Orthomoleculaire behandeling
voor mensen met psychische aandoeningen
februari-december 2005

A. Hoffer MD PhD FRCP(C)

Voorwoord

Deze handleiding beschrijft orthomoleculaire behandelingen voor psychische aandoeningen die ik in de afgelopen vijf jaar heb toegepast. De behandeling is gebaseerd op het samengaan van wetenschappelijk onderzoek en reflectie vanaf 1952, toen ik begon met de behandeling van schizofreniepatiënten met hoge doses vitamine B_3. De huidige behandeling is waardevol voor alle vormen van psychische aandoeningen, daar deze bestaat uit een combinatie van voeding, in optimale doses aan het dieet toegevoegde voedingsstoffen en medicatie. Maar deze handleiding moet niet als de bijbel voor orthomoleculaire behandeling worden gezien en niet als een kookboek worden gehanteerd waarvan de recepten slaafs moeten worden opgevolgd. *Dit is een richtlijn*. Naarmate artsen meer vertrouwd raken met het programma, zullen ze merken dat er een aanzienlijke variatie bestaat in het aantal gebruikte voedingsstoffen en de doses ervan. We zijn immers biochemisch gezien allemaal uniek. Ik hoop dat deze handleiding de komende jaren achterhaald raakt en dat zou kunnen, als er adequaat onderzoek wordt verricht en als de juiste ontwikkelingen plaatsvinden.

Ik dank de leden van het bestuur van de International Schizophrenia Foundation (ISF) voor hun steun en advies. Ik wil met name mevrouw Rosalie Moscoe bedanken voor haar redactionele hulp en Steven Carter voor de redactie van de definitieve versie voor de ISF.
U leest nu de vertaalde versie van het oorspronkelijk door Hoffer geschreven stuk (redactie SOOSS)

Inleiding

De informatie over orthomoleculaire behandeling is versnipperd en niet gemakkelijk toegankelijk voor patiënten en families die hierover meer te weten willen komen en voor artsen die orthomoleculaire behandelingen in hun behandelprogramma's willen opnemen. Dit is dan ook de reden dat de International Schizophrenia Foundation deze handleiding publiceert. Deze bevat de informatie die elke arts nodig heeft voor hij/zij begint met toepassing van orthomoleculaire behandelingen en om bedreven te raken, eerst als beginnend orthomoleculair therapeut en later als een meer ervaren therapeut. Deze handleiding stelt artsen in staat hun behandeling uit te breiden van de huidige standaardbenadering tot het toepassen van voeding, vitaminen en andere voedingsstoffen in optimale doseringen, zoals ze al doen wanneer ze vitamine B_{12} injecteren of wanneer ze niacine toevoegen om het totaal cholesterol te verlagen. Geneesmiddelen en voedingsstoffen zijn essentieel maar moeten voorzichtig worden toegepast. De dosis moet effectief zijn zonder dat er ernstige lichamelijke en geestelijke bijwerkingen ontstaan. Orthomoleculaire artsen gebruiken geneesmiddelen in optimale doses die lager zijn dan worden aanbevolen door de farmaceutische bedrijven.
Dr. Jay S. Cohen bespreekt in zijn boek 'Over Dose; The Case against the Drug Companies' het probleem van overmedicatie[1].

Wanneer de geneesmiddelen met de orthomoleculaire benadering worden gecombineerd, is er veel minder van een geneesmiddel nodig, waardoor de incidentie en hevigheid van hun bijwerkingen afneemt.

‘Orthomoleculair’ is de term die tweevoudig Nobelprijswinnaaar Linus Pauling gebruikte om een behandeling te beschrijven waarbij gebruik wordt gemaakt van stoffen, moleculen, die normaliter in het lichaam voorkomen. Dit zijn vitaminen, mineralen, essentiële vetzuren, aminozuren, enzymen en andere stoffen die in de voeding worden aangetroffen. Wanneer deze essentiële stoffen niet in de juiste hoeveelheden in het lichaam aanwezig zijn, ontsporen de biochemische reacties in het lichaam. Behandeling met de juiste doses levert de noodzakelijke voedingsstoffen.
De tekorten kunnen door veel oorzaken optreden.

Er zijn twee vormen van tekorten: deficiëntie en afhankelijkheid.

Er is sprake van een deficiëntie wanneer de voeding onvoldoende hoeveelheden van de voedingsstoffen bevat.
De persoon heeft geen buitengewone hoeveelheden nodig, maar zelfs aan de gewone behoeften wordt niet voldaan. Dit is kenmerkend voor de moderne voeding in ontwikkelde landen. In de Verenigde Staten heeft de Journal of the American Medical Association (JAMA) rapporten onderschreven dat niemand in Noord-Amerika voldoende uit de voeding kan halen en dat iedereen zijn voeding met multivitaminepreparaten moet aanvullen.

*(zie bijvoorbeeld:*Vitamins for Chronic Disease Prevention in Adults,* ***Scientific Review****;*
Kathleen M.Fairfield; Robert H.Fletcher; JAMA 2002; 287: 3116-3126
Vitamins for Chronic Disease Prevention in Adults,* ***Clinical Applications**;*
Robert H.Fletcher; Kathleen M.Fairfield; JAMA 2002; 287: 3127-3129,
Internet:http://jama.ama-assn.org/issues/v287n23/abs/jsr20001.html, redactie SOOSS)

De eerste ziekten die als deficiëntieziekten werden erkend, waren ziekten als gevolg van een vitaminetekort: beriberi (vitamine B_1), scheurbuik (vitamine C), pellagra (vitamine B_3) en rachitis (vitamine D). Er bestaan nog vele andere deficiënties, maar deze laten zich niet zo gemakkelijk vaststellen. Deze ziekten moeten onder controle worden gebracht en dit gebeurt doorgaans ook. Door een buitengewoon briljant besluit van de Amerikaanse overheid in de laatste wereldoorlog werd toevoeging van vitamine B_1, B_2 en B_3 aan witte bloem afgedwongen. Dit logische besluit roeide pellagra uit, één van de ergste plagen in het zuidoosten van de Verenigde Staten. In bepaalde seizoenen werden de psychiatrische ziekenhuizen overspoeld met psychotische pellagrapatiënten van wie de ziekteverschijnselen identiek zijn aan die van schizofreniepatiënten. In sommige gebieden was de ziekte net zo vernietigend als HIV/aids vandaag de dag en even geheimzinnig. De verrijking van meel met de genoemde vitamines bespaarde de Verenigde Staten miljarden dollars aan zorgkosten en voorkwam het lijden van miljoenen mensen.

Er is sprake van afhankelijkheid wanneer de behoefte aan een voedingsstof zo groot is, dat zelfs een als optimaal beschouwd dieet niet de juiste hoeveelheid kan leveren.
Dit kan het gevolg zijn van:
*genetische variatie,
*het vitamineverbruikende effect van veel geneesmiddelen,
*een chronisch (zelfs gering) tekort, door een verhoogde behoefte veroorzaakt door bepaalde ziekten
*enzymdefecten, zodat belangrijke reacties in het lichaam door veel grotere hoeveelheden van die bepaalde voedingsstof moeten worden aangestuurd.

*(zie ook: * High-dose vitamin therapy stimulates variant enzymes with decreased coenzyme binding affinity; increased K(m); relevance to genetic disease and polymorphisms.*
Ames BN, Elson-Schwab I, Silver EA; American Journal of Clinical Nutrition 2002; 75 (4) 616-658, Internet: www.ajcn.org; redactie SOOSS)

De term 'afhankelijkheid' werd voor het eerst gebruikt om patiënten te beschrijven die veel grotere hoeveelheden vitamine B_6 nodig hadden. Ik heb de betekenis zodanig uitgebreid dat deze nu geldt voor elke omstandigheid en elke ziekte waarvoor is aangetoond dat hogere doses effectief zijn.

Er is sprake van hypercholesterolemie wanneer de cholesterolspiegels in het bloed te hoog zijn. De spiegels die als normaal gelden, zijn in de loop der tijd aangepast door de marge te verlagen en te versmallen. Meestal zijn de 'high density lipoprotein'-spiegels (HDL) te laag. HDL is de belangrijkste van de diverse lipoproteïnefracties en vertoont een sterker verband met cardiale gebeurtenissen. Hypercholesterolemie kan worden veroorzaakt door een afhankelijkheid van vitamine B_3 (niacine). Niacine moet in zeer hoge doses worden gebruikt, doorgaans 3 tot 9 gram per dag verdeeld over drie doses. Deze behandeling is over de gehele wereld de gouden standaard voor normalisering van de bloedlipidenspiegels.

De ontdekkingsgeschiedenis van vitaminen.

De eerste fase begon rond 1900 toen vitaminen ontdekt werden, wat zeer belangrijk was.
(Deze eerste fase leidde ook tot de aanbevolen dagelijkse hoeveelheden (ADH's), waarvan is gebleken dat deze door hun lage niveaus zeer schadelijk kunnen zijn wanneer ze zonder meer bij ieder mens worden gehanteerd. ADH's zijn aanbevolen dagelijkse doses vitaminen die standaard zijn geworden alsof ze rechtstreeks door God zijn gedicteerd).
Deze fase van vitaminetheorie en -praktijk wordt het vitamine-ter-preventie-paradigma genoemd.
Dit vindt nog steeds veel navolging en is één van de belangrijkste redenen dat het gebruik van hoge doses wordt veroordeeld. De belangrijkste principes van dit paradigma zijn:
(1) dat vitaminen alleen zinvol zijn om klassieke deficiëntieziekten te voorkomen en
(2) dat vitaminen weliswaar noodzakelijk zijn, maar alleen in zeer lage doses moeten worden gebruikt.

De tweede en zich thans ontwikkelende fase is de vitamine-als-behandeling-fase.
In deze fase erkennen we dat er andere ziekten zijn die op vitaminen reageren bij gebruik in optimale doses, zelfs wanneer deze aandoeningen niet als vitamine-afhankelijk zijn erkend. Orthomoleculaire geneeskunde werkt primair met optimale doses die zeer laag kunnen zijn, zoals met vitamine B_{12}, of zeer hoog zoals met vitamine B_3 en vitamine C.

Gedurende de bloeitijd van de vitamine-ontdekkingen, tussen 1930 en 1940, onderzochten artsen gretig het gebruik van elke vitamine zodra deze beschikbaar kwam. De synthetische vitaminen waren veel goedkoper en konden vrij worden gebruikt aangezien deze weinig tot geen gevaar voor de veiligheid opleverden. Enkele pionierende artsen concentreerden zich op bepaalde ziekten en bestudeerden deze grondig. De artsen Wilfred en Evan Shute in Ontario, Canada, onderzochten de impact van vitamine E op cardiovasculaire aandoeningen en op brandwonden. Dr. William Kaufman publiceerde twee boeken waarin hij het gebruik beschreef van vitamine B_3 voor de behandeling van artritis en andere ouderdomsaandoeningen, en Dr. Fred Klenner beschreef het gebruik van vitamine C in zeer hoge doses voor diverse zeer gevaarlijke ziekten, waaronder kanker.

De Saskatchewan-onderzoeksgroep onder mijn leiding was de vierde groep. Deze introduceerde het gebruik van vitamine B_3 voor de behandeling van schizofrenie en ontdekte toevallig ook dat niacine, maar niet niacinamide, de cholesterolspiegels verlaagde.

Vanaf 1952 hebben we diverse prospectieve, gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde therapeutische onderzoeken uitgevoerd en hebben we aangetoond dat toevoeging van de juiste hoeveelheden van deze vitamine (B3) aan de toen beschikbare behandeling het herstelpercentage voor schizofrenie na twee jaar verdubbelde. Sinds die tijd hebben veel Amerikaanse en Canadese artsen onze bevindingen bevestigd met gebruikmaking van de gebruikelijke klinische open-einde methoden. Maar deze methoden worden vandaag de dag slechts als anekdotisch beoordeeld. Onze oorspronkelijke dubbelblinde onderzoeken werden en worden nog steeds genegeerd, net als het dubbelblinde onderzoek van Wittenborn, die onze bevindingen heeft bevestigd toen hij werkzaam was met een beurs van het National Institute of Mental Health in New Jersey, VS.
Met de hulp van een klein aantal pionierende artsen is de behandeling sterk uitgebreid en gebruiken we ook andere voedingsstoffen, waaronder vitamine C, de B-complexpreparaten die alle B-vitaminen leveren, vitamine B_6, foliumzuur, zink, essentiële vetzuren en mineralen. Wat oorspronkelijk een zaak was van simpelweg aan onze patiënten driemaal daags 1 gram vitamine B_3 toedienen als aanvulling op een willekeurige andere behandeling, is inmiddels geperfectioneerd en veel werkzamer geworden.

In de medische literatuur werd een grote hoeveelheid klinisch materiaal gepubliceerd, te beginnen met onze eerste publicatie in 1957. We publiceerden voor het eerst in de gevestigde pers tótdat deze informatie werd tegengehouden door de gecombineerde inspanningen van de American Psychiatric Association, het National Institute Mental Health en anderen. We werden gedwongen ons terug te trekken in onze eigen tijdschriften als de Journal of Orthomolecular Medicine en de voorlopers hiervan, en in tijdschriften gericht op natuurlijke geneeswijzen. Deze tijdschriften worden overigens steeds populairder. Het verslag van Brown[2] in 1985 met als titel ‘Schizophrenia and Depression’ is een waardevolle samenvatting van de bestaande situatie op dat moment. Het onderzoek werd gefinancierd door de Canadese overheid. In de afgelopen 33 jaar heeft Medline consequent geweigerd ons tijdschrift op te nemen, terwijl een tijdschrift als Time Magazine wel werd opgenomen. Misschien kan de heer Sheldon Kotzin, Executive Editor, Medline, National Library of Medicine, 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894, VS, u hiervoor een redelijke verklaring geven.
Mij heeft hij deze niet gegeven.
Tot de komst van internet was dit een zeer effectieve manier om informatie die de gevestigde organisaties niet welgevallig was, te censureren.

Deze handleiding: ‘Orthomoleculaire behandeling voor mensen met een psychische aandoening’ is bestemd voor artsen die geïnteresseerd zijn in het bereiken van betere resultaten bij de behandeling van hun patiënten. De handleiding is ook geschreven voor patiënten en hun familieleden die niet tevreden zijn met de resultaten wanneer alleen geneesmiddelen worden gebruikt en die een behandeling willen proberen die uiteindelijk veiliger is en in combinatie met orthomoleculaire behandeling effectiever.
De behandelaar die zich het materiaal in deze handleiding eigen heeft gemaakt, moet in staat kunnen zijn een succesvolle behandeling voor patiënten met een psychische aandoening te starten. Als ze deze benadering blijven toepassen, worden ze steeds enthousiaster en zullen geleidelijk hun toepassing van voedingsstoffen gaan uitbreiden. Zeer vaak is medicatie essentieel, maar orthomoleculaire artsen gebruiken geneesmiddelen in optimale doses. Wanneer de geneesmiddelen worden gecombineerd met de orthomoleculaire benadering, is de benodigde hoeveelheid geneesmiddel veel lager en dit vermindert de incidentie en de hevigheid van de bijwerkingen.

Ik zal de belangrijke aspecten bespreken van behandeling door middel van voeding inclusief de rol van allergieën, van toxische voedingsmiddelen, van diëten die te veel geraffineerde koolhydraten bevatten, van enkele veel gebruikte sleutelvitaminen en -mineralen en van essentiële vetzuren.

Essentiële elementen van behandeling

Ongeveer 150 jaar geleden ontwikkelden de Quakers in Engeland de ‘ethische behandeling van de waanzinnige’. De term ‘schizofrenie’ was nog niet bedacht. De diagnostische term was ‘waanzin’. Ze meldden een herstelpercentage van vijftig procent. De helft van hun patiënten herstelde. Ze waren in feite gasten en geen patiënten, aangezien artsen en verpleegkundigen hierbij geen rol speelden. Dr. J Conolly, een van de meest vooraanstaande psychiaters in Engeland, meldde hetzelfde herstelpercentage in zijn kliniek voor geesteszieken. De Dorothea Dix Hospitals in New England meldden tegelijkertijd ook een zelfde herstelpercentage.
Het herstelpercentage vandaag de dag, anderhalve eeuw later, is tien procent of lager.

De Quakers stichtten huizen, waarbij elk huis onderdak bood aan twaalf ‘waanzinnigen’. Ze kregen onderdak en voedsel en werden met respect en fatsoen behandeld. Dankzij deze drie elementen, die een essentieel onderdeel uitmaken van elke bevredigende behandeling, konden hun patiënten genezen. Het natuurlijke herstel wordt bevorderd door de mate van stress bij de patiënt te verlagen. Bij stress neemt de afgifte van adrenaline in het lichaam toe. Adrenaline is de precursor van adrenochroom, een van de oorzaken van psychose.

De Quakers hadden geen geneesmiddelen en pasten geen van de harde lichamelijke methoden toe die een marteling waren voor de arme ongelukkige patiënten in de gebruikelijke klinieken voor geesteszieken van die tijd.
Het vierde essentiële element van de behandeling is medicamenteus en omvat het gebruik van geneesmiddelen èn van orthomoleculaire methoden. Wanneer de vier worden gecombineerd zoals wij doen in de orthomoleculaire psychiatrie, kan het herstelpercentage bijna 90% zijn wanneer vroege gevallen worden behandeld.
Achttien persoonlijke casussen[3] en deze handleiding beschrijven de behandeling van enkele patiënten van de duizenden die niet reageerden op medicatie sec, maar wel herstelden door orthomoleculaire therapie. Kennelijk versterkt orthomoleculaire behandeling het natuurlijke vermogen van het lichaam zichzelf te genezen wanneer de mate van stress wordt verlaagd.

Met moderne medicamenteuze behandeling alleen is het herstelpercentage voor schizofrenie minder dan 10%. De moderne psychiatrie biedt niet voldoende bescherming en te veel patiënten zijn gehuisvest in sterk ontoereikende onderkomens, inclusief de straten in de centra van Noord-Amerikaanse steden, onder bruggen, in parken, in gevangenissen en op luchtroosters. Dit is geen opvang en draagt niets bij aan de verlichting van stress. Te weinig patiënten hebben het geluk dat ze familieleden hebben die adequaat onderdak kunnen bieden.
De moderne psychiatrie is niet geïnteresseerd in de verstrekking van voedzaam voedsel. Eet enkele maaltijden op een willekeurige psychiatrische afdeling en constateer dit zelf. De voeding bevat te veel geraffineerde koolhydraten, te weinig eiwitten, te weinig essentiële vetzuren en veel te weinig van de essentiële voedingsstoffen.
De hedendaagse voeding bevat so wie so vaak te weinig van de meeste essentiële voedingselementen die nodig zijn voor een goede gezondheid. In 1850 beschikten De Quakers niet over moderne voeding. Ze gebruikten waarschijnlijk de goedkoopste voedingsmiddelen die ze konden kopen en dat waren natuurlijk de beste, omdat in die tijd alleen de rijken zich suiker en witte bloem konden veroorloven. Volkorenbrood was bestemd voor dieren en voor de armen: zij hadden geluk.

