

University of Groningen

Drie modellen om schizofrenie beter te begrijpen

Renard, Selwyn; Pijnenborg, Marieke; Huntjens, Rafaele

Published in:
Psychopraktijk

DOI:
[10.1007/s13170-015-0066-2](https://doi.org/10.1007/s13170-015-0066-2)

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2015

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Renard, S., Pijnenborg, M., & Huntjens, R. (2015). Drie modellen om schizofrenie beter te begrijpen. *Psychopraktijk*, 7(4), 6-9. <https://doi.org/10.1007/s13170-015-0066-2>

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Drie modellen om schizofrenie *beter te begrijpen*

DOOR SELWYN RENARD, MARIEKE PIJENBORG & RAFAELE HUNTJENS



De recente discussie rond het al dan niet bestaan van schizofrenie zal niemand in de geestelijke gezondheidszorg zijn ontgaan. Als onderzoekers naar de classificatie en differentiaaldiagnostiek van schizofrenie-spectrumstoornissen en dissociatieve stoornissen hebben we deze discussie met interesse gevolgd. Deze discussie is niet nieuw. Die woedt namelijk al jaren over het bredere vraagstuk wat psychopathologie precies is. Dit heeft geresulteerd in verschillende modellen van psychopathologie, waarvan de drie belangrijkste zijn: het categorische model, het dimensionele model en het netwerk model.

De discussie over het bestaan van schizofrenie is grotendeels terug te voeren op verschillen in nadruk op een van deze modellen.

DE CATEGORISCHE BENADERING

Volgens het klassieke categorische model reflecteert een diagnose een onderliggende stoornis waarvan de symptomen het gevolg zijn.¹ De scheiding tussen pathologisch en gezond en tussen verschillende diagnoses zijn inherent aan dit model. Het nieuwe handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (de DSM-5) is de bekendste uitwerking van de categorische benadering. Dit handboek beschrijft per diagnose een aantal criteria waaraan voldaan moet worden. Zo worden schizofrenie-spectrumstoornissen gekenmerkt door het hebben van hallucinaties, wanen, gedesorganiseerde spraak, gedesorganiseerd of catatonisch gedrag en negatieve symptomen. Dissociatieve stoornissen worden daarentegen gekenmerkt door een verstoring in het normaal geïntegreerd functioneren van het bewustzijn, geheugen, identiteit of perceptie. Deze categorisatie heeft sterke invloed gehad op onderzoek en behandeling. Doordat lange tijd werd verondersteld dat schizofrenie een echte hersenstoornis was en dissociatieve stoornissen door trauma werden veroorzaakt, is er veel meer biologisch onderzoek gedaan naar schizofrenie-spectrumstoornissen dan naar dissociatieve stoornissen. De categorisatie is ook terug te zien in sterk verschillende behandelrichtlijnen.

DE DIMENSIONELE BENADERING

De grenzen tussen pathologisch en gezond en tussen

verschillende diagnoses zijn echter niet zo scherp als het categorische model doet vermoeden. Dit komt onder andere doordat de meeste symptomen niet specifiek bij één bepaalde diagnose voorkomen. Dit is een van de redenen waarom symptomen steeds meer worden bekeken vanuit een dimensioneel perspectief. Het dimensioneel model stelt, in tegenstelling tot het categorisch model, dat 'symptomen' van mensen met een bepaalde diagnose niet categorisch anders zijn dan 'ervaringen' van niet-patiënten of mensen met een andere diagnose. De achterdocht van iemand met een achtervolgingswaan is dus niet categorisch anders dan de achterdocht die we zelf kunnen ervaren. In plaats daarvan worden symptomen als uitersten van gevoelens, ervaringen en gedragingen gezien die ook bij niet-patiënten en mensen met andere diagnoses kunnen voorkomen.² Volgens dit model hebben we dus in bepaalde mate allemaal wel eens dissociatieve of psychotische ervaringen. Bij schizofrenie-spectrumstoornissen en dissociatieve stoornissen zien we dat de grenzen tussen deze diagnoses inderdaad niet zo duidelijk zijn als de DSM doet vermoeden. Zo is bijvoorbeeld gevonden dat tussen de 27 en 41% van de mensen gediagnosticeerd met een dissociatieve stoornis eerder gediagnosticeerd is geweest met een schizofrenie-spectrumstoornis.³ Daarnaast voldoet tussen de 9 en 50% van de mensen gediagnosticeerd met een schizofrenie-spectrumstoornis ook aan de diagnostische criteria van een dissociatieve stoornis.⁴ Zelfs als we van de 9% uitgaan, is dit hoger dan verwacht mag worden als het categorisch onafhankelijke stoornissen zijn die beide bij minder dan 1% van de bevolking voorkomen.

