

HET PERRON

België-Belgique
P.B. - P.P.
8000 BRUGGE 1 - 2
3/5298

Afgiftekantoor 8000 Brugge 1 - 2e afdeling
Tweemaandelijks tijdschrift
23e jaargang nr.2, maart-april 2007
Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge (Afzendadres)
Erkenningsnummer: P509268



tijdschrift van het

**PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS
ONZE-LIEVE-VROUW BRUGGE**

en het

**PSYCHOTHERAPEUTISCH CENTRUM
RUSTENBURG BRUGGE**

Colofon

HET PERRON is het tweemaandelijks tijdschrift van het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw en het Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg. Het is bestemd voor de West-Vlaamse huisartsen en de psychiaters en GGZ-voorzieningen in Vlaanderen.

Oplage

Het Perron wordt verspreid op 2200 exemplaren

Redactieraad

Dr. Marc Franchoo, psychiater (hoofdredacteur)
Dr. Chris Bervoets, psychiater
Jacques Dutrie, psycholoog-psychotherapeut
Ludo Goderis, stafmedewerker patiëntenzorg
Marc Simoens, stafmedewerker patiëntenzorg
Ingrid Vandaele, stafmedewerker patiëntenzorg

Verantwoordelijk uitgever

Zr. M. Kemel, Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge

Vormgeving en druk

Geert Daelman

Gedrukt in PZ Onze-Lieve-Vrouw

Ontwerp omslag

Ludo Goderis

Technische afwerking

Creatief Werkcentrum PZ Onze-Lieve-Vrouw

Correspondentie



PZ Onze-Lieve-Vrouw
Koning Albert I-laan 8
8200 Brugge
info@olv.gzbj.be
www.pzol.vb
tel. 050-30 18 00
fax 050-30 18 01



PTC Rustenburg
Oude Oostendesteenweg 43
8000 Brugge
rustenburg@rb.gzbj.be
www.ptcrustenburg.be
tel. 050-31 81 65
fax 050-31 08 99

DE RODE BARON OF EEN MODERNE PHINEAS GAGE.

Jacques Dutrie
psycholoog
PZ Onze-Lieve-Vrouw

— *In de neuropsychiatrische literatuur verwijst men steeds naar Phineas Gage als men wil aantonen dat persoonlijkheidsveranderingen (meestal in de richting van ongepast sociaal gedrag) kunnen optreden ten gevolge van frontale hersenbeschadiging.*

Ter herinnering: Phineas Gage was een efficiënte ploegbaas, belast met werkzaamheden i.v.m. aanleg van een spoorlijn. In 1848 kreeg hij een ernstig arbeidsongeval. Door een hevige explosie boorde een ijzeren staaf zich door zijn linkerwang in de richting van de linker frontaalkwab. De punt van de staaf kwam links van de middellijn van de schedel naar buiten om daarna nog 50 meter door de lucht te vliegen alvorens de grond weer te raken. Hij was niet bewusteloos en kon direct weer praten en bleek in staat om op eigen kracht een dokter te bereiken. Zijn behandelende arts Harlow beschreef in 1868 de ernstige persoonlijkheidsveranderingen die Gage sinds zijn accident vertoonde. Hij was veranderd in een geagiteerde, ontremde persoon, hij gedroeg zich onvolwassen, kinderachtig, onaangepast en onverantwoordelijk. Hij was in die mate veranderd dat al zijn vrienden en kennissen van hem beweerden dat hij

“niet meer Gage was”. Zo is Phineas Gage het prototype geworden voor een frontaal syndroom en veel vervolgonderzoeken hebben gelijkwaardige resultaten opgebracht.

Damasio spreekt zelfs in zijn bekend boek “De vergissing van Descartes” over de “Phineas Gage-matrijs”. Dit is een gemeenschappelijke kern van symptomen (in casu: intacte cognitieve vaardigheden en gestoorde emotionele reacties) waartegen nieuwe casussen van prefrontale beschadiging worden afgewogen. De Australische psycholoog Macmillan laat in zijn biografie evenwel zien dat veel auteurs na Harlow het geval Gage zo hebben beschreven dat het beter in de theorie paste die de achtergrond verschaftte. Zo ook laat Damasio bijvoorbeeld Gage opdraven als een man van twaalf stielen en dertien ongelukken, hetgeen moeilijk te verenigen is met het feit dat Gage na zijn accident respectievelijk anderhalf

en zeven jaar voor één baas gewerkt heeft. Zo instabiel is dit niet.