De moderne psychiatrische instellingen behandelen hun patiënten niet met fatsoen en respect. Vrijwel elke patiënt die in deze instellingen wordt behandeld, klaagt over de manier waarop hij/zij wordt behandeld. De Quakers behandelden hun patiënten als mensen. Op zaterdag gebruikten ze de avondmaaltijd met hen, danste de staf met hen en communiceerde met hen. Ze werden met respect behandeld.

Dit is zeldzaam op de meeste psychiatrische afdelingen, hoewel ik vermoed dat enkele van de zeer dure privé-klinieken op dit punt mogelijk wat beter scoren. Onderdak, eten, fatsoen en respect verlagen de afgifte van adrenaline. Dit is het belangrijkst bij het omgaan met psychotische patiënten. Moderne psychiaters worden zo afhankelijk van geneesmiddelen dat ze de relevantie vergeten zijn van deze elementen van behandeling van mensen met een psychische aandoening. De moderne xenobiotische psychiatrie verhoogt de stress bij patiënten en het is duidelijk dat dit één verklaring is voor het zeer lage herstelpercentage. Xenobiotische verbindingen zijn stoffen die van nature niet voorkomen in levend weefsel.
Herstel betekent dat de patiënten vrij van symptomen zijn, dat ze goed overweg kunnen met hun eigen familie en met de gemeenschap en dat ze inkomstenbelasting betalen of anderszins productief zijn.
Geneesmiddelen verminderen de hevigheid van symptomen. Te vaak wordt dit gelijkgesteld aan een goed resultaat. Het is niet voldoende.
Bertrand Russell schreef: “Volgens mij zijn er vier ingrediënten noodzakelijk voor geluk: gezondheid, warme persoonlijke relaties, voldoende middelen om niet behoeftig te zijn en succes in het werk.”

Meest gebruikte voedingsstoffen.

Vitamine B_3.

Er zijn twee belangrijke vormen: nicotinezuur, medisch bekend als niacine, en nicotinamide dat medisch bekend is als niacinamide. De term ‘vitamine B_3’ verwijst naar deze twee èn naar het nicotinamideadeninedinucleotidesysteem, NAD en NADH. De laatste is de gereduceerde vorm en werkzamer dan NAD. De term ‘vitamine-B_3-deficiëntie’ wil zeggen: een tekort aan niacine, aan niacinamide, aan nicotinamideadeninedinucleotide (NAD) of zijn gereduceerde afgeleide NADH.

Ik suggereer niet dat dit de belangrijkste vitamine is. Ze zijn allemaal even belangrijk. De belangrijkste vitamine voor een individu is die waaraan het grootste tekort bestaat. De beste test is klinisch. Als een persoon een vitamine inneemt en na enige tijd gezonder is en zich beter voelt, dan was het duidelijk dat er aan die vitamine een behoefte bestond. Als er geen verbetering optreedt, kan dit het gevolg zijn van een te lage dosis of doordat er ook nog andere voedingsstoftekorten bestaan die nog niet zijn gecorrigeerd. De biochemicus Roger Williams, ontdekker van foliumzuur en pantotheenzuur, maakte als eerste de vergelijking met een orkest om te verklaren waarom al deze essentiële voedingsstoffen noodzakelijk waren; dat de ene niet belangrijker kan zijn dan een andere. Alle musici zijn even belangrijk. De musici spelen van dezelfde partituur, volgen de dirigent en het uiteindelijke resultaat hangt af van elke musicus die speelt wat er staat geschreven. Als de pianist in een pianoconcert uitvalt, wordt hij de belangrijkste. Elk instrument is essentieel voor een harmonieuze productie. Vitamine B_3 is één van de essentiële bestanddelen van de grote symfonie van de natuur, zoals gespeeld door elke cel van ons lichaam. Door vitamine B_3 te bespreken wil ik niet zeggen dat alle andere voedingsstoffen minder belangrijk zijn of bagatelliseer ik de werking ervan niet. Voor een optimale celfunctie zijn ze allemaal in de juiste concentratie nodig.

Ik vind het volgende scenario een aardige weergave. U zit te luisteren naar een geweldig strijkkwartet. Elke musicus speelt van dezelfde partituur en volgt de leider. Maar plotseling valt de eerste violist flauw. De uitvoering moet doorgaan maar er is geen vervanging. In wanhoop bestelt de impresario een drummer, die verderop in de straat koffie zit te drinken, om de plaats van de eerste violist in te nemen. Er kán muziek klinken, waarschijnlijker is herrie, maar één ding is zeker: de muziek die te beluisteren viel vóór de eerste violist flauwviel, zal niet meer klinken.
Een xenobiotische stof in de lichaamscellen brengen is net zoiets als vragen aan een drummer om de eerste violist te vervangen. De orthomoleculaire geneeskunde aanvaardt het extra concept dat geen van de xenobiotica zo belangrijk kan zijn als de voedingsstoffen, indien althans het orkest of het strijkkwartet willen blijven spelen.

Ik verbaas me al vijftig jaar over de opmerkelijke veelzijdigheid en toepasbaarheid van vitamine B_3, in het bijzonder niacine. Ik heb geconcludeerd dat minstens de helft van de bevolking extra niacine nodig heeft, variërend van iets meer dan aanwezig in ons voedsel tot de hoge doses die moeten worden gebruikt om bloedlipidenspiegels te corrigeren en schizofrenie te behandelen. Hoffer and Foster[4] beoordeelden het bewijs dat tot deze conclusie leidt. Onze hypothese luidt dat de mens zich bevindt temidden van een belangrijke evolutionaire ontwikkeling waarbij het lichaam steeds afhankelijker wordt van de in de voeding aanwezige hoeveelheid van déze vitamine. Het lichaam beschikt over twee belangrijke bronnen. De eerste is het aminozuur tryptofaan. Ongeveer 1,6 procent hiervan wordt omgezet in vitamine B_3. Maar als de voeding voldoende hoeveelheden van deze vitamine bevat, waarom zou het lichaam dan twee bronnen nodig hebben?

Linus Pauling wees erop dat er een evolutionair voordeel was om het enzym dat glucose omzette in ascorbinezuur (vitamine C) te laten verdwijnen, indien de voeding voldoende van dit ascorbinezuur zou bevatten.
Maar dit werd een belangrijk nadeel toen de voeding de vitamine niet in voldoende mate kon leveren. Als gevolg daarvan lijden we allemaal aan een tekort aan vitamine C.
Als de enzymen die tryptofaan omzetten verdwenen zouden zijn omdat de voeding voldoende B_3 bevatte, zou het tryptofaan dat overbodig is geworden om de vitamine aan te maken ergens anders voor worden gebruikt, zoals voor extra aanmaak van serotonine. Serotonine is een zeer belangrijke neurotransmitter en komt in grote hoeveelheden voor in de darmen en in de hersenen. Onze suggestie was, dat toen de mens rond 1880 volkoren granen ging omzetten in geraffineerde witte bloem, er een sterke afname optrad in de hoeveelheid beschikbare vitamine B_3. Deze vitamine wordt voornamelijk aangetroffen in de tarwekiem en in zemelen. Na deze sterke afname in de aanvoer worden de aanvankelijke voordelen een ernstig nadeel en een groot deel van de bevolking lijdt aan een tekort van deze belangrijke vitamine. Het tekort is gering zodat het zich pas na jaren zal manifesteren. Maar zoals ik heb laten zien, leidt een lange periode van een tekort tot een afhankelijkheid zodat veel grotere hoeveelheden nodig zullen zijn om het jarenlange lichte tot matige tekort te compenseren. Wanneer de mens ervoor zorgt dat vanaf de zuigelingenleeftijd voldoende hoeveelheden van deze zeer goedkope vitamine aanwezig zijn, zullen de voordelen weer worden hersteld en de nadelen worden weggenomen.
De door de Verenigde Staten in 1942 verplicht gestelde toevoeging van vitaminen aan meel was een eerste belangrijke stap in deze richting.

Toxiciteit

Doorgaans wordt toxiciteit niet als eerste maar als laatste besproken. Maar ik wil onmiddellijk de mythe ontkrachten dat niacine toxisch is voor de lever. Deze in de geneeskunde hardnekkige mythe is gebaseerd op een reeks waarnemingen waarvan sommige volkomen fout waren. Toen tussen 1940 en 1950 de toxiciteit van niacine en niacinamide werd onderzocht, werd de LD-50 bij ratten bepaald. De LD-50 is de hoeveelheid van een verbinding waarbij de helft van een populatie dieren, die gebruikt worden om de toxiciteit te testen, zal overlijden. Voor niacine is deze zeer hoog, ongeveer 4,5 gram per kilogram. Dit komt overeen met 225 gram (bijna een half pond) voor een vrouw van 50 kg en 360 gram voor een man van 80 kg of ongeveer 100 keer zoveel als normaal aanbevolen. Bij autopsie werden bij de dieren verhoogde vetzuurwaarden in de lever gevonden.

In 1950 was deficiëntie van methylgroepen een populair onderwerp. Het veroorzaakte leververvetting. Niacine en niacinamide zijn methylacceptors. Het was dan ook logisch te onderzoeken of te veel vitamine B_3 leververvetting zou veroorzaken omdat hierdoor een methyldeficiëntiesyndroom zou ontstaan.
Professor R. Altschul, University of Saskatchewan, Canada, kon deze bevindingen echter niet bevestigen. Bij zijn onderzoek met dieren vond hij dat de vitamine geen effect had op de vetzuurspiegels in de lever.

De tweede waarneming die nog steeds herhaaldelijk wordt gedaan, is dat niacine bij sommige patiënten de leverfuncties verhoogt. Er wordt, ten onrechte, aangenomen dat verhoogde leverfuncties altijd wijzen op een onderliggende leveraandoening. Veel medicijnen veroorzaken dezelfde verhogingen van de leverfuncties. Meestal worden de testresultaten weer normaal na enkele dagen zonder niacine. Maar om te voorkomen dat leverbeschadiging met verhoogde activiteit wordt verward, kan het gebruik van niacine het best gedurende vijf dagen voorafgaand aan de tests worden gestaakt.

Met behulp van elektronenmicroscopie onderzocht de Mayo Clinic de lever op niacine bij een reeks van patiënten die werden behandeld voor hoge cholesterolspiegels in het bloed en zij vonden geen aanwijzingen voor een aandoening. Dit werd het eerst gemeld door Dr. W. Parsons Jr[5] (www.cholesterolnodiet.com).
Dr. Parsons Jr. wijst erop dat een toename van de leverfuncties – tenzij deze zeer sterk verhoogd zijn, d.w.z. meer dan drie keer zo hoog – niet duidt op een leveraandoening. Er zijn veel verbindingen die de leverenzymen verhogen, inclusief alle statines. Bij de meeste patiënten met verhoogde leverfuncties worden de waarden binnen enkele dagen weer normaal, zelfs als het gebruik van niacine niet wordt gestaakt. Indien er sprake is van een echte leveraandoening, normaliseren deze waarden niet binnen vijf dagen.
Leverenzymen worden door veel moderne geneesmiddelen vaak verhoogd.
Gonzalez-Heydrich[6] et al. gaven twaalf kinderen een combinatie van olanzapine en divalproaat. Ieder kind had een verhoogde enzympiek en bij vijf kinderen bleef deze maandenlang verhoogd. Twee kinderen moesten uit het onderzoek worden teruggetrokken vanwege ernstige pathologie: pancreatitis bij het ene kind en steatohepatitis bij het andere.

Meer dan veertig jaar geleden waren er enkele meldingen van leverbeschadiging en één of twee sterfgevallen. Deze werden herleid naar slecht vervaardigde preparaten met vertraagde afgifte en niet naar standaardpreparaten. Al sinds 1953 gebruik ik niacine voor cholesterolverlaging en beide vormen voor de behandeling van schizofreniepatiënten en ik heb duizenden patiënten behandeld. Bij zeer weinig patiënten deed zich geelzucht voor. Eén patiënt die met niacine herstelde van schizofrenie, ontwikkelde geelzucht. Toen de niacine werd stopgezet, verdween de geelzucht en kwam de schizofrenie weer terug. Toen het gebruik van niacine weer werd hervat, verdween de schizofrenie opnieuw maar de geelzucht niet. Ik heb in de afgelopen twintig jaar geen gevallen van geelzucht meer gezien. Maar het is mogelijk dat de leverfuncties verhoogd kunnen zijn door methyldepletie. Volgens professor David Capuzzi[7], Philadelphia, VS, één van ‘s werelds autoriteiten op het gebied van niacine en cholesterol, kan dit worden voorkomen door de patiënten ‘s morgens en ook ‘s avonds 1,2 gram lecithine te geven. Ook betaïne kan effectief zijn.[8]

Een jong tienermeisje met schizofrenie dat maandelijks 200 tabletten niacine van 500 mg kreeg, had ruzie met haar moeder en slikte de volgende dag de inhoud van de gehele fles. In de drie daaropvolgende dagen had ze pijn in haar buik. Een andere tiener met schizofrenie kon na het lezen van een paperback over megavitaminen en schizofrenie geen arts vinden om haar te controleren. Ze begon de dosis op te hogen en toen ze 60 gram niacine per dag bereikte, hoorde ze helemaal geen stemmen meer. Twee jaar later was haar onderhoudsdosis 3 gram.
Maar zelfs al is niacine veiliger dan vrijwel alle vrij verkrijgbare niet-voedingspreparaten, dan geldt nog steeds de allerbelangrijkste veiligheidsregel:
Wanneer men iets inneemt en vervolgens een reactie bemerkt die er daarvoor niet was en die onaangenaam en zorgwekkend is, dient men onmiddellijk de arts te raadplegen die het betreffende middel heeft aangeraden of voorgeschreven.

Er is een aantal bijwerkingen die hinderlijk kunnen zijn maar die geen toxische reacties zijn[9, 10]. Afgezien van een zeer klein aantal mensen dat allergisch voor de pillen is, hetzij voor de werkzame stof hetzij voor enkele van de hulpstoffen, zijn de meeste van deze reacties dosisgerelateerd. Patiënten moeten worden geïnformeerd over de mogelijke bijwerkingen, zowel de positieve als negatieve.

Negatieve bijwerkingen

Alle bijwerkingen zijn dosisgerelateerd. Ze doen zich zeer incidenteel voor bij de lagere doses en vaker bij hogere doses. Als men de voeding met 100 milligram niacinamide per dag zou willen verrijken, zou het door de gemiddelde consument niet eens worden opgemerkt. Tegenwoordig worden in de VS kleinere hoeveelheden toegevoegd aan meel en dit heeft de klassieke deficiëntieziekte pellagra uitgeroeid.

Een verslag van Hoffer[11] bevat een volledige bespreking van de negatieve en positieve bijwerkingen van vitamine B_3. Ik heb uiteengezet dat bijwerkingen en toxiciteit relatief zijn; ze moeten ergens mee worden vergeleken aangezien niets absoluut veilig is, zelfs lucht en water niet. Ik heb de negatieve effecten van deze vitamine vergeleken en samengevat door te verwijzen naar het aantal gepubliceerde woorden in het 'Compendium of Pharmaceuticals and Specialties', Canada 2003. Dit compendium wordt zeer nauwkeurig doorgenomen door de farmaceutische industrie, maar niet door bedrijven die vitaminen verkopen. De *geneesmiddelverslagen* zijn daardoor zeer nauwkeurig, aangezien farmaceutische bedrijven niet willen dat hun middelen in een kwaad daglicht komen te staan en ze weten dat de overheid erop staat dat hun rapporten nauwkeurig zijn.

Aan de andere kant bevatten de *vitamineverslagen* veel fouten aangezien niemand er belangstelling voor lijkt te hebben deze verslagen nauwkeurig te onderzoeken. Maar zelfs met deze tekortkomingen gebruikt het Compendium voor niacine 6 regels om de indicatie te noemen en 388 regels voor alle bijwerkingen, waarvan er vele zeldzaam en overtrokken zijn. Voor Lipitor, een zeer veel gebruikte statine voor verlaging van cholesterolspiegels, waren 96 regels nodig voor de indicatie en 388 voor de bijwerkingen en voor Zyprexa, een zeer veel gebruikt antipsychoticum, 6 regels voor de indicatie en 482 voor de bijwerkingen.

De niacine-flush of vasodilatatie.

Niacine veroorzaakt binnen enkele minuten na inname doorgaans een opvlieger (blozen of 'flush'). Enkele mensen hebben daar last van met 25 milligram, meer met 50 en de meeste met 100 milligram. De flush begint op het voorhoofd en breidt zich langs het lichaam naar beneden uit, maar bereikt zelden de tenen. Hoe hoger de initiële dosis, des te sterker de initiële flush. Maar als een bepaalde dosis een maximale flush veroorzaakt, zal een hogere dosis die later wordt ingenomen geen sterkere flush veroorzaken. De haarvaten verwijden zich en de bloedstroom door de organen is verhoogd. Er is een toename van zowel de inwendige bloedstroom als van die in de huid. Deze toestand kan verscheidene uren aanhouden. *Patiënten moeten worden gewaarschuwd dat dit gebeurt*. Zo niet, dan kunnen ze zeer verrast en zelfs ontdaan zijn. Patiënten kunnen met lagere doses beginnen tot ze gewend zijn aan de lagere intensiteit van de flush. Vervolgens kunnen de doses geleidelijk worden opgehoogd.

Steeds wanneer de niacine wordt ingenomen, treedt de flush opnieuw op maar in mindere mate en is in de meeste gevallen na ongeveer een week vrijwel verdwenen; de flush is dan hoogstens wat hinderlijk. Sommigen verdragen de opvliegers echter niet en zullen het gebruik van niacine moeten staken. Als de routine gedurende enkele dagen wordt onderbroken en vervolgens hervat, zullen deze opvliegers weer optreden maar de eerste hiervan zal niet zo hevig zijn als de oorspronkelijke. Voor mensen die de flush niet verdragen, bestaan middelen die niet met opvliegers gepaard gaan. De intensiteit van de flush wordt beperkt door de pillen regelmatig driemaal daags na de maaltijd in te nemen. Ik neem ze al vijftig jaar in en heb in het ergste geval last van zeer geringe opvliegers. Deze flush gaat niet gepaard met transpiratieaanvallen zoals de opvliegers in de menopauze of de flush die zich voordoet door het gebruik van antagonisten van mannelijke hormonen bij de behandeling van prostaatkanker. Niacinamide veroorzaakt geen opvliegers behalve bij ongeveer 1% van de mensen bij wie dit een zeer onaangename flush veroorzaakt; voor deze mensen is niacinamide dan ook niet geschikt. Waarschijnlijk zetten zij niacinamide te snel om in niacine.

Vasodilatatie is soms zeer nuttig. Veel patiënten, met name degenen met artritis, hebben gemeld dat ze zich veel beter voelen wanneer hun gewrichten worden opgewarmd door de flush en sommigen stoppen het gebruik van niacine gedurende enkele dagen om de flush opnieuw te ervaren. Maar voor de meeste mensen is het een onaangenaam gevoel. De flush is te verdragen als de patiënt weet wat hij kan verwachten en goed is voorbereid door de arts.
Bill Parsons Jr. schrijft dat alleen artsen die niacine kennen, dit moeten gebruiken.

