

# Het verdriet van de psychiatrie

Pieter R. Adriaens (Hoger Instituut voor Wijsbegeerte – KU Leuven)

*De onstuitbare opmars van depressieve stoornissen schreeuwt om een verklaring. Gaat het om een echte plaag, zoals onze jaarlijkse griep epidemie, of is er iets anders aan de hand?*

Depressie is al enkele jaren aan een heuse blitzkrieg bezig. De Westerse wereld lijkt zowaar geteisterd te worden door een epidemie van depressieve stoornissen – een evolutie die op het eerste gezicht moeilijk te rijmen valt met de toenemende professionalisering van de geestelijke gezondheidszorg, en de ontwikkeling van steeds nieuwe generaties van psychofarmaca. Onze welvaart kan blijkbaar niet beletten dat maar liefst een kwart van de bevolking ten prooi valt aan depressie. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie zijn er wereldwijd maar liefst 121 miljoen mensen klinisch depressief, en de voorspelling is dat depressie binnen twintig jaar naar de top klimt van het lijstje van doodsoorzaken bij de mens. Enkel hartziekten doen momenteel ‘beter’. De prevalentiecijfers van depressie zijn zonder meer duizelingwekkend, en weerspiegelen zich in de steeds stijgende verkoop van antidepressiva. In België vormen zulke geneesmiddelen de op een na grootste uitgavenpost van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), en wereldwijd zijn maar liefst drie van de zeven best verkopende geneesmiddelen-op-voorschrift antidepressiva (Prozac, Paxil en Zolof). Wat is er eigenlijk aan de hand? Een groeiend leger van critici betwijfelt dat de zogenaamde depressie-epidemie een reëel fenomeen is, en zoekt eerder naar antwoorden in het ontrafelen van de *liaison dangereuse* tussen psychiatrische diagnostiek en farmaceutische industrie.

## Misdiagnostiek

Een van de ijkpunten in het debat is *The Loss of Sadness* (2007), waarin socioloog Allan Horwitz en filosoof Jerome Wakefield argumenteren dat de vermeende ‘epidemie’ van depressieve stoornissen een artefact is van de hedendaagse psychiatrische diagnostiek. In hun ogen is depressie wel degelijk een stoornis in de medische zin van het woord. Het probleem is dat de ziekte overgediagnosticeerd wordt. Dat wil zeggen: de diagnose ‘depressie’ wordt ook toegeschreven aan mensen wiens angst en neerslachtigheid een natuurlijke (en ‘gezonde’) reactie is op de onvermijdelijke tegenslagen in het leven. Daarmee gaan Horwitz en Wakefield lijnrecht in tegen diegenen die beweren dat depressieve stoornissen vandaag de dag vaker voorkomen dan vroeger, en dat de psychiatrie bovendien verfijndere technieken ontwikkeld heeft om zulke stoornissen te identificeren en te behandelen.

Het uitgangspunt van *The Loss of Sadness* is een scherpe kritiek op de diagnostische criteria voor *Major Depressive Disorder* (‘majeure depressie’) in de derde en vierde editie van het populaire Amerikaanse handboek van de psychiatrie, de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (kortweg: DSM). Het handboek is een publicatie van de machtige Amerikaanse vereniging voor psychiatrie, en wordt ondertussen wereldwijd gebruikt, zowel in de onderzoekswereld als in de geestelijke gezondheidszorg. Het belangrijkste DSM-criterium om te bepalen of iemand in aanmerking komt voor de diagnose van depressie, luidt dat de patiënt gedurende minstens twee opeenvolgende weken te lijden heeft onder minstens vijf symptomen uit een lijst van negen symptomen, waaronder: neerslachtigheid, onvermogen om te genieten, onbeslistheid, doodsgedachten, en slapeloosheid. Iedereen die aan dit diagnostisch criterium voldoet, en die omwille van de genoemde symptomen niet langer in

