

RICHARD LAYARD & DAVID M. CLARK

**THE
ORA
PIE
WINST**



DE WAARDE VAN
PSYCHOLOGISCHE BEHANDELING

Boom

Richard Layard & David M. Clark

Therapiewinst

De waarde van psychologische
behandeling

Boom

Wij zijn GGZ Nederland, en in het bijzonder Alexander Inia en Dung Ngo, zeer erkentelijk voor het beschikbaar stellen van de Nederlandse cijfers en data.

Oorspronkelijk: *Thrive – The Power of Evidence-Based Psychological Therapies*
Published by Penguin Random House, 2015

© Nederlandse vertaling: Boom uitgevers Amsterdam, 2018

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Vertaling: Albert Witteveen
Binnenwerk: ZetSpiegel, Best
Omslag: Nanja Toebak

ISBN 9789024420476
NUR 770

www.boompsychologie.nl
www.bua.nl

Voor Molly en Anke

Inhoud

Voorwoord	9
Deel I Het probleem	11
1 Wat is het probleem?	13
2 Wat is een psychische aandoening?	23
3 Hoeveel mensen lijden eraan?	41
4 Krijgen ze hulp?	51
5 Wat doet een psychische aandoening met iemands leven?	61
6 De economische aspecten	79
7 Wat veroorzaakt een psychische aandoening?	87
Deel II Wat kunnen we doen?	107
8 Werkt therapie eigenlijk wel?	109
9 De ontwikkeling van therapieën	121
10 Wat werkt voor wie?	137
11 Is meer therapie betaalbaar?	159
12 Een betere toegang tot psychotherapie	171
13 Wat werkt voor jongeren?	187
14 Kunnen we een psychische aandoening voorkomen?	195
15 Zou een betere cultuur helpen?	207
16 Stop deze pijn	219
Dankwoord	227
Bronnen van tabellen en grafieken	229
Bijlagen	233
Noten	235
Literatuur	267
Register	301

Voorwoord

De Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (ggz) doet het relatief goed. In vergelijking met andere landen wordt onze ggz gekenmerkt door redelijk goede betaalbaarheid, omdat de toegang is opgenomen in de basisverzekering, en door goed opgeleide en competente professionals.

Maar het kan en moet beter: wachttijden voor jeugd en volwassenen zijn veel te lang, en hulpverleners zijn overbelast met te hoge case loads en administratieve lasten. Verder is er nog veel onbekend over wat goede psychologische zorg Nederland kan opleveren.

Er moet meer en beter geïnvesteerd worden in de ggz. In het bijzonder in psychologische/psychotherapeutische behandelingen die in wetenschappelijk onderzoek effectief zijn gebleken, uitgevoerd door competente klinici, toegesneden op de kenmerken en omstandigheden van hun cliënten en naasten. Omdat ook in Nederland psychische problemen veel meer voorkomen dan veel mensen (en politici) denken en cliënten dergelijke goede behandelingen niet, of niet op tijd krijgen. Daarmee doet Nederland zichzelf tekort. Veel mensen kunnen gelukkiger en productiever worden als hun psychische problemen eerder en beter worden behandeld.

Meer en beter investeren is niet het enige middel om een betere ggz te realiseren, maar het helpt wel en verdient zichzelf ruimschoots terug. Dit boek maakt als geen ander duidelijk waarom. De belangrijkste boodschap is glashelder:

- 1) Een te klein deel van het totale budget gaat naar effectieve ggz.
- 2) Effectieve ggz is geen kostenpost, maar een op individueel en vooral ook maatschappelijk niveau heel nuttige investering. Een investering die zich dubbel en dik terugverdient door minder vraag naar andere zorg (waaronder de veel duurdere somatische zorg), minder arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid, minder uitkeringen, minder criminaliteit en betere prestaties op school en werk. De overheid moet over traditionele financieringsschotten heen kijken. Een gemiddelde psychologische/psychotherapeutische behandeling van de meest voorkomende psychiatrische

stoornissen kost ongeveer € 2.000 en levert het dubbele op door gelukkiger en beter functionerende mensen.

3) Effectieve psychologische/psychotherapeutische behandelingen zijn bekend en beschikbaar. Ze zijn niet moeilijk of mysterieus. Er hoeft niets eerst nog onderzocht te worden. Tientallen jaren van goed wetenschappelijk onderzoek, nationaal en internationaal, heeft voor de meeste psychische klachten en problemen aangetoond wat in het algemeen goed werkt. Er zijn protocollen, handboeken en goed opgeleide en gemotiveerde behandelaren. Nederland kan er vandaag mee beginnen.

Dit boek verdient een veel breder publiek dan hulpverleners alleen. Het is een boek voor politici, beleidsmakers, zorgverzekeraars en verwijzers. Voor cliënten die waar voor hun geld willen. Het is een boek voor de media en journalistiek, waar vaak nog een achterhaald freudiaans beeld heerst over wat psychotherapie is en hoe het werkt. De divan staat allang niet meer in de behandelkamer van de gemiddelde psycholoog of psychotherapeut. Over je probleem praten is minder effectief dan er wat aan doen.

Vier jaar na het verschijnen van *Thrive* staat de boodschap nog recht overeind. Dat het boek is geschreven vanuit de Britse situatie is geen beletsel: de boodschap is 'stelsel-ongevoelig'. Laten we voor een gezonder Nederland meer en beter investeren in een effectievere ggz, en wel nu!

Arnold van Emmerik en Hubert van der Kleij
voorzitter en directeur Vereniging voor Gedrags-
en Cognitieve Therapieën (VGCT)

Deel I

Het probleem

Wat is het probleem?

*Ik ging mijn hele leven altijd al veel te ver
En ik zwaaide niet maar ik verdronk
– Stevie Smith, Not waving but drowning*

Dennis Stevenson is een bekende Britse zakenman die zo nu en dan last heeft van een depressie. Hij vertelt: ‘Ik heb een keer mijn been gebroken, op tien plaatsen. Toen ik naar het ziekenhuis werd gebracht, deed iemand het portier dicht met mijn been ertussen. Je kunt je voorstellen dat dat pijn deed, maar ik kan je wel vertellen dat de pijn van een depressie veel erger is: die is verschrikkelijk.’

Psychische pijn is net zo echt als lichamelijke pijn. Het wordt in dezelfde gebieden van de hersenen ervaren en is vaak een grotere belemmering voor het functioneren. Toch worden deze twee soorten pijn niet op dezelfde manier behandeld. Terwijl bijna iedereen die lichamelijk ziek wordt een behandeling krijgt, krijgen twee van de drie mensen met een psychische aandoening die niet. Als je een been breekt, krijg je uiteraard medische zorg, maar als je mentaal gebroken bent, is die zorg niet vanzelfsprekend.

