



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Drie boeken over schizofrene stoornissen

Henrie Henselmans

Robert J. van den Bosch, *Schizofrenie. Subjectieve ervaringen en cognitief onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1993. 242 p.

Christopher D. Frith, *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove (UK): Lawrence Erlbaum Associates, 1992. 169 p.

Charles C. Costello (red.), *Symptoms of schizophrenia*. New York: John Wiley & Sons, 1993. 322 p.

Volgens Rümke is de schizofrenie ‘de sfinx der psychiatrie’. Inmiddels wordt allerwegen betwijfeld of we wel van *de* schizofrenie kunnen spreken. Is dit niet een te ruime diagnostische categorie, die uit meerdere stoornissen of aandoeningen bestaat? Het wordt er overigens niet minder sfinxachtig van, ook niet na lezing van drie boeken over dit onderwerp.

In de boeken van Van den Bosch en van Frith worden schizofrene stoornissen uit het perspectief van de cognitieve (neuro-)psychologie benaderd. Dat wil zeggen dat (stoornissen in) de kennende functies het interessegebied van de auteurs vormen. Van den Bosch streeft met zijn boek naar een integratie van de subjectieve ervaringen van patiënten en de bevindingen van het cognitief psychologisch onderzoek. Van den Bosch relateert de diagnostische categorie ‘schizofrenie’:

‘Schizofrenie is niet een begrip dat “in de natuur der dingen” is gegeven. Het is een categorisering van menselijke gedragingen en belevingen, die in werkelijkheid dimensioneel van aard zijn’

(p. 17). Volgens Van den Bosch moet schizofrenie ‘op de eerste plaats gezien worden als een vormstoornis van de subjectieve ervaringswereld’. De subjectieve belevingen van patiënten lopen als een rode draad door het boek en worden gecombineerd met inzichten uit de cognitieve neuropsychologie.

In het eerste hoofdstuk behandelt de auteur het begrip schizofrenie, de betekenis van het kwetsbaarheidsmodel en basisbegrippen van het cognitief onderzoek, zoals informatieverwerking, aandacht en bewustzijn. De auteur relateert hier het algemeen veronderstelde tekort aan ziekte-inzicht van patiënten met schizofrenie; hij veronderstelt dat ontkenning en bagatellisering gezien mogen worden als een psychologisch verdedigingsmechanisme. Anderzijds sluit hij niet uit dat het gebrekkig inzicht (mede?) toegeschreven moet worden aan stoornissen in het frontale hersengebied; m.a.w. hier past dus een neuropsychologische in plaats van (of naast?) een psychodynamische verklaring.

Hoofdstuk twee handelt over de waarneming, in het bijzonder waarnemingsstoornissen zoals hallucinaties. De auteur beperkt zich hier niet tot de klinische benadering, ook het voorkomen van hallucinaties bij ‘gezonde mensen’ en paranormale ervaringen komen aan de orde. Na bespreking van verschillende theorieën over hallucinaties, die

allemaal tekortkomingen blijken te vertonen, komt de auteur tot de conclusie dat hallucinaties

‘in veel opzichten meer een interpretatiestoornis dan een waarnemingsstoornis zijn’

(p. 65). Hallucinaties zijn dus veel meer verwant aan wanen dan doorgaans wordt aangenomen.

Het hoofdstuk over wanen heeft ongeveer dezelfde structuur als het hoofdstuk over hallucinaties. Ook hier veel aandacht voor het grensgebied tussen normaliteit en pathologie. Hoe verhouden wanen zich tot bijzondere overtuigingen zoals (pseudo)religieuze overtuigingen?

‘Mensen hechten niet zo sterk aan rationaliteit. Maar irrationele overtuigingen zijn nog geen wanen’

(p. 72). Toch veronderstelt de auteur dat

‘de mechanismen waarlangs wanen zich ontwikkelen voor een belangrijk deel niet anders zijn de wijze waarop overtuigingen van mensen in het algemeen tot stand komen’

