

Verantwoording

Dit boek legt zijn focus op de vele psychische stoornissen waarbij een *verziekte stemming* gedeeltelijk of geheel verantwoordelijk is voor verscheidene ziektebeelden naast verdriet, psychosociale depressiviteit, vitale depressie, unipolaire manie en bipolaire stoornis samen met dysfore manie of drukte. Ook de stoornissen die een duidelijke link met stemmingswisselingen hebben, komen hier ook aan bod. Zo onderzoeken we achtereenvolgend angst, dwang en drang, schizo-affectieve stoornis, trauma en PTSS, perinatale stemmingswisselingen en psychosen, zware persoonlijkheidsstoornissen zoals sociopathie, borderline en nu extra aandacht voor narcisme. Eveneens komen autisme, ADHD en ADD, boulimie en anorexie, dissociatie en de meer nieuwe hype-stoornissen; het chronisch vermoeidheidssyndroom en burn-out aan bod. Andere belangrijke ziektebeelden waarbij eventueel een verziekte stemming in de onderstroom ontdekt kan worden, worden beknopt besproken, zoals verslaving en seksuele disfuncties en delicten.

We willen een juistere inschatting aantonen, waarbij de stemming niet of verkeerdelijk ingeschat wordt als ze mede veroorzaakt wordt door mislukte transmissie in de neuronen van het brein. Bij ziektebeelden zoals verdriet, reactieve en personale depressiviteit en psychosociale problematiek vinden we meestal geen onderstroom van een verziekte stemming. Dus is er dan ook geen behoefte aan antidepressiva, antipsychotica en stemmingsstabilisatoren. Deze ziektebeelden krijgen vooral hulp van psychosociale therapievormen en niet van psychofarmaca.

We hebben maar drie soorten psychofarmaca, naast de anxiolytica en de allopathische plantenkunde. De drie grote groepen zijn:

- antidepressiva,
- neuroleptica of antipsychotica,
- stemmingsstabilisatoren.

Bij zeer vele zware ziektebeelden die met deze psychofarmaca kunnen herstellen en verbeteren, blijven we dus toch beperkt door de drie grote groepen psychofarmaca, waarbij de dosering zeer wisselend, aangepast aan elke patiënt, kan zijn, zowel apart als in zinvolle combinaties. Ook de psychostimulantia zijn gelijklopend aan antidepressieve psychofarmaca wegens de verhoging van noradrenaline en dopamine in de hersenen.

Eenzijds is het heel belangrijk dat bij de diagnose van vele psychiatrische stoornissen de *onderstromen* van een verstoorde en wisselende *stemming* meer aandacht krijgen dan momenteel het geval is. Bij vele ziekten die niet onmiddellijk gelinkt zijn aan depressie en manie, moeten we meer aandacht geven aan de dieperliggende onderstroom waar stemmingsverandering aanwezig is. Daarna kunnen we, naast psychotherapie en sociotherapie, veel meer verlichting geven met de juiste psychofarmaca, de juiste wisselende doseringen met eventueel aanpasbare veilige combinaties en dit alles zonder enige nevenwerking. Anderzijds zijn verdriet en angst heel dikwijls iets totaal anders dan verstoorde stemming. Antidepressiva, antipsychotica en stemmingsstabilisatoren kunnen hier niet helpen. Integendeel, bij toediening ervan ontstaat er veelal een paradoxaal iatrogeen negatief effect met hinderlijke nevenwerkingen en nieuwe ziektebeelden die precies door deze psychofarmaca uitgelokt worden.

Toch zal de biologische psychiatrie de hoeksteen blijven bij de diagnose en de behandeling van zware psychiatrische ziekten, naast psycho-educatie en intensiever onderzoek van het sociale netwerk en van de familiale kwetsbaarheid (genetica). Hier kan een aangepaste psychotherapie worden toegepast om de verminderde psychosociale vaardigheden, die meer een gevolg dan een oorzaak van de kwaal zijn, gericht aan te pakken.

Bij zuivere *levensproblemen* is de psychosociale aanpak heilzamer dan psychofarmaca. De huidige gespecialiseerde psychotherapie is het meest inzetbaar voor levensproblemen. Sociale psychiatrie heeft een belangrijke taak in het onderzoeken van de sociale achtergronden en de gevolgen van psychiatrische stoornissen om die intensiever te behandelen. Waarden en normen betrekken bij levensproblemen en psychiatrische ziekten is geen luxe.