Er bestaan preparaten, al dan niet met vertraagde afgifte, die geen opvliegers veroorzaken. Het bekendste 'no flush' preparaat is inositolhexanicotinaat, een ester van inositol, een vitamine en niacine. Ik heb dit jarenlang met succes toegepast en het even waardevol als niacine beschouwd. Maar ik heb het niet standaard als mijn eerste keuze toegepast vanwege de kosten, omdat zoveel van mijn patiënten het niet kunnen betalen en het niet door de ziektekostenverzekering wordt vergoed.

Andere ongewone bijwerkingen zijn verhoogde maagzuurproductie doordat niacine de afgifte van maagzuur stimuleert, en een sterkere bruine pigmentatie van bepaalde delen van de huid, meestal de buigzijden. Dit is geen acanthosis nigricans, een zeer ernstige aandoening, zelfs al is dit ten onrechte als zodanig bestempeld. Dit verschijnsel is nooit een probleem voor patiënten als hun de waarheid wordt verteld, maar het is wel een probleem voor sommige artsen die niet bekend zijn met dit verschijnsel. Acanthosis nigricans is een zeer ernstige, bijna kankerachtige aandoening. Parsons noemde de verslechterde huidtoestand terecht een huidverandering die op acanthosis nigricans lijkt. Maar dit betreft alleen de kleur, niet de pathologie. Het bruinende effect van niacine bij een zeer klein aantal mensen is totaal iets anders. Het is een tijdelijk verschijnsel, dat doorgaans maar enkele maanden aanhoudt en na verdwijnen ziet de huid er weer volledig normaal uit. Net als bij een al wat langer aanwezige bruine huidskleur door de zon, verdwijnt het wanneer over de vochtige huid wordt gewreven. Zelfs bij langdurig gebruik doet het verschijnsel zich niet meer voor. Ik denk dat het verschijnsel het gevolg is van de afzetting van melanine bevattende indolen afkomstig van tyrosine en adrenaline. Het verschijnsel doet zich vaak voor bij schizofreniepatiënten en maakt deel uit van het herstelproces.

De meeste bijwerkingen zijn positief.

Als een patiënt niacine gebruikt om de bloedlipidenspiegels te normaliseren en zich door de werking van de vitamine ook anderszins veel beter voelt (meer energie, sneller herstel, etc.), is dit een positieve bijwerking. Er zijn nog andere positieve bijwerkingen die vaak optreden. Als de patiënt bijvoorbeeld niacine gebruikt vanwege zijn artritis en daardoor tevens zijn cholesterolspiegels dalen, zou dit resultaat een belangrijke positieve bijwerking zijn of nog beter: een bijkomend voordeel. Niacine verlaagt het C-reactief proteïne (CRP). Dit is een van de ontstekingmarkers. De statines verlagen CRP ook, maar in tegenstelling tot de statines is niacine niet toxisch.

Klinische toepassing van vitamine B_3.
Niacine wordt ook wel nicotinezuur genoemd en niacinamide nicotinamide.
Voor de meeste aandoeningen zijn de twee vormen inwisselbaar. Maar niacine normaliseert de bloedlipidenspiegels en niacinamide niet. Niacine verlaagt het 'low density lipoprotein'-cholesterol (LDL-cholesterol) in het bloed. De afname hangt van de initiële spiegel af. Hoe hoger de uitgangswaarde, des te sterker de procentuele daling. Het verlaagt ook de triglyceriden, Lipo A en het belangrijkst van allemaal: het verhoogt het 'high density lipoprotein'-cholesterol (HDL-cholesterol). De hoeveelheid HDL in bloed is de belangrijkste enkelvoudige maat voor het cardiovasculaire risico. Niacine kan tegelijk met statines worden ingenomen. Er is al een combinatie van een statine en niacine beschikbaar. Niacinamide heeft geen effect op de bloedvetten. De moderne toedieningsvormen met vertraagde afgifte of 'no flush' kunnen worden gebruikt wanneer de patiënten bepaalde bijwerkingen niet kunnen verdragen.

Niacine was de eerste voedingsstof die door de FDA (Federal Drug Administration, VS) werd vrijgegeven voor verlaging van de cholesterolspiegels. Dit was zeer gunstig aangezien iedere arts niacine nu ook wettelijk geautoriseerd voor andere indicaties kon gebruiken. Een ander uniek aspect van de geschiedenis van niacine is dat het niet was gepatenteerd, niet kan worden gepatenteerd en het gebruik ervan in de orthomoleculaire geneeskunde werd ontdekt, met minimale kosten. Het is een van de weinige verbindingen met een dergelijke voorgeschiedenis. Doorgaans worden de totale kosten van een geneesmiddel -van idee tot verkrijgbaarheid bij de apotheek of drogist- geschat op enkele honderden miljoenen dollars.
En tot slot wordt onze niacine-cholesterol bevinding aangemerkt als de eerste belangrijke aanval op het vitaminen-als-preventie-paradigma.

Voor alle andere aandoeningen kunnen beide vormen worden gebruikt. De beslissing welke wordt gebruikt, hangt af van een groot aantal factoren, zoals leeftijd, het cosmetische effect van de opvliegers, of er sprake is van cardiovasculaire problemen en de benodigde dosis. Sommige patiënten verdragen de ene vorm niet en kunnen dan de andere vorm krijgen. Als beide vormen slecht worden verdragen, kan men beide gebruiken aangezien het therapeutische effect additief is. Als patiënten niet meer dan 1,5 gram van elk per dag kunnen verdragen, kunnen ze 1,5 gram van elke vorm gebruiken en wordt de totale dosis 3 gram en toch verdragen. Veel patiënten hebben baat bij lagere doses. Er is geen manier om vooraf te bepalen hoeveel men nodig zal hebben. Gelukkig is het zo veilig dat men er gewoon proefondervindelijk achter kan komen wat de beste dosis is. Vaak doen patiënten dat zelf.

De gebruikelijke startdosis niacine is 500 tot 1000 milligram driemaal daags direct na de maaltijd in te nemen. Maar als men zich zorgen maakt over de intensiteit van de flush, kan ook worden begonnen met 100 milligram om deze dosis langzaam op te hogen. Sommigen vinden dit veel prettiger. De meeste patiënten verdragen niacine echter als de bijwerkingen hun op een positieve manier worden uitgelegd. Volgens Bill Parsons moet een arts niacine kennen voordat hij het aanbeveelt. Artsen die de positieve eigenschappen afzwakken en de mogelijke problemen benadrukken, merken dat de meeste van hun patiënten het niet zullen blijven gebruiken. De therapietrouw bij orthomoleculaire artsen is zeer hoog.

De dosis niacine hoeft zelden meer dan 2 gram driemaal daags te zijn. De dosis kan worden verhoogd maar als de dosis te hoog is en niet wordt verlaagd of stopgezet, krijgt de patiënt uiteindelijk last van misselijkheid en moet later braken. Het optimale dosisbereik is zeer breed. Dezelfde doses worden voor niacinamide gebruikt, maar het optimale dosisbereik is smaller. Bij meer dan 6 gram niacinamide per dag worden meer mensen misselijk dan met niacine. Kinderen kunnen deze doses beter verdragen. De dosis is niet gerelateerd aan lengte, leeftijd of lichaamsgewicht. Er zijn kinderen die niet over misselijkheid klagen. Vitamine B_3 moet minstens driemaal daags worden gegeven, is wateroplosbaar en wordt zeer snel uitgescheiden. Doordat zich geen spiegels kunnen opbouwen, is de veiligheid zeer groot, maar het betekent ook dat het preparaat vaak en regelmatig moet worden ingenomen.

Meestal moet de vitamine levenslang worden ingenomen. Daarom is het zo belangrijk dat deze veilig en betaalbaar is en goed wordt verdragen. De indicaties zijn zowel psychiatrisch als lichamelijk. De psychiatrische indicaties omvatten patiënten met schizofrenie, sommige schizoaffectieve patiënten, de meeste kinderen met leer- en/of gedragsstoornissen en personen met vroeg optredende seniliteit. De meest voorkomende lichamelijke indicaties zijn onder meer artritis en een hoge cholesterolspiegel.

Niacine en andere medicaties.

Net als alle wateroplosbare voedingsstoffen is niacine verenigbaar met alle voedingsmiddelen en met medicatie. *Het versterkt het therapeutische effect van antipsychotica zodat de dosis van deze sterke geneesmiddelen kan worden verlaagd*.

Het versterkt het effect van statines ten aanzien van verlaging van de cholesterolspiegels en verhoging van het ‘high density lipoprotein’-cholesterol (HDL-cholesterol). In 2001 meldde de medische faculteit van de Universiteit van Washington, Seattle, VS, dat simvastatine plus niacine duidelijke klinische en angiografisch meetbare voordelen biedt voor patiënten met coronaire hartziekte en lage HDL-spiegels.

Op 11 november 2004 meldde het Walter Reed Medical Center op de bijeenkomst van de American Heart Association in New Orleans, VS, de resultaten van een onderzoek dat juist was afgerond. De onderzoekers vonden dat toediening van een combinatie van Niaspan, een niacinepreparaat met gereguleerde afgifte, met een statine in een groep patiënten die 4,5 jaar alleen statines hadden gebruikt, HDL in één jaar met 23% verhoogde. Dit onderzoek markeert een verschuiving van de belangstelling van alleen totaalcholesterolverlaging naar verhoging van HDL. Tussen cardiale problemen en lage HDL-spiegels bestaat een veel nauwere relatie dan met welk ander lipide in het bloed dan ook. Er is geen reden waarom de statines en niacine niet kunnen worden gecombineerd***, maar als statines worden gebruikt, is het verstandig ook co-enzym Q10 tot 100 milligram driemaal daags te gebruiken. De statines remmen de vorming van co-enzym Q10 (een zeer belangrijk hartspierenzym nodig voor de hartspieractiviteit).***

Vitamine B_6 - Pyridoxine

De dosis varieert van 100 milligram per dag tot 1000 milligram. Al vroeg in de ontwikkeling van de orthomoleculaire psychiatrie gebruikten de pioniers tot wel 3 gram per dag en namen ze geen complicaties waar. Maar deze vitamine kreeg een slechte naam na een onderzoek waarin de auteur in diverse medische faculteiten zes patiënten registreerde die tussen de 2000 en 6000 milligram per dag gebruikten. Deze zes patiënten vertoonden neurologische veranderingen in hun voeten, waarvan ze volledig herstelden nadat het gebruik van deze vitamine was stopgezet. De standaard medische literatuur beschouwt deze vitamine ten onrechte als gevaarlijk. De doses hoeven zelden hoger te zijn dan 250 milligram driemaal daags.

Het is aannemelijk dat deze zes patiënten geen andere vitaminen gebruikten en dat ze leden aan een overmaat aan deze vitamine door de hoge dosering. De reactie tegen vitamine B_6 is zo irrationeel en extreem geworden dat verscheidene jaren geleden in Engeland een poging is ondernomen de bovengrens van de dosis vast te stellen op 10 milligram per dag.
Pyridoxine kan bij sommige kinderen hyperactiviteit doen toenemen. Door het kind magnesium te laten innemen wordt dit echter voorkomen.

De belangrijkste indicatie is voor patiënten die te veel kryptopyrrol in hun urine uitscheiden. Deze factor werd in 1960 in Saskatchewan ontdekt. De factor werd aangetoond door lange stroken papier te gebruiken die werden gedrenkt in de urine en vervolgens werden gedroogd en gesprayd, waarna de kleur zich ontwikkelde. De kleur die verscheen, was mauve (zacht,met geel gemengd, paars) en we noemden dit de ‘mauve factor’. Deze methode, papierchromatografie, wordt niet langer toegepast maar was een welbekende methode en leverde de uitvinder, Dr. Tiselius, de Nobelprijs op.

Toen de factor in samenwerking met Carl Pfeiffer werd geïdentificeerd, werd de term ‘mauve factor’ veranderd in kryptopyrrol. Ze zijn sterk verwant, maar niet identiek. Het lijkt meer op OHHPL (hydroxyhemopyrrolin-2-on). De verbinding behoort tot de pyrrolfamilie en er is een goede reden om het ‘urinaire pyrrol’ te noemen. Vandaag de dag wordt deze verbinding door veel onderzoekers onderzocht, met name in Europa. Dr. Woody McGinnis staat aan het hoofd van een grote onderzoeksgroep. De verbinding blijkt een maat voor oxidatieve stress te zijn. Carl Pfeiffer ontwikkelde een semi-kwantitatieve test die wordt gebruikt om de hoeveelheid ‘mauve factor’ in urine te meten. Deze factor wordt aangetoond bij minimaal 75 procent van de patiënten met schizofrenie, afhankelijk van hoe lang ze al ziek zijn en van de behandeling die ze hebben gekregen.

De factor wordt bij zeer weinig gezonde mensen onder stress aangetroffen en is aanwezig bij ongeveer eenderde van alle niet-psychotische patiënten ongeacht de diagnose. Ongeveer de helft van de kinderen met infantiel autisme is positief. De factor wordt ook aangemaakt bij een klein aantal alcoholisten die LSD krijgen als psychedelische behandeling van hun alcoholisme. In Saskatchewan was de aanwezigheid van de 'mauve factor' in de urine een indicatie voor behandeling met vitamine $B_{3,}$ ongeacht hoe deze patiënten klinisch werden genoemd.

Carl Pfeiffer toonde aan dat de aanwezigheid van de 'mauve factor' leidde tot een dubbele deficiëntie van zowel pyridoxine als van zink. Daarom waren deze beide voedingsstoffen nodig in het behandelprogramma. Vóór deze ontdekking werden patiënten met deze factor in Saskatchewan beschouwd als schizofreniepatiënten die voornamelijk met vitamine B_3 werden behandeld. Maar de toevoeging van de twee voedingsstoffen vitamine B6 en zink verbeterde de behandelresultaten sterk en verlaagde de noodzaak van zoveel vitamine B_3. Hij beschreef het syndroom onder de naam 'pyrrolurie'.
De behandeling is ook zinvol voor sommige patiënten met ernstige premenstruele spanningen. Pfeiffer vond dat patiënten met deze aandoening duidelijke klachten hadden als witte plekken in hun vingernagels, striae, pijnlijke knieën en veranderingen in hun huid. Zeer weinig laboratoria voeren deze test uit. Als patiënten verbeterden, daalde de hoeveelheid kryptopyrrol tot normale zeer lage spiegels. Een recidief werd doorgaans voorafgegaan door een recidief van de urinaire factor.

Ascorbinezuur (vitamine C)

Vitamine C speelt een belangrijke rol in de lichamelijke geneeskunde, in het bijzonder bij de behandeling van kanker.
(Zie ook recent onderzoek: Onderzoekers aan het National Institute of Health in Bethesda VS pasten zeer hoge doses vitamine C-ascorbaat toe op negen kweken van kankercellen. Bij vijf celgroepen overleefde maar de helft van de cellen en de groei van de lymfooncellen werd gereduceerd met minimaal 99%; met andere woorden: de vitamine doodde de kankercellen en verhinderde dat ze opnieuw ontstonden.
Proc Nat Acad Sci, online10.1073/pnas0506390102, bron Medisch Dossier jrg 8, Nr1Dec 2005, redactie SOOSS)

Bij psychische aandoeningen is deze vitamine niet zo relevant als de B-vitaminen, maar vanwege zijn anti-stress-eigenschappen is het zinvol dat alle patiënten 1 tot 3 gram per dag gebruiken. De stof is opmerkelijk veilig. De belangrijkste bijwerking bij gebruik van hoge doses is dunnere ontlasting. Dit is geen echte diarree aangezien er geen pijn en krampen optreden. Maar als deze bijwerking zich voordoet, moet de dosis tot onder dit niveau worden teruggebracht. Bij patiënten met scheurbuik is het schizofreniesyndroom voorgekomen.

Foliumzuur

In de afgelopen drie jaar is de psychiatrische belangstelling voor foliumzuur toegenomen. Kleine hoeveelheden worden in de VS aan meel toegevoegd om de geboorte van baby's met spina bifida te voorkomen. Mensen met depressie hebben vaak lage spiegels van foliumzuur en bij inname van hoge doses van 25 milligram per dag en hoger vertoont het antidepressieve eigenschappen. De angst dat het pernicieuze anemie zal maskeren, is onterecht maar algemeen verspreid en dat is de reden dat in de VS op recept alleen tabletten van vijf milligram verkrijgbaar zijn. Door patiënten een van de huidige vitamine B-preparaten te geven krijgen ze voldoende vitamine B_{12} binnen zodat bij niemand pernicieuze anemie onopgemerkt blijft.

Bij de bespreking van de noodzaak om foliumzuur toe te voegen aan meel om spina bifida te voorkomen schreef Hunter: [12]
"Zorgen over vitamine B_{12} komen voort uit bevindingen van het einde van de jaren veertig van de vorige eeuw, dat hoewel pernicieuze anemie goed op folaat reageerde, de neurologische verschijnselen van B_{12}-deficiëntie niet reageerden, noch werden voorkomen". Het is inderdaad zo dat de gedachte dat folaat ernstiger en agressievere neurologische complicaties kon induceren onderdeel werd van de medische leerstellingen. Dickinson vergeleek casestudies en series patiënten met B_{12}-deficiëntie vóór en na introductie van behandeling met foliumzuur en vond geen bewijs dat folaat de snelheid of ernst van de neurologische presentatie van B_{12}-deficiëntie verhoogde. Bij ongeveer 28 procent van de gevallen van B_{12}-deficiëntie worden neurologische verschijnselen gezien en praktiserende artsen moeten altijd deze diagnose overwegen bij een patiënt met paresthesieën, zwakte of ataxie. Volgens Dickinson was het absurd aan patiënten supplementen te onthouden omdat sommigen met pernicieuze anemie mogelijk niet ziek genoeg zijn om door hun arts te worden gediagnosticeerd".

Vitamine D

De rol van vitamine D met betrekking tot de gezondheid is in de afgelopen paar jaar serieus onderzocht en het is duidelijk dat de gebruikelijk aanbevolen doses totaal onvoldoende zijn. De belangrijke onderzoekers die zich bezighouden met vitamine D, melden dat tot 10.000 IE (Internationale Eenheden) veilig is en dat de meeste mensen 2000 tot 4000 IE per dag nodig hebben, behalve in de zomer wanneer de zon schijnt (UV-licht) en in warme zonnige klimaten. Initiële aanwijzingen duiden erop dat het een factor kan zijn bij het ontstaan van seizoensdepressie ('Seasonal Affective Disorders', SAD). Veel moeders zijn bang gemaakt voor zonlicht vanwege het veronderstelde effect op het ontstaan van huidkanker. Daardoor zijn in de afgelopen twee jaar 80 gevallen van rachitis in Canada gemeld. Dit is een ziekte die al vele generaties werd voorkomen doordat moeders hun kinderen consequent levertraan gaven. Een aantal van mijn patiënten heeft geen last meer van seizoensdepressie bij inname van 4000 IE vitamine D_3 per dag.

Vitamine D verlaagt C-reactief proteïne (CRP). CRP is een maat voor ontsteking in het lichaam en blijkt sterk significant gerelateerd te zijn aan coronaire hartziekte. Vitamine-D-deficiëntie wordt in verband gebracht met veel ziekten als hypertensie, hartziekte, diabetes, kanker en multipele sclerose. Verhoogde CRP-spiegels zijn even pathologisch als verhoogde 'low density lipoprotein' LDL-cholesterolspiegels.

