

# SKEPTER

DE KRITISCHE KIJK OP PARANORMALE VERSCHIJNSELEN EN PSEUDOWETENSCHAP



## De Energy Catalyzer

ISSN 0921-5085-6-5



9 770921 508565

- De Lobotomie van dr. Freeman ● Psychiatrische diagnoses
- Managementgoeroes ● Exorcisme ● Elektroshocktherapie
- Angst voor vaccinatie ● Stephen Covey ● Verlichte oren

Jaargang 24 nr. 1

Zomer 2011

Losse nummers:

€ 6,50

# Komt een mens bij de *psych*

## *De diagnostiek van alledaagse ellende*

**Harald Merkelbach**

Wanneer zeg je dat iemand aan een psychische aandoening lijdt en behandeling nodig heeft? Menig bevolkingsonderzoek haalt de krantenkoppen met conclusies van het type dat 30% van de mensen last heeft van psychisch probleem zus en dat 50% gebukt gaat onder psychisch probleem zo. Er is iets grondig mis met zulke cijfers. De Harvard hoogleraar Richard McNally schreef er een boek over. Harald Merkelbach las het en voorziet het van commentaar.

Vanaf het midden van de jaren zeventig doken ze op in de wachtkamers van huisartsen en andere hulpverleners: posters met de aan Simon Carmiggelt ontleende tekst *Ooit een normaal mens ontmoet? En beviel het?* Met het affiche wilde de Stichting Pandora het taboe op psychische aandoeningen doorbreken. Reuze sympathiek. Nu, meer dan dertig jaar later, staan de zaken er anders voor. Talloze enquêtes hebben de bovenkamer van de gemiddelde Nederlander geïnspecteerd. Het ziet er allemaal niet best uit en iedereen is daar inmiddels door alarmerende mediaberichten van op de hoogte gesteld. Als je de uitkomst van menig bevolkingsonderzoek mag geloven, bestaat in Nederland het standaardgezin uit een alcoholische vader, een depressieve moeder, een hyperactieve zoon en een dochter met een eetstoornis.

Onheilspellende berichten over hoezeer de bevolking wordt geplaagd door psychische aandoeningen beperken zich niet tot ons land. Ook daarbuiten houdt het allerlei deskundigen bezig, maar die zijn wel in toenemende mate argwanend over wat er achter de cijfers schuilt gaat. Neem deze twee artikelen uit jaargang 2011 van de *British Medical Journal*. In het ene beschrijft psychiater Derek Summerfield wat hij tegenkwam in de jaren dat hij voor het politiekorps van Londen werkte (1): honderden agenten die vervroegd wilden uittreden. In de helft van de gevallen ging het om verzoeken tot *retirement on mental health grounds*. Volgens de bedrijfsartsen hadden de politiemensen last van te veel stress, angst en depressie. Je zou denken dat zoiets komt door de ellende op straat waarmee agenten worden geconfronteerd. Maar nee. Toen Summerfield nauwkeuriger naar hun dossiers keek, bleken de thuiszitters vooral verwickeld te zijn in allerlei ruzies met hun collega's of bazen. Het was vanwege deze arbeidsconflicten dat ze niet werkten en op de nominatie stonden om met vervroegd pensioen te gaan. Het psychiatrische vocabulaire dat de bedrijfsartsen op zulke zaken plakten, maakte de werkelijke problemen onzichtbaar

en de politiemannen werden er uiteindelijk vooral apathisch en ziek van.

