

University of Groningen

Schizophrenia spectrum disorders and dissociative disorders

Renard, Selwyn Benjamin

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:

2017

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

Citation for published version (APA):

Renard, S. B. (2017). *Schizophrenia spectrum disorders and dissociative disorders: The blurry boundaries between categorical diagnoses*. University of Groningen.

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).

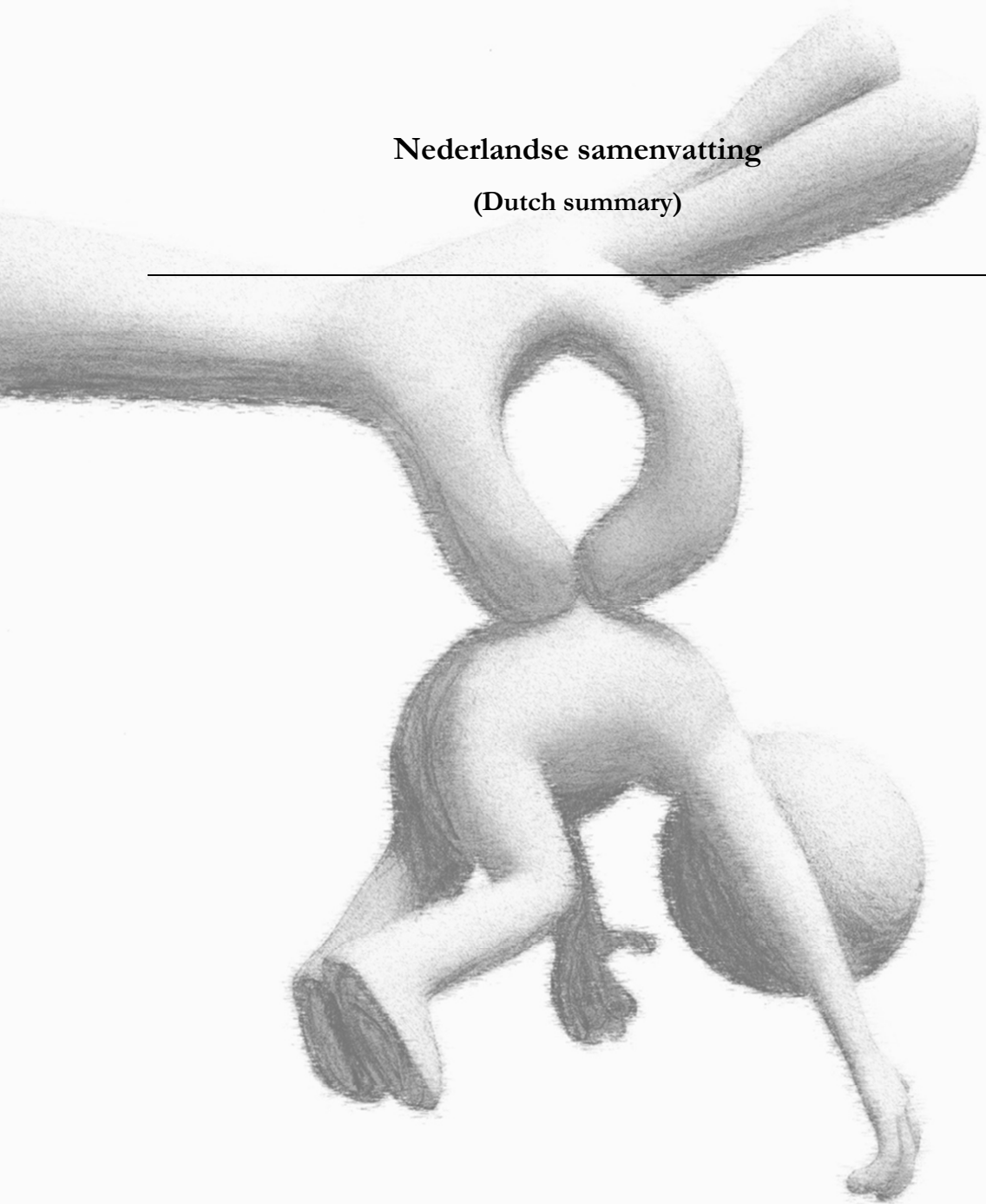
The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

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.

