

Het ongelijk van een Deense internist

Dat een arts van zijn statuur met onderbouwde kritiek komt op hun vakgebied, daar is principieel niets op tegen. Maar psychiaters vinden de uitspraken van Peter Gøtzsche buiten elke proportie.



Bij Ralph Kupka(links) en Aartjan Beekman, respectievelijk hoogleraar bipolaire stoornissen en hoogleraar psychiatrie, vallen de aantijgingen en de denigrerende toon van Peter Gøtzsche slecht.

De uitspraken van de Deense hoogleraar Peter Gøtzsche in MC 47 zijn psychiaters in het verkeerde keelgat geschoten. Vooral dat hij het vakgebied een pseudo-wetenschap noemt en de psychofarmaca in de ban doet, roept felle kritiek op. Ook zijn aantijging dat farma-industrie en psychiaters steeds meer mensen als ziek diagnosticeren en zo een afzetmarkt voor psychofarmaca creëren, valt slecht. Volgens prof. dr. Ralph Kupka, hoogleraar bipolaire stoornissen (VUmc) doet de Deen bovendien alsof de vraagstukken die hij oproept onbekend zijn bij de psychiatrische beroepsgroep. 'Geloof niet alles wat de farmaceutische industrie je voorspiegelt: nou, dat wisten we al. Onderschat de bijwerkingen van medicatie niet ten opzichte van het effect. Ook bekend.' Volgens Kupka is Gøtzsche niet goed op de hoogte van de recente literatuur. 'Bij zijn kritiek op de behandeling van bipolaire stoornissen, vind ik in zijn laatste boek twintig referenties. Maar alleen al in de nieuwe richtlijn staan tachtig pagina's met referenties. Bipolaire stoornissen zijn vaak iatrogeen, zegt Gøtzsche, want ze worden veroorzaakt door SSRI's en middelen tegen ADHD. Hij haalt daarvoor een artikel aan, waaruit blijkt dat ongeveer 8 procent van de gebruikers van antidepressiva manische verschijnselen krijgt. Dat is niet heel weinig, maar ook niet veel. Het gaat veelal om jonge mensen, die mogelijk toch een bipolaire stoornis hebben, aldus het bewuste artikel. Dus wat Gøtzsche een schadelijke bijwerking noemt, hoeft dat helemaal niet te zijn.'

Kupka is verbijsterd over de toon die Gøtzsche aanslaat: 'Hoe kan een gerespecteerde wetenschapper op zo'n denigrerende toon over collega's schrijven en uitspraken van enkelingen generaliseren naar een hele beroepsgroep. Wonderlijk voor iemand die Cochrane mede heeft opgericht en dus weet waar evidencebased denken voor staat.'

Prof. dr. Aartjan Beekman, hoogleraar psychiatrie (VUmc) en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), vindt het op zichzelf geen bezwaar als iemand uit een ander vakgebied, 'zeker

iemand van zijn statuur', naar de psychiatrie kijkt en met onderbouwde kritiek komt. Maar Gøtzsches aanpak is buitenproportioneel: 'Hij stelt de integriteit van mij en mijn vakgenoten ter discussie. Dat alle psychiaters in dienst zijn van de industrie, en geen oog voor hun patiënten hebben, dat is een ernstige en onterechte beschuldiging.'

Psychiatrie is een pseudowetenschap, stelt Gøtzsche, want vrijwel alle trials zijn gemanipuleerd of biased. Van met name de SSRI's zijn de werkzaamheid en effectiviteit niet bewezen.

Beekman: 'De trialmethodologie evolueert: we houden rekening met allerlei bronnen van vertekening. In de belangrijke bladen krijg je een trial alleen gepubliceerd als die tevoren is aangemeld in een trialregister of bij de FDA. Ik zit in de redactie van een van de grote Amerikaanse bladen: een vaste regel is dat bij elk interventieonderzoek vooraf het design bekend moet zijn, zodat de uitkomstmaten achteraf niet veranderd kunnen worden. Ook post-hocanalyses van subgroepen zijn ongeoorloofd. Er is onderzoek gedaan naar publicatiebias bij antidepressiva. Bij de FDA aangemelde medicatietrials werden verzameld en vijf jaar later werd gekeken of ook de negatieve uitkomsten waren gepubliceerd. Zo konden de onderzoekers een schatting maken van de publicatiebias. Het bleek dat de effectgrootte van de middelen voor een kwart aan bias was toe te schrijven. Dat is veel. Maar het betekent niet dat de onderzochte medicatie helemaal geen klinisch effect heeft. Verder bleek dat de tendens om vooral positieve trials te publiceren niet per se het gevolg is van beïnvloeding door de industrie. Hetzelfde soort onderzoek is namelijk ook gedaan voor cognitieve therapie bij depressie – waarbij de industrie dus geen enkele rol speelt. Daar vonden de onderzoekers exact dezelfde vertekening. Wat Gøtzsche ook niet ziet is dat er met het oog op personalized medicine wordt gewerkt met een nieuw type trials. Op grond van welke kenmerken en waarom werken antidepressiva bij sommige