Het andere artikel duikt een paar afleveringen later op en is van huisarts Des Spence uit Glasgow (2). Zo op het eerste gezicht gaat het over een totaal ander onderwerp, namelijk een aandoening met de imposante naam Bipolaire II Stoornis. Ze komt steeds vaker voor. Maar, schrijft Spence, je hebt de diagnose zo te pakken: een weekje waarin je je terneergeslagen voelt en een paar dagen waarin je wat energiek bent, volstaan. Dan kan de dokter aan de slag met een stemmingsstabiliserend medicijn. Helpt dat? Als je de wetenschappelijke literatuur erop naslaat, lijkt het antwoord *ja* te zijn. Wie grondiger leest, ziet echter dat in de relevante publicaties patiënten die lijden aan een ernstige manisch-depressieve psychose zijn samengevoegd met de lichtere gevallen van de Bipolaire II Stoornis. En natuurlijk, als je aan zo'n heterogene groep een stemmingsstabilisator geeft, dan knappen ze daar – als groep – reuze van op. Of de middelen ook werken bij patiënten met *enkele* Bipolaire II Stoornis is ondertussen maar zeer de vraag. De boodschap van Spence is dat de farmaceutische industrie er veel baat bij heeft om artsen vertrouwd te maken met de Bipolaire II Stoornis en om hen te doen geloven dat de aandoening uitstekend te behandelen valt. Met een levenslang regime van pillen.

### **De helft is gek**

De artikelen van psychiater Summerfield en huisarts Spence raken aan de vraag of de psychiatrie niet hard op weg is om alledaagse misère te pathologiseren. Die kwestie is ook de inzet van Richard McNally's *What Is Mental Illness?* (3). De auteur – hoogleraar psychologie aan de universiteit van Harvard – begint zijn boek met een paar statistieken. Zo citeert hij epidemiologisch onderzoek waaruit blijkt dat in het door rampspoed ontworpen Nigeria 5% van de bevolking gebukt gaat onder een psychische aandoening. McNally zet dit cijfer af tegen studies die vonden dat bijna 50% van de volwassenen in de VS lijdende is of ooit geleden heeft aan een psychische stoornis.

Er zijn geleerden die zeggen dat de Amerikaanse samenleving sinds het midden van de vorige eeuw inderdaad ziekmakender is geworden. Zij wijzen op de toegenomen echtscheidingen, de grotere geografische mobiliteit, en het stijgend aantal uren dat er wordt gewerkt. Deze ontwikkelingen putten de sociale buffer uit, wat er toe zou leiden dat Amerikanen in steeds grotere getalen psychische klachten krijgen. Er is iets te zeggen voor deze redenering. Zo



zijn de gemiddelde scores van Amerikaanse studenten op gestandaardiseerde angstvragenlijsten in de loop van de jaren fors toegenomen. Een gemiddelde student uit de jaren 90 zou een zwaar neurotische indruk hebben gemaakt op cohorten van de jaren 50.

Toch, schrijft McNally, is dat percentage van 50 onwaarschijnlijk hoog. Een samenleving die voor de helft uit psychiatrische patiënten bestaat, kan simpelweg niet functioneren. Daarom: de torenhoge cijfers waarmee bevolkingsonderzoeken steevast de pers halen weerspiegelen eerder een meetprobleem dan een maatschappelijke realiteit. Dat meetprobleem heet de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), de wereldwijd gebruikte catalogus van psychische aandoeningen. De lijstjes die bevolkingsonderzoekers gebruiken om vast te stellen of mensen gebukt gaan onder een psychische aandoening zijn bijna altijd afgeleid van de DSM. Maar aan deze DSM en dus ook aan de lijstjes kleven een aantal fikse problemen.

### Televisietrauma's

Een daarvan, aldus McNally, is dat er diagnoses in staan die nogal triviaal zijn, zoals de *caffeine-induced sleep disorder*. Ook somt de DSM aandoeningen op waarvan we maar bar weinig weten, zelfs niet of ze wel bestaan. Zo onderscheidt de DSM 10 aparte persoonlijkheidsstoornissen. Slechts 3 daarvan zijn tot dusver onderwerp van serieus wetenschappelijk onderzoek geweest (4). Weer een ander probleem is dat de opeenvolgende edities van de DSM steeds soepeler zijn geworden bij het vaststellen van een stoornis.

