

Waarom een diagnose schizofrenie?

J. M. HAVENAAR

SAMENVATTING De laatste jaren is, net als eerder in de zeventiger jaren het geval is geweest, van verschillende zijden betoogd dat schizofrenie een ondeugdelijk begrip is, dat bovendien schadelijk is voor de patiënt. Het begrip zou te zeer beladen zijn met historisch gegroeide, negatieve connotaties en zou tevens onvoldoende empirisch onderbouwd zijn. Er is zelfs voorgesteld om de term af te schaffen en te vervangen door een dimensioneel psychoseconcept. Aan de hand van het door Kendell en Jablensky geformuleerde onderscheid tussen validiteit en nut van een psychiatrische diagnose, houdt de auteur de argumenten voor en tegen het afschaffen van de term 'schizofrenie' kritisch tegen het licht. Met de validiteit van de diagnose schizofrenie blijkt het niet slechter gesteld dan met die van vele andere somatische en psychiatrische stoornissen. De term vervult een nuttige rol bij het communiceren tussen klinici, patiënten en beleidsmakers. Het vervangen van deze diagnostische categorie door een dimensioneel psychoseconcept roept wetenschappelijk en maatschappelijk gezien minstens evenveel problemen op als het wil oplossen. Het beste alternatief is om de termen 'schizofrenie' en 'psychose' naast elkaar te blijven gebruiken.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)3, 149-155]

KEY WORDS concept, nut, psychose, schizofrenie, validiteit

De afgelopen jaren hebben verschillende auteurs betoogd dat schizofrenie een ondeugdelijk begrip is dat bovendien schadelijk is voor de patiënt (Blom 2003; Kerkhof 2003; Van Os 2003; Vlamincx 2002). Volgens hen zou de term het beste maar afgeschaft worden. De argumenten zijn als volgt samen te vatten: (1) Er is een probleem met de validiteit van de diagnose schizofrenie als afgrensbare ziekte-eenheid. Er lijkt sprake te zijn van een continuüm tussen normale menselijke en psychotische ervaringen. De klinische patiëntenpopulatie waarop het meeste onderzoek gebaseerd is, is een geselecteerde subgroep. Daardoor wordt de wetenschap op een dwaalspoor gebracht. (2) Het schizofreniebegrip leidt tot stigmatisering van de patiënt. De term wordt vaak neerbuigend gebruikt ('die schizofreen') en bij behandelaars brengt het moedeloosheid en therapeutisch nihilisme teweeg, waardoor zij kunnen afzien van iedere vorm van behan-

deling of ondersteuning.

De discussie over het nut van de diagnose 'schizofrenie' en van psychiatrische diagnoses in het algemeen is niet nieuw (Giel 1982). In de zeventiger jaren waren vooraanstaande psychiaters als de Amsterdamse hoogleraar Kuiper (1974) en Foudraine (1971) verklaard tegenstanders van het gebruik van de term schizofrenie.

Het is natuurlijk altijd goed de grondslagen van de gangbare wetenschappelijke en klinische praktijk nog eens kritisch tegen het licht te houden. Daarbij dienen heilige huisjes niet te worden ontzien. Toch valt er op de conclusies van deze critici zowel vanuit wetenschappelijk als vanuit maatschappelijk oogpunt het een en ander af te dingen. Natuurlijk is neerbuigend gebruik van de term af te keuren. Dat doet afbreuk aan de waardigheid van een persoon met een ernstige ziekte. Maar denigrerend gebruik van deze term is nog

geen reden deze term af te schaffen en te vervangen door de nieuwe (?) symptoomdiagnose 'psychose', zoals Van Os (2003) voorstelt.

In deze bijdrage wil ik een aantal redenen bespreken waarom het afschaffen van het schizofreniebegrip wetenschappelijk gezien onverstandig is, en bovendien tegen de belangen van de patiënt indruist. Als leidraad gebruik ik het door Kendell & Jablensky (2003) voorgestelde onderscheid tussen de validiteit en het nut (utility) van een diagnose. Ik ga ervan uit dat het pas wenselijk is om de term 'schizofrenie' af te schaffen als hij vervangen kan worden door een beter begrip. Dat betekent dat eerst duidelijk zou moeten zijn dat een nieuw psychoseconcept een grotere validiteit heeft en een groter voordeel (nut) of minder nadeel voor de patiënt oplevert.

