

Prof.dr. J.D. Blom

Klinische psychopathologie: de kaart en het gebied



Universiteit
Leiden

Bij ons leer je de wereld kennen

Klinische psychopathologie: de kaart en het gebied

Oratie uitgesproken door

prof. dr. J.D. Blom

bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de
Klinische Psychopathologie
aan de Universiteit Leiden
vanwege de Parnassia Groep
op vrijdag 11 november 2016



Universiteit
Leiden

Mijnheer de rector magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,

Het is mij een eer en een genoegen om hier voor u te staan en met deze rede het ambt te mogen aanvaarden van bijzonder hoogleraar in de Klinische Psychopathologie.

Als jonge dokter al be kroop mij soms het gevoel voorbestemd te zijn voor grotere dingen. Zo kan ik mij goed herinneren dat ik in mijn tweede opleidingsjaar werd benaderd door een patiënte van dokter Van Hummel, mijn supervisor, die vroeg of ik haar arts wilde worden. Dokter Van Hummel was ook toen al een gerespecteerd psychiater en een expert op het gebied van de psychotische stoornissen. Ik voelde mij als novice in het vak dan ook gevleid dat deze patiënte mij verkoos boven haar. Maar omdat ik toch niet helemaal begreep wat ik beter zou kunnen dan mijn doorgewinterde supervisor, vroeg ik haar waarom zij bij mij in behandeling wilde. Waarop zij antwoordde: “Ik denk dat u veel van mij zult kunnen leren, dokter Blom”.

En dat was natuurlijk ook zo. Deze vrouw bleef in behandeling bij dokter Van Hummel, maar ik had ongetwijfeld veel van haar kunnen leren. In de loop der jaren heb ik van al mijn patiënten geleerd. Patiënten weten mij nog steeds dagelijks te verrassen met de bijzondere dingen die zij meemaken en de manier waarop zij daarover vertellen.

Zo heb ik ooit een vrouw ontmoet die zei: “Dokter, er tikt een wekker in mijn oor en als u hier luistert, dan kunt u het ook horen”. Daarbij wees zij naar haar oor. Ik werkte op dat moment bij de neurologie en ik overwoog al om de psychiater erbij te halen, maar ik liet mij toch verleiden om mijn hoofd naast het hare te houden. En inderdaad, wat ik hoorde was een duidelijk ‘Tik, tik, tik, tik’. Wat deze vrouw bleek te hebben was een pulsatiele tinnitus, een zeldzame vorm van oorsuizen waarbij de buis van Eustachius zich ritmisch opent en sluit, op het ritme van de hartslag, wat een tikkend geluid in het oor kan veroorzaken.

Kort geleden nog heb ik met een van onze arts-assistenten een patiënt gezien die al dertig jaar lang een klassieke akinetopsie had, een onvermogen om beweging waar te nemen. Wanneer wij bijvoorbeeld kijken naar een basketbalspeler in het veld, dan zien wij die op vloeiende wijze door de ruimte bewegen. Maar wat deze man ziet, is dat zo’n speler verspringt door de ruimte en van het ene moment op het andere ergens anders staat. Nu denken wij dat het waarnemen van beweging louter een kwestie is van kijken naar iets dat zich verplaatst, maar wij kunnen beweging alleen goed registreren wanneer het gebied V5 in ons brein goed functioneert. Bij deze man functioneerde dat gebied V5 al dertig jaar niet.

Een andere patiënte zag al haar leven lang menselijke gezichten in drakengezichten veranderen. Wij noemen dat prosopometamorfopsie. Als symptoom maakt het deel uit van het Alice in Wonderland-syndroom, maar dit was een unieke vorm die in de literatuur niet eerder was beschreven.¹ Ook heb ik patiënten meegemaakt die meenden dat zij waren veranderd in een dier: in een wolf, een hond, een kat of een vogel.

Met dit soort beelden komen we uiteraard volop in het gebied terecht waarin de Britse neuroloog Oliver Sacks (1933-2015) was gespecialiseerd. Professor Sacks overleed vorig jaar, maar hij is voor mij altijd een groot voorbeeld geweest, niet in het minst omdat hij ook bij dit soort bijzondere beelden altijd de mens achter de ziekte kon blijven zien - met al zijn of haar unieke ziekteverschijnselen, maar ook met zijn of haar unieke copingmechanismen en talenten.

De komende drie kwartier wil ik met u stilstaan bij de vraag wat zulke bijzondere ziektebeelden te maken hebben met mijn leeropdracht. Daarmee gaan we uitkomen bij het begrip *personalized medicine*, dan weet u dat alvast. Maar eerst wilt u misschien weten wat klinische psychopathologie is, het terrein van mijn leeropdracht en het onderwerp van deze rede.

Klinische psychopathologie

De term klinische psychopathologie heeft een tweetal connotaties: in de eerste plaats verwijst deze naar het gebied van alle psychische aandoeningen, kortweg *het gebied* genoemd. Daarbij geeft het adjectief 'klinische' aan dat het gaat om ernstige aandoeningen: ernstig genoeg om een verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg te rechtvaardigen. In de tweede plaats is klinische psychopathologie de tak van wetenschap die zich bezighoudt met het *beschrijven en classificeren* van psychische aandoeningen. Zo maken wij 'kaarten' van het gebied dat wij psychopathologie noemen. Enkele voorbeelden van zulke 'kaarten' in ons vak zijn de ICD- en DSM-classificaties en leerboeken over psychopathologie zoals het klassieke werk van Kurt Schneider (1887-1969).^{2,3,4}

Cartografie

In de geografie is het maken van kaarten al een complex proces. Zoals iedere cartograaf weet, worden kaarten gemaakt met een welomschreven doel. Een wegenkaart ziet er daarom anders uit dan een kaart die aangeeft welke grondstoffen voorkomen in de bodem van een land.