Nederlandse samenvatting
(Dutch summary)



Inleiding

Dit proefschrift beoogt te onderzoeken in hoeverre schizofrenie spectrum stoornissen en dissociatieve stoornissen categorisch verschillende aandoeningen zijn. Hoewel deze diagnoses als verschillende categorieën worden beschreven in de twee meest gebruikte diagnostische handboeken; de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) en ICD-10 (World Health Organisation, 1992), is er onder onderzoekers en klinici al decennia lang de vraag naar een meer dimensionele benadering van psychopathologie (zie Widiger, 2005).

Volgens de dimensionele benadering zijn er geen categorische verschillen tussen patiënten en niet patiënten, de ervaringen die worden geassocieerd met psychopathologie zijn namelijk in bepaalde mate ook in de gezonde bevolking te vinden. Patiënten hebben deze ervaringen in zo een extreme mate dat ze het dagelijks functioneren beperken, waardoor ze er hulp bij nodig hebben. Aangezien het dimensionele model niet aanneemt dat er absolute grenzen zitten tussen gezond en pathologisch hoeven die er ook niet te zitten tussen de verschillende diagnoses. De afgelopen jaren is er naast het al geruime tijd bekende dimensionele model steeds meer aandacht binnen de wetenschap naar alternatieve modellen van psychopathologie. Het onderzoek naar deze modellen lijkt veelbelovend en kan mogelijk de manier waarop we naar psychopathologie kijken, veranderen. Zo lijken het Research Domain Criteria (RDoC) project van het Amerikaanse National Institute of Mental Health (Insel et al., 2010), de Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP, Kotov et al., 2017) en het netwerkmodel van psychopathologie (Borsboom et al., 2011) stuk voor stuk waardevol om ons begrip in psychopathologie te vergroten.

Het RDoC project is een poging om een nieuwe taxonomie van psychopathologie te creëren op basis van genetica, neurologisch onderzoek en gedragsonderzoek. In plaats van gebruik te maken van de diagnoses die in de afgelopen eeuw door consensus zijn ontstaan, gebruikt het RDoC project objectieve laboratoriumstudies om oorzaken van specifieke psychologische handicaps te identificeren, bijvoorbeeld in het beloningssysteem, aandacht of perceptie (Insel et al., 2010). Hoewel het RDoC project als doel heeft om een nieuwe dimensionele taxonomie te creëren, heeft het project ook de potentie om categorisch onderscheidbare ziekte-entiteiten te vinden vanwege de biologische nadruk van het project. Waar RDoC zich eerst richt op het vinden van biologische en gedragsfactoren die ten grondslag liggen aan specifieke uitingen van psychopathologie, formuleert HiTOP al de basis voor een nieuwe taxonomie. Net zoals RDoC beoogt te doen, is deze taxonomie gebaseerd op data in plaats van consensus en wordt psychopathologie dimensioneel beschreven in plaats van



categorisch. Tot slot is volgens het netwerkmodel psychopathologie een combinatie van beperkingen, klachten en overige beïnvloedende factoren die elkaar door middel van complexe multidirectionele netwerken in stand houden. Zo kan spanning tot slaap problemen leiden, wat weer tot vermoeidheid kan leiden, en deze vermoeidheid kan de spanning weer verhogen. Deze netwerken zullen naar verwachting tot op zekere hoogte uniek zijn voor elk individu (Borsboom et al., 2011).

