

Henk Maassen

[h.maassen@medischcontact.nl](mailto:h.maassen@medischcontact.nl)

[@medischcontact](https://twitter.com/medischcontact)

PSYCHIATER FLOORTJE SCHEEPERS GELOOFT NIET IN SIMPELE OPLOSSINGEN

# ‘Complexiteit is juist de schoonheid van ons vak’

De psyche doorgrond je niet met een biomedisch model, stelt kinder- en jeugdpsychiater Floortje Scheepers. Daarvoor heb je tal van invalshoeken nodig. ‘We moeten dat omarmen, in plaats van de psyche te versimpelen alsof het gaat om een nier, lever, of hart.’

‘**N**og steeds zijn er veel patiënten met ernstige psychische problemen die onvoldoende baat hebben bij de huidige psychiatrische zorg. Maatschappelijk doen complexe psychiatrische patiënten nauwelijks mee en lijken de meeste mensen vooral last van ze te hebben. Jarenlang dolen ze soms rond in het systeem van crisis naar crisis zonder verder te komen, vernietigende stilstand dus.’ Het klonk als een aanklacht, deze passage uit de oratie die Floortje Scheepers, kinder- en jeugdpsychiater en hoogleraar innovatie in de ggz (UMC Utrecht) in maart van dit jaar uitsprak. Ze liet het niet bij een simpele constatering. Ze voerde ook een reeks oorzaken op: ‘Lange wachtlijsten, steeds veranderende diagnoses waarbij hulpverleners hoofdschuddend naar elkaar wijzen, publiekelijk geruzie tussen psychiaters die er allemaal een andere overtuigende visie op na houden, geen geschikte

behandelingen voor verwarde personen op straat of patiënten met meerdere problemen tegelijkertijd.’

Er gaat veel mis, volgens haar: ‘De huidige ketenzorg in de psychiatrie, waarbij de patiënt van de ene naar de andere zorgverlener wordt doorverwezen, leidt tot doublures maar ook tot gaten in de zorg. Niemand voelt zich verantwoordelijk voor het geheel. Er is slechte bereikbaarheid over en weer, informatie-uitwisseling gaat gefragmenteerd en de overgangen tussen verschillende hulpverleners verlopen allesbehalve vloeiend. De meeste suicides en calamiteiten in de psychiatrie vinden bijvoorbeeld nog steeds plaats tijdens de overgang van de ene naar de andere hulpverleningsinstantie.’

Zo’n tirade vraagt om een toelichting, die Floortje Scheepers graag geeft op haar werkplek in het umc.

***Het beeld dat u schetst is bepaald niet rooskleurig. Is het echt zo erg?***

‘Een beetje provocerend zou je zelfs kunnen spreken van achteruitgang. Toen ik arts-assistent was in de kinder- en jeugdpsychiatrie stelden we nog een biografie van beide ouders op. Maar we zijn steeds meer weggedreven van het verhaal en de beschrijvende diagnose, ten gunste van het structureler vastleggen van de diagnose met behandelrichtlijn. Dat komt omdat we steeds sterker zijn gaan geloven in de taal van ziekten en stoornissen, bevordert door het classificatiesysteem DSM en door de opkomst van het biomedisch model met scans en genetica. We gingen geloven dat daar de oplossing voor alles was te vinden.’

***Maar dat is niet zo vreemd toch?***

‘Nee, helemaal niet. Ik heb er zelf ook in geloofd. Ik heb gekeken naar afbraakproducten van neurotransmitters in hersenvocht, naar scans van patiënten met een psychose. Ik ben uiteraard geen



Dit is het laatste portret in de zomerreeks interviews met bijzondere persoonlijkheden uit de medische wereld. Eerder kwamen aan bod: onderwijsinnovator Olle ten Cate, preventiehoogleraar Onno van Schayck en intensivist Farid Abdo.



**FLOORTJE SCHEEPERS** (1969)

is hoogleraar innovatie in de ggz aan het UMC Utrecht.

