

‘elle marche avec le progrès’

Psychiatrie: identiteitsvragen¹

J. VAN DER MEER, S. VAN 'T HOF

Psychiaters raakten in de jaren vijftig net als de eerder beschreven psychosomatici ontevreden over hun discipline. ‘Vele van onze hedendaagse psychiaters beschrijven, soms op dichtelijke wijze, vaak ook verhuuld in min of meer filosofische, duistere taal, de pathologische psychische verschijnselen, die zij bij hun patiënten waarnemen,’ schreef J. Booij, hoogleraar Psychiatrie aan de VU (Booij 1957). De psychiatrie was in transitie door de ontdekking van het eerste antipsychoticum in 1952, chloorpromazine (Largactil). Dit was als een enorme doorbraak ervaren en men zag hierna aanvankelijk het aantal opgenomen psychiatrische patiënten sterk dalen. Al snel werd echter de euforie getemperd en rezen vragen over wat de psychiatrie vermocht. Toch zag Booij grote mogelijkheden voor wat de farmacopsychiatrie werd genoemd.

Ook de sociale psychiatrie en de psychotherapie ontwikkelden zich en daar benadrukte men juist het verband tussen geestesziekten en sociale omstandigheden. Dit viel enigszins buiten het bereik van het Tijdschrift, dat vooral de ontwikkelingen volgde op psychofarmacologisch terrein. Desondanks kwam de afgelopen 50 jaar de ambivalente positie van de psychiatrie wel aan de orde. Was ze een medische of een menswetenschappelijke discipline? Wat was haar wetenschappelijke gehalte?

FARMACOPSYCHIATRIE

Chloorpromazine werd ontdekt tijdens proefnemingen met het antihistaminicum promethazine. Het bleek in hoge doseringen angsten, wanen en hallucinaties te dempen bij psychiatrische patiënten met uiteenlopende ziektebeelden.

De naam Largactil werd dan ook afgeleid van ‘large action’ (figuur 2.77). Ongeveer gelijktijdig bleek het middel reserpine, oorspronkelijk bedoeld als bloeddrukverlagend middel, effectief om de symptomen van schizofrenie te verlichten. Psychiaters sloegen enthousiast aan het experimenteren. In 1959 berichtten behandelaars uit de psychiatrische instelling Wolfheze over 5 jaar ervaring met chloorpromazine bij 223 schizofrene en psychotische patiënten. Bij 68% van de patiënten observeerde men ‘een aanzienlijke toeneming van de contactmogelijkheden en herkrijging van initiatief en geordende belangstelling en vermeerdering van de eigen activiteit, spontaniteit en tempo (...). Bepaalde patiënten die voordien langdurig (tot tien jaar) op andere wijze waren behandeld, konden nu de inrichting verlaten en een min of meer normaal leven leiden, hetgeen ons voorheen een volslagen onmogelijkheid toescheen’ (Van Paassen & Ronner 1959).

Voor depressieve patiënten werden ook farmaca ontwikkeld. Een psychiater uit de Vogelenzangkliniek in Bennebroek berichtte over veelbelovende resultaten met pipradol en azacyclonol, maar noemde ook ernstige bijwerkingen zoals hartproblemen (Esser 1957). Het Deltaziekenhuis te Rotterdam meldde later succes met imipramine, vooral bij ‘involutie-depressies’, en slechts lichte bijwerkingen (Mets 1960). De waarnemingen berustten echter op kleine groepen, ongeveer 20 patiënten.

In 1961 waren er al zo’n 70 verschillende psychofarmaca beschikbaar. Individuele psychiaters konden onmogelijk met al die middelen betrouwbare ervaringen opdoen. De berichtgeving over bijwerkingen had onrust onder artsen veroorzaakt. De redactie wijdde er een redactionele kant-

FIGUUR 2.77 Een gids voor de toepassingsmogelijkheden van het geneesmiddel Largactil in de psychiatrie (november 1954, Société Parisienne d'Expansion Chimique (SPECIA)/Rhône-Poulenc, Parijs)

Het chloro-3 (dimethylamino-3' propyl)-10-phenothiazine chloorhydraat dat vooreerst onder het nummer 4560 R.P. bestudeerd en vervolgens onder de specialiteitsnaam LARGACTIL bekend werd, is in de wetenschappelijke afdeling van de Laboratoria RHONE-POULENC-SPECIA gevonden geworden tijdens voortgezette onderzoekingen over de phenothiazinederivaten waarvan reeds verschillende als geneesmiddelen bekend zijn (Phénergan, Diparcol, Parsidol, Multergan).

