

Heb ik hetzelfde als mijn vader?

Huisartsgeneeskundige kanttekeningen bij een familie met 'schizofrenie'

G.Th. VAN DER WERF
R. TOMASINI

Schizofrenie kan een ernstig invaliderende aandoening zijn. De patiënt is in de eerste plaats gebaat bij een stabiele omgeving. Neuroleptica vormen een belangrijke steun bij de behandeling in de acute situatie, maar kunnen ook in onderhoudsdosering exacerbaties voorkomen. De prognose is voor bepaalde groepen patiënten ongunstig. Factoren die de prognose ten kwade beïnvloeden zijn therapie-ontrouw, het uiteenvallen van het gezin van de patiënt, criminaliteit, en alcoholmisbruik. Al deze factoren worden mede bepaald door de kwaal zelf. Als gevolg van de mythe van de mondige patiënt en door juridisering van het probleem valt opname, hoe zeer soms ook noodzakelijk, lang niet altijd te realiseren. Hier ligt een taak voor de huisarts als gezinsarts in samenspraak met het Riagg, de inrichtingspsychiater en justitie; niet alleen als behandelend arts, maar ook als voorlichter aan de omgeving van de patiënt.

Van der Werf GTh, Tomasini R. Heb ik hetzelfde als mijn vader? Huisartsgeneeskundige kanttekeningen bij een familie met 'schizofrenie'. Huisarts Wet 1990; 33(1): 16-21.

Dr. G.Th. van der Werf, huisarts; R. Tomasini, destijds co-assistent, thans arts, Laboratorium voor experimentele neurochirurgie, Rijksuniversiteit Groningen.

Correspondentie: Dr. G.Th. van der Werf, huisartsgroepspraktijk, A. Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen.

Inleiding

Medicine is a social science

Het overkomt een huisarts niet dagelijks dat hij een brief krijgt van een patiënt met het verzoek om hem in de gevangenis te bezoeken. En dan nog wel met zo'n duidelijke vraagstelling: 'Heb ik hetzelfde als mijn vader?' De vader van de briefschrijver had ik vroeger als patiënt gekend; in mijn herinnering leed hij aan schizofrenie. Hij was door zelfmoord aan zijn eind gekomen.

Enige weken na ontvangst van deze brief werd ik bezocht door een oom van de briefschrijver – een oudere broer van zijn vader – met de vraag of hij opnieuw Largactil® kon krijgen: hij kreeg weer last van 'vreemde' gedachten.

En daarmee was de eerste vraag gesteld: is schizofrenie erfelijk? Het bracht ons tot verdere vragen: wat moet onder 'schizofrenie' worden verstaan en hoe stellen we de diagnose; wat betekent deze diagnose voor therapie en prognose? Stel dat onze briefschrijver hetzelfde heeft als zijn vader, wat zouden we hem dan moeten vertellen?

In dit artikel schetsen we de lotgevallen van de familie Munniks; we spiegelen deze geschiedenis aan de literatuur over schizofrenie en beantwoorden tenslotte de hierboven gestelde vragen.

De familie Munniks

Phlip Munniks

Phlip Munniks leerde ik in 1972 kennen. Hij was toen 41 jaar en woonde met zijn vrouw en hun twee kinderen – Gerard van 14 en Dolf van 11 jaar – op een flat. Hij had talrijke psychiatrische opnamen achter de rug en het gezin leed onder zijn ziekte. Er waren altijd geweldige toestanden voor hij werd opgenomen. Hij speelde midden in de nacht op zijn trekkharmonica of stond overdag te plassen in de bloemetjes voor het raam. Ook liep hij eens met een mes achter zijn vrouw aan en eenmaal dwong hij zijn zoon Dolf in mijn bijzijn tot fellatio.

Rond 1978 besloot zijn vrouw tot scheiding. In toenemende mate ging alcohol een rol spelen in zijn leven en werken hield hij niet vol. In die tijd veranderde hij ook van huisarts.

Ik heb hem daarna nog eenmaal gezien: geheel verwaarloosd en dronken smeekte hij mij om iets voor hem te doen. Dat was kort voor zijn zelfmoord. Begin 1982 gelukte het hem tot tweemaal toe uit een inrichting te ontvluchten; omstanders wisten hem van de spoorbaan af te houden en terug te brengen naar de inrichting. Het baatte niet. De derde maal slaagde zijn poging.

In de psychiatrische inrichting werd in 1962 de diagnose 'hysterische stupor', later 'schizofrenie' gesteld. In 1971 werd de diagnose gewijzigd in 'manisch-depressieve psychose met een atypische manische fase'. In de inrichting waar hij vanaf 1978 tot zijn dood afwisselend klinisch en poliklinisch werd behandeld, sprak men van een schizoaffectief syndroom: 'Dit is geen diagnose te noemen, maar een ontoereikende beschrijving van een toestandbeeld. ... Bovendien bleken zowel bij elektro-encefalografisch als bij psycho-diagnostisch onderzoek afwijkingen van organische aard'.

