



## PSYCHOLOGE EN FILOSOFE TRUDY DEHUE

Onderzoekers constateren dat Nederland een van de gelukkigste landen ter wereld is. Toch hebben we ruim een miljoen antidepressivagebruikers. In *De depressie-epidemie*, analyseert hoogleraar Trudy Dehue het fenomeen depressie.

# DE HONDEN BLAFFEN ZICH SCHOR EN DE KARVAAN TREKT DOOR

**D**rie jaar is ze met haar boek bezig geweest en op het moment van het interview schaaft Trudy Dehue (57), psychologe en hoogleraar wetenschapstheorie en -geschiedenis aan de Universiteit Groningen nog steeds aan *De depressie-epidemie*. Hoewel Dehue niet onbekend is met de warme banden tussen farmacie, wetenschap en psychiatrie, heeft haar zoektocht naar de oorzaak van de explosieve groei van de diagnose depressie haar toch nog onthutst. Schokkend noemt ze de opkomst van commerciële onderzoeksorganisaties die fusies aangaan met reclamebedrijven en vervolgens onderzoekers opzweepen zo snel mogelijk te scoren. De druk op deze commerciële onderzoekers is zo hevig dat zij zich genoodzaakt zien te preluderen op hun successen, zelfs voordat de resultaten van de testen bekend zijn.

Maar als er iets valt te leren uit haar boek, dat bepaald geen populair geschrift is, is het dat iedereen op zijn eigen manier bijdraagt aan de depressie-epidemie: de industrie, de overheid, de onderzoekers en de hulpverleners. Belangrijker echter lijkt haar analyse van het woord depressie: vandaag de dag betekent het iets heel anders dan in de vorige eeuw. Het is een begrip dat zich voortdurend aanpast aan de tijdsgeest. En sinds de marktwerking is ingetreden, een verregaande privatisering van de wetenschap aan de orde is - of zoals Dehue het noemt - de neoliberale politiek de dienst uitmaakt, hebben we de plicht ons lot in eigen hand te nemen. Tegenwoordig ligt de nadruk op het maakbare individu. We zijn zelf verantwoordelijk geworden voor onze successen, maar ook voor onze mislukkingen. 'Pas als je de betekenisveranderingen van depressie inziet, kun je de depressie-epidemie begrijpen.'

**Er zijn nogal wat schrijvers die beroemdheden op afstand en uit het verre verleden diagnosticeren. Zo had de Romeinse staatsman Cicero volgens letterkundige Kathleen Evans een majeure depressie. U vindt zo'n diagnose onzinnig?**

'Ja, Cicero, die man die erg somber was, en leefde in de laatste eeuw voor onze jaartelling, kan nooit een DSM-IV-depressie hebben gehad. Misschien was hij melancholisch. Dat was een woord dat vroeger overal voor werd gebruikt, van bezetenheid door de duivel tot aan wijsheid en nadenkendheid. Melancholie werd vroeger trouwens hoofdzakelijk voor mannen gebruikt. Neerslachtigheid was er natuurlijk wel, maar er was in die tijd geen sprake van depressie in de huidige zin van het woord.'

**Wanneer werd depressie voornamelijk een vrouwenziekte?**

'Dat gebeurde vanaf het einde van de negentiende eeuw. Toen kwam er een onderscheid tussen verstand en gevoel. Kort gezegd verwees

melancholie vervolgens alleen naar emotionele problemen. Vrouwen heten emotioneler te zijn, dus werd depressie meer een vrouwenziekte. Het woord depressie verwijst echter steeds naar andere problematiek. De Duitse psychiater Kreapelin, die eind 19e eeuw leefde, was ervan overtuigd dat alle gekte te maken had met onderliggende fysieke problemen. Zijn leer die over manische depressie ging, gaf een heel andere context aan het woord 'depressie' dan die van Freud. Die beschouwde psychische problemen als een reactie op innerlijke conflicten. Het zijn verschillende visies op depressie die andere oplossingen of andere therapieën vergen. Psychodynamisch georiënteerde therapeuten kijken ook heel anders naar de symptomen dan biologisch georiënteerde behandelaren. Je ziet dat het woord depressie niet alleen maar staat voor de symptomen waar naar het verwijst. De betekenis van het woord depressie is variabel.'

