

Coenesthetische schizofrenie uit de vergeethoek

T. UYTENDAELE, F. BOUCKAERT

ACHTERGROND In 1957 introduceerde Huber het begrip ‘coenesthetische schizofrenie’ met als primair kenmerk eigenaardige stoornissen van het lichaamsgevoel. Klinische ervaring leert dat patiënten met schizofrenie frequent een reeks verschillende lichamelijke gewaarwordingen vertonen. Toch besteedt de huidige classificatie volgens ICD-10 en DSM-IV hier weinig of geen aandacht aan.

DOEL Beschrijven van de historische achtergrond en de klinische kenmerken van coenesthetische schizofrenie.

METHODE Achtergrondinformatie werd verzameld uit historische literatuur en de PubMed-database. We beschrijven een patiënte met eigenaardige lichamelijke belevingen waarbij het symptomenbeeld nauw aansluit bij Hubers coenesthetische schizofrenie.

RESULTATEN Hubers beschrijving gaf aanleiding tot nieuwe inzichten in ontstaan en verloop van schizofrenie waarbij de door de patiënt subjectief ervaren symptomen centraal staan. Literatuuronderzoek en de gevalsbeschrijving tonen aan dat herwaardering van coenesthetische schizofrenie is aangewezen.

CONCLUSIE Het is aan te raden de diagnose van ‘coenesthetische schizofrenie’ op te nemen als subtype binnen het spectrum van schizofrenie. Verder longitudinaal onderzoek naar andere kenmerken van dit type, etiopathogenese en therapeutische mogelijkheden is noodzakelijk.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)7, 593-602]

TREFWOORDEN coenesthetische schizofrenie, coenesthesiopathische schizofrenie, coenesthesie, coenesthesiopathie

In 1957 introduceert de Duitse psychiater Gerd Huber het begrip ‘coenästhetische Schizophrenie’ (Huber 1957b). Centraal staan ‘coenesthesieën’, kwalitatief eigenaardige stoornissen van het lichaamsgevoel die wezenlijk en primair zijn.

Klinische ervaring leert dat patiënten met schizofrenie frequent bizarre lichamelijke gewaarwordingen vertonen, die tijdens elke fase van het verloop van een psychotische stoornis kunnen voorkomen, inclusief de prodromale fase. Toch besteedt de huidige categorale classificatie weinig of geen aandacht aan het voorkomen van coenesthetische symptomen bij schizofrenie, uitgezonderd een verder ongedefinieerde vermelding

in de tiende editie van de International Classification of Diseases (ICD-10; WHO 1992) van ‘cenesthopathic schizophrenia’ in de categorie ‘other schizophrenia’ (F20.8). Een vergelijkbare diagnostische categorie ontbreekt in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR; APA 2000).

In dit artikel beschrijven wij een beknopte literatuurstudie van Hubers coenesthetische schizofrenie en de invloed daarvan op de hedendaagse praktijk. Een casus uit de eigen praktijk dient als illustratie.

METHODE

We onderzochten het begrip ‘coenesthetische schizofrenie’ in de historische literatuur en in de recentere literatuur via de databank van PubMed. We gebruikten de zoektermen ‘*cenesthesias*’, ‘*cenesthesiopathy*’ en de combinatie van zoektermen ‘*cenesthetic*’ en ‘*schizophrenia*’ enerzijds, en ‘*cenesthopathic*’ en ‘*schizophrenia*’ anderzijds. Uit 20 publicaties in de Engels-, Nederlands-, Frans- en Duitstalige literatuur voor de periode van september 1957 tot en met oktober 2010 selecteerden we 15 artikelen op basis van voorkomen van coenesthetische schizofrenie in titels en samenvattingen. Daarnaast bestudeerden we referenties in de geselecteerde artikelen. In totaal selecteerden we 43 publicaties. Eerst beschrijven wij een casus.

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënte A, een vrouw van 74 jaar, werd opgenomen op de afdeling ouderenpsychiatrie in het universitair psychiatrisch centrum te Kortenberg. Ze meldde pijnlijke ‘onderhuidse trekkingen’ in de regio van rug, armen, benen en gezicht. Deze gewaarwording gaf het gevoel dat heel haar lichaam binnenin ‘loskwam’. Ze had ook de ervaring dat de huid dunner was geworden, dat datgene wat eronder zat, niet bestond. Ze had geen controle over wat er met haar lichaam gebeurde. Ze legde uitzonderlijke verbanden met betrekking tot het lichaam, bijvoorbeeld het verband tussen een bril opzetten en de rug die losser kwam. Het lichaam bood geen stabiel vertrekpunt meer om in de wereld te staan, waardoor communicatie met anderen moeizamer verliep. Met kauwgom in de mond ging het beter omdat ze zich dan beter kon bedwingen en het ‘uiteenvallen’ van het lichaam kon tegengaan. Ook in de fauteuil liggen met de benen omhoog hielp ter vermindering van de klachten. Dan had ze het gevoel te zweven. Haar lichaam voelde ongewoon zwaar en licht verdoofd aan. Ze ondervond dagelijks last en was angstig. Alleen tijdens de nacht ervoer ze geen pijn en had ze het gevoel dat alles ‘dicht’ ging. Patiënte sprak

op de afdeling ongeremd over deze ervaringen met haar medepatiënten zonder aan te voelen dat dit misschien voor andere mensen vreemd overkwam.