'Gøtzsche kijkt als een leek naar de behandeling van psychiatrische aandoeningen'

patiënten wel en overheersen bij anderen slechts de bijwerkingen? Het is slecht te verteren dat Gøtzsche doet alsof we zulke vragen niet stellen.'

Hij weet het antwoord al: vrijwel alle psychofarmaca hebben meer na- dan voordelen. Ze veroorzaken op termijn hersenschade, en leiden soms – hij noemt antidepressiva bij jongeren – tot verhoogde mortaliteit.

Beekman: 'Een ongenueanceerde stelling. Wat middelen op de lange termijn doen met de hersenen is onderwerp van onderzoek. Een belangrijke vraag is bijvoorbeeld: zou het kunnen dat antidepressiva op jonge leeftijd de kwetsbaarheid voor nieuwe episodes nadelig beïnvloeden? Dat hij op zulke vragen het antwoord al lijkt te weten, is belachelijk. We zijn terughoudend met het gebruik van antidepressiva, zeker bij jongeren, maar we stoppen er niet mee. Pseudo-experimenteel onderzoek op het Zweedse eiland Gotland en in het Duitse Leipzig heeft laten zien dat een suïcidepreventieprogramma met ook antidepressiva veel suïcides voorkómt.'

Gøtzsche zegt: patiënten zijn veel beter af met psychotherapie dan met farmaca.

Kupka: 'Hij kijkt als een leek naar de behandeling van psychiatrische aandoeningen. Hij heeft het niet over psychotherapie, maar over een goed gesprek. En hij verwacht DSM-classificaties met diagnoses. Wij behandelen geen classificaties. Wij behandelen mensen met problemen en een onderdeel daarvan is dat ze bijvoorbeeld aan een depressie lijden. En dat zie je niet terug in de wetenschappelijke literatuur, daarvoor moet je in de spreekkamer zijn. Maar ja, daar komt hij niet.'

En bij de formulering van die classificaties hebben psychiaters zich laten beïnvloeden door de farmaceutische industrie, stelt hij.

Kupka: 'Bij het verwijt van overdiagnostiek gaat hij eraan voorbij dat de klachten altijd ook significant lijden of beperkingen in het functioneren moeten opleveren. Anders spreken we niet van een stoornis. Natuurlijk, in de psychiatrie hebben we geen harde maten zoals bloeduitslagen. De waarde van classificatie ten opzichte van diagnostiek, en de kwesties van onder- en overdiagnostiek houden ons daarom voortdurend bezig.'

Psychiatrische ziekten zijn niet het gevolg van een verstoord chemisch evenwicht in de hersenen, stelt de Deense hoogleraar.

Beekman: 'Hier maakt hij een stereotype van mijn vak. Dertig jaar geleden spraken psychiaters bij depressieve patiënten over serotoninetekort. Dat gebeurt niet meer. We weten heel goed dat somberheid of een waan niet een-op-een is te vertalen naar een kern of een wittestofbundel in het brein. Maar we onderzoeken die mogelijke verbindingen wel, en stellen daarover hypothesen op, die vaak ook weer worden verworpen. Bij uitstek wetenschap overigens, geen pseudowetenschap!'

Ten slotte misschien Gøtzsches meest controversiële stelling: antipsychotica zijn gevaarlijk en zijn vaak onnodig bij een psychose of van schizofrenie.

Beekman: 'Dat is een bizarre uitspraak, als je weet wat – mits goed gedoseerd en geïndiceerd – de effecten van antipsychotica zijn. Het zijn middelen met vervelende bijwerkingen, maar die moet je soms voor lief nemen. Gøtzsche trekt hier in twijfel dat we het beste voor onze patiënten willen en altijd nagaan of het gebruik van deze middelen niet korter kan, of intermitterend, of dat we mogelijk toe kunnen met een lagere dosering. Ook dit is voortdurend voorwerp van aandacht en onderzoek.' ■

web

Eerdere artikelen over dit onderwerp, en websites met aanvullende informatie vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.