(p. 100). De auteur spreekt hier over begrensde rationaliteit; mensen schrijven on aardig gedrag van anderen toe aan karaktertrekken en het eigen minder prettige gedrag aan karaktertrekken. De oorzaak van iets zoeken we in zaken die direct vooraf gaan aan de ervaringen die we willen begrijpen en onze eerste indrukken blijken onevenredig invloed te hebben op ons uiteindelijk oordeel (p. 100–106). We overschatten onze rationaliteit kortom. De cognitieve beperkingen van schizofreniepatiënten verminderen het vermogen om ingewikkelde informatie snel te verwerken en zodoende vallen patiënten met schizofrenie eerder en meer ten prooi aan allerlei ‘begrenzungen’ van onze rationaliteit. Het idee dat wanen op dezelfde manier als ‘gewone gedachten’ ontstaan is charmant, maar speculatief. We weten immers niet hoe gedachten ontstaan en bovendien is het nog steeds de vraag in hoeverre wanen zich kwantitatief dan wel kwalitatief van ‘gewone gedachten’ onderscheiden.

In de theoretische verklaringen van wanen maakt Van den Bosch onderscheid in mechanismen die een rol spelen bij het ontstaan en mechanismen die het voortbestaan van wanen bevorderen. De betekenis van wanen voor het psychologisch evenwicht bijvoorbeeld, ziet de auteur als een factor die wanen doet voortbestaan, maar niet als de oorzaak. Meer oorzakelijke theorieën over waanvorming gaan uit van ontregelingen van de stemming – denk hierbij aan de klassieke melancholische zonde– en nihilistenwaan – en/of ontregelingen van de informatieverwerking. Dit laatste is vooral bij schizofrene stoornissen het geval.

‘Mensen met een schizofrene stoornis leggen vaak in ruimere mate allerlei, niet altijd even logische, associatieve verbanden in hun denken’

(p. 73).

‘Versterkt associatief denken leidt tot snellere en minder kritische activering van cognitieve schema’s, met als resultaat dat de drempel voor het ervaren van “betekenis” en “zin” is verlaagd’

(p. 74). Vervolgens ontstaan schizofrene wanen, ‘in aansluiting op onbegrepen cognitieve sensaties’ (p. 87).

In het hoofdstuk over ‘gedrag’ (hfst. 4) worden de denkstoornissen (bijv. incoherentie), spraakstoornissen (bijv. perseveratie), taaleigenaardigheden (bijv. concretiseren van metaforische uitdrukkingen) en bewegingsstoornissen (zoals vertraging en stereotypieën als het zinloos herhalen van bewegingen) behandeld. De bewegingsstoornissen kunnen niet begrepen worden als stoornissen in de ‘soft-ware’ (de cognitieve schema’s), hier komt de ‘hard-ware’ in het geding; (de anatomie van) het brein dus. Het resultaat van de onderzoeken naar de ‘echte’ neurologische afwijkingen (p. 135) is volgens de auteur bescheiden, maar onmiskenbaar. Gemiddeld hebben schizofreniepatiënten meer geringe neurologische afwijkingen. Die afwijkingen zijn niet in de hersenen te lokaliseren omdat het om een falen van de integratieve functies gaat die verspreid zijn over de hersenen (diep gelegen subcorticale kerngebieden in samenspel met de hersenschors) (p. 135).

Waar het tot nu toe vooral ging om observeerbare dan wel mededeelbare aspecten van de stoornis worden in hoofdstuk 5 de meer verborgen handicaps behandeld, de voor de buitenwereld slecht zichtbare cognitieve stoornissen, die ook buiten de psychotische episodes bestaan. Het blijkt dat schizofreniepatiënten op een groot aantal cognitieve testen slecht scoren. Doch ook hier treden, zoals bij de geringe neurologische afwijkingen, interpretatiemoeilijkheden op:

‘Het gaat bijna altijd om vergelijking van groepen, met andere woorden, om gemiddelde testprestaties. Die ontnemen gemakkelijk het zicht op de variaties die tussen personen bestaan. Het is niet ongebruikelijk dat slechts ruim de helft op cognitieve taken duidelijk minder presteert dan gezonde proefpersonen’

(p. 1–55). Schizofreniepatiënten moeten het in het cognitieve leven doen met minder zicht op grotere verbanden en de invloed van eerdere ervaringen laat ook te wensen over.

‘Het cognitieve organisatietekort tast in psychotische episoden het hele functioneren aan. Het grotere verband is zoek en een automatisch onderscheid tussen relevant en irrelevant ontbreekt. Doordat de automatische selectie niet functioneert worden veel te veel indrukken beschouwd en behandeld als nieuw’

(p. 169). De neurobiologie van schizofrene stoornissen komt in hoofdstuk 6 aan de orde.