DE VALIDITEIT VAN HET PSYCHOSEBEGRIP

Bij de kritiek op het schizofrenieconcept zijn grofweg twee hoofdstromen te onderscheiden: kritiek op het conceptuele fundament van deze diagnostische categorie, en kritiek op de empirische onderbouwing ervan. Blom (2003) is een vertegenwoordiger van de eerste hoofdstroom. Deze auteur zet in zijn dissertatie (Blom 2003) uiteen dat het schizofreniebegrip het product is van tal van cultuurhistorische invloeden, zoals bijvoorbeeld de degeneratieleer uit de tijd van Kraepelin. Als gevolg van in de tijd wisselende invloeden is het begrip voortdurend van betekenis veranderd, en gaandeweg belast geraakt met allerlei negatieve connotaties. Bovendien schoot de empirische onderbouwing van het concept in ieder tijdsgewricht te kort. Daardoor zijn we nu opgescheept met een begrip dat enerzijds een solide conceptuele basis mist en anderzijds onvoldoende gefundeerd is in de klinische en wetenschappelijke realiteit. Een meer uitvoerige bespreking van de dissertatie van Blom is elders als boekbespreking terug te vinden (Havenaar 2004).

Uiteindelijk is ook in deze conceptuele kritiek de empirische grondslag de belangrijkste toetssteen. Ik zal mij in dit essay daarom vooral

concentreren op de tweede hoofdstroom, de kritiek op de validiteit van het schizofreniebegrip vanuit empirisch oogpunt. Daarna wordt de praktische bruikbaarheid van het begrip besproken en vergeleken met de bruikbaarheid van een meer dimensioneel concept. De beoordeling van de validiteit van deze diagnose wordt gebaseerd op de door Kendell & Jablensky (2003) genoemde criteria. De belangrijkste zijn: familiair voorkomen, premorbide kenmerken, psychologische, neurofysiologische, neurochemische en neuroanatomische kenmerken, en voorspelbaarheid van het beloop, waaronder stabiliteit van de diagnose en de reactie op behandeling. Er is in de loop der jaren zeer veel empirisch bewijs gepubliceerd van de stelling dat schizofrenie een reproduceerbare diagnostische categorie is met een stabiele factorstructuur en een duidelijk ongunstiger beloop dan andere psychotische aandoeningen (o.a. Church e.a. 2002; Harrison e.a. 2001; Kendler e.a. 1998; Mason e.a. 1997; Schwartz e.a. 2000). Ook zijn er steeds meer aanwijzingen dat schizofrenie een gedeeltelijk genetische bepaalde hersenziekte is (o.a. Harrison e.a. 2003; Harrison & Owen 2003; Lieberman 1999). Het organische substraat lijkt in belangrijke mate aan te sluiten bij de klinische observaties van de grondleggers van het schizofreniebegrip, Kraepelin en Bleuler (Cahn 2003). Voor critici van het schizofreniebegrip zijn deze bewijzen echter niet overtuigend, omdat er namelijk ook patiënten te vinden zijn die een bepaald kenmerk niet hebben, evenals er gezonde mensen bestaan die het kenmerk wel hebben. Anders uitgedrukt: er zijn geen 'zones of rarity' aan te wijzen die in statistische zin de individuen met de ziekte van de algemene bevolking onderscheiden.