staat is om het dagelijks leven te trotseren, is depressief. Er is eigenlijk maar één uitzondering op deze regel: *Uncomplicated Bereavement* ('normale rouw'). Iemand die rouwt om de dood van een geliefde vertoont namelijk symptomen die nagenoeg identiek zijn aan de symptomen van een depressie, maar is daarom nog niet depressief, aldus het handboek. Een rouwproces kan weliswaar uit de hand lopen (men spreekt dan van *Complicated Bereavement*), maar zolang het lijden binnen de perken blijft (lees: niet langer dan twee maanden duurt) is rouwen normaal. Daarbuiten zijn er echter geen uitzonderingen: iedereen die gedurende meer dan twee weken last heeft van vijf symptomen uit de lijst, en niet onlangs een geliefde verloren heeft, zou volgens de onverbiddelijke logica van DSM aan een depressie lijden.

De kritiek van Horwitz en Wakefield luidt dat deze criteria te weinig specifiek zijn. Daardoor zetten ze de deur open voor een verregaande vervaging van de grens tussen ziekte en gezondheid. Volgens hen is het namelijk zo dat de DSM-criteria voor depressie het eeuwenoude onderscheid tussen neerslachtigheid (of verdriet) en depressie op de helling zetten. De Ouden wisten immers al dat neerslachtigheid een natuurlijke reactie is op het verlies van een geliefde, maar ook op andere tegenslagen in het leven, zoals een amoureuze ontgoocheling, ontrouw, een haatcampagne, een faillissement, een gemiste promotie, en ga zo maar verder. Neerslachtigheid is des mensen, en van alle tijden. En dat geldt ook voor een 'echte' depressie, zo vervolgen Horwitz en Wakefield. Er zijn immers altijd mensen geweest die extreem neerslachtig worden zonder duidelijke aanleiding, of bij wie de reactie buiten alle proportie lijkt te zijn. Vroeger sprak men dan van melancholie; tegenwoordig van depressie.

Het onderscheid tussen verdriet en depressie is intuïtief duidelijk, ook al is het in de praktijk soms moeilijk om de grens tussen beide fenomenen te bepalen. Een minimale vereiste om het onderscheid te maken is echter dat we zicht hebben op de context waarin de reactie zich voordoet, en de aanleiding die eraan voorafgaat. En daar wringt precies het schoentje in de hedendaagse psychiatrische diagnostiek, zeggen Horwitz en Wakefield. Met uitzondering van *Bereavement* rept de DSM met geen woord over de omstandigheden waarin depressieve symptomen zich voordoen. En het spreekt voor zich dat er een belangrijk verschil is tussen iemand die 'depressieve symptomen' vertoont nadat zij haar partner en kinderen verloren heeft, of haar familiezaak failliet ziet gaan, en iemand die gelijkaardige symptomen vertoont nadat zij een Nobelprijs in ontvangst genomen heeft. In het eerste geval gaat het om een normale reactie van rouw of verdriet, terwijl het tweede geval eerder wijst op een depressie. De conclusie van *The Loss of Sadness* is duidelijk: op basis van de DSM-criteria voor depressie kan men geen onderscheid maken tussen normale reacties en psychische stoornissen.

### **Inflatie of epidemie?**

Het hoeft geen betoog dat deze 'misdiagnostiek' verstrekkende gevolgen heeft, zowel voor de psychiatrische praktijk als voor het psychiatrisch onderzoek. Enerzijds impliceert ze bijvoorbeeld dat neerslachtige (maar gezonde) mensen vaak onnodig gestigmatiseerd worden, maar ook dat ze al te vaak behandeld worden met medicatie en allerlei therapieën. En dit terwijl aangetoond is dat zulke interventies contraproductief kunnen zijn, omdat ze de klachten van de patiënt verscherpen en verlengen. Anderzijds heeft de psychiatrisering van verdriet en neerslachtigheid ook gevolgen voor de betrouwbaarheid van epidemiologische studies – studies waarvan de cijfers een cruciale rol spelen in de beslissingen van beleids mensen, onderzoeksinstituten, verzekeringsmaatschappijen, hulpverleners, enzovoort. Het is nochtans duidelijk dat, wanneer tal van normale reacties in de psychiatrische praktijk 'omgetoverd' worden tot psychische stoornissen, de cijfers van zulke studies niet echt betrouwbaar, en wellicht zelfs overtrokken zullen zijn. In die zin is de psychiatrische diagnostiek in belangrijke mate medeverantwoordelijk voor de huidige depressie-epidemie.