Het is dan ook verfrissend vast te stellen dat Margriet Sitskoom in haar vlot leesbaar boek “Het maakbare brein” niet Phineas Gage opnieuw opvoert als uitgangsbord voor een frontaal syndroom, maar wel de Rode Baron, een held uit de Eerste Wereldoorlog. In een zestal bladzijden schetst ze het laatste levensjaar van de gevechtspiloot Manfred von Richthoven, alias de Rode Baron (zo genaamd omwille van zijn adellijke stand en zijn knalrood gekleurde Fokker). In tegenstelling tot Harlow’s verslag over Phineas Gage dat een overvloed aan feiten en een minimum aan interpretatie weergeeft, bevat haar verslag over de Rode Baron een minimum aan feiten en een overvloed aan interpretatie. Maar het levert wel een mooi en origineel verhaal op. Zoals de Italianen zouden zeggen: “se non è vero, è ben trovato” (zo niet waar, goed gevonden).

Even de feiten op een rij. Op 6 juli 1917 werd de Rode Baron door het hoofd geschoten tijdens een luchtgevecht. Hij slaagde er nog in een noodlanding te maken en zichzelf uit de Fokker te sleuren. Hij verbleef een drietal weken in een ziekenhuis, alwaar de dokters besloten de kogel uit zijn hoofd te verwijderen. Op 18 augustus 1917 vloog hij opnieuw en behaalde meteen zijn 58ste triomf. Sinds zijn

ongeval waren er evenwel aanwijzingen dat hij niet meer de oude was. Zowel hijzelf (last van depressies en melancholie) als zijn moeder (hij is zwijgzaam en afstandelijk) als zijn vrienden (hij vertoont soms ongepast gedrag) bemerkten veranderingen in zijn gedrag. Op 21 april 1918 bleef hij een geallieerd vliegtuig volgen over de vijandelijke linie heen en werd hij neergeschoten met de dood als gevolg. Tot zover de feiten en nu de interpretaties of hypothesen.

De kogel die zijn voorhoofd binnendrong op 6 juli 1917 veroorzaakte waarschijnlijk een beschadiging aan de voorste delen van de hersenen (geen harde gegevens die dit bevestigen). Mensen die een beschadiging aan de frontaalkwabben hebben, zijn vaak impulsief, vertonen antisociaal gedrag en laten zich sterk leiden door prikkels uit de omgeving. Dit gedrag kwam ook voor bij de Rode Baron. En dit laatste wordt dus gezien als een bewijs dat de Rode Baron een frontaal letsel had (de vicieuze cirkel is rond).

Het impulsief en antisociaal gedrag sinds zijn ongeval past binnen een Phineas Gage-matrijs. En het zich laten leiden door prikkels uit de omgeving past binnen de bevindingen van de neuroloog Lhermitte (1986) die bij patiënten met prefrontale laesies een omgevingsafhankelijkheid (environmental dependency syndrome) heeft

vastgesteld. Dit is een toegenomen afhankelijkheid van stimuli uit de onmiddellijke omgeving. Of met andere woorden men leeft niet reflectief maar reflexief. Zo zou volgens Sitskoorn de Rode Baron het geallieerde vliegtuig willens nillens (reflexief) blijven volgen hebben over de vijandelijke linies heen (wat tegen de regels is welke hij zelf had opgesteld in de handleiding voor vliegers) met de dood als gevolg. Tengevolge van een vermoedelijke frontaalkwabbeschadiging was hij dus niet in staat een éénmaal ingezet gedrag (hier het achtervolgen van een vliegtuig) te beëindigen. Dit gedrag wordt ook wel perseveratie genoemd. En ze besluit met: perseveratie kostte de Rode Baron waarschijnlijk het leven. Merk op dat ze wel in de voorwaardelijk zin spreekt, de termen waarschijnlijk en vermoedelijk kleuren het verhaal.