## ‘ANTIDEPRESSIVA ZIJN VOOR VEEL MENSEN EEN SOORT PRESTATIE-PILLEN’

**Depressie verandert voortdurend van vorm en hangt samen met hoe de samenleving aankijkt tegen mensen en ziekte?**

'Ja, en op dit moment hebben we een maatschappij waarin de maakbaarheid van het individu centraal staat. We kunnen de depressie-epidemie pas begrijpen als we inzien dat het woord vele betekenissen heeft. Het staat bijvoorbeeld voor diepe ellende, die het leven ondraaglijk maakt, maar ook voor een stemmingsstoornis. Met de afbraak van de oude verzorgingsstaat, kregen we de plicht het lot in eigen hand te nemen. Het woord depressie werd ook van toepassing op mensen die naar de huidige normen onvoldoende ondernemend of actief zijn. Dat zie je bijvoorbeeld aan de vele antidepressie-programma's van het Trimbos-instituut. Die gaan allemaal over de verhoging van de economische productiviteit. Vanuit dat streven richt het Trimbos-instituut zich ook steeds meer op 'depressie-preventie', waarbij het lijkt alsof het gaat om het voorkomen van ernstig leed, maar eigenlijk gaat het om het bewerkstelligen van economische vooruitgang. Het Trimbos-instituut zegt het ook letterlijk: het noemt altijd hoge bedragen die bespaard kunnen worden als mensen via depressie-cursussen leren 'weerbaar te worden voor tegenslag en negatieve ervaringen'. De toegenomen antidepressivaconsumptie valt op dezelfde manier te verklaren. Deze middelen zijn voor veel mensen een soort 'prestatie-pillen'. Ze nemen ze niet in omdat ze



zichzelf zielig vinden, maar omdat ze goed willen functioneren. Dat is ook wat de pillenfabrikanten beloven. In mijn boek analyseer ik websites en advertenties voor antidepressiva. Die brengen vaak de boodschap dat de natuur maakbaar is en dat mens zelf zijn prestaties kan overtreffen met medicijnen.

Als mensen vraagtekens zetten bij al die preventieprogramma's dan switcht men snel over naar de andere betekenis van het woord depressie, naar het intense onvermogen tot leven. Maar daar gaan die programma's eigenlijk helemaal niet over.'

**Het zijn niet alleen de instituten die de depressie-epidemie verspreiden, ook de farmaceutische industrie zorgt ervoor dat we steeds meer slikken. In uw boek schetst u een somber beeld over de invloed van de wetenschap en farmaceutische industrie op het antidepressivagebruik. In het voorwoord schrijft u dat u de verbanden die u ging zien als schokkend ervoer. Wat heeft u het meest verontrust?**

'Ik heb mij afgevraagd waar ik bij het maken van het boek zo miserafel van werd. Al die getuigenissen over suïcide als bijwerking van antidepressiva, dat vond ik schokkend. Maar ook de commercialisering van het onderzoek, dat onderzoekers gedwongen worden om te scoren, waardoor ze wel dingen moeten roepen, terwijl niet duidelijk is of het middel werkelijk effectief is.'

**Zijn er ook in Nederland commerciële onderzoeksbedrijven actief?**

'Ja, hier is bijvoorbeeld Quintiles actief. Wat ik heb ontdekt, en dat wordt niet vaak beschreven in de literatuur, is dat commerciële onderzoeksorganisaties zijn gaan fuseren met reclamebedrijven. Dus als een farmaceutisch bedrijf een nieuwe pil op de markt wil brengen kan hij naar één en hetzelfde bedrijf. De ene afdeling maakt de reclamecampagne, de andere test het middel. De afdeling die het middel test krijgt van tevoren de opdracht: zorg dat het effect uit die pil komt waaraan volgens de marketingjongens behoefte is. Ik heb via internet leerboeken voor commercieel geneesmiddelenonderzoek gekocht, want je vindt ze niet in de bibliotheek. Zo legt het boek *Clinical Research in Pharmaceutical Development* uit dat de marketingafdeling al betrokken moet worden bij de testfase van pillen; die heeft namelijk de behoefte onderzocht. Vervolgens moeten de onderzoekers bewijzen dat de nieuwe pil inderdaad in die behoefte voorziet. Dat is een totale omkering. Quintiles, een Amerikaans bedrijf met zo'n 18.000 werknemers werkt ook met Nederlandse academische onderzoekers. Quintiles heeft het testbedrijf Bio-trials overgenomen, en dat heeft weer afdelingen voor experimenteel geneesmiddelenonderzoek in onder meer Guatemala en Peru. Daar, en in het Oostblok kun je goedkoper testen en zijn de regels soepeler.'

