

Epidemie van stoornissen

Door de impact van de DSM zijn ook bij ons ‘valse’ psychiatrische epidemieën opgedoken. Psycholoog Stijn Vanheule, psychiater Stephan Claes en psycholoog Maarten De Schryver geven commentaar bij actuele (1-4) en toekomstige (5-10) labels. ‘Die stoornissen bestaan niet.’ **Barbara Debusschere**

DOSSIER DSM-5

1. ADHD

Tussen 2004 en 2007 verviervoudigde bij ons de diagnose onder kinderen. Tussen 2007 en 2011 steeg ze met 35 procent. Nu zouden ongeveer 66.000 kinderen Rilatine slikken, wat 5 à 6 miljoen euro per jaar kost. “De stoornis is te breed gedefinieerd. ‘Is vaak vergeetachtig’, ‘Lijkt niet te luisteren’. Normaal gedrag waar het kind zelf niet onder lijdt, wordt gemedicaliseerd”, zegt psycholoog Stijn Vanheule (UGent). “Probleematisch is dat 80 procent van de artsen druk van ouders en scholen ervaart om die diagnose te stellen, op basis van wat zij van een kind vinden. Wat is ‘te druk’ of ‘te vergeetachtig’? Onderzoek naar wat langdurig Rilatinegebruik doet met een kindbrein, is er nauwelijks. Wel weten we uit onderzoek bij dieren dat Rilatine de groei van het brein remt en kinderen hun sociale gedrag afvlakt.”

Stephan Claes, psychiater KU Leuven: “De diagnose is verzevenvoudigd de laatste tien jaar. Het belangrijkste hier is niet zozeer het label, maar wie het hanteert. Cruciaal is dat een gespecialiseerde kinderpsychiater of kinderneuroloog de diagnose stelt.”

2. Bipolaire stoornis & bipolaire stoornis II

Door de rechtstreekse pillenreclame in de VS is de diagnose daar bij kinderen vervoertigvoudigd. Bij ons is er geen noemenswaardige hype, “al steeg het gebruik van antipsychotica bij kinderen tussen 2008 en 2011 wel met 37 procent. Het verschil tussen de twee varianten is klinisch niet relevant. Manisch-depressieve problemen bestaan, maar er is bijvoorbeeld geen duidelijk neurologisch onderscheid tussen bipolaire stoornis I en II. Omgekeerd riskeer je met de lichtere variant meer mensen onterecht een stoornis aan te meten”, zegt Vanheule.

Maarten De Schryver, psycholoog UGent: “De bipolaire stoornissen zijn een voorbeeld van hoe holjes in de DSM worden verbeeld omdat niet iedereen erin past. Dat zijn passe-partoutdiagnoses.”

Claes: “Manische-depressie is al eeuwen bekend en komt bij ongeveer 0,5 procent van de bevolking voor. Ook hier is de expertise van wie de diagnose stelt doorslaggevend. In de VS is deze diagnose wellicht te vaak gesteld bij kinderen met gedragsproblemen, die dan lithium krijgen. Bij ons zijn kinderpsychiaters daar zeer voorzichtig mee.”

3. Autisme

Ook bij ons zit de diagnose in de lift, maar omdat er geen pil tegen is, is het effect minder extreem dan bij ADHD.

Vanheule: “De diagnose en de kennis over de aandoening helpt terecht een aantal kinderen met autisme die anders op school uit de boot vallen. Probleematisch is echter dat ook hier ouders en leerkrachten veel te snel op basis van

die vage DSM-criteria een kind als autistisch bestempelen. Overdiagnose is er ook omdat de diagnose recht geeft op extra begeleiding.”

4. Depressie

De meest vastgestelde psychiatrische aandoening ter wereld is geëxplodeerd. In 1996 namen 390.000 landgenoten antidepressiva, in 2006 waren er dat 860.000 en het aantal stijgt nog, in 2009 kostte dat 232 miljoen euro, in 2004 was dat al 454 miljoen.