Over nosologomanie en comorbiditeit

Eenzijds hebben we de bijna obsessievolle fixatie op classificatie van honderden psychiatrische stoornissen, opgesteld in ICD 10 en DSM-V die, volgens de Nederlandse vertalers, geen volledige diagnose uitmaken maar vooral *classificeren*. De tijd en energie die in die eindeloze werkgroepen gerealiseerd moet worden, met veel diplomatie en compromissen, met meerderheids- en minderheidsstandpunten, heeft in de totaliteit van de psychiatrie alles in hokjes geplaatst en niet met elkaar verbonden in bredere ziektebeddingen.

Deze *nosologomanie* staat in schril contrast met de roep naar bredere beddingen van grotere, gelijkaardige ziektebeelden waar dezelfde psychotherapieën, dezelfde veeleer schaarse soorten psychofarmaca en dezelfde biologische behandelmethodes toegepast worden. Dit boek richt zich op de verziekte stemming om hierin bredere beddingen van comorbide ziektes te diagnosticeren. Zo wordt een meer slagvaardige therapie mogelijk. Die ziektebeelden veranderen geregeld en worden soms grillig in de loop van de ziektegeschiedenis en de behandeling waardoor één en ander opnieuw gecorrigeerd moet worden.

Comorbiditeit is dan samen verstrengeld geraken van meerdere DSM-stoornissen. Zo kan een bredere onderstroom worden uitgerold die meer vaart geeft aan een zinvolle behandeling. Die onderstroom zoeken is mede een begin van een echte ‘personalized psychiatry’. Hier vinden we dan een meer correcte diagnose bij de doorsnee complexe psychiatrische patiënt met heel veel comorbiditeit in een zeer veranderende ongunstige psychosociale context.

Zou deze complexiteit er niet voor zorgen dat de toegepaste psychotherapie, de toegediende psychofarmaca en de toegepaste neurowetenschappen elk apart telkens maar een aantal deelsymptomen van de complexere diagnose kunnen behandelen? Dan komt nog de vraag of er, naast de psychotherapie, psychofarmaca, de toepassing van de biologische methoden, ook intensievere aandacht moet zijn voor het bredere netwerk met erkenning van waarden en normen, samen met de familiale kwetsbaarheid (genetica). Zo kan het hele pakket van de vele onderdelen van de complexe patiënt behandeld worden. Dit is een warm pleidooi om de volledige breedte van de psychiatrie in diagnose en therapie te omarmen.

De vooruitgang in de psychotherapie?

In een recent boek, ‘Het misverstand psychotherapie’, schetst Flip Jan van Oenen hoe de mythe van vooruitgang in de psychotherapie het vermogen van de samenleving om lijden te verdragen ondermijnt. In zijn boek doet hij dit op basis van wetenschappelijke kennis, ervaringen uit de praktijk en filosofische beschouwingen. Hij legt hiermee de vinger op de zere plek. Hij zegt wat velen die werken in de psychiatrie wel weten, maar niet kunnen, willen of durven uitspreken.

Er verschijnen voortdurend nieuwe psychotherapeutische modellen die nog betere resultaten beloven, terwijl al decennialang blijkt dat de effectiviteit van die modellen duidelijk niet toeneemt. De gevolgen zijn een mix van doorgeschoten marktideologie, wetenschappelijke blikvernaauwing en menselijke tekortkomingen die psychotherapeuten, cliënten en beleidsmakers hardnekkig in de greep houden in een *mythe* die hun onmacht moet verhullen.

In tegenstelling tot de vele welig tierende nieuwe psychotherapieën, opleidingen en eindeloze herscholingen, leidt die ‘verplichte’ zoektocht tot het feit dat al vijftig jaar lang geen enkele nieuwe behandelmethode beter is dan de vorige.

Het waarom dat deze *mythe van meerwaarde* jarenlang bleef standhouden, wordt fijntjes uitgelegd in het zojuist genoemde boek.

Centraal bij de psychotherapie staat hier het leidmotief dat “het verdragen van het lijden” juist is als bijdrage tot het verlichten van het menselijk lijden, meer dan het vermogen creëren van grondige *verandering*. Zo verwordt het zo geprezen behandelmodel en het behandelprotocol tot een moeilijk te doorbreken mythe, vooral omdat de eisen van de bureaucratie van de GGZ en daarmee ook van de politiek steeds meer verhogen. Zo niet, is er geen erkenning van de behandeling: dan ook geen centen! Het gevolg ervan is een bureaucratisch overgeprotocolleerd systeem waarin hulpverleners gedemoraliseerd raken en in de praktische zorg van iedere dag steeds meer op hun hoede en defensiever gaan handelen.