**Worden onze geneesmiddelen ook in derdewereldlanden en in het Oostblok getest?**

'Ja, er is pas een rapport uit van stichting Wemos, dat aantoonde dat Nederlandse academici betrokken zijn bij het uitzetten van onderzoek in derdewereldlanden. Voor een deel kan dat niet anders, want die pillen moeten worden getest, en in Nederland zijn er te weinig proefpersonen. Je kunt je natuurlijk wel afvragen of testpersonen in derdewereldlanden erg kritisch zijn, want vaak is daar weinig geneeskundige hulp. Het doel is uiteindelijk dat die pillen snel op de markt komen en dat mensen die pillen massaal gaan slikken. Voor een deel is de depressie-epidemie ontstaan doordat pillen door reclamecampagnes zo gepusht worden.'

**Wat bent u over suïcide als bijwerking van antidepressiva tegengekomen?**

'Eigenlijk wilde ik dit onderwerp onbesproken laten. Aanvankelijk dacht ik: het speelt zich af in Amerika. Maar het blijkt onontkoombaar. Ik ben me erin gaan verdiepen toen een Nederlandse vrouw een tuchtrechtzaak maakte van haar suïcidepoging, vlak na het slikken van een antidepressivum. Ik ontdekte dat het debat over de mogelijke relatie tussen ssri's en zelfmoordneigingen al in de jaren tachtig is begonnen. Ik heb de notulen van de FDA (US Food and Drug Administration) van de hoorzittingen gelezen. Mensen kwamen van heinde en verre om de ene na de andere gruwelijke getuigenis af te leggen. Die mensen slikten die pillen niet omdat ze zo depressief waren, maar omdat ze beter wilden functioneren op het werk, of omdat ze probeerden af te vallen. En opeens gingen ze door het lint. Dan zeggen psychiaters: ja, maar ze helpen ook veel mensen. En dan zeg ik: op dit moment zitten we met berichten dat die antidepressiva niet veel werkzamer zijn dan een placebo.'

## 'AL DIE GETUIGENISSEN OVER SUÏCIDE VIND IK SCHOKKEND'

**U doelt op de recente PloS-studie, een meta-analyse van gepubliceerde en ongepubliceerde onderzoeken naar het effect van de nieuwste generatie antidepressiva?**

'Onder meer, er zijn de afgelopen tien jaar een heleboel van dit soort studies geweest, waaruit blijkt dat ssri's even goed lijken te werken als een placebo. Sommige mensen vragen mij wat ik zou doen als ik zelf een depressie zou hebben. Ik heb een wijze huisarts en ik hoop dat zij mij een placebo geeft zonder dat ik dat weet. Want dan heb ik geen last van ernstige bijwerkingen. Tegelijkertijd moet ik eerlijkheidshalve kanttekeningen plaatsen bij de PloS-studie. Want in feite zijn al die onderzoeken gebaseerd op rct's (randomised controlled trials). In mijn boek leg ik uit dat de rct een mank instrument is. Ze kunnen slechts kort duren, ze werken met gemiddelden, met "ideale" groepen en met gestandaardiseerde vragenlijsten. Ook de PloS-studie stapelt gemiddelde op gemiddelde. Dus kan het onzichtbaar blijven dat er mensen zijn die wél baat hebben bij die pillen. Eigenlijk weten we het niet.'

**Hoe moeten we het dan onderzoeken?**

'Ik ben geen methodoloog. Ik constateer dat rct's op alle fronten de ervaringen van patiënten en hulpverleners afdoen als anekdotisch, die worden niet meegenomen. En ik zeg: luister eens naar al die patiënten en therapeuten. Vraag waarom de helft van de antidepressivagebruikers binnen de eerste drie maanden stopt met de pillen. Als mensen je product niet willen, dan is er toch iets aan de hand?'