Deze kritiek op de validiteit van de diagnose schizofrenie van auteurs als Van Os (2003) en Vlamincx (2002) snijdt inderdaad hout: het schizofrenieconcept is niet altijd goed af te grenzen van de normaliteit en van andere stoornissen en er bestaan geen biologische markers met een voldoende sensitiviteit en specificiteit. Dat geldt overigens voor bijna alle psychiatrische stoornissen en ook voor zeer vele somatische stoornissen (Van Gijn &

Walvoort 2002). De meeste onderzoekers zijn zich er – net als de meeste klinici – terdege van bewust dat de diagnose ‘schizofrenie’ een gebrekkig gedefinieerd verzamelbegrip is, dat hopelijk in de toekomst door verder onderzoek zal worden toegespitst (Andreasen 2001). Er is dan ook geen enkel gangbaar classificatiesysteem dat aanspraak maakt op absolute grenzen tussen stoornissen.

Van Os (2003) gaat een stap verder en maakt een gedachtesprong. Na geconstateerd te hebben dat het onmogelijk is om het fenotype ‘schizofrenie’ met de huidige onderzoeksmethoden eenduidig af te grenzen, stelt hij voor om de categoriale classificatie te verlaten en de afzonderlijke verschijnselen waarmee dit fenotype zich manifesteert, voortaan alleen nog als dimensies te meten. Zijn onderzoeksgroep toont met succes aan dat psychotische verschijnselen in de algemene bevolking veel breder verspreid zijn dan het ziektebeeld in engere zin (Bak e.a. 2004).

Deze auteurs gaan er bij hun onderzoek van uit dat deze psychotische verschijnselen in de algemene bevolking betrouwbaar te meten zijn, en dat zij een continuüm vormen met de verschijnselen van schizofrenie. Maar is dat wel zo? De overeenstemming van diagnoses op basis van door leken afgenomen gestructureerde interviews, zoals de CIDI (Composite International Diagnostic Interview) – het instrument dat onder meer in het NEMESIS-onderzoek (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study; Bijl e.a. 1997) werd gebruikt – is ten opzichte van een klinische diagnose vrij gering (zie bv. Dingemans 1999). Dat komt omdat veel symptomen die een lekeninterviewer op basis van het antwoord van de patiënt als ‘aanwezig’ scoort, bij doorvragen door een ervaren psychiater als ‘afwezig’ worden gescoord. Met andere woorden: dit soort instrumenten levert veel ‘fout-positieve’ bevindingen op. De resultaten van het NEMESIS-onderzoek (Bijl e.a. 1997) bevestigen dit: 1 diagnosticeerbare patiënt op 47 mensen met 1 of meer symptomen. Zo werden ook respondenten van het NEMESIS-onderzoek die in het CIDI-interview 1 of meer psychotische verschijnselen gerapporteerd hadden, door een psychiater opnieuw

geïnterviewd. De positief voorspellende waarde was 11-22%, afhankelijk van een ruime of een nauwe definitie van klinisch vastgestelde psychose (Bak e.a. 2003). Voor de praktijk is dit nauwelijks van betekenis te noemen.

Als bewijs dat deze niet classificeerbare psychotische symptomen toch een continuüm vormen met de stoornis schizofrenie is aangevoerd dat het wonen in een stedelijke omgeving een belangrijke risicofactor is voor het ontstaan van zowel schizofrenie als losse psychotische symptomen (Van Os e.a. 2003). Nader beschouwd echter laten de gepresenteerde data zien dat de statistische relatie tussen urbaniteit en schizofrenie meer dan tweemaal zo sterk is als die tussen urbaniteit en psychotische symptomen. Dit wijst op een verslechtering van de signaal-ruisverhouding. Bij een echt continuüm zou men in de stedelijke omgeving juist een veelvoud aan psychotische symptomen verwachten en een sterker, of op z’n minst gelijk verband.