Vanheule: “Je moet volgens de DSM aan vijf van elf zeer vage criteria voldoen, zoals slaapproblemen en minder eedust. Velen met normaal verdriet over bijvoorbeeld een relatiebreuk of ander verlies voldoen daaraan, maar hebben geen depressie. Men doet alsof het een biologische oorzaak heeft, negeert de context van de persoon en schrijft pillen voor die niets oplossen. Iemand die vandaag in ons land triest bij de huisarts zit, krijgt al te snel die diagnose, ook al klopt ze niet. Uit tests blijkt bovendien dat experts niet in staat zijn om met de DSM-5 een betrouwbare diagnose voor depressie te stellen. De spraakverwarring is niet opgehelderd.”

De Schryver: “Die categorie heeft, gezien de hoge aantallen, een zeer lage betrouwbaarheid. Verschillende psychiaters komen op basis van de DSM-criteria tot andere conclusies.”

Claes: “De DSM is hier niet het probleem, maar de onzorgvuldige hantering ervan. In het handboek staat letterlijk dat iemand al echt gehinderd moet zijn in zijn of haar functioneren om de diagnose te krijgen. Wat ook speelt, is dat mensen met emotionele problemen artsen onder druk zetten en echt een diagnose en een pil willen.”

5. Milde cognitieve stoornis

Het eerste stadium van vergeetachtigheid. Een milde afwijking van het geheugen waarbij er (nog) geen sprake is van dementie.

Vanheule: “Preventie is positief, maar we zouden het niet via nieuwe stoornissen mogen doen. Weinig sociale steun en armoede zijn belangrijke voorspellers van een psychiatrische aandoening. Door iedereen die vergeetachtig wordt een nieuw label en nieuwe pillen te geven, problematiseren we iets normaals: ouder worden.”

De Schryver: “Alle ‘minor’-syndromen zijn problematisch. Wie niet volledig voldoet aan een bepaalde categorie stoppen we dan maar in een lichtere versie. Dat is zeer twijfelachtig. Je kunt geen aandoeningen blijven uitvinden. De zelfmoordcijfers en cijfers van wie pillen slikt geven niet aan dat

dat de maatschappij helpt.”

Claes: “Wanneer de industrie ook hier een medicijn aan koppelt, is het effect nefast.”

6. Premenstruele dysforische stoornis

Een ‘ernstige’ vorm van het bekende premenstrueel syndroom of PMS. “Wie aan vijf van elf criteria voldoet, waaronder gespannen zijn, neerslachtig zijn of prikkelbaar zijn, krijgt dit label en wordt in feite gezien als iemand die tijdelijk depressief is. In feite zijn het de normale kenmerken van iemand net voor de menstruatie. Sommige vrouwen hebben er misschien zeer hevig last van, maar dit zal een toename veroorzaken van pillen slikken”, zegt Vanheule.

7. Disruptive mood dysregulation disorder

Kortweg explosieve humeurigheid of driftbuien. “Vooraf voor kinderen en adolescenten die door fases met driftbuien gaan, is dit een problematisch label. Ook iemand die uitbarstingen heeft door een huwelijks crisis, krijgt die stoornis opgeleefd en medicatie toegediend. Zonder dat er iets aan de eventuele levensproblemen wordt gedaan”, zegt Vanheule.

8. Rouw

In de DSM-4 staat dat wie langer dan acht weken rouwt om een geliefde, niet onder depressie valt. In de DSM-5 wordt die uitzonderingspositie geschrapt, met als bedoeling dat mensen die door rouw in een ernstige depressie raken een betere diagnose kunnen krijgen.

Vanheule: “Jammer genoeg zal het resultaat zijn dat wie rouwt en geen depressie heeft, ook die diagnose zal krijgen.”

De Schryver: “Dit slaat nergens op. Wie bepaalt dat je acht weken mag rouwen? Ik weet niet of het zinvol is iemand zo’n diagnose te geven die langer dan acht weken rouwt. Ik hoop dat we ons niet gaan fixeren op die acht weken. Dat dit niet onze sociale norm zal worden.”

Claes: “Ik zie het niet als een probleem dat een verlies situatie kan leiden tot een depressie. Momenteel behandel ik iemand die suïcidaal is door een relatiebreuk. Het is niet omdat DSM-5 de diagnose van depressie zal toelaten na het verlies van een geliefd persoon, dat seriële psychiaters rouw en depressie om een andere reden niet meer kunnen onderscheiden.”