Deze stof, wier farmacodynamische rijkdom geen equivalenten heeft in de huidige pharmacopea, bezit zeer verschillende werkingen. De belangrijkste invloed wordt uitgeoefend op het vegetatieve en het centrale zenuwstelsel, zodat deze stof dan ook met het kwalificatief "neuroplegicum" is bestempeld geworden. Zij gedraagt zich inderdaad terzelfder tijd als een sympathicolyticum, een parasympathicolyticum en een spasmolyticum, en zij bezit daarenboven ten opzichte van de zenuwcentra talrijke bijzondere eigenschappen, die een toepassing vinden in de kliniek. Buiten een hypnotische, sedatieve en anticonvulsieve werking, oefent deze stof invloed uit op de thermoregulatie en verlaagt zij het basaal meta-

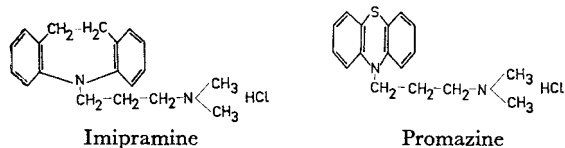
tekening aan: 'Het maakt de indruk alsof alle juichkreten over de ontdekking dezer nieuwe geneesmiddelen gaandeweg zijn verstomd en hebben plaats gemaakt voor een ernstige bezorgdheid' (Regensburg 1961). Daarom publiceerde het Tijdschrift in datzelfde nummer twee capita selecta. Eén over tranquillizers (geschreven als 'tranquillizers' (Regensburg 1961), de andere over de werkzaamheid van de verschillende groepen psychofarmaca die men op dat moment onderscheidde: neuroleptica (tegenwoordig antipsychotica), thymoleptica (antidepressiva), tranquillizers, psychotonica (ook wel stimulantia) en 'psychosomimetica' (hallucinogenen) zoals lsd (De Jong & Kreutzkamp 1961). Opvallend is dat bij de vroege artikelen vaak de chemische structuur van een middel werd afgebeeld, iets wat later verdween.

Het gaf een vernis van wetenschappelijkheid waar harde gegevens over behandelresultaten ontbraken: 'Wij willen concluderen, dat de waarde van de psychopharmaca voor de psychiatrie nog steeds niet vaststaat' (figuur 2.78).

Die reserve uitte ook Booi in een klinische les (1961). Zo was inmiddels vastgesteld dat de eerste, succesvolle resultaten met chloorpromazine en reserpine waren gemeld door slecht geoutilleerde en onderbemenste klinieken. Sociaalpsychiatrische maatregelen in andere klinieken zouden dezelfde verbetering van behandelresultaten hebben opgeleverd. Er waren vele schadelijke of vervelende bijverschijnselen duidelijk geworden. Drie jaar later ging Booi nog een stapje verder in 'De desillusie der psychopharmaca' (1964). De gemiddelde opnameduur van psychotische patiënten was door de antipsychotica niet bekort. Waar dat wel zo was, bemerkte men snellere terugval. In Duitsland had men daarvoor de term 'draaideurpsychiatrie' geïntroduceerd. Het aantal geregistreerde psychofarmaca bleef inmiddels groeien: alleen al chloorpromazine verscheen onder 28 verschillende merknamen. De middelen werden toegediend op basis van symptomen, bij gebrek aan consensus over de ziekteleer. Was dat onaanvaardbaar in de rest van de medische wetenschap, schreef Booi, 'in de psychiatrie is het echter mogelijk, voor deze wonderlijke vorm van therapie met succes propaganda te maken!'

Gedurende de jaren zestig is geen enkele auteur te betrappen op onbezonnen enthousiasme over de zegeningen van de medicijnen. Voorzichtigheid blijft geboden, zo is de strekking van artikelen en van de antwoorden op vragen over psychofarmaca (bijvoorbeeld over psychofarmaca-

FIGUUR 2.78 De structuurformules van imipramine en promazine (Mets 1960)



gebruik tijdens de zwangerschap) (Anonymus 1961). Het Tijdschrift stelde zich ten doel de ontwikkelingen over te brengen aan de praktiserende arts. Zo gaf het een overzicht van de bestaande middelen, in de vorm van een uitgebreide tabel met de generische namen en merknamen, chemische samenstelling, werking en bijwerkingen, gemiddelde dosering en receptuureenheden (Anonymus 1967).

Booij vroeg in 1968 aandacht voor een oude wijsheid: de invloed van de dokter op het therapeutisch proces. Dat gold volgens hem niet alleen in de psychotherapie, maar ook in de psychofarmacologie. Het beste psychofarmakon, zo citeerde hij anderen, was de dokter zelf (Booij 1968). In datzelfde jaar klonk evenwel voor het eerst weer enthousiasme, toen H.M. van Praag schreef over de opbrengst van 15 jaar nieuwe psychofarmaca (1968a). Van Praag was een der eerste psychiaters die klinisch onderzoek naar psychofarmaca verrichtten, al vanaf eind jaren vijftig. Hij zou in 1971 Nederlands eerste hoogleraar Biologische Psychiatrie worden, in Groningen. Van Praag meende dat er grote vooruitgang was geboekt, al erkende hij dat men bij sommige aandoeningen, zoals dwangsyndromen, farmacotherapeutisch machteloos stond. De wildgroei aan farmaca weet hij aan gebrek aan onderzoek om de slechter werkzame uit het arsenaal te verwijderen: 'Het klinische onderzoek van de psychopharmaca blijft bij hun aanwas ver ten achter.'

