

Voorwoord

Schrik niet, beste lezer. Als je zomaar wat bladert in dit boek, dan kom je in de tweede helft moeilijke dingen tegen en vervolgens een literatuurlijst met veel specialistische, niet voor iedereen te begrijpen titels. Die zijn bedoeld voor professionals en anderen die wat dieper willen graven. De hoofdtekst is bedoeld voor gewone belangstellenden.

Het boek gaat over wat in de psychiatrie – en de geneeskunde – naar mijn overtuiging ten onrechte ontbreekt. Ik ben van huis uit bioloog en filosoof, maar de laatste vijftientig jaar publiceerde ik vooral boeken en artikelen over geneeskunde en psychiatrie. Als bioloog constateerde ik ook voordien al dat veel biologie in de geneeskunde ten onrechte ontbreekt. Te weinig aandacht krijgen bijvoorbeeld voeding – wel ruim vertegenwoordigd in andere vakgebieden – en biologische ritmiek. Dit werkt niet goed uit in onze gezondheidszorg.

De gezondheidszorg staat ook onder druk door de negatieve invloed van de farmaceutische industrie. Daar komt bij dat de huidige opvattingen over onderzoek, in de vorm van wat *evidence-based medicine* heet – geneeskunde gebaseerd op bewijsmateriaal – filosofisch en wetenschappelijk onhoudbaar zijn. Een schrik-

barende eenzijdigheid van medisch onderzoek is hiervan het gevolg.

De psychiatrie is een speciaal geval. De ‘bijbel’ van de psychiatrie, afgekort als DSM, beschrijft met iedere nieuwe druk meer psychiatrische ‘stoornissen’. Het zijn er al een paar honderd. Veel stoornissen bestaan helemaal niet. Het gaat om vergaarbakken van symptomen die vaak niet samen voorkomen. De symptomen kunnen overigens ieder voor zich reëel genoeg zijn en om behandeling vragen. Maar dan meestal niet behandelingen met gangbare psychofarmaca, gepropageerd door de industrie. Helaas zijn de psychiaters gedwongen te werken met de DSM. Dat hangt samen met een andere ramp in gezondheidsland, de Diagnose-Behandeling Combinaties (DBC’s), met de verplichting om mensen met DSM-diagnoses op een bepaalde manier te behandelen. Terwijl ik dit schrijf wordt daar overigens actie tegen gevoerd.

Een andere medicatieramp zijn de stimulerende middelen, verwant aan cocaïne, gebruikt bij de niet-bestaande kwaal ADHD. Over de bij migraine gebruikte triptanen heb ik soortgelijke twijfels, al gaat het bij migraine natuurlijk om een reële, akelige aandoening. Daar weet ik alles van, want ik lijd aan clusterhoofdpijn (zeldzaam) en hemiplegische migraine (zeldzaam). Eetstoornissen, die ik ook bespreek, gaan minder gebukt onder medicatierampen. Goede behandelingen zijn hier moeilijk te vinden, als je geen rekening houdt met de eerdergenoemde verwaarloosde biologie. Als je dit wel doet, dan zijn behandelingen heel goed mogelijk.

Vanwaar de titel van het boek? Laat ik eerst een titel toelichten die mij eerst voor ogen stond en die na overleg met de uitgever verdween: *Zieke mensen, geen zieke hoofden*. Deze titel is niet fraai maar geeft wel goed weer wat er mis is met de huidige psychiatrie. Medisch-wetenschappelijk onderzoek in de geneeskunde en

in de psychiatrie is vaak meer gericht op processen in ons lichaam dan op de persoon die het lichaam heeft – misschien moet ik zeggen: die het lichaam is. Daar komt bij dat de aandacht regelmatig uitgaat naar superkleine details van de processen. In de psychiatrie staan de hersenen nogal centraal. Impliciet is daarbij de veronderstelling dat in onze hoofden, en wel in de hersenen, stofjes onheil aanrichten als we psychisch niet in orde zijn. Deze veronderstelling is in de meeste gevallen aantoonbaar onjuist. Het gaat om zieke mensen, niet om zieke hersenen. Niet bij alle ziektebeelden die ik bespreek wordt zo gedacht, maar het is wel steeds uitkijken geblazen.

De uitgever kwam met een veel betere titel: *Gezondheidszorg: van harte beterschap?* Die beterschap stelt de gezondheidszorg ons vaak in het vooruitzicht, maar daar komt tegenwoordig minder van terecht dan we wensen. De huidige tekortkomingen en mogelijke remedies komen in dit boek voor het voetlicht. De ondertitel, *Kijken in de keuken van de psychiatrie*, bedoelt aan te geven dat niet alleen aandacht nodig is voor wat de psychiatrie doet, in het onderzoek en in de praktijk, maar ook voor de wijze waarop haar activiteiten achter de schermen worden voorbereid. Zo komt bijvoorbeeld de farmaceutische industrie beter in beeld.