De conclusie dat de psychiatrie minstens ten dele medeverantwoordelijk is voor de huidige proliferatie van depressieve stoornissen suggereert dat Horwitz en Wakefield zich aansluiten bij de antipsychiatrie – een beweging die furore maakte in de jaren zestig van de vorige eeuw door boudweg te beweren dat er eigenlijk helemaal niet zoiets bestaat als geestesziekten. Volgens antipsychiaters worden zulke ziekten gefabriceerd door slinkse psychiaters, al dan niet in opdracht van de publieke opinie of de farmareuzen, met als doel ongewoon, ongepast of ronduit ergerlijk gedrag aan banden te leggen. Een goed voorbeeld van deze strekking is Gary Greenberg's *Manufacturing Depression* (2010). Greenberg ontwaart een verregaande samenzwering tussen de psychiatrie en de farmaceutische industrie, die tot doel heeft de macht van beide instanties te bestendigen door de publieke opinie op grote schaal te belazeren. In tegenstelling tot Horwitz en Wakefield gelooft Greenberg bovendien niet dat er stemmingsstoornissen bestaan die de vergelijking met medische stoornissen kunnen doorstaan. In wezen, zegt Greenberg, is het concept 'depressie' louter en alleen een medische vormomming van de neerslachtigheid, ontgoocheling en ontevredenheid waar ieder van ons wel eens mee geconfronteerd wordt in het leven. Er zijn verschillende manieren om betekenis te geven aan zulke malaisetoestanden, en volgens Greenberg is het medisch marketingverhaal geen haar beter dan eender welk ander verhaal.

Maar Horwitz en Wakefield zijn geen antipsychiaters. Volgens hen maakt de misdiagnostiek rond depressie geen deel uit van een duister complot, maar is ze een onbedoeld gevolg van de beslissing om zoveel mogelijk subjectieve factoren te weren uit de psychiatrische diagnostiek. De vraag of de klachten van een al dan niet depressieve patiënt in verhouding staan tot hun aanleiding, vereist bijvoorbeeld dat de psychiater een subjectieve inschatting maakt van de levensomstandigheden van de patiënt. Volgens Horwitz en Wakefield is de beslissing om zulke factoren te weren min of meer verdedigbaar, in die zin dat ze de bruikbaarheid en betrouwbaarheid van DSM gevoelig heeft verbeterd. Natuurlijk is het zo dat de DSM-strategie in het geval van depressie belangrijke problemen veroorzaakt, maar die problemen zijn niet onoverkomelijk, zo beweren ze. Een mogelijke oplossing is dat de uitzondering die nu gemaakt wordt voor een rouwproces eenvoudigweg uitgebreid wordt naar andere tegenslagen in het leven, waardoor de aandacht opnieuw gericht wordt op de 'echte' depressieve stoornissen. Het uiteindelijke doel van *The Loss of Sadness* is dan ook niet om een intentieproces te maken, noch van de psychiatrie, noch van de farmaceutische industrie (die uiteraard handig ingespeeld heeft op de misdiagnostiek rond depressie). Integendeel: de belangrijkste drijfveer van het boek is om de zogenaamde depressie-epidemie tot haar ware proporties te herleiden.