Het is een schokkende vorm van discriminatie, die zich wereldwijd voordoet. En het is zo schokkend omdat er goede behandelingen voorhanden zijn voor de meest voorkomende psychische problemen, te weten depressie en ernstige angststoornissen. De behandelingen – moderne psychotherapie en in sommige gevallen medicijnen – zijn niet duur. En de economische voordelen ervan zijn op zijn minst opvallend te noemen.

De behandeling van psychische problemen levert enorme besparingen op: minder mensen met een uitkering en minder mensen die worden behandeld voor lichamelijke kwalen die zijn verergerd door psychische problemen. Op basis van redelijke schattingen kunnen we zeggen dat de behandelingen zichzelf betalen. Ze kosten de samenleving niets. Toch worden ze aan nog geen derde van de mensen die ze nodig hebben aangeboden. Dat is een groot onrecht en schromelijk inefficiënt. En het is de

belangrijkste reden waarom we dit boek hebben geschreven – de pijn van onbehandelde problemen met de geestelijke gezondheid, en het feit dat ze kunnen worden behandeld terwijl het weinig of niets kost.

Er speelt nóg een kwestie. In de afgelopen vijftig jaar hebben de ontwikkelde landen een enorme vooruitgang doorgemaakt – minder absolute armoede, betere lichamelijke gezondheid, meer onderwijs en betere huisvesting. En toch is er in de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en veel andere landen sprake van bijna net zoveel lijden als vijftig jaar geleden – met minstens zoveel maatschappelijke problemen, meer gezinsconflicten, meer criminaliteit en meer antisociaal gedrag.¹ De aanpak van meer zichtbare aspecten van het leven, zoals inkomen, onderwijs, lichamelijke gezondheid en huisvesting, is niet genoeg om het leven van mensen gelukkiger of overzichtelijker te maken. We zijn iets heel belangrijks vergeten – de innerlijke mens. Geestelijke gezondheid is iets wat een doelbewuste cultivering vereist, met deskundige hulp als het dreigt mis te gaan. Bij een geestelijk gezonde samenleving zijn we allemaal gebaat. Dat is de tweede reden waarom we dit boek hebben geschreven: de grote prijs die we betalen voor psychische aandoeningen.

De feiten die we naar voren brengen, zijn in veel gevallen zeer opmerkelijk. Ondanks de vele jaren die wij in dit veld werkzaam zijn, verbazen sommige feiten zelfs ons nog steeds.²

Hoeveel mensen hebben een psychisch probleem?

Psychische aandoeningen zijn het grote verborgen probleem in onze samenlevingen. De meeste mensen staan daarom versteld als ze horen wat de omvang ervan is.³ In Groot-Brittannië lijdt vandaag de dag een op de zes volwassenen aan een depressie of een ernstige angststoornis. Hetzelfde geldt voor de Verenigde Staten en (het vasteland van) Europa.

In Nederland hadden in 2011 ruim een miljoen volwassenen een angststoornis, en leden er 800.000 aan een depressie. (Bron: volksgezondheidszorg.info)*

* De Nederlandse cijfers zijn te vinden in de kaderteksten. Met veel dank aan Alexander Inia en Dung Ngo van GGZ Nederland.

In ruwweg een derde van de gezinnen heeft momenteel iemand een psychische aandoening. In gesprekken met anderen over ons werk horen we bijna altijd: ‘O, mijn zoon...’, ‘Mijn moeder...’, of soms: ‘Ik moet toegeven dat ik...’ Meestal zeggen ze erbij: ‘Dit is tussen ons natuurlijk.’ (In het bijzonder als het een politicus betreft.) En om maar een schokkend feit te noemen: in Amerika komen meer mensen om door zelfdoding dan in het verkeer.⁴

Psychische aandoeningen komen niet alleen veel voor, maar ze kunnen ook echt belemmerend werken op ons vermogen om voor onszelf te zorgen, sociaal te functioneren, ons in de samenleving te bewegen, en lichamelijke en geestelijke pijn te vermijden. Een depressie werkt gemiddeld 50 procent meer belemmerend dan keelontsteking, astma, artritis of diabetes.

Hier is nog een opvallend feit: toen de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) ging meten hoeveel ziekte in het algemeen voorkwam, met inachtneming van de ernst van de ziekte, constateerde men dat in de rijke landen psychische aandoeningen bijna 40 procent van alle ziekten uitmaken.⁵ Beroertes, kanker, hartkwalen, longaandoeningen en diabetes maken daarentegen minder dan 20 procent uit. De grafiek op p. 16 laat dat zien.

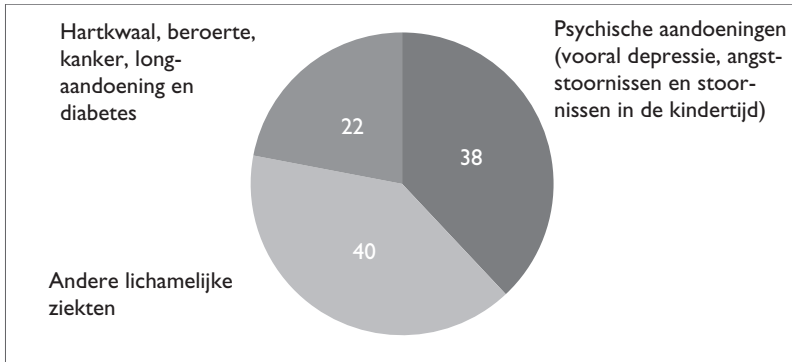
Een psychische aandoening is iets waaraan je je moeilijk kunt aanpassen – veel moeilijker dan aan de meeste lichamelijke kwalen, met uitzondering van chronische pijn.⁶ Daarom is het zo verschrikkelijk voor wie er last van heeft. Maar psychische aandoeningen zijn ook slecht voor de economie, omdat ze verantwoordelijk zijn voor bijna de helft van alle ziektedagen. En psychische aandoeningen zijn slecht voor de belastingbetaler, omdat ze een rol spelen bij bijna de helft van alle mensen die van een uitkering leven.

Gezien al deze feiten zou je denken dat psychische problemen hoog op de lijst van prioriteiten staan bij elke organisatie voor de volksgezondheid, maar dat is niet zo. In 2007 spraken we drie weken na zijn aantreden met de nieuwe Britse minister van Volksgezondheid. Aan het eind van ons gesprek zei hij: ‘Er valt me wel iets op. Ik ben nu drie weken in functie en heb ongeveer veertig vergaderingen bijgewoond, maar tot dusver heb ik de term “geestelijke gezondheid” nog niet eerder gehoord.’