Maar is het hier niet zoals bij het geval Phineas Gage dat vooral die feiten gekozen werden die de vooropgestelde theorie ondersteunen ? Het feit dat hij sinds zijn ongeval op 6 juli 1917 nog 23 vliegtuigen heeft neergehaald, pleit er in elk geval voor dat hij nog efficiënt en reflectief kon reageren. De dag vóór hij stierf, haalde hij nog zijn 80ste vliegtuig neer, waarmee hij de beste “aas” was uit W.O. I. Als we even grasduinen in de literatuur over de Rode Baron zijn er alternatieve verklaringen mogelijk. In

zijn autobiografie “Der Rote Kampfflieger” schrijft hij in de lente van 1918 dat hij last heeft van depressies en melancholie. Was zijn riskant en onverschrokken gedrag misschien een wanhoopsdaad ? Zijn eskadron waarover hij de leiding had, kreeg de bijnaam “het vliegend circus” omwille van de opvallende kleuren van hun vliegtuigen. Zijn Fokker-driedekker was felrood gekleurd en was derhalve een gemakkelijk doelwit. Had dit niet iets uitdagends ? Voelde hij zich misschien ongenaakbaar, onkwetsbaar ? Het laatste jaar van de oorlog vloog hij tegen de avond met een 20 tot 40-tal mannen uitdagend boven de frontlinie heen en weer (dus niet alleen bij zijn laatste vlucht). Terug een uiting van een superieur, ongenaakbaar gevoel ? Na elke overwinning bestelde hij in Berlijn een zilveren beker waarin het vliegtuigtype van zijn slachtoffer en de datum van het wapenfeit werden gegraveerd. Na zijn 60ste overwinning was de zilvervoorraad op en moest hij zonder trofeeën verder. Hij pronkte dus met zijn prestaties en was zelfingenomen. Culmineerde dit niet alles in almachtsgevoelens die hem uiteindelijk fataal werden ? Grootheidswaan kan ontstaan doordat de eigen fantasie niet wordt gecorrigeerd en dit kan voorkomen na een frontaal letsel.

Welke van bovengenoemde verklaringen is nu de juiste ? Misschien geen enkele. Volgens twee

Amerikaanse statistici blijkt uit de wetenschappelijke analyse van de kans een gevechtsvliegtuig neer te halen tijdens de W.O. I dat de Rode Baron weliswaar een goede, maar geen uitzonderlijke oorlogsvlieger was. Dat hij met zijn 80 trofeeën de aas der azen werd, had meer met geluk dan met vaardigheid te maken. In die studie wordt hij gedegradeerd tot een geluksvogel. Alleen in die laatste vlucht had hij geen geluk, dan was hij gewoon een pechvogel. Een troost, alleen als slachtoffer wordt men een heroïsche held.

Nawoord :

De term “frontaal syndroom” wordt niet meer gebezigd, daar de frontaalkwabben niet als een éénheid zijn op te vatten. Zowel morfologisch als functioneel bestaan ze uit een aantal sterk van elkaar verschillende gebieden, die elk via complexe neuronale netwerken met andere hersenstructuren verbonden zijn. Cummings (1993) heeft zo drie gedragsgerelateerde fronto-subcorticale netwerken beschreven. Volgens hem zou een verstoring in het functioneren van deze netwerken veel belangrijk zijn in het ontstaan van persoonlijkheidsveranderingen dan een letsel in een specifiek gebied of

een specifieke hemisfeer van de frontale kwab. De netwerken die door hem worden besproken, zijn het dorsolateraal prefrontaal netwerk, het lateraal orbitofrontale netwerk en het anterieure cingulaire netwerk. Volgens Campbell (1994) kunnen op grond van die drie netwerken drie frontale persoonlijkheidstypen worden weerhouden. Het betreft het gedesorganiseerde type (dorsolateraal prefrontale netwerk) waar executieve functiestoornissen centraal staan; het gedesinhibeerde type (lateraal orbitofrontale netwerk) waar ontremming met als gevolg sociaal onaangepast gedrag centraal staat en tenslotte het apathische type (anterieure cingulaire netwerk) waar een gebrek aan motivatie en een tekort aan emotionele reactiviteit centraal staan. Naast die drie onderscheiden regionale prefrontale syndromen zijn er uiteraard ook mengvormen mogelijk. Noch van Phineas Gage noch van de Rode Baron beschikken we over precieze gegevens betreffende de plaats en uitgebreidheid van de hersenletsels. Maar op grond van hun klinische beelden zouden ze nu waarschijnlijk behoren tot het gedesinhibeerde type waarbij het laterale orbitofrontale netwerk is betrokken.