Een van de grote pluspunten van de analyse van Horwitz en Wakefield is dan ook dat ze behoorlijk precieze en testbare voorspellingen genereert. De claim dat de inflatie van depressieve stoornissen ten dele te wijten is aan de DSM-criteria voor depressie wordt in ieder geval bevestigd door het feit dat deze criteria dateren van 1980, en dat er duidelijke indicaties zijn dat de opmars van depressie pas echt tot wasdom kwam in de daaropvolgende decennia. Daarnaast hebben de auteurs zich ook de moeite getroost om na te gaan welke concrete gevolgen hun analyse zou hebben op het bestaande epidemiologisch onderzoek over depressie. Een jaar na de publicatie van *The Loss of Sadness*, in een indrukwekkend artikel in het vakblad *Archives of General Psychiatry*, berekende Wakefield dat de prevalentie van depressie met ongeveer een vierde zou dalen wanneer de bestaande misdiagnostiek zou gecorrigeerd worden.

Deze correctie is weliswaar niet onaardig, maar Horwitz en Wakefield geven geen antwoord op de vraag waarom zelfs het gecorrigeerde cijfer nog steeds beduidend hoger ligt dan het prevalentiecijfer van eender welke andere psychische stoornis. Is de depressie-blitzkrieg dan toch meer dan een inflatie in de psychiatrische diagnostiek? Feit is dat *The Loss of Sadness* de deur laat openstaan voor aanvullende verklaringen voor de huidige populariteit van depressie.

## Folie à deux

En die verklaringen zijn legio. In het algemeen zijn er twee kampen te onderscheiden in de literatuur over de depressie-epidemie. Aan de ene kant zijn er een aantal figuren die beweren dat de epidemie in kwestie een reëel fenomeen is. Sociale wetenschappers en evolutiepsychologen trekken uitzonderlijk aan hetzelfde zeel wanneer ze het krankzinnige tempo en de toenemende anonimiteit van het stadsleven met de vinger wijzen. In *The Weariness of the Self* (2010) beschouwt Alain Ehrenberg de populariteit van depressie bijvoorbeeld als de weerspiegeling van een samenleving die het individu sommeert om succesvol te zijn, en die het gebrek aan succes ook steeds vaker toeschrijft aan diens eigen falen. Daarnaast zijn er ook figuren die menen dat niet maatschappelijke, maar biologische factoren verantwoordelijk zijn voor de huidige depressie-epidemie. In *Anatomy of an Epidemic* (2010) argumenteert Robert Whitaker dat de toename van ernstige depressieve stoornissen in de eerste plaats te wijten is aan het overmatige en langdurige gebruik van psychofarmaca. Volgens hem ontregelen die de normale werking van het menselijk brein zodanig dat ze op lange termijn chronische varianten in het leven roepen van syndromen die ze verondersteld worden te bestrijden. Het is met andere woorden niet de samenleving die ons depressief maakt, maar wel de antidepressiva die we slikken. Even controversieel zijn de verklaringen van Edward Fuller Torrey. In *The Invisible Plague* (2001) argumenteert Torrey dat *alle* geestesziekten aan een onstuitbare opmars bezig zijn sinds de zeventiende eeuw, en dat de depressie-epidemie van vandaag is wellicht gewoon de voorlopig laatste gedaante is van deze ‘onzichtbare plaag’. Torrey wijst daarbij allerlei vermeende ziektekiemen aan als boosdoeners – geestesziekten zijn in zijn ogen eigenlijk infectieziekten, die hun groeiende ‘populariteit’ te danken hebben aan de toenemende verstedelijking en industrialisering van de westerse wereld.