Ook kan het voorkomen dat bepaalde gebieden op de kaart nog blank zijn. Meestal is dat omdat die gebieden ruig en ontoegankelijk zijn en daarom niet in kaart kunnen worden gebracht. Zo zijn kaarten van het westelijk deel van de Verenigde Staten en van Centraal Afrika lange tijd incompleet geweest.

Omgekeerd kan het ook voorkomen dat een kaart een gebied aanduidt dat in werkelijkheid niet bestaat. Dat is het geval geweest met Crocker Land, een landmassa die vanaf de kust van Canada zichtbaar was. Het stond al sinds mensenheugenis op de kaart, maar niemand was er ooit geweest. Daarom werd in 1913 een grootscheepse expeditie georganiseerd onder leiding van Donald Baxter MacMillan (1874-1970) om het gebied in kaart te brengen.⁵ Maar wat de ontdekkingsreizigers aantroffen was niets dan zee en ijsschotsen. En dat terwijl men Crocker Land vanaf het vaste land nog steeds zag liggen. Wat men al

die tijd had aangezien voor Crocker Land, bleek een fata morgana te zijn, een complex type luchtspiegeling. Voordat wij ons hierom wellicht vrolijk maken, is het goed om te bedenken dat dit was voor de tijd van satellietopnames en in een periode dat de burgerluchtvaart zich nog maar net aan het ontwikkelen was.

Maar zelfs zonder zulke storende luchtspiegelingen kan het moeilijk zijn om vast te stellen of een landmassa al dan niet bestaat. Japan, bijvoorbeeld, heeft zoveel eilandjes die bij hoog water onder de zeespiegel verdwijnen, dat niemand kan zeggen hoeveel Japan er telt. En dan hebben we het nog niet eens gehad over de wisselende landsgrenzen die cartografen het werk bemoeilijken.

De klinische psychopathologie heeft het zeker niet gemakkelijker. Wel delen wij met de geografie het voordeel dat sommige gebieden zo herkenbaar zijn dat we ze in de praktijk niet kunnen missen. Enkele historische voorbeelden daarvan zijn de psychotische depressie, de manie, de katatonie en het incubusfenomeen. Die beelden werden al in de tijd van Hippocrates (\pm 460-370 vC) beschreven en zij zijn in de tussentijdse vierentwintighonderd jaar vrij onveranderlijk gebleven. Bij dergelijke beelden trekken wij een streep op onze nosologische kaart en zeggen wij: dit is het gebied. En vervolgens gaan wij aan de slag om de oorzaken van die aandoeningen te onderzoeken en als het kan ook effectieve behandelingen te ontwikkelen.

Helaas liggen de zaken niet altijd zo eenvoudig en moeten wij ons net als bij die Japanse eilandjes soms afvragen of een aandoening wel of niet bestaat. Ook worden bepaalde beelden soms niet langer beschouwd als ziekte en verdwijnen ze uit onze classificaties. Andersom komen er ook nieuwe vormen van pathologie bij, zoals de gameverslaving en de internetpornoverslaving, die in Hippocrates' tijd niet zo hoog op de agenda zullen hebben gestaan.

De kaart die DSM heet

Nu hebben wij het geluk dat wetenschappers vóór ons al veel psychopathologie hebben beschreven en gerubriceerd. In Nederland werken wij - anders dan in de meeste Europese landen - met het Amerikaanse DSM-systeem. Dat systeem heeft veel voordelen, die vooral samenhangen met de eenduidige nomenclatuur en de objectiveerbare operationele criteria, die zorgen voor een hoge betrouwbaarheid (*reliability*). Een punt van kritiek is evenwel dat niet altijd even duidelijk is of de diagnostische categorieën één op één aansluiten bij de klinische realiteit (*validity*).

Daar komt bij dat de DSM - net als oudere geografische kaarten - een aantal gebieden blank laat die wel degelijk bestaan en andere beschrijft waarvan wij ons kunnen afvragen of die er in werkelijkheid wel zijn. Zo zijn de eerder genoemde manie en de psychotische depressie keurig vertegenwoordigd in de DSM, maar het incubusfenomeen en de katatonie minder goed - terwijl wij net zagen dat dit alle vier ziektebeelden zijn die al sinds duizenden jaren bekend zijn en in de praktijk nauwelijks te missen zijn.

Het incubusfenomeen

Het incubusfenomeen is een slaapgerelateerde stoornis waarbij de patiënt 's nachts wakker wordt, zich niet kan bewegen en ervaart dat iets of iemand op de borst gaat zitten. Dit beeld werd al beschreven in de Klassieke Oudheid, inclusief de hevige paniek die hieruit voortvloeit, waar ik ook mijn patiënten veel over hoor.⁶ Vroeger dacht dat men dat de oorzaak een demon was, een gevallen engel, zoals bijvoorbeeld verbeeld in een bekend schilderij van Henri Fuseli (1741-1825). Tegenwoordig zoeken wij de oorzaak in een dissociatie van slaapfasen, waarover inmiddels ook een respectabele hoeveelheid empirische literatuur bestaat.⁷ Toch komt deze categorie in de DSM niet voor en moeten wij ons naar de zorgverzekeraar toe behelpen met de diagnose slaapstoornis NAO.

