

Schizofreniforme stoornis volgens DSM-III-R: klinische consequenties van een (sub)classificatie

door R.E. Breuk en W. van Tilburg

Samenvatting

In dit artikel staat de klinische relevantie van de DSM-III-R-(sub)diagnose 'schizofreniforme stoornis met goede prognostische kenmerken' ter discussie. Aan de hand van een casus en literatuur wordt betoogd dat deze subclassificatie ook klinische consequenties heeft voor de patiënt: een gunstiger beloop dan schizofrenie, mogelijk andere medicatie (lithium naast antipsychotica) en preciezer uitspraken over de toekomstverwachting van de patiënt bij het voorlichten.

Zeker als rekening gehouden wordt met de klinische beperkingen van het wetenschappelijke classificatiesysteem DSM-III-R, is het stellen van de As I-diagnose 'schizofreniforme stoornis met goede prognostische kenmerken' klinisch relevant.

Grenzen van de DSM-classificatie

De DSM-III en DSM-III-R zijn in korte tijd zeer populair geworden in gebruik, zo populair dat vaak ten onrechte van 'DSM-III-diagnoses' gesproken wordt (Van Tilburg 1990). Belangrijk is het te beseffen dat het DSM-classificatiesysteem twee 'broodheren' dient: het op een wetenschappelijk verantwoorde wijze classificeren van psychiatrische stoornissen enerzijds en het rangschikken van psychiatrische symptomen, om te komen tot klinische diagnoses, anderzijds. Wetenschap en kliniek kunnen, maar hoeven niet in elkaars verlengde te liggen (Frances e.a. 1990). Zo vrezen sommigen dat de wetenschappelijke classificatietrein, met de aanstaande publikatie van de DSM-IV, aan klinische psychiaters voorbij raast (Zimmerman e.a. 1991).

De huidige belangstelling voor nosologie en diagnostiek middels classificatiesystemen als DSM-III-R staat in schril contrast met de desinteresse voor nosologie van met name de Amerikaanse collega's van voor de Tweede Wereldoorlog. Onder druk van statistici en sociale wetenschappers werd van 1918 tot 1942 door klinici slechts spaarzaam gebruik gemaakt van het 'Statistical Manual for use of Institutions of the Insane'.

Pas na WO II werd door vooral buiten de kliniek werkzame psychiaters gewezen op het belang van diagnostiek, hetgeen uiteindelijk in 1952 uitmondde in de DSM-I. Bij de invoering zei G.N. Raines, voorzitter van de APA: 'accurate diagnosis is the keystone of appropriate treatment', maar hij zei tegelijkertijd over de diagnostische criteria dat ze 'sufficiently flexible and inclusive to permit introduction of new and original ideas' waren (Grob 1991). Deze laatste uitspraak lijkt een andere geest te ademen dan de komende DSM-IV; Frances e.a. (1991): 'The spirit of DSM-IV will be conservative'.

Birley (1990) gaat ver in zijn kritiek op de onbuigzame DSM-III-R, door ze een 'essentialistische wolf in nominalistische schaapskleren' te noemen. Daarmee bedoelt hij te zeggen dat de DSM-III-R beweert atheoretisch te zijn, maar dat minder zichtbaar het ideaal van de ziekte-eenheid gehanteerd wordt (bepaalde oorzaak, beloop en behandeling). Deze categoriale ziekte-entiteiten zijn volgens Birley niet conform de klinische werkelijkheid, maar bewerkstelligen wel dat bepaalde invalshoeken, zoals die van de sociale psychiatrie, niet meer in zicht komen. Hij pleit voor 'all sorts of hypotheses rather than defining entities'.

Rosenberg (1991) heeft kritiek op de te eenzijdige empirische achtergrond van de huidige psychiatrie. Hierdoor worden 'ontologische' kwesties buiten beschouwing gelaten. Bovendien laat deze instelling weinig ruimte voor de hermeneutische traditie van de psychiatrie, hetgeen vooral ten koste gaat van de psychodynamisch georiënteerde theorieën. Ten slotte vindt zij het zuiver empirische standpunt, vooral te vinden bij de neokraepelianen, klinisch niet houdbaar.

Van Tilburg (1990) wijst erop dat te eenzijdig gebruikte classificatie leidt tot reïficatie. Classificatie is vooral bedoeld voor de descriptieve fase, fase 1, van onderzoek. Pathogenetische kwesties komen meer in een tweede fase aan de orde. Hoewel psychiatrie als jonge wetenschap veel behoefte heeft aan fase 1-onderzoek, sluit deze fase niet naadloos aan op fase 2.

