

Precisie in de psychiatrie

Jaap van der Stel*

Column

Mensen hebben met elkaar gemeen dat ze van elkaar verschillen. Hulpverleners weten dat als geen ander en zijn behoedzaam om datgene wat bij de vorige cliënt werkte ook toe te passen bij de volgende. Van een afstand bekeken hebben mensen met een verslaving, een autistische stoornis of de diagnose schizofrenie veel overeenkomsten. Maar zodra je dichterbij komt, worden de verschillen groter; uiteindelijk heb je een unieke persoon voor je, met een bijzondere levensgeschiedenis en een reeks eigenschappen die bij niemand anders aanwezig zijn. Zelfs bij eenzelfde tweeling is dat al op heel jonge leeftijd het geval, en het laat zich raden dat naarmate ze ouder worden, en zich in psychisch en sociaal-cultureel opzicht gaan ontwikkelen, de uiterlijke overeenkomsten een façade vormen waarachter uiteenlopende eigenschappen schuil gaan.

Door de komst van de 'evidence-based medicine' is er veel veranderd in de geneeskunde en de geestelijke gezondheidszorg. Traditionele werkmethoden zijn in experimenten - 'randomized controlled trials' (RCT's) - op waarde geschat, en vele zijn als onwerkzaam of zelfs schadelijk aan de kant gezet; sommige worden nog slechts toegepast als kwakzalverij. De uitkomsten van talloze experimenten vormden het uitgangspunt voor meta-analyses en richtlijnen voor de behandeling van uiteenlopende aandoeningen. Er is schoon schip gemaakt en het is 'not done' om niet-bewezen behandelingen toe te passen. Zo is de verwachting ontstaan dat na verloop van tijd alle zorgverlening een wetenschappelijk fundament krijgt.

Is dat zo? Ja en nee. Ik ben voor onderzoek en geef geen steun aan diegenen die met holistische prietpraat of antiwetenschappelijke onkunde conclusies uit gedegen onderzoek naast zich neerleggen. Maar hulpverleners die sceptisch staan tegenover behandelrichtlijnen die het 'one size fits all'-principe hanteren, geef ik wel gelijk. Er is name-

* 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.

lijk iets vreemds aan de hand in de ‘evidence-based medicine’-beweging. Wetenschappers kijken in hun onderzoek heel precies of na een interventie zich belangrijke veranderingen hebben voorgedaan bij hun proefpersonen. Maar als ze conclusies trekken, gaan ze generaliseren, berekenen ze gemiddelden en schatten ze effectgrootten, totdat in de samenvatting of titel van hun publicatie het onderzoek in een enkele zin kan worden gevangen. Goed beschouwd is dat een nogal onwetenschappelijke benadering. Individuele verschillen raken compleet zoek, zodra de meetresultaten door een grofmazige zeef van categorieën worden ‘gesorteerd’ en vervolgens zodanig statistisch worden bewerkt dat algemene patronen kunnen worden opgespoord. Het levert uitspraken op over groepen of populaties - meer niet.

Maar dat is toch de normale gang van zaken in de wetenschap ...? Je moet toch wetmatige patronen ontdekken en je daarbij niet van de wijs laten brengen door variatie, laat staan door ‘ruis’? Inderdaad, zo is het heel lang gegaan en we hebben er veel baat bij. Maar patronen die echt voor iedereen gelden zijn schaars en dát gegeven serieus nemen heeft consequenties voor geneeskunde en psychiatrie. Hulpverleners behandelen tenslotte geen populaties maar individuen.

Door de mogelijkheid grote databestanden aan te leggen en deze te benutten, wordt het in de geneeskunde steeds beter mogelijk om - zonder de praktische dwang tot ‘sorteren’ in clusters - de blik te richten op het individu en vervolgens een (wellicht alleen voor dit individu werkzame) behandelstrategie voor te stellen. In de psychiatrie is deze mogelijkheid er nog niet echt. Maar even verderop, in de oncologie, is het al bijna praktijk om te behandelen uitgaande van louter voor of over deze patiënt relevante gegevens. Richtlijnen krijgen daardoor een heel ander karakter. We kunnen dit aanduiden als profilering, maar de term gepersonaliseerde of precisiegeneeskunde is meer op zijn plaats. Standaardbehandelingen hebben daar inmiddels afgedaan.

Vanuit het perspectief van precisiegeneeskunde is er niets tegen RCT's. De beperkingen hebben betrekking op de vraag of de uitkomsten valide zijn voor de individuele patiënt. En de praktijk heeft inmiddels geleerd dat deze validiteit in de psychiatrie in diverse opzichten geringer is dan gedacht. Men kan een beslissingsmodel ontwikkelen en verantwoorden over het effect van de diverse medicijnen, uitgaande van de uitkomsten van RCT's en meta-analyses. Maar de daarmee bereikte klinische resultaten zijn waarschijnlijk niet zoveel beter dan wanneer psychiaters ‘naar bevind van zaken’ een medicijn selecteren en aan de patiënt voorstellen - wat ze trouwens in de praktijk ook nog steeds doen. En echt nieuwe middelen komen zelden op de markt.

We kunnen deze scepsis ook richten op behandelvormen die (op groepsniveau) als ineffectief zijn afgewezen en om die reden niet zijn terechtgekomen in richtlijnen. Het komt zelden voor dat een behandeling voor alle proefpersonen negatief wordt getest of bij alle proefpersonen onaanvaardbare bijwerkingen geeft. Vanuit het perspectief van een individuele patiënt kan het zo zijn dat er ten onrechte medicijnen of andersoortige therapieën zijn afgewezen. Dit impliceert dat - uitgaande van het adagium van precisiegeneeskunde dat het individu het uitgangspunt is - alleen tests die een individuele validiteit hebben, werkelijk relevant zijn. Dat dit praktisch (nog) niet haalbaar is, is duidelijk.

In zekere zin vinden in de zorg dagelijks, in groten getale, N=1-experimenten plaats, zij het vaak niet-systematisch en gebaseerd op traditie of zelfs onkunde. De psychiatrie als sector, als ggz of verslavingszorg, kunnen we opvatten als een zeer omvangrijke experimentele conditie. Hier worden weliswaar heel veel variabelen niet gecontroleerd en komt er zeer veel 'bias' of ruis voor. Maar toch leveren de dagelijkse ervaringen met individuele patiënten of cliënten in beginsel - mits ze worden verzameld en geanalyseerd - een schat aan data op, die nog maar heel beperkt wordt geëxploiteerd.

We staan voor de opgave een begaanbare brug te slaan tussen de systematische werkwijzen van wetenschappers en de praktische inslag van hulpverleners. Maar dat vereist wel dat in de psychiatrie veel preciezer gegevens worden verzameld over individuele cliënten. De psychiatrie kan in dit opzicht veel leren van de succesvolle werkwijzen in de oncologie.