Minstens zo belangrijk is het probleem van de fout-negatieve bevindingen. In het NEMESIS-onderzoek waren opgenomen patiënten systematisch buitengesloten, zodat de onderzoekers in dit onderzoek in feite te maken hadden met hetzelfde selectieprobleem als bij de zo bekritiseerde ‘willekeurig geselecteerde’ klinische populatie, maar dan omgekeerd. Belangrijker nog is het gegeven dat negatieve symptomen en formele denkstoornissen in bevolkingsonderzoeken vaak onderbelicht blijven. Toonaangevende auteurs als Bleuler (2001) en Andreasen (2001) beschouwen deze negatieve symptomen zelfs als de kern van de ziekte en bovendien blijken deze in veel gevallen aan het uitbreken van de ziekte vooraf te gaan. Negatieve symptomen zijn zelfs in de klinische situatie nootmoer moeilijk te onderscheiden van depressieve verschijnselen en van een ‘normaal’ gebrek aan motivatie. In de algemene bevolking is het onderscheid van gevoelens van lusteloosheid of motivatiegebrek des te moeilijker. Daardoor blijft het onduidelijk welke relatie de psychotische verschijnselen bij de algemene bevolking hebben met het schizofreniesyndroom.

In aanwezigheid van dit soort, vooralsnog onoplosbare, meetproblemen, heeft het werken met nauwere definities van de diagnose wetenschappelijk gezien een aantal duidelijke voordelen. Zo hebben bijvoorbeeld schizofreniediagnoses op basis van de DSM-III-R en de ICD-10 een grotere predictieve waarde dan ruimere definities zoals die van de ICD-9 of van de PSE-Catego S+ (*Present State Examination*) en dan andere psychotische stoornissen, zelfs als men het criterium dat de klachten ten minste 6 maanden aanwezig moeten zijn buiten beschouwing laat (Mason e.a. 1997; Schwartz e.a. 2000). Afschaffen van de diagnose 'schizofrenie' roept daardoor wetenschappelijk minstens evenveel validiteitsproblemen op als het wil oplossen.

HET NUT VAN DE DIAGNOSE SCHIZOFRENIE

Nu het met de wetenschappelijke validiteit van het ruime psychosebegrip niet veel beter gesteld blijkt te zijn dan met de diagnose schizofrenie, blijft dus de vraag over of dit begrip nuttiger, of minder schadelijk, is. Het nut van een diagnostische categorie als schizofrenie – hoe ook gedefinieerd – voor het bijhouden van gezondheidsstatistiek staat mijns inziens niet echt ter discussie, zeker sinds er eenduidige criteria geformuleerd zijn in internationale classificaties zoals de ICD en de DSM. Zonder het vaststellen van (arbitraire) grenzen is tellen simpelweg onmogelijk en getallen vormen nu eenmaal de basis van planning en evaluatie van de zorg. Ook doet het begrip al jaren trouwe dienst in de communicatie tussen behandelaren, zij aan zij overigens met het ruimere psychosebegrip. Men gebruikt de term schizofrenie om aan te geven dat men met een ernstige vorm van psychose te maken heeft, waarvoor een intensieve behandeling nodig is.

Dat 'schizofrenie' in de dagelijkse ggz gelijkgeschakeld zou worden met therapeutisch nihilisme, wordt door geen van de tegenstanders van het schizofreniebegrip onderbouwd. De binnenkort verschijnende, bijna vuistdikke multidiscipli-

naire richtlijn en de inhoud van verschillende zorgprogramma's in den lande voor deze doelgroep wijzen eerder op het tegendeel (bv. Project Programmaontwikkeling Regio Utrecht 2000; Slooff e.a. 2003). Daar geldt de diagnose schizofrenie juist als startsein voor een breed pakket aan interventies, variërend van het langdurig voorschrijven van antipsychotica tot psychologische behandelingen zoals cognitieve therapie en revalidatie.

Juist het vagere psychosebegrip herbergt een gevaar voor therapeutisch nihilisme en onderschatting van de ernst van de stoornis, zeker als we er de nadruk op leggen dat het allemaal toch eigenlijk best normaal is wat de patiënt meemaakt. Beweringen van Vlaminck (1998) dat het met de recidiefkans van mensen met een eerste psychose wel meevalt, worden door de literatuur gelogenstraft en brengen een reëel risico van onderbehandeling met zich mee. Afhankelijk van het hanteren van een ruime of een smalle definitie, komt 70-90% van de mensen na een eerste psychose opnieuw in contact met de hulpverlening, meestal meer dan eens. Circa een derde van deze patiënten ontwikkelt een chronisch beeld met continue of recidiverende psychotische episodes en van de overigen heeft een meerderheid te maken met een lichte of ernstige handicap (Gaebel & Frommann 2000; Harrison e.a. 2001; Sipos e.a. 2001).