Een commentator merkte terecht op dat het niet helemaal juist is dat de psychiatrie figureert in de ondertitel: ‘In het boek staat een hoofdstuk over migraine en daar gaat de psychiatrie niet over.’ Dat is waar, migraine valt onder de neurologie. Maar, denk ik dan, ooit vormden psychiatrie en neurologie een eenheid. Wie weet, misschien zal er eens opnieuw een integraal vakgebied ontstaan dat migraine onder haar vleugels neemt.

Een hoofdstuksgewijze voorbespreking lijkt me niet nodig. De inhoudsopgave geeft na wat bladeren voldoende houvast. De the-

ma's die ik noemde komen in wisselende combinaties steeds terug. Mijn bedoeling is met de tekst een manier van kijken over te dragen, en zeker geen receptenboek. We moeten leren anders naar de geneeskunde te kijken en er anders mee om te gaan. Volgens mij horen betere manieren van kijken te leiden tot drastische veranderingen in de gezondheidszorg.

Een aantal personen steunde me bij het schrijven van dit boek. Mijn drie dochters, Joke, Marja en Annette, leefden mee en gaven op diverse manieren ondersteuning. Joke haalde de stofkam door de hele tekst en verwijderde veel stof. Clara van Harinxma en Minneke Adriani deden liefdevol duiden in mijn denk- en schrijfzakje en Vincent Ho, trouwe bondgenoot en collega, gaf zoals altijd aan wat niet goed was aan een vorige versie van de tekst.

Behandelingen: wat werkt?

Samenvatting. Hiv-tests zijn heel betrouwbaar. Niettemin is de kans dat je seropositief bent als een test positief uitvalt naar verhouding klein. De oorzaak is dat naar verhouding weinig mensen besmet zijn. Daardoor worden veel mensen ten onrechte behandeld. De valkuil die hier speelt komt in een analoge vorm ook voor in onderzoek naar de oorzaken van psychopathologie. Traumatische ervaringen kunnen psychische ziekten veroorzaken, maar we moeten niet te snel concluderen dat zo'n ziekte altijd het gevolg is van een trauma. Therapeuten schrijven psychopathologie bijvoorbeeld vaak toe aan een verdrongen incestverleden. Een dergelijke verdringing komt zelden voor. Wij mensen kunnen ons traumatische ervaringen maar al te goed herinneren. Allerlei nare ervaringen, en sociale factoren zoals armoede, kunnen leiden tot een psychiatrische stoornis. Beweringen in de literatuur over de mate waarin genen psychopathologie bevorderen zijn gebaseerd op dubieuze wetenschap. Psychotherapie kan soms uitkomst bieden. Het meest gangbaar is tegenwoordig een behandeling met medicijnen, bijvoorbeeld antidepressiva. Dat is treurig, want de medicijnen hebben meestal geen positief effect. Negatieve effecten treden wel vaak op. Zelfmoord en moord zijn daar extreme voorbeelden van. De schaal waarop tegenwoordig psychofarmaca worden geslikt is onverantwoord groot.

Hiv: besmet of niet besmet?

Als je hebt gevrijd met iemand met gewoonten die je niet goed kent, dan zou je een hiv-test kunnen overwegen. Stel dat een test positief uitvalt. Is dat een reden voor ongerustheid? Je zou denken dat een test je in ieder geval gerust kan stellen – of juist niet – want hiv-tests zijn behoorlijk betrouwbaar. Maar, zoals de redenering hierna laat zien, schijn bedriegt.

Bij mensen die besmet zijn valt de test in 98% van de gevallen positief uit. Bij mensen die niet besmet zijn, geeft de test zelfs in 99,8% van de gevallen het juiste resultaat. Wat wil je nog meer? Als de test in jouw geval positief uitvalt, dan is de kans dat je besmet bent heel groot, nietwaar? Nee, anders dan je zou verwachten is dit niet waar. Dat komt doordat slechts een klein deel van de bevolking – 0,035% in de VS – is besmet. Met wat rekenwerk krijgen we het volgende resultaat bij een standaardtest; bij andere tests kunnen de resultaten anders uitpakken.