De eerste pijnervaringen ontstonden zestien jaar geleden na een bezoek aan de tandarts. Patiënte bleef nadien het gevoel houden dat haar tong door scherpe tandplaque opengehaald werd en beschreef dit alsof er een ‘gat in haar mond’ zat. De binnenkant van de wangen ervoer ze lange tijd als verdoofd. Tijdens een systeemgesprek vernamen we dat patiënte in contact altijd al achterdochtig was geweest en geïsoleerd leefde, zonder dat er sprake was van uitgesproken wanen. Patiënte werd voor het eerst opgenomen in 2004 op een psychiatrische afdeling. Tijdens en na deze opname verdwenen de lichaamsklachten naar de achtergrond om daarna weer in volle hevigheid terug te keren, met in 2005 een nieuwe opname tot gevolg. In 2008 volgde een derde opname.

Bij psychiatrisch onderzoek zagen we een redelijk verzorgde, obese vrouw die oogde conform de kalenderleeftijd. Het bewustzijn was helder en de oriëntatie in trias ongestoord. Patiënte bracht het verhaal over haar eigen levensgeschiedenis op een affectarme wijze. Ze had een benedengemiddelde intelligentie (totaal IQ van 76). Er waren geen woordvindingsproblemen of stoornissen in het begrip van de gesproken of geschreven taal. Inhoudelijk werd het denken gekenmerkt door perseveratie van somatische themata met een lichte mate van achterdocht en door de aanwezigheid van somatische wanen. Op het gebied van het formele denken bemerkten we problemen in het bereiken van concrete antwoorden. Er was sprake van somatische hallucinaties. De stemming oogde normofoor en het affect moduleerde adequaat. Ziektebesef was matig aanwezig.

Aanvullende somatische onderzoeken bleken telkens negatief. Gezien het bizarre karakter van de klachten en het niet aantoonbare verband met schizofrenie, stelden we de DSM-IV-diagnose ‘psychotische stoornis NAO’ (APA 2000).

Patiënte werd in de loop van haar ziektegeschiedenis behandeld met verschillende anti-

psychotica (amisulpride, pimozide, quetiapine, risperidon, aripiprazol) en antidepressiva (mirtazapine, amitriptyline). Het enige effect bestond eruit dat patiënte zich in haar problematiek erkend voelde en dat er iets meer distantie mogelijk was wat betreft de lichaamsbelevingen. Achterdocht in het contact bleef voelbaar aanwezig.

HET CONCEPT COENESTHETISCHE SCHIZOFRENIE

Huber definieert coenesthetische schizofrenie als 'een vorm van schizofrenie met overheersende, nauw met affectveranderingen gepaarde stoornissen van het lichaamsgevoel die gedurende het hele ziekteverloop aanwezig blijven' (Huber 1957b). De oorspronkelijke diagnostische criteria zijn weergegeven in tabel 1. Coenesthesieën staan in nauw verband met centrale vegetatieve, motorische en sensorische symptomen.

In coenesthetische schizofrenie vormen coenesthesieën het primaire symptoombeeld, zonder dat sprake is van hypochondrie of van een stemmingsstoornis. De grote diversiteit aan coenesthesieën maakt deze moeilijk in te delen. Huber selecteert uit de diversiteit karakteristieke en steeds terugkerende vormen (tabel 2) (Huber

1957b). Coenesthesieën gaan gewoonlijk gepaard met vitale ontstemming, met vermoeidheid of met gevoelens van uitputting (Huber 1957b; 1971). Het kan hierbij gaan om een asthenisch basisstadium of een chronische defecttoestand. In de ontwikkeling van coenesthesieën kunnen drie fasen onderscheiden worden: onbepaalde hypochondrische ervaringen (hypochondrismen), bizarre lichaamservaringen en lichaamshallucinaties.

