

# Over het onmogelijke begrip schizofrenie

door Prof. Dr H. M. van Praag\*

## 1 Vragen over schizofrenie

In 1896, in de 5e druk van zijn *Psychiatrie*, gebruikte Kraepelin de term *dementia praecox* om een groep ziektebeelden aan te duiden die gemeen hadden: 'een merkwaardig verloren gaan van de inwendige verbindingen binnen de persoonlijkheid en een ernstige beschadiging van het emotionele en het wilsleven'. In deze conceptie werden drie diagnostische groeperingen van oudere datum samengebracht: *démence précoce* (Morel, 1860), *hebefrenie* (Hecker, 1871) en *catatonie* (Kahlbaum, 1874). Kraepelin onderscheidde van de *dementia praecox* een groep ziektebeelden met *paranoïde* verschijnselen maar zonder ernstige defecten in gevoelsleven en wilsfuncties en noemde deze: *parafrenie*. In de 6e druk van zijn leerboek (Kraepelin, 1899) brengt hij *dementia praecox* en *manisch-depressieve psychose* tezamen onder het hoofd 'endogene psychosen', een conceptie die tot op deze dag in de psychosen diagnostiek doorwerkt.

In zijn monografie over schizofrene psychosen, die in 1911 verscheen, wijst Bleuler de term *dementia praecox* af, omdat de ziekte niet tot globaal verval van de persoonlijkheid zou behoeven te leiden en niet noodzakelijkerwijs op jeugdige leeftijd begint. Hij beschouwde verlies van samenhang en wisselwerking tussen de verschillende psychische functies als de kernstoornis en stelde daarom de naam schizofrenie voor.

De naam schizofrenie werd algemeen aanvaard. Daarentegen is het ziektebeeld dat ermee wordt aangeduid een niet aflatende bron van onenigheid en onzekerheid gebleven. De kernvraag was en is: bestaat schizofrenie; in feite een samengestelde vraag, die uit twee delen bestaat. De eerste vraag is of schizofrenie een klassieke ziekte eenheid is met een min of meer eenduidige verschijningsvorm of dat het een verzamelnaam is voor een reeks van subtypen. Over deze vraag bestaat géén verschil van mening, zij wordt eenstemmig in laatstgenoemde zin beantwoord. De tweede vraag luidt: bezitten deze subtypen wat betreft symptomatologie, ontstaanswij-

\* Afdeling Biologische Psychiatrie  
Psychiatrische Universiteitskliniek, Groningen.

zen of verloop gemeenschappelijke kenmerken. Zo ja, dan kan men ze met enig recht onder één noemer brengen en is de verzamelaar schizofrenie gerechtvaardigd. Zo niet, dan heeft het begrip schizofrenie geen bestaansrecht en is er alle reden om de zogenaamde subtypen als zelfstandige ziektebeelden op te vatten en ze ook als zodanig te onderzoeken. Over het antwoord op deze vraag ontbreekt eenstemmigheid. Sterker nog, er is nauwelijks empirisch onderzoek verricht om een oordeel op te baseren. Dit is voor het biologische onderzoek van de schizofrenie een enorme handicap. Men weet namelijk niet of patiënten bij wie deze diagnose is gesteld wel een enigermate homogene groep vormen. Dit alles ten spijt, is het onderzoek naar biologische determinanten van schizofreen gedrag in de afgelopen vijf jaar niet improductief geweest. Dit was mogelijk omdat de biochemische psychofarmacologie zulke krachtige impulsen leverde dat de schaarste aan creatief psychopathologisch onderzoek er door werd gecompenseerd.

In de volgende paragrafen van dit artikel bespreek ik beknopt symptomatologie, ontstaan en verloop van schizofrene psychosen. Niet met de bedoeling een volledig overzicht te geven, maar primair met het oogmerk aan te tonen hoezeer de diagnostiek van schizofrenie op losse schroeven staat, hoezeer dit begrip op de helling moet van het empirische psychopathologische onderzoek. Tot slot beschrijf ik een eenvoudig systeem om patiënten met schizofrene psychosen te rubriceren en er, in alle voorlopigheid, een subgroep kernschizofrenie uit te lichten. Tot dat we beschikken over meer solide diagnostische maatstaven, kan deze manier van klassificeren wellicht dienen om de ergste wanorde het hoofd te bieden.

## 2 Schizofrene syndromen

Onder het hoofd schizofrenie zijn verschillende syndromen beschreven. Allereerst de *hebefrenie*, een exuberant psychiatrisch beeld met massale hallucinaties en/of wanen, contactverlies met de omgeving en activiteitsstoornissen, dat op jeugdige leeftijd, namelijk in puberteit of vroege adolescentie pleegt te ontstaan. Vervolgens *parafrenie*, waarbij de patiënt gesystematiseerde maar afgekapelde paranoïde wanen ontwikkelt, de persoonlijkheid evenwel niet over de gehele linie desintegreert. Sommige psychiaters rekenen dit ziektebeeld daarom niet tot de schizofrenie. In tegenstelling tot de parafrenie is de *dementia paranoïdes* gekenmerkt door paranoïde wanen met weinig gesystematiseerd karakter en progressief verval van de gehele persoonlijkheid. Bij de *dementia simplex* overheersen initiatiefverlies en autisme terwijl wanen en hallucinaties weinig uitgesproken zijn. De *katatonie*, tenslotte, is een psychotisch ziektebeeld waarbij motorische stoornissen overheersen, zoals stereotypieën, stupor, grimassen e.d.

Deze syndromen zijn met de beste wil van de wereld niet onder één noemer te brengen. Zij lijken net zoveel op elkaar als een circulatoire shocktoestand en het syndroom van de ontstoken galblaas. Dit is overigens nog niet alles. Bij Bleuler b.v. dijt het begrip schi-

zofrenie steeds verder uit. Hij bestrijdt o.m. het zelfstandig voorkomen van de preseniele paranoïde toestanden, van de alcoholdelementie, van schizofrenie-achtige beelden bij hersenletsel, infecties en intoxicaties. Hij ziet in dit alles manifest geworden latente schizofrenie. Latente schizofrenie zou bovendien veel meer voorkomen dan manifeste, waarmee het begrip schizofrenie tot het grenzeloze wordt uitgebreid. Bij Kraepelin bestaat die neiging niet. Integendeel, hij heeft juist getracht het begrip schizofrenie steeds verder te preciseren, maar het concept van de vele subtypen heeft hij niet laten vallen.

### **3 Schizofrene symptomen**

Een tweede vraag is of er voor schizofrenie karakteristieke symptomen bestaan, symptomen die, onafhankelijk van de overige componenten van het syndroom, bij iedere vorm van schizofrenie voorkomen.

*Pathognomonische verschijnselen?* Kraepelin achtte de voornaamste symptomen van schizofrenie: oordeelszwakte, afname van geestelijke bewegelijkheid en prestatievermogen, affectieve afstomping en het lossen worden van de innerlijke eenheid. Van min of meer secundair belang voor de diagnose zouden zijn: hallucinaties, waanen, depressieve stemming, de motorische pathologie, stoornissen in het wilsleven, negativisme en bevelsautomatie. Bleuler achtte de stoornissen in het gevoelsleven en de splitsing van de persoonlijkheid voor de diagnose schizofrenie essentieel. Splitting betekende dissociatie: dissociatie van emoties en gedachten, van uitdrukking en emotie, van handeling en intentie enz. Deze verschijnselen zouden het directe gevolg zijn van de veronderstelde hersenziekte. Verschijnselen als hallucinatie, waan, verwardheid, schemertoestanden, manische en depressieve stemmingsschommelingen en katatonie verschijnselen beschouwde hij als bijkomstig en niet essentieel voor de diagnose.