‘Schizofrenie, zo blijkt uit deze testresultaten, lijkt gepaard te gaan met een specifiek probleem, namelijk het niet activeren van de frontale hersengebieden in omstandigheden waarin dat nu juist vereist is. Weliswaar duidt ontbrekende activering natuurlijk nog niet op anatomische afwijkingen, maar een functionele afwijking is er zeker’

(p. 186). Daarnaast blijken ook subcorticale gebieden een rol te spelen en de auteur veronderstelt dat de controle via feedbackprocessen tussen frontale en subcorticale gebieden hapert.

In het laatste hoofdstuk ‘Leven met schizofrenie’ gaat de auteur in op de reacties van patiënten op de meer basale cognitieve stoornissen. Het is wat mij betreft het meest sprekende hoofdstuk en het zou gelezen moeten worden door alle hulpverleners die met schizo-freniepatiënten omgaan.

Helaas kan dat niet gezegd worden van het hele boek. Hoewel het boek rijk van inhoud is, moet de lezer zelf de rode draad in het boek zoeken, zeker in de hoofdstukken over waarneming (2), gedachtenwereld (3), gedrag (4) en cognitieve ontregeling (5). In die hoofdstukken is de compositie van de tekst niet altijd even duidelijk en ‘lopen’ de zinnen niet altijd. Samenvattende of concluderende slotparagrafen bijvoorbeeld ontbreken nagenoeg volledig. De auteur bespreekt veel onderzoek en veel theorieën, maar is erg terughoudend met evaluatie, zodat de tekst soms opsommend van karakter is. Van den Bosch heeft er – door teksten te citeren die geschreven zijn door mensen die psychotische episodes hebben meegemaakt – veel werk van gemaakt allerlei belevingen van patiënten te illustreren. Dit zal zeker een bijdrage kunnen leveren aan het invoelend vermogen van de lezer.

Frith (p. 65) daarentegen waarschuwt tegen het interpreteren van ‘first person account’s’ in termen van cognitieve stoornissen omdat het juist ervaringen zijn waarvoor patiënten geen woorden kunnen vinden.

Frith beperkt zich in zijn boek tot de stoornissen in de informatieverwerkende processen voor zover die te maken hebben met ‘sign’s and symptoms’ van schizofrene stoornissen. Veel cognitief onderzoek naar aandacht, geheugen en reactietijd blijft door deze keus achterwege. In het inleidend hoofdstuk behandelt Frith op korte en heldere wijze de symptomen en de diagnostiek van schizo-frene stoornissen. In hoofdstuk twee komen de dopamine-hypothese en neurologische afwijkingen aan de orde. De uitgangspunten van Frith (hfst. 3) zijn in zekere zin ‘strenger’ dan die van Van den Bosch. Hij gaat ook verder in de eisen die hij aan theorievorming stelt, hij staat een ‘theorie-driven approach’ voor waarbij het niet bij ontdekken blijft, maar tot voorspellen komt (p. 26). In sommige opzichten interpreteert hij symptomen van schizofrenie anders dan Van den Bosch. Negatieve symptomen bijvoorbeeld ziet hij niet als secundair. Argumentatie: negatieve symptomen kunnen reeds bij het begin van de stoornis aanwezig zijn en ze hangen samen met structurele veranderingen in de hersenen. Van den Bosch heeft meer oog voor het ‘terugtrekgedrag’ als een manier om om te gaan met een voor deze patiënten te prikkelrijke omgeving.

De centrale gedachte in het boek van Frith is dat er bij schizofrene stoornissen verstoringen optreden in de feedback-mechanismen van het neurologische apparaat.

Positieve symptomen ontstaan door gebrek aan feedback tussen hersenstructuren die het feitelijk gedrag ('willed actions') mogelijk maken en de aan de achterzijde gelegen hersengedeeltes die de perceptie verzorgen. Dit leidt ertoe dat veranderingen in de perceptie die door de patiënt zelf worden 'aangemaakt' door de patiënt verkeerd worden geïnterpreteerd, dat wil zeggen de patiënt ervaart een externe oorzaak voor die percepties.

Als de hersenstructuren die 'willed actions' mogelijk maken ernstig beschadigd zijn, zenden ze geen impulsen meer uit naar de structuren die reacties mogelijk maken, gevolg: negatieve symptomatologie.