Van Praag leverde in de jaren zeventig verschillende bijdragen over psychofarmaca, vaak met richtlijnen voor de behandeling van bepaalde psychiatrische aandoeningen (1972; 1973a en b; 1977). Toch toonde hij zich in vele van die artikelen uitdrukkelijk een aanhanger van het driedelige biopsychosociale model. In 'De plaats van de biologische psychiatrie binnen de psychiatrische wetenschappen' legde hij uit wat biologische psychiatrie volgens hem betekende: dat 'het complex van etiologische factoren zijn storende invloed op gedrag en beleven niet rechtstreeks kan doen gelden, doch uitsluitend via functieveranderingen in het centrale zenuwstelsel' (Van Praag 1970). Het

ging bij psychiatrische behandeling dan ook niet om een keuze tussen psychofarmaca of psychotherapie, stelde Van Praag, want alle ziekmakende factoren moesten worden aangepakt: 'Zelfs in een farmacotherapeutisch Eutopia zal psychotherapie derhalve niet kunnen worden gemist.'

Hij had de tijdgeest tegen. Onder de bevolking heerste inmiddels grote weerzin tegen pillen en de biologische psychiatrie. In een binnenlands bericht meldde het Tijdschrift in 1975 over een enquête onder psychiaters. [Gepubliceerd in het Tijdschrift voor Psychiatrie, Red.] Een conclusie luidde: 'Vooral tegen uitsluitend medicamenteuze behandelingsvormen rijst verzet, soms in de vorm van een nadrukkelijke vraag om gesprekstherapie, soms door het abrupt weggooiën van medicijnen. Voorlichting over het werkelijke nut van psychopharmaca vinden vele respondenten nodig; een tv-uitzending heeft onlangs ontredderende gevolgen gehad doordat vele patiënten er aanleiding in vonden hun medicijnen af te wijzen en alleen ten koste van veel moeite en aanzienlijk overwerk weer in evenwicht konden worden gebracht. Het publiek is zich ook meer bewust geworden van de medicamenteuze bijwerkingen en de psychiater krijgt op dit gebied meer vragen te beantwoorden' (Anonymus 1975; Geradts 1975).

Sinds begin jaren zeventig domineerde het sociale model in de psychiatrie. In zijn radicaalste variant, de antipsychiatrie of kritische psychiatrie, was niet de patiënt ziek, maar de maatschappij. De psychotische patiënt was een 'ziener' die sociale misstanden aan de kaak stelde, de psychose een soort ontdekkingsreis en medicijnen daartegen een vorm van onderdrukking. Een boek dat dit uitdroeg, *Wie is van hout ...* van psychiater J. Foudraïne uit 1971, werd een bestseller. Van Praag (1970) verzette zich sterk tegen de antipsychiatrische uitgangspunten: 'Iedere neiging tot monopolisering van de psychiatrie, iedere neiging die haar driedelige structuur aantast acht ik gevaarlijk; des te meer als deze het risico meebrengt dat de psychiatrie wordt afgesneden van de rest van de geneeskunde.' Van Praag (1979) besprak dit nogmaals in 'Pillen en praten: een schijntegenstelling

in de psychiatrie'. Omdat hij als een van de weinigen publiekelijk de discussie aanging met aanhangers van de kritische stroming, werd hij voor hen de verpersoonlijking van de inhumane, onderdrukkende psychiatrie.

Overigens was er nog een geruchtmakend psychiater die een psychofarmakon in psychotherapie toepaste, maar die heel anders werd gewaardeerd: de Leidse hoogleraar J.J. Bastiaans. Hij gebruikte sinds 1961 het hallucinogene lyserginezuurdi-ethylamide (Lsd) om bij getraumatiseerde oorlogsgetroffenen zoals concentratiekampslachtoffers verdrongen ervaringen en emoties te ontsluiten. Bastiaans werd op handen gedragen door patiënten en ondervond geen weerstand van de tegenbeweging. Wellicht kwam dit doordat hij zich geen biologisch psychiater noemde – hij kwam voort uit de psychosomatische school van J.J. Groen – en misschien ook doordat Lsd niet als symptoomonderdrukkend, maar geestesverruimend gold. Er is een beroemd geworden tv-documentaire aan zijn behandeling gewijd: 'Begrijpt u nu waarom ik huil?' Van vakgenoten kreeg Bastiaans wel kritiek. Psychiaters hadden aanvankelijk geïnteresseerd gekeken naar experimenten met hallucinogenen, die de sleutel leken te vormen om de oorzaken van psychosen en schizofrenie te

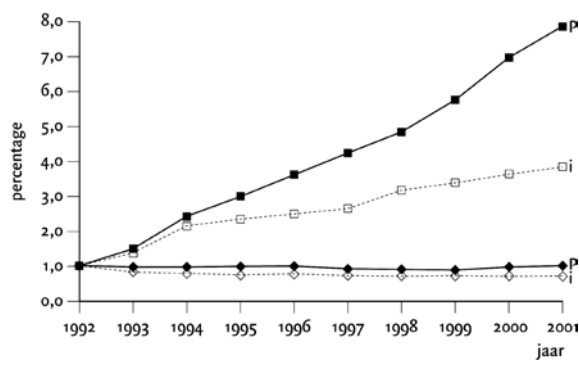
begrijpen (Booij 1957; Bröcker 1966). Echter, de potentiële gevolgen van Lsd-gebruik, zoals langdurige psychosen en depressies, vonden velen te ernstig (Booij 1968; Bröcker 1968; Panhuysen 1970; Tas 1968; Timmers 1970). Van Praag (1968b) nam het op voor de hallucinogenen, maar niet voor Bastiaans. 'Omtrent hun waarde voor de psychotherapie zijn wij nog onvoldoende geïnformeerd.' Het Tijdschrift publiceerde ondanks alle kritiek nog in 1974 een hoofdartikel van de hand van Bastiaans (1974): 'Het KZ-syndroom en de menselijke vrijheid'.