Kraepelin en Bleuler hebben de diagnostische criteria voor schizofrenie weinig zorgvuldig geoperationaliseerd. Bovendien kunnen verschillende van de verschijnselen die zij kenmerkend achten niet zonder een flinke portie subjectieve interpretatie worden vastgesteld; dit bemoeilijkt hun overdraagbaarheid. De best uitgewerkte poging om voor schizofrenie pathognomonische symptomen te beschrijven is die van Schneider (1959). Hij beschreef er elf en noemde ze symptomen van de eerste orde. Eén ervan was voor de diagnose schizofrenie al voldoende mits in de hersenen geen grove anatomische afwijkingen voorkwamen. De eerste drie zijn speciale vormen van gehoorshallucinatie:

- 1 – de patiënt hoort stemmen die zijn gedachten hardop uitspreken;
- 2 – de patiënt hoort stemmen die over hem spreken;
- 3 – de patiënt hoort stemmen die zijn activiteiten beschrijven.

Het vierde symptoom betreft illusionaire vervalsingen. Een normale waarneming wordt gevolgd door een onjuiste interpretatie met

een zeer speciale en op de patiënt betrokken betekenis.

De symptomen 5 tot en met 11 zijn uitingen van een vervagende grens tussen ik en buitenwereld:

5 – de patiënt wordt van buitenaf, zonder zich daartegen te kunnen verweren, lichamelijk beïnvloed en heeft hierbij lichamelijke (hallucinatoire) sensaties;

6 – hij ervaart zijn eigen gedachten als van buitenaf in hem gebracht;

7 – gedachtenonttrekking: zijn eigen gedachten worden hem door een instantie in de buitenwereld ontnomen;

8 – patiënt meent dat hij zijn gedachten langs magische weg op anderen kan overdragen.

De symptomen 9, 10 en 11 behelzen de opvatting van patiënt dat zijn affecten, impulsen en motorische activiteiten hem worden opgelegd door een externe instantie die hem in deze opzichten ook controleert. Deze ideeën gaan niet met gehallucineerde lichamelijke sensaties gepaard.

*Subjectieve criteria* – Aan Schneider's keuze van de symptomen van de eerste orde lagen geen theoretische overwegingen ten grondslag, alleen pragmatische: namelijk het gemak waarmee zij bij een patiënt zouden zijn vast te stellen. Daarnaast zijn er psychiaters die het diagnostisch primaat leggen bij verschijnselen die juist moeilijk te objectiveren zijn, die namelijk alleen in het communicatieve contact met de patiënt zijn vast te stellen. Zij letten vooral op het vermogen van de patiënt in affectieve relatie met een ander te treden en op de mate waarin hij in een dergelijk contact gevoelsmatig meeresoneert. Stoornissen in dit vermogen achten zij 'zeer verdacht'. Een uitspraak over deze verschijnselen berust grotendeels op subjectieve interpretatie, reden waarom verschillende beoordelaars dikwijls tot verschillende uitspraken komen. Het eigen vermogen contacten te leggen komt hierbij natuurlijk ook in het geding. Bovendien ziet men zich in de praktijk veelal geplaagd voor de vraag: is de patiënt werkelijk affectvlak of verdringt hij z'n gevoelens; is het contact werkelijk deficient of houdt hij zich uit (neurotische) angst op een veilige afstand. Uitgedrukt in diagnostische termen: is inderdaad van een schizofreen syndroom.

er sprake van een neurotische reactie met ernstige verdringing of Rümke (1967) voerde een zuiver subjectief criterium in. Hij zegt: er zijn eigenlijk geen voor schizofrenie specifieke symptomen. De diagnose wordt in feite gesteld op een gevoel dat de patiënt bij de onderzoeker oproept: het zogenaamde praecox-gevoel. Hij tracht het te omschrijven als een gevoel van vervreemding, men ervaart met zijn eigen neiging tot toenadering op een muur te stuiten. De patiënt neemt niets aan van wat de onderzoeker hem aanbiedt: contact, warmte, begrip. Het bij zichzelf onderkennen van dit praecox-gevoel eist van de beoordelaar een groot invoelend vermogen. Aan gezien het verschijnsel zo moeilijk expliciteerbaar is, is het ook nauwelijks overdraagbaar.

*Empirisch onderzoek.* De criteria van Schneider roepen twee vragen op. Ten eerste, komen de symptomen van de eerste orde voldoende vaak bij schizofrenie voor om diagnostische waarde te hebben. Ten tweede, zijn ze werkelijk pathognomonisch: differentiëren ze tussen schizofrenie en andere ziektebeelden. Ten aanzien van de eerste vraag zijn de onderzoeksresultaten niet gelijklopend. Mellor (1970) onderzocht 166 als schizofreen gediagnostiseerde patiënten op het voorkomen van symptomen van de eerste orde en vond één of meer van hen in 119 (72%) van de gevallen. Bij 'Schneider-positieve' patiënten onderzocht hij voorts de frequentieverdeling van deze symptomen. De acustische hallucinaties werden bij 13% van zijn patiënten vastgesteld. Illusionaire vervalsingen, en het gevoel dat emoties en impulsen door anderen worden beïnvloed waren betrekkelijk zeldzaam: kwamen in resp. 6%, 6% en 3% van de gevallen voor. Van de overige verschijnselen varieerde de frequentie van 9–21%. Taylor (1972) onderzocht ziektegeschiedenissen van 78 patiënten gediagnostiseerd als schizofrenie en vond de bedoelde symptomen bij 22 van hen (28%). In het onderzoek van Carpenter et al. (1973) werden bij 51% van de 103 schizofrene patiënten symptomen van de eerste orde gevonden. Gedachtenonttrekking kwam het minst voor (15%) het gevoel gedachten op anderen over te brengen het meest (33%).

Niet alleen de diagnostische, ook de discriminerende waarde van de symptomen van de eerste orde is beperkt. Zo bleken één of meer van hen in 23% van de als manisch-depressief gediagnostiseerde patiënten voor te komen (Carpenter et al., 1973).

Ik concludeer dat onder het hoofd schizofrenie zeer verschillende syndromen beschreven zijn en dat empirisch onderzoek geen pathognomonische symptomen aan het licht heeft gebracht. Uit een oogpunt van symptomatologie is er dus geen aanleiding de verschillende schizofreen genoemde syndromen onder één noemer te brengen.

#### **4 Pathogenese versus etiologie**

Het denken over het ontstaan van schizofrenie wordt al vele jaren beheerst door een strijdvrage. Deze behelst, op zijn kortst geformuleerd, of schizofrenie een biochemische dan wel een psychosociale ziekte is. Deze vraag is overigens allerm minst specifiek voor schizofrenie. Zij wordt bij allerlei psychische afwijkingen gesteld. Op de achtergrond ervan staat de opvatting dat er twee soorten gestoorde gedragingen zijn: die waarbij de hersenen gestoord zijn en die waarbij dat niet het geval is. Deze scheiding is m.i. onvruchtbaar en onjuist (Van Praag en Leijnse, 1963, 1964). Onvruchtbaar, omdat zij een breuk tussen psychiaters veroorzaakt. Aan de ene kant staan zij die veel, zo niet alle heil verwachten van psychische en sociale interventie. Zij zoeken en vinden steun bij meer of minder radicale maatschappijhervormers. Aan de andere kant van de breuklijn bevinden zich de protagonisten van de neurobiologie. Zij hebben niet de minste moeite zich thuis te voelen bij hun collegae,

de medische specialisten.