De toepassing van de psychofarmaca en van de neurowetenschappen

Zoals we reeds aangaven, hebben we een beperkte hoeveelheid aan psychofarmaca. Die gebruiken we deels via richtlijnen voor een bepaald soort psychiatrische aandoening. Het gaat meestal om geïsoleerde psychiatrische aandoeningen die worden onderzocht in dubbel gecontroleerde onderzoeken, meestal tussen het nieuwe (middel) en een nepmiddel of placebo, zeldzamer tussen twee middelen (een oud en een nieuw).

Het eerste onderzoek tegenover placebo leidt veelal tot een meerwaarde van de onderzochte pil tegenover placebo. Bij onderzoek van twee middelen tegenover elkaar is de meerwaarde tegenover het oude middel meestal minder overtuigend.

Dit leidt onder andere tot de verschillende doseringen van het oude en nieuwe middel, tot manipulatie van vele dubbelblindonderzoeken onder sponsoring van de farmaceutische industrie. Het is net niet een vorm van fraude, maar veeleer de overtuiging dat het nieuwe middel veel beter is, een soort bejubelende overtuiging. Men onderzoekt nooit de psychofarmaca bij een meer complex psychiatrisch lijden dat meestal niet te vatten is in één diagnose of label, maar een wisselend kluwen van comorbide processen is.

Daarnaast hebben we de mateloze exclusiecriteria, zodat slechts 8 tot 15% van die bepaalde geïsoleerde ziekte onderzocht wordt. De succesratio is meestal slechts 20 tot 30% boven het placebo-effect. Het gaat ook niet om herstel (remissie), maar om minder ziekte-tekens op de bekende schalen die door de onderzoeker en de patiënt moeten worden aangevinkt. Het zijn wel correct uitgevoerde onderzoekingen. Er is absoluut geen fraude mee gemoeid, maar een enthousiasme-factor die toch invloed heeft op de uitkomst.

Bovendien wordt ongeveer de helft van de dubbelblindstudies niet gepubliceerd als het oude middel niet of te weinig verschilt van het nieuwe onderzochte middel. We noemen dit publicatiebias.

De dubbelblindstudies hebben meestal een looptijd van vier tot acht weken. Dat is veel te kort om een echt idee te krijgen van het werkelijke therapeutische effect van het nieuw te onderzoeken farmacum.

Therapieresistentie?

Wat we niet terugvinden in de dubbelblindstudies, zijn onderzoeken naar realistische comorbiditeit van meerdere psychiatrische ziekten, die meer voorkomen in de dagelijkse praktijk van een psychiater dan de afgelijnde stoornissen. De realiteit van elke dag vertoont een complexer en weerbarstiger patroon, waarbij meerdere psychiatrische labels tegelijk in wisselende aanwezigheid gedurende een langdurige behandeling en onderzoeken voorkomen. Ook veilige combinaties van psychofarmaca bij eenvoudige psychiatrische beelden en nog meer bij complexe ziektebeelden werden *nooit* onderzocht. De dubbelblindonderzoeken bestuderen veeleer geïsoleerde ziektebeelden. Dus veelal in een kunstmatig geïsoleerd gebeuren, omdat de exclusiecriteria zo hoog zijn, onder andere niet te zwaar ziek, bijvoorbeeld geen suïcidaliteit, en het weren van iedere vorm van comorbiditeit. Die meer realistische situaties, die we elke dag moeten behandelen, worden echter door de wetenschap nauwelijks of niet onderzocht. We ervaren dan ook toenemend onvoldoende steun van de vigerende richtlijnen die aan de universiteit worden gepromoot.

Zo is onze eigen, steeds intensere interesse ontstaan voor veilige combinaties van psychofarmaca, zonder vervelende interacties, die maanden- tot jarenlang gebruikt kunnen worden. Ze verschaffen meer herstel bij de zogenaamde therapieresistente ziektebeelden.