Een voorbeeld dat McNally onder de loep neemt, is dat van de posttraumatische stressstoornis (PTSS). In de laatste versie van de DSM staat met zoveel woorden dat je *ook* een PTSS kunt krijgen als je hebt gezien hoe *anderen* het slachtoffer werden van een ramp. Zo kon het gebeuren dat onderzoekers vonden dat 4% van de

Amerikanen een PTSS had overgehouden aan het kijken naar tv-beelden van de instortende *Twin Towers*. Hoe, vraagt McNally zich af, valt dit percentage te rijmen met de 0,6% van de mensen die naast de *Twin Towers* woonden en aan de aanslag een PTSS overhielden? De auteur laat er geen misverstand over bestaan hoe hij televisie-PTSS ziet: beweren dat je een PTSS kunt krijgen van het nieuwsbulletin is zoiets als zeggen dat elke kuch of hoest duidt op een ernstige longontsteking.

Maar verwijst de PTSS zoals de DSM haar beschrijft dan niet naar een aandoening die universeel voorkomt? Sommige onderzoekers menen van wel en hun belangrijkste argument is dat je de PTSS ook aantreft in andere culturen, bijvoorbeeld bij Sri Lankanen die de tsunami hebben meegemaakt. McNally stelt daar een hele andere interpretatie tegenover. Als westerse psycho-experts afreizen naar rampgebieden in de derde wereld en daar de plaatselijke bevolking gaan interviewen met aan de DSM ontleende symptoomlijstjes, krijg je al snel dat de slachtoffers bevestigend antwoorden in de hoop dat hun dit hulpgoederen zal opleveren. Dat is een cynische interpretatie, maar er is wel meer onderzoek dat in die richting wijst. De slachtoffers van geweld in Burundi, die worden geïnterviewd over de mogelijke symptomen van een PTSS, zijn ook een voorbeeld: of zij reageren met 'ja, daar heb ik nou ook last van', hangt niet zozeer af van het trauma dat ze hebben meegemaakt, maar meer van hoe verwesterd ze zijn.

### You can't be happy all the time

Het grootste probleem van de DSM, schrijft McNally, is dat ze niet boven het niveau van een beschrijving uitkomt. De DSM wil graag lijken op de diagnostiek zoals die gangbaar is in de medische wetenschap, maar ze blijft daar toch mijlenver vandaan. Medische diagnostiek staat in de traditie van de Engelse arts Thomas

Sydenham (1624-1689). Hij was het die voor het eerst benadrukte dat als een patiënt bijvoorbeeld hoest en sputum opgeeft, de dokter niet deze symptomen, maar de oorzaken ervan moet behandelen. Sinds Sydenham weten we dat sommige symptomen – denk aan hoesten, koorts, spierpijn – vaak met elkaar samengaan omdat ze verwijzen naar eenzelfde onderliggende oorzaak, bijvoorbeeld een infectie. Echte medische diagnostiek omvat daarom beide niveaus: het beschrijvende niveau van de symptomen en het verklarende niveau van de oorzaken. Moderne artsen voegen daaraan toe dat sommige mensen symptomen rapporteren zonder dat daar een medische oorzaak aan ten grondslag ligt. Deze mensen toch met een diagnostisch label opzadelen – *u heeft een burn-out* – is riskant. Het kan ertoe leiden dat een gezond iemand zich als een patiënt gaat voelen en gedragen (5).

In haar definitie van wat gezondheid is, benadrukt de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) dat het verder strekt dan de afwezigheid van ziekte. Gezondheid, zegt de WHO, is een toestand van 'compleet fysiek, sociaal en mentaal welbevinden'. Toe maar. Volwassen mensen weten wel beter. Ze snappen dat een gemiddeld leven vol zit met tegenslagen en frustraties. En daarom: *you can't be happy all the time*. Als mensen echter wordt geleerd hun misère in het idioom van de DSM te gieten, gaat het er inderdaad op lijken dat hele volksstammen lijden aan depressie, sociale fobie, ADHD en andere aandoeningen.

Ondertussen bestaat er natuurlijk wel een levensgroot verschil tussen Summerfields politieman, die ruzie had met zijn baas en nu thuis zit te somberen en de patiënt met een melancholie, die een suïdepoging onderneemt. De een heeft een sombere stemming die te wijten valt aan een externe oorzaak; de andere heeft naast een somber gemoed neurovegetatieve en hormonale afwijkingen, die allemaal wijzen op een interne ontregeling (6). Je kunt het ook

zo zeggen: de politieman reageert normaal op abnormale omstandigheden, terwijl de melancholische patiënt abnormaal reageert op normale omstandigheden. De DSM plaatst zulke gevallen in een en dezelfde categorie omdat zij niet kijkt naar de oorzaken van de symptomen. Sommigen komt dat even verdomd goed uit. Want de neiging van de DSM om alledaagse treurnis en ellende te pathologiseren, leidt ertoe dat het reservoir aan patiënten spectaculair uitdijt. Dat is prettig nieuws voor de farmaceutische industrie. *There is money in madness*, merkt McNally op.