Patiënten met schizofrenie kunnen de drie stadia achtereenvolgens doorlopen om dan weer terug te keren naar een voorafgaand stadium. Huber stelt vast dat deze patiënten de vaardigheid missen om op een adequate manier uiting te geven aan de coenesthesieën. Ze maken hierbij gebruik van bizarre vergelijkingen, beeldspraak en neologismen. Coenesthetische symptomen veranderen snel in intensiteit, zijn paroxismaal en komen in fasen op. Ze kunnen voorkomen tijdens iedere fase van het psychotische proces (in de prodromale en acute fase, en als restverschijnsel) en de tijdsduur varieert van enkele seconden tot meerdere weken.

Patiënten met coenesthetische schizofrenie bevinden zich in een bijzondere basisstemming, onderscheiden door drie stadia (tabel 3). Deze stadia worden op verschillende wijzen doorlopen, soms is er sprake van onomkeerbaarheid.

TABEL 1 Oorspronkelijke diagnostische kenmerken van coenesthetische schizofrenie (Huber 1957)

Primaire asthenische persoonlijkheid
Sluimerend ziektebegin met aanwezigheid van veranderingen in het gevoelsleven, hypochondrieën en coenesthesieën
Verminderde prestaties
Steeds duidelijker wordende affectieve veranderingen, persoonlijkheidsveranderingen, psycho-esthesie
Veranderingen in het emotionele leven, in de sociale vaardigheden en in contact
Toename inactiviteit of (zelden) onstabiele drijfveer
Verlies van daadkracht, initiatief en interesse
Tijdens het ziekteverloop duidelijker wordende denkstoornissen en verlies van doelgerichtheid in gedachtevoering
Terughoudendheid in contact en afzondering

TABEL 2 Terugkerende kenmerken van coenesthesieën (Huber 1957b)

Sensaties van gevoelloosheid, stijfheid en vreemdheid
Toegenomen motorische zwakte
Pijnsensaties
Zwevende sensaties
Elektrische sensaties
Thermische sensaties
Sensaties van inwendige beweging, spanning en druk
Sensaties van abnormale zwaarte of lichtheid
Belevingen van verkleining of inkrimping, vergroting of uitbreiding
Ervaringen van ontbreken van inwendige organen
Falen van het verzadigingsgevoel of opgeblazen gevoel van de maag of de blaas
Sensaties van abnormale leegte
Sensaties van kinesthesie
Vestibulaire sensaties
Hypesthesie en hypoalgesie

Na Huber werkt vooral Thiele (1971) de thematiek van de coenesthetische schizofrenie verder uit. Hij legt de nadruk op het psychovegetatieve syndroom dat bij deze patiënten teruggevonden wordt. Hiermee bedoelt hij het geheel van samen optredende psychische (affectuïtungen zoals vreugde, angst, woede, driftigheid, onrust) en vegetatieve verschijnselen (rood, bleek worden, zweten, beven, hypertonie, hypotonie). Dit syndroom kan soms lang voor het uitbreken van de psychose worden vastgesteld (Soenen & Corveleyn 2002). Met de psychovegetatieve verschijnselen wordt gerefereerd naar het proefschrift van Hübner en Reil, die een reeks fysiologische condities (honger, dorst, misselijkheid, aandrang tot braken, aandrang tot defeceren en uteruscontracties) opsommen die een aanwijzing kunnen zijn voor de ontwikkeling van coenesthetische symptomen (Blom e.a. 2010; Hübner 1794).

Historische achtergrond: van filosofie naar psychiatrie

De term ‘coenesthesie’ verwijst in de klassieke psychiatrie naar ‘het algemene gevoel dat we van het lichaam hebben, als resultaat van alle somatosensorische informatie’ (Corraze 1973; Ey 1973). Etymologisch is het woord ‘coenesthesie’ een samenstelling van het Oudgriekse ‘konion’ (gemeenschappelijk) en ‘aistheterion’ (gevoel). Naar aristotelische traditie konden externe stimuli slechts een innerlijk gevoel bereiken nadat ze vereenzelvigd werden met een ‘gemeenschappelijk gevoel’. Dit gevoel kon met andere woorden beschouwd worden als een schakel tussen het

externe zintuiglijke apparaat en het innerlijke gevoel, aan de oorsprong liggend van het ‘mens-zijn’.

In de psychiatrische literatuur werd ‘coenesthesie’ voor het eerst geïntroduceerd in het proefschrift van Hübner (1794) onder leiding van Reil. Hübner en Reil definieerden coenesthesie als ‘de wijze waarop de ziel geïnformeerd wordt over de toestand van het lichaam volgens de verspreiding van de zenuwen over het lichaam’. Ze beschreven coenesthesieën als instinctieve drijfveren en verlangens die in verband stonden met de primaire gevoelens. Hieruit werkten Hübner en Reil ‘idiopathische stoornissen van coenesthesie’ uit, gekenmerkt door primaire stoornissen van lichamelijke representaties. Opvallend in deze beschrijvingen waren de gelijkenissen met Solliers interpretaties van ‘hysterie’ en Seglas’ beschrijvingen van depersonalisatie en ontkenning bij melancholie (Starobinski 1990). Verschillende auteurs verwijzen nog naar de oorspronkelijke beschrijving van coenesthesie, ook in de psychoanalytische literatuur. Freud wees in de *Traumdeutung* – die aan de basis lag voor zijn theorievorming van psychose – op het belang van coenesthesieën bij het genereren van droominhoud (Freud 1955).