Als men alle voorafgaande opmerkingen en kanttekeningen leest, vraagt men zich af of diegenen die rechtstreeks betrokken waren bij de conceptie van de DSM-III-R, oog hebben gehad voor haar blinde vlekken.

Frances e.a. (1990), nauw betrokken bij de DSM-IV task force, doen in een artikel de volgende uitspraken: 'The concept of the mental disorder is like other concepts in medicine and science failing to have a clear and consistent definition' en een 'reductionistic anachronism of mind body dualism'. Ze wijzen erop dat het atheoretische concept van de DSM-IV vooral minder ruimte laat voor diagnostiek vanuit psychodynamisch of gezinskader. Bovendien doet de huidige categoriale indeling discontinuïteit vermoeden, daar waar in de klinische werkelijkheid geen scherpe grenzen te trekken zijn. Verder wordt erop gewezen dat wetenschappelijke criteria vooral discriminerend ten opzichte van andere ca-

tegorieën moeten zijn, terwijl klinische criteria vooral volledig moeten zijn.

Kendler (1990) schrijft in een pleidooi voor de wetenschappelijke nosologie dat aan toename van wetenschappelijkheid ook nadelen verbonden zijn. Als één van de nadelen noemt hij uitsluiting van historische traditie, klinische ervaring en vruchten van psychiatrisch moeilijk wetenschappelijk onderzoek (vooral 'intrapsychische' kennis). Bovendien wijst hij erop dat de empirie nooit fundamentele wetenschappelijke vragen kan beantwoorden. Belangrijke vragen hebben verschillende wetenschappelijk verantwoorde antwoorden. Volgens Kendler is het aan deskundigen deze alternatieven helder voor te leggen (advisory) en niet één alternatief te bepleiten (advocacy), om schijnwetenschap te vermijden.

Als men al deze kritiek op de DSM-III-R leest, zou men haast vergeten dat in de klinische praktijk vooral de As I van deze classificatie desondanks een zeer belangrijke rol kan spelen. Daarom willen we nu overgaan naar de klinische praktijk van alle dag en een casus presenteren, waarbij ons diagnostisch doel zal zijn tot een 'As I-diagnose' te komen. Op de hierboven genoemde kritiek komen we aan het eind van dit artikel terug.

Casusbespreking

De patiënt is 48 jaar, gehuwd en heeft één kind. Tot twee maanden voor opname functioneerde hij goed, zowel thuis als op het werk. Contacten met partner en kind verliepen naar wens; er waren en zijn enkele relaties van betekenis. Wel was het de laatste maanden erg druk op het werk en speelde er de laatste jaren een hoog oplopend conflict met collega's.

Twee maanden voor opname kreeg hij het gevoel dat andere mensen over hem spraken. Enkele weken voor opname begon hij stemmen te horen. Deze stemmen waren afkomstig van meerdere personen. Hij hoorde hen praten over zichzelf en zijn familie (in de derde persoon) en commentaar geven op het handelen. De stemmen werden via de oren gehoord (hij deed eenmaal watten in de oren). Bovendien meende hij dat zijn gedachten bij anderen bekend waren ('gedachtenuitbreiding') en dat hij soms zijn gedachten kon horen ('gedachten luid-worden'). De gedachten konden niet beïnvloed worden en er konden geen gedachten geïmplanteerd worden. Hij had niet de indruk dat anderen hem konden beïnvloeden (beïnvloedingswanen), maar wel dat anderen hem wilden pesten, door bij voorbeeld een steen door de ruit te werpen (betrekkings-ideeën). Hij was van deze laatste ideeën niet helemaal overtuigd. Bij het ontstaan van de klachten was de stemming ongestoord. Bij opname vertoonde patiënt noch tekenen van maniforme ontremming (eufore stemming; versnelde, verhoogd associatieve gedachten), noch van een depressie. Dit was opmerkelijk, omdat hij in de jaren zeventig wel tweemaal

opgenomen was met een maniforme ontremming (in 1973 en 1978).