Bij een ernstig ziekteverschijnsel als psychose blijft zorgvuldige diagnostiek dan ook belangrijk, al was het maar om specifieke oorzaken uit te sluiten (Kendell & Jablensky 2003). Als de patiënt aan de specifieke diagnostische criteria van schizofrenie of verwante stoornis voldoet, dient men in een vroeg stadium gerichte, intensieve behandeling te starten en deze voldoende lang voort te zetten. Daarbij is het verstandig om een nauwe en niet een ruime gevalsdefinitie te hanteren. Zogenaamde preventieve strategieën, waarbij jongeren met lichte psychoseverschijnselen psychologisch en medicamenteus worden behandeld om te voorkomen dat ze ziek worden, hebben het gevaar in zich gezonde mensen nodeloos een potentieel schadelijk behandeling aan te bieden, gelet op boven-

staande uiteenzetting over fout-positieve ‘diagnosen’ (Vlaminck 1998; Pelosi & Birchwood 2003).

IS DE DIAGNOSE SCHIZOFRENIE SCHADELIJK?

De bewering dat de diagnose ‘schizofrenie’ (meer dan ‘psychose’) stigmatiserend werkt, wordt niet door feiten onderbouwd. Stigmatisering en uitstoting zijn complexe en nog weinig begrepen processen waarbij signalering, naamgeving en begrepening er samen toe leiden dat een bepaalde groep wordt uitgefilterd en uitgesloten van deelname aan de samenleving. De Nederlandse taal beschikt daarvoor over een ruim arsenaal van woorden, zoals ‘maffetel’, ‘psychisch geval’, ‘psychoot’ of ‘gestoorde’ – gebruikt op straat, in het politiebureau of in de krant. Het feit dat in dit rijtje ook ‘schizofrenie’ een negatieve klank heeft, wil nog niet zeggen dat dit in het uitstotingsproces een belangrijke rol speelt. Ook verslaafden, psychopaten en prostituees worden door de samenleving negatief gewaardeerd (Van Weeghel 2004), maar dit komt eerder door de waardering van hun gedrag dan door een stigmatiserende werking van de woorden die gebruikt worden om hen aan te duiden. Het begrip schizofrenie is door z’n medische connotatie juist een door de maatschappij geaccepteerd label, dat ontschuldigend werkt. Het geeft het recht op de patiëntenrol (Giel 1982), omdat het de aanwezigheid impliceert van een (hersens)ziekte en een handicap. Het is niet voor niets dat patiënten- en familieverenigingen zoals Anoksis (‘de vereniging van mensen met een schizofrene of psychotische stoornis’) en Ypsilon (‘vereniging van familieleden van mensen met schizofrenie of een psychose’) wel het schizofrenieconcept in hun naam gebruiken. Het gebruik van deze term is een middel om de ernst van de ziekte onder de aandacht te brengen en bij overheden en instellingen op goede voorzieningen aan te dringen.

MOETEN WE KIEZEN?

Gelukkig hoeven we noch in de wetenschap, noch in de klinische praktijk voor het ene of het andere concept te kiezen. Ook critici als Van Os zijn zich ervan bewust, dat je in de ene situatie beter over ‘psychose’ kunt spreken en in de andere over ‘schizofrenie’. Zo zette Van Os tijdens het Voorjaarscongres van de Vereniging voor Psychiatrie met verve uiteen dat cannabis de kans op schizofrenie verhoogt. Schizofrenie en psychose horen elk in hun eigen, deels overlappende taalspel thuis en hebben ieder hun eigen betekenis, los van de vraag of ze wel of niet ‘echt’ bestaan. ‘Schizofrenie’ is bruikbaar als je wilt communiceren over iets dat zeer ernstig is, en ‘psychose’ als je dat nog niet weet of wilt weten. Ook in de wetenschap hoeft men niet te kiezen voor de ene of de andere benadering. Voor sommige soorten onderzoek – bijvoorbeeld genetisch-epidemiologische onderzoeken naar kwetsbaarheid – is het ruimere begrip ‘psychose’ of ‘schizotypie’ beter bruikbaar. Voor andere – bijvoorbeeld morfologische – onderzoeken heeft het voordelen de extreme kant van het spectrum te bekijken.