Dolf Munniks

Dolf werd in 1961 geboren als jongste zoon van Phlip. Na het vertrek van zijn vader uit mijn praktijk ben ik hem jarenlang uit het oog verloren. In 1985 bezocht hij mijn spreekuur met onmiskenbare tekenen van een paranoïde psychose. Hij woonde inmiddels op een woonboot aan de rand van een terrein waar het 'uitschot' van de stad Groningen in tenten, caravans en woonboten huist. Daarna hoorde ik niets meer van hem tot ik in oktober 1988 zijn brief uit de gevangenis ontving:

'Hier met Dolf Munnix. Ik zit momenteel in de gevangenis. Wat er allemaal met me gebeurt weet ik niet. Ik zou graag willen dat u dokter van de Werf eens langs kon komen wandt volgens mij ben ik overspannen. Meschien heb ik wel dezelfde ziekte als mijn vader zoals de bladeren aan de boom en bladeren voor de boom. Wandt ik ga er echt op achteruit, wandt ik kan dat hier niet zo uitleggen. Ik hoop dat het aankomt.'

De brief kwam aan. En ik heb Dolf bezocht. Hij was zichtbaar blij met mijn bezoek. Door het gevangenispersoneel werd te verstaan gegeven dat een gesprekje van twintig minuten 'zeker wel genoeg was'. Na een klein half uurtje bleek de kantine die

ons als spreekruimte was aangeboden, voor andere doeleinden gebruikt te moeten worden; we werden weggestuurd. Dolf reageerde geagiteerd. 'Maar', zei hij, 'ik hou me in, want ik wil niet langer hier blijven dan nodig is.' Hij had bovendien proefverlof aangevraagd om zijn boot klaar te kunnen maken voor de winter. We hebben ons gesprek voortgezet op de wachtbank in de gang voor de spreekkamer van de psychiater.

Dolf bleek een half jaar gevangenisstraf uit te zitten. Hij vertelde dat hij opname in een psychiatrisch ziekenhuis zou prefereren boven het verblijf in de gevangenis, waar hij naar eigen zeggen gek werd. Later hoorde ik van de psychiater dat justitie in geval van recidiverende kleine criminaliteit al gauw overging tot vrij forse straffen. De psychiatrische inrichting waar Dolf krachtens de regels had moeten worden opgenomen, was echter vol, zodat hij dus in de gevangenis was gebleven.

Thuis dronk Dolf forse hoeveelheden alcohol; in de gevangenis dronk hij volgens eigen zeggen niet. Hij zou ook geen drugs gebruiken. Hij bleek inmiddels op neuroleptica ingesteld te zijn, waardoor het wel wat beter met hem ging, maar hij had onmiskenbaar paranoïde wanen. Hij vertelde dat zijn gedachten zo af en toe 'in een knup' raakten en stil stonden. We spraken af dat Dolf zich na zijn ontslag op mijn spreekuur zou melden, omdat ik op dat moment geen uitspraak durfde en wilde doen over de vraag of hij leed aan dezelfde ziekte als zijn vader.

Met Dolfs medeweten heb ik nadien met de districtspsychiater gesproken.

In zijn ontslagbrief, eind november 1988, bleek de psychiater het beeld van 'waanachtige belevingen, vage paranoïdieën en vreemde lichamelijke sensaties, die Dolf op hypochondere wijze verwerkte' aanvankelijk geduid te hebben als 'Haftpsychose'. Maar het verloop en ook de belaste familieanamnese deden hem uiteindelijk toch meer denken in de richting van schizofrenie.

Daarna heb ik niets meer van Dolf gehoord. Ik heb hem vlak na de kerst nog eens een briefje gestuurd om hem te herinneren aan onze afspraak, maar daarop kwam geen reactie.

Jaap Munniks

Jaap was zeven jaar ouder dan zijn broer Phlip. In 1946 werd hij voor het eerst opgenomen in een psychiatrische inrichting wegens hallucinaties en waanideeën. Hij werd toen behandeld met insulineshocks. Hij beschreef dat heel plastisch: hoe de wereld, naarmate de kuur vorderde, hoe langer hoe roziger werd, en de vreemde gedachten langzamerhand verbleekten.

Vanaf 1960 werkte hij als visboer. Omdat hij het financieel niet meer kon bolwerken, begon hij in 1970 te werken als opperman, maar dat hield hij niet vol: hij kreeg huilbuien, en vertoonde schizoïde gedachtengangen, zo wordt in de papieren beschreven. De keurend psychiater stelde de diagnose op een schizofrene defecttoestand en achtte hem arbeidsongeschikt, 'maar wel maatschappelijk te handhaven.' Jaap keerde toen met behoud van uitkering terug in de vishandel.

Jaap gebruikte Largactil®, aanvankelijk driemaal daags 25 mg, later eenmaal daags 25 mg. In 1984 maakte hij een myocardinfarct door. In 1985 stopten we de Largactil®: hij had toen al vanaf 1980 geen evidente tekenen van psychose meer vertoond.