Katatonie

Dan de katatonie, een ziektebeeld waarbij patiënten bizarre houdingen kunnen aannemen en die uren of zelfs dagen achtereen kunnen volhouden. Op mijn afdeling zien wij bijvoorbeeld patiënten die de hele dag met het hoofd net iets boven het kussen liggen, een uiterst ongemakkelijke en pijnlijke houding. Hierop zijn vele varianten mogelijk, die ook al werden beschreven in de Klassieke Oudheid.

Op opnameafdelingen in de psychiatrie komt katatonie voor bij zo'n vijftien procent van de populatie.⁸ Alleen daarom al loont het de moeite om er in de klinische praktijk alert op te zijn. Een tweede reden om er alert op te zijn is dat katatonie veel somatische complicaties kan geven en daardoor potentieel levensbedreigend kan zijn. En het loont de moeite omdat behandeling in principe eenvoudig is: zeventig procent van de patiënten reageert goed op lorazepam - die bij dit ziektebeeld gerust hoog mag worden gedoseerd - of een andere benzodiazepine.⁹ En van de resterende dertig procent reageert ook weer zo'n zeventig procent goed op elektroconvulsieve therapie (ECT).

De manier waarop wij katatonie tegenwoordig conceptualiseren, hebben wij te danken aan de Duitse psychiater Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899). Kahlbaum had het idee dat deze patiënten 'door en door gespannen zijn' (wat de betekenis is van de naam katatonie) en dat de ziekte een wetmatig beloop had in de tijd.¹⁰ Kahlbaum had dat goed gezien. Katatonie is in de kliniek een uitermate bruikbaar concept gebleken. Immers, door dit toe te passen kunnen wij patiënten identificeren die in de regel goed reageren op een heel specifieke (en ook nog eens goedkope) behandeling. Dat kon Kahlbaum indertijd niet weten, want de benzodiazepinen werden pas tachtig jaar later ontwikkeld. Kennelijk kwam hij tot zijn concept op basis van goed observeren en klinisch redeneren, wat terugkijkend een prestatie van formaat is geweest.

Maar met het katatonieconcept gebeurde vervolgens iets vreemds. Kahlbaums landgenoot Emil Kraepelin (1856-1926) raakte geïnspireerd door de gedachte van een wetmatig beloop in de tijd. Hij zag dat een grote groep patiënten in zijn kliniek - groter dan de groep die voldeed aan de criteria voor katatonie - nooit herstelde. Hij vond dat een goed voorbeeld van een wetmatig beloop in de tijd. Bovendien sloot die gedachte van een ongunstig beloop in de tijd ook aan bij de degeneratieleer die in die tijd door velen werd aangehangen, inclusief Kraepelin zelf. Dus leende hij die basisgedachte van Kahlbaum, paste die toe op de groep patiënten die niet beter werd en verbond daaraan de nieuwe naam *dementia praecox*.

Dementia praecox werd een bekende stoornis, katatonie niet. Sterker nog: de katatonie leek vanaf dat moment van de aardbodem te zijn verdwenen. Toen de Italiaanse psychiater Gabriele Bucchola (1854-1885) Kraepelin in 1879 een brief schreef om te vragen of hij in zijn kliniek de katatonie mocht komen bestuderen, antwoordde deze dat het beeld daar nooit werd gezien. Maar de katatonie was natuurlijk niet weg. Kraepelin schreef door aan weer een nieuwe editie van zijn handboek en voerde het daarin vervolgens op als ‘*dementia praecox, katatone type*’, een subtype van zijn belangrijke nieuwe ziektecategorie *dementia praecox*.¹¹

Door deze verdwijning is katatonie lange tijd aan het oog van klinici onttrokken geweest. Dementia praecox werd in 1908 door Eugen Bleuler (1857-1939) omgedoopt tot schizofrenie.¹² Door deze tweede wisseltruc heeft katatonie dan ook lange tijd vooral bekendheid genoten als subtype - en dan ook nog eens een zeldzaam subtype - van de schizofrenie. Het is pas sinds een jaar of tien dat het weer in de belangstelling staat als een zelfstandige aandoening zoals Kahlbaum die voor ogen had gehad.

Al met al heeft de implementatie van katatonie als autonome diagnostische categorie een enorme vertraging opgelopen. Bijna anderhalve eeuw later is dat proces nog steeds gaande en

bestaat wereldwijd nog steeds terughoudendheid bij het toekennen van al te veel autonomie aan katatonie als ziekte-eenheid, hoewel de DSM wel in die richting aan het opschuiven is.

Schizofrenie

Toen in 1952 de eerste versie van de DSM uitkwam, gebruikte de *American Psychiatric Association* de door Bleuler bedachte naam schizofrenie en Kraepelins criteria voor *dementia praecox*.¹³ In nieuwe edities van het handboek werden vervolgens alleen veranderingen toegestaan in de operationele criteria wanneer die empirisch waren gevalideerd. Zo raakte de weer slag van Kraepelins denken in opeenvolgende edities van de DSM bewaard, tot op de dag van vandaag.

In de DSM-5 is schizofrenie nog steeds een brede groep van psychotische symptomen - waarvan de katatonie maar een klein deel uitmaakt - die lang aanhouden en gepaard gaan met een achteruitgang in het functioneren.