Ik acht die scheiding bovendien onjuist. Ik ga er namelijk vanuit dat functies van levende materie, ongeacht of zij van psychische of lichamelijke aard zijn, onbestaanbaar zijn zonder een materieel substraat. Dit houdt in, dat ook aan gedrag – alweer: om het even of het gestoord of ongestoord is – een materieel, in casu cerebraal substraat ten grondslag ligt. Dit substraat is in principe analyseerbaar. Het geheel van cerebrale functiestoornissen dat het optreden van gedragsstoornissen mogelijk maakt, noem ik de pathogenese van het ziektebeeld. Ik verdedig met dit standpunt geen ouderwets materialisme. Tal van factoren kunnen er toe bijdragen dat gedrag gestoord raakt. Uiteraard niet alleen verworven of hereditair bepaalde onvolkomenheden in de cerebrale machinerie, maar ook intrapsychische conflicten en spanningen in de relatie mens-medemens. Deze factoren, ik noem ze etiologische factoren, beïnvloeden het gedrag evenwel niet rechtstreeks, via een soort luchtledige, maar via functieveranderingen in de hersenen, veranderingen die tezamen het cerebrale substraat van de gedragsstoornissen uitmaken. Sprekende over schizofrenie: biochemische veranderingen in de hersenen maken het ontstaan van dit complex van gedragsstoornissen mogelijk. In die zin is schizofrenie een biochemische ziekte. Een andere vraag is, hoe schizofrene gedragsstoornissen, inclusief het substraat in de hersenen dat hen genereert worden veroorzaakt: overwegend door psycho-sociale factoren, door somatische factoren (verworven of hereditair) of door combinaties van beiden. Dit is een vraag van een andere orde en hierover kan men van mening verschillen.

De vraag of schizofrenie een biochemische of een psycho-sociale ziekte is, is van dezelfde orde als de vraag of pneumonie een ziekte is veroorzaakt door infiltraten in de long of door pneumococcen. Ik bedoel, er wordt een schijnprobleem in gesteld. Er worden namelijk twee oorzakelijke factoren tegenover elkaar geplaatst waaruit men wordt uitgenodigd er één te kiezen. Dit zijn echter geen alternatieven, maar onderling samenhangende schakels in een keten van oorzaken en gevolgen.

De opmerkingen in de drie volgende paragrafen hebben uitsluitend betrekking op de etiologie van schizofrene psychosen. Mogelijke pathogenetische factoren laat ik hier buiten beschouwing. Ik heb ze elders uitvoerig beschreven (Van Praag, 1976; Van Praag en Korf 1975, 1976).

## **5 Etiologische gezichtspunten: erfelijke factoren**

Kraepelin rekende de *dementia praecox* tot de in hoofdzaak erfelijk bepaalde psychosen. Genetisch onderzoek uit later jaren heeft aangetoond dat dergelijke factoren inderdaad werkzaam zijn (Overzichten bij Rosenthal, 1970; Strömgren, 1975; Kety, 1975). De argumenten zijn ontleend aan drie typen onderzoek. In de eerste plaats familieonderzoek. Schizofrenie treedt veel frequenter op in de naaste familie van schizofrene patiënten dan in de bevolking als

geheel en frequenter naarmate de bloedverwantschap sterker is, dus vaker bij broers, zusters, kinderen en ouders van schizofrene patiënten dan bij ooms, tantes, neven en nichten. Ook bij tweede graads verwanten is de 'incidence' hoger dan in de bevolking als geheel, zij het niet veel. De sterke ophoping van schizofrene pathologie in bepaalde families wordt overigens ook als argument gebruikt door de protagonisten van familie-theorieën over schizofrenie. Zij achten niet de genen die van ouder op kind worden overgedragen voor de ziekte verantwoordelijk, maar de familiepathologie: het chaotische, verwarrende klimaat waarin het kind wordt grootgebracht en waar het irrationele reactiewijzen zou aanleren. Het tweede type onderzoek zijn de tweelingstudies. Het concordantiepercentage van schizofrene psychosen is bij eeneciige tweelingen aanmerkelijk hoger dan bij tweeëiige. Ook dit verschijnsel behoeft niet perse genetisch te worden geïnterpreteerd. De onderlinge band bij een identieke tweeling is vaak hecht en de neiging tot identificatie groot. Als één lid van de tweeling psychotisch wordt, is de kans groot dat de ander een overeenkomstig gedragspatroon zal ontwikkelen. Aldus een psychologische interpretatie. Waarschijnlijk is deze verklaring niet. Bij identieke tweelingen die gescheiden opgroeien was de concordantie van schizofrenie eveneens hoog en vergelijkbaar met die van tweelingparen die tezamen werden opgevoed.

Het derde type argument is ontleend aan studies waarin kinderen werden bestudeerd geboren uit één of twee schizofrene ouders maar die niet door de biologische ouders maar in pleeggezinnen werden opgevoed. Tot dusverre kwamen alle studies tot dezelfde conclusie. De frequentie van schizofrene psychosen was veel hoger bij de kinderen uit schizofrene ouders, dan bij de kinderen van hun pleegouders, met wie ze tezamen waren opgegroeid.

De overerving geschiedt waarschijnlijk niet door één gen maar door een aantal genen die ieder een bepaald element, een bepaalde dimensie toevoegen aan het schizofrene gedragspatroon. De variabiliteit van de schizofrene symptomatologie, de dikwijls onloochenbare betekenis van milieuvloeden, de veelvuldige onmogelijkheid om de diagnose ondubbelzinnig te stellen of te verwerpen en de vloeiende overgangen tussen wat nog normaal, zij het wat buitenissig, gedrag heet en schizofrene symptomen, worden beter verklaard door een polygene theorie, dan door een theorie die één werkzaam gen veronderstelt. Een variabel aantal pathologische genen waarvan men drager is, zou vanuit genetisch oogpunt een ongedwongen verklaring bieden voor de verscheidenheid aan symptomen en verloopsvormen binnen de groep der schizofrene psychosen.

## **6 Etiologische gezichtspunten: exogene factoren**

Schizofrenie bleek echter niet exclusief gekoppeld te zijn aan de factor endogenie. Het ziektebeeld komt ook voor bij patiënten met aantoonbare anatomische beschadiging van de hersenen (overzicht

bij Reid, 1973). In den brede is gediscussieerd of hier sprake was van een 'echte' schizofrenie (de aanhalingstekens zijn van mij) die vóór de hersenziekte latent was en door de hersenziekte werd uitgelokt, of werkelijk van organische schizofrenie. Aangezien het begrip latente schizofrenie nauwelijks werd geoperationaliseerd, terwijl het toch voor velerlei uitleg vatbaar is, en empirisch onderzoek derhalve achterwege bleef, werd het vraagstuk nooit opgelost en bleef het dienen als dankbaar onderwerp voor geleerde discussies. Afgaande op mijn eigen klinische, maar niet gesystematiseerde, ervaringen is de overweging: 'geprovoceerde latente schizofrenie' lang niet in alle gevallen van schizofrenie bij organisch-cerebraal lijden, geëigend. Ik ga hierbij af op een niet-belaste familieanamnese, een 'schone' psychiatrische ziektegeschiedenis en een min of meer normale premorbide persoonlijkheidsstructuur. Op grond hiervan vermoed ik dat organische schizofrenie bestaat. Tegen dit vermoeden pleit, dat de anatomische laesie bij organische (?) schizofrenie specifieke kenmerken, wat betreft aard of localisatie, mist. Zij kan van ontstekingsachtige, degeneratieve of neoplastatische aard zijn en schizofrene syndromen kunnen, voorzover bekend, bij vrijwel iedere localisatie optreden. Bij een onmiddellijk causaal verband had men verwacht dat schizofrene gedragsstoornissen alleen bij bepaalde laesies, met een bepaalde localisatie zouden voorkomen. Waaruit te concluderen valt dat het probleem van de organische schizofrenie niet is opgelost.

Over het begrip 'organisch' nog een enkele zijdelingse opmerking. Er wordt in de psychiatrie een groep psychosen mee aangeduid die optreden bij aantoonbare anatomische beschadiging van de hersenen. De psychosen waarbij dat niet het geval is, noemt men wel 'functioneel'. Langzamerhand is het misverstand ontstaan dat alleen bij organische psychosen sprake zou zijn van een cerebraal substraat. In paragraaf 4 heb ik op de onhoudbaarheid van deze opvatting gewezen. Wil men deze terminologie per se handhaven dan moeten de twee typen psychosen aldus worden omschreven. Organische psychosen zijn psychosen in de etiologie waarvan anatomische beschadiging van de hersenen een voorname rol speelt. Hun pathogenese, dat is het complex van cerebrale functiestoornissen dat het ontstaan van de psychotische gedragsstoornissen mogelijk maakt, is onbekend. Bij functionele psychosen zijn geen anatomische letsels in de hersenen aantoonbaar; van hun pathogenese kennen wij mogelijk enkele fragmenten (deze heb ik elders besproken, Van Praag, 1976); en ten aanzien van hun etiologie lijkt het zwaartepunt te liggen bij erfelijke en/of psycho-sociale factoren.