In 1986 heeft Jaap Dolf, die toen werkloos was, een paar keer in zijn viskraam gezet. Daar is het bij gebleven, omdat Dolf geld stal.

In oktober 1988 bezocht Jaap het spreekuur. Hij vertelde dat zijn waarneming van de werkelijkheid af en toe versluierd werd, alsof de wereld verduisterde. Hij was bang voor een recidief van wat hij in 1946 had meegemaakt. We gaven hem direct weer Largactil®, 3 dd 25 mg, omdat hij daar zelf het meeste vertrouwen in had. De waanachtige ideeën klaarden spoedig op, maar nog maanden lang bleef hij geagiteerd en opvliegerig. Zijn vrouw kon het ternauwernood aan en overwoog bij hem weg te gaan. Mede dankzij het rustige optreden van zijn zoon werd dit vermeden.

In maart 1989 is de situatie gestabiliseerd. Hij is intussen gestopt met de handel en met pensioen gegaan.

Verdere familie

Over de rest van de familie heb ik weinig gegevens. De moeder van Phlip en Jaap is

eveneens een aantal malen malen opgenomen geweest in psychiatrische ziekenhuizen. In 1932 werd bij haar de diagnose melancholie gesteld; elders wordt ze als schizofreen betiteld. Een broer van deze vrouw zou aan manie geleden hebben. De grootmoeder van Phlip en Jaap stond in het dorp bekend als 'Mal Antje' (gekke Anna).

Wat is schizofrenie?

Het beeld van schizofrenie is voor het eerst afgegrensd door *Kraepelin*, die van 'dementia precox' sprak. Hij beschouwde het – meestal op vroege leeftijd – verloren gaan van de inwendige verbindingen binnen de persoonlijkheid en een ernstige beschadiging van het emotionele en wilsleven als kenmerkend.¹

Bleuler, die de naam 'schizofrenie' introduceerde, sprak van een verlies van samenhang en wisselwerking tussen psychische functies.² Schizofrenie betekent letterlijk 'gespleten persoonlijkheid', en in feite is die benaming onjuist. *Bleuler* heeft meer verwarring gesticht: hij beschouwde bijna alle psychotische afwijkingen vroeger of later als (latente) schizofrenie.³

Rümke noemt de verzwakking van het toenaderingsinstinct het kernsymptoom, dat zich uit als het 'precoxgevoel'.⁴

Tegenwoordig wordt onderscheid gemaakt tussen positieve en negatieve symptomen: in het eerste geval produceert de patiënt een overmaat aan vreemde gedachten, die zich uiten in hallucinaties, wanen en formele denkstoornissen met bizar, onregelgedrag. Onder negatieve symptomen rangschikt men het sociaal isolement, emotionele vervlakking, spraakverarming en verlies van initiatief; de patiënt kan geen gedachten produceren.^{5 6} Deze dichotomie zou betekenis hebben voor de prognose: negatieve symptomen hebben een slechtere prognose en zijn minder goed toegankelijk voor medicamenteuze therapie dan de positieve symptomen. Deze dichotomie zou ook gekoppeld kunnen worden aan biochemische criteria.⁷

Er zou sprake zijn van een gedachten interrumperend proces van wisselende intensiteit, van een onvoldoende vermogen om instromende informatie te filteren. Daardoor staat de patiënt voortdurend

bloot aan overbelasting met informatie.^{6 8 9} De negatieve schizofrene symptomatologie zou dan vooral gezien moeten worden als een zelfverdedigingsstrategie.

Vanuit dit concept wordt begrijpelijk dat een schizofrene *Schub* kan worden uitgelokt door kritiek op de patiënt en te veel betrokkenheid vanuit de omgeving; deze moet dan niet worden beschouwd als kenmerk van een pathologisch milieu, maar als het gevolg van een falende informatieverwerking door de patiënt: het labiele evenwicht wordt verstoord.⁹

'De' diagnose schizofrenie bestaat niet, zou de voorlopige conclusie kunnen zijn van de discussie die nog steeds wordt gevoerd. Het zijn verschillende toestandsbeelden die niet onder één noemer zijn te brengen.¹⁰

De DSM-III geeft een aantal criteria voor de diagnose:

- Gedurende actieve fase een van de volgende verschijnselen: bizarre wanen, grootheids- of godsdienstwanen, achtervolgings- of jaloezieswanen, gehoorhallucinaties, incoherentie, associatiezwakte, armoedige spraakinhoud met vlak affect of wanen/hallucinaties of gedesorgeriseerd gedrag.
- Verslechtering van het voormalig niveau (werk, sociale relaties, zelfverzorging).
- Zes maanden verschijnselen; minimaal één actieve fase, met prodromale- en restfase.
- Depressief (manisch) syndroom is aanwezig, maar kort van duur in verhouding tot de psychotisch verschijnselen die al aanwezig waren.
- Aanvang van de ziekte voor 45e jaar.
- Ziekte is niet het gevolg van psychoorganische stoornis of zwakzinnigheid.¹¹