Voor de meeste ziektebeelden, namelijk de meer complexe, die veel zwaarder doorwegen met heel wat comorbiditeit, zijn er geen richtlijnen. Voor de praktijk van de frontlijnpsychiater hebben de richtlijnen trouwens weinig tot geen waarde, integendeel. Zo komen we tot de hernieuwde belangstelling voor ECT – electroconvulsietherapie en allerlei op neurowetenschappen gebaseerde behandelingen, zoals nieuwe neurochirurgische therapieën (stimulatietechnieken en implantaten voor elektrische impulsen), infusen met ketamine naast interesse voor cannabidiol, psilocybine en andere psychedelica. We lijken terug te keren naar 1965–1975, wanneer professor Jan Bastiaens in Leiden de hele psychiatrische wereld deed opkijken met het gebruik van LSD bij posttraumatische stemmingsstoornissen (een onderzoek waarbij wijzelf driemaal de kans kregen om het gedurende een hele dag observatie ter plekke mee te maken).

Ondertussen werd ECT verboden en moesten resistente beelden afgeleid worden naar België en Duitsland (tientallen patiënten uit Nederland werden in Brugge opgenomen voor therapieresistente depressie, psychose en manieën). Ondertussen ondertekende de directie in de PAAZ in Brugge (1982) een akkoord met een ziekenfonds om Nederlandse patiënten gericht door te verwijzen voor elektroshock. De enige waarschuwing was dat de rekening voor het ziekenfonds ECT niet mocht vermelden, maar een andere code, bedoeld om het heftige maatschappelijke debat tegen elektroshock te ontlopen.

Twee van onze voorgangers in Brugge ontwikkelden, met uiteraard wetenschappelijke publicaties in *Acta Psychiatrica Belgica*, een intuïtieve cocktail van antidepressiva, namelijk MAO-remmers en tricyclische antidepressiva (1960–1980). Geleidelijk aan konden ze de juiste gevaarlijke tricyclische antidepressiva, zoals Tofranil, en vooral bij de opkomst van Anafranil, ontdekken. Er was toen nog geen kennis over het tyraminedieet en over het serotoninesyndroom. Toen wij hen in 1980 vervoegden in hun praktijk, zagen wij tientallen uitbehandelde depressieve patiënten van onszelf daar herstellen van hun levenslange depressie. Vandaar ontstond de interesse voor de combinatie van antidepressiva en de lange onderzoekstocht naar het waarom van de blijvende angst voor deze zogenaamde gevaarlijke interacties. Ook hier werd ECT uitzonderlijk ingezet als die combinatie van psychofarmaca niet voldoende hielp. Ondertussen werden in Nederland, op initiatief van professor P.C. Kuijper, de MAO-remmers gedurende vele jaren verboden.

Omdat toen vele Belgische psychiaters in Nederland gestudeerd hadden, kwamen de protesten tegen de houding van deze Brugse psychiaters stilaan op gang, niettegenstaande de volle steun die ze kregen van Waalse collega's, vooral rond de universiteit van Luik.

In het redactioneel artikel van het *Tijdschrift voor Psychiatrie* (december 2019) vermeldt Van Der Wee dat er een hernieuwde belangstelling komt voor psychedelica als nieuwe, potentieel zeer effectieve en snelle behandeling voor aandoeningen zoals de therapieresistente depressie en posttraumatische stressstoornis:

“Dit jaar kende de Food and Drug Administration in de VS bijvoorbeeld het label ‘doorbraaktherapie’ toe aan het psychedelische middel psilocybine. Psilocybine, van nature aanwezig in bepaalde paddenstoelen en, zoals de meeste hallucinogenen, een serotonine-agonist, werd in 1950 gesynthetiseerd door de Zwitserse chemicus Hofmann. Tot de plaatsing op de lijst van verboden middelen in de jaren 1970 werd psilocybine in combinatie met psychologische ondersteuning tijdens de sessie ook ingezet bij depressie, angst, dwang en traumagerelateerde klachten. Het ontbrak echter aan een uitbreiding met het systematisch onderzoek zoals dat tegenwoordig de standaard is.

Recent werden, in een kleine open studie, de effecten van een eenmalig begeleide toediening van een hogere dosering psilocybine bij patiënten met een therapieresistente depressie onderzocht en vonden ze veelbelovende hoge respons- en remissiepercentages. In een vervolgstudie vonden zij dit resultaat opnieuw en bleek de *verbetering* bij een groot deel van de patiënten tot aan het eind van de zes maanden follow-up aanwezig te blijven.”

Dit versterkt onze bezorgdheid omtrent het niet creatief mogen omgaan met psychofarmaca in veilige en krachtiger combinaties.

Duidelijk is er chaos in depressieland.