Bibliografie :

- Sitskoorn, M. (2006), Het maakbare brein. Uitgeverij Bert Bakker
Draaisma D. (2004), Een droevige zaak. Historische Uitgeverij Groningen
Berkmans K. en Michiels K., Theoretische beschouwingen over persoonlijkheidsveranderingen na een frontaal hersenletsel., Tijdschrift Klinische Psychologie, 30 (2), 114-127

DE CATEGORIALE PRINCIPES **VAN DSM IV EN DE NOOD** **AAN EEN DIMENSIONEEL MODEL**

Dr. C. Bervoets
psychiater
P.Z. ONZE-LIEVE-VROUW

INLEIDING

— Patiënten worden binnen ons ziekenhuis in een behandeltraject georiënteerd op basis van hun hoofdpathologie. Dit kan soms leiden tot een moeilijke indicatiestelling voor therapie bij een aantal patiënten omdat de basis voor deze classificatie een categoriale indeling gebruikt.

Immers, de twee bekendste systemen die worden gebruikt om stoornissen te classificeren zijn de Diagnostic and Statistical Manual (DSM) en de World Health Organization (WHO). Dit type classificatiesystemen worden meestal aangeduid met de term “categoriale” of “klinische” classificatiesystemen. De grootste winst is dat steeds meer hulpverleners bepaalde psychische verschijnselen op dezelfde wijze kunnen benoemen maar een belangrijk nadeel is dat deze systemen onvoldoende mogelijkheden bieden om comorbiditeit en niveau van functioneren te classificeren om op

die manier tot - aan de patiënt aangepaste - behandel-schemata te komen indien een zorgvoorziening is georganiseerd volgens de diagnostische categorieën voorzien in deze classificaties.

Classificatiesystemen onderscheiden zich doorgaans op de volgende punten:

- Dimensionele vs. categoriale classificatie
- Monothetische vs. polythetische classificatie
- Classificatie op grond van symptomen vs. op grond van pathogene mechanismen
- Hiërarchische vs. nevenschikkende classificatie.

De DSM-IV is een categoriaal systeem, polythetisch, zowel nevenschikkend als hiërarchisch en gebaseerd op symptomen.

CATEGORIAALEN NIET DIMENSIONEEL

De DSM is vooral categoriaal opgebouwd: de diagnoses worden opgevat als elkaar uitsluitende categorieën. Voordeel is dat over categorieën eenvoudig te communiceren is. Nadeel is dat de psychische problemen minder genuanceerd en gedetailleerd beschreven worden, dan mogelijk zou zijn in een dimensioneel systeem. Wanneer een zorgvoorziening zich wat betreft therapie-aanbod organiseert rond het categoriale principe kan dit moeilijkheden opleveren van zodra patiënten niet of niet meer voldoen aan de strenge criteria van de verschillende stoornissen en terecht komen in een overlappende zone. Het risico bestaat immers dat er een slechte adaptatie is van de (psychotherapeutische) mogelijkheden van patiënt en de op een afdeling geboden therapie.

Wanneer men een hulpzoekende patiënt niet alleen beschrijft in termen van de voorliggende symptomatologie

maar ook volgens een evaluatie van cognitieve mogelijkheden (inbegrepen de sociaal cognitieve vaardigheden) laat dit toe om bijvoorbeeld ook psychotische patiënten met goede beschermingsfactoren mee te includeren in een psychotherapeutisch proces of, ingeval er ernstige risicofactoren (bv cannabis gebruik) aanwezig zijn, een aparte therapeutische strategie op te zetten voor een aparte doelgroep, eerder dan deze patiënten te proberen helpen binnen de “standaardaanpak” van een diagnostisch gespecificeerde kliniek.

In essentie is dit trouwens wat in de laatste jaren gebeurde voor de specifieke “comorbide” psychotische patiënten met middelenmisbruik: ze konden succesvoller behandeld worden met een aparte, niet diagnostisch maar therapeutisch gedefinieerde, benadering die hen toeliet van te evolueren van “nothing works” naar “matching clients to interventions”.