Een dergelijke beschrijvende benadering heeft bezwaren. Zolang er echter geen duidelijke biologische factoren aantoonbaar zijn als diagnostische steun, zullen we het ermee moeten stellen. In de klinisch-psychiatrische praktijk blijken de DSM-criteria redelijk te voldoen.^{12 13}

Prevalentie en oorzaken

De kans om schizofrenie te krijgen, ligt in West-Europa ongeveer 1 op 100; in Zwitserland is dat wat hoger, mogelijk als ge-

volg van de invloed van Bleuler.⁵ *Watts* volgde in zijn plattelandspraktijk in Leicesters (Engeland) vanaf 1946 tot 1983 alle patiënten met schizofrenie. Hij heeft de indruk dat de prevalentie in de loop der jaren is gedaald. De prevalentie in de bevolking schat hij nu op 4 tot 8 per 1000 per jaar. De diagnostische criteria zijn echter in de loop der jaren ook veranderd.¹⁴

De prevalentie in de huisartspraktijk wordt geschat op 0,7 tot 3,0 per 1000 per jaar.^{15 16} Deze relatief lage cijfers weerspiegelen misschien de weerstand die in de afgelopen decennia tegen het stellen van de diagnose schizofrenie is ontstaan.

Sinds lang wordt aangenomen dat schizofrenie een erfelijke component heeft, en sinds lang is dat huisartsen bekend.^{17 18} Het bestaan van zo'n component is ook aangevoeld door middel van onderzoek naar tweelingen die gescheiden opgroeiden. De 'familie-theorie', die beweert dat de moeder (het gezin) verantwoordelijk zou zijn voor het ontstaan van schizofrenie, komt daarmee in een ander licht te staan.^{19 20}

Als een of beide ouders aan schizofrenie lijdt/lijden, stijgen de kansen van 1 op 100 naar respectievelijk 1 op 10 en 1 op 4. De mate van ziek-zijn is van invloed op die kans, maar het beloop wordt mede bepaald door tal van andere, slechts ten dele bekende factoren. De transmissie van schizofrenie geschiedt of via een dominant gen of polygenetisch; in geen van beide gevallen is er sprake van volledige penetratie. Een verantwoord genetisch advies valt daarom op korte termijn bij schizofrene syndromen niet te verwachten. Negatieve eugenetische maatregelen zoals *Bruins* in 1943 voorstond, zijn niet gegronnd.¹⁸

Verschijnselen, behandeling en prognose

De prognose van schizofrenie is niet in alle gevallen slecht: één op de vijf patiënten vertoont een *restitutio ad integrum*. In individuele gevallen is het verloop echter onvoorspelbaar.¹²⁻¹⁴ Drie jaar na het openbaren van de ziekte is driekwart van de patiënten arbeidsongeschikt, zo stelt *Stolk* (Volkskrant 13-3-1989). Velen komen terecht in veelal verouderde psychiatrische ziekenhuizen.²¹

De insulineshock – in 1935 de eerste poging om schizofrenie te cureren – en sinds 1938 de cardiazol- en de elektroshock gaven de behandelaars hoop op een definitieve genezing.²² De resultaten stelden echter teleur; er trad wel een verbetering op, maar met name de affectvervlakking en de teruggetrokkenheid van de patiënt bleven onaangestaan.²³ De chronische schizofrenen bleken moeilijk behandelbaar en bleven de overvolle en vaak slecht voorziene gestichten bevolken.^{24 25} De indicatie voor elektroshock is anno 1989 nog slechts uiterst beperkt.²⁶

Door de invoering van de neuroleptica in 1952 is het aantal schizofrenen dat zich in de maatschappij kan handhaven, verder toegenomen.⁵ Maar dat geldt vooral voor patiënten bij wie de prognose ook zonder medicatie al gunstig is.²⁷ Sommige patiënten reageren goed op medicatie, andere in het geheel niet, en het is op voorhand niet uit te maken wie wel en wie niet zal reageren; wie in het verleden goed op medicatie heeft gereageerd, maakt echter een goede kans bij een volgende keer opnieuw gunstig te zullen reageren.¹³

Onderhoudsmedicatie vertraagt het uitbreken van een nieuwe psychotische periode, en de exacerbaties verlopen milder en reageren sneller op het verhogen van de medicatie. Met het oog op de (extrapyramidale) bijwerkingen, met name de irreversibele tardieve dyskinesie, is het wenselijk de onderhoudsdosering zo laag mogelijk te houden, op 12,5 tot 50 mg; sommigen adviseren zelfs tot minimaal 5 mg flufenazinedecanoaat per twee weken.²⁸⁻³⁰

Over de frequentie van de bijwerkingen lopen de verschillende onderzoeken nogal uiteen. *Curson* vond geen ernstige stoornissen.¹³ Hij concludeert dat het risico van bijwerkingen opweegt tegen de gunstige effecten van de onderhoudsmedicatie.