Op basis van de bovenstaande redeneertrant – gecombineerd met veel onderzoeksgegevens – komt Frith tot drie fundamentele afwijkingen die verantwoordelijk zijn voor de symptomatologie van schizofrenie. Ten eerste, het onvermogen tot het genereren van 'willed actions' leidt tot perseveraties, schraalheid en inadequateit van het gedrag. Ten tweede, onvermogen tot 'monitoring willed actions' leidt tot beïnvloedingswanen, gehoorshallucinaties en de ervaringen dat de gedachten door anderen of door apparaten worden ingebracht. Ten derde, onvermogen tot het juist registreren van de gedachten en bedoelingen van anderen leidt tot paranoïde wanen en betrekkingswanen, bepaalde vormen van incoherentie en 'third person'-hallucinaties. Schizofrenie is volgens deze zienswijze dus een stoornis in het besef ('awareness') van de doelen van het eigen gedrag, bedoelingen van het eigen gedrag en de bedoelingen van het gedrag van anderen.

Het boek van Frith is zeer helder en strak van compositie. Daar waar de opvattingen van de auteur tekort schieten in het verklaren van symptomatologie geeft hij dat duidelijk aan. De compactheid van de stijl maakt het boek echter een studieboek, een boek om achter het bureau te lezen, met een lineaal om te onderstrepen; het is niet geschikt om te lezen in een luie stoel. Bij het lezen van het boek van Van den Bosch kan men nog volstaan met interesse voor patiënten met schizofrenie, bij het lezen van het boek van Frith is theoretische belangstelling noodzakelijk.

In het boek van Costello et al. wordt niet van een cognitieve of neuropsychologische oriëntatie uitgegaan. De centrale gedachte achter dit boek is dat de syndromale benadering van de psychiatrie tekortschiet; gebrekkige validiteit en betrouwbaarheid van psychiatrische diagnoses in het algemeen en een duister schizofrenieconcept in het bijzonder. Costello pleit dan ook voor een symptoombenadering, dat wil zeggen dat men de onderzoeksinspanningen richt op specifieke symptomen en hun onderlinge relaties in plaats van op ziektebeelden. Eenzelfde gedachte komen we ook – in een zeer pragmatische vorm – bij Frith tegen:

'Since I am trying to explain signs and symptoms rather than "schizophrenia", my enterprise will not be hopelessly compromised if the definition of schizophrenia is revised'

(p. 9). (Overigens zijn soortgelijke gedachten elegant uitgewerkt in het boek van Van Praag, 1993).

Het inleidend hoofdstuk (Costello) bespreekt de tekortkomingen in de betrouwbaarheid en validiteit van gestandaardiseerde psychiatrische interviews zoals de SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia), PSE (Present State Examination) en de DIS (Diagnostic Interview Schedule). Dezelfde auteur behandelt in het uitleidend hoofdstuk de criteria op basis waarvan onderzoekers symptomen kunnen selecteren die nader onderzoek verdienen (p. 293). De resterende hoofdstukken zijn gewijd aan verschillende symptomen van schizofrenie, respectievelijk: gedachtenstoornissen, hallucinaties, wanen, anhedonie, affectieve tekorten, ambivalentie, het zich terugtrekken uit contacten en ten slotte psychomotore stoornissen. In bijna alle hoofdstukken wordt aandacht besteed aan conceptuele en methodologische problemen in het onderzoek naar de verschillende symptomen.

De hoofdstukken over gedachtenstoornissen, hallucinaties en wanen (Maher & Spitzer) voegen niet zoveel toe aan het boek van Van den Bosch. Het hoofdstuk over anhedonie (Ettenberg) – hoewel reeds door Kraepelin genoemd als fundamenteel symptoom van schizofrenie – zou ik zelf niet direct verwachten in een monografie over schizofrenie, eerder in een monografie over depressie. De laatste link wordt echter bijna niet gelegd, hetgeen vreemd is omdat het uitgangspunt van Costello nu juist is de classificatie los te laten. Dat zou als het gaat om anhedonie toch moeten betekenen dat de overeenkomsten tussen anhedonie bij schizofrenie en bij depressie een prominente plaats in de bespreking krijgen. In het overigens interessante hoofdstuk wordt vooral ingegaan op anhedonie als een predisponerende factor in het ontstaan van schizofrenie.