## Hersenscanner

De vraag is hoe de catalogus van de DSM kan worden opgeschoond. Met wetenschappelijk onderzoek naar de onderliggende mechanismen, zoveel is duidelijk. Kunnen de neurowetenschappen die rol vervullen? McNally is er sceptisch over. Hij noemt het voorbeeld van fobische angst. Je kunt mensen met zo'n abnormale angst in de hersenscanner leggen en als je hen dan een plaatje laat zien van een slang of een spin, zal hun amygdala sterk oplichten. Maar dat geldt ook voor normale controleproefpersonen die een elektrische schok verwachten. McNally's punt is dat op het niveau van de hersengebieden je beide groepen – fobici en gezonde controlepersonen – niet kunt onderscheiden. De hersenscanner zal ons dus in deze gevallen niet veel wijzer maken.

Wat we nodig hebben zijn goede ideeën over de functie van abnormaal gedrag. Neem zoiets als dwangmatig gedrag. Dat is kenmerkend voor dwangneurotici, maar ook voor verslaafden. Bij dwangneurotici leidt dwangmatig poetsen tot een afname van de angst. Bij heroïneverslaafden zorgen herhaalde *shots* met de drug voor euforie. Een goede theorie over abnormaal gedrag verdisconteert zulke verschillen in functie en heeft zodoende in de eerste



plaats een psychologische signatuur. Het is pas als je zo'n theorie hebt, dat je iets zinnigs kunt gaan zeggen over wanneer repetitief gedrag *niet* naar een stoornis verwijst.

## Evolutionair voordeel

En de evolutiebiologie? Kan die een bijdrage leveren aan onze kennis over echte en modieuze aandoeningen? De redenering zou dan zijn dat echte aandoeningen van het psychisch apparaat bestaan uit gedrag dat in evolutionaire zin een zeker voordeel heeft (gehad). Sommige onderzoekers menen zo dat de evolutionaire functie van depressie het kweken van empathie bij familieleden is. Ook zou depressie ons in staat stellen om een pas op de plaats te maken zodat we alles goed kunnen wikken en wegen (7). McNally is weinig gecharmeerd van deze benadering. Dat heeft ermee te maken dat *Just-So* verhalen over de evolutionaire betekenis van aandoeningen zo makkelijk te construeren en zo moeilijk te toetsen zijn. Bovendien: sommige cijfers verdragen zich slecht met de evolutionaire benadering. Om maar een voorbeeld te noemen: in de meeste wes-

terse landen is suïcide een belangrijkere doodsoorzaak dan moord. De overgrote meerderheid van degenen die suïcide begaan, lijdt aan een ernstige psychische aandoening. Hoezo evolutionair voordeel?

Van de gedragsgenetica hebben we evenmin veel te verwachten, aldus McNally. Niet dat dit onderzoekdomein weinig interessante inzichten oplevert – dat doet het wel. Maar de gedragsgenetica is niet in staat om orde op zaken te stellen in de catalogus van psychische aandoeningen. Om dit te illustreren analyseert McNally het genetisch onderzoek naar schizofrenie. Sommige laboratoria vonden dat de aandoening gekoppeld is aan een selecte groep van genen die mensen ook kwetsbaar zou maken voor een andere aandoening, namelijk de manisch-depressieve psychose. Betekent het dat de DSM deze twee diagnoses maar beter kan samenvoegen? Er zijn psychiaters die dat inderdaad bepleiten. Maar ze kunnen niet uitleggen waarom in andere takken van het medische bedrijf zo'n manoeuvre zelden wordt uitgevoerd. Want jawel, de genen die predisponeren tot borstkanker maken ook kwetsbaarder voor prostaatkanker. Je zult echter geen arts horen roepen dat het dezelfde aandoeningen zijn.