Terugkerend naar de antipsychiatrie: die leverde in de klinieken inmiddels weinig resultaat op. De eerste cliëntenorganisaties 'nieuwe stijl' die halverwege de jaren tachtig werden opgericht, lotgenotengroepen voor bijvoorbeeld depressieve patiënten of familieleden van schizofrene mensen, stonden aan de wieg van een terugkeer naar het medisch model en de biologische psychiatrie. Zij meenden dat zij of hun familieleden wel degelijk aan een ziekte leden die behandeld moest worden, eventueel met psychofarmaca, ondanks de bijwerkingen.

Over die vaak niet geringe bijwerkingen is veel in het Tijdschrift te vinden: 'Epileptische insulten tijdens behandeling met tricyclische antidepressiva' (Van Beusekom 1968), 'Vetzucht bij gebruikers van antipsychotica' (Anonymus 1980) of 'Antipsychotica als oorzaak van diepe hypothermie' (Van Marum e.a. 2003). Naast de psychiaters werden de huisartsen belangrijke voorschrijvers, met name van antidepressiva (De Waal e.a. 1996). Deze werden mettertijd vaker en aan meer groepen voorgeschreven, bijvoorbeeld aan kinderen. Het droeg aan deze ontwikkelingen bij dat begin jaren tachtig een moderne generatie antidepressiva werd geïntroduceerd, de selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's). Tussen 1991 en 2001 steeg zowel de prevalentie als de incidentie van het gebruik van SSRI's (Meijer e.a. 2005); (figuur 2.79).

Daartegen rees verzet van psychiaters zelf. Sinds eind jaren tachtig was bekend dat tricyclische antidepressiva en sommige SSRI's bij jeugd-

FIGUUR 2.79 Het aantal gebruikers per 1000 personen (prevalentie; p) en het aantal nieuwe gebruikers (incidentie; i) van selectieve serotonineheropnameremmers (—■—) en tricyclische antidepressiva (—◆—) in 1992-2001; de cijfers van 1992 dienen als referentiewaarde (Meijer e.a. 2005)



gen niet beter werken dan placebo (Minderaa e.a. 1989). Toch stonden de registratieautoriteiten gebruik door kinderen toe. In 2005 bleek uit buitenlandse publicaties dat een farmaceutisch bedrijf jarenlang onderzoeksgegevens had verdoezeld over de mogelijk ernstige gevolgen voor kinderen, zoals het toenemend risico op suïcidaal gedrag. De Leidse hoogleraar Kinder- en Jeugdpsychiatrie Ph. D.A. Treffers ontketende een media-offensief door hierover enkele artikelen in vakbladen te publiceren. In het Tijdschrift schreef hij met mw. M.A.W. Rinne-Albers een publicatie getiteld 'Geen plaats voor selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) bij depressieve kinderen en adolescenten' (Treffers & Rinne-Albers 2005). Dit was de enig mogelijke conclusie wanneer de gegevens uit ongepubliceerd onderzoek bij de bekende gegevens werden gevoegd. Voor angststoornissen en obsessief-compulsieve stoornissen bestond er geen contra-indicatie, benadrukten de auteurs. Toch meenden zij dat ook bij deze aandoeningen eerst niet-medicinale behandelingen moesten worden geprobeerd. De auteurs zetten ook de farmaceutische industrie in de beklagdenbank (Van der Meer & Van 't Hof 2007, p. 184 e.v.).

De biologische belofte is nooit helemaal ingelost. De titel van een recente meta-analyse van ruim 1000 gerandomiseerde klinische trials naar de werkzaamheid van antidepressiva spreekt boekdelen: 'Gebrek aan bewijs bij de behandeling van belangrijke vormen van depressie' (Nolen 2005).

Het Tijdschrift volgde ten opzichte van psychofarmaca niet de waan van de dag. Gedurende de jaren zestig toonde het zich voorzichtig en kritisch. In de hoogtijdagen van de antipsychiatrie, grofweg jaren zeventig, bleef het oog houden voor zowel de gunstige als ongunstige kanten van psychofarmaca. En toen de samenleving psychofarmaca weer klakkeloos leek te accepteren, bood het Tijdschrift een forum voor kritiek. Deze houding gold overigens de farmacotherapie in het algemeen (Van der Meer & Van 't Hof 2007, p. 184 e.v.).

IDENTITEITSVRAGEN

Zoals gezegd, werd in de jaren zeventig het sociale model dominant in de psychiatrie. De psychiatrie kwam onder vuur te liggen in eigen kring, en in de geestelijke gezondheidszorg als geheel werden autoriteit, kennis en kunde van de psychiater aangevochten door psychologen en maatschappelijk werkers die zich tot psychotherapeuten omschoolden. Artsen uit andere vakgebieden betwijfelden inmiddels of de psychiatrie wel een medische discipline was. Ten laatste keerde de maatschappij als geheel zich tegen de psychiatrie vanwege voortdurende berichten over wanpraktijken in psychiatrische ziekenhuizen. In het Tijdschrift is iets zichtbaar van de identiteitsvragen die zich als gevolg hiervan opdrongen. Wat was eigenlijk de unieke kennis of kunde van psychiaters? Droegen zij iets bij aan de kennis over en behandeling van patiënten?