Er is niets op tegen om tegenwicht te bieden aan de onjuiste beeldvorming dat schizofrenie ‘uitsluitend’ een hersenziekte is, die ‘altijd’ een slechte prognose heeft en waarvoor ‘alleen’ pillen maar helpen. Waar we echter voor moeten waken, is dat we niet net als in de nadagen van Kuiper de zoektocht naar specifiekere oorzaken en behandelingen staken. Erger nog zou het zijn als we onder de vlag van ‘de nieuwe psychose’ terugvallen in het ongegronde therapeutische idealisme van het tijdperk van de antipsychiatrie, toen allerlei onbewezen psychologische behandelingen op mensen werden losgelaten. Het gaat erom realistische voorlichting te geven, zonder valse hoop op (volledig) ‘herstel’, maar ook zonder iedere hoop de grond in te boren. Daarbij past een evenwichtig gebruik van beide termen naast elkaar.



De auteur dankt prof.dr. J. van Os en prof.dr. W. van den Brink voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

LITERATUUR

- Andreasen, N. (2001). *Brave new brain – Conquering mental illness in the era of the genome*. New York: Oxford University Press.
- Bak, M., Delespaul, P., Hanssen, M., e.a. (2003). How false are 'false' positive psychotic symptoms? *Schizophrenia Research*, 62, 187–189.
- Bak, M., Delespaul, P., Hanssen, M., e.a. (2004). Voorspellende waarde van niet door clinici erkende positieve psychotische symptomen. Een prospectief onderzoek in de algemene bevolking. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 285–295.
- Bijl, R.V., van Zessen, G., Ravelli, A., e.a. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. I. Doelstellingen, opzet en methoden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 2248–2252.
- Bleuler, E. (2001). *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Nijmegen: Arts & Boeve. (Oorspronkelijk werk gepubliceerd 1911)
- Blom, J.D. (2003). *Deconstructing schizophrenia. An analysis of the epistemic and nonepistemic values that govern the biomedical schizophrenia concept*. Proefschrift. Amsterdam: Boom.
- Cahn, W. (2003). *Brain Morphology during the early course of schizophrenia*. Proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Church, S.M., Cotter, D., Bramon, E., e.a. (2002). Does schizophrenia result from developmental or degenerative processes? *Journal of Neural Transmission. Supplementum*, 63, 129–147.
- Dingemans, P. (1999). Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking. Betreffende de gevoeligheid van de CIDI voor psychotische stoornissen. (Brief). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 58–61.
- Foudraïne, J. (1971). *Wie is van hout... Een gang door de psychiatrie*. Bilthoven: Ambo.
- Gaebel, W., & Frommann, N. (2000). Long-term course in schizophrenia: concepts, methods and research strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 102, 49–53.
- Giel, R. (1982). *Waarom een psychiatrische diagnose. Een beknopte inleiding in het medische model en in andere modellen*. Alphen aan de Rijn/Brussel: Samsom Stafleu.
- Gijn, J. van, & Walvoort, H.C. (2002). Diagnose niet meer dan afspraak over ziekte-entiteit. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 146, 1672–1674.
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., e.a. (2001). Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 178, 506–517.
- Harrison, P.J., Freemantle, N., & Geddes, J.R. (2003). Meta-analysis of brain weight in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 64, 25–34.
- Harrison, P.J., & Owen, M.J. (2003). Genes for schizophrenia? Recent findings and their pathophysiological implications. *Lancet*, 361, 417–419.
- Havenaar, J.M. (2004). Blom, J.D. *Deconstructing schizophrenia. An analysis of the epistemic and nonepistemic values that govern the biomedical schizophrenia concept*. Proefschrift (Boekbespreking). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 832–833.
- Kendell, R., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 160, 4–12.
- Kendler, K.S., Karkowski, L.M., & Walsh, D. (1998). The structure of psychosis. Latent class analysis of probands from the Roscommon Family Study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 492–499.
- Kerkhof, M.P.N. (2003). Diagnose schizofrenie is puur gewichtigdoenerij. Interview met Jim van Os. *Psy*, 8, 11–15.
- Kuiper, P.C. (1974). *Hoofdsom der psychiatrie*. Utrecht: Bijleveld.
- Lieberman, J.A. (1999). Is schizophrenia a neurodegenerative disorder? A clinical and neurobiological perspective. *Biological Psychiatry*, 46, 729–739.
- Mason, P., Harrison, G., Croudace, T., e.a. (1997). The predictive validity of a diagnosis of schizophrenia. A report from the International Study of Schizophrenia (ISoS) coordinated by the World Health Organization and the Department of Psychiatry, University of Nottingham. *British Journal of Psychiatry*, 170, 321–327.
- Os, J. van. (2003). *De nieuwe psychose. Trimboslezing*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Os, J. van, Hanssen, M., Bak, M., e.a. (2003). Do urbanicity and familial liability coparticipate in causing psychosis? *American Journal of Psychiatry*, 160, 477–482.
- Pelosi, M., & Birchwood, M. (2003). Is early intervention for psychosis a waste of valuable resources? *British Journal of Psychiatry*, 182, 196–198.
- Project Programma Ontwikkeling Midden Westelijk Utrecht. (2001). *Regionaal zorgprogramma schizofrenie en aanverwante stoornissen*. Utrecht: Altrecht GGZ.
- Schwartz, J.E., Fennig, S., Tanenberg-Karant, M., e.a. (2000). Congruence of diagnoses 2 years after a first-admission diagnosis of psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 57, 593–600.
- Sipos, A., Harrison, G., Gunnell, D., e.a. (2001). Patterns and predictors of hospitalisation in first-episode psychosis. Prospective cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 178, 518–523.
- Slooff, C.J.A., de Vries, D., Vermeulen, M.P., e.a. (2003). Concept multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. <http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/conceptschizo.pdf/view>.
- Vlaminck, P. (1998). *Regionale aanpak van initiële niet-affectieve psy-*