Van 1987 tot 1996 studeerde ze geneeskunde. In 2001 rondde ze haar opleiding tot (kinder- en jeugd) psychiater aan het UMC Utrecht af. Ze promoveerde in 2005 op de effecten van antipsychotica in de hersenen van patiënten met schizofrenie. Van 2005 tot 2010 werkte ze als kinder- en jeugdpsychiater in het Radboudumc en was daar manager behandelzaken. Daarna keerde ze terug naar Utrecht, waar ze behalve hoogleraar, nu ook hoofd (medisch, onderwijs en onderzoek) is van de afdeling Psychiatrie.

Floortje Scheepers is getrouwd en heeft drie kinderen.

‘We zijn steeds  
meer weggedreven  
van het verhaal’

tegenstander van wetenschappelijk onderzoek. Integendeel, maar ik weet dat de meeste mensen, ook wetenschappers, houden van betrekkelijk simpele, liefst alomvattende modellen en oplossingen. Ik geloof daar niet in. Wat we steeds weer moeten bedenken is dat biomedische kennis altijd in relatie staat tot een veel ingewikkelder context. Menselijk gedrag is zeer adaptief. Dat kun je niet pinpointen op een gen of een hersenstructuur. Kennis daarover kan ons zeker helpen bij het verbeteren van bijvoorbeeld farmacologische behandelingen, maar we lossen daarmee niet alle problemen op waarmee psychiatrische patiënten te kampen hebben. Als we zoeken naar genen die correleren met stoornissen uit het DSM-classificatiesysteem, dan zijn we onbewust geneigd te denken dat de *oorzaak* van die stoornissen daar wel iets mee te maken zal hebben. Maar er is een gigantische overlap met heel veel andere mentale eigenschappen en processen zoals intelligentie. Uiteraard spelen genen een rol bij de opbouw van brein, en bij eventuele kwetsbaarheid die kan leiden tot psychische ontregeling, maar het is door dynamische interactie dat die kwetsbaarheid aan het licht komt. Hetzelfde geldt voor afwijkende structuren op hersenscans.

Het is juist de kracht en de schoonheid van ons vak dat de psyche zo dynamisch en complex is; dat je tal van invalshoeken nodig hebt om het echt te kunnen doorgronden. We moeten dat omarmen, vind ik, in plaats van de psyche te versimpelen alsof het gaat om een nier, de lever, of het hart.

Mensen met enkelvoudige problemen, zoals een paniekstoornis, een eenmalige psychose of depressie, kunnen daar echt wel van genezen. Maar bij ernstige complexe problemen moet de focus gericht zijn op herstel, op weer mee kunnen doen in de samenleving. Eindeloos doorgaan met medische interventies gericht op genezing gaat deze mensen niet helpen.'

### ***Toch is er veel bereikt in de psychiatrie.***

'Ik devalueer niet wat er de afgelopen dertig jaar is gedaan. Het was nodig. Maar de vraag is wel of de huidige classificatie ons nog verder helpt bij het vinden van de juiste interventies. Ik denk dat het niet zo is. We moeten op een ander, complexer niveau gaan classificeren, maar hoe? Zolang we dat niet weten, hebben we de gemeenschappelijke DSM-taal misschien nog even nodig.

Het huidige wetenschapsbedrijf zet aan tot 'scoren', in termen van papers, je h-factor, je promoties. Want zo krijg je ook weer meer kans op subsidies. Onderzoekslijnen in de psychiatrie houden zichzelf zo in stand en drijven weg van de taaie praktijk. Ik wil een wetenschapspraktijk die volop ruimte biedt aan onzekerheid, aan falen en daarvan leren.