Stel dat we een miljoen mensen testen op hiv. Dan zullen 997.651 van hen terecht verblijd worden met een negatief resultaat. Doordat de test niet perfect is, zullen twee mensen ten onrechte blij zijn: ze zijn besmet maar de test laat een negatief resultaat zien. Dat is natuurlijk vervelend, maar het gaat om naar verhouding weinig mensen. Hoe zit het met de gevallen waarin de test positief uitvalt? Hier staat ons een verrassing te wachten. In 348 gevallen gaat het om mensen die inderdaad zijn besmet, maar de test valt ook positief uit bij 1.999 mensen die *niet* zijn besmet. Als je een test laat doen, en die valt positief uit, dan is de kans dat je niet bent besmet dus veruit het grootst. Dit is een punt van zorg omdat seropositieve mensen die geen aids hebben vaak medicijnen met allerlei bijwerkingen krijgen.

Trauma's: echt of verzonnen?

De hiv-gegevens ontleende ik aan een voortreffelijk boek van McNally, *Remembering trauma* (2003). Hij laat zien dat denkfouten bij het interpreteren van hiv-tests een niet vaak onderken-

de valkuil vertegenwoordigen die je ook tegenkomt in de psychotherapie. Een voorbeeld is de veronderstelling dat psychische problemen het gevolg kunnen zijn van seksueel misbruik op jonge leeftijd, ook als de betrokkenen zich daarvan niets herinneren. Aangezien het misbruik niet zo vaak voorkomt, is de kans groot dat therapeuten hun cliënten ten onrechte een incestverleden aanpraten.

McNally werkt dit niet uit. In een boek van Crombag & Merkelbach, *Hervonden herinneringen en andere misverstanden* (1996) is wel een uitwerking te vinden. Ze komen met het volgende hypothetische voorbeeld. Stel dat boulimiapatiënten in 1 op de 3 gevallen een incestverleden hebben en dat de helft zich daar niets van herinnert. Stel dat een therapeut in 90% van de gevallen patiënten met een incestverleden en patiënten zonder zo'n verleden goed van elkaar onderscheidt. In dat geval zal de therapeut, bij patiënten die zich geen incest herinneren, in bijna een derde van de gevallen ten onrechte concluderen dat incest plaatsvond. Als incest veel minder vaak voorkomt, zeg bij 10% van de patiënten, en de diagnostische nauwkeurigheid van de therapeut is 80%, dan krijgen we in 82% van de gevallen een onjuiste diagnose.

Het voorbeeld is inderdaad hypothetisch. De auteurs komen op basis van een grondig literatuuronderzoek tot de conclusie dat *verdringing* van traumatische ervaringen niet voorkomt. Mensen herinneren zich dergelijke ervaringen maar al te goed. Denkbaar is wel dat een patiënt vaak niet meer denkt aan zo'n ervaring, maar dat is iets anders dan verdringing. Vaak roepen therapeuten pseudoherinneringen aan incest in het leven en ze concluderen dan ten onrechte dat de incest echt plaatsvond. Ze scheppen soms ook erbijhorende ziektebeelden. De meervoudige persoonlijkheidsstoornis is een bekend voorbeeld. Het zou daarbij gaan om mensen die verschillende (soms heel veel) persoonlijkheden kunnen aannemen, die elkaar soms niet eens kennen. In feite is dit een kunstmatige overdrijving van een alledaags verschijnsel. Ge-

wone mensen kunnen zich in verschillende situaties heel verschillend gedragen. Dat is normaal.

Seksueel misbruik van kinderen komt vermoedelijk vaak voor. Het gaat om een belangrijke oorzaak van psychiatrische stoornissen. Volgens sommige onderzoekers werd tweederde van de vrouwelijke psychiatrische patiënten en de helft van de mannen als kind misbruikt. Vreemd is wel dat veel mensen geloven dat ze als kind seksueel zijn misbruikt, terwijl ze zich er niets van herinneren. Nog vreemder is dat veel mensen, in ieder geval in de VS, geloven dat satanisch ritueel misbruik van kinderen en volwassenen vaak voorkomt, terwijl nooit een voorbeeld ervan aan het licht is gebracht. In een onderzoek werd bijvoorbeeld gevonden dat 87% van de politieambtenaren dit gelooft.

Bij sommige mensen gaan de herinneringen zelfs – schijnbaar – zo ver terug dat ze vorige levens menen te kennen. De herinneringen kloppen waarschijnlijk niet altijd. Uit onderzoek is in ieder geval gebleken dat mensen met zulke herinneringen beschikken over een naar verhouding rijke fantasie en een niet goed werkend geheugen. Het gaat hier overigens om tamelijk normale verschijnselen. Van *confabulatie*, het hebben van stellige maar onjuiste overtuigingen over wat ons is overkomen, hebben wij allemaal op zijn tijd last.

Psychopathologie: een kwestie van genen en stoffen in het hoofd?