## **7 Etiologische gezichtspunten: psychische en sociale factoren**

*Bleulers 'reactieve schizofrenie' en wat deze conceptie teweegbracht.* Veelvuldiger dan anatomische laesies van de hersenen, werden bij de lijder aan schizofrenie stoornissen in de (premorbide) persoonlijkheidsstructuur vastgesteld en bleek de periode voorafgaande aan het uitbreken van de psychose gekleurd te zijn door in-

trapsychische en/of meer relationeel bepaalde spanningen. In de 4e druk van zijn leerboek (1923) maakt Bleuler onderscheid tussen 'proces' schizofrenie en 'reactieve' schizofrenie, vormen die qua symptomen in elkaar grijpen maar waarvan de eerste een in hoofdzaak organische etiologie zou hebben, de tweede overwegend psychogeen ontstaan zou zijn. Dit onderscheid heeft aanleiding gegeven tot een reeks van classificatoire onduidelijkheden, symptomatologische haarkloverijen en etiologische misverstanden die tot op heden hun stempel drukken op de psychiatrische diagnostiek. Ik som er enkele op, als voorbeeld; volledigheid in deze zou een boek opleveren over de ontwikkeling van het diagnostische denken in de psychiatrie.

1 – Velen volgden het voorbeeld van Bleuler na en deelden de groep der schizofrenieën in tweeën. In de naamgeving volgde ieder echter zijn eigen smaak. Zo ontstonden categorieën als echte schizofrenie versus schizofreniforme psychosen (Langfeldt, 1939); echte versus pseudo-schizofrenie (Rümke, 1967) en nog vele anderen. Naarmate het aantal tweedelingen steeg, verwaterden de criteria. Als grondslag voor de dichotomie diende de etiologie (psychogeen versus niet psychogeen), maar ook het verloop (slechte versus goede prognose) en de symptomatologie (aan- of afwezigheid van zg. kernsymptomen), ieder voor zich of in combinatie.

2 – Er werden nieuwe categorieën psychosen onderscheiden en van de schizofrenie afgesplitst. Als voorbeelden noem ik de psychogene en de degeneratiepsychose (Faergeman, 1963; Van Dijk, 1963). De psychogene psychose werd afgescheiden op grond van etiologische overwegingen. Het zijn psychosen die worden opgevat als het catastrofale dieptepunt van een neurotische ontwikkelingsgang, de uiterste consequentie van een niet verwerkte psychische problematiek. De afsplitsing van een categorie degeneratiepsychosen werd gerechtvaardigd met een beroep op zowel symptomatologie, etiologie als verloop. Deze psychose zou veelvuldig recidiveren, zonder duidelijke psychogene aanleiding, terwijl na iedere fase volledig herstel tot het premorbide niveau volgt. Bovendien varieert het syndroom sterk van fase tot fase. Bij recidiverende vormen van schizofrenie zou het syndroom veel eenvormiger zijn.

Hoe valide zijn deze afsplitsingen? Wordt b.v. het verloop van de psychogene psychose door psychotherapie wezenlijk veranderd, of neigt het beeld desondanks tot recidief en wordt de psychogene provocatie op den duur steeds minder duidelijk. Bij 'echte' schizofrenie wordt een dergelijke gang van zaken herhaaldelijk gezien. Is het werkelijk zo dat bij de degeneratiepsychose de persoonlijkheidsstructuur geen schade lijdt of gaan deze patiënten op den duur toch lijken op chronische schizofrenen. Bij gebrek aan empirisch onderzoek moet het antwoord op deze vragen open blijven. Genetisch onderzoek rechtvaardigt deze afsplitsingen in ieder geval niet. Aandoeningen die bekend staan als schizofreniforme psychose, symptomatische schizofrenie, psychogene psychose, degeneratiepsychose, atypische of reactieve schizofrenie, schizo-affectieve psychose, borderline schizofrenie zijn genetisch allen gekoppeld aan

'echte' schizofrenie. Zijn schijnen tot dezelfde genetische familie te behoren (Rosenthal, 1970).

3 – Met de introductie van het begrip psychogene schizofrenie ver-  
vaagden ook de grenzen tussen schizofrenie en niet-psychotische  
gedragsstoornissen. Allerlei vreemde, moeilijk verklaarbare karak-  
tertrekken; de geneigdheid zich op zichzelf terug te trekken; tekort-  
komingen in de relatievorming, om slechts enkele verschijnselen  
te noemen, werden voorzien van het adjectief schizoïed of, erger  
nog, van het predicaat pseudoneurotische schizofrenie, en kregen  
een plaats in het grote tehuis dat schizofrenie heet (Reich, 1975).  
Dit is een van de redenen waarom tussen statistieken over het voor-  
komen van schizofrenie in verschillende landen en instituten ver-  
schillen voorkomen, die een aanfluiting zijn van het begrip weten-  
schappelijke classificatie (Kendell, 1975; Falek en Moser, 1975).  
Tot zover de diagnostische verwarring die het begrip reactieve  
(psychogene) schizofrenie heeft opgeroepen. Nu terug naar dit be-  
grip zelf.

*Het etiologische gewicht van psycho-sociale factoren* – Weinig psy-  
chiaters zullen beweren dat de psychopathologie van de schizofre-  
niepatiënt pleegt te beginnen met het uitbreken van de psychose.  
In veel gevallen stuit men in de levensgeschiedenis op factoren als:  
een ongelukkig huwelijksleven van de ouders; een jeugd waarin pa-  
tiënt was blootgesteld aan buitensporige uitingen van agressiviteit  
en onderlinge vijandigheid; afwijkingen in de persoonlijkheid van  
één of beide ouders e.d. (Overzicht bij Arieti, 1974). Dat de onder-  
linge relaties in het huisgezin van een schizofrene patiënt, zeer ge-  
stoord, 'schizofreen' kunnen zijn is door familie-theoretici als Lidz,  
Bateson, Laing en vele anderen terecht beklemtoond (Overzicht  
bij Sedgwick 1975). Dat is het probleem niet. Vragen rijzen waar  
het gaat om het gewicht dat deze factoren etiologisch in de schaal  
leggen. Kunnen zij een hoofdoorzaak vormen of blijft hun beteke-  
nis beperkt tot provocatie van latente schizofrenie? Evenals bij or-  
ganische schizofrenie, is op deze vraag geen ondubbelzinnig ant-  
woord mogelijk. Enerzijds ziet elke klinicus regelmatig gevallen  
waarin psychogene problematiek in hoge mate verweven is met het  
uitbreken en de inhoud van de psychose. Dit pleit vóór het concept  
psychogene schizofrenie. Ertegen pleit het ontbreken van enige  
specificiteit. De psychodynamische mechanismen beschreven bij  
schizofrenie treft men ook aan bij allerhand niet-schizofrene en  
niet-psychotische psychiatrische aandoeningen. Hetzelfde geldt  
voor de familiedrama's. Er is geen spoor van bewijs dat de be-  
schreven communicatiepathologie specifiek zou zijn voor het fa-  
milieleven van schizofrene patiënten of dat zij zich binnen deze  
categorie patiënten zou ophopen (Editorial, Lancet 1975). Bij  
auteurs uit deze hoek treft men bovendien een naief soort denken  
in analogieën aan. Tussen irrationaliteiten die zij ontdekken in de  
familierelaties van de patiënt en de irrationaliteiten van de patiënt  
zelf wordt een direct causaal verband gelegd. De gestoorde gedra-  
gingen, b.v. patiënt's overtuiging dat zijn gedachten hem letterlijk

onttrokken worden, zouden rechtstreeks door zijn overheersende moeder zijn opgewekt; zijn onsamenhangende gedachtengang zou hij ontleend hebben aan, beter nog geleerd hebben, van de sado-masochistische omgangsvormen van zijn ouders. Men vergeet gemakshalve dat de moeder niet waant en de ouders tot cohaerente gedachtenwisseling in staat zijn (tenzij zij aan schizofrene psychosen lijden). Het is alsof men de excretoire functies van het lichaam direct verklaren wil uit de voedselopname en processen als spijsvertering en stofwisseling buiten beschouwing laat. Bovendien, maar dit terzijde, hebben familie-theoretici teveel de notie verwaarloosd dat schizofrene familiedrama's zich ook kunnen ontwikkelen secundair aan de stoorzender waarmee het gedrag van de schizofrene patiënt te vergelijken is.