Op deze pessimistische kijk bestaat momenteel veel kritiek, al is het maar omdat vijftientig tot veertig procent van de patiënten met een eerste psychose volledig herstelt; en omdat daarnaast ook patiënten met meerdere psychosen soms helemaal niet ongeneeslijk ziek blijken te zijn.¹⁵

Het failliet van het schizofrenieconcept

Op het schizofrenieconcept lijkt dus het nodige af te dingen, maar de discussie daarover dient wel met de nodige voorzichtigheid te worden gevoerd.

Wanneer wij praten over schizofrenie, dan hebben wij het over lang bestaande psychotische symptomen zonder een objectieve oorzaak. Dat is de kern van het concept, dat in zijn huidige vorm dan ook nooit tot een bevredigende oplossing kan komen. Immers, zodra bij een subpopulatie van deze groep een oorzaak wordt vastgesteld, in biologische of andere zin, dan wordt daaraan direct een andere naam gegeven en verhuist dat deel van de populatie naar de neuropsycholoog,

de neuroloog of de klinisch geneticus, al naar gelang de aard van de gevonden oorzaak. Dat is bijvoorbeeld gebeurd met autisme, met de anti-NMDA-receptorencefalitis en met het 22q11-deletiesyndroom. Verder zagen wij al dat de katatonie, die eerder werd geconceptualiseerd als een subtype van schizofrenie, aan het opschuiven is richting de status van een apart syndroom. Wat steeds overblijft, ook als de katatonie ooit een zelfstandige status zou verwerven, is de resterende groep van psychotische stoornissen waarvan de oorzaak onbekend is.

Wij kunnen als onderzoekers ons best doen om voor dat overgebleven cluster van stoornissen een grootste gemene deler te vinden, of een gemeenschappelijke oorzaak, zoals is geprobeerd met de dopaminehypothese en het *neurodevelopmental model* dat momenteel populair is, maar daarmee zal nooit recht kunnen worden gedaan aan het gehele veld dat schizofrenie heet. Een Chinees spreekwoord zegt: “Een boer moet heel lang met zijn mond open op een heuvel staan voordat er een gebraden eend in vliegt”. Als wij blijven proberen om voor schizofrenie één oorzaak of één pathofysiologisch mechanisme te vinden, dan zijn wij niet anders dan die boer uit het Chinese spreekwoord en kunnen wij met zijn allen echt nog heel lang wachten.

Een passende metafoor voor schizofrenie is het veldboekje: één naam voor een veelheid aan verschillende bloemen. Uitspraken over het boekje als geheel hoeven niet noodzakelijk waar te zijn voor iedere afzonderlijke bloem en uitspraken over een van de afzonderlijke bloemen hoeven niet noodzakelijk waar te zijn voor het boekje als geheel. Zo suggereert ook de naam schizofrenie één ding, één ziekte, maar Bleuler benadrukte al dat achter die naam een grote verscheidenheid aan klinische beelden schuilgaat.

Die klinische beelden liggen deels op een continuüm met belevingen in de algemene bevolking. Zo hoort vijftien procent van de mensen weleens stemmen en hebben velen ook waanideeën of milde vormen van desorganisatie, zonder dat zij daar veel last van lijken te hebben. Maar wanneer dergelijke symptomen

de drempel verlagen voor het ontstaan van een volgend symptoom en als het ware een domino-effect ontstaat, dan kan dat wel degelijk ernstige gevolgen hebben. Verschillende studies laten zien dat een subgroep van ‘gezonde stemmenhoorders’ last krijgt van dit domino-effect en uiteindelijk eindigt met een diagnose schizofrenie. Dat dit soort klachten op een continuüm ligt met ‘normaal’ mag dus zo zijn, maar dat wil niet zeggen dat het zonder risico is om ze te hebben en dat wij er bij een toenemende lijdensdruk niets aan zouden hoeven doen.

Schizofrenie als concept afschaffen dan maar?

Wat wij via de media nu horen, is dat schizofrenie niet zou bestaan. Het is een door mensen bedacht construct en het heeft niets te maken met psychische aandoeningen ‘zoals die voorkomen in de natuur’. Bovendien wordt benadrukt dat die ziektebeelden op een continuüm liggen met klachten en belevingen die veelvuldig voorkomen in de algemene bevolking. Daarmee wordt - wellicht onbedoeld - de suggestie gewekt dat het zo ernstig allemaal niet kan zijn.

En de naam deugt ook niet, horen wij zeggen. Nu is dat ook waar. Schizofrenie betekent ‘gespleten geest’ en dat is niet waar deze mensen last van hebben. Weg dus met die naam, wordt dan gezegd, we willen dat het vanaf nu anders gaat heten.

Wat moeten wij van dit alles denken? Het is ontegenzeggelijk waar dat schizofrenie een door mensen bedacht construct is. Als we teruggaan naar de metafoor van het boekje, dan moeten wij constateren dat bloemen echt zijn, in de zin dat die als discrete entiteiten voorkomen in de natuur, maar boeketten natuurlijk niet. Die worden samengesteld door mensen en dat is onnatuurlijk. Weg dus met boeketten, zou hierop de reactie kunnen zijn. Boeketten de wereld uit. Die artificiële dingen willen wij niet meer zien. En de volgende stap: de naam moeten wij ook kwijt. Dat dekt helemaal niet de lading van al die afzonderlijke bloemen en het roept ook nog eens nare associaties op, met dat ‘boe’ aan het begin. Weg dus met die naam.

Maar wat dan? Hoe moeten wij een verzameling bloemen noemen die geen boeket mag heten?