Na opname werd patiënt ingesteld op antipsychotica (broomperidol 2 x 5 mg), waarna zowel hallucinaties als betrekkingsideeën verdwenen. Toen na één maand de antipsychotica gestopt werden, recideerden de hallucinaties, zodat weer begonnen moest worden met antipsychotica. Twee maanden na opname ging hij weer regelmatig naar huis, hetgeen moeizamer verliep dan hij gehoopt had. Hij voelde zich onzeker en twijfelde over de toekomst. Dit hing nauw samen met de schrik over de ernstige psychose, zeker omdat hij zich volledig bewust was van het feit psychotisch geweest te zijn. Hij vroeg één van ons (R.B.) welke ziekte hij had en wat zijn toekomstverwachtingen waren. Dit vooral omdat een familielid rondom dezelfde leeftijd psychiatrisch ziek geworden was en toen chronisch patiënt werd. Hoewel hij naar huis bleef gaan en weer sociale contacten aanging, werd de stemming meer somber. Drie maanden na opname ontstonden geleidelijk ook andere tekenen van een depressie (interesseverlies, slapeloosheid, vermoeidheid, besluiteloosheid en remming) en vitale kenmerken (dagschommeling en vroeg ontwaken). Er werd toen geconcludeerd tot een depressief syndroom na een psychose en gestart met antidepressiva (fluvoxamine 150 mg). Hij herstelde van de depressie en werd niet lang daarna definitief ontslagen.

Tot zover de anamnese. Van belang is nog dat hij, ook tijdens de depressie, geen vlakke indruk maakte: hij was gevoelig en kon deze gevoelens ook tonen, hij kon verdrietig zijn of soms irritaties uiten.

Diagnostische overwegingen

Uitgaande van tabel 1 kunnen vier diagnoses snel uitgesloten worden. Ten eerste werden geen aanwijzingen voor een organische hallucinose gevonden, ten tweede mogen bij een waanstoornis wel hallucinaties voorkomen, maar niet op de voorgrond staan, ten derde valt de kortdurende reactieve psychose af door de termijn van de psychotische symptomatologie en ten slotte vervalt de dissociatieve stoornis door de echtheid van de hallucinaties en het ontbreken van dissociatieve trekken.

Vervolgens resteren vier diagnoses, die gezamenlijk één spectrum

Tabel 1: Differentiaal diagnostische overwegingen volgens DSM-III-R

-
- | | |
|----|--------------------------------|
| 1. | organische hallucinose |
| 2. | schizofrenie |
| 3. | waanstoornis |
| 4. | kortdurende reactieve psychose |
| 5. | schizofreniforme stoornis |
| 6. | schizoaffectieve stoornis |
| 7. | bipolaire stoornis |
| 8. | dissociatieve stoornis |
-

vormen: schizofrenie... schizofreniforme stoornis... schizoaffectieve stoornis... affectieve stoornis (bipolair).

Bij betrokken patiënt is het moeilijk om een (schizo)affectieve stoornis uit te sluiten, omdat hij én een bipolaire stoornis in de voorgeschiedenis heeft én drie maanden na opname een depressie ontwikkelt. Toch moet een schizoaffectieve stoornis uitgesloten worden, omdat er gelijktijdig met de psychose geen stemmingsstoornis is, hetgeen voorwaarde is voor deze diagnose(s): de depressie ontstaat enige maanden ná de psychose.

Resteert de differentiatie tussen schizofrenie en schizofreniforme stoornis.

Er zijn duidelijke karakteristieke psychotische symptomen, die voldoen

Tabel 2: Schizofreniforme stoornis volgens DSM-III-R

-
- A. Voldoet aan criteria A en C van schizofrenie¹
 - B. Een episode van de aandoening (met prodromale en actieve fases en defect toestand) duurt minder dan zes maanden. (Als de diagnose gesteld moet worden zonder te kunnen wachten op het te verwachten herstel, moet deze als 'voorlopig' worden aangeduid.)
 - C. Voldoet niet aan de criteria van kortdurende reactieve psychose en er kan niet worden aangetoond dat een organische factor de stoornis heeft veroorzaakt en in stand hield.
-

Specificeer: *zonder gunstige prognostische kenmerken*
 of

met gunstige prognostische kenmerken

 dat wil zeggen ten minste twee van de volgende:

1. begin van duidelijke psychotische verschijnselen binnen vier weken na de eerste waarneembare verandering in het normale gedrag of functioneren.
 2. verwarring, desoriëntatie of verbijstering tijdens het hoogste punt van de psychotische periode.
 3. het premorbide sociaal en beroepsmatig functioneren was goed.
 4. afwezigheid van een afgestompt of vlak affect.
-