‘Preliminary studies of twins and first-degree relatives of high anhedonic patients suggest that anhedonia may be a heritable trait that predisposes the individual to the development of schizophrenia or schizophrenic-like disorders’

(p. 136).

Ambivalentie is sinds Bleuler verbonden aan schizofrenie, het is een van de vier ‘A’s van Bleuler’ (de andere drie AS’s zijn afgeleid van *associatiezwakte*, *autisme* en *inadequaate affect*). Tegenwoordig gaan bij de meeste klinici de eerste gedachten toch uit naar ‘borderline’ als het gaat om ambivalentie. Raulin en Brenner, de auteurs van het hoofdstuk, bespreken dan ook de inzichten van Kernberg, in het bijzonder het fenomeen ‘splitting’. Toch komt de auteur tot de conclusie dat

‘there is some limited evidence of a relatively distinct schizophrenic ambivalence as measured by the Schizotypal Ambivalence Scale’

(p. 223).

Het hoofdstuk over het zich terugtrekken uit sociale situaties (Walker, Davis & Baum) ligt weer meer in de lijn van de boeken van Van den Bosch en van Frith. Ze bespreken twee alternatieve perspectieven. Sociaal terugtrekken als beschermende en compenserende reactie – deze gedachte komen we bij Van den Bosch in ruime mate tegen – en sociaal terugtrekken dat voortkomt uit de ziekte zelf, waarbij de auteurs denken aan een biologisch verankerde anhedonie. De auteurs concluderen dat sociaal terugtrekken vaak vooraf gaat aan het uitbreken van schizofrenie, hetgeen meer pleit

voor de tweede hypothese dan voor de eerste. Toch sluiten de auteurs de adaptieve functies van het zich terugtrekken zeker niet uit; ze onderschrijven deze functies zelfs op basis van experimenteel onderzoek naar dergelijk gedrag bij apen (zie blz. 244–248).

Na het lezen van het boek van Costello moest ik denken aan een opmerking van een genetisch onderzoeker in een televisieprogramma, waarin hij zich sceptisch uitliet over het ontrafelen van de genetische puzzel door het ontdekken van ‘nieuwe’ genen. Hij zei dat als we precies weten welk geluid de 88 pianotoetsen afzonderlijk maken, we nog helemaal niets van muziek weten. De veelheid van inzichten die in het boek van Costello worden gepresenteerd doen een beetje denken aan de 88 pianotoetsen. Daar komt bij dat de hoofdstukken nogal sterk uiteenlopen in de opzet, wat het voor de lezer erg moeilijk maakt zich een meer samenhangend beeld van de stand van zaken te vormen.

Tot slot de vraag in welke mate de boeken kunnen bijdragen aan de behandeling en bejegening van schizofreniepatiënten. We kunnen hier kort over zijn. De lezer zal tevergeefs zoeken naar richtlijnen of voorstellen tot behandeling. Alleen in het slothoofdstuk van het boek van Van den Bosch gaat hij summier in op de behandeling en komt hij, met een slag om de arm, tot de conclusie dat cognitieve training waarschijnlijk niet effectief is in het bestrijden van psychotische episoden of de daaraan ten grondslag liggende kwetsbaarheid. De trainingen richten zich op de *secundaire* cognitieve beperkingen.

Het feit dat de wetenschap zich richt op het verwerven van generaliseerbare kennis en de clinicus vooral gericht is op individualiseren – wat mankeert deze patiënt en wat moet ik doen? – brengt met zich mee dat de clinici niet zoveel van hun gading in de drie besproken boeken zullen vinden.

Van den Bosch komt de eer toe een moedige poging te hebben gedaan het onvoorstelbare begrijpelijk te maken. De prachtig verzorgde uitgave van het boek mag niet onvermeld blijven; het is van een niveau dat we doorgaans alleen bij Van Oorschoot en bij Querido tegenkomen. Ik neem aan dat de meeste clinici kunnen volstaan met dit boek. Frith schetst met ijzeren consequentie een theoretisch model in een strak betoog. Costello et al. bieden de meeste feiten, maar slagen er veel minder in een eenheid in het boek aan te brengen. De drie besproken boeken zijn voorzien van goede indexen.

Referentie

Praag, H.M. van (1993). *Make-believes' in psychiatry or the perils of progress*. New York: Brunner/Mazel.