Hoe dit ook zij, de aspecificiteit van de psychodynamische en psycho-sociale mechanismen vermindert hun etiologische gewicht en noodzaakt een factor *x* in te voeren die de psychose manifest maakt. Van de twee concepten; psychogeen geprovoceerde schizofrenie en psychogene schizofrenie, lijkt mij de eerste dan ook de meest aannemelijke. Ter vermijding van misverstand, wanneer ik zeg dat de beschreven psychodynamische mechanismen specifiek zijn, dan bedoel ik specifiek ten aanzien van de *vorm* van het gestoorde gedrag. Als eenzelfde mechanisme kan leiden tot b.v. een waansyndroom, een hallucinatoir beeld of een dwangtoestand, dan schiet het als verklaringsmodus te kort. Iets anders is, dat dit mechanisme ten aanzien van de *inhoud* van de gedragsstoornissen wel degelijk specifiek kan zijn. Een zondewaan, het horen van bedreigende stemmen en een was-ritueel kunnen ieder voor zich uitdrukking geven aan onverwerkte, en in de individuele ontwikkelingsgang verankerde schuldgevoelens. Psychodynamische en psycho-sociale mechanismen bezitten ten aanzien van de inhoud van het gestoorde denken en beleven dikwijls wél een hoge graad van specificiteit, en zij kunnen een zeker inzicht verschaffen in de betekenis van de psychotische 'onzin'.

## **8 Etiologische gezichtspunten: slotsom**

De etiologie van schizofrene psychosen bestaat niet uit één, maar uit een patroon van factoren; dit lijkt wel zeker. We weten echter niet hoe dit patroon er uit ziet en of één patroon ten grondslag ligt aan alle vormen van schizofrenie of dat het tot stand komen van een bepaald syndroom een bepaald patroon van factoren vereist. Er is dus voorlopig geen enkele reden schizofrenie syndromen op basis van etiologische criteria onder één noemer te brengen.

## **9 Verloop van schizofrene psychosen**

In de omschrijving die Kraepelin van het begrip *dementia praecox* gaf, nam de slechte prognose een centrale plaats in. De patiënt zou ofwel geleidelijk aan steeds verder achteruit gaan, zonder duidelijke remissies; ofwel het ziektebeeld zou in aanvallen verlopen met on-

volledig herstel na iedere fase waaruit zich tenslotte een chronische defecttoestand ontwikkelt. Ik merk hierbij terloops op, dat de diagnose chronische schizofrenie zeer slecht omschreven is. In de praktijk dient zij eenvoudigweg als vergaarbak voor een groot aantal ernstige, maar mogelijk ongelijksoortige persoonlijkheidsdefecten, die de aanpassing van de patiënt aan de maatschappij ernstig bemoeilijken en waarbij de anatomische integriteit van de hersenen niet aantoonbaar is gestoord.

In zijn monografie tornt Bleuler aan dit verloopskriterium, zij het halfslachtig. Op de ene plaats stelt hij dat schizofrenie ongeneeslijk is, of dat in ieder geval geen restitutio ad integrum optreedt, om op een andere plaats te beweren dat de ziekte in elk stadium kan ophouden of teruggaan.

In later jaren wordt het verloopskriterium geheel naar eigen goeddunken gehanteerd. Sommigen blijven Kraepelin trouw, en spreken alleen dan van schizofrenie als de prognose kennelijk ongunstig is. Zij achten volledig herstel per definitie niet met de diagnose schizofrenie verenigbaar. Treedt dit wel op dan spreken zij van een op schizofrenie gelijkende psychose, van een pseudoschizofrenie of zij brengen het ziektebeeld onder in een aparte diagnostische categorie bv. die van de psychogene of degeneratiepsychose (zie paragraaf 7). Anderen achten het verloopskriterium niet doorslaggevend. Zij stellen de diagnose schizofrenie voornamelijk op symptomatologische gronden. Dit is de groep psychiaters die therapeutische, vooral psychotherapeutische successen claimt en zich fel verzet tegen de opvatting dat schizofrenie ongeneeslijk zou zijn. Ogenscheinlijk een principenstrijd, in werkelijkheid een strijd om woorden. Als men het begrip carcinoom definieert als de verzamelnaam voor alle (goed- en kwaadaardige) gezwellen, dan is het genezingspercentage hoog; wordt het begrip carcinoom gereserveerd voor de kwaadaardige gevallen dan is dit percentage laag. Ik voeg hier overigens onmiddellijk aan toe dat het benadrukken van de geneeslijkheid van schizofrenie in praktische zin zegenrijk gewerkt heeft: die vormen van schizofrenie met in principe gunstige prognose kregen adequate (psycho-)therapeutische hulp, die vormen die ongunstig zouden gaan verlopen kregen een menswaardiger behandeling dan voorheen.

Met de introductie van de neuroleptica werd het strijdpunt nog meer toegespitst. Veel patiënten die als schizofreen werden beschouwd bleken met deze middelen snel te herstellen. Is dit een reden om de diagnose te herzien, of zijn er twee vormen van schizofrenie, de een geneeslijk, de ander (voorlopig) niet. Het antwoord op deze vraag is arbitrair. Onze huidige kennis laat geen geargumenteerde beslissing toe. Het wachten is op een uitspraak ex cathedra door een psychiatrisch concilie, of op empirisch onderzoek. Ik prefereer de laatste procedure.

Al met al blijkt, dat de beelden die men schizofrenie noemt klaarblijkelijk ieder denkbaar verloop kunnen nemen: herstel na korte tijd; herstel met schade aan de persoonlijkheid; chronisch recidiverend met of zonder schade aan de persoonlijkheid na iedere fa-

se en chronisch. Ergo, het criterium verloop is ongeschikt om al die syndromen samen te bundelen die als schizofreen worden aangemerkt.

## **10 Driedimensionale classificatie van schizofrene psychosen**

*Etiologische aspecificiteit van psychiatrische syndromen.* Tussen etiologie en ziektebeeld bestaat in de psychopathologie geen voorstelbaar verband (Van Praag en Leijnse, 1964, 1965). Psychogene factoren b.v. kunnen debet zijn aan neurotische symptomen, betrokken zijn bij de ontwikkeling van psychosen en dissociaal gedrag veroorzaken. Omgekeerd is het niet mogelijk uit aard en verloop van een bepaald syndroom de etiologie af te leiden. Als voorbeeld: een vitale depressie kan in hoofdzaak heriditair bepaald zijn, ontstaan zijn onder invloed van zware psychische en sociale druk, of zijn uitgelokt door lichamelijke ziekten b.v. een virusinfectie als hepatitis infectiosa. Het feit dat psychiatrische ziektebeelden etiologisch specifiek zijn heeft een belangrijke consequentie, namelijk deze dat gedragsstoornissen steeds volgens drie criteria: *symptomatologie*, *etiologie* en *verloop*, moeten worden getypeerd. Dit betekent dat diagnoses die bestaan uit één woord, zoals neurose, depressie, schizofrenie, uit den boze zijn. Er zijn twee mogelijkheden: ofwel zij suggereren tegelijkertijd iets over symptomatologie, etiologie en verloop, maar zonder dit te expliciteren, waardoor deze begrippen de diagnostische scherpte hebben van een slecht ingestelde dia (b.v. het begrip schizofrenie), ofwel zij worden nu eens in symptomatologische dan weer in etiologische zin gebruikt en scheppen zo wanorde in plaats van diagnostische orde (b.v. het begrip neurose).