1. Criterium A van schizofrenie betreft de psychotische symptomen in de actieve fase, terwijl criterium C de uitsluiting van een (schizo)affectieve stoornis is.

aan schizofreniecriterium A:

akoestische hallucinaties die commentaar geven op handelen en gedrag

akoestische hallucinaties bestaande uit meerdere stemmen

'gedachtenuitbreiding'

'gedachten luid-woorden'

Toch moet ook schizofrenie uitgesloten worden, omdat het premorbide niveau goed was én de duur van de ziekteperiode korter is dan zes maanden.

den. Dus wordt als diagnose schizofreniforme stoornis gesteld. Vervolgens moet verder gespecificeerd worden: met of zonder gunstige prognostische kenmerken. Gezien het goede premorbide niveau, en de afwezigheid van afgestompt of vlak affect werd de diagnose definitief gesteld op schizofreniforme stoornis met gunstige prognostische kenmerken.

Na veel overwegingen werd uiteindelijk de diagnose gesteld. De patiënt in kwestie is geschrokken van deze ernstige psychose en wil graag zijn diagnose en toekomstverwachting weten. Intussen kunnen we de diagnose vertellen, maar voor meer duidelijkheid over de toekomst zullen we eerst de literatuur over de 'schizofreniforme stoornis' moeten bestuderen.

Onderzoek over de schizofreniforme stoornis

De diagnose schizofreniforme stoornis is voor het eerst gebruikt door Langfeldt in 1937 (Kaplan en Sadock 1989). Deze beschreef de diagnose voor ernstige psychosen, die leken op schizofrenie, maar zich onderscheidden door een acuut begin van de symptomen, de aanwezigheid van affectieve kenmerken, een goed premorbide functioneren en volledige genezing. Het duurde tot 1980 bij de publikatie van de DSM-III eer de schizofreniforme stoornis toegelaten werd tot de DSM-classificatie, in de DSM-I en -II wordt de diagnose niet genoemd. In de DSM-III (1980) onderscheidt de schizofreniforme stoornis zich alleen van schizofrenie door de duur van de aandoening; duren prodromale fase, actieve fase en defecttoestand korter dan zes maanden, dan spreekt men van schizofreniforme stoornis, anders van schizofrenie. Vanaf de DSM-III-R (1987) moet de schizofreniforme stoornis gespecificeerd worden in met of zonder gunstige prognostische kenmerken. Vanaf de invoering van de diagnose schizofreniforme stoornis vragen onderzoekers zich af of deze diagnose bestaansrecht heeft en hoe zij dan ingedeeld moet worden: bij schizofrenie of bij affectieve stoornissen (Kaplan en Sadock 1989). Het grootste onderzoek betreft een studie van Coryell en Tsuang (1982) met ruim 650 patiënten. Zij concluderen dat de schizofreniforme stoornis zich zowel in korte-termijnbeloop als in familieanamnese onderscheidt van zowel schizofrenie als affectieve stoornissen, waarbij de schizofreniforme stoornis meer lijkt op schizofrenie. In een vervolgstudie van deze auteurs (1986) wordt een veertigjarige follow-up gedaan van betrokken patiënten betreffende huwelijk, wonen, werk en psychiatrische symptomen. De tussenpositie van de schizofreniforme stoornis (tussen schizofrenie en affectieve stoornis) wordt bevestigd, hoewel het verschil tussen de schizofreniforme stoornis en schizofrenie alleen voor de huwelijksstatus significant is. In twee kleinere studies van respectievelijk Targum (1983) en Beiser e.a. (1988) wordt de visie van Coryell en Tsuang bevestigd; Weinberger (1982) vindt in een vergelijkend

de studie tussen CT-scans van patiënten met schizofrenie, schizofreniforme stoornis en affectieve stoornis geen onderscheid tussen schizofrenie en schizofreniforme stoornis, terwijl Fogelson (1982) in een studie van zes patiënten met een schizofreniforme stoornis concludeerde dat de stoornis ingedeeld moet worden bij de affectieve stoornissen.

