hetgeen waarnaar een idee verwijst ook bestaat, is een heel andere zaak. De ontologische status van 'aandoening' is vaag te noemen. Met 'aandoening' kan men een symptoom, een syndroom, een ziekte of handicap bedoelen. Gezien de beschrijving die Sommer e.a. (2015) geven van schizofrenie, waarbij zij verschillende symptomen opsommen, lijkt het te gaan om een syndroom, maar ze spreken ook over het 'concept schizofrenie'.

Is syndroom een medische term, concept is een veel algemener gebruikte term. In de medische wereld is het gangbaar om niet over concepten, maar over diagnoses te spreken. Wulff (1981) ziet een diagnose als iets wat onze klinische kennis samenvat. Er bestaat een zekere hiërarchie: symptoomdiagnosen zijn de primitiefste vorm, syndromen komen daarna en dienen uiteindelijk biologisch

verklaard te worden. Ofwel langs causale weg, of langs anatomische weg. Als dat lukt, dan wordt een syndroom een ziekte. De geneeskunde als wetenschap heeft dus een programma: van relatief vage omschrijvingen via syndromale beschrijvingen naar te lokaliseren en causaal te verklaren ziektebeelden.

Vanuit dit perspectief bezien, lijken Van Os e.a. (2015) iets te zeggen in de zin van: dit programma werkt niet voor de syndromale diagnose schizofrenie. Een te lokaliseren of causaal verklaard ziektebeeld gaat er voor deze syndromale diagnose niet komen, er is lang genoeg naar gezocht, laten we daarmee ophouden. Het is verstandiger de syndromale diagnose schizofrenie los te laten en in te ruilen voor een symptoom diagnose psychose.

Sommer e.a. (2015) lijken aan de ene kant vanuit dit perspectief het ingezette project om de syndromale diagnose schizofrenie van een biologische basis te voorzien juist niet te willen opgeven. Maar ze spreken aan de andere kant ook van 'het concept schizofrenie'. Het lijkt erop alsof beide groepen toch een probleem hebben om duidelijk en ondubbelzinnig te formuleren hoe ze de term 'schizofrenie' gebruiken.

De biologische verankering van psychiatrische stoornissen is door het wetenschappelijk onderzoek van de afgelopen decennia maar in beperkte mate toegenomen en de verwachtingen zijn niet helemaal waargemaakt. Een belangrijke graadmeter voor succes is hierbij uitbreiding en verbetering van de biologische behandeling van psychiatrische stoornissen. Ook daar zijn niet al te veel successen te melden.

Concepten

De neutrale term 'concept' heeft als voordeel dat verschillende termen op eenzelfde manier worden behandeld. De discussie tussen Van Os e.a. (2015) en Sommer e.a. (2015) gaat over de betekenis en bruikbaarheid van de concepten 'psychose' en 'schizofrenie'. En als het over bruikbaarheid gaat, dan komen we al snel uit bij een instrumentalistische opvatting van wetenschappelijke concepten (Kendler 2015).

De klassieke ziekteleer is gestoeld op het realisme: een concept, zeg coloncarcinoom, verwijst naar iets in de werkelijkheid dat onafhankelijk van onze waarneming bestaat. Deze aanname berust op de correspondentietheorie van de waarheid: een uitspraak is waar als er in de werkelijkheid iets mee correspondeert dat zo is (Patil & Giordano 2010). Echter, hier zijn ook andere benaderingen mogelijk. Zo gaat het instrumentalisme ervan uit dat concepten pragmatische constructies zijn die nuttig voor ons zijn als we iets willen voorspellen, bijvoorbeeld het beloop of de reactie op behandeling. Ze hoeven niet per se waar te zijn, dat wil zeggen dat er in de werkelijkheid iets

mee correspondeert. Waar ze precies naar verwijzen, wordt als minder relevant beschouwd (Stoyanov e.a. 2015).

Intuïtief zijn de meeste mensen en ook de meeste artsen realisten: ze gaan ervan uit dat allerlei uitspraken die ze doen over hun patiënten gaan over iets dat in de werkelijkheid gebeurt. Een coloncarcinoom is echt iets. Is een psychiatrische stoornis op dezelfde manier echt iets?

Kendler (2015) breekt er een lans voor om een realistische interpretatie van de psychiatrische stoornissen te laten varen en op te schuiven in de richting van het instrumentalisme. Een van zijn argumenten: het is niet moeilijk om een lijst met psychiatrische diagnoses op te stellen die in onbruik zijn geraakt. Als deze in onbruik geraakte diagnoses, bijvoorbeeld neurasthenie, niet naar 'iets in de werkelijkheid' verwezen, waarom zou dat dan wel voor onze huidige diagnoses zo zijn?