In 'Om het behoud van een wetenschappelijke psychiatrie' beschreef de Gentse hoogleraar E. Verbeek (1977) de verwarring. De jonge generatie psychiaters toonde minachting voor bestaande kennis, wees het medisch model af, erkende geen ziektebeelden, voerde politieke in plaats van medische discussies, verzette zich tegen autoriteit, en nog zo wat. Verbeek bracht de socioloog Weber in stelling, die meende dat elke discipline haar eigen grondslagen en methoden heeft. De psychiatrie kan die dus niet straffeloos uit bijvoorbeeld de sociologie overnemen. Metaforisch gesteld: 'Een landschap betekent iets geheel anders voor een geoloog of een bioloog (...). Hun wijzen van benadering van dat landschap zijn onderling essentieel anders.' Dat levert nu juist kennis op die elkaar kan aanvullen, aldus Verbeek, maar dan moet de wetenschappelijke houding niet worden beïnvloed door politieke, sociale of religieuze elementen. De psychiater is geen wereldhervormer: 'Psychiatrie blijft tenslotte een geneeskunde van individuen en niet van gemeenschappen.'

Voor Van Praag was de plaats van de psychiatrie binnen de geneeskunde vanzelfsprekend, ook al bepleitte hij samenwerking met specialisten uit

de psychologie en de biologie. 'Gesteld wordt: niét dat gedragsstoornissen hersenziekten zijn; wél dat ziekmakende factoren het gedrag niet rechtstreeks beïnvloeden, doch door middel van wijzigingen in de functie van het centrale zenuwstelsel. De hersenen vervullen, in deze zienswijze, de functie van intermediair' (Van Praag 1970). Dat was in zijn opvatting dan ook het gebied waarop de psychiater specifieke kennis en kunde bezat.

Rooijmans bewandelde enkele jaren later een andere weg. Bij somatische zieken komen veel psychiatrische stoornissen voor en omgekeerd ook. In 'Psychiatrie als medisch specialisme' (deel I en II) zag Rooijmans (1979a en b) overeenkomsten tussen de psychiatrie en de overige geneeskunde bij algemene diagnostische en therapeutische problemen. De grens tussen ziek en gezond is in de psychiatrie moeilijk te trekken; er is geen afkapwaarde. Er bestaat de neiging tot 'verpsychiatrisering' van problemen. Bij het eerste contact met een psychiater worden weinig mensen direct of volledig gezond verklaard, maar bij veel somatische aandoeningen wordt (arbitrair) een afkapwaarde afgesproken. De psychiatrie moet van de andere medische disciplines leren zich meer op duidelijke definities en diagnostische criteria te baseren. Omgekeerd kan de somatische geneeskunde van de psychiatrie leren dat verschijnselen in het licht van iemands levensverhaal moeten worden geplaatst en dat een goede arts-patiëntrelatie van belang is voor het therapeutisch proces. '(...) [het] uit elkaar drijven van de psychiatrie en de rest van de geneeskunde is uitermate nadelig voor de psychiatrie, en nadelig voor de overige medische vakken.'

Hij zou er in 1983 nogmaals over schrijven (Rooijmans 1983a en b). Daarmee was hierover weliswaar het laatste woord gesproken in het Tijdschrift, maar de identiteit van de psychiater zou de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie nog jarenlang blijven bezighouden.

WETENSCHAPPELIJKHEID

Bij de vraag of de psychiatrie een medische

discipline was, speelde ook een rol dat men haar wetenschappelijke gehalte laag achtte. Inderdaad liet de psychiatrie het empirisch onderzoek lang links liggen. Nieuwe systemen, waarvan de 'Diagnostic and statistical manual of mental disorders' (DSM) na 1980 het breedst aanvaard werd, legden de basis voor standaardisering van classificatie en diagnose. Dat bood de mogelijkheid van vergelijkbare patiëntengroepen en van onderzoeksgegevens. Toch vroeg Rooijmans zich in 1992 nog af waarom de psychiatrie als geheel zo achterliep op de rest van de geneeskunde in wetenschappelijk onderzoek en kwaliteitsbevorderend handelen: '(...) niet alleen met consensusbesprekingen en invoering van behandelprotocollen, maar ook met het gebruik in de dagelijkse klinische praktijk van (wel beschikbare) klinimetrische instrumenten (beoordelingsschalen, vragenlijsten)?' (Rooijmans 1992).

Men had geen idee over de prevalentie van psychiatrische aandoeningen. Er bestonden geen deugdelijke epidemiologische gegevens en menigeen vond die ook irrelevant voor de behandelpraktijk. Er was één psychiater die het belang ervan vroeg inzag en de daad bij het woord voegde: R. Giel, die later hoogleraar Sociale Psychiatrie in Groningen zou worden. In 1971 rapporteerde hij in het Tijdschrift over het eerste psychiatrisch-epidemiologische onderzoek in Nederland, door hem uitgevoerd in het dorp Stolwijk (Giel & Le Nobel 1971). Van de bevolking boven de 15 jaar zou 13% aan een of andere psychische stoornis lijden.