OVERLAP TUSSEN DIAGNOSES

Op symptoomniveau zien we ook overlap tussen de diagnoses. Veel onderzoek heeft aangetoond dat mensen gediagnosticeerd met een schizofrenie-spectrumstoornis ook last kunnen hebben van dissociatieve ervaringen. Gemiddeld hebben ze meer dissociatieve ervaringen dan niet-patiënten, maar minder dan mensen met een dissociatieve stoornis.⁴ De exacte hoeveelheid dissociatieve ervaringen varieert echter nogal tussen mensen met een schizofrenie-spectrumdiagnose. Tijdens de intake wordt bijvoorbeeld meer dissociatie gerapporteerd dan later in de behandeling. Verder is gevonden dat chronische patiënten meer last heb- ●



ben van dissociatie dan mensen tijdens een eerste psychotische episode. Daarnaast is gebleken dat mensen gediagnosticeerd met psychotische stoornis niet anderszins omschreven meer last hebben van dissociatieve ervaringen dan mensen met schizofrenie of een schizoaffectieve stoornis. Deze diagnostische restgroep lijkt een kunstmatige oplossing te zijn voor het grijze gebied tussen deze en andere diagnostische groepen.

HALLUCINATIES BIJ DISSOCIATIEVE STOORNIS

Er is verhoudingsgewijs weinig onderzoek gedaan naar de aanwezigheid van psychotische symptomen bij dissociatieve stoornissen. In het verleden is wel gekeken naar Schneideriaanse symptomen. Deze subgroep positieve symptomen werd ooit als kenmerkend voor schizofrenie gezien, maar is ook in sterkere mate aanwezig bij mensen gediagnosticeerd met een dissociatieve stoornis.⁵ Hallucinaties (vooral auditieve) komen ook vaker voor bij mensen gediagnosticeerd met een dissociatieve stoornis.⁶ Wanen komen voor bij beide groepen, maar bizarre wanen komen minder voor bij mensen gediagnosticeerd met een dissociatieve stoornis.³ Er is tot slot gevonden dat mensen met een dissociatieve stoornis gemiddeld meer last hebben van negatieve symptomen dan niet-patiënten.⁷ Zo komen sociale teruggetrokkenheid en emotionele afvlakking ook bij deze groep voor.

EEN ANDERE OORZAAK

De symptoomoverlap tussen de diagnoses hoeft geen probleem te zijn voor het categorisch model als de diagnoses een andere oorzaak hebben. Hoewel de DSM hier geen uitspraken over doet, kan het zijn dat de stoornissen juist verschillen in hun oorzaak. Helaas is er voor beide diagnostische groepen geen eenduidige oorzaak gevonden. Er is bewijs voor een erfelijke component aan schizofrenie-spectrumstoornissen. Ook zijn deze stoornissen in verband gebracht met bepaalde hersengebieden. Tegenwoordig wordt echter ook aan omgevingsfactoren een belangrijke rol toegeschreven. Zo lijkt ook bij het ontwikkelen van schizofrenie trauma een belangrijke rol te spelen.⁸ Bij de dissociatieve stoornissen wordt over het algemeen trauma nog steeds als belangrijkste oorzaak gezien. Hier is echter wel discussie over. Zo stelt het sociaal cognitief model van dissociatieve stoornissen

dat andere factoren dan trauma een belangrijke rol spelen in het ontwikkelen van de diagnose zoals suggestibiliteit en de neiging om op te gaan in fantasieën.⁹ Beide factoren zijn echter ook in verband gebracht met schizofrenie-spectrumstoornissen. Tot slot zijn er bij dissociatieve stoornissen afwijkingen in bepaalde hersengebieden gevonden. Dezelfde hersengebieden zijn echter in verband gebracht met schizofrenie-spectrumstoornissen.¹⁰ Een absolute scheidingslijn tussen de diagnoses wat betreft het ontstaan ervan is dus tot op heden nog niet gevonden.

HET NETWERKMODEL

Overlap tussen dissociatieve en schizofrenie-spectrumstoornissen houdt neit in dat er geen onderscheid te maken is tussen deze diagnoses. Het is mogelijk dat er overlap is in de individuele symptomen, maar dat de diagnoses juist verschillen in het totaalplaatje. Het dimensionele model verklaart alleen waarom de grenzen tussen diagnoses vaag zijn, maar niet waarom bepaalde symptomen toch vaker samen voorkomen. Het netwerkmodel is in dit opzicht zeer inzichtgevend. Volgens dit model zijn symptomen namelijk niet per se het gevolg van een onderliggende stoornis maar kunnen ze ook direct veroorzaakt worden door andere symptomen. Symptomen bestaan dus niet in isolatie van elkaar maar spelen als een netwerk op elkaar in.¹¹ Iemand gediagnosticeerd met schizofrenie kan stemmen horen die zeggen dat de CIA achter hem aan zit. Dit kan leiden tot een achtervolgingswaan, wat weer kan leiden tot sociale teruggetrokkenheid. Deze netwerken houden zich niet per se aan de kaders van de DSM. Het zou bijvoorbeeld ook kunnen dat het hebben van wanen en hallucinaties zorgt voor een gevoel van derealisatie en depersonalisatie, als de wanen en hallucinaties niet overeenkomen met het zelfbeeld of wereldbeeld dat iemand heeft. Er is echter nog weinig onderzoek gedaan naar de exacte vorm van dergelijke netwerken. Hoewel is gebleken dat het hebben van meer schizofrenie-spectrumsymptomen samengaat met meer dissociatieve ervaringen is niet bekend of deze symptomen elkaar daadwerkelijk kunnen veroorzaken. Het grote voordeel van het netwerkmodel is echter dat dit soort netwerken verklaren waarom comorbiditeit zo vaak voorkomt. Bovendien benadrukt het model de veranderlijkheid van symptomen. Niet alleen sympto-