De situatie bij werkgevers is vergelijkbaar. In januari 2012 hield het Wereld Economisch Forum (WEF) zijn gebruikelijke conferentie in de

sneeuw in Davos. Daarbij werd onder meer een vergadering gehouden van de Workplace Wellness Alliance, een groep van zestig van de meest verlichte werkgevers in de wereld. Er werd gesproken over de gezondheidsproblemen onder werknemers waarmee werkgevers te maken hadden, en er werden gedetailleerde presentaties gegeven over cardiovasculaire ziekten (hart en bloedvaten), diabetes, longaandoeningen, kanker en musculoskeletale kwesties (spieren en botten), maar het ging niet over psychische aandoeningen, ook al zijn die de oorzaak van veel ziekteverzuim. Mensen willen er gewoon niet over praten.

38 procent van alle ziekten in de rijke landen zijn psychische aandoeningen



Is er hulp?

Gezien deze situatie is het niet verwonderlijk dat de meeste psychische aandoeningen onbehandeld blijven.⁷ Terwijl de meeste mensen met een lichamelijke ziekte een behandeling krijgen, geldt dit voor minder dan een op de drie mensen met een psychische aandoening. Dit geldt voor de hele ontwikkelde wereld, en zelfs voor zware depressies is het cijfer minder dan de helft in Groot-Brittannië, de Verenigde Staten en Europa. Als je alvleesklier niet goed werkt, krijg je vanzelfsprekend een behandeling, maar als je tientallen jaren geestelijk in de war bent, krijg je die niet.

Wat is toch de reden voor deze grove nalatigheid? Een van de redenen is dat er een stigma kleeft aan psychische problemen. Mensen schamen zich ervoor. Lichamelijke (on)gezondheid is 'van God gegeven', maar een psychische aandoening is op de een of andere manier je eigen schuld. Ook veel familieleden voelen die schaamte. Daarom bestaat in de meeste landen

geen doeltreffende lobby ter ondersteuning van mensen met een psychische aandoening, zoals die er wel is voor hartfalen, kanker en dergelijke.

Een andere belangrijke reden voor onderbehandeling is echter eenvoudigweg kennisachterstand. Veel mensen weten niet dat we voor psychische aandoeningen nieuwe behandelingen hebben die net zo effectief zijn als de behandelingen voor veel lichamelijke ziekten.

Kan een psychische aandoening effectief worden behandeld?

De tijden zijn veranderd.⁸ Tot de jaren vijftig bestonden er geen wetenschappelijk onderbouwde behandelingen voor een psychische aandoening, maar in de jaren vijftig werden er belangrijke ontdekkingen gedaan die konden bijdragen aan de beheersing van psychotische symptomen (met antipsychotica) en depressies (met antidepressiva). Hierbij moet worden aangetekend dat psychofarmaca niet populair zijn, vaak vanwege de bijwerkingen. Dit kan de huidige onderbehandeling deels verklaren. De jaren zestig en zeventig brachten echter grote doorbraken in de psychotherapie. De belangrijkste hiervan was wat nu bekendstaat als cognitieve gedragstherapie (CGT), die is gebaseerd op het feit dat gedachten invloed hebben op gevoelens en dat een constructievere manier van denken stap voor stap, systematisch, kan worden opgebouwd. CGT is beslist niet de enige therapie die werkt, en CGT werkt ook niet altijd. Maar deze therapie is zoveel vaker onderzocht dan andere therapieën dat we zeker kunnen zijn van haar gemiddelde algemene effecten. Deze zijn inmiddels vastgesteld aan de hand van honderden gerandomiseerde klinische trials, zoals die ook worden gebruikt om medische behandelingen te testen.

De algemene bevinding is dat ongeveer 50 procent van de mensen die met CGT zijn behandeld voor een depressie of een angststoornis herstellen tijdens de behandeling, en dat veel anderen een significante verbetering laten zien. Voor depressie is CGT op de korte termijn net zo effectief als medicijnen, en op langere termijn effectiever in het voorkomen van de terugkeer van een depressie. Voor angststoornissen is het resultaat van CGT zelfs nog indrukwekkender. Veel mensen met bijvoorbeeld een sociale fobie, paniekstoornis of obsessief-compulsieve stoornis hebben deze aandoening al tientallen jaren, maar met een succesvolle behandeling worden ze meestal genezen voor het leven.

Een grote held in deze 'psychologische revolutie' is psychiater Aaron

Beck. Hij begon als psychoanalyticus en wilde de psychoanalyse een wetenschappelijke onderbouwing geven. Daarom zette hij een onderzoek op om een van haar centrale aannames te bevestigen, namelijk dat depressie het gevolg is van een onbewuste, tegen jezelf gerichte vijandigheid die is onderdrukt.⁹ Met een team van collega's vergeleek hij de dromen van depressieve en niet-depressieve patiënten. Anders dan hij had verwacht bleek dat de depressieve patiënten minder vijandigheid in hun dromen hadden dan de andere patiënten. Maar hun dromen vertoonden wel een grote overeenkomst met hoe ze feitelijk dachten als ze wakker waren. Ze zagen zichzelf als slachtoffer; de mensen of de omstandigheden waren tegen hen; ze voelden zich tegengewerkt, afgewezen of verlaten.

Daarom richtte Beck zich op wat zijn patiënten feitelijk dachten en bracht hij hen ertoe de 'automatische' gedachten te registreren die onderdeel waren van hun manier van denken. Hij ging tegenover hen zitten om te proberen deze vaak onuitgesproken gedachten te achterhalen.¹⁰ Wanneer hun gezicht betrok, vroeg hij: 'Wat dacht je zojuist?' Het bleek dat de manier van denken van depressieve mensen onder meer bestond uit doemdenken (steeds het ergste verwachten), zwart-witordelen en sterke generalisaties op basis van een enkele slechte ervaring. Om zijn patiënten te helpen trainde Beck hen om over hun gedachten na te denken en te kijken of ze misschien bevooroordeeld of vervormd waren. Tot zijn verrassing kwamen ze al vaak na nog geen twaalf sessies niet meer bij hem, met het commentaar dat ze geen behandeling meer nodig hadden.

Een andere held van de 'psychologische revolutie' was Joseph Wolpe, een Zuid-Afrikaanse psycholoog. Ook hij was opgeleid in de psychoanalyse, maar raakte gefrustreerd door het trage tempo van de behandeling. Hij las het werk van de Russische fysioloog Ivan Pavlov, die aantoonde dat angsten bij een dier konden worden uitgedoofd door het dier geleidelijk bloot te stellen aan het object van zijn angst. Wolpe paste deze vorm van gedragstherapie toe op zijn patiënten en merkte, net als Beck, dat er sprake was van een snel herstel. Beck en Wolpe hadden wezenlijke inzichten die later werden gecombineerd in de ontwikkeling van cognitieve gedragstherapieën. Om ervoor te zorgen dat hun nieuwe behandelingen betrouwbare resultaten hadden, ontwikkelden ze handleidingen die iedere goed opgeleide, empathische beoefenaar in de praktijk kon

brenge. En om de effectiviteit te meten ontwikkelden ze degelijke meet-instrumenten en gebruikten ze deze in wetenschappelijke gerandomiseerde trials om te bepalen welk percentage van de patiënten herstelde. De resulterende herstelcijfers van 50 procent of meer bieden nu hoop aan miljoenen mensen overal ter wereld.