De publicatie verduidelijkt de huidige lezer vooral hoe ingewikkeld een epidemiologisch onderzoek was in deze methodologische en statistische middeleeuwen (figuur 2.80). Dat verheelden de auteurs ook niet. Er was heel wat gerekend met een behoorlijk aantal variabelen, maar verfijnder methoden dan de Chi-kwadraattoets waren niet voorhanden. Het is nauwelijks meer voorstelbaar hoe alle berekeningen in dit precomputertijdperk zijn uitgevoerd. Ook valt het ontbreken van duidelijke diagnostische criteria op. Twee psychiaters ondervroegen mensen met een vragenlijst op demografische kenmerken, ziektesymptomen en

FIGUUR 2.80 De significante verbanden (χ^2 -toets) tussen de verschillende variabelen

	GESLACHT		LEEF TIJD	HUWELIJKE STAAT	BEROEP	SCHOLING	HUISHOUDEN	SPANNING IN WERK	ORGANISCHE AANDOENING	DOKTERSBEZOEK	SYMPTOOMSCORE	FUNCTIESCORE	PSYCHISCHE STOORNIS
	0	1											
LEEF TIJD	0	1											
HUWELIJKE STAAT	0	1											
BEROEP	1												
SCHOLING	0	1	1	1									
HUISHOUDEN	1	1				1							
SPANNING IN WERK	0	0	0	1	0	0							
ORGANISCHE AANDOENING	0	1	0	1	1	0	0						
DOKTERSBEZOEK	0	1	1	0	1	1	1	1					
SYMPTOOMSCORE	0	0	1	0	0	0	1	0	1				
FUNCTIESCORE	0	0	1	0	1	0	1	1	1				
PSYCHISCHE STOORNIS	0	0	0	0	0	0	1	0	1				

Leeg = geen correlatie berekend;

0 = geen significante correlatie;

1 = significante correlatie (met een toevalskans kleiner dan 1 op 20) (Giel & Le Nobel 1971).

‘gewoonten en gedragsvormen met psychopathologische betekenis (...): tics, stotteren, nagelbijten, bedwateren, dromen, drankmisbruik, prikkelbaarheid, moeite met het vertellen van de waarheid (...), en aanpassing in werk, in gezin, in sociaal en in seksueel opzicht.

De bevindingen werden vergeleken met die van onderzoek dat Giel had uitgevoerd in een stad en een dorpje in Ethiopië, waar hij tropenarts was geweest. Hierover had hij eerder verslag gedaan (Giel & Van Luijk 1968). Hij vond weinig significante verschillen; psychische problemen leken universeel. Giel was niet alleen de grondlegger van de psychiatrische epidemiologie, maar ook van de transculturele psychiatrie in Nederland.

Midden jaren negentig werd het eerste representatieve psychiatrisch-epidemiologische onderzoek onder de Nederlandse bevolking uitgevoerd, de ‘Netherlands mental health survey and incidence study’ (NEMESIS). Dit werd niet door psychiaters verricht, maar door het Trimbos-instituut. Het Tijdschrift publiceerde de eerste rapportages (Bijl e.a. 1997a en b). Enkele opmerkelijke resultaten: van de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar had 41% ooit in het leven tenminste één psychische stoornis doorgemaakt; in de laatste 12

FIGUUR 2.81 Cijfers uit NEMESIS-onderzoek (Bijl e.a. 1997)

TABEL 2. Psychiatrische comorbiditeit in een steekproef van 7076 volwassenen (18-64 jaar) in Nederland, 1996, onderverdeeld naar prevalentie ooit in het leven (tot het moment van het interview) en in de voorgaande 12 maanden (12 m)*

	prevalentiepercentage					
	mannen		vrouwen		totaal	
	ooit	12 m	ooit	12 m	ooit	12 m
tenminste 1 DSM-III-R-diagnose	42,5	23,2	39,9	23,3	41,2	23,3
1 diagnose	27,4	17,3	18,3	13,3	22,9	15,3
2 diagnosen	8,2	3,4	10,4	5,5	9,3	4,4
3 diagnosen	3,6	1,2	5,3	2,6	4,5	1,9
4 diagnosen	3,3	1,5	6,1	2,2	4,7	1,9

DSM-III-R = *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3e herziene druk.¹

*In de steekproef waren 46,7% mannen en 53,3% vrouwen.⁵

maanden was dat ruim 23% (figuur 2.81).

Onderzoek van kinderen en jongeren vergt een andere opzet en andere diagnostiek dan van volwassenen. Daar hield F.C. Verhulst, hoogleraar Kinderpsychiatrie te Rotterdam, zich mee bezig. Hij publiceerde 3 keer over een prospectief observationeel follow-uponderzoek bij een grote groep Zuid-Hollandse kinderen (Verhulst 1986; 1988; Ferdinand & Verhulst 1996). De eerste studie, uitgevoerd in 1983, betrof kinderen van 4-16 jaar. De prevalentie van matige of ernstige stoornissen gezamenlijk was 26%; 7% was ernstig gestoord en van hen kreeg slechts 2% hulp. Er was geen sekseverschil in aantallen problemen, wel in soort: jongens toonden vaker ongewenst gedrag en leerproblemen, meisjes vaker geïnternaliseerde problemen zoals angst en verlegenheid.