Het probleem met zulke verklaringen is dat ze veronderstellen dat *Major Depressive Disorder* een homogene en welomlijnde categorie is. Ze gaan er met andere woorden vanuit dat alle individuen die door de psychiatrie voorzien worden van de diagnose ‘depressie’, en enkel deze individuen, met een zeer specifiek probleem te kampen hebben: een onevenwicht in de stofwisseling van het brein, en meer bepaald een tekort aan de neurotransmitter serotonine. Een bijkomende veronderstelling is dat dit onevenwicht gecorrigeerd kan worden door een enkele groep van geneesmiddelen, met name de huidige antidepressiva, ook wel bekend als de SSRI's of *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*. Het is dan ook niet toevallig dat de farmaceutische industrie aan het eind van de jaren tachtig, ongeveer een decennium na de bovengeschetste veranderingen in de DSM-diagnostiek, met een nieuwe generatie van antidepressiva op de proppen kwam – de SSRI's, zoals Prozac – die uitdrukkelijk gemarket werden als ‘magic bullets’ voor de nieuw geconstrueerde categorie *Major Depressive Disorder*. De werkelijkheid is helaas veel complexer. Om te beginnen zijn er heel wat historici en psychiaters, zoals bijvoorbeeld Horwitz en Wakefield, die van mening zijn dat de hedendaagse depressie-diagnostiek een verarming inhoudt van de veelheid van depressieve subvormen die de psychiatrie vroeger onderscheidde. Het historische verschil tussen melancholie, soms ook ‘endogene depressie’ genoemd, en reactieve depressie, is volledig verdwenen, net als de vele subtypes van reactieve depressie. Deze evolutie is betreurenswaardig, zegt historicus Edward Shorter in *Before Prozac* (2010), omdat ze gelijkloopt met een sterke verschraling in het psychofarmacologisch onderzoek. Bij het begin van de tweede helft van de twintigste eeuw bestond er een grote waaier van psychiatrische geneesmiddelen die vaak goede resultaten boekten bij bepaalde depressieve subtypes, maar niet, en soms zelfs helemaal niet, bij andere subtypes. Om allerlei niet-wetenschappelijke

redenen zijn nagenoeg al deze geneesmiddelen afgevoerd, ten voordele van de SSRI's, en wordt er nauwelijks nog onderzoek gevoerd naar nieuwe psychiatrische geneesmiddelen.

Deze inzichten staan centraal in een tweede kamp in de literatuur over de depressie-epidemie, dat zich grotendeels aansluit bij de analyse van Horwitz en Wakefield. De 'lenigheid' van de psychiatrische diagnostiek wijst er volgens hen op dat sommige geestesziekten geen medische aandoeningen zijn, zoals huidkanker of vogelgriep, die op een objectieve en betrouwbare manier kunnen geïdentificeerd worden. In *The Social Construction of What* (1999) argumenteert filosoof Ian Hacking bijvoorbeeld dat vele psychiatrische ziektecategorieën goede voorbeelden zijn van wat hij 'sociale constructies' noemt. In tegenstelling tot medische ziekten zijn geestesziekten bijvoorbeeld niet ongevoelig voor wisselende conventies in de psychiatrische diagnostiek. Ze verschillen ook niet op een wezenlijke manier van normale toestanden, en ten slotte is het bijzonder moeilijk gebleken om vaste, interne en natuurlijke kenmerken te vinden die typisch zijn voor alle patiënten met een psychiatrische aandoening, en enkel voor die patiënten. Volgens Hacking zijn geestesziekten een lopend doel, en deze veranderlijkheid maakt dat ze in belangrijke mate aangestuurd (en geëxploiteerd) kunnen worden door allerlei actoren in het veld – zoals de farmaceutische industrie, verzekeringsmaatschappijen, ziekenfondsen, belangengroepen, enzovoort. Het is deze 'lenigheid' die het ook mogelijk maakt dat een bepaalde diagnose in een rotvaart aan populariteit kan winnen, en inderdaad epidemische vormen kan aannemen.

Het zou bijvoorbeeld best kunnen, zoals Philippe Pignarre beweert in *Comment la Dépression est devenue une Epidémie* (2001), dat de farmaceutische industrie een cruciale rol gespeeld heeft (en speelt) in de populariteit van depressie, omdat ze het concept 'depressie' mee heeft kunnen vormgeven. De perverse logica achter de depressie-epidemie is volgens Pignarre dat depressie datgene is waarvoor steeds nieuwe antidepressiva een oplossing bieden. Hun werkzaamheid bepaalt met andere woorden welke symptomen deel mogen uitmaken van de diagnostische criteria voor depressie. De symptomen die niet verholpen worden door de meest populaire antidepressiva zouden volgens deze logica geen deel uitmaken van de diagnostische criteria voor depressie.