Essentiële vetzuren

Het gebruik van essentiële vetzuren werd meer dan 15 jaar geleden voorgesteld door Dr. Donald Rudin en nog eens uitgebreid door Dr. David Horrobin. Het is thans door diverse instellingen voor wetenschappelijk onderzoek bevestigd dat deze essentiële vetzuren therapeutisch zijn voor een groot deel van de psychiatrische aandoeningen, waaronder schizofrenie en stemmingsstoornissen. Ze komen voor in lijnzaadolie en de visoliën niet afkomstig van de lever. Visoliën uit de lever (levertraan) bevatten ook wat essentiële vetzuren, maar ook vitamine A en D, die niet altijd nodig zijn. Er zijn diverse preparaten verkrijgbaar variërend van lijnzaadolie tot de visoliën. Doorgaans hebben patiënten 1 tot 3 gram driemaal daags nodig.

Orthomoleculaire behandeling, deel 1.

De voeding

Er zijn twee basisregels: eliminatie van voedingsmiddelen waarvoor men allergisch is en/of van toxische voedingsmiddelen. Allergische reacties spelen een belangrijke rol bij vrijwel elk psychiatrisch syndroom, waaronder stemmingsstoornissen, schizofrenie, angststoornissen en bij kinderen met leer- en/of gedragsstoornissen. Men hoeft geen allergoloog te zijn, maar het helpt te begrijpen hoe snel kan worden bepaald of deze reacties optreden. Dit wordt gedaan aan de hand van de voorgeschiedenis van allergische reacties die beginnen op de zuigelingenleeftijd met koliek, doorgaans een reactie op melk. Veelvoorkomende symptomen zijn onder meer: een voorgeschiedenis van frequente verkoudheden, loopneus, oorpijn, trommelvliesbuisjes. Ook kunnen deze allergische kinderen last hebben van rode oren, door allergie veroorzaakte blauwe kringen onder de ogen (alsof ze in tijden niet hebben geslapen) en chronisch verstopte bijholten. Deze verschijnselen kunnen uiteindelijk verdwijnen maar het lichaam blijft dan nog reactief. De symptomen veranderen en het kind ontwikkelt gedrags- en leerproblemen.

Het allergische kind kan ook nog last hebben van astma, hooikoorts, huiduitslag en jeuk. Informeren naar welke voedingsmiddelen wel of niet lekker worden gevonden en vragen naar voedingsgewoonten is zinvol. Vaak vinden deze patiënten de dingen waar ze allergisch voor zijn erg lekker en kost het hun veel moeite deze voedingsmiddelen uit hun dieet weg te laten. Een afkeer van melk komt erg vaak voor, aangezien melk de slijmproductie stimuleert, maar bestaat er wel een voorkeur voor kaas, waarbij dit effect veel minder sterk optreedt. Maar kaas veroorzaakt weer andere symptomen, zoals maag-darmproblemen. Patiënten wordt geleerd op te letten hoeveel tijd er verstrijkt tussen het eten van bepaalde voedingsmiddelen en het ontstaan van de symptomen. Als ze één tot twee uur na een maaltijd, bijvoorbeeld de lunch, erg slaperig worden, kunnen ze een negatieve reactie vertonen op de bestanddelen van die maaltijd.

Is een voedingsmiddel eenmaal verdacht dan wordt het uiteindelijk geïdentificeerd door het eliminatiedieet. Dit is veel goedkoper en veel nauwkeuriger dan welke huid- of laboratoriumtest dan ook. Het verdachte voedingsmiddel wordt gedurende ten minste twee weken, of nog beter gedurende één maand, uit de voeding weggelaten. Vervolgens wordt de provocatietest uitgevoerd wanneer het betreffende voedingsmiddel weer wordt geïntroduceerd. Als de patiënt zich beter voelt wanneer hij het voedingsmiddel niet gebruikt en weer ziek wordt zodra hij dit weer wel doet, is dat het definitieve bewijs. Het betreffende voedingsmiddel wordt dan vermeden – vaak levenslang. Kinderen hebben minder last van voedselallergieën dan volwassenen. Deze nemen namelijk toe met de leeftijd. De voedingsmiddelen waarvoor kinderen meestal allergisch zijn, zijn zuivelproducten, suiker, eieren en tarwe. Voor volwassenen kan elk voedingsmiddel een allergeen zijn. Om toxische voedingsmiddelen te identificeren wordt dezelfde procedure gevolgd. Maar zelfs als er geen toxische voedingsmiddelen aantoonbaar zijn, is het nog steeds een goed idee de vrije suikers te elimineren. Wanneer deze worden geëlimineerd, worden ook de meeste in de voeding voorkomende additieven verwijderd.

De vitaminen

Nadat eerst het dieet is besproken, worden de patiënten geïnformeerd over de vitaminen en de startdoses die ze moeten innemen. De meest gebruikte vitamine is B_3. Andere vitaminen en doseringen worden beschreven. Mogelijke bijwerkingen worden besproken. Het is een goed idee patiënten te vertellen waarom deze vitaminen nuttig zijn en hen ook te vertellen hoe lang ze ze moeten innemen. Het duurt ongeveer 2 maanden voor het programma aanslaat.

Meer dan één vitamine of supplement kan nodig zijn en het is meestal een goed idee een multivitaminepreparaat toe te voegen dat alle vitaminen van het B-complex in ongeveer de juiste concentratie bevat. Deze variëren van wat wordt genoemd B-complex ‘25’ tot B-complex ‘100’. Vitamine C wordt aanbevolen als een anti-stressvitamine en verlaagt vaak ook de frequentie van verkoudheden. Dit is zinvol voor patiënten die soms de neiging hebben tijdens een verkoudheid of griepaanval een recidief te krijgen.

De moderne voeding levert maar zelden voldoende voedingsstoffen. De toevoeging in de VS van thiamine, riboflavine en niacinamide (B1 t/m 3) aan meel erkent dit belangrijke gegeven met betrekking tot moderne voedingsmiddelen. Daarom is het zeer waarschijnlijk dat wanneer er sprake is van een tekort aan één voedingsstof, dit vaak ook voor veel andere voedingsstoffen geldt. Vorig jaar (2004) bevatte het Journal of the American Medical Association een rapport waarin de auteurs de aanbeveling deden dat iedereen dagelijks extra vitaminen gebruikt. Zelfs tien jaar geleden zou dit advies in elk medisch tijdschrift van aanzien als ongepast zijn beschouwd. Hier zijn veel mogelijke redenen voor. Ten eerste, de omstandigheden die leidden tot de verhoogde behoefte aan supplementatie van één voedingsstof gelden ook voor andere voedingsstoffen. Ten tweede, bewerkte voedingsmiddelen zijn veel van hun natuurlijke bestanddelen kwijtgeraakt. Zo missen witte bloem en witte rijst het merendeel van hun B-vitaminen die voornamelijk voorkomen in kiem en zemelen. Ten derde, bij door plantenkwekers ontwikkelde moderne voeding werd op elke kwaliteit gelet behalve op voedingswaarde. Het moderne voedsel is zoeter, groter, smakelijker, beter te bewaren en aantrekkelijker. Een recent onderzoek door Don Davis, Melvin Epp en Hugh Riordan vermeldde dat 43 gewassen nu minder voedingstoffen bevatten dat 50 jaar geleden. Daarom is het klinisch gezien verstandig dat iedere patiënt een multivitaminepreparaat met B-complex ‘50’ of ‘100’ gebruikt.

De mineralen

Patiënten met pyrrolurie of met klinische aanwijzingen voor een tekort krijgen zink in combinatie met pyridoxine.

Essentiële vetzuren

Er is een aantal preparaten verkrijgbaar, variërend van lijnzaadolie tot de visoliën. Doorgaans hebben patiënten 1 tot 3 gram driemaal daags nodig.

Medicatie

Dit kan nodig zijn, met name zodra de ziekte duidelijk is gediagnosticeerd. Medicatie wordt voor de gebruikelijke psychiatrische indicaties en in de gebruikelijke doseringen toegepast. Maar vitaminetherapie maakt medicatie effectiever zodat lagere doses even effectief zijn. Lagere doses verlagen de kans op tardieve dyskinesie en andere bijwerkingen. Nadat patiënten een reactie beginnen te vertonen, worden de typische effecten van de antipsychotica sterker en dat is een indicatie dat hun dosis kan worden verlaagd, maar wel zeer langzaam en voorzichtig aangezien deze middelen zeer verslavend zijn met ernstige onttrekkingsverschijnselen als de dosis te snel wordt verlaagd. Het ideaal is het optimale gebruik van de medicatie, die nul, klein of substantieel kan zijn. Het allerbelangrijkste is het welzijn van de patiënten. De optimale dosis houdt de symptomen onder controle zonder inductie van andere – invaliderende – verschijnselen. Bij toepassing van de atypische antipsychotica moet worden gelet op de metabole veranderingen die worden geïnduceerd, zoals overmatige gewichtstoename, verhoogde spiegels van cholesterol en triglyceriden, en verhoogde incidentie van diabetes mellitus.

Vaak zijn de doses die nodig zijn om ernstige symptomen onder controle te krijgen, erg hoog en dit veroorzaakt op zijn beurt weer de tranquillizerpsychose, die wordt gekenmerkt door een afname in de hevigheid van de symptomen, lethargie, verlies van interesse, concentratieproblemen evenals de lichamelijke bijwerkingen als verlies van libido, obesitas, veranderingen in bloedlipidenspiegels, tardieve dyskinesie en meer. Maar geneesmiddelen zijn zinvol aangezien deze snel werken en binnen enkele dagen het afwijkende gedrag onder controle kunnen brengen. Hun belangrijkste nadeel is dat ze ernstige en vaak levensbedreigende bijwerkingen vertonen.
(zie ook: "Antipsychotica schadelijk ; Pillen kosten ouderen het leven", rubriek 'Publicaties' van deze website, redactie SOOSS).
Voedingsstoffen hebben als nadeel dat ze zeer langzaam werken, maar het grote voordeel dat ze niet toxisch zijn. Door voedingsstoffen en geneesmiddelen te combineren kunnen de voordelen van beide behandelingen worden gecombineerd en de nadelen zoveel mogelijk teruggedrongen. De patiënten die met beide zijn begonnen, zullen veel sneller reageren en zodra de verbetering goed doorzet, kan de medicatie worden afgebouwd en kunnen de voedingsstoffen de controle in stand houden.

Als de medicatie niet wordt verminderd, ontstaat hierdoor de tranquillizerpsychose. In de psychiatrie moet men zich ervan bewust zijn dat er mogelijk geen sterke verbetering zichtbaar is tot de geneesmiddelen worden verlaagd aangezien de voedingsstoffen de tranquillizerpsychose niet ongedaan maken. Bij elk therapeutisch onderzoek moet men er rekening mee houden dat alleen de optimale dosis van geneesmiddelen moet worden gebruikt en dit betekent dat de dosis geleidelijk moet worden afgebouwd zodra het herstel van de patiënt dit toelaat. De typische patiënt die tranquillizers gebruikt, kan niet werken, kan zich niet concentreren, is niet creatief, slaapt te veel, is niet productief, wordt onbetrouwbaar en verliest zijn (zelf)vertrouwen. Minder dan tien procent van de patiënten die alleen met geneesmiddelen worden behandeld, kan op hetzelfde niveau werken als voordat ze ziek werden. Elke keer dat de patiënt op controle komt, moet de dosis van het middel worden beoordeeld en patiënten moeten vaak genoeg op controle komen opdat de onderhoudsdosis niet te hoog blijft.

Als ze niet verstandig worden gebruikt, kunnen antipsychotica een psychose opwekken specifiek voor het betreffende middel. Er bestaan geen perfecte medicamenteuze en psychiatrische behandelingen. Ongeacht het therapeutische effect hebben ze onbedoelde gevolgen. Iedere arts weet dit na vele uren te hebben besteed aan het bestuderen van farmacologie, farmacotherapie, etc. Maar niets doen, geen behandeling instellen, zal onbedoelde gevolgen kunnen hebben die nog erger zijn. Idealiter is het doel van de behandeling de gezondheid op het oorspronkelijke niveau terug te brengen of tot een nog beter niveau. De onbedoelde gevolgen zijn de bijwerkingen, die met geneesmiddelen meestal toxisch zijn en met voedingsstoffen niet-toxisch. Toxische geneesmiddelen worden doorgaans gebruikt in de geneeskunde en in de psychiatrie omdat ze een therapeutische rol vervullen en het voor de patiënten en vaak voor de maatschappij veiliger is deze toxische reacties voor lief te nemen. Of een geneesmiddel wordt gebruikt, hangt dus af van de relatie tussen zijn therapeutische en zijn toxische effect. Noch toxiciteit noch werkzaamheid kan afzonderlijk worden beschouwd. Een toxisch geneesmiddel als insuline wordt gebruikt omdat de therapeutische waarde ervan zo groot is. Een verbinding die niet effectief is, ook al is deze niet toxisch, wordt niet gebruikt. We willen verbindingen die zeer effectief zijn en bij het effectieve dosisbereik niet toxisch. Als het middel te gevaarlijk is, wordt het niet gebruikt tenzij de ziekte zelf nog gevaarlijker is en er geen vervangende middelen zijn. Als er geen therapeutisch effect optreedt, zal dat middel niet worden gebruikt hoe veilig het ook is. Daarom moet bij de afweging om een geneesmiddel wel of niet te gebruiken met al deze factoren rekening worden gehouden en meestal legt langdurig gebruik voor deze middelen beperkingen op.

Artsen die de waarde van therapeutische stoffen in twijfel trekken, zijn vaak bevooroordeeld door het behandelingsprotocol dat ze aanhouden. Ze zijn zelden onpartijdig. Artsen die geneesmiddelen gebruiken, hebben de neiging de waarde ervan te overdrijven en de bijwerkingen te bagatelliseren.

Maar ook artsen die veel meer vertrouwen op voedingsstoffen, zijn bevooroordeeld ten aanzien hièrvan en wanneer ze het gebruik ervan overwegen, zullen ze eerder hun waarde overdrijven en hun mogelijke bijwerkingen bagatelliseren.
Ik heb hier geen probleem mee zolang de lezer zich dit maar realiseert en de vooringenomenheid begrijpt.

In het begin van de jaren vijftig van de vorige eeuw werd chloorpromazine in Frankrijk geïntroduceerd door Dr. H. Laborit, een chirurg, en het middel werd al snel op grote schaal gebruikt binnen de psychiatrie in Frankrijk en later in de rest van de wereld. Deze stof was veel minder gevaarlijk voor patiënten dan de barbituraten, werkte gedurende een langere periode en was een opmerkelijk kalmerend middel, een tranquillizer. Niet alle patiënten werden er rustig door maar het maakte hen zeker ogenschijnlijk kalmer. Het middel vertoonde ook bijwerkingen, zoals deze gehele geneesmiddelklasse. Deze middelen worden goed beschreven in de geneesmiddelrepertoria. Een van de belangrijkste bijwerkingen is tardieve dyskinesie. In de golf van enthousiasme voor deze krachtige middelen tussen 1955 en 1969 werden hun bijwerkingen genegeerd.

De eerste psychiater die tot publicatie overging van zijn waarneming dat ze tardieve dyskinesie veroorzaakten, had het erg moeilijk. Hij werd net zo populair als een klokkenluider in een bedrijf. Maar deze bijwerking kwam zo vaak voor dat deze niet kon worden genegeerd. Tardieve dyskinesie doet zich niet voor bij schizofreniepatiënten die met orthomoleculaire methoden worden behandeld. Dit komt waarschijnlijk door de lagere doses die werkzaam zijn en door de niacine die wordt gebruikt. Dr. Richard Kunin, één van de vier orthomoleculaire pioniers, ontdekte dat het kan worden voorkomen door naast niacine mangaan in lage doses toe te voegen. Tardieve dyskinesie kan bij elk antipsychoticum optreden. De verschijnselen doen zich voor na enkele tot vele maanden of zelfs jaren nadat met de medicatie is gestart en zodra ze ontstaan wordt algemeen aangenomen dat ze niet kunnen worden behandeld. De symptomen zijn divers, maar bestaan uit onwillekeurige of herhaalde spierbewegingen die elke spier in het lichaam kunnen betreffen. Een patiënt die bij mij kwam met tardieve dyskinesie, trilde over zijn gehele lichaam alsof hij van gelatinepudding was gemaakt. Het is zeer opvallend, hinderlijk en invaliderend voor de patiënten. Door toepassing van orthomoleculaire behandeling en verlaging van de dosis van de geneesmiddelen, bij voorkeur tot nul, is het mogelijk tardieve dyskinesie op te heffen. Mijn trillende patiënt was na toevoeging van mangaan en niacine binnen één week veel beter.

Vitamine B_3 veroorzaakt geen tardieve dyskinesie en bij patiënten behandeld met orthomoleculaire middelen ontstaat deze bijwerking niet. Hawkins beoordeelde meer dan 60.000 gevallen behandeld door orthomoleculaire artsen en vond geen gevallen. Ik heb in mijn praktijk nooit tardieve dyskinesie zien ontstaan. Maar aangezien vitaminen als nutteloos werden beschouwd, werden ze nooit als vervanging voor de krachtige middelen gezien.

Geneesmiddelpatenten hebben een beperkte levensduur en als bedrijven financieel succesvol willen blijven, moeten ze nieuwe middelen ontwikkelen. Maar de belangrijkste reden voor de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen was de eliminatie van tardieve dyskinesie. Ze zouden hetzelfde doel hebben kunnen bereiken door orthomoleculaire psychiatrische behandelingen toe te passen, maar dat zou niet ten gunste komen van het bedrijfsresultaat. De moderne atypische antipsychotica worden verondersteld minder tardieve dyskinesie te veroorzaken. Maar ze doen dit nog steeds, zij het in mindere mate. Dit voordeel is echter tenietgedaan door nog ernstiger toxische reacties als obesitas, diabetes mellitus, verhoging van cholesterol- en triglyceridenspiegels en cardiovasculaire ziekten. Volgens de beste moderne vergelijkende onderzoeken naar de oudere middelen en de nieuwe zijn ze niet werkzamer, vertonen ze evenveel bijwerkingen maar zijn die verschillend. Daarnaast zijn ze verslavend. En natuurlijk veel duurder.

Met verslaving bedoel ik dat het erg moeilijk is het gebruik van deze middelen te staken. Ik gebruik al antipsychotica sinds chloorpromazine in 1955 in Noord-Amerika werd geïntroduceerd. Als een patiënt plotseling het gebruik van het middel staakte, was er geen sprake van onttrekkingsverschijnselen.

Ook de volgende dag ontstonden er geen ernstige onttrekkingsverschijnselen. Integendeel, ze voelden zich beter doordat ze geen last meer hadden van de toxische bijwerkingen. Als ze het therapeutische effect echter nog steeds nodig hadden, zou dit weken of maanden nadat ze met de medicatie waren gestopt duidelijk zijn geworden. Met de atypische middelen heb ik dit zelden waargenomen. Als dergelijke middelen worden stopgezet, doen de symptomen zich de volgende dag weer abrupt voor. Dit komt waarschijnlijk doordat de oudere middelen sterker aan de receptor worden gebonden en wanneer de toediening wordt stopgezet, duurt het langer voor de middelen worden uitgewassen.