Er bestaan zeker ook nog andere therapieën die uiterst effectief kunnen zijn. Die moeten nog systematisch worden ontwikkeld en getest. Als de geschiedenisboeken worden geschreven, zullen we hopelijk te zien krijgen dat CGT de weg heeft vrijgemaakt voor andere, misschien nog wel krachtigere therapieën. Voor nu geldt echter alleen dat CGT de psychotherapie op een punt heeft gebracht dat ze met wetenschappelijke onderbouwing kan claimen in staat te zijn levens te veranderen. Mogelijk zal later blijken dat CGT onze cultuur voorgoed heeft veranderd.

Een opvallend feit over moderne behandelingen (of het nu met medicijnen is of met therapie) is de grondigheid waarmee de resultaten worden gemeten. Dit staat ver af van de vage, minder gestructureerde en langduriger therapieën waarvan veel artsen een lage dunk hebben. Het is wetenschap van de bovenste plank, gebaseerd op gerandomiseerde gecontroleerde trials die repliceerbaar zijn, met slagingspercentages die net zo hoog zijn als in de meeste behandelingen die beschikbaar zijn voor lichamelijke ziekten. Deze bewezen effectieve psychotherapie is in vrijwel elk land moeilijk toegankelijk, maar niet genoeg mensen weten dit.

Zijn de behandelingen duur?

Het feit dat psychotherapie moeilijk toegankelijk is, heeft niets te maken met de kosten ervan.¹¹ Een standaardreeks van cognitieve gedragstherapie bestaat uit maximaal zestien individuele sessies van een uur, met een gemiddeld aantal sessies van rond de tien. De totale kosten van zo'n reeks zijn ongeveer 1000 pond of 2000 dollar (1300 tot 1700 euro). Met een succespercentage van 50 procent voor een ernstige aandoening krijg je dus waar voor je geld. Daarom wordt CGT in de officiële richtlijnen van de Britse National Health Service (Nationale Gezondheidsdienst) aanbevolen voor bijna alle mentale aandoeningen.¹²

Maar het economische voordeel is zelfs nog groter. Er vallen hier enkele duidelijke lessen te leren voor mensen die de financiering van het stelsel van gezondheidszorg regelen. De effecten voor de levensverwach-

ting zijn uitzonderlijk: een depressie reduceert iemands levensduur net zoveel als roken (en niet hoofdzakelijk door zelfdoding). En tijdens je leven leiden depressie en angstgevoelens tot meer bezoeken aan de huisarts en aan specialisten. Uit vergelijkende tests blijkt dat je, als je psychotherapie krijgt, minder vaak naar de dokter gaat voor lichamelijke kwalen dan mensen die geen behandeling krijgen. De resulterende besparingen zijn groot genoeg om de kosten van de psychotherapie te dekken. Voor de autoriteiten in de gezondheidszorg is dit een win-win-situatie: betaal voor meer psychotherapie en het kost je niets dankzij de besparingen op de lichamelijke gezondheidszorg. Voor de financiering van de gezondheidszorg is het zelfs gunstig om meer uit te geven aan therapie.

Dat geldt ook voor de financiering van het socialezorgstelsel, omdat veel mensen met een psychische aandoening niet kunnen werken en daarom dreigen hun baan te verliezen, of al leven van een uitkering. Dankzij de therapie zullen meer van hen aan het werk blijven en minder van hen van een uitkering leven. Uit betrouwbare berekeningen komt naar voren dat de kosten van uitkeringen en gederfde inkomsten uit belastingen hoger zijn dan de kosten van de psychotherapie. Er valt dus een dubbele winst te behalen doordat de kosten van de therapie tweemaal worden terugverdiend, zowel op het gebied van de lichamelijke gezondheidszorg als op het gebied van uitkeringen en gederfde belastinginkomsten.

Desondanks zijn de mensen die de financiering van de gezondheidszorg regelen over het algemeen terughoudend met het verschaffen van de benodigde middelen. Dat is de belangrijkste reden waarom zo weinig mensen een behandeling krijgen: het is vooral de mensen van de financiën aan te rekenen.

Vroege behandeling?

De zaak voor meer hulp wordt zelfs nog sterker als we de aandacht verleggen van volwassenen naar kinderen.¹³ Ook voor hen bestaan goede behandelingen, maar die zijn in de meeste landen niet algemeen beschikbaar. De cijfers voor te weinig behandeling zijn net zo slecht voor jongeren als voor volwassenen: slechts een op de vier jongeren met psychische problemen krijgt een behandeling.

De kortzichtigheid op dit punt is zo fnuikend omdat de helft van alle

psychische aandoeningen bij volwassenen al in de jeugd is begonnen. Bovendien zijn psychische aandoeningen bij kinderen een oorzaak van veel sociale problemen. Kinderen met een psychische aandoening hebben veel meer dan anderen de neiging om van school weg te blijven, drugs te gebruiken en zichzelf iets aan te doen. En jongeren met een gedragsstoornis hebben een grotere kans om, eenmaal volwassen, bij misdaad betrokken te raken, een tienerouder te worden, te scheiden en van een uitkering te leven. Dat brengt ons bij het tweede, bredere thema: de impact van een psychische aandoening op de samenleving als geheel.

Een betere samenleving?

In de donkerste dagen van de Tweede Wereldoorlog gaf Winston Churchill aan William Beveridge de opdracht om het sociaal beleid van de toekomst in kaart te brengen. In zijn beroemde rapport, dat bepalend was voor de latere Britse welvaartsstaat, noemde Beveridge vijf reuzen die verantwoordelijk waren voor de problemen in de samenleving. Dit waren gebrek, nietsdoen, onwetendheid, gebrekkige hygiëne en ziekte. Of in moderne termen: armoede, werkloosheid, gebrekkig onderwijs, slechte huisvesting en lichamelijke ziekte. Sindsdien hebben we een enorme vooruitgang geboekt tegen deze vijf reuzen, met uitzondering van zo nu en dan werkloosheid. Maar onze samenleving is nu niet gelukkiger dan toen. We hebben meer echtscheidingen, meer kinderen met stoornissen en meer misdaad.¹⁴ Een belangrijke reden hiervoor is dat de menselijke factor in ieder van ons grotendeels gelijk is gebleven. We hebben de externe problemen aangepakt, maar niet het interne probleem, de zesde reus: het kwaad van de psychische aandoening.