De non-compliance bij schizofrenen is hoog. Daarom verdient een depot-preparaat de voorkeur. Non-compliance is soms een eerste verschijnsel van een dreigende exacerbatie.³¹ Als andere mogelijke symptomen van een dreigende exacerbatie worden genoemd: vage geïrriteerdheid, zich ziek voelen, slapeloosheid en veel dromen, veranderde eetlust en slechte concentratie.³²

De patiënt neigt tot ontkenning van zijn ziekte en vertoont in de regel weinig ziekte-inzicht. Zijn leven bestaat uit strijd om het handhaven van de controle over zijn vreemde gedachten, zijn omgeving en zichzelf. Hij is in cognitief en intellectueel opzicht gehandicapt. De sociale effecten van schizofrenie zijn groot. Sera *Anstadt* geeft daarvan een indringende beschrijving.³³ De exacerbaties zorgen steeds opnieuw voor een knik in de levenslijn: de persoonlijkheid verandert en het zelfgevoel raakt aangetast.³⁴

Schizofrenen weten zich in de hogere lagen van de maatschappij niet te handhaven; we vinden dan ook relatief schizofrenen in de onderste lagen van de samenleving.³⁵ Als (ex-)psychiatrische patiënten zijn ze bovendien gehandicapt op de arbeidsmarkt.³⁶

Door de vlakheid van het affect is het moeilijk te beoordelen in hoeverre de patiënt zelf lijdt onder zijn stoornis. In ieder geval lijdt het gezin onder de aandoening. 'Had ik het niet kunnen voorkomen, is het mijn schuld?', vragen ouders en partner zich af. De theorieën van *Laing* hebben een bevestigend antwoord op die vragen gestimuleerd, met alle vreselijke gevolgen vanden.^{33 37 38}

'Het discours van de schizofreen heeft elke aansluiting bij een persoonlijke geschiedenis die haar sporen nalaat in de onbewuste beeldvorming verloren. Er wordt een taal gesproken die niet meer verwijst naar historische gebeurtenissen; de taal sluit nergens meer bij aan: ze staat volledig op zichzelf en draait volledig in zichzelf. Het psychotisch discours is zowel een boodschap over de code als een code over de boodschap, dat wil zeggen het gaat om een taal die haar eigen oorsprong creëert. ... Toch blijft een schizofreen ons mateloos fascineren. En hij fascineert ons, omdat hij ons confronteert met een uiteindelijk zonder grond zijn van eender welk betekenisproces.'³⁹

Schizofrenie van een gezinslid leidt nogal eens tot het uiteenvallen van het gezin. Het verlies van een eigen gezin leidt zeker bij ambulante patiënten op zijn beurt tot een slechtere prognose.^{5 40} Alleen al om die reden is het gewenst aandacht te schenken

aan het gezin van de patiënt. Sociale interventie in gezinnen van schizofrene patiënten met als doel de kritiek en de betrokkenheid van de gezinsleden te verminderen leidt tot een betere prognose, en het aantal exacerbaties neemt daardoor af.^{10 41} Mede op grond van deze bevindingen ontwierp de psychiater *Van Meer* een folder* met informatie voor patiënten, familieleden en andere betrokkenen.⁴²

De zogenaamde steunende gezinsbegeleiding omvat het geven van informatie over alle aspecten van schizofrenie, zoals etiologie, genetica en medicatie, over de grenzen van onze kennis en over het doel van de behandeling; het voorkomen van psychotische perioden. Behalve aan de positieve symptomen wordt ook aandacht geschonken aan de negatieve: de familie weet vaak niet of symptomen berusten op ziekte of op onwil. Schuldgevoelens worden actief bestreden: ouders en hun opvoedingswijze vormen niet de oorzaak van schizofrenie; vroege opsporing en behandeling had de ziekte niet kunnen voorkomen. Uitgelegd wordt dat de patiënt verhoogd kwetsbaar is, en dat stress kan leiden tot terugval. Ervaringen met deze vorm van gezinsbehandeling zijn ook in Nederland positief.^{9 42}

Of men de patiënt moet inlichten over zijn ziekte en de ziekte bij de naam moet noemen, zal van geval tot geval moeten worden bekeken. Uit onderzoek blijkt dat dit de prognose zou kunnen verslechteren.⁴⁰ Uiteraard is het ongewenst dat er een al te grote discrepantie bestaat tussen de informatie aan de patiënt en die aan zijn familie.

Sinds enige jaren bestaat er een patiëntenvereniging en een vereniging van familieleden van schizofrenen Ypsilon.**

Beschouwing

Of Jaap lijdt aan schizofrenie...?

Gegevens uit 1946 zijn niet meer te achterhalen. Dat door de psychiater in 1971 gesproken wordt van 'schizofrenie', is wel suggestief maar niet bewijzend. Dat er sprake is van een schizofreniform syndroom, lijkt evident.