9. Adult attention deficit disorder

In de DSM-4 is de diagnose ADD voor overwegend onoplettende mensen met concentratieproblemen al wel opgenomen. Nieuw is dat in de DSM-5 een specifiek onderscheid zal worden gemaakt tussen symptomen van ADD bij kinderen en volwassenen. “En nog een grotere groep mensen die zich slecht kunnen concentreren zullen ziek verklaard worden”, zegt Vanheule.

10. Alcoholisme

‘Misbruik’ en ‘verslaving’ worden in de DSM-5 samengebracht. “Het resultaat is dat de criteria voor alcoholisme veel ruimer worden, zodanig zelfs dat volgens schattingen het aantal diagnoses met 70 procent zal toenemen”, zegt Vanheule. “Opnieuw is dit een sociale norm die de psychiatrische diagnose stuurt.”

Claes: “Het is een achteruitgang dat het onderscheid tussen misbruik en verslaving wegvalt. Sommige mensen zijn echt afhankelijk en hebben elke dag alcohol of een drug nodig, anderen hebben dat niet maar drinken soms een bak bier leeg en zitten ook met een probleem.”

Eindoordeel

Stijn Vanheule (UGent): “De manier waarop de DSM tot stand komt, namelijk achter gesloten deuren, zonder externe toetsing, onder invloed van de centen van de farmaindustrie en met experts die vooral hun eigen stokpaardjes promoten, is problematisch. Er ontstaat een gigantisch wetenschappelijk probleem: clusters van symptomen die gewoon onderlinge afspraken zijn, worden gezien als echte ziektes met een biologische grondslag, terwijl dat niet zo is. Maar het onderzoek zoekt wel naar oorzaken en naar medicijnen tegen die constructies. Eén van de oplossingen is dat onze overheid de zorgverlening loskoppelt van de DSM-labels. Ook moeten we een andere diagnostiek invoeren: enerzijds een diepgaande psychologische analyse van wat met iemand aan de hand is, anderzijds gebruikmaken van inzichten van de neurowetenschappen, die nu nog in de kinderschoenen staan.”

Maarten De Schryver (UGent): “De DSM-categorieën zijn wetenschappelijk niet noodzakelijk valide. Men moet kunnen aantonen dat de checklists meten wat ze beogen en dan nog is er een groot probleem met causaliteit.

Onderzoek heeft bijvoorbeeld aangetoond dat een stressvolle situatie veeleer een directe impact heeft op symptomen, en niet zozeer op een onderliggende ‘depressie’. Stress kan ervoor zorgen dat we liggen te piekeren, waardoor we moeilijk in slaap raken. We worden dan oververmoeid en kunnen moeite hebben met concentreren. Dit verloop lijkt toch veel aannemelijker dan te veronderstellen dat stress kan leiden tot depressie, en dat we door die depressie dan moeilijk de slaap kunnen vatten, oververmoeid zijn en moeite hebben met concentreren.”

Stephan Claes (KU Leuven): “Een diagnostisch systeem zoals de DSM is nodig, al is het op zich een arm systeem dat te weinig rekening houdt met de context en de individuele dimensies. Het klopt dat de oorzaken niet biologisch zijn en dat de criteria aan willekeur onderhevig zijn. Het is een afsprakenboek. Maar tegelijk zijn de labels niet compleet uit de lucht gegrepen. Jammer is wel dat de tien persoonlijkheidsstoornissen, zoals borderline of afhankelijkheidsstoornis, niet zijn verdwenen. Die labels zijn stigmatiserend en het is beter om in een therapie iemand te wijzen op waar hij of zij goed in is. De DSM op zich is niet slecht, alleen loopt het fout als mensen – patiënten en artsen – mordicus een diagnose willen plakken op varianten van normaal gedrag, en daar bijna automatisch een medicamenteuze therapie aan koppelen. Dat is slechte geneeskunde.”

Zot van vroeger

Labeling beheerst de psychiatrie. Plots lijkt iedereen aan dezelfde kwaal te lijden. Dat was vroeger niet anders. Enkele populaire stoornissen van lang geleden op een rij. **Barbara Debusschere**



Duivelse bezetenheid

Van de duivel bezeten zijn is de oudste én nieuwste van alle hypes. Het geloof in duivels kan voortkomen uit onwetendheid, maar het model is te aanlokkelijk om ooit helemaal uit het menselijk denken te verdwijnen.