Hieronder pas ik het principe van de driedimensionale classificatie toe op de groep psychosen die in het algemeen verlopen bij helder bewustzijn, waarbij veelal geen sprake is van ernstige anatomische beschadiging van de hersenen en die men gewoonlijk als schizofreen aanduidt. Deze werkwijze maakt het mogelijk groepen patiënten samen te stellen die naar homogeniteit tenderen en voor andere onderzoekers herkenbaar zijn. Dit zijn noodzakelijke voorwaarden voor replicatieonderzoek. Bovendien is het de enige weg om binnen de groep schizofrene psychosen subgroepen te onderkennen die zich eventueel van andere categorieën onderscheiden qua b.v. therapierespons, pathogenese of prognose. Deze manier van classificeren is in de eerste plaats bestemd voor researchdoel-einden, maar ik geloof dat zij ook in de dagelijkse praktijk bruikbaar is en de precisie van het diagnostisch oordeel verscherpt.

*Symptomatologische typering van schizofrene psychosen* – Een diagnostisch classificatie systeem is geen catalogus. Het omvat niet alle voorkomende ziekteverschijnselen, maar alleen degenen die dikwijls op de voorgrond treden. Ik stel voor bij de classificatie van iedere individuele patiënt te vermelden welke van de volgende verschijnselen voorkomen.

1 – Gedaald bewustzijn. De oude stelregel dat bij schizofrene psychosen het bewustzijn helder is, lijkt in zijn algemeenheid juist, met dit voorbehoud dat bij acute psychosen die onder invloed van sterke psychische stress ontstaan, het bewustzijn in de eerste dagen tot weken gedaald kan zijn. Bij de meer chronisch verlopende schizofrene psychosen is het bewustzijn altijd helder.

2 – Wanen, gedefinieerd als gedachten waarvan de inhoud waarschijnlijk strijdig is met de werkelijkheid, maar die toch niet voor correctie vatbaar zijn. De inhoud ervan wordt aangeduid wanneer er sprake is van paranoïdie of van beïnvloedingsideeën. De eerste categorie omvat de denkbeelden door instanties buiten zichzelf op enigerlei wijze benadeeld te worden; de tweede de denkbeelden dat instanties uit de buitenwereld het eigen denken, voelen of lichamelijk functioneren beïnvloeden, ofwel dat de patiënt zelf deze vermogens bezit jegens anderen. Het voorstel apart te noteren of een waan paranoïd is komt voort uit de onzekerheid die bestaat of de paranoïde toestanden wel of niet thuishoren in de groep der schizofrenieën. Die onzekerheid wordt gevoed door twee gegevens, namelijk dat de persoonlijkheidsstructuur buiten de paranoïde kernen vaak zo goed intact blijft en het verloop dikwijls niet progressief is. De aparte notitie van het beïnvloedingskarakter van de waan heeft geen andere verklaring dan dat dit verschijnsel van oudsher als 'typisch schizofreen' is beschouwd.

3 – Hallucinaties en illusies. Bij een echte hallucinatie is er sprake van een zintuigelijke waarneming zonder zintuigprikkeling. Wanneer er wel sprake is van een zintuigprikkeling, maar de interpretatie ervan evident foutief – de patiënt beleeft b.v. de plafonnière in zijn kamer als een functionerend televisiescherm – dan wordt van een illusie gesproken. Bij schizofrene psychosen zouden acustische en tactiele hallucinaties (illusies) overwegen – de laatste vaak gekoppeld aan beïnvloedingswanen – bij organische psychosen de visuele.

4 – Emotionele verarming. In het contact met de patiënt valt een zekere kilheid op. Er blijkt weinig van (adequate) emoties op hiertoe geëigende momenten. Hierdoor krijgt de onderzoeker het gevoel moeilijk met de persoonlijkheid in relatie te kunnen treden. Er is geen affectief contact. De invoeling gelukt niet. De gevoelsvlakheid of kilte bestaat vooral bij schizofrene psychosen met chronisch verloop, bij de acute vormen is dit verschijnsel lang niet altijd duidelijk.

5 – Motoriek. Bij schizofrene psychosen komt remming van de motoriek voor, tot stupor toe, maar ook hyperkinesieën, zoals grimaseren, stereotypeën, vreemde bewegingen e.d. Bij de zogeheten katatone stupor is er dikwijls meer sprake van actief verzet dan van passieve lijdzaamheid. Dit blijkt uit de grote spierspanning en de weerstand die men voelt wanneer men b.v. probeert de ledematen te bewegen. De abnormale bewegingen hebben voor de patiënt dikwijls een symbolische betekenis.

6 – Inertie. Verlies aan initiatief komt bij schizofrene psychosen dikwijls voor. Patiënt komt nauwelijks meer tot zinvolle gerichte

activiteiten. Hij staakt zijn werk, blijft thuis, ligt veel op bed. De contacten met de buitenwereld worden schamel. Soms wijkt de inertie met het verdwijnen van de psychose, soms blijft dit verschijnsel voortbestaan nadat de overige ziekteverschijnselen zijn verdwenen of neemt het dan juist in ernst toe. In dat geval moet men spreken van genezing met defect. Omdat het zo moeilijk te behandelen valt, is inertie een omineus verschijnsel. Het kan de patiënt voor de normale maatschappij volkomen ongeschikt maken.

7 – Incoherente gedachtengang. Dit verschijnsel is lang niet bij alle typen schizofrene psychosen aanwezig. Bij helder bewustzijn, is het een teken van ernstige, diffuse desintegratie.

*Etiologische typering van schizofrene psychosen* – Een grondige familieanamnese verschaft een indruk van het gewicht van de factor endogenie (heriditeit). Deze factor wordt geacht positief te zijn, wanneer bij familieleden in de eerste of tweede graad psychosen voorkomen of zijn voorgekomen. Zij wordt, stel ik voor, niet als positief beschouwd indien het uitsluitend belasting betreft met manisch-depressieve manifestaties. Er zijn namelijk argumenten om aan te nemen dat schizofrene psychosen en de groep van de manisch-depressieve ziektebeelden genetisch verschillen. Manisch-depressieve manifestaties komen maar zelden voor in families met schizofrene psychosen en vice versa. Er is bovendien nooit melding gemaakt van eenziige-tweelingen waarvan de één als schizofreen werd beschouwd en de ander leed aan een manisch-depressieve aandoening (Rosenthal, 1970).

Via intern en neurologisch onderzoek verkrijgt men inzicht of pathogene factoren van lichamelijke aard werkzaam zijn. In de diagnose wordt vermeld of een cerebraal lijden is aangetoond, of een interne ziekte, waarvan aannemelijk kan worden gemaakt dat het met de hersenfunctie interfereert.