Het nadeel van bovengenoemde studies is dat de meeste studies niet zoals in de DSM-III-R onderscheid maken tussen de schizofreniforme stoornis met en zonder gunstige prognostische kenmerken. Slechts twee studies zeggen iets over dit onderscheid, die van Targum (1983) en die van Beiser e.a. (1988). Targum bestudeerde de neuro-endocriene dysfuncties middels de TRH- en DST-test bij 144 patiënten met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis. De patiënten met een schizofreniforme stoornis met een goede prognose leken wat betreft testuitkomsten meer op de groep met een affectieve stoornis, terwijl de patiënten met een schizofreniforme stoornis met een slechte prognose meer leken op de schizofrene groep. De tweede studie, die van Beiser e.a., onderzocht 159 patiënten die een psychose gedurende een onderzoeksperiode doormaakten. Bij patiënten met een schizofreniforme stoornis met een goede prognose waren er beter As V-scores (maat in de DSM-III-R voor sociaal functioneren en klachtenniveau) en vaker afwezigheid van vlak affect dan bij patiënten met schizofrenie of een schizofreniforme stoornis met een slechte prognose. Deze laatste twee kwamen overeen betreffende As V-scores en vlak affect. Patiënten met een schizofreniforme stoornis met een goede prognose kwamen overeen met die met een affectieve stoornis; na 18 maanden functioneerde de eerste groep zelfs beter dan de affectieve groep.

Een ander artikel dat van belang is voor de discussie over de schizofreniforme stoornis draagt de veelbelovende titel 'Langfeldt's Schizofreniform Psychoses Fifty Years Later' (Bergem e.a. 1990). In dit artikel wordt de oorspronkelijk door Langfeldt gebruikte casuïstiek, die de grondslag legde voor zijn categorie 'schizofreniforme stoornis', opnieuw beschouwd. Zijn casuïstiek bestond uit 100 gevallen die hij 'typisch schizofrenie' en 100 gevallen die hij 'mogelijk schizofrenie' vond. De groep 'mogelijk schizofrenie' wordt in het artikel nader belicht. Zelf deed Langfeldt beloopstudies, waarbij hij 45 van de 100 ('mogelijk schizofreen') uiteindelijk 'schizofreen', en 55 van de 100 'schizofreniform' noemde. Deze indeling kwam overeen met een slechte respectievelijk goede prognose. Bij opnieuw bestuderen van de casuïstiek vijftig jaar later en diagnostiek volgens DSM-III-R blijkt dat de 45 'uiteindelijk schizofrenie' ook volgens de huidige diagnostiek als 'schizofrenie' gediagnostiseerd zouden worden, maar dat de 55 'schizofreniforme psychoses' volgens de huidige diagnostiek 'affectieve stoornissen' zouden worden. Bergem e.a. concluderen dan ook dat er op basis van de casuïstiek van Langfeldt geen basis is voor de term 'schizofreniform'.

In Nederland is Slooff de belangrijkste auteur over beloop van schi-

zofrenie en verwante stoornissen, hoewel er ons geen artikelen van hem bekend zijn over de 'schizofreniforme stoornis' als apart diagnostisch begrip. Wel besteedt hij aandacht aan het onderscheid tussen schizofrenie en 'reactieve psychosen' (Slooff 1984) en schizofrenie en schizoaffectieve stoornissen (Slooff 1988). In zijn proefschrift (1984) definieert hij 'reactieve psychosen' volgens de ICD-9, die daarin gedefinieerd worden als 'niet affectieve functionele psychosen' te onderscheiden van schizofrenie, paranoïde stoornissen en affectieve psychosen. Onder 'reactieve psychosen' zou ook de schizofreniforme stoornis volgens de DSM-III-R vallen. Hij concludeert dat schizofrenie een veel ongunstiger beloop heeft dan de 'reactieve psychosen': een sluipend begin, een meer recidiverend en/of chronisch beloop en vaker persoonlijkheidsverandering. Tegelijkertijd komt hij tot de conclusie dat 'reactieve psychose' in zijn proefschrift als apart begrip niet gevalideerd kan worden en dat er geen aanwijzingen zijn voor specifieke, pathognomisch te onderscheiden symptomen. Bovendien zijn er binnen de kliniek prospectief moeilijk uitspraken te doen over het beloop van een psychose van een individuele patiënt. In 1988 herhaalt Slooff zijn conclusie dat er geen valide diagnostische concepten zijn voor subtypes van schizofrenie psychosen (zoals bij voorbeeld schizoaffectieve, hysterische of schizofreniforme psychosen). Wel zijn een goede premorbide persoonlijkheid en sociale aanpassing, een acuut begin en een korte ziekteduur gunstige prognostische kenmerken.