## Diagnoses zijn niet onschuldig

U zit in uw auto en staat voor het stoplicht. En dan gebeurt dat waarvoor veel automobilisten bang zijn: een andere auto knalt achterop. U schiet naar voren en weer terug. Want u heeft de veiligheids gordel om. Gelukkig valt de schade uiteindelijk mee. Maar toch. 's Avonds voelt u een stekende pijn in uw nek en schouder. Ook kunt u zich moeilijk concentreren. De andere dag komt daar nog eens hoofdpijn bij. Het houdt allemaal een paar dagen aan en dan besluit u het spreekuur van de huisarts te bezoeken. Als dit verhaal zich in de jaren negentig had afgespeeld, zou de kans zeer aanzienlijk zijn geweest dat de dokter over *whiplash* was gaan praten. De term – maar dat geldt ook voor fibromyalgie, *repetitive strain injury* (RSI), en *burn-out* – roept bij leken sterke associaties op. Dat heeft te maken met hoe zulke labels door de media worden geportretteerd: in televisieprogramma's en krantenartikelen figureren patiënten met ernstige klachten die maar niet willen overgaan. Wie van de dokter te horen krijgt dat hij tot zo'n patiëntengroep behoort, zal zich dienovereenkomstig gaan gedragen.

Een fraaie illustratie is te vinden in het werk van de neuropsychologen Julie Suhr en John Gunstad. Ze lieten een groot cohort van studenten een vragenlijst over hersenschudding invullen. Vervolgens selecteerden de onderzoekers studenten, die allemaal zeiden ooit een hersenschudding te hebben opgelopen. Deze studenten kregen geheugentaken. Tegen de ene helft werd nadrukkelijk gezegd dat ze waren geselecteerd omdat zo'n hersenschudding op de lange termijn negatief uitpakt. De andere helft werd niet verteld waarom ze waren geselecteerd. De eerste groep deed het beduidend slechter op de geheugentaak dan de tweede groep.

Kan een dergelijke *self-fulfilling prophecy* lang duren? Jawel. Engelse artsen keken naar het ziekteverloop van patiënten die zich met vermoeidheidsklachten bij de arts hadden gemeld. Hoe technischer de diagnose waarmee de patiënten werden opgezadeld – denk aan het onheilspellende *myalgische encefalomyelitis* (ME) – hoe langer de klachten aanhielden. Je zou daarom verwachten dat artsen die de gewoonte hebben om met rococo-benamingen en dito behandelingen te reageren op de vage aandoeningen van hun patiënten, buitensporig veel

maatschappelijke kosten veroorzaken. We hebben het dan over het geld dat gemoeid is met aanvullend onderzoek en met verzuimdagen. Voor dat patroon bestaan inderdaad aanwijzingen. In de Amerikaanse staat Louisiana is er een goede administratie van werkgerelateerde klachten zoals lage rugpijn en welke medici zich er mee bezighouden. Onderzoekers vonden dat een kleine groep van artsen verantwoordelijk is voor een forse kostenescalatie.

Diagnostische labels zijn niet neutraal. Ze creëren bij de patiënt verwachtingen. Over hoe lang de klachten zullen duren en met welke beperkingen ze gepaard gaan. Dit soort verwachtingen is aan modes onderhevig. Tegenwoordig gaat de belangstelling van de pers uit naar de posttraumatische stressstoornis, dyslexie, en ADHD, om maar eens wat categorieën te noemen. De tijd van de meervoudige persoonlijkheidsstoornis en RSI lijkt voorbij. Ook het aantal gevallen van *whiplash* neemt de laatste jaren in hoog tempo af. Dat is maar goed ook. Als u zo'n ongeluk zoals dat van hierboven meemaakt, zult u wellicht de eerste dagen hoofd- en nekpijn hebben. Maar die pijn verdwijnt meestal binnen korte tijd spontaan. Daarom, zo schrijven de arts Jan Buitenhuis en de psycholoog Peter de Jong in het *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, is het verstandig als dokters terughoudend zijn met de term *whiplash*. Zo'n diagnose kan het spontane herstel vertragen. Dat was een moedige opmerking van Buitenhuis en de Jong. Het kwam hen op felle kritiek te staan van mensen die heel graag willen blijven vasthouden aan het idee van *whiplash* als een chronisch letsel.

