

Waarom schizofrenie geen ziekte is.

Sinds begin jaren tachtig van de vorige eeuw is met de introductie van de beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM een begin gemaakt met een uniforme benadering van psychiatrische stoornissen. Voor die tijd werd het onderzoek naar de diagnostiek en behandeling van psychiatrische patiënten ernstig bemoeilijkt doordat iedere onderzoeker zijn eigen criteria hanteerde bij de vaststelling van een bepaalde diagnose. Onnodig hierbij op te merken dat dit dikwijls tot verwarring leidde bij zowel behandelaars en de mensen om wie het werkelijk ging; de psychiatrische zorgvragers en hun verwanten.

Gelukkig is er sindsdien veel verbeterd en bestaat er tussen behandelaars onderling een grote mate van overeenstemming wanneer bepaald gedrag onder de een of andere diagnostische noemer valt.

Wat niet uit te roeien valt is dat de meeste zorgverleners (psychiaters, psychologen en verpleegkundigen) psychiatrische stoornissen steevast als “ziekten” betitelen. Of nog erger; de mens gelijk te zien aan zijn handicap. “Mijnheer is schizofreen.” Of: “Mijnheer is impotent.” Het zou hetzelfde zijn als bij een griepje gezegd zou worden dat “Mijnheer griep is.” Dit heeft enerzijds te maken met het feit dat het psychiatrisch bedrijf al decennia lang wordt gedomineerd door medici. Anderzijds worden binnen het gesloten bolwerk van de psychiatrische zorgverleners kritische geluiden niet altijd op prijsgesteld, waardoor er een soort ongekende papegaai-cultuur dreigt te ontstaan van elkaar napratende professionals.

De voorganger van de psychiater was de ‘klassieke’ zenuwarts; een medicus die zich na zijn artsenexamen gelijktijdig in de neurologie als in de psychiatrie specialiseerde. Dat die <psychiatrische> scholing in wetenschappelijke en theoretische zin niets voorstelde heeft er o.a. toe geleid dat dit specialisme sinds 1984 is verdwenen. De arts in opleiding tot zenuwarts moest vooral in de rol van assistent een jaar of vier vijf stage lopen op zowel de neurologische als de psychiatrische afdelingen. Hij moest heel hard werken (voor een karig salaris), weinig boeken lezen en vooral de taal van zijn baas spreken. Deed je dat laatste niet, dan kon je een carrière in de klinische praktijk wel vergeten. (Lees hiervoor het boek: “Oorspronkelijk gezicht” van Jan Foudraine). De opkomst van de menswetenschappen (o.a. psychologie, sociologie en pedagogiek) ligt mede aan de basis van de huidige opleiding tot psychiater. De wetgever vond het in die tijd (1984) noodzakelijk dat de opleiding tot het specialisme ‘psychiatrie’ ook benaderd moest worden vanuit andere disciplines, dan alléén de medische. Met andere woorden het klassieke medisch paradigma moest vervangen worden door een veel breder paradigma.

Of het toeval is of niet, maar midden jaren tachtig <met het verdwijnen van de klassieke zenuwarts> zien we een sterke opkomst van de biologisch georiënteerde psychiatrie. Een opkomst die gezien de explosieve stijging van het gebruik van bijvoorbeeld ADHD medicatie, antipsychotica en antidepressiva van de laatste jaren, kennelijk niet te stuiten valt.

In het verlengde van wat het hierboven is beschreven is het volstrekt begrijpelijk dat psychiatrische patiënten “ziek” worden genoemd. Als je ziek bent, ga je naar de dokter en dan krijg je pillen om daarvan af te komen. Dat lijkt logisch, maar dat is het in het geval van een psychiatrische aandoening beslist niet!

Pillen worden in het medisch jargon geneesmiddelen genoemd, maar dat is een zeer overtrokken misvatting. Geen enkele pil geneest, het onderdrukt vaak de symptomen van een stoornis en brengt in de regel een batterij aan vervelende tot zeer ernstige bijwerkingen met zich mee en sommige “geneesmiddelen” in de psychiatrie in combinatie met een onszje Franse kaas, zijn dodelijk.