Hoofdstuk 2

In hoofdstuk 2 wordt een systematisch literatuuronderzoek gepresenteerd. Er is onderzocht in hoeverre er in de wetenschappelijke literatuur verschillen zijn dan wel overlap is tussen schizofrenie spectrum stoornissen en dissociatieve stoornissen. Er blijkt een grote hoeveelheid onderzoek te zijn die de aanwezigheid van dissociatieve ervaringen in schizofrenie spectrum stoornissen laat zien. Ook zijn ervaringen die geassocieerd worden met schizofrenie (met name positieve symptomen) gevonden in patiënten gediagnostiseerd met een dissociatieve stoornis. Hoewel dissociatieve ervaringen vaker voorkomen bij patiënten met een dissociatieve stoornis, en cognitieve problemen en negatieve symptomen (zoals apathie) meer voorkomen bij patiënten met een schizofrenie spectrum stoornis, is er geen sterk bewijs gevonden dat er bepaalde symptomen zijn die maar bij één van de twee diagnostische clusters voorkomen. Het literatuuronderzoek liet ook geen duidelijke verschillen zien wat betreft de etiologie van deze diagnoses, zo waren er bijvoorbeeld geen duidelijke verschillen in biologische factoren of trauma geschiedenis. Echter, is onze kennis over de etiologie van deze diagnoses sowieso onvolledig.

De overlap tussen schizofrenie spectrum stoornissen en dissociatieve stoornissen kan tot verschillende conclusies leiden. Het zou kunnen dat de diagnostische clusters niet categorisch van elkaar verschillen, maar dat er in plaats daarvan sprake is van een geleidelijke verandering waarin enkele patiënten passen binnen het stereotype van een schizofrenie spectrum stoornis en enkele patiënten passen binnen het stereotype van een dissociatieve stoornis. Veel patiënten zouden dan een mix van symptomen ervaren die niet precies binnen de kaders van één van de twee diagnoses passen. Deze verklaring past bij de dimensionele en netwerk modellen van de psychopathologie, maar lijkt in strijd met categorische modellen van psychopathologie. Als alternatief zou uit de overlap ook geconcludeerd kunnen worden dat, hoewel de diagnoses verschillende ziekte entiteiten zijn, zij vergelijkbare problemen en ervaringen kunnen veroorzaken.

Hoofdstuk 3

Ongeacht wat de oorzaak van de overlappende symptomen is, is het van belang om te onderzoeken of deze overlappende symptomen het functioneren of het welzijn van de patiënt beïnvloeden onafhankelijk van de symptomen die volgens de DSM-5 en ICD-10 bij de diagnose horen. Hoofdstuk 3 onderzocht de relatie tussen dissociatieve symptomen, emotieherkenning en schizofrenie spectrum symptomen bij 49 patiënten met een schizofrenie spectrum diagnose. Er werd aangetoond dat dissociatieve ervaringen bij deze patiëntgroep samenhangen met het minder goed herkennen van emoties onafhankelijk van de symptomen die bij de diagnose horen. Aangezien emotie herkenning een vorm van sociale cognitie is die nauw is verbonden met sociaal functioneren leek verder onderzoek naar de overlap tussen schizofrenie spectrum stoornissen en dissociatieve stoornissen op zijn plaats.

De relatie tussen dissociatieve ervaringen en emotie herkenning wordt verklaard doordat dissociatieve symptomen verschillende processen verstoren die als noodzakelijk worden gezien bij het correct herkennen van emoties. Je kunnen identificeren met je eigen emoties lijkt een belangrijke voorwaarde om emoties in anderen goed te herkennen. Als je bijvoorbeeld zelf ervaring hebt met verdriet en woede, en wat die emoties met je gedrag en reacties doen, zal dat het herkennen van deze emoties in anderen vergemakkelijken. Bovendien kan het herkennen van je eigen emoties direct helpen bij het herkennen van de emoties van anderen. Zo is een gevoel van angst in reactie op iemand die op een bepaalde manier naar je kijkt, is een goede indicatie dat de ander boosheid uitdrukt.