Ook bij Phlip komen we niet veel verder. De diagnose wisselde in de loop der tijd

nogal. De differentiatie tussen manisch-depressieve en schizofrene syndromen is klaarblijkelijk niet eenvoudig.¹⁴ Een bijkomend probleem is dat depressie deel kan uitmaken van het schizofrene symptomencomplex; de indruk bestaat dat de depressie meer op de voorgrond treedt als de psychotische symptomen door neuroleptica worden bestreden.¹³

Is het een wonder dat de gevangenispsychiater geen diagnose kon stellen? De differentiële diagnose is uitgebreid:

- intoxicatie: alcohol, drugs, hyperthyreoïdie, broom;
- Haftspsychose;
- psychogene psychose;
- reactieve psychose;
- organische oorzaak: hersenbeschadiging; zwakzinnigheid, dementie;
- schizofreniforme syndromen;
- manisch-depressieve syndromen (vrij naar *Giel*⁴).

Aan de hand van de DSM-III kan thans op eenvoudige en redelijk consistente wijze worden beslist of er wel of geen sprake is van schizofrenie, maar dat kost tijd. Mede daardoor blijft de diagnose lange tijd onzeker in de vele gevallen dat de arts geen langdurige relatie met de patiënt heeft, of wanneer geen gegevens van vroegere episoden beschikbaar zijn.

De vooruitzichten van de schizofrene patiënt worden er niet gunstiger op, doordat hij de rol van patiënt niet kan aanvaarden; deze rol vooronderstelt ziekte-inzicht en sociale intelligentie, en daaraan ontbreekt het de schizofrene patiënt nu juist. Het model van de mondige patiënt is op deze categorie niet van toepassing. Ook al zou de bereikbaarheid van de gezondheidszorg optimaal zijn, dan nog staat de aandoening een effectief contact tussen arts en patiënt in de weg. In ieder geval zal opnieuw bekeken moeten worden wat de rol is van de huisarts, van het Riagg en van de instellingspsychiater; ook moet rekening

* Deze folder kan aangevraagd worden bij Lundbeck BV, Hettenheuvelweg 37-39, 1101BM Amsterdam. Telefoon 020-971.901.

** Ypsilon. Vereniging van ouders en andere familieleden van psychotische of schizofrene mensen. Contactadres: Grondweg 135, 3054VJ Rotterdam. Telefoon 010-418.3050.

worden gehouden met de relatie die de verschillende hulpverleners onderhouden met de patiënt en diens gezin.

Dolf hoort tot de categorie gedepriveerden: een lage sociaal-economische status, slechte huisvesting, een laag inkomen. Hij behoort ook tot de categorie moeilijk verwijzbare patiënten, zoals de brief van de districtspsychiater laat zien. Klaarblijkelijk is dit in gevangnissen een vaker voorkomende situatie.^{43 44} Bovendien geldt in de psychiatrie, anders dan bij andere geneeskundige specialismen: hoe ernstiger pathologie, des te moeilijker verwijzbaar.⁴⁵ Stel je eens voor: 'de diabetes was ernstig ontregeld, maar omdat ik wist dat er in het ziekenhuis geen bed was, 's hij niet verwezen'.

De vraag of Dolf hetzelfde heeft als zijn vader, is in diagnostische zin niet te beantwoorden. Bij hem is ongetwijfeld sprake van schizofrenie. *Fish* acht het pathognomonisch voor de diagnose als de patiënt zelf spontaan een gedachtenstop meldt.⁵ Er is in de oude terminologie bij Dolf sprake van schizofrenie van het hebefrene type. Bij dit type komt nogal eens delinquent gedrag voor. Het sluipende begin, de aanwezigheid van overwegend negatieve symptomen en ook de hebefrenie wijzen op een slechte prognose. Ook de behandeling die Dolf in de gevangenis kreeg, werkt een goede prognose bepaald niet in de hand. En daarbij komt dan nog zijn alcoholgebruik in de vrije maatschappij.⁴⁶ De kans is groot dat hij door het leven zal moeten gaan als een psychotische zwerver, en dat hij zijn leven zal beëindigen als zijn vader.^{21 47 48} Het verhaal van Jaap toont echter aan dat de afloop niet in alle gevallen zo slecht behoef te zijn.

Bij patiënten met schizofreniforme syndromen kunnen wij niet veel meer doen dan proberen te voorkomen dat ze in de problemen raken. Wat *Querido* in 1937 schreef, geldt ook nu nog: we bestrijden symptomen.²³ De ziekte genezen kunnen we niet.^{10 26} Het geven van neuroleptica is niet meer dan een welkome en nuttige aanvulling op het aanbieden van een activerende omgeving die begrip heeft voor de kwaal, en die niet gekenmerkt is door – hoe goed

ook bedoelde – emotionele betrokkenheid en kritiek, maar door stabiliteit.

Sommige patiënten hebben baat bij een langdurige, eventueel gedwongen opname in een psychiatrische inrichting.^{33 36} De juridisering van de maatschappij en de mythe van de mondige patiënt staat veelal een dergelijke oplossing in de weg.

Als arts moeten we in gevallen als van Dolf de specifieke problemen signaleren en de rechtskundigen informeren, zodat de schizofrene kleine crimineel tot opname en niet tot gevangenschap wordt veroordeeld. We moeten pleiten voor begrip in de maatschappij voor deze patiënten.