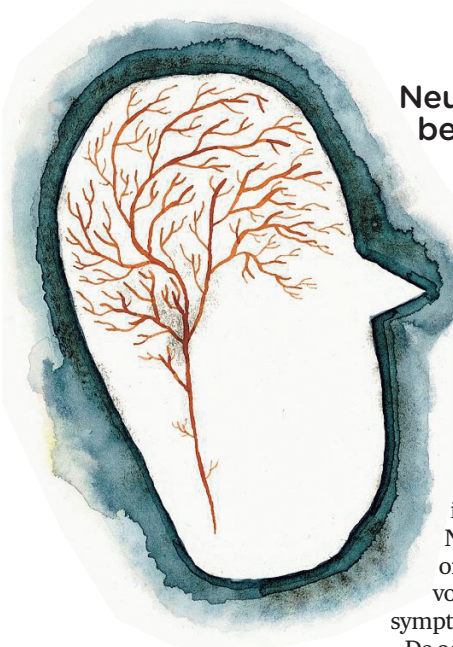
Iemand is door een demon bezeten die zich meester heeft gemaakt van zijn gedachten, gevoelens en gedragingen. De demon veroorzaakt een ratjetoe van symptomen die kunnen worden opgesplitst in minstens tien psychische stoornissen uit de DSM. Een moderne psychiater kan schizofrenie wel omschrijven, maar niet echt verklaren. De medicijnman of priester staat er veel gunstiger voor. Hij bezit onwankelbare kennis over de oorzaak van de symptomen en kent een specifieke behandeling om patiënt en ziekte van elkaar te scheiden. Een duiveluitdrijving kan werken, mits exorcist en patiënt beiden geloven dat het helpt.

Vampierhysterie (ca. 1720-1770)

De angst voor vampiers heeft een lange geschiedenis en is diepgeworteld in de menselijke ziel. We hebben altijd een fundamenteel probleem gehad: wat doen we met onze doden? Het werd helemaal een ernstig probleem toen de nomadische jager-verzamelaars een vaste woonplaats kozen en letterlijk bovenop hun doden gingen wonen.

Als iemand ziek werd of als er iets misging, leek het logisch om te vrezen dat de doden zouden herrijzen om zich te wreken. Volgens het vampirisme gebeurde dat letterlijk. Ziekten van de levenden zouden zijn ontstaan door het drinken van bloed of het eten van vlees van een (niet helemaal) gestorven (niet zo liefhebende) vroegere dierbare.

De rage ontstond en eindigde in Midden-Europa, gedurende een periode van vijftig jaar in de achttiende eeuw. De pogingen om vampiers uit te roeien waren onaangenaam voor zowel de levenden als de doden. Vampiers die op heterdaad betrapt waren, werden na zeer wrede martelingen openbaar terechtgesteld. De slachtoffers waren de gebruikelijke verdachten – geesteszieken en achterlijken, vermeende heksen (vermoedelijk vrouwen met verstand van geneeskragtige kruiden), suïcidale mensen en ketters.



Neurasthenie (eind 19de, begin 20ste eeuw)

In 1869 heeft George Miller Beard, een Amerikaanse neuroloog, neurasthenie – letterlijk ‘zenuwzwakte’ – gedefinieerd. Hij wilde een lacune in de diagnostiek vullen – een etiket voor de talloze mensen met niet-specifieke lichamelijke en psychische klachten zoals vermoeidheid, verlies van energie, zwakheid, duizeligheid, flauwvallen, dyslexie, winderigheid, migraine, algemene pijntjes en kwalen, slaapproblemen, impotentie, depressie of angst.

Neurasthenie was heel aantrekkelijk omdat het een verklaring leek te bieden voor dit brede spectrum van doodgewone symptomen.

De oorzakelijke theorie van Beard volgde een hydraulisch model, analoog aan stroomuitval in een elektrisch apparaat: lichamelijke en psychische uitputting werd plausibel verklaard door de uitputting van de energievoorraad van het centraal zenuwstelsel. Beard verklaarde deze uitputting uit maatschappelijke oorzaken: de moeite die mensen hadden om zich aan te passen aan de snel veranderende technologische beschaving, de stress van de verstedelijking en de voortdurend toenemende concurrentie in het zakenleven.