Daar is het verkeerd gegaan met de welvaartsstaat. Men ging ervan uit dat alle problemen een externe kwestie waren. Veel problemen zijn dat natuurlijk ook, maar niet allemaal. Problemen als depressie, angst en persoonlijkheidsstoornis zijn zo oud als de mensheid zelf. Nieuw is dat we in de afgelopen vijftig jaar belangrijke methoden hebben ontwikkeld om iets aan deze problemen te doen.

We hebben therapieën die mensen graag willen en die niet duur zijn, en die goede successcijfers hebben, gemeten volgens strikt klinisch onderzoek, maar ze zijn voor de meeste mensen eenvoudigweg niet beschikbaar. Onze stelling is dat als deze therapieën beter beschikbaar zijn, we daadwerkelijk een betere samenleving kunnen creëren.

Dit is niet het enige wat moet worden aangepakt: we zijn ook voorstander van een preventief beleid en grote sociale veranderingen.¹⁵ Maar in de tussentijd lijden miljoenen mensen. We weten hoe we hen kunnen helpen en wat de resultaten kunnen zijn. Hun de behandeling geven die ze nodig hebben, is de eerste prioriteit en moet het beleid bepalen waarvan we zeker weten dat het van doorslaggevende betekenis is. Dat is de belangrijkste claim in dit boek.

In dit licht stellen we in elk hoofdstuk een reeks vragen aan de orde. In deel I kijken we welke invloed een psychische aandoening heeft op het leven van mensen en het leven van de mensen om hen heen. We vragen ons ook af wat de oorzaak ervan is. In deel II kijken we wat eraan gedaan kan worden. Er bestaan uitstekende behandelmethoden en deze moeten nu op grote schaal beschikbaar worden gesteld. De Britse campagne voor verbetering van de toegankelijkheid van psychotherapie is een voorbeeld van wat er kan worden gedaan.¹⁶ Ook is er een scala aan veranderingen mogelijk die sowieso de kans op een psychische aandoening verkleinen.

De tijd is rijp voor een radicale heroverweging. Psychische aandoeningen verwoesten vele levens en veroorzaken zoveel problemen, maar er is geweldig nieuws: ze kunnen worden aangepakt en het kost ons geen rib uit ons lijf. De aanpak hiervan is 'een inkopper', zoals een journalist het noemde.¹⁷

2

Wat is een psychische aandoening?

*Depressie is het meest onaangename wat ik ooit heb ervaren...
Het is de afwezigheid van het vermogen om je in te denken dat je
ooit weer vrolijk zult zijn. De afwezigheid van hoop.*

– J.K. Rowling

Gareth is een goed uitziende man van in de dertig met een flinke dosis persoonlijke charme, maar in de tijd dat hij een twintiger was, zat hij vaak alleen maar thuis. Hij kon er niet tegen om in het gezelschap van anderen te zijn en dacht dat hij zo lelijk was dat iedereen in lachen zou uitbarsten als ze hem zagen. De enkele keer dat hij uitging, kreeg hij paniekaanvallen en ontvluchtte hij de situatie zo snel mogelijk om zich thuis te verschuilen.

Deze irrationele angst en zelfhaat zijn verbazingwekkend, maar niet ongewoon. Toen Gareth nog een jongen was, deed hij het goed op school, maar was hij nerveus in gezelschap. Op jonge leeftijd schreef hij al een opstel over depressie en de gedachte aan zelfmoord. Pas toen Gareth een baan kreeg, werd het hem echt allemaal te veel en viel hij uit. In de zeven jaar daarna had hij geen baan. Via de huisarts kreeg hij een ‘psychodynamische’ therapie van achttien maanden, waarin hij zijn leven in het verleden en zijn disfunctionele familie onder de loep nam. Zijn ouders waren gescheiden toen hij dertien was, en hij woonde eerst bij zijn vader, die zeer gewelddadig kon zijn, en daarna bij zijn moeder, maar de therapeut wilde niet ingaan op zijn huidige probleem: de zelfhaat en de sociale angst. Hij werd niet beter. In de twee jaar daarna werd hij doorverwezen naar nog twee andere psychologen, van wie de ene een benadering had die ook weer ‘persoonsgericht’ was. Deze behandeling hielp hem niet en medicijnen leken ook niet te helpen.

Maar toen zag hij op televisie de documentaire *Too Ugly for Love*. De film ging over ‘morfodysfore stoornis’, waarbij je ervan overtuigd bent dat je lelijk bent en dat mensen om je lachen. Dat was precies zoals hij zich voelde. Hij zocht de therapeut op die het programma presenteerde

en kreeg uiteindelijk een diagnose. Na nog eens drie jaar getouwtrek kon hij bij de therapeut terecht in een intramurale kliniek voor angststoornissen voor cognitieve gedragstherapie, een twaalf weken durend programma.

Gareth zei daarover: 'Binnen acht weken was mijn leven veranderd.' Later schreef hij:

Ik geniet voor het eerst in mijn leven van dingen die de meeste mensen als vanzelfsprekend aannemen, zoals ontspannen wandelen tussen de mensen en je een onderdeel van de samenleving voelen, hardop spreken in een groep, of in een café zitten en een hapje eten. Vaak voelt het alsof ik herboren ben, alsof de wereld is veranderd van een plek vol angst en dreiging in een plek vol mogelijkheden en enthousiasme.¹

Hij begon daarna onmiddellijk met vrijwilligerswerk en volgde een opleiding tot therapeut. Tegenwoordig heeft hij een eigen praktijk. Als je hem nu zou ontmoeten, geloof je niet dat hij zo'n beproeving heeft doorgeemaakt, behalve dat hij soms nog in tranen uitbarst als hij erover vertelt.

Lisa is drieënvijftig. Haar angsten kreeg ze al op jonge leeftijd, kort nadat haar driejarige zusje stierf aan kanker. Ze maakte zich zorgen over van alles, en op haar veertiende had ze tal van controlerituelen om haar zorgen in bedwang te houden. Tegen de tijd dat ze afstudeerde in kunstgeschiedenis, was ze bezeten van het idee dat ze iemand zou vermoorden. Ze wilde bij mensen in hun hersenen kijken, en daarvoor zou ze iemand moeten doden. Om iets te doen aan deze obsessieve gedachten ging ze naar een kliniek, maar daar richtten ze zich alleen op het gegeven dat haar gedachten een afspiegeling waren van de dood van haar zusje en andere gebeurtenissen in haar jeugd. Ze leerde niet hoe ze haar gedachten kon beheersen. Jarenlang was ze niet in staat te werken, maar uiteindelijk ging ze op haar vijftigste naar een kliniek die was gespecialiseerd in de behandeling van obsessief-compulsieve stoornissen (ocs).

Drie jaar later schrijft ze hierover:

Met behulp van de technieken die ik leerde bij de in ocs gespecialiseerde afdeling kon ik omgaan met de gedachten die bij me opkomen en heb ik niet meer de behoefte om psychotherapeuten te raadple-

gen. Ik heb elk verlangen om weer naar de alcohol te grijpen achter me gelaten.