Als het niet zo'n ernstig medisch en maatschappelijk probleem zou zijn, dan zouden wij al lang zijn opgehouden ons het hoofd te breken over deze paradoxale situatie. Maar het is nog steeds zo dat één procent van de wereldbevolking een diagnose schizofrenie krijgt en dat de families en andere steunsystemen rondom deze patiënten de verwoestende uitwerking van de ziekte - of groep van ziekten - aan den lijve ondervinden. Geen gezin waarin schizofrenie voorkomt blijft hierdoor onberoerd, ook al weten wij nog steeds niet goed wat het is dat die mensen treft. De groep van aandoeningen die wij aanduiden met de naam schizofrenie is nog steeds een groot mysterie. Bij de gedachte dat daarvoor een nieuwe naam zou moeten komen, kan ik mij alleen maar aansluiten bij de Britse dichter Alexander Pope (1688-1744), die zei: "Fools rush in where angels fear to tread".

8

Zeldzame aandoeningen

Hoe moet het dan verder met dat moeilijke schizofrenieconcept? Het heeft geen zin om te doen alsof het gebied waarnaar het verwijst niet zou bestaan. Wat wel zin heeft, is op zoek gaan naar manieren om daar binnen kleinere gebieden af te bakenen en zo op zoek te gaan naar subpopulaties die kunnen profiteren van specifieke therapeutische interventies.

Van de DSM wordt weleens kritisch opgemerkt dat elke editie weer meer nieuwe stoornissen beschrijft. De Canadese historicus Edward Shorter laat in zijn boek uit 2015 evenwel zien dat de DSM ook veel bekende stoornissen weglaat.¹⁶ Zoals gezegd zouden de katatonie en het incubusfenomeen wat mij betreft zo in de DSM mogen worden opgenomen als zelfstandige ziekte-entiteiten. Als ik een wensenlijstje zou mogen indienen voor de volgende editie, dan zou daarop ook staan:

1. Het Alice in Wonderland-syndroom, waarbij perceptuele vervormingen optreden in plaats van hallucinaties of illusies.¹⁷

2. De klinische zoantropie, waarbij mensen het gevoel hebben in een dier te zijn veranderd of te kunnen veranderen; dit is historisch een zeldzame aandoening, die op een continuüm ligt met de coenesthesiopathieën (die ook niet in de DSM staan), de body dysmorphic disorder en - in de gezonde populatie - met mensen die zich voor hun plezier de karaktereigenschappen aanmeten van dieren (de *furry fanbase*).¹⁸
3. De ADD-psychose, die op het continuüm ligt tussen ADD en ADHD enerzijds en de groep van psychotische stoornissen anderzijds.¹⁹
4. De muzikale hallucinatie, een fenomeen dat vaak geïsoleerd voorkomt en wezenlijk verschilt van de psychose en de dementie.²⁰
5. Verschillende *culture-bound syndromes*, waarvan sommige in de DSM wel kort worden genoemd, maar die nergens worden uitgewerkt tot volwaardige diagnostische categorieën.^{21,22}

Nu denkt u wellicht dat het hier gaat om uiterst zeldzame aandoeningen. Dat is ten dele waar, maar vergist u zich niet. Een aantal van deze aandoeningen komt vaker voor dan wij tot voor kort hebben gedacht. Bovendien zijn zeldzame aandoeningen helemaal niet zeldzaam. Dat mag paradoxaal klinken, maar in de internationale literatuur bestaat momenteel veel belangstelling voor het begrip zeldzame aandoening. Een voorzichtige schatting is dat maar liefst tien procent van de wereldbevolking te maken heeft of krijgt met een zeldzame aandoening. In de Verenigde Staten alleen al komt dat neer op dertig miljoen personen. Dat gaat zowel over psychiatrische als somatische aandoeningen, maar het verschil tussen beide is in sommige gevallen arbitrair. Nederlandse cijfers zijn niet bekend, maar als we dit mogen extrapoleren dan zouden we voor ons land uitkomen op 1,7 miljoen mensen die ooit te maken krijgen met een zeldzame aandoening. Die mensen verdienen de beste zorg, zoals wij die ook zouden willen voor onszelf, voor ons kind of voor wie dan ook in onze familie.

Overigens is het van belang om klachten zo nu en dan ook te helpen normaliseren. Soms maken mensen zich grote zorgen

om hun klachten, maar is de aandoening zelf onschuldig. In dergelijke gevallen kan een heldere uitleg over de oorzaak en geruststelling over de prognose alles zijn wat de patiënt nodig heeft. In voorkomende gevallen kan ook 'ontdiagnosticeren' een optie zijn, dat wil zeggen het zorgvuldig heroverwegen en vervolgens verwerpen van een eerder gestelde diagnose.²³

Daarbij moeten wij ook niet in de valkuil stappen om meer pathologie te zien dan er in werkelijkheid is. De laatste jaren wordt niet voor niets gesproken van de depressie-epidemie.²⁴ De *major depressive disorder* behoort tot de groep van zeer ernstige psychische aandoeningen, maar er bestaan ook mildere vormen van somberheid en een mens kan ook somber zijn met een aanleiding. Dat heet verdriet en dat is geen psychopathologie in engere zin.

