

Evidence-based psychiatrie: de balans van a priori en a posteriori

J. VAN OS

Tussen de klacht van de patiënt en het medisch handelen in de psychiatrie gaapt een kloof van niet-weten. Interacties tussen persoon en omgeving leiden tot reacties op emotioneel, cognitief en motivationeel vlak die, als ze interfereren met het functioneren, leiden tot klachten en hulpzoekgedrag. De psychiatrie heeft herkend dat reacties van personen niet geheel toevallig en onvergelijkbaar zijn, en heeft een los systeem van diagnostische ordening ontworpen dat een zekere bruikbaarheid blijkt te hebben in de klinische praktijk.

Tevens is gebleken dat omgevingsfactoren ook kunnen worden gebruikt om disfunctionele psychische reacties te remediëren. Patiënten vertonen subtiele psychische veranderingen als zij worden blootgesteld aan vormen van training of therapie of aan moleculen met een aangrijpingspunt in het centrale zenuwstelsel. Ondanks de aanzienlijke ruis van moderne meetmethoden kunnen wij deze veranderingen met een zekere betrouwbaarheid en reproduceerbaarheid kwantificeren. Dus: vooruitgang is geboekt – er is *evidence-based* psychiatrie. Desalniettemin blijft er veel onzekerheid bestaan over de oorsprong en de veranderlijkheid van zelfs de meest basale psychische (dis)functies bij gezonde en psychisch belemmerde mensen.

Tendensen In de geneeskunde en de statistiek zijn er twee belangrijke tendensen waarneembaar. Bestudering van een groep van mensen levert informatie over hun variabiliteit of over de mate waarin zij uniek zijn; dit laatste is de reden waarom zij gebaat kunnen zijn bij unieke, persoonsspecifieke oplossingen. Daar staat tegenover dat onderzoek bij deze personen de resultaten ook kan beschrijven op het niveau van hun gemiddelde, dat wil zeggen de mate waarin de variabele die de mensen beschrijft een centrale tendentie vertoont die verschilt van die van een andere groep. Hierdoor zou deze groep gemiddeld meer baat hebben bij een specifieke (*evidence-based*) behandeling dan een andere. Van alle medische specialismen heeft de psychiatrie wellicht de meeste moeite om de schijnbare tegenstelling tussen persoons- en groepsspecifieke benaderingen van het medisch handelen te overbruggen.

A priori? Historisch gezien heeft de persoonsspecifieke benadering zijn oorsprong in het denksysteem dat de rede, en niet het experiment, verantwoordelijk stelt voor de oorsprong van ideeën rond therapie. In zijn extreme vorm wordt *a priori* een antropologie ontworpen waarin zekere wetmatigheden worden verondersteld, die echter niet experimenteel benaderbaar zijn omdat ze geen afspiegeling vormen van waarneembare dingen in de buitenwereld. Wel worden feiten die de veronderstelde wetmatigheden ondersteunen, geïnterpreteerd, terwijl andere worden genegeerd.

Het grote voordeel van deze benadering is dat het niet-weten beperkt is, en dat iedereen die deze antropologie omarmt mensen kan behandelen vanuit een positie van fundamentele kennis over wat mensen drijft, ziek maakt en geneest. Voor iedere patiënt kunnen vanuit het brede kenniskader rond de fundamentele wetmatigheden de unieke oorzaken en hun unieke therapeutische oplossingen worden geformuleerd. In deze extreme vorm komt de persoonspecifieke benadering relatief weinig voor in Nederland, maar wat men misschien weinig beseft, is dat het in minder extreme vorm eerder de norm dan de uitzondering is in de geneeskunde. Immers, daar waar psychiaters worden geconfronteerd met niet-weten, en dat betreft een aanzienlijk deel - misschien zelfs het grootste deel - van hun handelen, worden zij gedwongen te improviseren vanuit een eigen antropologie. Al was het maar omdat 80% van de patiënten, versus 20% van de artsen, de verwachting heeft dat de arts zowel een diagnose als een werkzame behandeling heeft voor hun probleem.

Hoeveel psychiaters zouden antwoorden 'ik weet het niet', als de patiënt vraagt wat schizofrenie is, de ziekte waarvan hij of zij zojuist het 'label' heeft ontvangen. De uitleg kan zijn dat het een 'kwetsbaarheid' is, een 'hersenziekte', een 'beschrijving van een constellatie van symptomen', een 'respons op stress', 'iets dat reageert op antipsychotica', et cetera. Voor patiënten en familieleden betekenen deze beschrijvingen hele andere dingen en de richtlijnen geven hier wijselijk geen uitsluitel over.

