

Richtlijnen voor een onbestaande ziekte

Steeds vaker wordt de diagnose schizofrenie tegenwoordig ter discussie gesteld. De orthodoxe psychiatrie trekt zich daar echter niets van aan en gaat rustig verder met het ontwikkelen van richtlijnen. Stichting Weerklank schreef een reactie op de Concept Richtlijn Schizofrenie (www.ggzrichtlijnen.nl) van de Werkgroep Schizofrenie van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ

“Zeer geachte Werkgroep,

Namens het bestuur van de Stichting Weerklank wil ik gaarne reageren op de door U gepubliceerde Concept Richtlijn Schizofrenie. Wij hebben groot respect voor de grote hoeveelheid werk die U verzet heeft bij de bestudering van de literatuur als voorbereiding op de formulering van de richtlijn. Het bestuur van Weerklank heeft echter enkele wezenlijk kritische opmerkingen bij Uw concept, die wij U niet willen onthouden.

1) Uw richtlijn heeft als basis de diagnose Schizofrenie, gesteld op basis van de criteria van de DSM-IV. U geeft weliswaar zelf aan dat dit een arbitraire diagnose is, maar verbindt daaraan geen enkele consequentie. Wij menen dat er voldoende wetenschappelijk gefundeerde kritiek bestaat op het construct Schizofrenie volgens criteria van de DSM (Bentall 1990; Boyle 1990; Van Os en MacKenna 2003 en vele anderen). Wij betwijfelen ernstig of het categorie systeem van de DSM gebruikt mag worden als diagnose systeem op grond waarvan een behandeling wordt geïndiceerd, gezien de ontbrekende wetenschappelijke validiteit van het construct Schizofrenie. De DSM geeft een indeling in categorieën van gedrag en beleven en is geen diagnose systeem waarin met de oorzaken van dat gedrag en beleven rekening wordt gehouden. U stelt zich in Uw richtlijn wel tot doel wetenschappelijk verantwoord te werken, maar doet dit in feite niet. Dat er geen goede alternatieven zouden zijn is niet juist. Er zijn in de literatuur verschillende alternatieven ontwikkeld en onderzocht onder anderen door Van Os. Het vertrouwd zijn met de DSM-categorieën is geen wetenschappelijk argument om daar nu richtlijnen op af te stemmen.

2) In de medische wereld is het in het algemeen bij het medisch handelen gebruikelijk uit te gaan van de klacht, daar de oorzaken voor op te sporen en dan te komen tot een diagnose, waarin oorzakelijke factoren geanalyseerd zijn op hun relatie tot de klachten. Op grond hiervan wordt besloten tot een behandeling, waarmee dan tevens kan worden geëvalueerd of men tot de juiste diagnose is gekomen op grond van het resultaat van de behandeling. U doet dit niet wanneer U kiest voor een diagnose op basis van de DSM-criteria, waarin oorzaken niet zijn meegewogen. U maakt een construct op basis van gedrag en beleven, dat geen rekening houdt met oorzaken en meent toch a-priori een behandelplan te kunnen voorstellen. Voorts heeft het resultaat van de behandeling in Uw systeem van werken geen invloed op het al of niet handhaven van de diagnose. Ook hier bij hebben wij twijfels t.a.v. de wetenschappelijkheid van deze werkwijze.

3) In de psychiatrie bestaan naast elkaar verschillende opvattingen over psychiatrische ziekten en het ontstaan daarvan. Geen van alle benaderingswijzen heeft helaas de waarheid in pacht. Helaas echter gebruikt U in Uw concept richtlijnen de Klinisch Psychiatrische denkwijze als Gouden Standaard omdat U het resultaat van alle therapievormen die U bespreekt beoordeelt op het effect daarvan op het verdwijnen van klachten, die U als symptomen van een ziekte categorie aanneemt. Vele therapie vormen hebben echter ook andere doelstellingen. Dit geldt onder andere voor de “cognitieve gedragstherapie” die evenals de benadering van “stemmen horen accepteren” gericht is op het leren omgaan met de klachten. Er zijn vele psychotherapie vormen besproken in Uw concept richtlijnen, die geen plaats hebben in Uw richtlijn omdat u weinig aandacht heeft voor de aspecten van de problematiek van gedrag en beleven bij de categorie Schizofrenie, zeker voor zover het oorzakelijke invloeden betreft. Uw volgorde in de behandeling is daarom ook nogal eenzijdig voortgekomen uit de klinisch psychiatrische denkwijze. Evidence based medicine is een prima concept als de criteria daarvoor niet opgelegd worden door een bepaalde denkwijze, waarvan de wetenschappelijke waarde niet is aangetoond.

4) Tot slot menen wij dat Uw omvangrijke studie toch eenzijdig is geweest qua literatuurselectie. Als voorbeeld daarvan wijzen wij U op het artikel van Dr. John Read e.a. (The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumatic neurodevelopmental model, *Psychiatry* 64(4) 2001). Dit artikel gaat over de relatie van trauma en psychose en zoals het door hem wordt uitgedrukt: “in some patiënten with schizophrenia”. Van de daarin genoemde literatuur vonden wij slechts weinig terug in Uw studie. Tevens sluiten wij hierbij in als bijlage bij de E-mail een selectie van argumenten van Van Os in de brochure nr. 12 van de Maudsley uitgegeven in 2003 door het Institute of Psychiatry in London. “Does Schizophrenia exist?” Deze argumenten betreffen de onjuistheid en het gevaar te grote waarde te hechten aan het schizofrenieconcept.

Samenvattend zouden wij liever zien dat U een richtlijn Auditieve Hallucinaties ontwikkelt, dan weten we tenminste waar U het over hebt. Dit zou voor mensen die stemmen horen kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zorg.

In de hoop dat U de door ons genoemde argumenten die van belang zijn voor mensen die auditieve hallucinaties ervaren wilt overwegen en ons Uw reactie wilt laten horen, verblijf ik namens het bestuur van de Stichting Weerklank.

Hoogachtend, Mw. van Hoeij, secretaris”