**U trekt fel van leer tegen de In- en Verkoopgids DBC GGZ 2008, die gzz-instellingen als hulpmiddel gebruiken voor de 'verkoop' van hun zorg en de verzekeraar voor de 'inkoop' van zorg.**

'Wat betreft depressie zegt deze gids zich te baseren op de multidiscipli-

plinaire richtlijn depressie 2005. In de depressieparagraaf van de gids staat dat medicinale behandelingen tot zes maanden na herstel dienen te worden voortgezet, terwijl ze over psychotherapeutische behandelingen mededelen dat “naar een zo kort mogelijke therapieduur moet worden gestreefd”. Daarbij volgen ze de voorkeur van de richtlijn voor bepaalde antidepressiva, zoals Efexor. Een middel dat notabene heel heftige bijwerkingen heeft. En als klap op de vuurpijl probeert de gids ook medicatietrouw te bevorderen. Er wordt toegevoegd dat “het gedeelde belang van verzekeraar en zorgaanbieder aanleiding kan zijn om de therapietrouw te bewerkstelligen”. Ik vind dat verontrustend. In die multidisciplinaire richtlijn staat ook dat de werkzaamheid van die pillen minimaal is, en toch spreek je met de verzekeraar af therapietrouw af te dwingen! Ooit dienden de rct's om farmaceutische bedrijven te controleren, en nu dienen ze om mensen te dwingen hun product te slikken. Ik begrijp niet waarom ze dit zo hebben vastgelegd.’

**‘De honden blaffen zich schor en de karavaan trekt onverstoort verder’, merkt u op in uw boek. Wat moet er gebeuren om de karavaan te stoppen?**

‘Misschien moeten de honden bijten? De geschiedenis leert dat het lang duurt voordat er een kentering komt. Zo werd broomzout vroeger veelvuldig voorgeschreven. Het duurde bijna een halve eeuw voordat het tot iedere behandelaar was doorgedrongen dat bromide zeer giftig was. Kennelijk willen behandelaars iets doen, ze willen handelen. Bovendien speelt mee dat de pers resultaten van onderzoek enorm versimpelt. In de oorspronkelijke publicaties van wetenschappers lees je veel onzekerheid. Als zo ’n artikel zijn weg naar de media vindt, dan lijkt het alsof de wetenschappelijke informatie door een filter sijpelt. Die onzekerheid blijft als een soort vervuiling achter, en helder water komt er onderuit. Dat is dan de wetenschappelijke waarheid.’

**Wetenschappers kunnen zelf ook heel stellig naar buiten treden.**

‘Dat klopt. Zeker als een onderzoeker ook een ondernemer is, en dat moet je tegenwoordig zijn. Een ondernemer werkt met beloften en brengt die zo stellig mogelijk. Ze slaan zich te vaak op de borst: kijk eens wat wij weten. En dan komen ze met plaatjes van het brein, alsof het foto's zijn waarop je echt kunt zien dat dat het brein is van bijvoorbeeld een schizofrene patiënt. Maar dat is kolder, het zijn geen echte afbeeldingen. Het zijn resultaten van berekeningen.’

**Wat betekenen uw bevindingen voor nieuwe technologieën zoals neurofeedback, magnetische stimulatie of elektroshock in vernieuwde vorm?**

‘Mijn vraag is: kunnen we de industrie, onderzoekers en behandelaren nog vertrouwen? Hoe durven ze überhaupt nog te claimen dat we ze moeten vertrouwen als je kijkt naar de geschiedenis. Ik vind echt dat ze dat vertrouwen opnieuw moeten opbouwen. Bijvoorbeeld door niet met die stellige boeken te komen zonder verwijzingen. Mijn boek barst van de verwijzingen, alles is na te trekken. Bovendien moeten we ervoor zorgen dat het onderzoek minder commercieel wordt. Dat er een eind komt aan de wetenschappelijke publicatiedwang. Mensen moeten nu als een gek publiceren, anders komt er geen geld. Ik sprak laatst een hoogleraar gezondheidswetenschappen die onderzoek deed naar een bepaalde ziekte. Hij wist dat hij werkte met een totaal verouderde onderzoeksschaal voor de psychische aspecten van die ziekte. Maar die schaal kon hij echt niet bijstellen, zei hij. Dat duurde te lang en hij moest snel publiceren. Zolang deze aspecten niet veranderen, laat ik mij niet meer in de maling nemen.’