Of *a posteriori*? Bij de groepsspecifieke benadering komen gevolgtrekkingen tot stand *a posteriori*, op basis van ervaring. De basis voor de groepsspecifieke benadering in de evidence-based geneeskunde is het experiment, methodologisch gezien empirisch van aard. De beperking van de groepsspecifieke benadering is dat alleen *a posteriori* uitspraken kunnen worden gedaan over wat methodologisch onderzoekbaar is. Hele kleine deelaspecten van de waarneembare werkelijkheid worden betrokken bij het experiment, op basis waarvan de puzzel van het grotere geheel niet opgelost kan worden, laat staan een complete antropologie kan ontstaan. Desondanks is de groepsspecifieke benadering bij uitstek geschikt om psychiaters te helpen bij de uitoefening van hun vak. Dit komt omdat het ethisch gezien niet acceptabel is om mensen te manipuleren, bijvoorbeeld door hen in een diagnostische groep te plaatsen, hen aan een therapie bloot te stellen of een uitspraak te doen over hun toekomstige gezondheid, zonder een idee te hebben of de mensen hiermee gemiddeld zijn geholpen dan wel dat hun schade wordt aangedaan. Met andere woorden: iemand die een therapie voorschrijft zonder de waarschijnlijkheid dat men iemand beter of slechter maakt te kunnen kwantificeren, heeft een ethisch

LITERATUUR

- Novack, L., Jotkowitz, A., Knyazer, B., e.a. (2006). Evidence-based medicine: assessment of knowledge of basic epidemiological and research methods among medical doctors. *Postgraduate Medical Journal*, 82, 817-822.
- Os, J. van (2000). Cochrane-speak: een introductie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 423-429.
- Os, J. van, Galdos, P., Lewis, G., e.a. (1994). Schisms in European psychiatry. In *Psychiatry in Europe: developments and directions*. (pp. 45-68). London: Gaskell.
- Os, J. van, Galdos, P., Lewis, G., e.a. (1993). Schizophrenia sans frontieres: concepts of schizophrenia among French and British psychiatrists. *BMJ*, 307, 489-492.

AUTEUR

J. VAN OS is hoogleraar Psychiatrische Epidemiologie aan de Universiteit Maastricht en het Academisch Ziekenhuis Maastricht.
Correspondentieadres: prof. dr. J. van Os, Universiteit Maastricht, South Limburg Mental Health Research and Teaching Network, Postbus 616 (DRT 10), 6220 MD Maastricht.
E-mail: j.vanos@sp.unimaas.nl.

TITLE IN ENGLISH Evidence-based psychiatry: achieving a balance between a priori and a posteriori

dilemma. De therapeut die de persoonspecifieke benadering toepast, zal beargumenteren dat hij of zij, in wetenschappelijke termen, bij elke persoon een nieuw 'n=1'-experiment uitvoert, op basis waarvan de juiste vorm van de behandeling kan worden toegepast. Hoewel dit aantrekkelijk lijkt, wordt het probleem van deze benadering snel zichtbaar indien cardiochirurg en oncoloog volgens dezelfde filosofie zouden gaan behandelen. Het feit dat de schade van psychische manipulaties minder zichtbaar is dan die van vergelijkbare somatische manipulaties, betekent niet dat andere ethische overwegingen zouden moeten gelden. Met andere woorden: mensen blootstellen aan interventies in de geneeskunde kan niet zonder een idee te hebben van centrale tendenties bij groepen met betrekking tot verandering ten goede en verandering ten slechte. De rol van de behandelaar is dan om te beslissen tot welke groep de patiënt in kwestie behoort, alvorens de behandeling toe te passen.

Paradox De paradox wordt duidelijk: het behandelen van unieke personen is alleen dan ethisch verantwoord indien men informatie heeft op het niet-persoonspecifieke niveau van de groep waartoe de persoon behoort. Evidence-based psychiatrie kan dan ook het beste worden beschreven als de vaardigheid om groepsbevindingen toe te passen op het niveau van de individuele patiënt, en de bewustwording dat er complementariteit is tussen de *a priori* persoonspecifieke en de *a posteriori* groepsspecifieke benadering. Daar waar de groepsspecifieke benadering geen informatie kan verschaffen, en dat is zeer frequent, zal de clinicus meer geneigd zijn gebruik te maken van de persoonspecifieke benadering, afhankelijk van de hoeveelheid niet-weten die men bewust verdragen kan en wil communiceren aan patiënten en familieleden.

Gebruikmaken van de persoonspecifieke benadering dient te gebeuren met inachtneming van geldende ethische normen. Dit laatste is een lastige materie, waar de beroepsgroep nog niet helemaal uit is. In de Franse kinderpsychiatrie bijvoorbeeld is behandeling van autisme op psychoanalytische basis de norm, en dit wordt niet als een ethisch probleem gezien – in Nederland zou dat waarschijnlijk wel het geval zijn. Dit is een wat extreem voorbeeld, maar er zijn gemakkelijk subtielere bronnen van diversiteit te beschrijven (Van Os e.a. 1993; 1994).

Om groepsbevindingen te kunnen toepassen op individuele patiënten zijn kwantitatieve vaardigheden nodig, al was het maar omdat de wetenschappelijke methode ook foute uitkomsten kan produceren (Van Os 2000). De ervaring (Novack e.a. 2006) leert dat het in de geneeskunde niet vanzelfsprekend is om een kwantitatieve tweede natuur te ontwikkelen. Vandaar het belang van dit thema-nummer.