Kortom: onder druk van allerlei belangengroepen en interne twisten heeft de psychiatrie, bij monde van haar beruchte handboek, de DSM, zeer brede ziektecategorieën geconstrueerd, zoals *Major Depressive Disorder*. De farmaceutische industrie heeft dankbaar gebruik gemaakt van deze misdiagnostiek. Door haar producten aan te prijzen als magische geneesmiddelen die net die ziekten bestrijden die door de psychiatrie geïdentificeerd worden ('antidepressiva'), kon ze een snel groeiende markt aanboren, en zelfs aansturen. Deze *folie à deux* is misschien opmerkelijk, maar niet nieuw. Het gebeurt wel vaker dat een bepaalde aandoening pas bekend wordt op het moment dat een farmaceutisch bedrijf er een geneesmiddel voor uitbrengt. En dan is er soms plotseling sprake van een epidemie. Dat was bijvoorbeeld het geval bij de introductie van Valium en de daarop volgende epidemie van angststoornissen in het naoorlogse Amerika. En de toekomst zal wellicht uitwijzen dat dat ook het geval was bij de introductie van Rilatine en de daaropvolgende populariteit van *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD).

### **Folie à plusieurs?**

Maar daar zou het verhaal niet mogen eindigen. Het meest pijnlijke aspect in deze 'ontmaskering' van de depressie-epidemie is dat de publieke opinie zich op beschamende wijze liet (en laat) ringeloren. Hoe komt het dat we zo massaal toestemmen in die toenemende psychiatrisering van het dagelijks leven? Waarom stribbelen mensen nauwelijks tegen wanneer ze haast collectief depressief verklaard worden? Onderzoek wijst uit dat een psychiatrische diagnose vaak stigmatiserend werkt. Mensen met een psychiatrische

voorgeschiedenis worden angstvallig gemeden, en stuiten al te vaak op onbegrip en pesterijen. En toch stellen we ons geen vragen wanneer we na een echtscheiding of faillissement depressief verklaard worden. Het probleem situeert zich niet zozeer in de overconsumptie van antidepressiva – men hoeft vermoedelijk ook niet ernstig depressief te zijn om baat te hebben bij zulke middelen. Het probleem is wel dat we kritiekloos aanvaarden dat de psychiatrie zich een weg baant naar het hart van ons dagelijks leven, en daarbij het onderzoek naar echte psychiatrische aandoeningen verwaarloost. *You can't develop drugs for diseases that don't exist*, zo vat Shorter de huidige impasse samen – een impasse waar niemand op lange termijn bij gebaat is.

## De auteur

Pieter R. Adriaens is postdoctoraal onderzoeker aan het Hoger Instituut voor Wijsbegeerte van de KULeuven.

## Meer over dit onderwerp

Ehrenberg, A. (2010). *The Weariness of the Self. Diagnosing the History of Depression in the Contemporary Age*. McGill Queens' University Press: Montréal.

Fuller-Torrey, E. & Miller, J. (2001). *The Invisible Plague. The Rise of Mental Illness From 1750 to the Present*. Rutgers University Press: New Brunswick.

Greenberg, G. (2010). *Manufacturing Depression. The Secret History of a Modern Disease*. Bloomsbury: London.

Hacking, I. (1999). *The Social Construction of What?* Cambridge: Harvard University Press.

Horwitz, A. & Wakefield, J. (2007). *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford University Press, New York.

Pignarre, P. (2001). *Comment la Dépression est devenue une Epidémie*. La Découverte: Paris.

Shorter, E. (2010). *Before Prozac. The Troubled History of Mood Disorders in Psychiatry*. Oxford University Press: Oxford.

Wakefield, J. *et al.* (2007) 'Extending the bereavement exclusion for Major Depression to other losses. Evidence from the National Comorbidity Survey'. *Archives of General Psychiatry* 64: 433-40.

Whitaker, R. (2010). *The Anatomy of an Epidemic. Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. Random House: New York.