## Literatuur

Buitenhuis, J. & De Jong, P.J. (2009). De term whiplash liever vermijden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 153, 1-2.



Het probleem met de catalogus van de DSM is dat hij het moet doen zonder goede theorie over hoe bepaalde genen zo kunnen coderen voor proteïnen dat er verderop in de ontwikkeling psychische afwijkingen ontstaan. In de afwezigheid van zo'n theorie verwachten dat de genetica orde kan scheppen in de conceptuele chaos van de DSM is ongeveer hetzelfde als geloven dat de Baron von Münchhausen zich aan zijn eigen haren uit het moeras kan trekken.

## Geen tuberculose

In de tijd dat de Stichting Pandora haar toffe posters begon te verspreiden over de Nederlandse wachtkamers deed de Amerikaanse psycholoog David Rosenhan een gedurfd experiment. Hij stuurde er 8 gezonde vrijwilligers op uit met de instructie om zich te melden bij een psychiatrische inrichting. De vrijwilligers moesten de dienstdoende dokter vertellen dat ze stemmen hoorden, maar zich daarna volstrekt normaal gedragen. Prompt werden ze allemaal opgenomen. Het duurde gemiddeld 19 dagen voordat ze weer buiten stonden. Met de ontslagdiagnose schizofrenie, dat wel. Volgens Rosenhan liet de veldstudie zien dat psychisch gestoorde mensen eigenlijk behoorlijk normaal zijn. De Pandora-poster heeft de tegenovergestelde boodschap: we zijn allemaal patiënt. Over één ding is men het blijkbaar roerend eens: de scheidslijnen tussen normaal en psychische gestoord zijn allesbehalve helder.

Zijn de scheidslijnen scherper te trekken? Met zo'n boektitel – *What is Mental Illness?* – hoop je dat de auteur zal gaan demonstreren hoe dat moet. Maar dat is niet wat McNally doet en hij legt ook uit waarom hij het niet *kan*: het verschil tussen normale en abnormale psychische ellende is zoals de nuance tussen schemering en duister. In weerwil van alles wat psychiaters er over mogen beweren, zijn psychische stoornissen van een andere orde dan medische aandoeningen. Een medische ziekte bestaat, ook als niemand haar diagnosticeert. Alleen een verwarde postmodernist zal beweren dat Ramses de Tweede niet aan tuberculose kan hebben geleden omdat Robert Koch de bacil pas in de 19de eeuw ontdekte.

Tuberculose trekt zich niets aan van onze opvattingen. Het is er gewoon, net zoals het periodieke systeem. Voor psychische problemen ligt dat meestal behoorlijk anders. De misère die het leven voor ieder van ons in petto heeft en onze opvattingen over hoe daar mee om te gaan, resoneren er heftig in mee. Geeft de dokter eenmaal een label aan onze alledaagse ellende – *u heeft een PTSS, een Bipolaire II Stoornis, een burn-out* – dan zullen velen zich gaan gedragen conform dat label. Psychische aandoeningen worden zodoende voor een deel geconstitueerd door de cultuur en dat maakt de scheidslijnen tussen normaal en abnormaal vaag. Daar hebben we ons bij neer te leggen, aldus McNally. Wat we wel kunnen doen, schrijft hij, is mensen met een diagnose uit de DSM een behandeling geven die de toets van de wetenschappelijke kritiek kan doorstaan. Soms zijn dat pillen, maar vaak ook is dat gedrags-therapie.