Op straat zien wij tegenwoordig wel kinderen alleen of in kleine groepjes stilstaan en op hun mobiele telefoon staren. Die kinderen communiceren nauwelijks met elkaar en ze reageren vaak ook niet op aanspreken. In plaats daarvan kunnen ze zomaar wegrennen en vervolgens vijftig meter verderop weer blijven staan. Mutisme, stupor, kataplexie, contactstoornis, irrationeel gedrag, voor je het weet telt het op tot katatonie of een autismespectrumstoornis. Tot wij ons realiseren dat deze kinderen *Pokémon Go* spelen, dat zij helemaal niet autistisch zijn en dat het spel autistische kinderen juist kan helpen om de deur uit te gaan en - soms voor het eerst in hun leven - vrienden te maken.

U lacht er misschien om, maar er zijn al stemmen opgegaan om het maken van selfies te bestempelen tot psychopathologie. Ik ga er voor het gemak van uit dat dat niet serieus is bedoeld, maar aan de andere kant moet het ons ook niet verbazen wanneer dit in de volgende editie van de DSM bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis een A-criterium blijkt te zijn geworden. Er is zelfs een formule ontwikkeld om narcisme uit te drukken in maat en getal: $N = S/h$, waarbij N staat voor narcisme en S/h voor het aantal selfies per uur.

Met deze voorbeelden maak ik hopelijk duidelijk dat mijn pleidooi voor meer ziektecategorieën niet is gebaseerd op de wens om het dagelijks leven te pathologiseren, maar op de noodzaak om binnen het domein van de klinische psychopathologie nauwkeuriger diagnoses te stellen en daarmee ook betere behandelingen te kunnen bieden.

Tot besluit

Ik begon mijn betoog met een aantal bijzondere patiënten. Vervolgens heb ik u verteld dat de klinische psychopathologie zich bezighoudt met het in kaart brengen van klinisch relevante psychische aandoeningen. Ook heb ik u een indruk gegeven van de rol die het DSM-systeem daarbij speelt en hebben wij gezien dat in dat belangrijke handboek een aantal aandoeningen ontbreekt, net zoals op oude kaarten soms onontgonnen gebieden ontbreken - terwijl één grote categorie, die er wel in staat, iets weg heeft van Crocker Land, die fata morgana bij de Noordpoolcirkel.

Mijn boodschap is dan ook om door te gaan met onze zoektocht naar fijnmazige diagnostische categorieën die recht doen aan de klachten van onze patiënten. Het analyseren van *big data* heeft haar eigen waarde in de wetenschap, maar in de klinische praktijk komen wij altijd weer uit bij het individu. Wij leven niet meer in de negentiende eeuw en met alle middelen die ons nu ter beschikking staan moeten wij kunnen toewerken naar een nieuw tijdperk van *personalized medicine*, waarin de patiënt werkelijk centraal staat en diagnose en behandeling specifiek op hem of haar worden afgestemd - in het volle besef dat die persoon die wij patiënt noemen niet alleen klachten en symptomen heeft, maar ook talenten, copingmechanismen en andere vaardigheden die misschien wel meer gewicht in de schaal leggen dan de behandelingen die wij bieden.

Als ik tenslotte mag aangeven wat deze leerstoel daaraan kan bijdragen, dan kom ik uit bij het begrip valorisatie, een kernbegrip in de universitaire wereld. In Den Haag kennen wij dat begrip ook, maar daar zeggen we: "Wà-gaet-ut opleverùh dan?".

Wat deze leerstoel moet gaan opleveren, is een intensivering en verdere verbetering van de klassieke trias patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs. Het onderwijs is bestemd voor studenten, specialisten in opleiding en vakgenoten. Ik verzorg dat al jaren met veel plezier en leer ook daar weer buitengewoon veel van. Het zijn immers vaak degenen die nog niet geheel thuis zijn in een bepaald vakgebied die de meest verfrissende vragen stellen.

Bij het onderzoek wil ik pleiten voor een vakgroepoverstijgende benadering. Ik heb het genoegen gehad om werkzaam te mogen zijn in de neurologie, ik ben opgeleid tot psychiater, ik ben gepromoveerd in de filosofie en nu mag ik een leerstoel bekleden temidden van klinisch psychologen. Ik denk dat al deze disciplines - en vele andere - op hun eigen manier een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren van de zorg voor mensen met psychische problemen.

10 Over die zorg heb ik het net met u gehad. Op dat gebied pleit ik voor een verfijning van onze diagnostische mogelijkheden en daarnaast ook voor het ontwikkelen van nieuwe behandelmethoden, zoals de transcraniële magnetische stimulatie en de transcraniële *direct current stimulation* waarmee wij de afgelopen jaren ervaring hebben opgedaan. Er is nog een weg te gaan voordat deze technieken als volwaardige behandelingen kunnen worden geïmplementeerd, maar ook daaraan lever ik graag mijn bijdrage.

Dankwoord

Dan kom ik nu toe aan mijn dankwoord.

Uiteraard wil ik mijn dank betuigen aan het college van bestuur van de Universiteit Leiden, aan het bestuur van de Faculteit Sociale Wetenschappen en aan de raad van bestuur van de Parnassia Groep. Dank voor het vertrouwen dat u met deze leerstoel in mij stelt.

Dank ook aan de leden van het curatorium van deze leerstoel, de hooggeleerde Spinhoven, de hooggeleerde Van Hemert, de

hooggeleerde Hoek en de zeergeleerde Koning. Hetzelfde geldt voor de hooggeleerde Van der Does en de hooggeleerde Westenberg, alsmede collega Edsel Kwidama en zijn voorganger als lid van de raad van bestuur van de Parnassia Groep, collega Victor Vladár Rivero, die alle vier een grote rol speelden bij het tot stand komen van deze leerstoel.