men hebben invloed op het netwerk, ook de sociale omgeving, gebeurtenissen en tijd kunnen invloed op het netwerk hebben. Het onderzoeken van dergelijke netwerken geeft daarbij mogelijkheden voor het geven van gerichte behandeling. Het heeft immers weinig zin om bepaalde symptomen los van elkaar te behandelen als blijkt dat die symptomen elkaar in stand houden.

ELK MODEL ZIJN EIGEN NUT

Hoewel er veel bewijs is voor het dimensionele model van psychopathologie en het netwerkmodel veel potentie heeft, is dit geen direct bewijs tegen het categorische model. Het is belangrijk dat we ons bewust zijn van de verschillende modellen omdat elk model iets bijdraagt aan het begrijpen van psychische problemen. In de praktijk is het dan ook belangrijk te onthouden dat, hoewel een diagnose als schizofrenie slechts een label is dat gegeven wordt als aan bepaalde criteria wordt voldaan, het in elk geval voor de communicatie handig kan zijn om deze samen voorkomende symptomen als groep te classificeren.

Het is echter ook belangrijk te onthouden dat deze classificatie veranderlijk is, en als blijkt dat de taal die we gebruiken eerder beperkend dan verrijkend werkt, is het nuttig de taal aan te passen. Tot slot is het goed om te beseffen dat iemands psychische problemen geen harde grenzen hebben zoals een categorische diagnose die heeft. Dit houdt in dat er ook naar problemen gekeken moet worden die strikt genomen buiten de diagnose vallen. Als iemand die gediagnosticeerd is met schizofrenie veel last van dissociatieve ervaringen heeft of andersom, dan moeten deze symptomen behandeld worden, ongeacht de diagnose. Met andere woorden: hoewel een diagnose richtinggevend kan zijn voor de behandeling, zal die aangepast moeten worden op het individu. ●

LITERATUUR

1. Brown, T.A. & Barlow, D.H. (2005). Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and beyond: comment on the special section. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 551-6.
2. Johns, L.C. & van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1125-41.
3. Ross, C.A., Miller, S.D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G.A. & Anderson, G. (1990). Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 31(2), 111-8.
4. Schäfer, I., Harfst, T., Aderhold, V., Briken, P., Lehmann, M., Moritz, S., Read, J. & Naber, D. (2006). Childhood trauma and dissociation in female patients with schizophrenia spectrum disorders: an exploratory study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 135-8.
5. Şar, V., Yargıç, L.I. & Tutkun, H. (1996). Structured interview data on 35 cases of dissociative identity disorder in Turkey. *American Journal of Psychiatry*, 153(10), 1329-33.
6. Hornstein, N.L. & Putnam, F.W. (1992). Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1077-85.
7. Ellason, J.W. & Ross, C.A. (1995). Positive and negative symptoms in dissociative identity disorder and schizophrenia: A comparative analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(4), 236-241.
8. Read, J., van Os, J., Morrison, A.P. & Ross, C.A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330-50.
9. Spanos, N.P. (1994). Multiple Identity Enactment and Multiple Personality Disorder: A Sociocognitive Perspective. *Psychological Bulletin*, 116(1), 143-165.
10. Şar, V., Unal, S.N. & Ozturk, E. (2007). Frontal and occipital perfusion changes in dissociative identity disorder. *Psychiatry Research*, 156(3), 217-23.
11. Cramer, A.O.J., Waldorp, L.J., van der Maas, H.L.J. & Borsboom, D. (2010). Comorbidity: a network perspective. *The Behavioral and Brain Sciences*, 33(2-3), 137-50; discussion 150-93.

Selwyn Renard, MSc is promovendus RU Groningen; Marieke Pijnenborg, PhD is universitair hoofddocent, klinische psychologie RU Groningen, cognitief gedragstherapeut/gz-psycholoog bij GGZ Noord-Drenthe; Rafaele Huntjens, PhD is universitair docent, klinische psychologie RU Groningen.