Tenslotte moet het aandeel van psychogene en sociale factoren worden beoordeeld. Hier dreigt zowel inflatie- als deflatiegevaar. Het is net zo min verhelderend om weinig betekende voorvallen op te blazen tot ernstige psychotraumata, als om ernstige frustraties te negeren of als onbetekenend weg te wimpelen. Psychische belasting voor het uitbreken van de psychose rechtvaardigt op zichzelf het gebruik van de term psychogeen niet (tenzij deze belasting buitensporig is en voor een meerderheid der mensen nauwelijks te dragen, zoals oorlogsgeweld, natuurrampen e.d.). Hiertoe moet aannemelijk worden gemaakt waarom die belasting – die gewoonlijk zelfstandig wordt verwerkt – de draagkracht van deze mens overschrijdt. Aannemelijk wordt dit, wanneer:

1 – een chronische, intrapsychische conflictsituatie achterhaalbaar is die de patiënt niet zelfstandig op kon lossen en waar de belastende levenssituatie rechtstreeks op ingreep;

2 – de (premorbid) persoonlijkheidsstructuur van de patiënt zwakke plekken vertoont die verklaarbaar maken waarom hij onmachtig was het chronische conflict zelfstandig tot oplossing te brengen;

3 – de zwakke plekken in de persoonlijkheid in verband kunnen worden gebracht met een gestoorde psychologische ontwikkelingsgang.

Het is een ernstige devaluatie van het begrip psychogeen wanneer het in de praktijk als synoniem met ideopatisch wordt gebruikt.

Etiologisch wordt een gegeven psychose dus geclassificeerd als zijnde van ideopatische, hereditaire (endogene), exogene of psycho (socio)-gene oorsprong, of bepaald door een combinatie van de laatste drie factoren.

*Typering van schizofrene psychosen naar verloop.* Op basis van dit criterium kan men de volgende categorieën onderscheiden:

1 – eerste psychotische fase met een duur van minder dan één jaar;

2 – meerdere psychotische fasen in de anamnese met herstel tot het premorbide niveau na iedere fase; het aantal fasen wordt in de classificatie vermeld.

3 – idem, met toenemende schade aan de persoonlijkheid na iedere fase;

4 – chronisch; de psychose bestaat ononderbroken een jaar of langer, ondanks min of meer adequate behandeling (farmaca, psychotherapie, milieutherapie);

5 – idem, maar de patiënt is niet of duidelijk inadequaat behandeld. Bij categorieën 4 en 5 geve men aan hoelang de psychose heeft bestaan.

*Voorgestelde nomenclatuur* – Psychosen die verlopen bij helder bewustzijn, reken ik tot de groep der schizofrene psychosen. De diagnose wordt uitsluitend op symptomatologische gronden gesteld: het voorkomen van psychotische verschijnselen, van wat voor aard dan ook, bij helder bewustzijn. De diagnose wordt aldus nader gepreciseerd: schizofrene psychose gekenmerkt door . . . , waarop een typering volgt van de voornaamste symptomen; uitgelokt door . . . , waarna men de voornaamste etiologische factoren aangeeft; en met een bepaald verloop, waarbij het woord 'bepaald' vervangen wordt door een typering van het verloop.

Ik spreek van schizofrene psychose en opzettelijk niet van schizofreniforme, d.i. op schizofrenie gelijkende psychose omdat geen éénstemmigheid bestaat over wat 'echte' schizofrenie is. Overigens wil ik het concept achter de term 'echte schizofrenie' wel handhaven, maar ik spreek op grond van de gegeven overwegingen van 'kernschizofrenie'. Als enig criterium voor deze diagnose hanteer ik het verloop. Ik spreek van kernschizofrenie wanneer een schizofrene psychose ongunstig verloopt: chronisch of chronisch recidiverend met persoonlijkheidsverval. De achteruitgang moet zich voltrekken ondanks adequaat te achten behandeling met farmacologische en niet-farmacologische middelen. De kernschizofrenie is symptomatologisch een schizofrene psychose omdat zij bij helder bewustzijn verloopt. Voor het overige is het begrip geheel losgekoppeld van symptomatologische overwegingen en van de factor etiologie. Ik stel deze loskoppeling voor, omdat klinisch beeld, pre-

morbide persoonlijkheidsstructuur, noch het al dan niet voorkomen van precipiterende factoren een betrouwbare voorspelling toelaten over de prognose van een schizofrene psychose (Serban en Gidynski, 1975).

Eén categorie zou ik, in alle voorlopigheid, willen lichten uit de groep der schizofrene psychosen, namelijk die der psychogene psychosen. Behoudens een gestoord bewustzijn dat in de eerste dagen tot weken *kan* voorkomen, wijkt deze categorie qua symptomen niet principieel af van die der schizofrene psychosen. De diagnose berust op etiologische gronden: (1) de inwerking van psycho-sociale factoren is evident, (2) het beeld verbleekt spoedig nadat de patiënt aan de ondragelijk geworden situatie is onttrokken, (3) na het wijken van de psychose wordt een neurotische persoonlijkheidsstructuur zichtbaar, (4) stabilisering van persoonlijkheid door middel van psychotherapie lijkt de kans op recidief sterk te zullen verminderen.

Het begrip psychogene psychose valt niet samen met de categorie schizofrenie met gunstige prognose, die Robins en Guze (1970) hebben beschreven. Als criteria voor deze laatste categorie gelden o.m.: acuut begin, relatief ongestoorde premorbide persoonlijkheidsstructuur en een familieanamnese die niet of alleen in manisch depressieve zin is belast. In de groep van de psychogene psychosen daarentegen zijn neurotische aanpassingsmoeilijkheden in de premorbide levenssituatie regel, en komt familiale belasting met psychosen wel degelijk voor. Gevallen waarin de desintegratie zich geleidelijk, over meerdere weken, ontwikkelt zijn niet zeldzaam.

De diagnose psychogene psychose is een voorlopige, omdat we niet zelden zien dat de psychose recidiveert ondanks psychotherapie en dat bij volgende psychotische fasen de psychogene etiologie geleidelijk aan minder duidelijk wordt, waaruit we dan moeten besluiten toch met een schizofrene psychose te maken te hebben.

Het classificatiesysteem dat ik hier voorstel beschouw ik allerminst als definitief. Het is een hulpmiddel om uiteindelijk uit de doolhof te raken die schizofrenie heet, maar dat onderweg zonodig kan worden bijgesteld.

## **11 Conclusies**

Over schizofrenie bestaat onenigheid. Deze is terug te voeren op twee strijdfragen. De eerste is: bestaat schizofrenie; is het een herkenbare ziekteëenheid? De tweede luidt: is schizofrenie een biochemische, een psychologische of een sociaal bepaalde ziekte; ligt de hoofdoorzaak in metabole stoornissen in de hersenen, in intrapsychische conflictsituaties of in chronisch gestoorde familierelaties?

Kraepelin gaf van schizofrenie een vrij strikte omschrijving. Het was een ziektebeeld met een bepaalde symptomatologie, in hoofdzaak heriditair bepaald en met een slechte prognose. Na hem is het begrip steeds sterker verwaterd. Schizofrenie werd geacht ook door psychogene factoren en door anatomische beschadiging van

de hersenen veroorzaakt te kunnen worden. De prognose was niet per se ongunstig; herstel zou mogelijk zijn. De specificiteit van de symptomen werd een niet aflatende bron van discussie. Welke symptomen zijn kenmerkend, welke secundair. Empirisch onderzoek kwam eerst een halve eeuw na Kraepelin op gang, en heeft tot dusverre geen pathognomonische verschijnselen aan het licht gebracht, geen verschijnselen dus die kenmerkend zijn voor schizofrenie en slechts sporadisch bij andere ziektebeelden voorkomen. Vooralsnog bieden klinisch beeld, etiologie noch verloop een rechtvaardiging om alle ziektebeelden die onder het hoofd schizofrenie beschreven staan, onder één noemer samen te brengen. Dit betekent dat de term schizofrenie een volstrekt inadequate diagnose is. Men moet spreken van een schizofrene psychose met een bepaalde symptomatologie, een bepaalde etiologie en een bepaald verloop. De term schizofrene psychosen is niet meer dan een verzamelnaam voor psychosen die bij helder bewustzijn verlopen. De beschikbare empirische gegevens laten geen nauwkeuriger definitie toe. Daarom is driedimensionale diagnostiek van schizofrene psychosen – dat is hun consequente classificatie naar drie criteria: symptomatologie, etiologie en verloop – een noodzakelijke voorwaarde om eens uit het doolhof der schizofrene psychosen te raken. Deze werkwijze zou trouwens een aanwinst zijn voor de psychiatrische diagnostiek in het algemeen.