Wat kan nu uit bovenstaande studies geconcludeerd worden? De meerderheid van de studies ondersteunen de visie dat de schizofreniforme stoornis een te onderscheiden stoornis is, terwijl er verschil van mening blijft of deze stoornis geplaatst moet worden bij de schizofrenie of affectieve groep. Een onderscheid binnen deze categorie lijkt volgens de ons bekende artikelen van belang: een slechte prognose wijst meer op schizofrenie, terwijl een goede prognose meer op een affectieve stoornis wijst, waarbij de vraag blijft of schizofreniforme stoornis met respectievelijk slechte en goede prognose niet uiteindelijk subcategorieën blijken van respectievelijk schizofrenie en affectieve stoornis, zoals Bergem e.a. (1990) concludeert.

De indeling van de schizofreniforme stoornis bij de schizofrenie of de affectieve stoornis is niet alleen van belang voor de prognose, maar ook voor de medicatie. Hoewel antipsychotica in de acute fase niet omstreten zullen worden, pleiten onderzoekers die de stoornis indelen bij schizofrenie ook voor antipsychotica op de langere termijn (Coryell en Tsuang 1986), terwijl indeling bij affectieve stoornis eerder een pleidooi oplevert voor lithium of carbamazepine (Fogelson e.a. 1982).

In dit artikel hebben we nu de symptomatologie van een patiënt beschreven, waarvan we aannemelijk gemaakt hebben dat deze symptomatologie volgens de DSM-III-R op As I benoemd wordt als 'schizofreniforme stoornis met goede prognostische kenmerken'. Voorafgaand

hebben we stilgestaan bij de klinische beperkingen of begrenzings van de DSM-III-R, en bij de stand van zaken in de literatuur met betrekking tot de diagnose 'schizofreniforme stoornis'. We zullen in het laatste deel van het artikel vanuit de patiënt en de klinische praktijk de relevantie van de DSM-III-R-diagnose 'schizofreniforme stoornis' in het bijzonder en de DSM-III-R in het algemeen beschouwen.

Beschouwing

De in dit artikel gepresenteerde patiënt wordt volgens de DSM-III-R op As I gediagnostiseerd als lijdende aan een 'schizofreniforme stoornis met goede prognostische kenmerken'. Door de precies omschreven criteria van de DSM-III-R komen we bij deze ernstige psychose niet tot de diagnose 'schizofrenie'. Dit heeft voor de betrokken patiënt belangrijke consequenties, aangezien schizofrenie een beduidend slechtere prognose heeft dan de schizofreniforme stoornis met goede prognostische kenmerken. Dat we preciezer uitspraken kunnen doen over de prognose van deze stoornis, hangt samen met de door het DSM-systeem geïnspireerde onderzoek naar de precieze plaats van stoornissen op de as schizofrenie – affectieve stoornis.

Voor de 'schizofreniforme stoornis' wijzen de studies van Targum (1983) en Beiser e.a. (1988) erop dat het onderscheid tussen een goede en een slechte prognose zinvol is. Mogelijk zullen toekomstige studies uitwijzen dat de schizofreniforme stoornis met goede prognostische kenmerken ingedeeld moet worden bij de affectieve stoornissen, terwijl slechte prognostische kenmerken leiden tot indeling binnen het 'schizofreniespectrum'. Behalve voor de prognose is deze indeling ook van belang voor de keuze van medicatie: is er naast antipsychotica ook plaats voor lithium en carbamazepine?

Een diagnose stellen op de As I- van het DSM-III-R-systeem geeft niet alleen richting aan vragen over prognose en medicatie, maar speelt een belangrijke rol bij het geven van voorlichting. Terecht beweert Van Meer (1986) dat goede voorlichting een integraal onderdeel van de behandeling behoort te zijn. Atkinson (1989) pleit om een aantal redenen voor het wél mededelen van ernstige psychiatrische diagnoses, zoals schizofrenie. Het feit dat de patiënt de diagnose vroeger of later – en dan misschien volstrekt onvoorbereid – toch wel te weten komt, pleit er sterk voor om als arts de patiënt zelf de diagnose te vertellen. Ook het alleen vertellen van de diagnose aan familieleden wordt door Atkinson afgewezen, omdat dat wantrouwen kan bewerkstelligen tussen patiënten en hun familie en de familie ertoe aan kan zetten om oneerlijk tegen de patiënt te zijn. Hoe men ook denkt over de mate van detaillering van diagnostische informatie, iedereen zal het belangrijk vinden om zo betrouwbaar mogelijke informatie over de diagnose te geven en daarbij lijkt het DSM-systeem een belangrijk hulpmiddel geworden.