Een eeuw later raakte het concept van verstoorte coenesthesie bekend als ‘coenesthesiopathie’ (Dupré & Camus 1907), dat verwees naar een ‘afwijkende en veel ongemak gevende gewaarwording van het eigen lichaam zonder dat er sprake was van een objectiveerbare aandoening’. Sinds deze beschrijving is er een dichotomie merkbaar in het denken tussen enerzijds Duprés concept van niet-organische etiologie en anderzijds de Russische en Scandinavische organische etiologie (Jenkins & Röhrich 2007).

In de jaren vijftig van de twintigste eeuw trad een verschuiving op waarbij coenesthesiopathische verstoringen niet enkel meer toegeschreven werden aan affectieve psychosen, maar ook beschreven werden bij schizofrenie. De Duitse fenomenologische psychiater Kurt Schneider (1955) rangschikte coenesthesieën al onder de symptomen van eerste orde bij schizofrenie.

TABEL 3 Stadia in basisstemming bij coenesthetische schizofrenie (Huber 1957b)

Stadium	Omschrijving
1	Eigenaardige affectieve toestand, levendige affecten van angstig-depressieve aard Episodisch angstige opwindning Met coenesthesieën en vegetatieve stoornissen gepaard gaande angst om te sterven
2	Onaangepaste, apathische of euforische stemming die onmiddellijk een psychotische indruk nalaat
3	Defectueuze, totaal afgevlakte affectieve toestand

Huber legde in 1957 de basis voor de beschrijving van het begrip 'coenesthetische schizofrenie' (Huber 1957b).

Opmerkelijk is dat in de loop van de geschiedenis verschillende auteurs die een grote invloed hadden op de fenomenologische traditie niet direct naar de term 'coenesthesie' verwijzen, maar naar concepten die een sterke analogie ermee vertonen: 'vital feelings' (Wernicke 1906), 'Leibbewusstsein' (Jaspers 1913), 'Leibgefühlsstörungen' (Glatzel & Huber 1968).

De huidige categorale benadering in de DSM-IV-TR (APA 2000) van schizofrenie besteedt geen aandacht aan het voorkomen van stoornissen in coenesthesie bij schizofrenie. De coenesthetische symptomen worden op basis van deze indeling eerder in een later stadium geïnterpreteerd als somatische hallucinaties, wat de categorie paranoïde schizofrenie suggereert. De ICD-10 (WHO 1992) bevat een ongedetailleerde vermelding in de categorie 'other schizophrenia', eerdere edities niet.

De observatie en beschrijving van coenesthetische schizofrenie brachten Huber op het spoor van het concept 'basic symptoms' (Ebel e.a. 1989; Huber & Gross 1989). Huber observeert bij het coenesthetische type lang bestaande prodromen, die kunnen voorafgaan aan de eerste acute psychotische fase (Gross & Huber 2010). Behalve als prodromen kunnen ze ook voorkomen na de eerste psychotische manifestaties, in de postpsychotische basisstadia en als zuivere defectsyndromen (Gross & Huber 2010) en ze kunnen levenslang blijven bestaan.

Basic symptoms zijn door de persoon ervaren verstoringen op het niveau van de perceptie van de buitenwereld, lichaamsgevoel, cognitie, taal, motorische functies, wil, initiatief, energieniveau en stresstolerantie (Gross & Huber 2008). Volgens Huber weerspiegelen basic symptoms bijna de rechtstreekse organische basis voor schizofrenie, vandaar de term 'basic' (Lacluyse e.a. 2009). Het bijzondere aan basic symptoms is dat deze door de patiënten zelf beleefd en gemeld worden als deficiënties en verstoringen waaronder ze lijden. De aandacht voor basic symptoms is groeiende en veel-

belovend in wetenschappelijk onderzoek, diagnostiek, behandeling, vroegdetectie en preventie.

Prevalentie en verloop

Volgens Huber (1957) voldoet 18% van de 223 door hem onderzochte patiënten met schizofrenie aan de beschrijving van coenesthetische schizofrenie. Coenesthesieën komen ook voor bij andere vormen van schizofrenie. In de patiëntenpopulatie van Huber komen coenesthesieën voor bij 64% van de patiënten met chronische schizofrenie, een door Bleuler beschreven symptoomarme vorm van schizofrenie (Huber 1971).