Nu is het zo dat farmaca die uit *randomized controlled trials* als effectief naar voren komen bij veel mensen niet werken, of alleen bijwerkingen geven. In die studies zijn patiënten met bijvoorbeeld comorbiditeit, suïcidaliteit, verslaving of wilsonbekwaamheid vaak niet geïncludeerd. Dat geeft een enorme selectiebias. Toch zijn ze de basis van richtlijnen en worden honderden patiënten in de klinische praktijk, die vaak erg afwijken van de norm, eraan blootgesteld.



'Een pil die de huur van je huis betaalt of je een gelukkig liefdesleven geeft, zal er nooit komen'

In de psychiatrie zijn we bovendien te dichotoom gaan denken over ziekte en gezondheid. Maar mensen zijn meer of minder kwetsbaar en krijgen in hun leven te maken met meer of minder tegenslag van allerlei aard, wat leidt tot een enorme variatie aan psychische klachten. Misschien hebben we kwetsbaarheden in milde vorm evolutionair gezien zelfs wel nodig. Zoals gewicht en bloeddruk geen ziekten zijn, maar overgewicht en hypertensie wel problematisch. Een te reductionistisch onderscheid tussen ziek en gezond doet aan complex menselijk gedrag geen recht.'

### **Individuele uitbijters**

Juist de dynamische interactie tussen kwetsbaarheid, de subjectieve beleving van mentale fenomenen en de steeds veranderende

omgeving creëert de psychische ontregeling, stelt Scheepers. Dat zij het onderzoek daarnaar anders wil aanpakken, zal duidelijk zijn: ‘We moeten bij al bestaande interventies steeds weer zoeken naar welke factoren bepalen of ze wel of niet gaan werken en bij wie. Strikte causaliteit moeten we loslaten.’ Zij en haar medewerkers maken daarom gebruik van het ‘*applied data analytics model*’: dat gaat ervan uit dat de dynamische variatie van mensen in de alledaagse klinische praktijk een vaststaand gegeven is, en niet de DSM-classificatie. Het idee is dat patiënten, artsen en data-*scientists* de data uit de kliniek analyseren, koppelen met andere bronnen en zo proberen er samen betekenis aan te geven. Scheepers: ‘De patiënten brengen hierbij de kennis van de ervaring in, professionals de kennis van de dagelijkse praktijk en data-*scientists* de kennis van de getallen.’

**Tot die databronnen behoren nadrukkelijk ook de verhalen van patiënten en hun familieleden.**

‘In menselijk gedrag is veel onmeetbaar; bij een depressie bijvoorbeeld moet het ook gaan over de beleving en betekenis van somberheid en verdriet voor dit ene individu. We verzamelen daarom sinds kort verhalen in een verhalenbank, om ze daarna met onder andere textmining “narratief” te analyseren. We onderzoeken de betekenis van woorden en de context waarin ze worden gebruikt: welke belangrijke personen komen veel terug – de vader- of moederfiguur bijvoorbeeld? Hoe uit zich een trauma of eenzaamheid, met welke factoren hangt dat samen? Hoe kun je aan de ontwikkeling van een verhaal zien of het beter gaat met een patiënt? Zo kom je er – niet gebiast door eigen aannames – achter welke thema’s voor patiënten of patiëntengroepen belangrijk zijn. Dat kunnen thema’s zijn waaraan we in de dagelijkse praktijk te vaak voorbijgaan, zoals schaamte, schuld, en verlies. Of sociale exclusie: als er iets is wat bijna causaal met psychopathologie lijkt samen te hangen is het dat wel.

Maar we zullen ook meer n=1-studies doen. We volgen een patiënt met wearables in zijn of haar normale habitat en gaan na hoe hij of zij reageert op veranderingen in de dagelijkse context. Samen met de patiënt proberen we vervolgens betekenis te geven aan die data. Zo willen we bepalen welke patiënten reageren op een bepaald middel, zeg een antidepressivum, waarbij we ook gebruikmaken van de rapportages van verpleegkundigen en artsen. Speelt gender een rol, andere medicatie, bepaalde contextuele factoren?’