Uit bovenstaande kunnen we concluderen dat de DSM-III-R in de klinische praktijk van alledag voor arts en patiënt haar vruchten afwerpt. Toch is het belangrijk te bedenken dat het stellen van een 'As I-diagnose' zijn grenzen heeft. In het begin van dit artikel hebben we een aantal auteurs over de grenzen van de DSM-classificatie aan het woord gelaten. Hierop willen we nu terugkomen en ons afvragen wat deze grenzen betekenen voor (de As I-diagnose van) de hierboven beschreven patiënt.

Frances e.a. (1990) stelde al dat een classificatiesysteem een discontinuïteit veronderstelt, terwijl klinische beelden continue overgangen vormen. Bij deze patiënt stelden we de diagnose volgens de DSM-III-R op schizofreniforme stoornis, terwijl er tweemaal in de voorgeschiedenis een maniforme ontremming was die op de As I nu niet terug te vinden zijn. In de klinische praktijk zien we vaker overgangsvormen op de as schizofrenie – affectieve stoornis. Verder zei Frances dat de DSM-III-R minder ruimte laat voor klinische ervaring. Zo zegt de As I-diagnose wel iets over de prognose, maar moet deze algemene epidemiologie individueel vertaald worden. Bij een individuele prognose speelt een klinische indruk een belangrijke rol. Hierbij stelt men vragen als: hoe levendig is de patiënt in contact (vlak affect?), is hij in staat adequaat emoties te bespreken, is er met de persoon in kwestie te spreken over de psychiatrische problemen en is er bereidheid om medicatie te nemen. De betrokken patiënt was levendig, open en vriendelijk en bereid om de psychiatrische problemen te bespreken en medicatie te gebruiken. Dit beïnvloedt de prognose van de patiënt in gunstige zin.

Kendler (1990) gaf aan dat de DSM-III-R minder ruimte laat voor psychodynamisch en gezinsgeoriënteerde invalshoeken. Boven genoemde patiënt had bij voorbeeld sensitieve karaktertrekken, hetgeen onder andere inhield dat de arts zich voorzichtiger en zorgvuldiger dan gemiddeld moest opstellen, om betrokkene niet onnodig te kwetsen en daarmee de therapeutische relatie nadelig te beïnvloeden. Ook geeft de DSM-diagnose geen richting aan de vraag of de echtgenoot niet, incidenteel of intensiever bij de behandeling betrokken moet worden. Bij deze patiënt had het niet intensief inschakelen van de echtgenote het herstel en het weer naar huis gaan zeker negatief beïnvloed.

Birley (1990) mist aanknopingspunten voor sociale psychiatrie. En inderdaad zal de ook As IV en V geen antwoord geven op vragen als: wanneer ontslag, moet de patiënt eerst in dagbehandeling en hoe intensief moet de nazorg zijn.

Ten slotte geeft Rosenberg aan dat er binnen de DSM-III-R geen ruimte is voor 'ontologische' kwesties. Zo is bij deze patiënt de betekenis van het hebben van een psychiatrische ziekte nauw verbonden met het beloop van de psychiatrische stoornis van het familielid. Bespreking hiervan was voor patiënt van belang om een eigen visie te krijgen op zijn eigen psychiatrische diagnose. Een As I-diagnose betekent voor de één iets geheel anders dan de ander.

We concluderen dat het stellen van een As I-diagnose volgens de DSM-III-R belangrijke klinische consequenties heeft. Bij het stellen van de diagnose 'schizofreniforme stoornis met goede prognostische kenmerken' betekent het een gunstiger beloop dan 'schizofrenie' en de overweging om betrokken patiënt met bij voorbeeld lithium te behandelen. Ook in het voorlichten van de patiënt zijn een zorgvuldige As I-diagnostiek en daarmee preciezere uitspraken over zijn toekomstverwachting van belang. Daarmee zijn we echter niet klaar.

Nadat we dit gezegd hebben is het daarnaast van belang om oog te houden voor de grenzen van het DSM-bereik: klinisch zijn psychiatrische ziektes niet zo discontinu als een classificatiesysteem wenselijk acht; binnen de DSM is een compromis gesloten tussen wetenschappelijke classificatie en klinische praktijk, hetgeen een verlies oplevert van klinische detaillering. Voor 'harde psychiatrische' diagnostiek is in de DSM meer ruimte dan voor psychodynamische en/of systemische invalshoeken en ten slotte laat de DSM met haar empirische achtergrond weinig ruimte voor betekenisgeving.