Hoofdstuk 4

Volgend op de resultaten van hoofdstuk 3, werd in hoofdstuk 4 een andere emotie herkenningstaak getest. Deze taak leek veelbelovend, omdat de stimuli die in deze taak gebruikt werden (gezichten met emotionele uitdrukkingen) gecombineerd werden met een trigger van de emotie die los stond van de observator (de gezichten dronken wat). Dit hoofdstuk laat zien dat bij gezonde controles ($n = 69$) de trigger een significante modererende invloed had op het naderen en vermijden van de stimuli. Zoals verwacht werd verlaagde de trigger de expliciete intentie om vrolijke uitdrukkingen te benaderen en de intentie om walgelijke uitdrukkingen te vermijden. De trigger had echter geen modererende invloed op het impliciet, automatisch naderen en vermijden van de emoties. Het effect van de trigger lijkt dus een weerspiegeling te zijn van bewuste processen.



Het zou nog interessant zijn om te onderzoeken of patiënten gediagnostiseerd met een schizofrenie-spectrumstoornis of een dissociatieve stoornis de trigger op dezelfde manier als gezonde controles en elkaar gebruiken. Uit eerdere onderzoeken zou men vermoeden dat beide patiëntengroepen slechter zouden presteren dan gezonde controles op de sociale cognitietask (Feeny et al., 2000; Pijnenborg et al., 2009), maar dat patiënten met een schizofrenie spectrum diagnose gemiddeld minder gebruik zouden maken van de trigger, vanwege het voorkomen van betrekkingswaarschuwingen, waar mensen gebeurtenissen juist onterecht op zichzelf betrekken (Startup & Startup, 2005). Dit onderzoek kon echter niet gerealiseerd worden als onderdeel van dit proefschrift.

Hoofdstuk 5

In lijn met het netwerkmodel worden in hoofdstuk 5 dissociatieve ervaringen bij patiënten die zijn gediagnosticeerd met een dissociatieve stoornis ($n = 50$) of schizofrenie spectrum stoornis ($n = 306$) onderzocht door middel van netwerkanalyse. Netwerk analyse is een statistische methode om relaties tussen verschillende factoren (ervaringen/ symptomen) visueel in kaart te brengen. Daarnaast wordt in dit hoofdstuk ook gekeken naar patiënten die zijn gediagnosticeerd met een posttraumatische stressstoornis (PTSD, $n = 65$) onderzocht, omdat bij deze patiëntgroep dissociatieve ervaringen ook regelmatig voorkomen; en studenten ($n = 261$) om de onderlinge relatie tussen dissociatieve ervaringen in een niet-klinische steekproef in kaart te brengen. Net als in ander onderzoek (bijvoorbeeld Carlson & Putnam, 1993) en de resultaten van hoofdstuk 2, meldden patiënten met een dissociatieve identiteitsstoornis de meeste dissociatieve ervaringen, gevolgd door PTSD-patiënten. In tegenstelling tot wat verwacht werd uit eerdere onderzoek en de resultaten van hoofdstuk 2, scoorden mensen die gediagnosticeerd met een schizofrenie spectrum stoornis vergelijkbaar met studenten op dissociatieve ervaringen in het algemeen. Deze patiëntgroep rapporteerde echter wel significant meer pathologische dissociatieve ervaringen (ervaringen die sterker samen zouden hangen met dissociatieve stoornissen) dan studenten. Kijkend naar de symptoom netwerken van dissociatieve ervaringen, werden er geen significante verschillen gevonden tussen de diagnostische groepen, noch met gezonde controles.

Hoewel de vergelijkbare symptoomnetwerken lijken te bevestigen dat de dissociatieve ervaringen gelijk zijn voor de vier onderzochte groepen, zijn er behalve verschillen in ernst en frequentie, mogelijk meer verschillen. Zo wordt in hoofdstuk 5 ook gevonden dat dissociatieve ervaringen bij patiënten gediagnosticeerd met een schizofrenie spectrum stoornis sterk zijn

verbonden met elkaar en slechts losjes met traumatische ervaringen en symptomen van schizofrenie.