Wie heeft niet in zijn herinnering de trieste levensloop gegrift staan van wijlen Prins Claus die, nadat hij met de Majesteit was getrouwd, zich al vrij spoedig onder psychiatrische behandeling moest stellen en zijn verdere leven de prijs moest betalen voor de zware toxische farmaca, die zijn leven voor een groot deel hebben verziekt?

Psychiatrie blijkt in veel gevallen een pseudo-wetenschap hetgeen onder andere wordt veroorzaakt door meer ideologische dan wetenschappelijke uitgangspunten.

Er zijn slechts twee ziekten in de dagelijkse klinische psychiatrische praktijk te vinden; de ziekte van Alzheimer en de ziekte van Pick. Ziekten die allebei te maken hebben met een degeneratie van het hersenweefsel en in het tweede geval dominant erfelijk is. (Het zou in dit kader volstrekte onzin zijn om van de stoornis van Pick / Alzheimer te spreken). De overige toestandsbeelden in de klinische psychiatrie betreft mensen met psychische stoornissen, bijvoorbeeld schizofrenie.

Schizofrenie een ziekte noemen is in strijd met de al eerder genoemde diagnostische criteria. In deze criteria valt schizofrenie onder de groep van psychotische stoornissen. (psychotic disorders).

In deze diagnostische criteria staat te lezen dat bij de diagnose schizofrenie “het gebruik van middelen en/of een somatische aandoening moet worden uitgesloten.”

Met andere woorden Als er bij de patiënt sprake is van een somatische afwijking (een ziekte), mag de diagnose schizofrenie helemaal niet gesteld worden. Ook bij het gebruik van middelen (b.v. drugs) kan er géén sprake zijn van schizofrenie.

In dit laatste geval is het interessant om te weten dat de diagnose schizofrenie alleen gesteld mag worden als de symptomen van de stoornis ten minste zes maanden ononderbroken aanwezig zijn. Ook hier wordt de diagnosticus met een onmogelijkheid opgezadeld, omdat de patiënt in kwestie in genoemd tijdsbestek géén (genees)middelen mag gebruiken, hetgeen klinisch gezien, een onmogelijkheid is bij een schizofrene psychose.

Een tweede reden om schizofrenie geen ziekte te noemen heeft te maken met de definitie die in de geneeskunde geldt voor het begrip ziekte. Deze luidt: Elk proces in het organisme dat t.g.v. schadelijke invloeden veranderingen teweegbrengt in de kwantitatieve of kwalitatieve werking van cellen of weefsels , waardoor het functionele evenwicht van lichaam en/of geest wordt verstoord en een reactie tot herstel van dit (of een nieuw) evenwicht in het leven wordt geroepen.” Bij schizofrenie zijn weliswaar anatomische veranderingen in het hersenweefsel en/of fysiologische veranderingen in de stofwisseling van het hersenweefsel te zien, maar die zijn meer het gevolg van externe invloeden (bijvoorbeeld sociale uitstoting of pedagogische verwaarlozing), dan dat zij primair in oorzakelijk verband staan met schizofrenie.

De empirische bewijzen hiervoor zijn overvloedig, maar vallen <voorlopig> buiten het bestek van dit artikel. Uit deze laatste twee opmerkingen volgt logischerwijs een heel andere

(psychotherapeutische) benadering op midden en lange termijn, dan de 'voor de hand liggende' medicamenteuze. Dit standpunt impliceert tevens dat in de acute fase van 'schizophrenia as a psychotic disorder' het gebruik van anti psychotica volstrekt legitiem is. Nood breekt wet zo luidt een volkswijsheid!

De meeste (klinisch georiënteerde) psychiaters houden vast aan hun opvattingen dat schizofrenie een genetisch bepaalde (hersens)ziekte is en verzinnen bij deze opvattingen allerlei 'redenen' die haaks staan op (sociaal-psychologisch) onderzoek, dat juist het tegendeel aangeeft.

Dit type gedachtegang zien we niet alleen terug in de medische wereld, maar komen we ook tegen in de rechtspraak en heet doelredenering.

Johan de Korte, psycholoog

Docent Psychopathologie, Psychologie, Pedagogiek, Sociologie en Klinische Psychiatrie aan de Academie voor Psychiatrie te Haarlem.