Een zuiver instrumentalistische opvatting wijst hij echter af. Als de correspondentietheorie van de waarheid voor de psychiatrische stoornissen op dit moment geen geldigheid heeft, valt hij terug op de coherentietheorie van de waarheid. Volgens deze theorie is iets waar als het past bij andere kennis die we over de wereld hebben. Hoe meer iets in lijn is met kennis die we al hebben, hoe groter de kans dat het waar is. Dat kan gaan over genetische risicofactoren, beloop, respons op behandeling en zo verder. Psychiatrische concepten hebben dan een voorlopig karakter, maar naarmate ze meer passen in onderzoeksgegevens neemt de validiteit ervan toe.

Daarnaast houdt Kendler vast aan wat hij een 'type realisme' noemt. Een realistische interpretatie van specifieke psychiatrische stoornissen mag er dan niet in zitten, voor psychiatrische stoornissen als algemene categorie zou een realistische interpretatie wel op z'n plaats zijn. Kendler noemt het een robuust feit dat er psychiatrische stoornissen bestaan en dat feit zal in de loop van de tijd niet veranderen. Deze stoornissen hebben een onmiskenbare invloed op menselijk functioneren en lijden. Kendler (2015) besluit zijn artikel met de claim dat deze stoornissen 'deeply real' zijn.

Het is overigens opvallend dat zowel Van Os e.a. (2015) als ook Kendler (2015) ervan uitgaan dat een bredere categorie wel realistisch opgevat kan worden en de nauwere variant daarvan niet. Bij Kendler gaat het om het concept psychiatrische stoornis ten opzichte van specifieke stoornissen en bij Van Os e.a. om het algemenere concept psychose versus het nauwere concept schizofrenie. Daarnaast valt op dat een duidelijke argumentatie ontbreekt. Waarom zou een bredere categorie wel realistisch geïnterpreteerd kunnen worden en een categorie die daar een onderdeel van is niet? Het lijkt erop dat de concepten waar het om gaat hier als iets wat relatief los staat worden beschouwd. Echter, een psychiatrische stoornis of een biomedische ziekte is niet

iets wat los staat, maar we kunnen deze alleen maar beschouwen als kenmerk van een individu. Er is sprake van een verzameling individuen die een bepaalde eigenschap vertonen: zij voldoen aan de criteria van een psychiatrische stoornis. Als die eigenschap realistisch geïnterpreteerd kan of moet worden, en dat betekent dat er biologische kenmerken zijn waarnaar die eigenschap verwijst, hoe kan dan tegelijkertijd gelden dat we de criteria van een specifieke psychiatrische stoornis (nog) niet realistisch kunnen interpreteren en de algemene categorie wel? Dat is met elkaar in tegenspraak.

Antipsychiatrie

Sommer e.a. (2015) verwijzen naar de antipsychiatrie uit de jaren 70. Dat was een politiek geïnspireerde beweging die vooral kritiek had op hoe de psychiatrie in de maatschappelijke context functioneerde. De vraag die gesteld werd, was hoe de maatschappij omgaat met wat sociologen deviant gedrag noemen. De psychiatrie kreeg het verwijt dat ze deviant gedrag medicaliseerde.

De vraag is of zo'n standpunt zich door wetenschappelijk onderzoek zomaar laat weerleggen, zoals beweerd wordt. Kennis over menselijk gedrag en hoe dat tot stand komt, is onderwerp van wetenschappelijk onderzoek. Hoe die kennis gebruikt wordt en wat de maatschappelijke gevolgen zijn van bepaald gedrag, is niet aan de wetenschap, maar wordt vooral door morele en politieke overwegingen gestuurd. De tweede vraag is of het standpunt van Van Os e.a. (2015) gezien kan worden als een vorm van antipsychiatrie. Dat lijkt er niet op. Het gaat er bij Van Os e.a. (2015) om de ene psychiatrische diagnose te vervangen door een andere. Psychiatrische diagnostiek op zichzelf ligt niet onder vuur. Dat was bij de antipsychiatrie toch echt anders.

CONCLUSIE

In de discussie die hier aan de orde is, loopt een aantal zaken door elkaar. Als het gaat over de vraag of schizofrenie bestaat of niet, speelt vooral de vraag wat precies bedoeld wordt met 'bestaat'. Aan de ene kant lijkt de positie van Van Os e.a. (2015) logisch inconsistent: schizofrenie bestaat niet als biomedische hersenziekte, psychose bestaat wel, maar als wat? De oplossing om dan 'psychosegevoeligheid' als diagnostische categorie in te voeren lost niets op en is nauwelijks serieus te nemen. Een solide argumentatie ontbreekt. Hier zit dan ook een flink probleem: als schizofrenie als naam wordt verlaten, wat is dan het betere alternatief? Dat wordt niet duidelijk.