**Hoe pakt deze combinatie van patiëntenervaringen, professionele kennis en harde data – blended psychiatry noemt u dat – uit in uw eigen praktijk?**

Scheepers denkt even na en zegt dan: ‘Eigenlijk begint het al als ik de verwijspapieren lees. Ik probeer altijd tussen de regels door te lezen. De wanhoop stijgt vaak op uit die brieven. Kinderen komen hier meestal voor een second opinion omdat hun behandeling is vastgelopen onder de vlag van een diagnose als autisme of ADHD of omdat ze een andere gedragsstoornis hebben. Ik probeer een zo compleet mogelijk plaatje te krijgen van het kind en

zijn omgeving en wat de betekenis van de problemen in hun dagelijks leven is. En ik leg uit dat de hersenen niet op zichzelf staan – en dat is een lastig verhaal – en dat ik niet de wonderdiagnose en -behandeling heb.

Ik besef daarbij dat een diagnose ook helpend kan zijn: het maakt dat je je problemen kunt externaliseren. En ik weet ook dat sommige kinderen zich hebben geconformeerd aan hun diagnose die daardoor als een selffulfilling prophecy is gaan werken. Oudere kinderen worstelen daar vaak heftig mee: aan de ene kant wordt de diagnose hun identiteit, aan de andere kant is hun identiteit nog volop in ontwikkeling.’

**En hoe kan blended psychiatry uiteindelijk leiden tot nieuwe, effectieve behandelingen?**

‘Het gaat niet zozeer om nieuwe interventies, maar om een bredere, meer persoonlijke aanpak. Dat zich om de patiënt een netwerk vormt van hulpverlening om zo te komen tot diens herstel. Natuurlijk moeten we zoeken naar nieuwe middelen: de huidige werken vaak niet genoeg, of hebben bijwerkingen; antipsychotica remmen niet alleen psychotische symptomen maar ook te veel het gezonde, energieke en creatieve denken. Maar een pil die de huur van je huis betaalt of je een gelukkig liefdesleven geeft, zal er nooit komen. Ook dat zijn aspecten die mentaal welbevinden bevorderen of in de weg zitten. Ik bedoel: we kunnen een patiënt hier wel met elektroshocktherapie uit zijn ernstige depressie halen, maar als hij naar huis gaat, daar alleen zit, geen werk heeft en misschien ook nog eens gebrouilleerd is met zijn familie, valt hij zo weer terug. Een inclusieve samenleving verdraagt en accepteert kwetsbaarheid ook als iets wat hoort bij het leven. Ik merk hoe dat werkt in de kinder- en jeugdpsychiatrie: hoe nauwer de bandbreedte wordt van wat we nog verdragen in schoolklassen, hoe meer kinderen met diagnoses als ADHD bij hulpverleners terechtkomen. We moeten ons allemaal aanpassen aan de uitdagingen van het leven, maar soms moet het leven zich ook wat aan onze kwetsbaarheden aanpassen.’

Een paar dagen na het interview stuurt Floortje Scheepers een, zegt ze, ‘mooi artikel’ op uit NEJM. ‘Tolerating Uncertainty – The Next Medical Revolution?’ heet het. In het stuk, uit november 2016, betogen twee Amerikaanse artsen dat medici rationeel weliswaar heel goed weten dat ze altijd werken in een zekere mate van onzekerheid, maar dat de hedendaagse cultuur in de geneeskunde weinig genegen is om dat toe te geven. Met als onbedoeld gevolg: een obsessie met het vinden van het juiste antwoord en de juiste diagnose, wat volgens de auteurs volstrekt in tegenspraak is met een humane, geïndividualiseerde zorg. Het is Scheepers uit het hart gegrepen: ‘Volgens mij zegt het iets over de worsteling in de psychiatrie, over hoe moeilijk het is om het niet-weten te omarmen’, schrijft ze erbij. ■

**web**

Eerdere gerelateerde MC-interviews en een link naar de Verhalenbank Psychiatrie vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).