Twee jaar later had ruim de helft van de kinderen nog steeds aanzienlijke problemen, was 5% duidelijk verbeterd en omgekeerd was 2% van de goed functionerende kinderen in de groep met stoornissen terechtgekomen. De groep die in het eerste onderzoek 13 tot 16 jaar was, werd 8 jaar later als jongvolwassenen opnieuw onderzocht. Bijna 40% was sterk verbeterd, maar ruim een kwart had nog aanzienlijke problemen. Bepaalde puberteitsproblemen, zoals een hoge score op de schaal ‘angstig/depressief’, bleken psychische problemen in de jongvolwassenheid te voorspellen. In elk geval, concludeerden de auteurs, dienden ‘problemen

FIGUUR 2.82 (Ferdinand & Verhulst 1996)

TABEL 1. Verband tussen emotionele problemen en gedragsproblemen bij 459 21-24-jarigen en problemen 8 jaar eerder

afwijkende score		odds ratio (95%-BI)
1991 [†]	1983 [‡]	
teruggetrokken somatische klachten	teruggetrokken somatische klachten	3.3 (1.8-6.1)
	sociale problemen	2.3 (1.2-4.3)
	somatische klachten	2.1 (1.0-4.4)
angstig/depressief	angstig/depressief	2.7 (1.4-5.2)
	delinquent gedrag	3.0 (1.5-6.2)
sociale problemen	delinquent gedrag	2.6 (1.3-5.2)
denkproblemen	agressief gedrag	3.0 (1.5-5.8)
aandachtproblemen	angstig/depressief	2.2 (1.0-4.5)
delinquent gedrag	vrouwelijk geslacht	0.5 (0.3-1.0)
agressief gedrag	agressief gedrag	3.0 (1.5-6.1)

95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval; df = aantal vrijheidsgraden.

tijdens de puberteit niet (...) te lichtzinnig te worden afgedaan met de opmerking: "het is de puberteit" (figuur 2.82).

Het maakte overigens wel uit of louter symptomen werden geïnventariseerd volgens de DSM-classificatie of dat ook de mate van belemmering in het dagelijks functioneren werd meegewogen. In het eerste geval zou 35% van de adolescenten een of meer psychiatrische stoornissen hebben, in het laatste 4,8%: nog altijd ruimte voor interpretatie dus. Ook is er nog altijd onduidelijkheid over de oorzaken van psychische stoornissen en is er nog weinig cure, zij het wel iets betere care. Toch zien wij een aanzienlijke stap vooruit in kennis ten opzichte van de dichtelijke beschrijvingen waarover Booij zich in 1957 beklagde.

1 Dit artikel is eerder gepubliceerd als hoofdstuk in: J. van der Meer & S. van 't Hof (2007). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. De derde 50 jaar. NTVG 1957-2006. De literatuurlijst is aangepast aan de stijl van het *Tijdschrift voor Psychiatrie*.

LITERATUUR

- Anonymus (1961). Psychopharmaca en zwangerschap (Vraag en antwoord). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 105, 178.
- Anonymus (1967). XXIV. Psychopharmaca. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 111, 549-555.
- Anonymus (1975). Enquête onder psychiaters over de publiciteit rond hun vak. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 119, 417-418.
- Anonymus (1980). Vetzucht bij gebruikers van antipsychotica (Vraag en antwoord). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 124, 519-520.
- Bastiaans, J. (1974). Het KZ-syndroom en de menselijke vrijheid. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 118, 1173-1178.

derlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 118, 1173-1178.

- Beusekom, J.A.H. van (1968). Epileptische insulten tijdens behandeling met tricyclische anti-depressiva. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 112, 2153.
- Booij, J. (1957). Farmaco-psychiatrie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 101, 1869-1872.
- Booij, J. (1968). Farmacotherapie en psychotherapie. LSD als adjuvans bij de psychotherapie? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 112, 2-7.
- Booij, J. (1968). Vraagstukken rondom de psychotherapie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 112, 1621-1624.
- Booij, J. (1961). Zon en schaduw der psychopharmaca: 'sudden falls' bij de behandeling met imipramine. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 105, 158-161.
- Booij, J. (1964). De desillusie der psychopharmaca. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 108, 1629-1636.
- Bröcker, F.J. (1966). De LSD-controverse. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 110, 999-1004.
- Bröcker, F.J. (1968). Farmacotherapie en psychotherapie (Ingezonden). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 112, 420-421.
- Bijl, R.V., van Zessen, G., Ravelli, A., e.a. (1997a). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. I. Doelstellingen, opzet en methoden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 2448-2452.
- Bijl, R.V., van Zessen, G., Ravelli, A. (1997b). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 2453-2460.
- Esser, P.H. (1957). Meratran en Frenquel bij de behandeling van psychisch gestoorde. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 101, 295-298.
- Ferdinand, R.F., & Verhulst, F.C. (1996). Verband tussen emotionele en gedragsproblemen bij 13-16-jarigen en problemen 8 jaar later. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140, 1272-1276.
- Geradts, W.F. (1975). Psychiaters positief jegens publiciteit. Patiënt zelfbewuster en banger voor medicijnen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 17, 128-130.
- Giel, R., & le Nobel, C.P.J. (1971). Psychische stoornissen in een Nederlands dorp. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 115, 949-954.
- Giel, R., & van Luijk, J.N. (1968). Psychiatrie in Ethiopië. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 112, 1164-1168.
- Jong, J.G.Y. de, & Kreutzkamp, H.J. (1961). Psychopharmaca. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 105, 2224-2249.
- Marum, R.J. van, Jansen, S., & Ponssen, H.H. (2003). Antipsychotica