Verder onderzoek naar de prevalentie van coenesthetische schizofrenie is beperkt. Bräunig e.a. (2000) suggereren een prevalentie van 6,25% bij 112 patiënten met schizofrenie, gediagnosticeerd volgens gestandaardiseerde criteria. In een onderzoek waarbij men met clusteranalyse een door lichamelijke sensaties overheerste subgroep van schizofrenie probeerde te identificeren worden 14 van 60 patiënten met acute paranoïde schizofrenie geselecteerd (Röhrich & Priebe 2002). Dit komt overeen met een prevalentie van 23,3%. In een Indiase studie onder 70 patiënten met paranoïde schizofrenie vonden de auteurs dat 40% van hen coenesthesieën vertoont tijdens of voor een acute psychotische fase (Rajender e.a. 2009). Beperkingen bij deze onderzoeken zijn de geringe steekproefomvang en de beperking tot paranoïde schizofrenie.

Prevalentiecijfers opgesplitst naar geslacht en leeftijd zijn schaars in de literatuur en beperken zich tot de klinische observatiegegevens van Huber (1971): coenesthetische schizofrenie komt meer voor bij mannen (25%) dan bij vrouwen (14%). De gemiddelde leeftijd waarop de coenesthetische symptomen zich manifesteren, bedraagt 31,4 jaar. De eerste diagnose van schizofrenie wordt gesteld op een gemiddelde leeftijd van 38,4 jaar (Huber 1971).

Bij 76% van de patiënten die Huber observeerde, wordt het verloop gekenmerkt door een chronisch-sluimerende aanvang. Tijdens een

ziekteverloop van gemiddeld 20 jaar bemerkt Huber dat bij 65% van de patiënten de aandoening evolueert naar een licht reststadium. Bij 15% ziet hij remissie en bij 20% ontstaat een chronisch persisterende psychose (Huber 1961; 1966; 1971).

DISCUSSIE

De door ons beschreven casus illustreert de diagnostische moeilijkheden. De DSM-classificatie geeft in het geval van onze patiënte weinig mogelijkheden tot specifieke diagnostiek. Eigenaardige lichamelijke sensaties leiden al snel tot het stellen van verschillende diagnosen (Jenkins & Röhrich 2007). Ze worden beschreven bij midde-engebruik, bijvoorbeeld mescaline, amfetamine, lsd, alcohol en atropine, en bij onthoudingsdelier na onttrekking van alcohol, benzodiazepines, hypnotica en analgetica (Somburg & Steinberg 2008). Coenesthetische symptomen komen verder ook voor bij neurologische aandoeningen zoals tumoren, vasculaire, traumatische en inflammatoire hersenaandoeningen (voornamelijk multiple sclerose) en de ziekte van Parkinson (Fénelon e.a. 2002). Ook bij neurodegeneratieve aandoeningen, aura van epilepsie en vroegkinderlijke hersenbeschadigingen kunnen coenesthesieën voorkomen (Somburg & Steinberg 2008).

Als opties in de differentiële diagnostiek vermelden we verder nog de psychotische stoornissen (schizofrenie, psychotische stoornis NAO, somatische waanstoornis), somatoforme aandoeningen (hypochondrie, pijnstoornis, dysmorphofobie), het syndroom van Münchhausen, monosymptomatische waanstoornis, schizotypische en schizoïde persoonlijkheidsstoornissen en vitale depressie (Jenkins & Röhrich 2007).

Volgens de conceptualisatie van de coenesthesiopathieën kan er sprake zijn van 'paracoenesthesiopathie'. Dit is een kwalitatieve verandering van het gevoel van lichamelijke existentie, veroorzaakt door aberrante lichamelijke sensaties (Blom e.a. 2010).

Op basis van het werk van Huber kan coenesthetische schizofrenie overwogen worden. Deze

diagnose sluit nauwkeurig aan bij het typische karakter van het ziektebeeld. We beschikken echter over onvoldoende gegevens om volgens bestaande criteria de diagnose van schizofrenie te stellen, los van de lichaamsgerelateerde symptomen. Argumenten die toch wijzen op schizofrenie zijn de aanwezige positieve symptomen in de vorm van achterdocht, somatische wanen en somatische hallucinaties. Negatieve symptomen zijn aanwezig in de vorm van afgevlakt gevoel, weinig mimiek, een arme belevingswereld met weinig fantasie en een stereotiep denkpatroon. De diagnose coenesthetische schizofrenie kan enkel gesteld worden als daarbuiten voldoende criteria aanwezig zijn voor schizofrenie, hoewel Huber aangeeft dat wellicht vooral mensen met latente schizofrenie aan deze symptomen lijden en de eerste psychotische symptomen pas op latere leeftijd tot uiting komen (Huber 1957b; 1990).