Literatuur

- 1 Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Leipzig: Barth, 1896.
- 2 Bleuler E. Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. In: Schaffenburg GA, red. Handbuch der Psychiatrie. Leipzig: Eutische, 1911.
- 3 Van Praag HM. Depressie en schizofrenie; beschouwingen over hun pathogenese. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1976.
- 4 Rümke HC. Het kernsymptoom der schizofrenie en het 'praecoxgevoel'. Ned Tijdschr Geneeskd 1941; 85: 4516-21.
- 5 Fish F. Fish's schizofrenia. 3rd ed. Bristol: John Wright & Sons, 1984.
- 6 Van den Bosch RJ. Convergerende trends in het schizofrenieonderzoek. Ned Tijdschr Geneeskd 1985; 129: 1179-82.
- 7 Van Ree JM. Nieuwe inzichten in psychiatrische stoornissen. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 1299-1301.
- 8 Dingemans PMAJ, Van Engeland H. De relatie tussen psychose-recidive en kwaliteit van de interactie patiënt-sociaal milieu. Tijdschr Psychiat 1984; 26: 472-91.
- 9 Van Meer R. Steunende gezinsbegeleiding bij schizofrenie. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1986; 41: 867-77.
- 10 Bleuler M. Das alte und das neue Bild des Schizophrenen. Schw Arch Neurol Neuroch Psychiat 1984; 135: 143-9.
- 11 Anoniem. DSM-III. Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-III. Vertaling: Van Ree F, Koster van Groos GAS, e.a. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1986.
- 12 Wing JK. Relapse in schizofrenia. Br Med J 1985; 291: 1219-20.
- 13 Curson DA, Barnes TRE, Bamber RW, al et. Long-term depot maintenance of chronic schizofrenic out-patient: the seven year follow-up

- of the medical research council fluphenazine/placebo trial. Br J Psychiat 1985; 146: 464-80.
- 14 Watts CAH. Long-term follow-up of schizofrenic patiënten: 1946- 83. J Clin Psychiat 1985; 46: 210-6.
- 15 Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- 16 Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, et al., eds. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Nijmegen University Department of General Practice, 1985.
- 17 Hutter A. Het constitutioneel familiebeeld bij de schizofrenie; een onderzoek naar de psychotische en karakterologische belasting en naar de wijze van overerven [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1925.
- 18 Bruins JW. Kinderen van schizofrene ouders. Een bijdrage tot de kennis van de pathogenese en de erfelijkheidsprognose van de dementia praecox [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1943.
- 19 Stromgren E. Genetic factors in the origin of schizofrenia. In: Van Praag HM, ed. On the origin of schizofrenic psychoses. Amsterdam: Erven Bohn, 1975.
- 20 Kety S. Mental illness in the biological and adopted individuals who have become schizofrenic. In: Van Praag HM, ed. On the origin of schizofrenic psychoses. Amsterdam: Erven Bohn, 1975.
- 21 Stolk PJ. De rechtspositie van de vrijwillig opgenomen psychiatrische patiënt. Ned Tijdschr Geneeskd 1988; 132: 2139-41.
- 22 Van der Scheer MW. Therapie van dementia praecox. Ned Tijdschr Geneeskd 1941; 85: 1678-82.
- 23 Querido A, Van der Spek PAF. Catamnestic gegevens over met shock behandelde lijdens aan schizofrenie. Ned Tijdschr Geneeskd 1938; 82: 184-9.
- 24 Hutter A. De bijzondere vormen van shock-behandeling, in het bijzonder de nieuwe wijzen van krampmitigatie. Ned Tijdschr Geneeskd 1950; 94: 22-7.
- 25 Barnhoorn JAJ, Engelman CAT, De Smet JP. De insulineshockbehandeling. In: Anoniem. Jaarboek van de vereniging van RK gestichten en inrichtingen voor krankzinnigen en zwakzinnigen. Heiloo: St. Willibrordus-stichting, 1937.
- 26 Stolk PJ. Huidige indicaties van de elektroconvulsiotherapie. Ned Tijdschr Geneeskd 1985; 129: 1413-4.
- 27 Shepherd M. The Maudsley lecture, 1987; Changing disciplines in psychiatry. Br J Psychiat 1988; 153: 493-504.
- 28 Manchada R, Hirsch SR. Low dose maintenance medication for schizofrenia. Br Med J 1986; 293: 515-6.