Neurasthenie was een vage en nietszeggende diagnose met vage, nietszeggende en nutteloze behandelwijzen. Dat dit niets afdeed aan de grote, wereldwijde populariteit ervan, zegt veel over de aantrekkelijkheid van klinische verzinsels.

DOSSIER DSM-5



Dansmanieën (ca. 1300-1700)

Er zijn twee vormen van dansmanie geweest: het tarantisme in Zuid-Italië en de sint-itusdans in noordelijk Europa. De symptomen: melancholie, visioenen, hoofdpijnen, flauwvallen, kortademigheid, spasmen, verminderde eetlust, overgevoeligheid, zwellingen en voor-gevoelens van dreigend overlijden.

In het zuiden werden die verschijnselen verklaard uit de beet van de vogelspin. De sint-itusdans was een Noord-Europese variant met veel vergelijkbare symptomen, die op eenzelfde manier genezen werden, maar dan met een meer religieuze inslag.

Wat de oorzaak ook was, de aanbevolen behandeling bestond uit een razendsnelle, duizelingwekkende, tollende dans, die moest worden volgehouden tot het punt van fysieke uitputting en geestelijke verjonging. Men geloofde dat dansen het spinnengif uit het lichaam verwijderde (in het zuiden) of de demon uit de ziel (in het noorden).

Waarom zijn er geen tests voor wat ‘normaal’ is?

Het menselijk brein bevat 100 biljoen synaptische verbindingen tussen neuronen en per seconde lopen er gemiddeld duizend signalen over. Ieder signaal wordt mogelijk gemaakt door 1.500 proteïnen en overgebracht door neurotransmitters. De ontwikkeling van het brein, waarbij elke zenuw precies de goede plek moet zien te vinden en precies de juiste verbindingen moet kunnen leggen, is even ingewikkeld.

“De twee opwindendste doorbraken uit de geschiedenis van de biologie zijn de ontrafeling van de werking van het menselijk brein en het kraken van de genetische code. Maar hoewel we veel hebben geleerd over de werking van het brein, bestaan er desondanks nog altijd geen methodes om die fundamentele kennis om te zetten in psychiatrische behandelingen”, zegt psychiater Allen Frances. “De moleculaire biologie, genetica en breinscans hebben nog niet geleid tot een laboratoriumtest voor dementie, depressiviteit, schizofrenie, bipolaire stoornis, dwangstoornissen of voor welke psychische stoornis dan ook. De verwachting dat psychische stoornissen konden worden verklaard uit één gen, neurotransmitter of bekabelingsprobleem, is een naïef droombeeld gebleken”, zo vervolgt hij.

De psychiatrie heeft dan ook niet één laboratoriumtest. Omdat er altijd meer va-

riatie bestaat tussen de uitkomsten binnen een categorie van psychische stoornissen dan tussen een stoornis en normaliteit, of tussen een stoornis en andere stoornissen, heeft geen van de biologische ontdekkingen als een diagnostische test kunnen dienen. “Duizenden onderzoeken naar honderden vermeende biologische markers hebben tot nu toe niets opgeleverd. (...) Zoals Roger Sperry in zijn rede na de aanvaarding van de Nobelprijs voor de Geneeskunde zei: ‘Hoe meer we te weten komen, hoe meer oog we krijgen voor de unieke complexiteit van elk individu-eel intellect, en hoe sterker de conclusie zich opdringt dat de individualiteit van vingerafdrukken of gezichtsmarkeringen grof en simpel is vergeleken met dat van onze hersennetwerken.’”

Volgens Frances zal het nog vele generaties duren voor alle verborgen mechanismen van psychische stoornissen zijn ontraadseld. “Er zal geen Newton, Einstein of Darwin zijn die een grote, overkoepelende biologische theorie van normaliteit en psychische stoornis levert – hooguit geduldige wetenschappers die zich stuk voor stuk tientallen jaren wijden aan het verklaren van één piepklein stukje van een gigantische legpuzzel met een biljoen stukjes.” (dcb)

Bron: *Terug naar normaal*, Allen Frances