Binnen de groep van de schizofrene psychosen zou ik de term kernschizofrenie willen reserveren voor de ziektebeelden die ongunstig verlopen en gepaard gaan met geleidelijk toenemend verval van de persoonlijkheid. Ik stel voor de prognose het enige criterium te laten zijn, en de term los te koppelen van symptomatologische en etiologische overwegingen.

De vraag of 'schizofrenie' (de aanhalingstekens vloeien voort uit bovenstaande beschouwingen) een biochemische of een psychosociale ziekte is, stelt een schijnprobleem. Gedrag is ondenkbaar zonder corresponderend cerebraal substraat. Gestoord gedrag veronderstelt een gestoord cerebraal substraat. Dit gestoorde substraat is, althans in principe, te beschrijven in termen van biochemische aard. In die zin zijn schizofrene psychosen, zoals alle gedragsstoornissen, biochemische ziekten. Een andere vraag is of de gedragsstoornissen, inclusief hun cerebrale substraat, in hoofdzaak door psycho-sociale of overwegend door lichamelijke factoren (verworven of erfelijk) bepaald zijn. Waarschijnlijk spelen beide groepen van factoren een rol, zij het in wisselende onderlinge verhouding. Zolang in de psychiatrie etiologie en pathogenese niet consequent worden onderscheiden, zolang zullen biologische en psycho-sociaal geïoriënteerde psychiaters tegenover elkaar blijven staan en zullen het denken over en het onderzoek naar de oorzaken van gestoord gedrag stagneren.

## 12 Samenvatting

Schizofrenie is een onmogelijk begrip. Er wordt een groep psychosen mee samengevat met als gemeenschappelijk kenmerk dat zij gewoonlijk, maar zelfs dat niet altijd, bij helder bewustzijn verlopen. Voor het overige zijn er geen punten van overeenstemming aangetoond, niet wat betreft de symptomen, niet wat betreft de etiologie, niet wat betreft de prognose. Gronden om deze ziektebeelden samen te vatten onder één noemer: als 'schizofrenie' of als 'groep van schizofrene psychosen' zijn er dus nauwelijks. Het lijkt er veeleer op dat schizofrene psychosen afzonderlijke ziektebeelden zijn, geen variaties van één grondvorm. Wat thans vóór alles nodig is, is empirisch onderzoek om het concept schizofrenie in kaart te brengen. Een dergelijke cartografie zal uit moeten gaan van nauwkeurig omschreven syndromen, om vervolgens te onderzoeken of er behalve de symptomen, andere punten zijn die dit syndroom kenmerken, zoals: etiologie, pathogenetische factoren, verloop of therapierespons. Hoe meer kenmerken, hoe groter de kans dat het een afzonderlijke entiteit betreft. Hangende deze onderzoeken en om terminologische chaos te vermijden is het raadzaam de term schizofrene psychosen in de praktijk voorlopig te handhaven, met dien verstande dat zij in elk concreet geval met een zorgvuldige typering van de symptomatologie, de etiologische factoren en het verloop, moet worden aangevuld.

## Literatuur

- Arieti, S., *Interpretation of schizophrenia*. Basic Book New York 1974.
- Bleuler, E., Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. In: G. Aschaffenburg (ed) *Handbuch der Psychiatrie*, Euticke, Leipzig 1911.
- Bleuler, E., *Lehrbuch der Psychiatrie*. Springer Berlin 1923.
- Carpenter, W. T., Strauss, J. S. and Muleh, S., Are there pathognomonic symptoms in schizophrenia? *Arch. gen. Psychiat.* 28 (1973) 847-852.
- Dijk, W. K. van, *Psychopathologische en klinische aspecten van de psychogene psychose*. Dissertatie Groningen 1963.
- Editorial, Family deviance and schizophrenia. *Lancet II* (1975) 213-214.
- Faergeman, P. M., *Psychogenic psychoses*. Butterworth and Co, London 1963.
- Falek, A. and Moser, H. M., Classification in schizophrenia. *Arch. gen. Psychiat.* 32 (1975) 59-67.
- Hecker, E., Die Hebephrenie. *Arch. Path. Anat. Physiol. Clin. Med.* 52 (1871) 394-429.
- Kahlbaum, K. L., *Clinische Abhandlungen einige Psychische Krankheiten*. I. Katatonie oder das Spannungsirresein. Springer Berlin 1874.
- Kendell, R. E., What are our criteria for a diagnosis of schizophrenia? In: H. M. van Praag (ed) *On the origin of schizophrenic psychoses*. Erven Bohn Amsterdam 1975.
- Kety, S. S., Mental illness in the biological and adoptive families of adopted individuals who have become schizophrenic. In: H. M. van Praag (ed) *On the origin of schizophrenic psychosis*. Erven Bohn Amsterdam 1975.

- Kraepelin, E., *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Barth Leipzig 1896.
- Kraepelin, E., *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Barth Leipzig 1899.
- Langfeldt, G., *The schizofreniform states*. Oxford University Press London 1939.
- Mellor, C. S., First rank symptoms of schizophrenia: I. The frequency in schizophrenics on admission to hospital; II. Differences between individual first rank symptoms. *Brit. J. Psychiat.* 117 (1970) 15-23.
- Morel, B., *Traité des maladies mentales*. Masson Paris 1860.
- Praag, H. M. van and Leijnse, B., Die Bedeutung der Psychopharmakologie für die klinische Psychiatrie. Systematik als notwendiger Ausgangspunkt. *Nervenarzt* 34 (1964) 530-537.
- Praag, H. M. van and Leijnse, B., Neubewertung des Syndroms. Skizze einer funktionellen Pathologia. *Psychiat. Neurol. Neurochir.* 68 (1965) 50-66.
- Praag, H. M. van and Korf, J., Neuroleptics, catecholamines, and psychoses: a study of their interrelations. *Amer. J. Psychiat.* 132 (1975) 593-597.
- Praag, H. M. van and Korf, J., Importance of dopamine metabolism for the clinical effects and side effects of neuroleptics. *Amer. J. Psychiat.* (ter perse).
- Praag, H. M. van, *Depressie en schizofrenie. Beschouwingen over hun pathogenese*. Erven Bohn Amsterdam ter perse.
- Reich, W., The spectrum concept of schizophrenia. *Arch. gen. Psychiat.* 32 (1975) 489-498.
- Reid, A. A., Schizophrenia - Disease or Syndrome? *Arch. gen. Psychiat.* 28 (1973) 863-869.
- Robins, E. and Guze, S. B., Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its applications to schizophrenia. *Amer. J. Psychiat.* 126 (1970) 983-987.
- Rosenthal, D., *Genetic theory and abnormal behavior*. MacGraw-Hill Book Company, New York.
- Rümke, H. C., Über die Schizophrenie. In: H. C. Rümke (ed) *Eine blühende Psychiatrie in Gefahr*. Springer Berlin 1967.
- Schneider, K., *Klinische Psychopathologie*. Georg Thieme Verlag Stuttgart 1959.
- Sedgwick, P., The social analysis of schizophrenia. Theories of Laing, Cooper etc. In: H. M. van Praag (ed) *On the origin of schizophrenic psychoses*. Erven Bohn Amsterdam 1975.
- Serban, G. and Gidynski, C. B., Differentiating criteria for acute-chronic distinction in schizophrenia. *Arch. gen. Psychiat.* 32 (1975) 705-712.
- Strömberg, E., Genetic factors in the origin of schizophrenia. In: H. M. van Praag (ed) *On the origin of schizophrenic psychoses*. Erven Bohn Amsterdam 1975.
- Taylor, M., Schneiderian first-rank symptoms and clinical prognostic features in schizophrenia. *Arch. gen. Psychiat.* 26 (1972) 64-67.