- ²⁹ Kalinowsky LB. Biological treatment in psychiatry. New York: Grune & Straton, 1982.
- ³⁰ Stolk PJ. De onderhoudsdosering van neuroleptica. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 1158-9.
- ³¹ Davidhizar R, McBride A. Teaching the client with schizofrenia about medication. Patient Education and Counseling 1985; 7: 137-45.
- ³² Ballard R. General practice management of stabilised schizofrenics. Austr Fam Physician 1986; 15: 1616-21.
- ³³ Anstadt S. Al mijn vrienden zijn gek: de dagen van een schizofrene jongen. 's-Gravenhage: Bzzth, 1983.
- ³⁴ Giel R. Waarom een psychiatrische diagnose? Alphen a/d Rijn: Stafleu, 1982.
- ³⁵ Wiersma D, Giel R, De Jong A, Slooff CJ. Social class and schizofrenia in a Dutch cohort. In: Giel R, Ten Horn GHMM, red. Epidemiologisch onderzoek en planning in de gezondheidszorg. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1982.
- ³⁶ Wijnberg B, Joling W. Ongelijkheid in gezondheid. Med Contact 1987; 42: 871-5.
- ³⁷ Van Zomeren K. Een trage explosie van leed. NRC Handelsblad: 10 december 1988.
- ³⁸ Anonymous. Paranoid schizofrenia. Update 1985; 15 (March): 558-62.
- ³⁹ Moyaert P. Een betekenisproductie zonder geschiedenis. In: Gestoorde teksten – verstoorde teksten. Raster 1983; 24: 135-52.
- ⁴⁰ Namyslowska I. Social and emotional adaptation of the families of schizofrenic patients. Fam Systems Med 1986; 4: 398-407.
- ⁴¹ Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizofrenic patients: two year follow-up. Br J Psychiat 1985; 146: 594-600.
- ⁴² Van Meer CR. Begeleiding van gezinsleden van schizofrene patiënten. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 1156-7.
- ⁴³ Kelk C. De medische verzorging in het gevangeniswezen. Med Contact 1989; 44: 565-9.
- ⁴⁴ Lens P. Gezondheidszorg achter tralies. Med Contact 1989; 44: 569-72.
- ⁴⁵ Kane JM, Borenstein M. Compliance in the long-term treatment of schizofrenia. Psychopharmacol Bull 1985; 21: 23-7.
- ⁴⁶ Hulsbos PAJ, Schaap GE. Miskennen van afhankelijkheidsproblematiek in een psychiatrisch ziekenhuis. Tijdschr Alc Drugs 1989; 15: 41-6.
- ⁴⁷ Giel R. Rolverschrijvingen in de psychiatrie. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 1853-6.
- ⁴⁸ Beek HH. Waanzin in de middeleeuwen. Nijkerk: Callenberg, 1969. ■

STRUIKELBLOK

Onder collega's

Meneer Adriaanse had zich voor zijn klachten en passant gewend tot professor Y, die werkzaam is in hetzelfde ziekenhuis als hij. Röntgenfoto's volgden en diverse onderzoeken later was de tumor gelokaliseerd en gestadieerd: maligne, maar met een gunstige prognose na uitgebreide behandelingen.

Tot het bericht van opname weet ik als huisarts van niets; meneer Adriaanse regelt meestal zijn medische zaakjes zelf. Bij mijn ziekenhuisbezoek op het einde van de namiddag tref ik hem aan in gezelschap van de behandelende hoogleraar. Nee, ik stoor helemaal niet, en of ik een glas wijn meedrink.

Het gesprek vult zich met details over de tumor, de diverse mogelijkheden van behandeling en de meningen van de in ruime mate geraadpleegde experts in binnen- en buitenland. Dit ziekbed is van vele deskundigen voorzien. Behoedzaam informeer ik naar gewone alledaagse zaken, zorgen,

bekommernissen. Het heeft nauwelijks zijn belangstelling en al gauw kabbelt de discussie voort over tumormarkers en wat dies meer zij.

Een jaar van supergespecialiseerde therapieën volgt met medisch-technisch een voorspoedig beloop. Psychisch gaat het echter helemaal niet goed met meneer Adriaanse; een ernstige depressie is een ware kwelling. Een bevriend psychiater wordt te hulp geroepen. Later noopt een bijna geslaagde suïcidepoging tot gedwongen opname. Ook mevrouw Adriaanse heeft inmiddels psychiatrische hulp gezocht. Deze psychiater zal ook de interventies van de verscheidene specialisten in het ziekenhuis coördineren.

De plaats die mij als huisarts in het hele gebeuren is toebedacht, lijkt bescheiden. Ik zoek meneer Adriaanse een aantal keren op tijdens de diverse opnames en zie zijn vrouw en kinderen voor gewone klachten op het spreekuur. Er zijn al zoveel hulpver-

leners met hen bezig dat we afspreken dat ze mij naar behoefte zullen inschakelen.

Uiteindelijk keert het getij ten goede. De behandeling is in curatieve opzet geslaagd, de depressie klaart op en na twee jaar hervat meneer Adriaanse zijn werkzaamheden. En dan kondigt zijn vrouw aan dat ze van huisarts zijn veranderd. Niet omdat ik niet deskundig zou zijn, maar zij hadden meer nabijheid en persoonlijke betrokkenheid verwacht...

Als mijn gekwetstheid is teruggebracht tot de proporties van een stevige kneuzing, kan ik zien dat van aanvang af de struikelblokken op de loer hebben gelegen. Een patiënt die de patiëntenrol niet kan verdragen, en een dokter die niet aan de zijlijn geschoven wil worden. Wrevels hierover hebben een deskundig(!) zicht op de psychische spankracht van de patiënt en zijn reactiepatronen vertroebeld.