chosen. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 53, 361-378.

Vlaminck, P. (2002). De 'Schizofrenie' ontmanteld. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 57, 342-363.

Weeghel, J. van. (in druk). Maatschappelijke acceptatie van mensen met psychische beperkingen. Wat zijn goede anti-stigma strategieën? Maandblad Geestelijke Volksgezondheid.

AUTEUR

J.M. HAVENAAR is psychiater en is als circuitmanager volwassenenzorg verbonden aan GGZ Buitenamstel te Amsterdam.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-11-2004.

SUMMARY

Why retain a diagnosis of schizophrenia? – J.M. Havenaar –

BACKGROUND It has been argued recently that schizophrenia is a fuzzy ill-defined term that is harmful for patients. This view was also put forward some thirty years ago. It is said that over time the term has acquired markedly negative connotations and that it has no empirical basis. It has been proposed that the term should be abolished completely and be replaced by a dimensional concept, 'psychosis'.

METHOD On the basis of the distinction drawn by Kendell and Jablensky between the validity and the usefulness of a psychiatric diagnosis, the author reviews the arguments for and against the abolition of the term 'schizophrenia'.

CONCLUSION The diagnosis 'schizophrenia' is no less valid than the diagnosis of many somatic and psychiatric disorders. The term performs a useful function in the communication between clinicians, patients and policy makers. From a scientific and societal point of view replacing this diagnostic category by a dimensional concept would create just as many problems as it would solve. The best solution is to continue using the two terms, 'schizophrenia' and 'psychosis', whichever seems more appropriate in a particular context.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)3, 149-155]

KEY WORDS concept, psychosis, schizophrenia, utility, validity