Vervolgens dank aan alle leden van de vakgroep Klinische Psychologie, die mij zo hartelijk hebben ontvangen in mijn nieuwe werkomgeving. Van hen wil ik in het bijzonder noemen de secretariaatsmedewerksters Annelies Oskam en Bionda Kijk in de Vegte, die als geen ander weten hoe zij een nieuwe collega een warm onthaal moeten bieden.

Verder dank aan al mijn collega-opleiders bij de Parnassia Groep en niet te vergeten onze opleidingscoördinator Jennifer van den Berg, die ons toestaat om het gezicht van de opleiding te vormen, terwijl wij diep in ons hart weten dat wij zonder haar nergens zouden zijn.

Daar horen uiteraard ook de collega's van de Parnassia Academie bij, inclusief Tanja Struik, Judith Offringa, Edith Gram, Jane Schoenmakers, Corine Brand en Lucienne Nijst - en de collega's van het CPZHN, met wie wij al zoveel jaren gezamenlijk onze arts-assistenten opleiden.

Voorts dank aan alle collega's van de Parnassia Groep met wie ik over de afgelopen twintig jaar heb samengewerkt. Daarbij denk ik niet alleen aan de artsen en psychiaters, maar ook aan de collega's uit andere disciplines, waaronder uiteraard prominent de verpleegkundigen.

Dan wil ik ook mijn onderzoekscollega's bij Parnassia bedanken, waaronder de hooggeleerde Van der Gaag, de zeergeleerde Slotema, de zeergeleerde Goekoop, de zeergeleerde Bueno de Mesquita, collega Looijestijn, collega Niemantsverdriet, collega Lauw, collega Ramlal en collega Zonnenberg; en de promovendi die inmiddels werkzaam zijn buiten de Parnassia Groep,

collega Coebergh en collega Lim; en, last but not least, Ouarda Bouachmir, onze onderzoekscoördinator.

Vanuit de universiteit en ook vanuit de Parnassia Groep werken wij samen met alle andere universiteiten in Nederland en ook met vele in het buitenland. Daarvan wil ik hier speciaal noemen het UMC Utrecht en de Rijksuniversiteit Groningen (waar ik ook nog een bescheiden aanstelling heb).

En natuurlijk wil ik u allen bedanken dat u vandaag naar het Academieggebouw bent gekomen om mijn oratie aan te horen.

Tenslotte de drie belangrijkste mensen in mijn leven: Renate, Maurits en Esther. Jullie zijn de reden van de bijzondere werktijden die ik er op na houd en waar bij Parnassia weleens over wordt gezocht als het wéér niet lukt om 's middags een afspraak met mij te maken. Zoals jullie weten ben ik altijd vroeg de deur uit en vroeg weer terug, om Esther op te halen van het schoolplein en samen met Maurits Frans, Duits en geschiedenis huiswerk te maken.

Sorry dat het vandaag zoveel over geschiedenis ging, Maurits. Ik weet dat het niet je favoriete vak is en dat jij het liever hebt over coole dingen zoals *Warrior Cats* en *Omega Ruby*. Ook had je liever gehad dat ik zou vertellen over die patiënt in de separer die ter plekke een grote Pokémon hallucineerde. Die was zo levensecht voor hem dat hij er helemaal door in beslag werd genomen. Hij praatte op het laatst meer tegen die Pokémon dan tegen mij en zei op enig moment: “Nee, Charizard, je moet het hoofd van die dokter niet afbijten. Hij is een goede man”. Nou, dan heb ik het nu toch verteld.

Esther, jij en ik ontbijten altijd samen als je moeder en je broer nog in bed liggen. Vorige week hadden wij het tijdens het eten over het Alice in Wonderland-syndroom. Jij kende dat al en je zei: “Dat is zo'n ziekte die soms heel erg kan zijn, maar als je bijvoorbeeld alleen maar het gevoel hebt dat je handen groot zijn bij koorts, dan is het helemaal niet erg”. Dat was in een

notendop wat ik vandaag wilde vertellen: dat wij als hulpverleners op de hoogte moeten zijn van de zeldzame ziektebeelden omdat die heel ernstig kunnen zijn, maar dat we tegelijk ook niet moeten doen alsof het altijd maar verschrikkelijk is. Dus dank je wel voor je mooie samenvatting.

Tenslotte Renate. Renate, hoe kan ik hier in het openbaar nu zeggen, met al die mensen erbij, wat ik in werkelijkheid tegen jou zou willen zeggen? Je bent de zon in mijn leven en ik ben dankbaar dat ik dat mag delen met jou en Esther en Maurits.

Ik heb gezegd.

