
**ELKE VIJFDE GEBRUIKER VAN
ANTIDEPRESSIVA, RAAKT ER
BETER DOOR”**

‘Antidepressiva zijn geen antidepressiva’

Hij was betrokken bij de totstandkoming van de DSM-5, en schreef er een kritisch boek over. Psychiater Jim van Os vindt dat conventionele diagnoses psychiatrisch patiënten onterecht afschrijven. “En een pil ondersteunt het herstelvermogen, niet andersom.”

De *neurocratie*, noemt hoogleraar psychiatrische epidemiologie Jim van Os het ‘we-zijn-ons-brein-paradigma’. “Het brein is de laatste uitdaging van de geneeskunde”, verklaart hij de grote belangstelling voor het onderwerp, gezeten op de roomwitte bank in zijn werkkamer van de afdeling psychiatrie van het Maastricht Universitair Medisch Centrum. “Maar het model *brain causes mind* is onhoudbaar. Het brein genereert niet alleen de psyche, maar ook andersom. Denken en mediteren veranderen het brein. Medicatie ook.”

De controverse over het brein woedt al een aantal jaren. Zijn ons gedrag en ons psychisch functioneren te verklaren uit de biologie van de hersenen? Is een stoornis zoals alzheimer, ADHD, een depressie of een psychose altijd het gevolg van een neurologisch defect of een chemisch tekort? En dus in potentie op te lossen met suppletie of een geneesmiddel dat aangrijpt op het defect, zoals de biologische psychiatrie stelt? Van Os vindt van niet. “Het niermodel – er zit een gat in de nier en daardoor ontstaan nierfunctiestoornissen – gaat niet op in het brein”, legt hij uit. “Een psychose kan óók ontstaan in een intact brein. En het ziektebeeld is niet eenduidig, psychotische kenmerken komen ook voor bij depressie en vice versa. Dus meer dan vijftig jaar intensieve biologische psychiatrie heeft niets bruikbaar opgeleverd voor psychiatrische aandoeningen.”

Van Os was betrokken bij de totstandkoming van de DSM-5, de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition*, het standaardwerk van de American Psychiatric Association (APA), waarvan de Nederlandse vertaling dit jaar verscheen. Van Os schreef er een boek over, *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Daarin maakt hij korte metten met het reductionistische model waarin psychiatrisch patiënten hun zieke brein zijn.

Rampscenario

Schizofrenie staat te boek als een onomkeerbare, ernstige geestesziekte met een infauste prognose. “Daar hebben patiënten last van”, zegt Van Os. “Vertel je op een feestje dat je ‘schizofreen’ bent, dan wil niemand iets met je te maken hebben. Terwijl 80% er bovenop komt. Van schizofrenie is een rampscenario gemaakt. Net als van alzheimer. Het beeld van de dreigende alzheimer tsunami is gecreëerd om financiering te genereren.

Jim van Os: psychiater en epidemioloog

Prof. dr. Jim van Os (1960) is hoogleraar psychiatrische epidemiologie aan de Universiteit Maastricht. Hij volgde zijn opleiding tot psychiater in Jakarta, Casablanca, Bordeaux en Londen. In de internationale literatuur voert Van Os het debat aan om de schizofrenie te beschrijven als een syndroom in plaats van een ziekte. Van Os was betrokken bij de totstandkoming van de DSM-5.

Auteur **Mariël Croon**

Maar geheugenverlies op latere leeftijd, en ook het af en toe horen van stemmen, zijn ook variaties van het normale.”

U stelt in uw boek de kwantitatieve benadering van psychiatrische aandoeningen, op basis van trials, tegenover adaptatie aan kwetsbaarheid; een herstelproces. Welke plek heeft farmacotherapie hierin?

