

ANTWOORD aan Buis

In haar reactie presenteert collega Buis vijf aanbevelingen om de verhouding tussen de psychiatrie en de farmaceutische industrie te verbeteren. De reden daarvoor is me niet echt duidelijk. Zij verwijst immers zelf naar reeds bestaande regelgeving in Nederland 'over wat wel en niet mag in de relatie arts-farmaceutische industrie' en naar de criteria van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie voor accreditatie van nascholingsbijeenkomsten. Argumenten waarom die regels niet zouden voldoen, heb ik in haar bijdrage niet aangetroffen.

Laat ik in dit antwoord nog eens puntsgewijs aangeven waar het volgens mij om gaat:

1. In ons politieke systeem zijn de ontwikkeling en de verkoop van medicijnen en medische apparatuur in handen van het bedrijfsleven. Men kan dat betreuren of niet, maar het is een feit dat niet snel zal veranderen.
2. Voor het behandelen van patiënten zijn medicijnen en medische apparatuur onontbeerlijk. Men kan dat betreuren of niet, maar het is een feit dat niet snel zal veranderen – ook niet in de psychiatrie.
3. Om het aanbod van het bedrijfsleven en de behoefte in het kader van behandeling op elkaar af te stemmen, is de professionele inbreng van artsen onmisbaar.
4. Artsen zijn daarbij niet effectief als ze met offering van hun eigen professionaliteit aan de leiband van het bedrijfsleven lopen (bijvoorbeeld uit luiheid of hebzucht). Ze zijn evenmin effectief als ze zich van het bedrijfsleven isoleren (bijvoorbeeld door vertegenwoordigers ervan te weren of te schofferen).
5. Artsen kunnen juist wel effectief zijn, als ze in transparante dialoog met het bedrijfsleven onderzoeken, welke rol een bepaald middel of een bepaalde techniek kan spelen bij het bestrijden van relevante pathologische processen.
6. Psychiaters worden daarbij ernstig gehinderd

doordat effectiviteit onderzoeken, registratie en financiering van middelen en apparaten worden bepaald door DSM-IV-categorieën, die geen adequate weerspiegeling zijn van de psychopathologie.

7. Dat wantoestanden bestreden moeten worden staat buiten elke discussie. Politiek-ideologische aspecten spelen echter dikwijls een rol bij het vaststellen van wat onder een wantoestand moet worden verstaan.

De gewaardeerde bijdrage van collega Buis is mijns inziens een fraaie afspiegeling van de punten 4) en 7).

G.F. KOERSELMAN

Reactie op 'Ontwikkeling van psychopathologie'

Ontwikkeling van psychopathologie en ontwikkelingspsychopathologie

Mogelijk noopt de titel van deze reactie tot enkele malen herlezen. Misschien niet zo slecht, want wat ik in het redactioneel van De Haan (2006) miste was nu juist dit dubbelaspect.

Wat is er aan de hand? Zeer behartigenswaardig schrijft De Haan dat de preoccupatie met de huidige toestand economisch verantwoord mag lijken, maar dat men zich af moet vragen of ze dit ook is.

Ik werk in de gehandicaptensector (verstandelijk beperkte mensen en personen met autisme). Met enige regelmaat maakte en maak ik mee dat in het bijzonder de volwassenenpsychiatrie in haar diagnose en behandeling te weinig rekening houdt met het tweede deel van de titel van dit commentaar, de ontwikkelingspsychopathologie. Anders uitgedrukt: de stoornissen die worden aangegeven in het eerste hoofdstuk van de DSM, de stoornissen die meestal in de vroege kindertijd al aanwezig waren. Het gaat hierbij vooral om de beperkingen op verstandelijk gebied (in de DSM 'zwakzinnigheid' genoemd) en om de autis-

mespectrumstoornissen, ofwel de pervasieve ontwikkelingsstoornissen.

Hoewel de 'debiliteitspsychose' al vóór de Tweede Wereldoorlog een betrekkelijk gangbare diagnose was, lijkt de rol van de beperkte intelligentie bij het ontstaan van psychotische/psychotiforme verschijnselen regelmatig onderschat te worden. Een probleem hierbij zal zijn dat een normaal uiterlijk en postuur, gepaard gaande met een redelijke (spontane) verbaliteit, de deskundige op het verkeerde been kan zetten. Een individueel intelligentieonderzoek – dat nu te vaak nagelaten wordt – openbaart niet zelden een ongedacht laag niveau van functioneren. Een dergelijk laag niveau leidt regelmatig tot een vorm van decompensatie, in feite secundair aan het eigenlijke (ontwikkelings)probleem. De meest efficiënte therapie, zeker op termijn, is vermindering van de draaglast. Grofweg kan men zeggen dat mensen met een IQ beneden de 80 zich in de gevarenzone bevinden. Een zorgvuldig navragen van de schoolgeschiedenis geeft hier vaak – maar zeker niet altijd – de eerste aanwijzingen.

Wat de autismspectrumstoornissen betreft, mensen met deze ontwikkelingsstoornis komen in de volwassenenpsychiatrie regelmatig te boek te staan als (chronisch) schizofreen. Dit terwijl de gewone antipsychotica hier zelden effect sorteren of zelfs gecontra-indiceerd zijn. Ook depressies vallen regelmatig te diagnosticeren bij deze categorie personen. Dat is invoelbaar als we weten dat de jarenlang ervaren beperkingen op sociaal gebied op een gegeven moment te zwaar werden. Antidepressiva zijn dan alleen symptoombestrijding. Hier is in feite alleen een aangepaste woon- en werkomgeving effectief. Ook hier is een zorgvuldige anamnese, in het bijzonder betreffende de vroegkinderlijke ontwikkeling, van onvervangbaar belang.

Al met al moet bij beide categorieën personen het accent in veel gevallen meer liggen op levenslange *care* dan op *cure*. Het moge duidelijk zijn dat deze notitie als een aanvulling, en niet meer, gezien moet worden op het redactioneel van De Haan.

LITERATUUR

Haan, L. de. (2006). Ontwikkeling van de psychopathologie. Tijdschrift voor Psychiatrie, 48, 359-360.

D.W. KRAIJER, klinisch psycholoog