Neurobiologische verklaring

Verwijzingen naar een organische etiologie domineren in de literatuur, met Huber als belangrijke vertegenwoordiger. Huber suggereert dat het limbische systeem, het diëncefalon en de pariëtale regio's hierbij betrokken zijn, gezien hun rol bij de representatie van het lichaamsschema (Huber 1971). Hij ziet een significant verband tussen coenesthesieën en het klinische beeld bij disfunctie in de thalamus, gekenmerkt door hevige pijnen en abnormale waarneming van pijnprikkels. In zijn onderzoek stelt Huber vast dat van 59 patiënten met aandoeningen van de tussenhersenen 35% een stoornis in coenesthesie vertoont en 7% een psychotisch syndroom met vaak defecte en vegetatieve symptomen, zoals bij schizofrenie. Bij twee patiënten bestaat een beeld van coenesthetische schizofrenie na herstel van een halfzijdig neurologisch thalamussyndroom (Huber 1957a). Deze gegevens suggereren dat de coenesthetische symptomen bij schizofrenie voortkomen uit de activering van een primitieve, in de thalamus gelegen belevingsmodus.

Hubers bevindingen met pneumencefalografie tonen subcorticale atrofie in het gebied van de basale ganglia van de tussen- en eindhersenen (Huber 1957a; 1961). Dit resultaat wordt versterkt door de bevindingen bij elektro-encefalografie (eeg): die geeft een relatie weer tussen een bepaald reversibel actief basissyndroom door coenesthesieën en vegetatieve stoornissen enerzijds en abnormale ritmeactiviteit in de basale ganglia anderzijds (Huber & Penin 1968).

Vanuit deze bevindingen concludeert Huber niet alleen dat een organische hersengebonden stoornis voorkomt bij een gedeelte van de patiënten met schizofrenie, maar hij concludeert ook waar deze stoornis gelokaliseerd is. Deze groep van patiënten werden nog niet afzonderlijk onderzocht met functionele beeldvorming.

Invloed op de hedendaagse praktijk

Hubers werk is nog steeds een voorbeeld van een uitwerking van de descriptief-analytische methode die Karl Jaspers (1883-1969) heeft ontwikkeld en die hij heeft vastgelegd in zijn basiswerk *Die allgemeine Psychopathologie* (Jaspers 1913). Daarbij staat het door de patiënt subjectief ervaren symptomenbeeld centraal (Somburg & Steinberg 2008).

Opmerkelijk is dat deze patiënten, nog voor ze naar de psychiater worden verwezen, al andere medische specialisten hebben geraadpleegd (Bräunig e.a. 2000; Sommer e.a. 2005). Sommigen ondergaan zelfs chirurgie, doen aan zelfmedicatie of voeren specifieke rituelen uit om hun symptomen te verlichten. Coenesthetische symptomen kunnen zich al gemiddeld 7 (Huber 1971) tot 15 jaar (Bräunig e.a. 2000) voordoen voor de eerste manifestatie van schizofrenie. Ook zijn de typische symptomen van schizofrenie meestal beperkt tot korte psychotische episoden. Dit bemoeilijkt het stellen van een juiste diagnose. Zo wordt een somatoforme stoornis gediagnosticeerd of worden symptomen van pijn verkeerd behandeld (Huber 1996).

Ook semantiek is belangrijk. Een moeilijkheid bij het stellen van de diagnose is dat verschillende auteurs coenesthesie en coenesthesiopathie relateren aan verschillende nosologische concepten. Historisch gezien worden beide begrippen fenomenologisch verschillend benoemd (Jenkins & Röhrich 2007). In Anglo-Amerikaanse leerboeken komt coenesthetische schizofrenie niet ter sprake en worden fenomenen geclassificeerd als somatische hallucinaties of waanachtige perceptie. Dit leidt ertoe dat bij patiënten met opmerkelijke lichamelijke sensaties paranoïde schizofrenie wordt gediagnosticeerd (Röhrich & Priebe 2002).

Zoals ook bij de casus die wij beschreven, wijst klinische ervaring op relatieve resistentie tegen medicatie (Gross 2001; Jenkins & Röhrich 2007). Huber constateert gunstige resultaten met een combinatie van amitriptyline en thioridazine. Ook perazine en flufenazine kunnen hierbij gegeven worden (Huber 1971). In het verleden werden er verder gunstige resultaten geobserveerd met een combinatie van benzodiazepines (parenterale toediening) en een lage dosis neuroleptica (Smulevich e.a. 1979), atropinecomatherapie (Belokrylov 1986) en het antipsychoticum zotepine (Harada e.a. 1987).