“Als we mensen een pil voorschrijven, zeggen we: dit is om je eigen herstel te ondersteunen. De nieuwe manier van depressiereductie is versterking van de weerbaarheid. Een geneesmiddel ondersteunt daarbij, niet andersom. De serotoninehypothese dat een serotoninetekort de oorzaak van een depressie is, en dat een pil dat repareert, is onzin. Antidepressiva zijn geen antidepressiva. Het zijn psychotrope stoffen, net als cocaïne. Koop je ze in de coffeeshop, dan heten ze drugs. We hebben er een paar uitgehaald die we geneesmiddelen noemen, maar dat is arbitrair. Het is gewoon lekker spul!”

“Antidepressiva zijn trouwens effectiever in combinatie met psychotherapie of met M-health – een app op de smartphone. Onze app, *Psymate*, stuurt tien keer per dag een berichtje dat de patiënt zijn stemming en bijwerkingen moet monitoren. Deze zelfkwantificatie werkt therapeutisch. Depressieve en psychotische mensen zijn verbaasd dat ze nog zo vaak positieve gevoelens hebben. Zo krijgen ze grip op hun stemming, en kun je de medicatie bijsturen.”

Hoe verhoudt zich deze benadering tot therapietrouw?

“Therapietrouw is een verkeerd woord. Het impliceert dat de dokter gelijk heeft. Laat mensen zelf monitoren of medicatie werkt, en zelf titreren naar de juiste dosering. Patiënten met schizofrenie hebben vaak bijwerkingen door de hoge dosering en door polyfarmacie. Op onze site psychosenet.nl kunnen patiënten *tools* vinden om anders met hun ziekte en met medicatie om te gaan.”

Heeft deze benadering te maken met het placebo-effect van antidepressiva? Ze werken vaak niet,

dus therapietrouw is niet nodig?

“Nee. Antidepressiva zijn geen antidepressiva, maar ze werken wel. Anders zouden niet zoveel psychiaters ze gebruiken. De *number needed to treat* (NNT) voor antidepressiva is vijf. Dus elke vijfde gebruiker raakt er beter door. Bij de rest gaat het vanzelf over, of helpt het niet. Met dat soort getallen werken we voortdurend in de geneeskunde. Trouwens, antidepressiva werken beter tegen angst. Maar ze zijn nu eenmaal eerst geregistreerd voor depressie.”

De APA wilde in de DSM-5 de psychose ‘deconstrueren’ tot een syndroom met variabele kenmerken en gradaties. Dit was ook uw visie, daarom bent u erbij gevraagd. Waarom is het niet gelukt?

“Het is niet gelukt om de diagnose aan te passen omdat de Amerikaanse zorgverzekeraars – harde jongens – alleen uitbetalen als een diagnose in de DSM staat. Behandelaars waren bang dat bij een dimensionele benadering, met een glijdende schaal en variatie in de symptomen, de verzekeraars minder of niets meer zouden vergoeden.”

“Economische belangen spelen ook in Nederland. Voor de Nederlandse zorgverzekeraars zijn psychiatrisch patiënten een schadelast. Wat bij de introductie van de marktwerking over het hoofd werd gezien, is dat 25% van de bevolking psychische problemen heeft, een potentiële markt. Dus groeide het aandeel GGZ-patiënten in tien jaar tijd van 3,5 naar zo’n 7% van de bevolking, en stegen de kosten van € 2,4 miljard in 2000 naar € 6 miljard in 2010. Deels terecht, deels door overbehandeling van lichte problematiek.”

“In een poging de uitgaven weer te beknotten zijn verzekeraars gaan benchmarken met onze eigen *Routine Outcome Monitoring* (ROM). Maar daar kun je niet mee benchmarken, er zijn tussen klinieken te veel verschillen in populatie, in behandeling. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg toont interesse in het afvinken van deze lijstjes, terwijl ze niets zeggen over kwaliteit van zorg. Zo ontstaat er voor vele miljoenen euro’s per jaar een datakerkhof. Het zijn de nieuwe kleren van de keizer.” ■

‘THERAPIE-TROUW’ IMPLICEERT DAT DE DOKTER GELIJK HEEFT