

Psychiatrie: tussen kennis en hype

N.J.A. VAN DER WEE



Als beroepsgroep hebben we meer dan ooit aandacht voor de identiteit en de positionering van de psychiater en de psychiatrie. In reactie op *'het stigma dat niet alleen op psychiatrische aandoeningen, maar ook op het medisch specialisme psychiatrie en de psychiater als medisch specialist rust'* stellen de profielschets en het beleidsplan van de NvVP 2014-2017 met nadruk dat *'psychiaters als medisch specialist, wetenschappelijk zijn opgeleid en zich in hun werk laten leiden door (de laatste) wetenschappelijke inzichten'*. Dit vraagt dat we ons ook bewust zijn van de bijzondere ontwikkeling en geschiedenis van de psychiatrische wetenschappelijke kennis en de gevolgen daarvan voor de (eigen) beeldvorming over ons specialisme.

Feiten en fictie

Edward Shorter beschreef in zijn *A history of psychiatry* hoe ons specialisme zich in de loop van de tijd heeft ontwikkeld op een manier die we bij geen enkel ander medisch specialisme terugvinden (Shorter 1997). Eigenlijk een verplicht onderwerp voor iedere psychiater en aios. Gelukkig bevat het *Leerboek psychiatrie* een uitstekend hoofdstuk van Van Tilburg en Sabbe over de ontwikkeling van de psychiatrische kennis en kunde door de eeuwen heen, in het bijzonder die in Nederland en België (Hengeveld e.a. 2016).

Onlangs gingen Shorter en zijn collega Paris in twee artikelen dieper in op de vraag wat de psychiatrie vanuit wetenschapshistorisch perspectief nu zo bijzonder maakt en vooral welke nadelige consequenties een aantal ontwikkelingen heeft gehad voor de opbouw van kennis in de psychiatrie in vergelijking tot die in andere specialismen (Paris 2013; Shorter 2013). Een belangrijk punt in hun beschouwingen is de omgang van de psychiatrie met *'fads and facts'*. Met *'fads'* worden bedoeld *'bad ideas with a short half life'*, in het Nederlands zouden we spreken van een hype. Medische hypes lijken vooral een vruchtbare voedingsbodem te vinden wanneer behulpzame medici te maken hebben met aandoeningen die met veel leed gepaard gaan, waarvan de pathofysiologie niet opgehelderd is en waarbij het (dus) moeilijk is te voorspellen welke behandeling bij wie effectief is.

Dit is zeker van toepassing op de psychiatrie, maar is ook geen unieke situatie. Ieder medisch specialisme kent zijn hypes, maar vooral de psychiatrie blijkt gevoelig voor het blijven voortbestaan van deze hypes in de vorm van slecht onderbouwde, maar breed geaccepteerde concepten. Wat de psychiatrie hiervoor kwetsbaar heeft gemaakt, zijn de vele wetenschapsdomeinen en benaderingen die binnen het vakgebied een rol spelen, het belang van de subjectieve waarneming en het gebrek aan objectieve maten en vooral de grote abrupte paradigmaverschuivingen die ze heeft doorgemaakt.

Paradigmaverschuivingen in de psychiatrie, zoals van de eerste biologische psychiatrie naar de psychoanalyse en vervolgens naar de psychofarmacologie, zijn steeds gepaard gegaan met het tamelijk abrupt verlaten van eerdere kennis en ervaring. Na iedere verschuiving begon de psychiatrie weer van vooraf aan met het opbouwen van kennis binnen het dan heersende paradigma, wat weer ruimte bood voor de introductie van een nieuwe reeks hypes die niet direct

werden of konden worden getoetst, en die vervolgens als breed gedragen concepten lang konden blijven bestaan. Diverse psychoanalytische concepten zoals de schizofrenogene moeder horen hiertoe, maar óók een monoaminetekort als biologische oorzaak van depressie, meer recent het toegenomen gebruik van atypische antipsychotica voor angst- en slaapklachten (al dan niet beïnvloed vanuit de farmaceutische industrie) en het bestaan van diverse varianten op cognitieve gedragstherapie die door hun bedenkers gepromoot worden als unieke nieuwe behandelingen.