- als oorzaak van diepe hypothermie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 147, 1201-1204.
- Meer, J. van der & van 't Hof, S. (2007). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. De derde 50 jaar. NTVG 1957-2006*. Amsterdam: Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Mets, J. (1960). Ervaringen bij de klinische behandeling van depressieve patiënten met imipramine (Tofranil). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 104, 815-819.
- Meijer, W.E.E., Heerdink, E.R., Leufkens, H.G.M., e.a. (2005). Langdurig gebruik van antidepressiva in Nederland in 1991-2001: prevalentie, incidentie en risico-indicatoren. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149, 708-711.
- Minderaa, R.B., Intveld, A.N., & Vink, H.J.F. (1989). Gebruik van psychofarmaca bij kinderen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 133, 252-256.
- Nolen, W.A. (2005). Gebrek aan bewijs bij de behandeling van belangrijke vormen van depressie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149, 1498-1501.
- Paassen, B. van, & Ronner, H.J. (1959). Langdurige behandeling van geestesziekten met hoge doses fenothiazine. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 103, 2201-2203.
- Panhuysen, L.H.H.M. (1970). De ongewenste werkingen na het innemen van LSD. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 114, 723-727.
- Praag, H.M. van (1972). De medicamenteuze behandeling van de acute, psychotische opwindingsstoestand. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 116, 72-77.
- Praag, H.M. van (1970). De plaats van de biologische psychiatrie binnen de psychiatrische wetenschappen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 114, 834-838.
- Praag, H.M. van (1968a). De therapeutische betekenis van de psychopharmaca. Activa en desiderata. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 112, 1858-1862.
- Praag, H.M. van (1968b). Hallucinogenen, het paard van Troje? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 112, 1985-1989.
- Praag, H.M. van (1973a). Het gebruik van lithiumzouten in de psychiatrie. Indicaties en praktische richtlijnen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 117, 1694-1701.
- Praag, H.M. van (1973b). Naar een rationelere farmacotherapie van depressies. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 117, 345-346.
- Praag, H.M. van (1977). Psychopharmaca bij bejaarden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 121, 533-540.
- Praag, H.M. van. (1979). Pillen en praten; een schijn- tegenstelling in de psychiatrie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 123, 1557-1562.
- Regensburg, A.C. (1961). Tranquilizers. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 105, 2217-2224.
- Rooijmans, H.G.M. (1992). Biologische psychiatrie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 136, 1635-1636.
- Rooijmans, H.G.M. (1983a). De verwevenheid van somatische en psychische ziekten. I. Somatische ziektebeelden bij psychiatrische patiënten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 127, 2323-2327.
- Rooijmans, H.G.M. (1983b). De verwevenheid van somatische en psychische ziekten. II. Psychiatrische stoornissen bij lichamelijke zieke patiënten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 127, 2327-2331.
- Rooijmans, H.G.M. (1979a). Psychiatrie als medisch specialisme. I. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 123, 380-383.
- Rooijmans, H.G.M. (1979b). Psychiatrie als medisch specialisme. II. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 123, 411-416.
- Tas, J. (1968). Psychotherapie en pharmaca (Ingezonden). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 112, 325-326.
- Timmers, S. (1970). Vraagtekens bij de film 'Begrijpt u nu waarom ik huil' (Ingezonden). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 114, 73.
- Treffers, Ph.D.A., & Rinne-Albers, M.A.W. (2005). Geen plaats voor selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) bij depressieve kinderen en adolescenten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149, 1314-1317.
- Verbeek, E. (1977). Om het behoud van een wetenschappelijke psychiatrie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 121, 1357-1366.
- Verhulst, F.C. (1986). Psychische gezondheid bij Nederlandse kinderen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 130, 2036-2040.
- Verhulst, F.C. (1988). Continuïteit en discontinuïteit van psychiatrische problemen bij kinderen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 132, 2102-2105.
- Waal, M.W.M. de, Stolk, J., van Marwijk, H.W.J., e.a. (1996). Voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140, 2131-2134.

AUTEURS

J. VAN DER MEER is emeritus hoogleraar Interne Geneeskunde aan het VU Medisch Centrum, Amsterdam.

S. VAN 'T HOF is hoofdredacteur van Maandblad Geestelijke volksgezondheid (MGv) en zelfstandig onderzoeker.

Correspondentieadres: dr. S.E. van 't Hof, Vossiusstraat 31, 1071 AG Amsterdam.

E-mail: svthof@hotmail.com.