Blom e.a. (2010) suggereren om in geval van langer bestaande medicatieresistente coenesthesiopathieën en/of aanwijzingen voor neurologische afwijkingen beeldvorming uit te voeren om onderliggende afwijkingen op te sporen. De behandeling is dan afhankelijk van de resultaten van het aanvullend onderzoek. Andere therapeutische mogelijkheden zijn echter onvoldoende onderzocht.

CONCLUSIE

Literatuuronderzoek toont een herwonnen belangstelling voor de stoornis van coenesthesie bij schizofrenie, waarvoor Huber een uitgebreid raamwerk leverde. De eigenheid in ontstaan en verloop van Hubers veronderstelde type maken het aanbevelenswaardig de diagnose van 'coenesthetische schizofrenie' op te nemen als subtype

binnen het spectrum van schizofrenie. Verder longitudinaal onderzoek naar andere kenmerken is noodzakelijk. De beschrijving moet verder gaan dan een loutere opsomming van geïsoleerde symptomen en dient een door de patiënt subjectief ervaren symptomenbeeld te omvatten. Verder onderzoek naar de etiopathogenese dient getoetst te worden aan Hubers bevindingen van een mogelijke organische basis.

Tot slot moet er gekeken worden naar de therapeutische mogelijkheden, waarbij het aanbevelenswaardig is verschillende benaderingen te integreren.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4de herz. druk. Washington: American psychiatric Association; 2000.
- Blom JD, Neven A, Aouaj Y, Jonker B, Hoek HW. De coenesthesiopathieën. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 695-703.
- Bräunig P, Krueger S, Rommel O, Börner I. Coenaesthetic schizofrenia. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2000; 151: 16-21.
- Belokrylov IV. The place of atropine coma therapy in the complex treatment of hypochondriacal schizofrenia (non-delusional hypochondriasis). *Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova* 1986; 86: 749-54.
- Corraze J. Schéma corporel et image du corps. Toulouse: Privat; 1973.
- Dupré E, Camus P. Les cénestopathies. *L'Encéphale* 1907; 2: 616-31.
- Ebel H, Gross G, Klosterkötter J, Huber G. Basic symptoms in schizophrenic and affective psychoses. *Psychopathology* 1989; 22: 224-32.
- Ey H. *Traité des hallucinations* (Vol. I en II). Paris: Masson; 1973.
- Fénelon G, Thobois S, Bonnet AM, Broussolle E, Tison F. Tactile hallucinations in Parkinson's disease. *J Neurol* 2002; 249: 1699-703.
- Freud S. The interpretation of dreams. In: Freud S, Strachey J, Freud A. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1955 (1900). Vol 5 pp 611ff.
- Glatzel J, Huber G. Zur Phänomenologie eines Typus endogener juvenil-asthenischer Versagenssyndrome. *Psychiat Clin* 1968; 1: 15-31.
- Gross G. Therapy of subclinical (subdiagnostic) syndromes of schizofrenia spectrum. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2001; 69: 95-100.
- Gross G, Huber G. Psychopathology of schizofrenia and brain imaging. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2008; 76: 49-56.
- Gross G, Huber G. The history of the basic symptoms concept. *Acta Clin Croat* 2010; 49: 47-59.
- Harada T, Otsuki S, Sato M, Wake A, Fujiwara Y, Kashiwara K, e.a. Effectivity of zotepine in refractory psychoses: possible relationship between zotepine and non-dopamine psychosis. *Pharmacopsychiatry* 1987; 20: 47-51.
- Huber G. Pneumencephalografische und Psychopathologische Bilder bei endogenen Psychosen. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie und Neurologie. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Heft 79; 1957a.
- Huber G. Die coenästhetische Schizofrenie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1957b; 25: 491-520.
- Huber G. Chronische Schizofrenie. Synopsis klinischer und neuroradiologischer Untersuchungen an defektschizophrenen Anstaltspatienten. Heidelberg: Hüthig; 1961.
- Huber G. Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1966; 43: 409-26.
- Huber G. Die coenästhetische Schizofrenie als ein Prägnanztyp schizophrener Erkrankungen. *Acta Psychiatr Scand* 1971; 47: 349-62.
- Huber G. Does symptomatic schizofrenia exist? *Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipzig)* 1990; 42: 11-24.
- Huber G, Gross G. The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. *Recenti Prog Med* 1989; 80: 646-52.
- Huber G, Gross G. Analogies of pain in schizophrenic and organic psychosyndromes. *Neurol Psychiatr Brain Res* 1996; 4: 81-6.
- Huber G, Penin H. Klinisch-electroencephalographische Korrelationsuntersuchungen bei Schizophrenen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1968; 36: 641-59.
- Hübner C. Caenesthesia. *Dissertatio inauguralis medica*. Halae: Typis Bathianis (onder begeleiding van Johann Reil); 1794.
- Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer; 1913.
- Jenkins G, Röhrich F. From cenesthesias to cenesthopathic schizofrenia: a historical and phenomenological review. *Psychopathology* 2007; 40: 361-8.
- Kato S, Ishiguro T. Clinical courses of hypochondriac-cenesthopathic symptoms in schizofrenia. *Psychopathology*. 1997; 30: 76-82.
- Lacluyse K, Wuyts PH, Van Bouwel L, McGuire PK, Peuskens J. Vroege opsporing en behandeling van psychotische aandoeningen: rationele en klinisch-diagnostische overwegingen. *Tijdschr Geneesk* 2009; 65: 923-8.
- Rajender G, Kanwal K, Rathore DM, Chaudhary D. Study of cenesthesias and body image aberration in schizofrenia. *Indian J Psychiatry* 2009; 51: 195-8.