## Schokkende cijfers!

Er valt weinig af te dingen op McNally's boek. Of het zou moeten zijn dat hij nauwelijks aandacht besteedt aan simulanten, terwijl dat goed in zijn verhaal zou hebben gepast. Want wie zich afvraagt hoe het toch komt dat het aantal met ADHD of dyslexie gediagnosticeerde adolescenten zo duizelingwekkend is gestegen, kan er niet omheen dat zulke diagnoses ook zo hun voordelen hebben. In het geval van ADHD is dat het oppeppende en daarom verhandelbare medicijn ritalin. In het geval van dyslexie gaat het om geprivilegieerde schoolregels. Waar voordelen te behalen zijn, liggen simulanten op

de loer (8). Dat geldt voor ADHD, dyslexie, en eigenlijk voor de gehele catalogus van de DSM. McNally zegt er weinig over, misschien wel omdat het een onderwerp is waarmee je de woede van patiëntenverenigingen en met hen sympathiserende dokters op de hals kan halen.

*What Is Mental Illness?* is een moeilijk boek, maar dat is geen tekortkoming. Als je wilt duidelijk maken hoe anders medische diagnoses en DSM-labels zijn, vergt dat een lang betoog. En het verschil tussen een gedesillusioneerde werknemer met een arbeidsconflict en een psychiatrische patiënt heb je evenmin *een-twee-drie* uitgelegd. Het maakt de lectuur van het boek er niet minder leerzaam op. Psychiaters die over de bezuinigingen op de Geestelijke Gezondheidszorg in de krant roepen dat mensen met psychische problemen even ziek zijn als mensen met een maagzweer, kunnen er hun reflectie op het vak mee verdiepen. Maar ook het onderzoeksbureau dat de vaderlandse pers erover informeerde dat een op drie agenten psychische klachten heeft, kan zijn voordeel met dit boek doen (9). 'Schokkende cijfers', kopte de krant en ze legde op gezag van het onderzoeksbureau een verband met het zware werk van de dienders. Gek toch dat hetzelfde onderzoeksbureau vond dat de problemen het minste voorkwamen bij agenten die op straat werkten. Als je wilt weten wat daar allemaal achter kan zitten, moet je McNally lezen.

## Noten

1. Summerfield, D. (2011). Metropolitan police blues: Protracted sickness absence, ill health retirement, and the occupational psychiatrist. *British Medical Journal*, 342, d2127.
2. Spence, D. (2011). Bad medicine: Bipolar II disorder. *British Medical Journal*, 342, d2767.
3. McNally, R.J. (2011). *What is mental illness?* Cambridge, Massachusetts: Belknap.
4. Goed onderzocht zijn de *borderline* stoornis, de antisociale persoonlijkheidsstoornis en de schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Een op wetenschap geënt kennisbestand is zo goed als afwezig voor de narcistische, paranoïde, afhankelijke, vermijdende, histrionische, obsessief-compulsieve en passief-agressieve persoonlijkheidsstoornissen (McNally, 2011; p. 198). Vreemd toch dat uitgerekend deze persoonlijkheidsstoornissen veelvuldig opduiken in de rechtszaal zodra getuige-deskundige psychiaters de persoonlijkheid van verdachten gaan typeren.
5. Zie daarover Hadler, N.H. (2008). *Worried sick*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
6. Volgens sommige experts benadert de melancholische depressie het meest de status van een echte ziektecategorie. Zie daarover bijvoorbeeld Shorter, E. (2010). The argument for disease. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 59-61.
7. In deze context verwijzen auteurs ook wel naar wat in jargon *depressive realism* heet: het verschijnsel dat depressieve mensen geen blijk geven van de zelfoverschatting die je bij veel gezonde mensen aantreft. McNally merkt terecht op dat de term *depressive realism* nogal misplaatst is bij patiënten met een ernstige depressie, die ook geheugenafwijkingen en andere cognitieve problemen ervaren.
8. Zie over het veinzen van aandoeningen: Merckelbach, H. (2011). De leugenmachine: *Fantasten, echte boeven en patiënten in de rechtszaal*. Amsterdam: Contact.
9. Zie respectievelijk *NRC Handelsblad* (Niet bij elk wissel naar de psychiater), 11 juni 2011 en *NRC Handelsblad* (Psychische klachten een op de drie agenten), 24 juni 2011.

Harald Merckelbach is als hoogleraar psychologie verbonden aan de Universiteit Maastricht.