Het hiervoor besproken voorbeeld van seksueel misbruik laat zien dat omgevingsfactoren een rol kunnen spelen bij het ontstaan van psychiatrische stoornissen. Veel meer voorbeelden zijn er die dit illustreren. Negatieve communicatiepatronen (vijandigheid, kritiek) in het gezin kunnen bijvoorbeeld ook stoornissen veroorzaken en allerlei sociale factoren, bijvoorbeeld armoede, werken stoornissen eveneens in de hand. Het is overigens niet eenvoudig om de rol van zulke factoren goed te analyseren. Sommigen veronderstellen bijvoorbeeld dat armoede niet een oorzaak, maar een

gevolg is van schizofrenie. Dit is echter niet juist. Schizofrenen komen bijvoorbeeld niet in achterstandswijken terecht doordat ze ziek zijn. Ze worden ziek doordat ze in achterstandswijken wonen. Op basis van een omvangrijke hoeveelheid onderzoek kunnen we hoe dan ook aannemen dat omgevingsfactoren bij alle psychiatrische stoornissen een belangrijke rol spelen. Seksueel misbruik en armoede zijn daar voorbeelden van.

Voor de hand ligt de veronderstelling dat niet alleen omgevingsfactoren, maar ook genetische factoren een rol spelen. Met het onderzoek daarover belanden we helaas in een wespennest. Dat zal ik toelichten door commentaar op de gangbare maatstaf voor de rol die genen spelen bij psychopathologie, de *heritability*; ik vertaal het begrip niet omdat er geen geschikt Nederlands begrip voor is. Onder de *heritability* van een eigenschap verstaat men de mate waarin variatie in genetische factoren verantwoordelijk is voor variatie in de eigenschap.

Dat het om een wespennest gaat laat ik met een paar voorbeelden zien. Om te beginnen een voorbeeld dat ik eerder publiceerde. Een groep tweelingen, identieke en niet-identieke, gaat op excursie in een waddengebied. De excursie wordt wreed verstoord door een vloedgolf. De korte deelnemers verdrinken, de lange overleven. Ik neem even aan dat identieke tweelingen altijd even lang zijn en niet-identieke niet. Voor identieke tweelingen geldt dat zij óf beiden verdrinken, óf beiden overleven. Bij niet-identieke tweelingen treft soms slechts een van beiden het verdrinkingslot. Kennelijk is variatie in genetische factoren verantwoordelijk voor de variatie in verdrinking, want de identieke tweelingen zijn genetisch hetzelfde, de niet-identieke tweelingen niet. Alle tweelingen staan bloot aan dezelfde omgevingsfactor. Variatie daarin had dus geen invloed. Anders gezegd, de vloedgolf deed er niet toe. Volgens gangbare rekenmethoden is de *heritability* in dit geval 100%.

Dit is natuurlijk een absurde conclusie. In zekere zin had genetische variatie inderdaad invloed, want die is verantwoordelijk

voor variatie in lichaamslengte. We zullen echter de vloedgolf beschouwen als de primaire oorzaak van verdrinkingen. Het voorbeeld laat zien dat *heritability* als maat thuishoort in het vuilnisvat.

Ik geef nog een paar voorbeelden. Als iedereen 20 sigaretten per dag zou roken, dan zou de *heritability* van longkanker 100% zijn; het roken doet er dus niet toe. En als we even aannemen dat iedereen geboren wordt met twee ogen en dat alleen ongelukken of vechtpartijen leiden tot het verlies van een oog of van beide ogen, dan is de *heritability* van het hebben van twee ogen 0%. We mogen alweer concluderen dat het niet om een geslaagde maat gaat. In de psychiatrie gebruiken niettemin veel onderzoekers de *heritability* van een stoornis als maatstaf voor de mate waarin deze genetisch bepaald zou zijn. Tweelingonderzoek neemt daarbij een belangrijke plaats in.

Tamelijk gangbaar is tegenwoordig de volgende opvatting over psychopathologie. Genetische factoren maken iemand kwetsbaar, zodat hij of zij sneller dan anderen een stoornis krijgt zodra ‘uitlokkende’ omgevingsfactoren aanwezig zijn. Door de combinatie van deze twee categorieën van factoren gaat er iets mis in het hoofd: de spiegels van neurotransmitters – stoffen die de overdracht van prikkels in het zenuwstelsel verzorgen – veranderen en dat veroorzaakt weer afwijkingen in ervaringen en gedrag.

De genetische factoren zullen we verder maar buiten beschouwing laten; ze zullen wel een rol spelen maar die is op geen stukken na opgehelderd.

De meeste aandacht in het onderzoek krijgen twee neurotransmitters: dopamine en serotonine. Deze stoffen horen bij een groep verbindingen die bekendstaan als monoaminen. We kennen dan ook een monoamine-theorie over schizofrenie en een monoamine-theorie over depressie. Bij schizofrenie zou een overmaat aan dopamine een rol spelen, bij depressie een tekort aan serotonine.