De nieuwe middelen worden zwak aan de receptor in de hersenen gebonden en na één dag staken van de middelen, is de receptor weer vrij. Dit betekent dat men erg voorzichtig moet zijn wat betreft het staken van het gebruik van deze moderne verbindingen. Met olanzapine is het niet moeilijk de dosis van 15 tot 10 milligram te verlagen, maar hoe lager de dosis des te langzamer dit proces moet plaatsvinden. Hetzelfde geldt voor risperidon. Verlaging van 10 tot 5 milligram per dag is niet moeilijk, maar van 5 tot 1 milligram kan een lange tijd in beslag nemen. Deze snelle terugkeer van de symptomen is precies hetzelfde als het effect van heroïneverslaving. Wanneer het heroïnegebruik wordt stopgezet, heeft de betreffende persoon de volgende dag ernstige problemen. Het doel van orthomoleculaire behandeling is de patiënten beter te maken en dit betekent verlaging van de hoeveelheid medicatie tot nul of tot een zodanig lage dosis dat zich geen bijwerkingen voordoen. Dit was met de oude middelen veel gemakkelijker.

De ernstige bijwerkingen die zich regelmatig voordoen, zijn zo goed bekend dat Erica Goode in haar artikel van 20 mei 2003 in de New York Times getiteld ‘Leading Drugs for Psychosis Come Under New Scrutiny’ (‘Toonaangevende geneesmiddelen voor psychose opnieuw onder de loep’) uiteenzet:

“waarom de nieuwe generatie antipsychotica, de zogeheten atypische middelen, gevaarlijke bijwerkingen kunnen hebben en mogelijk niet zo effectief zijn als eerst werd aangenomen”.

Ze zou moeten hebben geschreven: ‘hebben gevaarlijke bijwerkingen en zijn niet zo effectief als eerst werd aangenomen’. Met betrekking tot geneesmiddelen is ‘kunnen’ niet langer passend aangezien deze bijwerkingen optreden en algemeen bekend zijn.

Interessant is dat de bijwerkingen die voortkomen uit het gebruik van atypische antipsychotica, endemisch in onze maatschappij voorkomen. Obesitas, verhoogd cardiovasculair risico, hypertensie, diabetes mellitus zijn allemaal ernstige problemen voor onze moderne maatschappij. De problemen worden alle versterkt door het gebruik van deze middelen. Dit verbaast me niet aangezien de adrenochroomhypothese voorspelt dat dit bij patiënten zou gebeuren. Adrenochroom is een cardiotoxische stof. Adrenaline is niet toxisch voor hartweefsel als het gestabiliseerd is zodat het niet kan worden geoxideerd tot adrenochroom. Hieruit volgt dat schizofreniepatiënten veel gevoeliger zijn voor deze toxische effecten inclusief plotselinge dood door ventrikelfibrilleren. Het positieve effect is dat adrenochroom de mitose remt. Snelgroeiende cellen worden geremd. De sterftecijfers voor kanker zijn voor schizofreniepatiënten aanzienlijk lager [13].

Er is wel een oplossing, namelijk deze antipsychotica alleen gebruiken als ze geen ernstige, toxische bijwerkingen veroorzaken. Als er geen alternatief is, moeten ze worden voorgeschreven in een zo laag mogelijke dosis. Verbetering van de voeding en toevoeging van optimale hoeveelheden van de juiste vitaminen veroorzaken geen tardieve dyskinesie of een van de ernstige bijwerkingen van de moderne middelen. Orthomoleculaire behandeling zal daarentegen deze behandelen en voorkomen. De juiste aandacht voor de voeding en eetpatronen[14] zal obesitas voorkomen en behandelen en maakt deel uit van de behandeling van diabetes. Niacine herstelt de lipidenspiegels weer tot normale waarden en voorkomt enkele van de toxische effecten van diabetes.

Orthomoleculaire behandeling, deel 2.

Schizofrenie is een syndroom, geen ziekte. Een syndroom is een verzameling symptomen en klachten maar kan worden veroorzaakt door meer dan één factor. Als een patiënt bijvoorbeeld klaagt over koorts, pijn in de borst die verergert bij ademhalen en mogelijk hoesten, denkt men aan of diagnosticeert men onmiddellijk pneumonie. Maar aangezien er diverse oorzaken van pneumonie bestaan, kan er geen behandeling worden gestart voor de oorzaak is vastgesteld. Pneumonie veroorzaakt door tuberculose wordt niet op dezelfde manier behandeld als pneumonie veroorzaakt door een virus of bacterie. Wanneer de oorzaak van dat syndroom is vastgesteld, kunnen het juiste antibioticum en andere behandelingen worden ingesteld met een veel grotere kans van slagen dan wanneer aan elke patiënt hetzelfde antibioticum zou worden toegediend.
Dit principe zou ook moeten gelden voor psychische aandoeningen.

Depressie is een syndroom, omdat dit ook kan worden veroorzaakt door een groot aantal factoren variërend van ernstige psychische stress na zakken voor een examen tot diepe depressie en rouw na het verlies van een ouder of kind. Depressie kan ook worden veroorzaakt door voedselallergieën, door een vitaminetekort, door een overmaat aan toxische mineralen. Dit geldt ook voor de schizofrenieën. Carl Pfeiffer heeft als eerste duidelijk het syndroomachtige karakter benadrukt van deze aandoening door deze ‘de schizofrenieën’ te noemen.
Al honderd jaar geleden was bekend dat het een syndroom was. Een psychiatrisch leerboek dat rond 1900 werd gebruikt, noemde vier verschillende oorzaken van dementie, de oude term voor schizofrenie. Deze waren algehele parese van de geestelijk gestoorde (neurosyfilis), scheurbuik, pellagra en dementia precox. De oorzaken van de eerste drie syndromen waren bekend, maar de oorzaak van dementia precox bleef onduidelijk. Sinds die tijd is pellagra min of meer verdwenen door de toevoeging van vitamine B_3 aan meel, is scheurbuik vandaag de dag zelden meer de oorzaak van de aandoening, is neurosyfilis zeldzaam doordat het tamelijk eenvoudig kan worden behandeld met antibiotica en dementia precox is verdwenen doordat het nu schizofrenie wordt genoemd.

Een van de eerste moderne inzichten in de diverse oorzaken van schizofrenie was de ontdekking in Saskatchewan dat een aanzienlijk aantal van deze patiënten een mauve-kleurende factor uitscheidden die later als kryptopyrrol werd geïdentificeerd. Dr. Osmond en ik noemden het de ‘mauve factor’. In eerste instantie werd deze factor gebruikt om patiënten te onderscheiden van de groep mensen met psychische aandoeningen die goed zouden reageren op behandeling met vitamine B_3. Dr. H Osmond en ik noemden de aandoening ‘malvaria’, d.w.z. patiënten die de ‘mauve factor’ uitscheidden. Patiënten met deze factor leken veel sterker op schizofreniepatiënten dan op mensen met een depressie of op de andere niet-psychotische patiënten.

Later identificeerden Dr. C Pfeiffer en zijn onderzoeksgroep in New Jersey die samenwerkte met Dr. Osmond en onze biochemische groep in Saskatchewan deze factor als kryptopyrrol. Dit is niet helemaal correct maar voor klinisch gebruik voldoende. Dr. Pfeiffer gebruikte de term ‘pyrrolurie’ voor de patiënten die pyrrol in hun urine uitscheidden. Hij beschouwde toen deze patiënten als een afzonderlijke subgroep van de schizofreniepopulatie, d.w.z. dat ze aan een ander identificeerbaar syndroom leden. En toen hij de semi-kwantitatieve test had ontwikkeld om deze stof te meten, ontdekte hij dat deze stof waarschijnlijk een deficiëntie van pyridoxine en zink veroorzaakt en dat deze goed reageerde op hoge doses van deze vitamine en lagere doses van het mineraal.

Nog weer later ontdekte hij dat deze patiënten ook aan de hand van de bloedspiegels van histamine in afzonderlijke groepen kunnen worden onderverdeeld. Aan de ene kant waren er patiënten met veel histamine in hun bloed en aan de andere kant patiënten met weinig. De eerste groep noemde hij ‘histadelie’ en de tweede groep ‘histapenie’.

Dr. Pfeiffer was de eerste arts die duidelijk het enorme belang inzag van de multipele oorzaken van het syndroom. Dit wordt nog steeds niet erkend in de psychiatrie waar de psychiatrische diagnose volledig beschrijvend is en niet gebaseerd is op duidelijk herkende oorzakelijke factoren. In zijn in 1988 gepubliceerde boek 'The Schizophrenias. Ours to Conquer'('De schizofrenieën: te overwinnen') zette hij de diverse mogelijke oorzaken uiteen. Het diagram op de omslag van dit belangrijke boek is een taart die als volgt in zes stukken is verdeeld: pyrrolurie 30%, histadelie 20%, histapenie 50%, cerebrale allergie 10%, allergie voor tarwegluten 4% en porfyrie 0,1%. De gevorderde student en beoefenaar van de orthomoleculaire psychiatrie moet dit boek gebruiken als basale inleiding. Ook de voor het eerst in 1970 gepubliceerde boeken van Pfeiffer moeten worden gelezen, evenals de boeken van Holford[15] en Foster.

Voor de eerste keer in de geschiedenis van de moderne psychiatrie zijn er methode en procedure om de oorzaken te bepalen en de behandeling vast te stellen die logischerwijs uit deze oorzaken volgt. Als ik me niet bewust was geweest van dit systeem van diagnosticering en behandeling, zou ik op 65-jarige leeftijd met pensioen zijn gegaan en niet zijn doorgegaan. De psychiatrische praktijk is met deze moderne technieken zoveel effectiever dat het een plezier is te zien hoeveel patiënten, die als hopeloos ziek werden beschouwd en afstevenden op permanente opname vanwege hun ziekte, weer normaal worden en productieve leden van onze gemeenschap. Door orthomoleculaire behandeling kan de latente creativiteit van deze patiënten tot zijn recht komen.

Dr. Pfeiffer heeft veertien syndromen beschreven. Laboratoriumonderzoek kan noodzakelijk zijn. Zo wordt neurosyfilis gediagnosticeerd door serologisch onderzoek en behandeld met antibiotica. De aandoening is uit de psychiatrie verdwenen en wordt nu behandeld door andere medische specialismen. Psychiatrie is altijd blijven zitten met de schizofrene syndromen zonder bekende oorzaak en zonder adequate behandeling. Neurologen en neurochirurgen diagnosticeren het syndroom veroorzaakt door hersentumoren. Pellagra werd gediagnosticeerd aan de hand van de voorgeschiedenis van ondervoeding en door uitvoering van de provocatietest met niacine. Als patiënten binnen enkele dagen verbeterden, vertoonden ze het pellagradeficiëntiesyndroom. Als patiënten hoge doses nodig hadden en het veel langer duurde, werden ze als schizofreen geclassificeerd. Dit zijn de afhankelijkheidssyndromen. Porfyrie is een zeer zeldzame vorm. De aandoening is beter bekend sinds gebleken is dat koning George III hieraan leed en er een film werd gemaakt over zijn ziekte en herstel. De aandoening is behandelbaar op de manier waarop pyrrolurie wordt behandeld met hoge doses pyridoxine en zink. Het hypothyreoïdiesyndroom, bekend als myxoedemateuze krankzinnigheid, wordt genezen door toediening van schildklierhormoon. Andere oorzaken zijn amfetaminemisbruik, reacties op hallucinogenen, homocysteïnurie, vitamine B_{12}- en foliumzuurdeficiëntie en zelden chronisch dilantinegebruik. Ook herseninfecties kunnen het syndroom veroorzaken.

Het boek van Foster[16]: 'What really causes schizophrenia' ('De echte oorzaken van schizofrenie', ISBN 90-76161-08-9) is een must voor alle artsen en patiënten en hun familie als ze deze ziekte echt willen begrijpen. Ooit werd gezegd: als je syfilis kende, beheerste je de geneeskunde. Dat gold vele jaren geleden toen de klassieke leerboeken over geneeskunde diverse hoofdstukken wijdden aan de oorzaken en behandeling van syfilis. Vandaag de dag kan ik hetzelfde zeggen: 'Als je schizofrenie begrijpt, kun je de gehele psychiatrie en geneeskunde begrijpen'. De boeken van Foster helpen u begrijpen.

Deze oorzaken zijn relatief zeldzaam en worden gemakkelijk gediagnosticeerd. Maar veel vaker komen de nieuwe door Pfeiffer beschreven syndromen voor.

Histapenie

Deze aandoening wordt gekenmerkt door hoge bloedspiegels van koper en lage spiegels van histamine.

Overmaat koper kan de belangrijkste reden zijn. Dit komt vrij algemeen voor door koperen waterleidingbuizen. In Vancouver, BC, Canada, waar het zachte water wordt verzuurd door zure neerslag uit Japan, worden de koperen buizen in sommige huizen zo snel weggeëtst dat ze moeten worden vervangen. Koper breekt histamine af. Op de afdeling van Pfeiffer was de gemiddelde histaminespiegel van een grote aantal patiënten met histapenie ongeveer 25 µg /ml, terwijl normale spiegels ongeveer 43 µg /ml bedragen. De koperspiegels lagen rond 120 mg/ml. Ik zie liever koperspiegels van ongeveer 100 en zinkspiegels iets daarboven.

Wanneer patiënten voor histapenie worden behandeld, treden de verbeteringen in de loop van de tijd als volgt op: in de eerste maand treedt vaak verbetering op van verschijnselen als vochtige handpalmen, gejaagde gedachten, slapeloosheid en hypomanie. Tegen één jaar verdwijnen de hallucinaties, obesitas en paranoïde ideeën. De behandeling die hij aanbeveelt, omvat onder meer per dag:

vitamine B_3:	100 tot 3000 mg
foliumzuur:	1 tot 2 mg
zink en mangaan:	ongeveer 5 mg Mn en 15 mg Zn per dag
eiwitrijke voeding	
lithium:	300 tot 900 mg
L-tryptofaan:	1000 mg voor het slapen gaan
B_{12}-injecties:	1 mg wekelijks
vitamine C:	2000 mg
molybdeen:	500 µg tweemaal daags.

Histadelie

Deze schizofreniepatiënten hebben te veel histamine, gemiddeld ongeveer 110 microgram/ml. De histamine wordt opgeslagen in basofielen en mestcellen. Dr.Carl Pfeiffer heeft dit syndroom als volgt beschreven. Vaak is er sprake van meerdere allergieën. De speekselsecretie is verhoogd, waardoor er minder vaak cariës optreedt, maar ook de productie van maagzuur is verhoogd, waardoor zuurbranden vaker kan voorkomen. De patiënten zijn vaak dwangmatig en presteren daardoor hoog, maar kunnen lijden aan ernstige suïcidale depressie en raken vaak gemakkelijk verslaafd. Hij raadde geen hoge doses vitamine B_3 en ascorbinezuur aan en was erg terughoudend wat betreft het gebruik van foliumzuur. De behandeling die hij aanraadde, omvatte het volgende programma:

Ascorbinezuur:	1000 mg tweemaal daags
B_6-dosis verhoogd tot herinnering van dromen optreedt	
DL-methionine:	500 tot 1000 mg tweemaal daags
Calcium:	500 mg tweemaal daags
Dilantine:	100 mg tweemaal daags

Eiwitarme voeding tot de hoeveelheid van het aminozuur histidine, waaruit histamine wordt gevormd, daalt. Vermijd multivitaminen en foliumzuur.

Mijn ervaring wijkt af van die van Pfeiffer. Hij heeft gelijk wanneer hij aanbeveelt dat histamine moet worden verlaagd, maar dit kan heel goed worden bereikt door het juiste gebruik van niacine. Niacine maakt *histamine* ***vrij uit de opslagcellen. Wanneer de cellen na de niacine-flush onder een microscoop worden onderzocht, zijn de blaasjes, waarin de histamine was opgeslagen, leeg.***

Dit opvallende effect op de histaminespiegels kan ook beschermen tegen anafylactische shock. Dr. Ed Boyle, toentertijd directeur van het Miami Heart Institute, meldde dat toediening van niacine aan cavia’s deze volledig beschermde tegen anafylactische shock en overlijden als gevolg hiervan.

Ik heb dit met succes toegepast om een patiënt te beschermen tegen anafylactische shock. Enkele jaren geleden kwam hij erg angstig en depressief op mijn spreekuur omdat hij al vijf keer in 6 maanden op de afdeling spoedeisende hulp was geweest vanwege blootstelling aan pinda's. De laatste keer was hij bijna overleden. Aangezien hij erg voorzichtig was geweest, werd hij steeds ongeruster. Ik zette hem op niacine 25 mg na elke maaltijd en ascorbinezuur 1000 mg driemaal daags. Ascorbinezuur breekt histamine af. De bloedingen bij scheurbuik zijn het gevolg van een overmaat aan histamine. Mensen met scheurbuik hebben niet voldoende ascorbinezuur om histamine op te ruimen. Door de zeer kleine hoeveelheid niacine zou wat histamine vrijkomen in het bloed, waar het wordt afgebroken door vitamine C. Geleidelijk aan verhoogde hij de hoeveelheid niacine tot hij driemaal daags 1000 mg gebruikte. Hij heeft geen last meer gehad van dergelijke episoden.

Wanneer ik bij mijn schizofreniepatiënten hoge histaminespiegels vermoed, volg ik dezelfde procedure. Maar sommigen verdragen zelfs de kleinste hoeveelheden niacine niet en bij hen gebruik ik in plaats daarvan alleen niacinamide. Ik ben het met de indeling van Dr. Pfeiffer eens, maar verschil met hem van mening over het gebruik van niacine. Ik heb enkele patiënten gezien die zonder B_3 waren behandeld en zij herstelden pas toen niacine of niacinamide aan hun programma werd toegevoegd. De zorgvuldige therapeut gebruikt elk programma dat patiënten helpt. Ik ben van mening dat men moet beginnen met het programma voor histadelie en vervolgens vitamine B_3 moet toevoegen. Twee gram ascorbinezuur is voldoende om de histamine op te ruimen die aan het bloed wordt afgegeven.

Ik heb waarschijnlijk niet veel patiënten met histadelie gezien omdat maar zeer weinig van mijn patiënten foliumzuur niet verdroegen. Bij patiënten met ernstige depressie gebruik ik 25 mg en meer foliumzuur per dag.

Pyrrolurie; Zink- en pyridoxine-afhankelijkheid.

Dit is de aandoening die Osmond en ik 'malvaria'[17] noemden, d.w.z. deze patiënten scheidden te veel 'mauve factor' uit. Toen deze factor werd geïdentificeerd, noemde Pfeiffer dit pyrrolurie. Het heeft bepaalde lichamelijke kenmerken waardoor de aandoening zeer gemakkelijk te diagnosticeren is, zelfs zonder de urinetest. De aanwezigheid van deze verschijnselen is voor de patiënten en hun ouders vaak zeer indrukwekkend. Het helpt hen ervan te overtuigen dat ze de voedingsstoffen moeten innemen. Pfeiffer noemde het een deficiëntie, maar volgens mij zou het nauwkeuriger zijn het een afhankelijkheid te noemen, aangezien de aandoening ontstaat door deze 'mauve factor' en niet primair het gevolg is van een tekort in de voeding. De noodzaak van suppletie is hoger dan via welk dieet dan ook zou kunnen worden aangeleverd.