Consensus en wetenschap

De psychiatrie lijkt twee manieren te kennen om van hypes en slechte concepten afstand te nemen. Het eerste mechanisme is dat van de consensusbijeenkomst, juist in ons vakgebied een veelgebruikt instrument. Hiermee zijn concepten zoals de hysterie afgeschaft, maar ook slechte concepten geïntroduceerd, waaronder volgens Shorter en Paris en vele anderen het DSM-systeem. Het tweede mechanisme is vanzelfsprekend de strikt wetenschappelijke methode waarbij we op basis van gegevens een hypothese kunnen verwerpen en vervolgens een aangepaste nieuwe hypothese kunnen formuleren. Een belangrijk probleem voor de psychiatrie is dat het lastig is om hypothesen te verwerpen omdat we immers nog niet goed weten hoe bepaalde hersenen-omgevingsinteracties tot psychiatrische klachten en stoornissen kunnen leiden. Daarnaast ontbreekt het ons in belangrijke mate nog aan gevalideerde objectieve maten. Veel werd en wordt in dit opzicht nog steeds verwacht van de neurowetenschappen die ons al wel meer inzicht hebben geboden in hersenen-omgevingsinteracties en kwetsbaarheden, maar van waaruit de bijdrage aan diagnostiek en behandeling nog beperkt is gebleven, mogelijk doordat we voor classificatie in de afgelopen decennia vooral op de DSM zijn teruggevallen (Kapur e.a. 2012).

Nieuwe kennis of nieuwe hypes?

Anno 2017 lijkt de psychiatrie weer volop in beweging. Als reactie op de beperkte effectiviteit van veel gangbare biologische behandelingen is er belangstelling voor veelbelovende nieuwe, maar ook voor oude efficiënte behandelopties gebaseerd op hersenstimulatie (zie het themanummer van het Tijdschrift, oktober 2017). Ook is er vanwege het uitblijven van vernieuwingen op het gebied van de psychofarmacologie nieuw onderzoek naar het werkingsmechanisme van middelen die decennia eerder al een effect lieten zien op relevante symptomen of symptoomclusters, maar bijvoorbeeld commercieel niet interessant waren en nu 'herontdekt' worden, zoals ketamine en diverse psychoactieve middelen. Er worden nieuwe pogingen ondernomen om de klinische en biologische aspecten van psychiatrische stoornissen in samenhang te karakteriseren, nu met de inzet van nieuwe digitale middelen en andere moderne technologieën en methoden (Insel 2017). Ook psychotherapeutische behandelingen lijken te kunnen profiteren van nieuwe technologische ontwikkelingen zoals virtual reality en biofeedback, en van nieuwe inzichten op neurocognitief gebied.

Bij zoveel ontwikkelingen is het gevaar voor het optreden van hypes en het blijven voortbestaan van slechte concepten weer groot. Dat vraagt om een kritische, maar ook open houding van klinici, onderzoekers en beleidsmakers. Hopelijk kunnen we zo als medisch specialisme door het herwaarderen en integreren van 'oude' kennis naast het gebruik van nieuwe benaderingen een inhaalslag maken die er uiteindelijk ook voor de praktijk toe doet.

LITERATUUR

- Hengeveld MW, van Balkom AJLM, van Heeringen C, Sabbe BGC. Leerboek psychiatrie (3de ed.). Utrecht: de Tijdstroom; 2016.
- Insel T. Digital phenotyping: technology for a new science of behavior. JAMA 2017; 318: 1215-6.
- Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? Molecular Psychiatry 2012; 17: 1174-9.
- Paris J. Why is psychiatry prone to fads? Can J Psychiatry 2013; 58: 560-5.
- Shorter E. A history of psychiatry. New York: Wiley; 1997.
- Shorter E. Psychiatry and fads: why is this field different from all other fields? Can J Psychiatry 2013; 58: 555-9.

AUTEUR

NIC VAN DER WEE, hoogleraar Psychiatrie, LUMC, Leiden.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. N.J.A. van der Wee, LUMC, afd. Psychiatrie, B1-P, Postbus 9600, 2300 RC Leiden.
E-mail: n.j.a.van_der_wee@lumc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH

Psychiatry: between fads and facts