Aan de andere kant is er de suggestie van Sommer e.a. (2015) dat met de identificatie van 108 genetische variaties die mogelijk betrokken zijn bij schizofrenie deze aandoe-ning in één klap van een stevig biologisch fundament is voorzien. Daar valt ook wel wat op af te dingen. En het zou

niet de eerste keer zijn dat stevige claims op het gebied van de biologische psychiatrie niet of maar zeer ten dele waargemaakt worden.

Op zichzelf is het natuurlijk een goede en sympathie verdienende zaak dat Van Os e.a. (2015) oproepen om meer behandeling en begeleiding te bieden aan een groep kwetsbare mensen. De toonzetting is tegelijkertijd wel bijzonder te noemen. Het leidt ertoe dat als het een beetje tegenzit vooral ideologische argumenten voor en tegen de overhand krijgen. Dat helpt een inhoudelijke discussie niet echt op weg.

Het lijkt allemaal wel wat op een klassieke 'het glas is half vol'- versus 'het glas is half leeg'-discussie. Dat er een probleem is met de ontologische status van psychiatrische stoornissen, waaronder schizofrenie, ziet men inmiddels ook internationaal wel in (Kendler 2015). Het wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie van de afgelopen 50 jaar heeft dit probleem niet veel dichterbij een oplossing gebracht. Het citaat van Kuiper (1973) waarmee dit artikel begint, blijkt nog steeds actueel.

LITERATUUR

- Michon C. Opium's Virtus Dormativa. In: Kistler M, Gnassounou B. Dispositions and causal powers. Aldershot: Ashgate; 2007: p 133-50.
- Kendler KS. Toward a limited realism for psychiatric nosology based on the coherence theory of truth. *Psychol Med* 2015; 45: 1115-8.
- Kuiper PC. Hoofdsom der psychiatrie. Utrecht: Bijleveld, 1973.
- Os J van, Boevink W, van der Gaag RJ, Beekman AJ, Vermeiren R, Engels R. Laten we de diagnose schizofrenie vergeten. *NRC* 7 maart 2015, *Opinie & Debat*, p 2.
- Os J van, Boevink W. Discussie over het niet-bestaan van schizofrenie; is er een o;ifiant in onze kamer? *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 285-7.
- Patil T, Giordano J. On the ontological assumptions of the medical model of psychiatry: philosophical considerations and pragmatic tasks. *Philos Ethics Humanit Med* 2010; 5: 3.
- Scheinberg MA. Nazi past and changes in disease names: the Wegener's disease case. *Rev Bras Reumatol* 2012; 52: 300-2.
- Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. *Nature* 2014; 511: 421-7.
- Sommer I, Kahn R, Denys D, Schoevers R, Aleman A. Schizofrenie als diagnose schrappen is antipsychiatrie uit de jaren 70. *NRC* 13 maart 2015, *Opinie*, p 17.
- Stoyanov DS, Borgwardt SJ, Varga S. Translational validity across neuroscience and psychiatry. In: Zachar P, Stoyanov DS, Aragona M, Jablensky A. Alternative perspectives on psychiatric validation. Oxford: Oxford University Press; 2015. p 128-45.
- Thapar A, Harold G. Editorial perspective: Why is there such a mismatch between traditional heritability estimates and molecular genetic findings for behavioural traits? *J Child Psychol Psychiatry* 2014; 55: 1088-91.
- VUmc. Uniek onderzoek levert tachtig nieuwe 'schizofreniegenen'. 22 juli 2014. <http://www.vumc.nl/onderzoek/nieuws/onderzoek-schizofreniegenen/>.
- Wulff H. Rational diagnosis and treatment. Oxford: Blackwell; 1981.

SUMMARY

Schizophrenia exists: yes / no / don't know

P.F. BOUVY

BACKGROUND The suggestion that schizophrenia does not exist has led to a discussion in Dutch national newspapers. According to several contributors, the diagnosis schizophrenia can wrongly lead to stigmatisation and defeatism with regard to treatment and should therefore be replaced by the broader concept, psychosis. This view strengthens the argument that 'schizophrenia does not exist'. In reaction to this view it has been suggested that in some articles that schizophrenia is now believed to have a definite biological basis.

AIM To clarify the various arguments and concepts that are used.

METHOD The arguments for and against are reviewed from an ontological perspective. Ethical/political arguments and scientific arguments are handled separately and are set against each other.

RESULTS The ontological status of psychiatric disorders, including schizophrenia, are problematic, as has been shown in a recent study by Kendler. From the perspective of the medical scientific programme – namely, try to go from syndromes to anatomically defined diseases - it would appear that one party wants to abandon this programme, whereas the other party wants to continue it.

CONCLUSION Research over the last few decades has been unable to clarify the ontological status of schizophrenia.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)7, 513-519

KEY WORDS ontology, psychosis, schizophrenia