Juist als men zich als clinicus rekenschap geeft van bovengenoemde grenzen van het DSM-classificatiesysteem, zal een As I-diagnose zinvol in de praktijk gebruikt kunnen worden en is de schizofreniforme stoornis een klinisch bruikbare (sub)classificatie.

Literatuur

- Atkinson, J.M. (1990), To tell or not to tell the diagnosis of schizophrenia. *Journal of Medical Ethics* 15, 21-24.
- Beiser, M., e.a. (1988), Refining the Diagnosis of Schizophreniform Disorder. *American Journal of Psychiatry* 145, 695-700.
- Bergem, M.A.L., e.a. (1990), Langfeldt's Schizophreniform Psychoses fifty years later. *British Journal of Psychiatry* 157, 351-354.
- Birley, J.L.T. (1990), DSM III: From left to right or from right to left? *British Journal of Psychiatry* 157, 116-118.
- Coryell, W., en M.T. Tsuang (1982), DSM III Schizophreniform Disorder, Comparisons with schizophrenia and affective disorder. *Archives of General Psychiatry* 39, 66-69.
- Coryell, W., en M.T. Tsuang (1986), Outcome after 40 years in DSM III Schizophreniform Disorder. *Archives of General Psychiatry* 43, 324-328.
- Fogelson, D.L., e.a. (1982), A study of DSM III Schizophreniform Disorder. *American Journal of Psychiatry* 139, 1281-1285.
- Frances, A., e.a. (1990), DSM IV: Work in Progress. *American Journal of Psychiatry* 147, 1439-1448.
- Grob, G.N. (1991), Origins of DSM I: A study in appearance and reality. *American Journal of Psychiatry* 148, 421-431.
- Kaplan, H.I., en B.J. Sadock (1989), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, fifth edition. Williams & Wilkins, Baltimore, 837-842.
- Kendler, K.S. (1990), Towards a Scientific Psychiatric Nosology. Strengths and Limitations. *Archives of General Psychiatry* 47, 969-973.

- Meer, R. van (1986), Steunende gezinsbegeleiding bij schizofrenie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 41, 867-877.
- Rosenberg, R. (1991), Some themes from the philosophy of psychiatry: a short review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 84, 408-412.
- Quick reference to the Diagnostic Criteria from DSM-III (1980), *American Psychiatric Association*, Washington DC.
- Quick reference to the Diagnostic Criteria from DSM-III-R (1987), *American Psychiatric Association*, Washington DC.
- Slooff, C.J. (1984), De klassifikatie en het beloop van schizofrene en reactieve psychosen. *Dissertatie*, Rijksuniversiteit Groningen.
- Slooff, C.J. (1988), Het beloop en de afloop van schizofrene psychosen. In: R.J. van den Bosch e.a. (red.), *Schizofrenie*. Van Loghum Slaterus, Deventer, 268-284.
- Targum, S.D. (1983), Neuroendocrine dysfunction in Schizophreniform Disorder, Correlation with six-month clinical outcome. *American Journal of Psychiatry* 140, 309-314.
- Tilburg, W. van (1990), De psychiater en Kraepelin. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 32, editio amicorum Jongerius, 16-29.
- Weinberger, D.R., e.a. (1982), Computed tomography and Schizophreniform Disorder and other acute psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry* 39, 778-783.
- Zimmerman, M., e.a. (1991), DSM IV: A Nosology sold before its time? *American Journal of Psychiatry* 148, 463-467.

Summary: Schizophreniform disorder according to DSM-III-R: clinical consequences of a (sub)classification

The clinical relevance of DSM diagnosis category 'schizophreniform disorder with good prognostic features' is discussed. On the basis of a case-history and the literature the authors demonstrate that this classification has clinical consequences for the patient: a more favourable prognosis compared to schizophrenia, different medication (both lithium and antipsychotics) and the possibility of giving more precise information to the patient.

If one takes into account the clinical limits of the research oriented DSM-III-R, the Axis I diagnosis 'schizophreniform disorder with good prognostic features' is clinically relevant.

De auteurs zijn respectievelijk als arts-assistent psychiatrie en als hoogleraar klinische psychiatrie verbonden aan PCA/Valeriuskliniek, Valeriusplein 9, 1075 BG Amsterdam.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 9-2-1993.