Referenties

- 1 Blom JD, Sommer IEC, Koops S, Sacks OW. Prosopometamorphopsia and facial hallucinations. *The Lancet*, 2014, 384, 1998.
- 2 World Health Organization. *International Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Edition*. Geneva: World Health Organization, 1990.
- 3 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- 4 Schneider K. *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1950.
- 5 MacMillan DB. Geographical report of the Crocker Land expedition, 1913-1917. *Bulletin of the American Museum of Natural History*, 1928, 56, 379-435.
- 6 Blom JD, Eker H. Het incubusfenomeen: Een slaapgerelateerde stoornis, niet te verwarren met psychose. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2015, 57, 16-24.
- 7 Cheyne JA. Sleep paralysis and the structure of waking-nightmare hallucinations. *Dreaming*, 2013, 13, 163-179.
- 8 Stuiivenga M, Morrens M. Prevalence of the catatonic syndrome in an acute inpatient sample. *Frontiers in Psychiatry*, 2014, 5, 174.
- 9 Blom JD, Slotema CW. *Katatonie en Dissociatie*. Houten: AccreDidact/Prelum Uitgeverij, 2014.
- 10 Kahlbaum KL. *Die Katatonie, oder das Spannungsirresein. Klinische Abhandlungen über Psychischen Krankheiten, 1. Heft*. Berlin: Hirschwald, 1874.
- 11 Kraepelin E. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Fünfte, Vollständig Umgearbeitete Auflage*. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth, 1896.
- 12 Bleuler E. Die Prognose der Dementia praecox (Schizophreniegruppe). *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychischgerichtliche Medizin*, 1908, 65, 436-64.
- 13 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1952.
- 14 Blom JD, Van Praag HM. Schizophrenia: It's broken and it can't be fixed. A conceptual analysis at the centenary of Bleuler's *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 2011, 48, 240-248.
- 15 Kahn RS, Sommer IEC, Murray RM, et al. Schizophrenia. *Nature Reviews. Disease Primers*, 2015, 1, 15067.
- 16 Shorter E. *What Psychiatry Left Out of the DSM-5. Historical Mental Disorders Today*. London: Routledge Taylor & Francis Group, 2015.
- 17 Blom JD. Alice in Wonderland syndrome: A systematic review. *Neurology: Clinical Practice*, 2016, 6, 1-12.
- 18 Blom JD. When doctors cry wolf. A systematic review of the literature on clinical lycanthropy. *History of Psychiatry*, 2014, 25, 87-102.
- 19 Blom JD, Kooij JJS. De ADD-psychose: Behandeling met antipsychotica én methylfenidaat? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2012, 54, 89-93.
- 20 Sacks O, Blom JD. Musical hallucinations. In: *Hallucinations. Research and Practice*. Blom JD, Sommer IEC, eds. New York, NY: Springer, 2012, pp. 133-142.
- 21 Lim A, Hoek HW, Blom JD. The attribution of psychotic symptoms to jinn in Islamic patients. *Transcultural Psychiatry*, 2015, 52, 18-32.
- 22 Blom JD, Poulina IT, Van Gellecum TL, Hoek HW. Traditional healing practices originating in Aruba, Bonaire, and Curaçao: A review of the literature on psychiatry and Brua. *Transcultural Psychiatry*, 2015, 52, 840-860.
- 23 Coebergh JA, Wren DR, Mumford CJ. 'Undiagnosing' neurological disease: How to do it, and when not to. *Practical Neurology*, 2014, 14, 436-439.
- 24 Horwitz AV, Wakefield JC. *The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford: Oxford University Press, 2007.

PROF.DR. JAN DIRK BLOM (HELLEVOETSLUIS, 1965)



- 2016 Bijzonder hoogleraar Klinische Psychopathologie, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Leiden
- 2012-2016 Opleider Volwassenenpsychiatrie, Parnassia Groep, Den Haag
- 2012-2016 Plaatsvervangend opleider Psychiatrie, Parnassia Groep
- 2012-2016 Afdelingshoofd, Polikliniek Uncommon Psychiatric Syndromes, Parnassia Groep, Den Haag
- 2011-2013 Opleider Klinische Geriatrie, Parnassia Groep, Den Haag
- 2010-2012 Opleider Psychiatrie, Parnassia Groep, Den Haag
- 2007-2010 Plaatsvervangend opleider Psychiatrie, Parnassia Groep, Den Haag
- 2005-2016 Universitair docent, Vakgroep Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen
- 2003 Promotie op het proefschrift *Deconstructing Schizophrenia. An Analysis of the Epistemic and Nonepistemic Values that Govern the Biomedical Schizophrenia Concept*, Faculteit der Wijsbegeerte, Universiteit Leiden
- 2001-2016 Psychiater, Parnassia Groep, Den Haag
- 1996-2001 Specialistenopleiding Psychiatrie, Haags-Leids Opleidingsconsortium Psychiatrie
- 1995-1996 Arts-assistent Psychiatrie, Rosenburg, Den Haag
- 1994-1995 Arts-assistent Neurologie, Academisch Ziekenhuis Utrecht
- 1990-1991 Studie Filosofie, Rijksuniversiteit Groningen
- 1986-1994 Studie Geneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen en Universiteit Leiden

Samenvatting

Klinische psychopathologie is de wetenschap die zich bezighoudt met het beschrijven en classificeren van psychiatrische ziektebeelden. Dit resulteert in classificaties zoals de DSM-5, in de VS (en ook in Nederland) het standaardhandboek voor de psychiatrie. Tussen de beschrijvingen in dit handboek ('de kaart') en de klinische praktijk ('het gebied') is in toenemende mate een kloof voelbaar. Met name het schizofrenieconcept blijkt problematisch te zijn. Het DSM-systeem heeft als voordeel dat het klinici en onderzoekers in staat stelt om een uniforme taal te spreken en deze stoornis aan de hand van uniforme criteria te diagnosticeren, maar in de klinische praktijk blijkt dat het schizofrenieconcept in de DSM zo breed is, dat talloze zeldzamere ziektebeelden ten onrechte worden bestempeld als 'schizofrenie' en patiënten bijvoorbeeld worden behandeld met antipsychotica terwijl een andere behandeling effectiever zou zijn. Om recht te doen aan patiënten en hun vaak unieke belevingen én om verder te komen met empirisch onderzoek, wordt daarom gepleit voor *personalized medicine*.



Universiteit
Leiden