De verschijnselen komen het vaakst voor bij adolescenten en kinderen en omvatten witte plekken in de vingernagels, broze nagels, gewrichtspijn, vaak in de knieën, geen pigment in de huid, huidinfecties en acne, soms ochtendmisselijkheid, slecht dromen kunnen herinneren, slapeloosheid en natuurlijk de psychiatrische symptomen. De gebruikelijke behandeling wordt toegepast, maar moet adequate hoeveelheden pyridoxine en zink omvatten. Ik schrijf tot 250 mg pyridoxine na elke maaltijd voor en maximaal 100 mg zinkcitraat per dag. Ik heb in meer dan veertig jaar met deze doses geen problemen gezien. Veel vrouwen met ernstige premenstruele spanningen (PMS) hebben pyrrolurie en PMS verdwijnt vaak bij juist gebruik van pyridoxine en zink binnen drie maanden.
McGinnis[18] (21 mei 2004) heeft een overzicht gegeven van de huidige stand van zaken betreffende de kennis over de 'mauve factor':

"Aan het einde van de jaren vijftig van de vorige eeuw vond een team Canadese onderzoekers onder leiding van Abram Hoffer een ongewone verbinding in de urine van schizofreniepatiënten. De verbinding gaf een lila-kleurige (mauve) vlek op papierchromatogrammen die werden ontwikkeld met Ehrlich's reagens. De kwalitatieve bepaling die toen beschikbaar was, toonde de zogeheten 'mauve factor' aan bij ongeveer 2/3 van patiënten bij wie recentelijk schizofrenie was ontstaan, maar niet in de controles.

Honderd procent van de schizofrene subgroep die met hoge doses niacinamide (vitamine B_3) herstelde, bleek van mauve-positief in mauve-negatief te zijn veranderd. Bij recidieven die zich voordeden na staken van niacinamide, werd de 'mauve factor' weer opnieuw aangetroffen.
In de jaren zestig publiceerden Hoffer en anderen klinische uitkomsten van honderden schizofrenen en andere diagnostische groepen met een hoge 'mauve factor', zoals 'mentaal geretardeerde' en 'gestoorde' kinderen en criminelen. Aan het begin van de jaren zeventig introduceerde een Amerikaans team onder leiding van Carl Pfeiffer een relatief eenvoudige kwantitatieve colorimetrische bepaling voor de 'mauve factor' in urine met gebruikmaking van kryptopyrrol, overeenkomend met de 'mauve factor', als standaard. Pfeiffer toonde onderdrukking aan van de 'mauve factor' in urine en daarmee samenvallende klinische verbetering met hoge doses vitamine B_6 en zink, wat is uitgegroeid tot de standaardbehandeling.
Oorspronkelijke werd de 'mauve factor' ten onrechte geïdentificeerd als kryptopyrrol. 'Kryptopyrrol' is geen nauwkeurige term voor de 'mauve factor'. Technologische vooruitgang in de jaren zeventig maakt correcte identificatie mogelijk van de 'mauve factor' als OHHPL (hydroxyhemopyrrolin-2-on). Deze verbinding behoort tot de pyrrolfamilie en kan terecht 'urinaire pyrrol' worden genoemd. Onderling uitwisselbaar gebruik van de 'mauve factor' en 'OHHPL' lijkt logisch en efficiënt voor deze auteur".

Het volgende verband is of wordt vastgesteld:

1) De 'mauve factor' heeft een nuttige voorspellende waarde voor een grotere behoefte aan vitamine B_6 en zink.

2) Hogere spiegels van de 'mauve factor' worden gevonden bij Downsyndroom, schizofrenie, autisme, ADHD en alcoholisme. De factor is ook verhoogd bij artritis, chronische vermoeidheid, hartziekte, hypertensie, prikkelbare darm, migraine en longkanker.

3) Bepaalde klachten en verschijnselen komen bij patiënten met hoge spiegels van de 'mauve factor' vaker voor.

4) Hogere waarden in de urine van de 'mauve factor' hangen samen met stress en dit is bevestigd in veel publicaties.

5) Onze huidige gegevens, in behandeling voor publicatie, bevestigen een sterke negatieve correlatie tussen de 'mauve factor' in urine en de zinkstatus. Er is voldoende bewijs om te concluderen dat de 'mauve factor' een goede marker is voor de zinkstatus.

6) Dat ogenschijnlijk ongelijkwaardige behandelingen—niacinamide aan de ene kant en vitamine B_6 en zink aan de andere— de 'mauve factor' verlagen en gelijktijdig symptomatische verbetering teweegbrengen, stemt tot nadenken. Bij zowel de mens als bij dieren blijkt uit veel wetenschappelijk onderzoek dat emotionele, niet-fysieke pijnlijke stress oxidatieve stress doet toenemen, wat meetbaar is als feitelijk geoxideerde biomoleculen. De gedragsstoornissen en somatische aandoeningen die samenhangen met een hogere 'mauve factor' in urine gaan ook gepaard met hogere markers voor oxidatieve stress. Vitamine B_6, Zn (zink) en vitamine B3 vertonen een sterke antioxidatieve werking, wat de suggestie versterkt dat de 'mauve factor' samenhangt met oxidatieve stress.

7) Lagere zinkspiegels, zoals gevonden bij een hogere 'mauve-factor', hangen zeker samen met oxidatieve stress. Zink is een krachtige antioxidant, die sulfhydrylgroepen afschermt en lipiden beschermt tegen peroxidatie. Zink induceert metallothionine, een zeer belangrijk antioxidanteiwit, en is een bestanddeel van superoxidedismutase. De spiegels van vitamine A – een sleutelantioxidant – worden op peil gehouden door voldoende zink. Een zinktekort resulteert in lagere spiegels van glutathion, vitamine E,

glutathionsulfotransferase (GST), glutathionperoxidase en superoxidedismutase. Bij een zinktekort nemen reactieve vormen van zuurstof en lipidenperoxiden toe in weefsel, membranen en mitochondria.

8) Vitamine B_6 is een sterke antioxidant. Pyridoxal 5 phosphaat (P5P) is nodig voor de synthese van glutathion, metallothionine, CoQ10 en haem, die allemaal een belangrijke rol als antioxidant spelen.
Met zink is P5P nodig voor glutaminezuurdecarboxylase (GAD), waarvan voldoende hoeveelheden excitotoxiciteit blokkeren die anders de oxidatieve stress zou doen toenemen. P5P beschermt kwetsbare lysinylgroepen in enzymen tegen oxidatie, zoals specifiek in het geval van glutathionperoxidase.

9) Zelfs een marginaal B_6-tekort verlaagt glutathionperoxidase en glutathionreductase, wat de mitochondriale afbraak bevordert en waardoor meetbare lipidenperoxidespiegels optreden.

10) Er bestaan dus talrijke manieren waardoor verstoorde vitamine-B_6-functie en oxidatieve stress omgekeerd op elkaar inwerken. Hydroxylradicalen en superoxide vallen vitamine-B_6-vitameren zelfs direct aan. Hoge doses B_6 kunnen een oxidatief verstoorde enzym- en co-enzymfunctie compenseren bij personen met een hoge ‘mauve factor’.

11) B_3 is een sterke antioxidant. Deze is nodig voor NADPH, dat noodzakelijk is voor de reductie van glutathion. B_3 is een sterke wegvanger van vrije radicalen, die zowel lipiden als eiwitten tegen oxidatie beschermt. De vitamine blokkeert met stikstofmonoxide samenhangende neurotoxiciteit. Normaliter handhaaft het lichaam relatief hoge vitamine-B_3-spiegels in de weefsels, die een zeer belangrijke antioxidatieve functie kunnen hebben. Bij gebruikelijke fysiologische concentraties overschrijdt B_3 de antioxidanteffecten van ascorbaat in enkele onderzoeken. Vitamine B_3-antagonisten verhogen lipoxidatie. Lage vitamine B_3-spiegels verminderen metallothionine en verhogen apoptose in hersencellen. Bij experimentele mitochondriale toxiciteit is B_3 neuroprotectief.

Gebaseerd op het voorafgaande de volgende hypothese:
<u>de ‘mauve factor’ kan aanzienlijk bijdragen aan oxidatieve stress en kan dus een goede biomarker voor oxidatieve stress zijn.</u>
De ‘mauve factor’ rechtvaardigt een grotere toepassing door clinici en meer wetenschappelijk onderzoek. Er bestaat behoefte aan gecontroleerde therapeutische onderzoeken naar bestaande behandelingen en mogelijke nieuwe interventies. Vermoede pro-oxidante en excitotoxische eigenschappen van OHHPL dienen in het laboratorium te worden opgehelderd. De oorsprong en genetica van de ‘mauve factor’ worden als belangrijke onderzoeksterreinen gezien.

W.J. Walsh[19], Pfeiffer Treatment Center, vond dat door toepassing van een behandeling gebaseerd op biochemische markers waarvan de ‘mauve factor’ er één was, de frequentie van agressief gedrag bij 92% van de behandelde proefpersonen aanzienlijk verminderde en bij 58% volledige remissie werd bereikt.

Er bestaat vaak een verband tussen melkallergie en pyrrolurie. Dit is gebaseerd op de lichamelijke aanwijzingen en niet op laboratoriumonderzoek. Zuivelproducten remmen de absorptie van zink uit de voeding. Aan de beschrijving van Pfeiffer kunnen de volgende symptomen van allergie worden toegevoegd: koliek op zuigelingenleeftijd, vaak verkouden, en oorpijn leidend tot plaatsing van een trommelvliesbuisje tijdens de kinderjaren, gevolgd door een aantal andere allergische reacties als astma en hooikoorts en later leer- en gedragsstoornissen.

De allergische- of overgevoeligheidsreacties.

Er bestaat een duidelijke relatie tussen allergieën en psychische stoornissen, waaronder schizofrenie. Maar dit is moeilijk voor psychiaters te accepteren aangezien lang is onderwezen dat bij schizofreniepatiënten zelden allergische reacties optreden. Dit is grotendeels waar als men de reactie van hun hersenen op de stoffen waarvoor ze allergisch zijn negeert. De term 'cerebrale allergie' is gebruikt en het onderwerp valt onder milieugeneeskunde of klinische ecologie. Elke chemische stof, ongeacht of deze voorkomt in voedsel, lucht of water, kan reacties veroorzaken die mogelijk niet kunnen worden onderscheiden van de schizofreniesyndromen.

Ongeveer veertig jaar geleden kwamen de eerste orthomoleculaire pioniers vaak bijeen om hun bevindingen te bespreken en van gedachten te wisselen. We waren voornamelijk megavitaminetherapeuten. Er sloten zich echter twee artsen bij ons aan en zij lieten ons, tot verbazing van velen van ons, kennis maken met het belang van allergische reacties. Dr. Marshall Mandell en Dr. William Philpott begonnen ons te vertellen over de patiënten die ze hadden gezien, die beter werden toen de voedingsmiddelen waarop ze reageerden, werden geïdentificeerd en uit de voeding werden geëlimineerd. Allan Cott was wekenlang op bezoek geweest in het 'Instituut voor Chronische Schizofreniepatiënten' in Moskou, waarbij de behandeling van de patiënten bestond uit 30 dagen vasten op alleen water. Men beweerde daar dat bijna tweederde weer beter werd. Dit wekte mijn belangstelling. Rond deze tijd werd ik gevraagd een visite te maken omdat de patiënte zo rigide, katatoon was dat ze niet eens rechtop kon zitten. Ik zag haar en belde onmiddellijk een ambulance. Ze stemde toe in vasten. Tot mijn verrassing was ze na vijf dagen weer beter, maar ze voltooide de periode van vasten en viel in het ziekenhuis ongeveer 15 kg af. Ze ging weer voedingsmiddelen gebruiken volgens het programma van de Russische onderzoekers maar binnen enkele dagen was ze weer net zo rigide en ziek als bij opname.

Tegen die tijd had ik vernomen van het werk van Mandell en Philpott en concludeerde dat het vasten kon worden gebruikt om te achterhalen waarop ze reageerde. Nadat ze weer op gewicht was, stemde ze nogmaals in een periode van vasten toe, maar deze keer gedurende slechts 5 dagen. Uittesten van afzonderlijke voedingsmiddelen wees uit dat ze allergisch was voor alle soorten vlees. Op een dieet zonder vlees werd en bleef ze normaal. Eerste casussen zijn zeer belangrijk. Ze zetten aan tot verder onderzoek. In de daaropvolgende vier tot vijf jaar liet ik ongeveer 180 patiënten vasten die niet voldoende op mijn vitamineprogramma hadden gereageerd. Negentig procent van de 4-daage vastenperiode op alleen water werd thuis uitgevoerd. Van deze groep voelde 60% zich aan het einde van de vastenperiode veel beter en de voedingsmiddelen waardoor ze ziek werden, werden geëlimineerd.

Eén opvallend geval was een vrouw die uit Toronto was gevlucht naar haar zuster in Saskatoon. Ze was ervan overtuigd dat haar echtgenoot haar probeerde te vergiftigen. Haar zuster bracht haar naar mijn praktijk. Ik had geen bed beschikbaar. Haar zuster bood aan haar te helpen en de patiënte stemde toe in vier dagen vasten. Aan het einde van deze periode was ze geestelijk normaal. Ze belde haar man op om haar excuses aan te bieden voor haar paranoïde ideeën. Ze was niet allergisch voor voedingsmiddelen, maar toen ze aspirine gebruikte vanwege pijn in haar heup kwamen de symptomen terug. Toen kwam ik erachter dat ze vanwege pijn in haar heup in de voorafgaande twee jaar aspirine had gebruikt. In deze twee jaar was ze bij drie verschillende gelegenheden behandeld in psychiatrische instellingen in Toronto. Na deze ontdekking bleef ze normaal door geen aspirine meer te gebruiken.

Iedere patiënt moet worden onderzocht op het vóórkomen van deze allergische reacties. Het is een schizofreniesyndroom en kan elke vorm aannemen. Wanneer deze stoffen worden geëlimineerd, kan het één tot zes maanden duren voor het effect verdwijnt van het jarenlang nuttigen van voedingsmiddelen waarvoor men allergisch was. De allergische reacties kunnen binnen minuten optreden. Ik heb een jonge schizofrene vrouw psychotisch zien worden binnen 30 minuten na inname van het voedingsmiddel waarvoor ze gevoelig was.

Verbazingwekkend. Ik heb zeer psychotische patiënten zien herstellen na afloop van een periode van vasten.

Mijn opvallendste casus was een patiënt in ons psychiatrische ziekenhuis die chronisch schizofreen was. Ik had hem al enkele jaren eerder behandeld zonder enig resultaat en hij moest in de instelling opgenomen blijven. Hij was klassiek schizofreen met levendige hallucinaties, paranoïde wanen, en ernstige angststoornissen en depressie. Hij werd in ons algemene ziekenhuis opgenomen en mij werd gevraagd hem weer in behandeling te nemen. Hij stemde in met de periode van vier dagen vasten. De vijfde dag kreeg hij een glas melk als ontbijt. Hij werd vreselijk ziek met hevige misselijkheid, braken en diarree. Ik besprak dit met hem en vertelde hem dat hij allergisch was voor melk. Hij shockeerde mij door te antwoorden: “Dat weet ik al jaren.” Toen voegde hij eraan toe dat hij altijd melk zou blijven drinken omdat hij, zodra hij beter werd, uit het ziekenhuis zou worden ontslagen. Hij zou dan een baan moeten gaan zoeken, enzovoort en hij geloofde niet dat hij dat aan zou kunnen. Hij ontsloeg mij als zijn behandelende psychiater. Een andere psychiater nam het over. Hij ging weer zuivelproducten gebruiken om zijn psychose terug te krijgen en werd opnieuw in de psychiatrische instelling opgenomen. Hij overleed enkele jaren later aan leukemie.

Allergische reacties kunnen elke psychiatrische aandoening veroorzaken, van leer- en gedragsstoornissen bij kinderen tot stemmingsstoornissen (angst en depressie), het schizofreniesyndroom en chronische vermoeidheid. Allergische reacties op suiker kunnen een van de belangrijkste factoren zijn die leiden tot alcoholverslaving. Een alcoholist werd met ernstige delirium tremens opgenomen. Hij vastte gedurende enkele dagen, waarbij ervoor werd zorggedragen dat zijn vochtinname normaal was. Toen hij was hersteld, werd zijn voeding onderzocht. De dag waarop hij ‘s morgens tarweproducten kreeg, vroeg zijn vrouw die middag verbitterd waarom iemand hem alcohol had gegeven. Hij was dronken van de tarwe. Een andere dag kreeg hij aardappelen. Kort daarna had hij een ‘grand-mal’ (epilepsieaanval). Alle verslaafden moeten een dieet volgen waarbij suikers worden geëlimineerd.

Dr. Pfeiffer noemt een groot aantal oorzaken van het syndroom, waaronder overgevoeligheid voor gluten, hypoglykemie, homocysteïnurie, geneesmiddelen, foliumzuur- en B_{12}-deficiëntie en hypothyreoïdie.

Verhoogde homocysteïnespiegels worden gevonden bij sommige jonge mannelijke schizofreniepatiënten. R.Belmaker, Ben Gurion Universiteit, Israël, heeft onlangs gemeld dat schizofreniepatiënten die kleine hoeveelheden foliumzuur, pyridoxine en B_{12} kregen toegediend, na drie maanden aanzienlijk minder symptomen vertoonden.
Schizofreniepatiënten kunnen grote hoeveelheden gedroogde schildklier verdragen. Danziger meldde in 1958 dat ieder van 80 schizofreniepatiënten die zes maanden of korter ziek waren en gedurende minstens 100 dagen dagelijks 120-1200 mg hiervan gebruikten, herstelden. Als het gebruik van gedroogde schildklier werd stopgezet, vertoonden ze een recidief. Spoedig na de eerste melding van Danziger gaf ik enkele van mijn patiënten gedroogde schildklier. Ze konden een verbazingwekkende hoeveelheid gedroogde schildklier gebruiken zonder klinische aanwijzingen van overstimulatie. Foster heeft de literatuur samengevat over het verband tussen schizofrenie en schildklierfunctie. Er zijn aanwijzingen dat in de vroege fases er sprake is van te veel thyroxine (T4) zonder stijging van trijodothyronine (T3). In de meer chronische fases is de hoeveelheid schildklier verlaagd. Volgens Foster zou de klier beschadigd zijn door chronische blootstelling aan adrenochroom, een hallucinogeen en krachtige oxidant, en hij suggereert ook dat chronische patiënten die nu jaren nodig hebben om te herstellen, veel sneller zouden kunnen herstellen als ze voldoende hoeveelheden schildklier zouden krijgen. Ik ben het daarmee eens en geef de voorkeur aan de gedroogde vorm. De TSH-test zal niet veel zin hebben: schildklierspecialisten en anderen zijn het zo grondig met elkaar oneens over de betrouwbaarheid van de TSH-test, dat artsen het moeilijk vinden om schildklier te geven, tenzij de feilbare TSH-test zeer hoog uitvalt.