Hoofdstuk 6

Hoofdstuk 6 heeft een experimentele benadering naar de complexe relatie tussen schizofrenie spectrum stoornissen en dissociatieve stoornissen. De redenering hiervoor was dat als we schizofrenie spectrum stoornissen en dissociatieve stoornissen als twee losstaande diagnostische clusters behandelen, we hier meer bewijs voor moeten hebben dan enkel een historische consensus. In een poging dit bewijs te leveren werd getracht derealisatie (een vorm van dissociatie) te induceren zonder ervaringen van depersonalisatie (een andere vorm van dissociatie) en schizotypy (ook bekend als psychotische of psychose achtige ervaringen; Kwapil & Barrantes-Vidal, 2015) te induceren. Aangezien derealisatie conceptueel sterk lijkt op schizotypy, werd verwacht dat als dit zou lukken het een sterke indicator zou zijn van de uniekheid van deze twee constructen. Tweeënzeventig gezonde deelnemers werden random verdeeld in vier groepen. Elke groep keek een neutrale film waarin werd autogerezen. Groep één keek de film met stroboscopisch achtergrond licht, groep twee door een bril die de visuele waarneming vervormde, groep drie met stroboscopisch achtergrond licht en de bril, en groep vier bekeek alleen de film. De bril was in staat om derealisatie te induceren zonder depersonalisatie te induceren, maar niet zonder tegelijkertijd ervaringen van schizotypy te induceren. Het stroboscopische achtergrond licht had geen significant effect op derealisatie, depersonalisatie of schizotypy. Dit toont aan dat depersonalisatie te onderscheiden is van derealisatie en schizotypy, maar of de laatste twee ook van elkaar te onderscheiden zijn blijft onduidelijk.

Conclusie

Uit het proefschrift wordt geconcludeerd dat de grenzen tussen schizofrenie spectrum stoornissen en dissociatieve stoornissen niet zo duidelijk zijn als categorische modellen doen vermoeden. Hoewel er geen sprake lijkt te zijn van strikte grenzen tussen de diagnoses, zijn er ook aanwijzingen dat het onderscheid tussen deze diagnostische cluster niet voor niets is. Zo laat hoofdstuk 2 laat zien dat er geen duidelijke grenzen zijn tussen schizofrenie spectrum stoornissen en dissociatieve stoornissen wat betreft het voorkomen van symptomen of etiologie, maar wel in de behandeling. Ook zijn er gemiddeld verschillen tussen patiënten die gediagnostiseerd zijn met een schizofrenie spectrum stoornissen en patiënten die



gediagnostiseerd zijn met een dissociatieve stoornissen in de frequentie waarin bepaalde ervaringen worden gerapporteerd, zoals te zien in hoofdstuk 2 en 5. De resultaten uit hoofdstuk 3 en hoofdstuk 5 laten zien dat de dissociatieve ervaringen bij schizofrenie spectrum stoornissen moeten worden gezien als een zelfstandig symptoom en niet alleen als epifenomeen van psychotische symptomen. Het lukte in hoofdstuk 6 echter niet om derealisatie los van schizotypy te induceren waar het wel lukte om derealisatie los van depersonalisatie te induceren.

Zolang we blijven werken met categorische modellen van psychopathologie houden deze bevindingen voor de klinische praktijk in dat we ons bewust moeten zijn van de troebele grenzen die er tussen de diagnoses bestaan om zo nodig de diagnoses aan te kunnen passen. Verder wordt het belang van semantiek binnen de psychopathologie besproken. De taal die momenteel gebruikt wordt onder experts en leken is doorweven met het categorisch denken, zo impliceert het “hebben van een stoornis” en het “herkennen van symptomen” dat er een onderliggend ziektebeeld is, waar dit niet perse het geval hoeft te zijn. Tot slot lijken het dimensionele model, het netwerk model, HiTOP en het RDoC project elk wat bij te kunnen dragen aan ons begrip van psychopathologie en in de discussie wordt er een suggestie gedaan hoe deze verschillende modellen geïntegreerd kunnen worden in de klinische cyclus.