Ik ben een niet-volmaakte, kleine, dikke vrouw van drieënvijftig, maar ik heb nu het gevoel dat ik een miljonair in emotie ben! Hiervoor had ik het gevoel dat ik eigenlijk niet deugde; ik ben uit de ocs-afdeling weggegaan als iemand die deugt, met ambities voor de toekomst... Een vrijer iemand, geestelijk flexibeler. Mijn zoon schreef pas geleden op zijn verjaardagskaart voor mij: 'Zelfs een dinosaurus kan me niet bij jou weghouden!'²

Op 28 februari 2006 reed kapitein Kevin Ivison met zijn bomopruimings-team over een grote weg nabij Basra. Er ontplofte een zware bom, waarbij twee vrienden voor zijn ogen omkwamen. Een gewelddadige menigte Irakezen verzamelde zich achter de resterende voertuigen, waardoor de terugweg was afgesneden. Maar vóór hen kon hij nog een zware bom zien liggen. Als hij probeerde die te ontmantelen, kon de bom op dat moment op afstand tot ontploffing worden gebracht, of hij kon worden gedood door een sluipschutter. Kevin werd bevangen door angst. Hij was ervan overtuigd dat hij zou sterven. Toch ging hij naar voren om de bom onschadelijk te maken. Het duurde twintig minuten, maar het lukte hem, en daarna kon hij met de rest van zijn team weggkomen. Zijn zenuwen waren echter gesloopt en hij verliet het leger. Ook al werd hem de Britse George Medal voor betoonde moed toegekend, hij had nog steeds het gevoel dat zijn vrienden dood waren door zijn schuld. Als hij wakker was kon hij aan niets anders denken dan die dag, en als hij sliep had hij bijzonder heftige nachtmerries. Kevin kon alleen nog maar denken aan de dood en aan de angst voor de dood. Voorheen was hij een uiterst gezellige kerel, maar nu was hij nors geworden en kon hij niets verdragen, geen mensen en geen lawaai.

Hij beseftte dat er iets gedaan moest worden, maar pas vier jaar later kreeg hij een behandeling in het Maudsley Hospital in het zuiden van Londen. Hij had twaalf lange CGT-sessies, waarin hij in een volkomen veilige omgeving teruggedacht aan elk moment van die dag, zonder dat er enig oordeel werd geveld. Door deze therapie leerde Kevin de irritaties in het dagelijkse leven te verdragen. Zoals hij het verwoordde: 'Binnen twee maanden na het begin voelde ik me een heel ander persoon en aan het eind was ik – bijna – weer de "oude" ik.'³

Angst

Zoals Gareth, Lisa en Kevin zijn er miljoenen mensen in de hele wereld die lijden aan een vorm van angst. Toen de mensen zich op de savanne ontwikkelden in de nabijheid van andere gevaarlijke dieren, hadden de mensen die schrikachtiger waren een grotere kans om te overleven. Angst was toen functioneel, maar in de moderne wereld wordt extreme bezorgdheid disfunctioneel. We maken ons meestal, de meesten van ons tenminste, meer zorgen dan goed voor ons is, maar er bestaat een heel spectrum van bezorgd zijn en obsessie. Bij ongeveer acht procent van de mensen werkt angst zo verlammend dat er professionele hulp nodig is.⁴ Deze mensen lijden aan een ‘angststoornis’.

Bij sommigen is deze angst heel algemeen, ofwel ‘gegeneraliseerd’. Ze maken zich zorgen over heel veel dingen en hebben er moeite mee om zich te concentreren, stil te zitten, of goed te slapen. Dit kan leiden tot vermoeidheid en extreme uitputting, maar specifieke stoornissen werken vaak nog veel verlammerend. De meest voorkomende soorten zijn de paniekstoornis, sociale fobie, de obsessief-compulsieve stoornis en de posttraumatische stressstoornis (PTSS).

Mensen met een paniekstoornis zijn ervan overtuigd dat ze op het punt staan dood te gaan, flauw te vallen, een hartaanval of beroerte te krijgen, of gek te worden. Ze bespeuren een of andere lichamelijke prikkel waarvan ze geloven dat het een teken van gevaar is. Dit zet hun ‘vecht-of-vluchtreactie’ in werking en drijft hun hartslag op. Ze gaan niet dood, maar de angst is zo intens dat zelfs de vrees voor een aanval al een aanval kan oproepen. Mensen met een dergelijke angst kunnen meestal hun huis niet verlaten uit vrees voor wat er zou kunnen gebeuren... ze ontwikkelen een agorafobie (pleinvrees). Een vijfde van de mensen met een paniekstoornis probeert zichzelf te doden.⁵

Mensen met een sociale fobie zijn ervan overtuigd dat anderen hen saai of onbekwaam vinden. Ze houden voortdurend in de gaten welke indruk ze op mensen maken, en dit extreme zelfbewustzijn maakt het alleen maar erger. Ze blozen, zweten of beven. Als de situatie ingewikkeld wordt, verschuilen ze zich gewoon, zoals Gareth al die jaren deed.

Mensen met een obsessief-compulsieve stoornis hebben zeer specifieke gedachten of gedragingen die ze niet kunnen tegenhouden, ook al willen ze dat wel. Lisa is een voorbeeld van iemand met obsessieve gedachten. De meest voorkomende gedachten gaan over het vermoorden van

iemand of het begaan van een andere vreselijke daad. Compulsief gedrag omvat herhaaldelijk de handen wassen of herhaaldelijk controleren of alle deuren gesloten zijn – en dat vaak langer dan een uur achter elkaar. Deze gedachten en gedragingen kunnen echt verlamvend gaan werken.

En tot slot is er de posttraumatische stressstoornis, waarvan iedereen last kan krijgen, zoals Kevin, die een bijzonder schokkende ervaring heeft gehad die voortdurend in zijn gedachten terugkeert of die wordt opgeroepen door een of andere belevenis. Mensen met deze stoornis worden vaak uiterst gevoelig, schrikachtig en prikkelbaar, dusdanig dat de relaties thuis en op het werk eronder lijden.