De oude geneesmiddelen als atropine die deze syndromen vroeger veroorzaakten, zijn verdwenen maar ze zijn overgenomen en vervangen door het massale gebruik van de hallucinogenen waaronder LSD, paddestoelen, amfetamine en de belangrijkste derivaten hiervan als methamfetamine. De belangrijkste behandeling is onthouding. In geval van langdurige LSD-reacties couperen niacine of niacinamide de reactie snel. Als zich flashbacks voordoen, recidieven van het met LSD waargenomen verschijnsel, moeten deze worden behandeld alsof de betreffenden schizofreen zijn, want het middel is dan allang uit het lichaam verdwenen maar de enzymen die de reactie veroorzaken, zijn geactiveerd.

We staan nog maar aan het begin van belangrijke ontwikkelingen op het gebied van orthomoleculaire behandelingen. Deze handleiding is een raamwerk dat artsen kunnen gebruiken om te kunnen beginnen, maar elke arts voegt er wat aan toe of haalt er iets uit op grond van zijn/haar eigen ervaring met de behandeling van de patiënt. Naarmate er meer biochemische informatie beschikbaar komt, zullen er meer specifieke vormen van de ziekte worden gevonden en met het juiste laboratoriumonderzoek komen er meer specifieke behandelingen beschikbaar. Er is geen reden te denken dat de in deze handleiding genoemde vitaminen alleen zaligmakend zijn.

Genezen versus herstellen

Ik zal het woord ‘genezing’ niet gebruiken omdat dit zo veel verschillende betekenissen heeft. En als patiënten te horen krijgen dat ze genezen zijn, kunnen ze denken dat ze niet langer het programma waardoor ze beter zijn geworden, hoeven na te leven. Het is een taalkundig probleem. Ieder mens lijdt aan pellagra, maar we zijn niet ziek doordat we allemaal voldoende B_3 gebruiken om te voorkomen dat de aandoening zich manifesteert. We zijn dan ook niet volledig genezen van pellagra, maar we voelen ons goed. Ik gebruik ‘herstel’ en ‘herstelpercentages’. Dit hangt van veel factoren af, zoals hoe lang de aandoening al bestaat, hoe deze in het verleden is behandeld en of er sprake is van hersenbeschadiging.

Voor schizofrenie zijn de herstelpercentages als volgt:

*Zeer vroege of pre-schizofreniepatiënten: hebben vaak geen medicatie nodig. Als ze gedurende ten minste één jaar worden behandeld, zou meer dan 90% hersteld moeten zijn.

*Patiënten die minder dan twee jaar ziek zijn of die eerder waren behandeld en hersteld, maar een recidief vertonen: behandeling gedurende twee jaar zou moeten leiden tot een herstelpercentage van bijna 90%.

*Patiënten die al maximaal tien jaar ziek zijn met tussenpozen waarin ze zich veel beter voelden: behandeling tot tien jaar zou leiden tot een herstelpercentage van meer dan 50%.

*Patiënten die al meer dan de helft van hun leven ziek zijn, kunnen wel 20 jaar moeten worden behandeld. Vrijwel allemaal zullen ze zich beter voelen, enkelen zullen zich goed voelen, maar ze zijn zoveel kwijtgeraakt van hun leven dat ze mogelijk nooit meer voldoende herstellen om aan de criteria voor herstel te kunnen voldoen. Maar ze zullen zich veel prettiger voelen. Behandeling van schizofreniepatiënten is een langdurige verbintenis tussen patiënten, hun familie en de behandelend arts. Als iedere schizofreniepatiënt al vroeg zou worden gediagnosticeerd en meteen behandeld, zou bijna 90% herstellen. Hoe langer de ziekte onbehandeld bestaat, des te sterker de langetermijnaantasting van de patiënten.

Veelgestelde vragen over de behandeling:

(1) Wat als mijn patiënt binnen enkele maanden een zeer goede respons vertoont en dan, ook wanneer nog steeds hetzelfde programma wordt gevolgd, niet meer reageert of recidiveert?

Meestal betekent dit dat de dosis vitamine B_3 moet worden opgehoogd. Als de startdosis 1 gram na elk van de drie maaltijden was, moet deze worden verhoogd tot 1,5 gram driemaal daags en zelfs 2 gram. In een enkel geval moet de dosis worden verhoogd tot 4 of 5 gram driemaal daags.

(2) Mijn patiënt is al gedurende enkele jaren goed en wil de dosis van sommige vitaminen verlagen.

Dit is mogelijk, maar zeer geleidelijk. Als er aanwijzingen zijn voor een recidief, zoals sterkere vermoeidheid en depressie, moet de dosis worden verhoogd. Als de patiënt zich het volledige programma niet kan veroorloven, is de belangrijkste voedingsstof vitamine B_3 en het gebruik hiervan moet altijd worden voortgezet.

(3) Wanneer moet de medicatie worden afgebouwd?

Het doel is dat de patiënt zich goed voelt en geen last van bijwerkingen heeft. Dit kan worden bereikt als de dosis van de medicatie zo laag is dat er alleen positieve effecten optreden en geen bijwerkingen. Enkele patiënten kunnen zeer lage doses antipsychotica nodig hebben, bijvoorbeeld risperidon één milligram per dag. Doordat deze moderne middelen verslavend zijn en de patiënten er afhankelijk van zijn geworden, is het zeer lastig de dosis te verlagen zonder dat zich ernstige ontwenningsverschijnselen voordoen. De beste indicatie om de dosis te verlagen is wanneer patiënten te slaperig worden, moeite hebben met opstaan ‘s morgens en concentratieproblemen vertonen. Dan wordt het middel zeer langzaam afgebouwd, misschien met niet meer dan tien procent van de ingenomen dosis. Na elke dosisverandering moet men minimaal één maand wachten voor de dosis opnieuw mag worden verlaagd. Oudere middelen als haldol zijn niet verslavend en zij kunnen sneller worden verlaagd zonder dezelfde ernstige ontwenningsverschijnselen te veroorzaken.

(4) Wat moet ik doen als de patiënten die zich enige tijd goed hebben gevoeld, een recidief krijgen?

Doe uw best om hen uit een psychiatrische afdeling te houden tenzij er geen andere mogelijkheid is, want het recidief zal zeker versnellen wanneer het gebruik van alle voedingsstoffen wordt gestaakt. Uw patiënt moet eisen dat het gebruik van alle voedingsstoffen in het ziekenhuis wordt gecontinueerd. Als opname kan worden voorkomen, moet u de B_3 ophogen alsof deze was afgebouwd en eventuele medicatie kan worden hervat volgens de gebruikelijke indicaties.

(5) Kan ik jonge schizofreniepatiënten op dezelfde manier behandelen?

De behandeling is in wezen gelijk. Maar als ze al vroeg worden gediagnosticeerd, hebben ze in de meeste gevallen geen medicatie nodig, wat een groot voordeel is. De dosis van de voedingsstoffen is niet gerelateerd aan lichaamsmassa of leeftijd. Zeer jonge patiënten kunnen deze doses even goed verdragen als oudere patiënten.

(6) Hoe zit het met tweeledige diagnoses, in het bijzonder schizofrenie en een verslaving?

Vele jaren geleden meldde David Hawkins, een van de pioniers van de orthomoleculaire psychiatrie, dat de enige behandeling die ooit bij alcoholverslaafde schizofreniepatiënten was aangeslagen, het gebruik van niacine was, het toepassen van orthomoleculaire behandeling. Maar deze patiënten hadden zich ook aangesloten bij de Anonieme Alcoholisten. Voor ze niacine gingen gebruiken, ging het met geen van deze patiënten goed. Zodra de schizofrenie op een of ander manier onder controle werd gebracht, begonnen ze namelijk weer te drinken en kregen ze weer een recidief van hun schizofrenie. Bij ongeveer vijf procent van deze patiënten worden beiden diagnoses gesteld. Dr. Russ Smith, leidinggevende in een groot ziekenhuis in Detroit gespecialiseerd in de behandeling van alcoholisme, vond dat toevoeging van niacine de belangrijkste enkelvoudige behandeling was.

En hij vond zelfs dat bij aan alcohol verslaafde patiënten die niet met drinken wilden stoppen maar er wel in toestemden tegelijkertijd niacine te gebruiken, na enkele jaren bij veel van hen de alcoholinname langzaam afnam en uiteindelijk reduceerde tot nul. De aan alcohol verslaafde schizofreniepatiënt moet voor beide aandoeningen worden behandeld, maar het is essentieel dat ze stoppen met drinken en de beste manier om hen aan te moedigen is zich aansluiten bij de Anonieme Alcoholisten. Voor verslavingen als aan marihuana, of andere illegale middelen, zou ook 'Narcotics Anonymous'- Anonieme Verslaafden - zinvol kunnen zijn. Eén moeder meldde bij het beschrijven van haar zoon: "uit persoonlijke waarnemingen bij mijn zoon weet ik dat hoewel marihuana mensen ontspannen zou moeten maken, het bij mensen met een psychische aandoening symptomen van schizofrenie kan veroorzaken, waardoor ze vijandig, psychotisch gedrag kunnen afwisselen met wispelturig en dwaas gedrag".

Schizofreniepatiënten kunnen ook verslaafd zijn aan de middelen waarmee ze worden behandeld. Met de introductie van de moderne atypische antipsychotica worden we geconfronteerd met een nieuw probleem, namelijk schizofreniepatiënten die tot verslaving aan deze moderne geneesmiddelen worden gedwongen. Dit zijn iatrogene verslaafden. Deze middelen ontwennen is moeilijker dan heroïneverslaafden te laten afkicken. Het gebruik van de oude antipsychotica als haldol en chloorpromazine kon onmiddellijk worden stopgezet. Er was geen sprake van ontwenning. Patiënten voelden zich veel beter aangezien de effecten van de middelen al snel waren verdwenen en het gunstige effect nog aanhield. Als ze de medicatie nog nodig hadden, kregen ze langzaam een recidief. Maar ze hadden geen last van ernstige ontwenningsverschijnselen.

Met de moderne middelen veroorzaakt zelfs een verlaging van tien procent van de dosis binnen uren ernstige onttrekkingsverschijnselen alsof ze ineens geen heroïne meer kregen. Aangezien deze patiënten niet uit vrije wil verslaafd zijn geraakt aan deze middelen die hen door de moderne psychiatrie werden opgedrongen, is het beter hen als geneesmiddelafhankelijk te bestempelen. Het is zeer belangrijk het gebruik van deze middelen zeer geleidelijk en zorgvuldig af te bouwen om hun aanzienlijke verslavende eigenschappen aan te pakken. Deze middelen zijn waarschijnlijk zo verslavend doordat ze binnen 24 uur van de hersenreceptors vrijkomen, terwijl het met de oudere middelen tot 2 weken duurde voordat de hersenreceptors weer vrij waren.

(7) Wat moet ik doen als mijn patiënt hepatitis C heeft? Kan hij/zij niacine of niacinamide gebruiken?

Als de patiënt hepatitis C in een vroeg stadium heeft, zou ik hem geen vitaminen gaan geven omdat dan zou kunnen worden geconcludeerd dat die patiënt door de voedingsstoffen ziek is geworden. Als hij chronische hepatitis C heeft, zie ik geen reden om geen voedingsstoffen te geven, inclusief vitamine C en niacine.

<u>Een verslag van de ziekte en het herstel van Tom Krampf.</u>

Het verslag van de heer Krampf van zijn eigen ziekte is zeer grondig en gedetailleerd en is belangrijk omdat hierin het begin zo goed wordt beschreven; wat er gebeurde met zijn medicatie, wat er gebeurde toen hij door een meelevende orthomoleculair psychiater werd behandeld en de uiteindelijke uitkomst: volledig herstel.

Op 22 september 1966 sprong Tom Krampf van de vierde verdieping van het Hospice de Dieu, een oud ziekenhuis voor burgers en militairen in Aix-en-Provence. Hij was daar opgenomen na een poging zichzelf van het leven te beroven door een overdosis van zijn voorgeschreven geneesmiddelen. Zijn letsel was aanzienlijk en hoewel hij mobiel is, is hij vandaag de dag hierdoor nog steeds gedeeltelijk invalide.

Na een korte ziekenhuisopname in Frankrijk werd hij, in gezelschap van zijn vrouw en kinderen, teruggevlogen naar de Verenigde Staten in een gipsverband. Hoewel hij toentertijd niet in het leger zat, bracht hij ongeveer 6 maanden door in een ziekenhuis voor oud-militairen.

Dáár of op een ander moment tijdens een van zijn latere ziekenhuisopnamen werd bij hem de klinische diagnose 'schizofrenie' gesteld. In de jaren 1968-1969 moest hij diverse keren opnieuw worden opgenomen. Uiteindelijk werd hij weer in het veteranenziekenhuis opgenomen. Na zijn ontslag verhuisden hij en zijn gezin weer naar hun oude woonplaats Brooklyn, maar deze keer naar een armere buurt in het centrum vanwege hun financiële omstandigheden. Zijn vrouw had wat geld uit Europa gekregen en dit was de enige plaats waar ze goedkoop een huis kon kopen. Het was een zeer zware periode. Tom kon niet langer werken en medicamenteuze behandelingen die op hem werden uitgeprobeerd, leken het tegenovergestelde effect te hebben. Vreemd genoeg gaf dit langere verblijf in het 'getto' de aanzet tot zijn eerste gedichtenbundel: 'Subway Prayer and Other Poems of the Inner City' ('Gebed in de metro en andere gedichten uit de binnenstad'). Hij was gedwongen te erkennen dat er mensen waren die erger leden dan hij.

Toch werd Tom het slachtoffer van allerlei destructieve neigingen en stemmen in hemzelf. Hij kon praktisch niet meer op straat komen, behalve samen met zijn vrouw. In zijn hallucinaties zag hij de gebouwen als bedreigend aangezien ze willekeurig groter en kleiner leken te worden. Zijn vrouw Françoise vond werk op een Quaker-school en zijn dagen alleen in huis werden doorgebracht in het gezelschap van denkbeeldige skeletten hangend in de kast en bloed dat uit de mond van mensen stroomde. De schimmige duivel of boze geest die op zijn nek had gezeten en het leven uit hem had opgezogen toen hij uit het raam sprong, zat er nog steeds, al manifesteerde deze zich niet in zo'n duidelijke fysieke vorm.

Zijn ziekte, die leek te zijn begonnen toen hij ongeveer 18 was, dreigde hem nu volledig in zijn greep te krijgen. Hoe dan ook, tijdens deze periode in het getto startte Tom met een onderzoek naar zijn eigen ziekte. Hij stuitte al snel op een boek dat volgens hem 'In Search of Sanity' ('Op zoek naar gezond verstand') heette en waarin de auteur, onder pseudoniem, ene dokter Abram Hoffer en een behandeling met megavitaminen noemde. Wat Tom nog meer verbaasde, was de sterke overeenkomst tussen de destructieve neigingen en de ziekte van de auteur en hemzelf. Vrijwel alle abnormale dingen die deze auteur had ervaren of gedaan, had Tom ook. En hoewel ze zich in totaal verschillende milieus bewogen – toen de auteur ziek werd, was hij een succesvol zakenman en Tom was een ploeterende dichter – concludeerde hij onmiddellijk dat afgezien van toepassing van de gebruikelijke psychologische theorieën, zijn ziekte, net als die van de auteur, diepgeworteld moest zijn in zijn biochemie.

Ongelooflijk maar waar, maar op een dag kwam zijn vrouw Françoise thuis van Brooklyn Friends School en zei dat het hoofd van de school een psychiater kende, Dr. Wm. Douglas Hitchings, die niet alleen een Quaker was, maar ook orthomoleculair arts. Tom herinnert zich Dr. Hitchings als een van de aardigste en bekwaamste psychiaters die hij ooit had ontmoet. Voor de eerste keer in zijn leven had hij het idee dat hij als mens werd behandeld en niet als misdadiger. Dit betekende veel voor hem aangezien hij in de loop van zijn ziekte onder meer had gedacht dat hij betrokken was geweest bij de moord op Robert Kennedy. Misschien was nog wel het ergste, dat hem bijna betrokkenheid werd verweten bij het neerschieten van een aantal mensen vanuit een hoge campustoren op de Universiteit van Texas. Dr. Hitching, een enigszins te zware man die ook kinderen behandelde (zijn wachtkamer lag vol speelgoed), wees er al snel op dat het niet nodig was het verleden van Tom uitgebreid te bespreken. Hij was van mening dat hij al genoeg had geleden. Citerend uit het werk van Dr. Hoffer zei hij dat de ziekte van Tom mogelijk zijn oorsprong had in zijn chemie en dat door de megavitaminen in te nemen, hij kon leren de ziekte onder controle te krijgen. Tom werd ook getroffen door het feit dat tijdens een van zijn afspraken Dr. Hitchings tegen hem zei dat als hij ooit een hallucinatie had, hij niet bang moest zijn. Ze waren doorgaans van zeer korte duur. Tom kwam er later achter dat hij dit advies zelfs met enig gevoel voor humor kon toepassen.

Dr. Hitchings zei tegen hem dat de vitaminen, in het bijzonder niacine, niet zouden werken tenzij ze per vitamine op een juiste dosering zouden worden ingesteld. Hij raadde aan te beginnen met 3000 milligram per dag van zowel niacine als vitamine C, samen met vitamine E. Sceptisch, en doodsbang voor eventuele bijwerkingen, ging Tom naar huis en bracht de dosis met de helft of nog meer terug.

De vitaminen hadden zeer weinig tot geen effect. Bovendien vroeg Tom, achterdochtig als hij was, aan een andere psychiater of hij ooit van de megavitaminetherapie gehoord had. Lachend vertelde deze hem dat hij de therapie kende, maar dat deze nooit zou werken. Maar toen Tom doorvroeg, kon hij alleen wat vaag antwoorden dat hij had gehoord dat 'ze het ergens op Long Island hadden uitgeprobeerd'. Met een dergelijke ongefundeerde medische mening gemeld als een feit zag Tom in dat hij niets te verliezen had. Hij besloot de megavitaminetherapie een kans te geven. Tom hoefde niet al te veel te worden overreed de mega-vitaminen in te nemen in de voor hem geldende doseringen. Misschien doordat hij tamelijk fors is, stabiliseerde de niacine uiteindelijk op 5000 mg per dag, terwijl vitamine C bleef steken op 3000 mg per dag. Hoewel Tom later een vitaminecomplex toevoegde, weet hij nog dat hij in het begin ook vitamine E, vitamine B_6 en pyridoxine heeft ingenomen. Dr. Hitchings zei tegen Françoise dat tijdens een crisis Tom zijn inname van niacine kon ophogen.

Misschien kwam er een belangrijk psychologisch keerpunt toen Dr. Hitchings aan Tom vroeg wat hij nu werkelijk met zijn leven wilde doen. Hij antwoordde dat zijn grootste wens was te blijven schrijven. Dr. Hitchings vroeg hem toen of zijn vrouw zou kunnen werken. Zonder aarzeling antwoordde Tom dat Françoise niet alleen zou kunnen, maar ook graag zou willen werken. "Laat haar dan gaan werken, dan blijf jij thuis en kunt gaan schrijven," zei hij. "Iemand als jij slaagt toch nooit in het zakenleven." Dit gaf Tom onverwacht veel opluchting.