- Röhrich F, Priebe S. Do cenesthesias and body image aberration characterize a subgroup in schizophrenia? *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105: 276-82.
- Röhrich F, Gudi A, Lewis-Fernández R. Medically unexplained physical symptoms masking (cenesthopathic) schizophrenia: a case series. *J Psychiatr Pract* 2010; 16: 258-64.
- Rubino IA, Ciani N. A multivariate exploration of basic symptoms. *Psychopathology* 2002; 35: 267-271.
- Schneider K. *Klinische Psychopathologie. Vierte erweiterte Auflage der Beiträge zur Psychiatrie.* Stuttgart: Thieme; 1955.
- Smulevich AB, Basov AM, Dubnitskaia EB, Izmailova LG. Psychopharmacotherapy of slowly progressive hypochondriacal schizophrenia. *Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova* 1979; 79: 1583-7.
- Soenen S. 'Schizofrenie en lichaamsbeleving': theoretische verheldering en gevalsstudie bij jongvolwassenen vanuit psychodynamisch perspectief. Leuven; 2002.
- Somburg O, Steinberg H. Cenesthetic schizophrenia by Huber: 50 years of a concept. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2008; 76: 413-20.
- Sommer I, Sierink H, Bloemkolk D, Selten J. Bizarre lichamelijke klachten als uiting van een schizofrene stoornis. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2005; 149: 217-20.
- Starobinski I. A short history of bodily sensation. *Psychol Med* 1990; 20: 23-33.
- Thiele W. Nature of body-feeling disorders in schizophrenics. *Fortschr Neurol Psychiatr Grenzgeb* 1971; 39: 279-86.
- Watanabe H, Takahashi T, Tonoike T, Suwa M, Akahori K. Cenesthopathy in adolescence. *Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 57: 23-30.
- Wernicke C. *Grundriss der Psychiatrie.* Leipzig: Thieme; 1906.
- World Health Organisation. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders.* Geneva: WHO; 1992.

AUTEURS

TOM UYTENDAELE was tijdens het schrijven van dit artikel arts in opleiding tot psychiater in het Universitair Centrum Sint-Jozef te Kortenberg, afdeling ouderenpsychiatrie.

FILIP BOUCKAERT is als ouderenpsychiater verbonden aan de afdeling Ouderenpsychiatrie van het Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven, campus Kortenberg.

Correspondentieadres: Tom Uyttendaele, Britse Lei 94/42, 2000 Antwerpen, België.

E-mail: tomuyttendaele@gmail.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-11-2011.

SUMMARY

Cenesthetic schizophrenia revisited – T. Uyttendaele, F. Bouckaert –

BACKGROUND In 1957 Huber introduced the concept ‘cenesthetic schizophrenia’, a subtype of schizophrenia that is characterised primarily by aberrant bodily sensations. Clinical practice shows that patients with schizophrenia frequently suffer from disturbed bodily sensations. Nevertheless, the current ICD-10 en DSM-IV classifications pay hardly any attention to symptoms of this kind.

AIM To describe the characteristics of cenesthetic schizophrenia.

METHOD We obtained background information from historical literature and the PubMed database. We also report a case-study in which a patient experienced atypical physical symptoms which closely resembled those that characterised Huber’s cenesthetic schizophrenia.

RESULTS Huber’s description led to new insights into the development and course of schizophrenia where the main focus was on the patient’s subjectively experienced symptomatology. Both the background literature and the case-study show that the time has come for a revaluation of cenesthetic schizophrenia.

CONCLUSION We recommend that cenesthetic schizophrenia be included as a subtype within the spectrum of schizophrenia. Further longitudinal research is needed into other characteristics of this type of schizophrenia, its etiopathogenesis and the currently available therapeutical options.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)7, 593-602]

KEY WORDS cenesthetic schizophrenia, cenesthopathic schizophrenia, cenesthesia, cenesthopathy