Angsten, in het bijzonder sociale fobie, beginnen vaak in de kindertijd. En als ze er eenmaal zijn, houden de meeste angsten vaak lange tijd aan. Uit een onderzoek onder patiënten kwam naar voren dat de gemiddelde persoon zijn of haar stoornis al meer dan zeventien jaar had.⁶ Daarentegen geldt dat wanneer de angst met succes is behandeld, het herstel meestal definitief is.⁷

Depressie

Depressie is meer een kwestie van perioden met onderbrekingen, maar dat maakt depressie niet minder verschrikkelijk. Neem Lewis Wolpert. Lewis is een vooraanstaand academicus die door iedereen die hem kent als een bijzonder positief ingesteld persoon wordt gezien. Op zijn vijftienvestigste werd hij echter getroffen door een zware depressie. Zoals hij het verwoordt:

Het was het ergste wat ik in mijn leven heb meegemaakt. Zelfs nog verschrikkelijker dan te zien hoe mijn vrouw stierf door kanker. Ik schaam me als ik dit zeg, maar het is echt zo. Ik verkeerde in een toestand die ik nog nooit eerder had meegemaakt. Ik voelde me niet alleen maar neerslachtig, depressief in de gangbare zin van het woord. Ik was erg ziek. Ik was totaal op mezelf betrokken, ik was negatief en ik dacht het grootste deel van de tijd aan zelfdoding. Ik kon niet goed nadenken, laat staan werken, het liefst lag ik de hele dag in bed. Ik kon niet fietsen of in mijn eentje het huis uit gaan. Ik kreeg paniekaanvallen als ik alleen was. En er waren talloze lichamelijke symptomen – mijn hele huid leek in brand te staan en ik kreeg onbedwingbare zenuwtrekjes. Elk nieuw lichamenlijk signaal bracht een extreme angst teweeg. Ik was bijvoor-

beeld doodsbang dat ik niet meer zou kunnen plassen. Slapen was onmogelijk zonder slaappillen: die werkten hooguit een paar uur, en als ik dan wakker werd voelde ik me nog slechter. De toekomst was hopeeloos. Ik was ervan overtuigd dat ik nooit meer zou kunnen werken, dat ik nooit meer beter zou worden of dat ik helemaal gek zou worden. Alleen zelfdoding leek een oplossing.

Lewis dacht dat zijn depressie werd veroorzaakt door de verandering in de medicijnen die hij voorgeschreven kreeg voor zijn hartritmestoornis, gecombineerd met een angst voor zijn pensionering. En toen kregen de gevoelens de overhand. Hij begon een behandeling met medicijnen, maar werd overspoeld door het verlangen om de hand aan zichzelf te slaan. De enige oplossing was de veiligheid van een ziekenhuis, maar de kwelling hield wekenlang aan. Daarna was zijn situatie in zoverre verbeterd dat hij weer naar huis kon gaan, al had hij er nog steeds veel moeite mee om alleen te zijn. Daarom begon hij een behandeling met CGT. Men had hem CGT aangeboden in zijn donkerste periode, maar toen had die niets uitgericht. Nu vond hij deze therapie ‘geweldig nuttig’. Uiteindelijk kon hij ook weer werken en zijn normale leven hervatten. Hij had geen antidepressiva meer nodig en schreef een uitstekend boek over depressie onder de titel *Malignant Sadness*.⁸

Negen jaar lang was Mary niet in staat te eten in gezelschap, zelfs niet met haar kinderen. Ze voelde zich waardeloos. Ze at alleen als iemand haar voerde. Als kind was ze ongelukkig geweest, met een moeder die bijzonder kritisch was, maar haar echte depressie begon toen ze in de dertig was, nadat ze was gescheiden van de vader van haar kinderen. Ze stopte met autorijden omdat ze bang was dat ze doelbewust ergens tegenaan zou rijden. Ze kon zich niet concentreren en werd dolend op straat aangetroffen, verdwaald. Ze beschrijft haar gevoelens als een afschuwelijke leegte. ‘Het voelde alsof ik beetje voor beetje werd opgegeten door een virus dat nooit meer weg zou gaan. Ik was aan het verdwijnen.’

Wanneer ze bij haar huisarts kwam, was ze steevast in tranen, maar het enige wat de huisarts deed was haar Prozac geven. Dat hielp enigszins, maar haar gemoedstoestand bleef negen jaar lang zeer wankel.

Uiteindelijk besloot ze zich aan te melden voor psychologische therapie. Het was CGT. In eerste instantie was ze pessimistisch over het resul-

taat, totdat er halverwege haar reeks van elf wekelijkse sessies een knop omging. Volgens haar waren er drie dingen die haar het meest hielpen. Het eerste was een systematische analyse van haar gedachten, waaruit bleek hoe onredelijk kritisch ze op zichzelf was. Het tweede was een per dag opgeschreven plan voor positieve acties en een dagelijks verslag van de dingen waarvoor ze dankbaar was. En het derde bestond uit gedrags-experimenten, zoals stapje voor stapje ertoe overgaan om te eten terwijl ze tussen de mensen was, binnen de veilige context van de therapie.

Het resultaat was dat haar gemoedstoestand volledig veranderde. Ze werd een ander mens, en dat is dat nu alweer ruim vier jaar zo.

Sophie is een mooie, getalenteerde vrouw van eind twintig. Ze heeft altijd last gehad van perfectionisme en kon het nooit goed genoeg doen. Als tiener gedroeg ze zich afstandelijk en teruggetrokken, zodanig dat het volstrekt onduidelijk was of het haar iets kon schelen toen ze op haar vijftiende bijna om het leven kwam bij een zwaar ongeval. Tijdens haar studie deed ze het erg goed, maar in het laatste jaar aan de universiteit kwam ze echt in een neerwaardse spiraal.

Ze kon niet meer goed nadenken en kon niet meer functioneren. Ze voelde zich gevangen. Momenten van totale leegte en koortsige gedachten die onbedwingbaar rondwervelden, wisselden elkaar af. Ze kreeg een overweldigend verlangen om aan deze verschrikking te ontsnappen. Op haar kamer dronk ze midden in de nacht een glas whisky en slikte ze pillen. Gelukkig werd ze misselijk en overleefde ze het, waarna ze haar studie afmaakte en een baan vond.

Maar het jaar daarop was het nog erger. Ze nam ontslag en had daarna soms even werk, maar was niet in staat een baan vast te houden. Ze dronk veel. Ze ging langs bij een coach, maar dat leverde weinig op. Toen werd ze doorverwezen voor CGT.

Ze leerde haar gedachten te registreren en vast te leggen, wat haar enige rust bracht: ze leerde zich bewust te worden van haar perfectionisme. Ze leerde ook om haar leven in te delen (eten, slapen, met anderen omgaan, drinken), wat orde bracht in de chaos. Ze ging weer aan het werk. Geleidelijk ging het beter met haar gemoedstoestand, en nu is ze al ruim twee jaar kalm en stabiel. 'Ik houd meer van mezelf,' zegt ze, 'en iedereen merkt het verschil.'

