

## Leer van de somatiek!

Jaap van der Stel\*

Het schiet niet op. Elk jaar heeft meer dan een derde van de bevolking in Europa te maken met een psychische stoornis. Slechts een derde van hen ontvangt hulp. Bij mensen met een verslaving is deze zogenaamde 'treatment gap' relatief het grootst. Van degenen die wel hulp krijgen, heeft dat slechts bij een klein deel een positief resultaat. Dit laatste heeft tal van oorzaken. Zoals dat er geen goede match bestaat tussen de diverse 'evidence-based' behandelstrategieën en de bijzondere kenmerken van de betrokken patiënt of cliënt. De psychiatrie is niet precies genoeg. Ik heb het over de psychiatrie als medische discipline en als aanduiding van een sector: de ggz en de verslavingszorg. We moeten in de psychiatrie lering trekken uit de prestaties van en vernieuwingen in de somatische gezondheidszorg. In het bijzonder de oncologie. Oncologen zien kanker als een ontwikkelingsstoornis en hebben het stadiaverloop aangegrepen om stageringssystemen te ontwikkelen. Het stadium waarin een bepaalde vorm van kanker zich bevindt, werd bepalend voor de behandelstrategie. Als nadere specificatie wordt nu gezocht naar een individuele profilering van de aandoening in kwestie en de toestand van de patiënt. Daardoor kan steeds beter - individuspecifiek - worden behandeld. En dat loont: de oncologie kan statistisch bewijzen dat er in decennia werkelijk vooruitgang is geboekt. Kanker blijft een zeer ernstig medisch probleem, maar toch zijn de kansen op klinisch herstel en overleving van diverse vormen van kanker aanzienlijk verbeterd, vooral door vroegtijdig te handelen. En daar komt bij: door de resultaten is het stigma verminderd en de samenleving is bereid veel in de kankerzorg te investeren. De psychiatrie loopt achter, ten nadele van de patiënt. Men maakt nog steeds gebruik van een niet-valide en klinisch nauwelijks nuttig classificatiesysteem: de DSM. De bulk aan neurobiologische en neuropsychologische kennis gaat volledig voorbij aan de samenstellers ervan.

\* Dr. J.C. van der Stel is lector ggz bij de Hogeschool Leiden en senior onderzoeker bij VUmc/GGZ inGeest. E-mail: jaapvanderstel@gmail.com.

Zeker, er zijn ‘evidence-based’ richtlijnen, maar deze richten zich op veel te grove typering van groepen patiënten. Mensen verschillen enorm van elkaar, in biologisch, psychologisch en sociaalcultureel opzicht. Dan moet men niet verbaasd zijn dat behandelstrategieën slechts bij een minderheid een blijvende verbetering laten zien. ‘One sizes fits all’ is zeker in de psychiatrie weinig succesvol. Bij gebrek aan wetenschappelijke kennis is ‘trial and error’ de regel. Om dit een beetje tegen te gaan neemt men, om bij de Engelse termen te blijven, een toevlucht tot ‘stepped care’, ofschoon ‘matched care’ meer voor de hand zou liggen.

Om vooruitgang te boeken, is het noodzakelijk dat men consequenties trekt uit het gegeven dat mensen op cruciale punten van elkaar verschillen. Deze verschillen zijn zo fundamenteel, dat je voor groepen patiënten slechts heel globale richtingen kunt opstellen. Maar als we daadwerkelijk betere resultaten willen boeken, ontbreekt daarvoor nu het wetenschappelijk fundament.

De psychiatrie kan de oncologie als voorbeeld nemen. Vijftig, zestig jaar geleden stelde de oncologie nog weinig voor. Aan kanker ging je dood - je mocht het woord niet eens gebruiken. Dat er nu zoveel aandacht voor is, is het gevolg van verstandig beleid: veel onderzoek, resultaten boeken en uitventen, proberen zo vroeg mogelijk te handelen en onderling goed samenwerken, bij voorkeur ook internationaal. De oncologie en de kankeronderzoekers hebben, in de Verenigde Staten maar ook in Nederland, hun inmiddels aanzienlijke budgetten zelf binnengehaald. De successen waren bovendien de beste remedie om het stigma rondom kanker te beperken.

Dat psychische aandoeningen nóg complexer zijn dan vormen van kanker, is bekend. En dat je de ontwikkeling van kanker niet mag vergelijken met die van een psychische stoornis (zoals verslaving), spreekt voor zich. Maar we kunnen van de geschiedenis van de kankerzorg en het moderne kankeronderzoek wel veel leren. Ik noem enkele lessen.

- Focus op het ontwikkelingskarakter van de aandoening. Probeer tevens zo vroeg mogelijk te handelen, dus voordat de aandoening zich uitbreidt of verspreidt. Dit kan met bestaande kennis nu al beter worden georganiseerd. Ook de jeugd-ggz zou veel meer in de belangstelling moeten staan.
- Focus op het systeemkarakter van de problematiek. Dit impliceert integratie van de kennis die over de verschillende systeemniveaus beschikbaar is.
- Benader elk geval als uniek. Maak een zo exact mogelijk profiel van de karakteristieken en zoek naar een behandelstrategie die voor dit

individu in deze situatie de grootste kans geeft op succes. Om dat te kunnen, om precisiepsychiatrie te kunnen bedrijven, is enorm veel kennis nodig, in het bijzonder kennis over ziektemechanismen. En om mechanismen op te sporen zijn, naast goede theorieën en hypothesen, ontstellend veel data nodig. Dat vereist wereldwijde samenwerking en standaardisatie van dataverzamelingstechnieken.

Resultaten boeken vereist zowel tijd als geld. Dit laatste wordt nu eerder minder dan meer. En meer komt, zoals ik al aangaf, pas op gang na aantoonbare resultaten. De opgave is dus met de schaarse middelen zichzelf, net als de baron von Münchhausen, aan de eigen haren uit het moeras te trekken.