EEN PATHOFYSIOLOGISCHE ARGUMENTATIE VOOR DE “DIMENSIONELE” ORGANISATIE VAN HET ZIEKENHUIS

Vanuit de huidige kennis over de interactie tussen (kwetsbaarheids)genen en omgevingsfactoren kunnen een aantal argumenten afgeleid worden die deze gecombineerde categoriale en dimensionele aanpak ondersteunen.

Genen werken immers op dimensionele kenmerken van de persoon (IQ, cognitieve mogelijkheden, protectieve factoren...) en niet op diagnostische categorieën. Een formele kritiek vanuit de neurobiologische hoek dat een dimensionele aanpak meer psychosociale interventies toelaat en een categoriale beter geschikt zou zijn voor de neurobiologische aanpak kan gemakkelijk weerlegd worden met het volgende voorbeeld: Arteriële druk, lengte, ernst van atheromateuze plaques zijn bijvoorbeeld duidelijke dimensionele kenmerken, allen echter met een onloochenbaar biologisch mechanisme aan de basis. Het gebruik van bijkomende dimensionele criteria

in de indicatiestelling hoeft dus in geen geval afbreuk te doen aan een fundamentele neurobiologische ontwikkeling van de klinische psychiatrie. Een mooi voorbeeld hiervan is de opdeling, voorgesteld door Weinberger, van schizofrene patiënten volgens hun cognitieve mogelijkheden gekoppeld aan de frontale dopamine turnover in functie van het COMT-enzyme. Dit kan een mooi voorbeeld zijn van hoe patiënten, verwezen naar een psychosekliniek, op basis van een genetisch kenmerk (variatie in COMT eiwit) een differentiële cognitieve aanpak in behandeling en revalidatie krijgen. Deze bevinding (naast vele anderen in het domein van de genetische onderbouw van cognitie) lijkt te bevestigen dat er naast de categoriale ook dimensionele criteria een rol moeten spelen in de keuzecriteria voor een bepaalde therapeutische oriëntering van patiënt.

BESLUIT

Of men een ziekenhuis nu organiseert volgens de categoriale principes of eerder volgens de dimensionele, telkens loert het risico om de hoek dat er een slechte adaptatie is van cliënten aan de binnen een bepaalde subspecialiteit geboden interventies. De vraag stelt zich dan ook of het een goed idee is om een ziekenhuis alleen maar te organiseren vanuit een categoriaal standpunt (net zo min als het een goed idee is om alleen maar vanuit de geboden therapieën te organiseren). Het lijkt er op dat we moeten evolueren van een categoriaal uitgangspunt voor onze organisatie naar een bijkomende dimensionele inclusie die aangeeft

welk soort therapeutische interventie noodzakelijk is. In bijvoorbeeld het specifieke geval van een psychosenkliniek kan dit betekenen dat we in een meer specifieke behandeling voorzien voor comorbide middelengebruikers, comorbiditeit met autisme, high risk patiënten enzovoort. Een gespecialiseerde kliniek kan zo een antwoord bieden op de toenemende vraag vanuit de verwijzers om in specifieke behandelingen voor specifieke doelgroepen te voorzien aangezien de vaardigheid in de behandeling van diagnostisch gelijkaardige maar “onverwikkelde” patiënten in de niet-residentiële zorg steeds groter wordt.

Referenties

1. Schoemaker, C., Rigter, H., De Graaf, R., Cuijpers, P., Ketelaars, A., Peterse, J. (2002). Nationale monitor geestelijke gezondheid: jaarbericht 2002. Utrecht: Trimbos-instituut.
2. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-IV-TR]. Washington, DC: American Psychiatric Association.
3. Van den Brink, W., van Yperen, T. (1999). Classificatie in de psychiatrische epidemiologie. In: A. De Jong, W. Van den Brink, J. Ormel, D. Wiersma (red.). Handboek psychiatrische epidemiologie, p. 72-83. Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.
4. Michael Rutter, (2005) Genes and behaviour. Oxford University Press
5. Michael F. Egan, Terry E. Goldberg, Bhaskar S. Kolachana, Joseph H. Callicott, Chiara M. Mazzanti, Richard E. Straub, David Goldman, and Daniel R. Weinberger Effect of COMT Val 108/158 Met genotype on frontal lobe function and risk for schizophrenia.