GAD-7 voor angststoornis

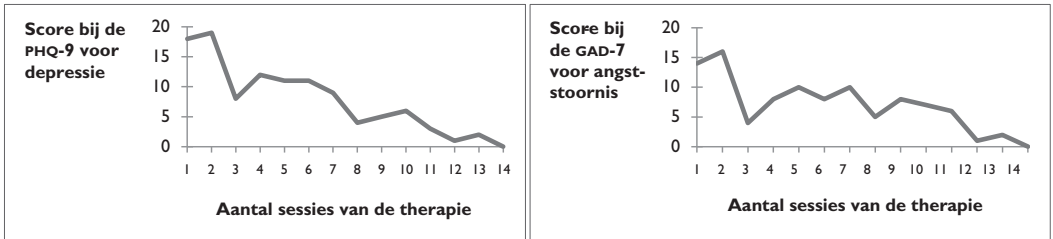
Hoe vaak had u in de afgelopen twee weken last van een van de volgende problemen?	Helemaal niet	Enkele dagen	Meer dan de helft van de dagen	Bijna elke dag
1 Nerveus, angstig of gespannen gevoel	0	1	2	3
2 Niet kunnen stoppen met je zorgen maken of dat beheersen	0	1	2	3
3 Je te veel zorgen maken over verschillende dingen	0	1	2	3
4 Moeite met je ontspannen	0	1	2	3
5 Zo rusteloos zijn dat je nauwelijks stil kunt zitten	0	1	2	3
6 Snel geïrriteerd of prikkelbaar worden	0	1	2	3
7 Bang zijn dat er iets vreselijks kan gebeuren	0	1	2	3

Een depressie begint vaak op latere leeftijd dan een angststoornis.¹⁴ Een depressie begint zelden voor de tienertijd, en de gemiddelde leeftijd waarop deze begint is dertig. Anders dan een angststoornis komt een depressie ook vaak terug. Een depressie eindigt meestal binnen negen maanden, maar komt bij ongeveer 60 procent van de mensen minstens nog een keer terug. Gemiddeld krijgen ze bij elkaar vier aanvallen gedurende hun leven.¹⁵ Sommige depressies zijn zo ernstig dat ziekenhuisopname noodzakelijk is, bijvoorbeeld omdat er een risico is op zelfdoding.

Ziekenhuisopname komt vooral veel voor bij mensen die soms een depressie ervaren, maar op andere momenten een manie (extreem opgewekte stemming, almachtsgevoelens, agressie, verminderde slaapbehoefte). Deze mensen hebben een blijvende gemoedstoestand die bipolaire stoornis wordt genoemd en die over het algemeen optreedt aan het einde van de tienertijd of kort daarna.¹⁶ Deze toestand is over het algemeen ernstiger dan een unipolaire depressie (waarbij geen perioden van manie optreden). Meer dan 10 procent van de mensen met een bipolaire stoornis doodt zichzelf uiteindelijk.¹⁷ Een bipolaire stoornis treedt op enig moment op bij ongeveer 0,5 tot 1 procent van de volwassenen en is

een van de drie belangrijkste stoornissen die bekendstaan als een ‘zware psychische aandoening’.¹⁸ De andere twee zijn schizofrenie en persoonlijkheidsstoornis.

Mary's scores gedurende de behandeling



Schizofrenie

Schizofrenie kan vele vormen aannemen.¹⁹ Wanen of hallucinaties komen het meest voor. Sommige mensen geloven dat ze iemand anders zijn, zoals God, de duivel of de minister-president; over het algemeen is er sprake van grootheidswaan. Anderen geloven dat ze het slachtoffer van vervolging zijn. Hallucinaties zijn daarentegen lichamelijk getinte ervaringen: meestal stemmen die eindeloos praten, en sommige mensen zien visioenen. Iedereen heeft wel eens de tragische figuren op straat gezien die in een furieuze discussie verwickeld zijn met hun stemmen of die tekeergaan tegen iets onzichtbaars.

In al deze gevallen heeft de schizofrenie een ‘positieve’ vorm aangenomen: de overtuigingen of ervaringen worden beleefd alsof zij echt zijn. Ongeveer een kwart van de mensen met schizofrenie zijn daarentegen heel passief – apathisch, zonder plezier of merkbare emotie: ze lijden, maar ze lijden in stilte. Een derde symptomenvariant is wanordelijk gedrag – mensen kunnen verward praten, wild lachen of huilen, of cataaton zijn en roerloos blijven.

Schizofrenie is een vreemde en vreselijke verzameling van toestanden die goed zijn beschreven in de roman *Human Traces* van Sebastian Faulks. Voor familieleden is schizofrenie uiterst verontrustend. Schizofrenie is de meest voorkomende vorm van ‘psychose’, wat betekent dat iemand in een acute fase het contact met de werkelijkheid in aanzienlijke mate verliest. Ongeveer 10 procent van de mensen met schizofrenie

doodt zichzelf.²⁰ Het probleem doet zich in de meeste landen in de wereld voor bij 0,5 tot 1 procent van de bevolking, en doet zich pas volledig gelden aan het einde van de tienertijd of later. Ruim 20 procent van de mensen met schizofrenie herstelt daar volledig van.²¹

Persoonlijkheidsstoornis

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis worden onderverdeeld in twee hoofdgroepen.²² De eerste groep bestaat uit mensen met instabiliteit in hun leven en hun gevoelens. Velen van hen doen zichzelf schade aan en wel 10 procent gaat uiteindelijk over tot zelfdoding. Hun stoornis heeft de eigenlijk wat vreemde benaming borderline persoonlijkheidsstoornis gekregen en komt bij 0,5 tot 1 procent van de volwassenen voor.

De tweede groep heeft een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Deze mensen schenden regelmatig de normale rechten van anderen. Ze gedragen zich vaak juist charmant, en velen van hen zijn psychopatisch in de zin dat ze geen schuldbesef en geen spijt hebben. Zij beslaan eveneens 0,5 tot 1 procent van de volwassenen. Net als bij de mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis gebruikt meer dan een derde bovenmatig alcohol of drugs, wat erop wijst dat ze niet stabiel of gelukkig zijn.²³

Alcoholisme en drugsverslaving

Een verslaving aan alcohol of drugs kan iemands leven ruïneren ... en dat van hun familieleden. De meeste mensen die zwaar verslaafd zijn, lijden ook aan een van de stoornissen die we eerder hebben besproken.²⁴ Maar een voor de hand liggende vraag is: welk probleem is er het eerst? Is de verslaving de oorzaak van de depressie of angststoornis, of andersom? Om die vraag te beantwoorden zouden we een gedetailleerde maand-voor-maandgeschiedenis van de mensen moeten hebben om te zien wat er voorafging aan wat, en dan nog kan het zijn dat een derde factor de oorzaak was voor beide problemen.²⁵ In de praktijk doet het er weinig toe welke diagnose eerst kwam, omdat het doorgaans noodzakelijk is om beide problemen tegelijk aan te pakken.

In Groot-Britannië en de Verenigde Staten is naar schatting 6 procent van de volwassenen verslaafd aan alcohol (9 procent van de mannen en 3 procent van de vrouwen). Dit zijn mensen die 's ochtends al beginnen