Met betrekking tot de voeding deed Tom vrijwel alles wat hij niet zou moeten doen. Hij gebruikte veel suiker, cafeïne, witte bloem en zetmeel, met een even overmatig gebruik van alcohol en sigaretten. Hoewel de sigaretten nog niet zo snel zouden worden afgezworen (soms lijkt het bij schizofreniepatiënten alsof nicotine kan helpen), veranderde Tom snel de slechtste kanten aan zijn dieet. Er werd een verhoogde zo niet toxische spiegel van lood in zijn lichaam gemeten en daarnaast werd vermoed dat Tom ook hypoglykemisch was. Dr. Hitchings drong er sterk op aan dat hij gekookte eieren zou eten (voor biotine) en 's morgens een vleesproduct (eiwit), samen met tweemaal daags een groene salade, etc.

Zodra Tom de megavitaminen innam leek het, binnen ongeveer twee tot drie weken, alsof er een donkere giftige wolk die al zijn gehele leven boven hem hing, van hem werd weggenomen. Hij noemt niacine als de stof die de belangrijkste bijdrage aan zijn herstel heeft geleverd. Het lijkt zelfs alsof het sterke flush-opwekkende effect, dat in het begin vaak voor sommigen zo hinderlijk kan zijn, een onbetwistbare verlichting bij hem heeft bewerkstelligd – en nog doet – in het bijzonder als hij voelt dat er weer een crisismoment aan komt.

In de daaropvolgende maanden begon Toms leven progressief te veranderen en langzaam de goede kant op te gaan. Hij herinnert zich nog goed dat hij met Françoise met de bus op bezoek ging bij zijn grootouders in de staat New York, zo'n 450 kilometer noordelijker, met name omdat hij slechts enkele weken eerder door alle geestelijke en lichamelijke problemen veel te bang was geweest om alleen het huis te verlaten. Hij zou toen niet in staat zijn geweest om alleen de bus te nemen of een andere benauwde en drukke omgeving te betreden. Tom is echter van mening dat twee basale punten móéten worden opgehelderd. Ten eerste, mits goed nageleefd, neemt de op de megavitaminen en niacine gebaseerde therapie vrijwel alle angst weg om ooit weer psychisch ziek te worden. Hiermee was een zeer betrouwbare methode gevonden om een ziekte onder controle te krijgen. De donkere dreiging, die zich als een realiteit achter elke deur en om elke hoek schuilhield en altijd op het punt stond om tevoorschijn te komen, bestond niet meer. Maar op hetzelfde moment dat hij zijn geest weer terugkreeg, en het gevoel dat hij misschien wel weer zou kunnen werken, verscheen het zeer nederig makende inzicht dat hij, ook al leefde hij in een nieuw verworven staat van genade, altijd weer ziek kon worden.

Tom is van mening dat de orthomoleculaire benadering van zijn ziekte hem een scherp, relatief ongestoorde mate van bewustzijn heeft gegeven. Dit heeft hem in staat gesteld te overleven en te blijven schrijven. Hij erkent ook het belang van zijn gezin voor zijn herstel. Tot de dag van vandaag zal hij nooit helemaal begrijpen waarom zijn vrouw hem niet met de kinderen heeft verlaten toen hij in Frankrijk uit het raam sprong.

Of misschien begrijpt hij het ergens diep van binnen toch wel. Toen zijn vrouw hun twee jonge kinderen voorbereidde op de terugreis, redde ze ook zoveel mogelijk van wat hij had geschreven.

Tom hoort nog steeds refreinen uit zijn eerste gepubliceerde gedichtenbundel 'Subway Prayer and Other Poems of The Inner City' in zijn hoofd weerklinken. En zelfs de twee openingszinnen uit het gedicht 'Subway Prayer' ('Gebed in de metro) zelf: 'Our Father lost forever underground / Our Father forever hurtling through sight and sound' ('Onze Vader voor altijd ondergronds verdwenen/ Onze Vader voor altijd voortdenderend door beeld en geluid'). Want de impact van het getto had, toen hij daar voor het eerst mee werd geconfronteerd in de toestand waarin hij verkeerde, dezelfde relatieve impact als toen hij na zijn sprong uit het raam op de grond terechtkwam.

Tom is zich ervan bewust dat de niacine, in plaats van dat het zijn zintuigen onderdrukte en afstompte, zijn vermogen zich op zijn werk te concentreren verhoogde. Niacine gaf hem ook voldoende geestelijk uithoudingsvermogen om, als onderdeel van het schrijven, te beginnen zijn eigen aandoening te onderzoeken. De demonen waren nog steeds aanwezig, maar in plaats van figuren die in een kast hingen, waren het nu meer geesten verbannen naar het papier waar ze, nog steeds bereid te dreigen met hun eigen soort vernietiging, in de loop der jaren routinematig konden worden onderzocht en aangepakt.

Naarmate zijn herstel vorderde ging hij op vrijwillige basis werken met gevangenen en drugsverslaafden.
Tom en zijn gezin verhuisden lange tijd geleden naar de Allegany-bergen in het noordwesten van de staat New York. De familie van zijn vader komt daar vandaan. Ze woonden op een oude boerderij en hielden zich een aantal jaren bezig met landbouw voor eigen consumptie, tot de kinderen naar de universiteit konden en Françoise weer als ingenieur ging werken.

Hun drie dochters zijn nu getrouwd en hebben zelf kinderen. Tom neemt nog steeds niacine in en schrijft nog steeds. Hij werkt weer in deeltijd en is ook maatschappelijk erg actief. Al een aantal jaren heeft hij, met speciale beurzen, poëzie en creatief schrijven onderwezen aan kinderen met leerstoornissen. Hij heeft ook workshops georganiseerd voor mensen met psychische aandoeningen en heeft voor dit werk in 1994 een 'onderscheiding voor goede burgerzin' van de gemeenschap ontvangen. En in de afgelopen twintig jaar heeft hij als coördinator van literatuurprogramma's op de plaatselijke Olean Openbare Bibliotheek veel van 's lands bekendste schrijvers in deze streek geïntroduceerd.

Wat zijn eigen carrière betreft: Tom heeft drie gedichtenbundels gepubliceerd en deze zomer komt er in Ierland een vierde uit, getiteld 'Taking Time Out: Poems in Remembrance of Madness' ('Tijd vrijmaken: gedichten ter herinnering aan waanzin'). Hij heeft lezingen gegeven op universiteiten en in de media. Zijn lange gedicht 'Subway Prayer' is net vertaald in het Frans door Raymond Bozier, een bekende Franse dichter en auteur. In 2002 was Tom in het Linenhall Arts Center in Castelbar, Ierland, gedurende een maand de officiële huisdichter. Hij organiseerde niet alleen workshops over poëzie en creatief schrijven, maar las ook voor uit eigen werk in bibliotheken, ouderencentra en op Ierse openbare scholen. Tom werkt momenteel aan de samenstelling van een boek met als titel 'Letters to My Father in Purgatory' ('Brieven aan mijn vader in het vagevuur'). Hopelijk helpt dit boek hem zijn ziekte en herstel meer in detail te beschrijven.
Tot zover het verhaal van Tom Krampf.

<u>Angst-, stress- en stemmingsstoornissen</u>

Alle lichamelijke en emotionele aandoeningen gaan gepaard met stemmingsveranderingen. Angst kan variëren van zeer gering en goed te verdragen tot zeer hevig en invaliderend. Depressie varieert op dezelfde manier. Extreme angst gaat gepaard met depressie en extreme depressie gaat gepaard met enige angst.

Maar alle patiënten met angst en depressie lijden ook aan vermoeidheid, hebben slaapproblemen, concentratiestoornissen en cognitieve stoornissen. Wisselende stemmingsstoornissen zijn de familiaire bipolaire psychosen, vroeger manische depressie genoemd. Stress speelt duidelijk een rol bij alle stemmingsstoornissen en gaat gepaard met migraine. Het is een van de oorzakelijke factoren en zal de symptomen verergeren. Omgekeerd maakt de stemmingsstoornis het veel moeilijker om te gaan met stress die normaliter voor die persoon een relatief klein probleem zou zijn. Vitamine B_3, in beide vormen, is therapeutisch voor deze angsttoestanden.

Hoffer[20] en Prousky[21, 22] vonden dat doses nicotinamide variërend van 3 tot 6 gram per dag, even effectief waren om stress aan te pakken als de benzodiazepinen, zoals diazepam en lorazepam. Na een literatuuronderzoek concludeerde Prousky dat 'deze B-vitamine opmerkelijke therapeutische voordelen heeft voor mensen die lijden aan angst'. Nicotinamide heeft hetzelfde effect als de benzodiazepinen met één belangrijk en groot verschil: het is niet verslavend, er doen zich geen ontwenningsverschijnselen voor en het is niet toxisch. Voor de behandeling van angst bezit het alle eigenschappen die nodig zijn om de angst onder controle te krijgen zonder op enigerlei wijze de patiënten te beschadigen en het is natuurlijk vrij verkrijgbaar en zeer goedkoop. Het is dan ook niet verrassend dat niacine ook goed helpt om migraine te behandelen[23].

Ik gebruik niacinamide of niacine standaard voor de behandeling van stoornissen die worden gekenmerkt door buitensporige angst. Het duurt gewoonlijk enige tijd voor de anti-angsteffecten duidelijk worden, maar sommige patiënten merken dat – wanneer ze angstig worden – 500 milligram van de vitamine vrijwel direct verlichting biedt zonder de versuffing die optreedt bij geneesmiddelen. Het helpt ook om patiënten te ontwennen van benzodiazepinen, maar dit blijft nog steeds een zeer moeilijk probleem.

Bij de behandeling gelden dezelfde principes zoals hiervoor bij schizofrenieën is beschreven.
Controleer op voedselallergieën en toxiciteiten, gebruik de juiste medicatie maar dan wel antidepressiva voor depressieve stemmingen en lithium en tranquillizers voor manische stemmingen. Drie voedingsstoffen spelen een speciale rol: (1) foliumzuur in doses van 25 tot 50 milligram per dag, (2) chroom 500 microgram per dag en (3) essentiële vetzuren. Dit is slechts een grove richtlijn. Veel van de andere voedingsstoffen zijn met succes toegepast, onder meer tyrosine en tryptofaan.

Gedroogde schildklier versnelt vaak de respons op de antidepressiva.

Bij manische toestanden -zonder hallucinaties en wanen- hetzelfde programma als voor depressie.

Manische toestanden met kenmerken van schizofrenie (schizoaffectieve stoornissen) worden behandeld met sterke nadruk op vitamine B_3 plus de rest van het programma.

Klinische voorbeelden

Een 21-jarige man was al zijn hele leven depressief. Als zuigeling had hij last gehad van kolieken, was op latere leeftijd zeer vaak verkouden en werd, nadat deze klachten waren verdwenen, depressief. Twee weken nadat alle zuivelproducten uit zijn voeding waren geëlimineerd, was hij normaal. Vervolgens werd bij hem de provocatietest uitgevoerd door het eten van ijs. Twee uur later was hij weer depressief en één uur later was hij psychotisch en moesten zijn ouders de hulp van de politie inroepen om hem in bedwang te houden. Hij had een vreselijke nacht, viel pas om 8.30 uur in slaap, sliep drie uur en voelt zich sinds die tijd goed. Bij jonge mensen komen allergieën voor zuivelproducten zeer vaak voor. Op grond van een onderzoek dat ik jaren geleden onder patiënten heb uitgevoerd, heb ik geconcludeerd dat ongeveer 75% van alle langdurige depressies die op de kinder- of tienerleeftijd beginnen, worden veroorzaakt door een of meer allergische reacties op voedingsmiddelen. Dit geldt ook voor alle stemmingsstoornissen.

Tegelijkertijd moeten de patiënten beginnen met een goed regime met multivitaminen. Een voorbeeld hiervan is:

Niacinamide 500 mg driemaal daags
Ascorbinezuur 500 mg driemaal daags
B-complex 100
Foliumzuur 25 milligram
Chroom 500 microgram
Essentiële vetzuren 1-2 gram driemaal daags

De medicatie voor stemmingsstoornissen hangt af van het feit of deze van manische of depressieve aard zijn. De gebruikelijke geneesmiddelen worden toegepast. In combinatie met de orthomoleculaire benadering kunnen de doseringen van deze medicijnen aanzienlijk worden verlaagd, maar dat wordt vastgesteld door uitproberen. De vitaminen zijn met alle geneesmiddelen verenigbaar. De volgende anekdote illustreert hoe de behandeling werkt.

Herstel van bipolaire psychose, mevrouw L.H.

"Negen jaar geleden, toen ik 17 jaar was, werd bij mij bipolaire stoornis (manisch-depressief) vastgesteld. Ik wist altijd al dat ik 'anders' was. Als kind had ik vreselijke nachtelijke angsten en onverklaarde maagpijn, prikkelbare woedeaanvallen die uit het niets leken op te komen en ook plotseling weer verdwenen, een continu soort rusteloosheid – er waren dagen dat ik geloof ik nog geen vijf minuten achter elkaar stilzat – en ik kon meestentijds zeer 'hyperactief' zijn. Ik herinner me dat vanaf dat ik vijf jaar was ik de hele nacht met een zaklamp bleef doorlezen, en dat ik hooguit twee uur sliep maar nooit moe was. Maar er waren ook dagen dat ik niet wakker kon worden en wel meer dan twintig uur of langer achtereen sliep. Op school was ik altijd een goede leerling, maar was snel klaar met mijn opdrachten, verveelde me dan al gauw en vertoonde dan wat storend gedrag.

Ik heb altijd last gehad van extreme emoties; ik kon binnen een seconde van lachen in huilen uitbarsten... van glimlachend en blij tot prikkelbaar en woedend in een oogwenk... zeer geagiteerd en niet kunnen stilzitten, en dan tien minuten later katatoon. Mijn stemmingswisselingen worden meestal gekenmerkt door sterke schommelingen wat betreft energieniveau, en door verhoogde prikkelgevoeligheid: normaal licht lijkt te fel en ik draag vaak een zonnebril in huis; de radio, de TV, mensen die praten of ritselen met papieren, het gezoem van de koelkast of tl-licht – al deze geluiden kunnen te veel voor me zijn en me tot de rand van waanzin drijven, terwijl anderen ze nauwelijks zouden opmerken. Wanneer ik me in een menigte bevind, hoor ik meteen flarden van elk gesprek dat om me heen wordt gevoerd.

Wanneer mijn geest manisch is en op volle toeren draait, kan ik vijf gesprekken tegelijk volgen zonder mijn aandacht te verliezen. Ik luister soms naar de radio, kijk TV, telefoneer en lees of schrijf – allemaal tegelijk! Als ik niet voldoende bezig blijf, kan ik mijn geest niet onder controle houden en ontsnapt deze zonder mij naar een andere realiteit. Dit kan echter allemaal zeer vermoeiend zijn en elke dag in manische toestand voelt als drie 'gewone' dagen. Geen wonder dat ik uitgeput ben!

Wanneer ik depressief ben, ben ik niet gemotiveerd of heb ik geen lichamelijke energie om ook maar iets te doen. Ik word volledig niet-functioneel en kan nauwelijks voor mezelf zorgen. Eenvoudige dingen als wassen of afwassen worden onoverkomelijk en kunnen me binnen enkele seconden reduceren tot een plas tranen op de grond. Daarna voel ik me schuldig omdat ik niet eens de afwas kan doen en beginnen de negatieve stemmen in mijn hoofd het over te nemen, en zeggen tegen me dat ik een vreselijk, waardeloos mens ben die niets goeds kan doen.

Uiteindelijk werden deze stemmingswisselingen me te veel en moest ik hulp zoeken toen ik ernstig suïcidaal werd en wat begon te hallucineren. Helaas vond ik gedurende acht lange jaren niet de stabiliteit die ik zocht en nodig

had, maar die nu eindelijk binnen mijn bereik ligt, hoewel het een fragiel evenwicht blijft.

De prognose voor ernstige bipolaire-I-stoornis met psychose is over het algemeen niet zo goed – ik had vaak het idee dat ik weinig had om naar uit te kijken in mijn leven; mijn artsen schatten in voorgaande jaren dat ik hooguit zo'n 20% van de tijd stabiel was met slechts geringe symptomen. De rest van de tijd was ik constant bezig de chronische symptomen van depressie en manie proberen te overleven – ik heb ook nogal last gehad van gemengde episoden en psychose, en kan bij tijden tamelijk snel àl deze stemmingen doorlopen. Mijn algeheel functioneringsniveau was tamelijk laag en men had al gauw geen idee meer hoe ik zou moeten worden behandeld.

Mijn stemming is zo instabiel geweest dat ik niet altijd naar school kon of een vaste baan kon hebben, aangezien alle aspecten van mijn leven kunnen worden beïnvloed. Mijn snelle en extreme stemmingswisselingen kunnen gemakkelijk onhoudbaar voor mij worden en me in een crisis doen belanden aangezien ze steeds ernstiger zijn geworden. In het verleden moest ik al twee keer worden opgenomen, zelfs verleden jaar nog – eenmaal voor depressie en eenmaal voor manie.

Mijn concentratie wordt sterk beïnvloed en ik ben niet in staat regelmatig te leven, aangezien mijn slaap- en eetgewoontes negatief worden beïnvloed. Ik raak in een menigte gemakkelijk over-gestimuleerd en lijd daardoor aan agorafobie ('pleinvrees') – in het bijzonder wanneer ik alleen op stap moet – het is dus in toenemende mate moeilijk geworden in de maatschappij te functioneren, betekenisvolle relaties te ontwikkelen of zelfs eenvoudige en noodzakelijke boodschappen te doen. Aangezien ik geen familie in de omgeving heb en maar een paar vrienden die beperkte hulp kunnen bieden, kunnen normale eenvoudige dingen zoals naar de supermarkt gaan problematisch zijn. Wanneer ik overspoeld raak, kan ik me soms moeilijk concentreren en opletten; zo heb ik moeite me in en uit een menigte te begeven, zelfs oversteken wordt moeilijk en de bus nemen is onmogelijk.

Momenteel verkeer ik door mijn ziekte in een sociaal isolement. Dit wordt nogal eens verkeerd begrepen en mijn stemmingen kunnen voor mijzelf en voor anderen erg moeilijk zijn om mee om te gaan wanneer ze zo snel omslaan. Daardoor maak ik niet makkelijk vrienden en treed ik beperkt naar buiten omdat ik steeds bang ben om me alleen in een menigte te begeven. Als een dergelijke omgeving te bedreigend voor mij wordt kan ik mezelf moeilijk uit een potentieel lastige en gênante sociale situatie bevrijden.

De meeste dagen kan ik erg ziek zijn van de bijwerkingen van de medicatie en word ik geconfronteerd met de lichamelijke effecten en met cognitieve stoornissen die al dan niet in de loop van de tijd kunnen verbeteren. Duizeligheid, sufheid, misselijkheid, vreselijke onhandigheid en evenwichtsstoornissen komen tamelijk vaak voor en zijn nog maar enkele van de bijwerkingen waar ik dagelijks mee word geconfronteerd. Dit maakt het leven voor mij een stuk lastiger dan voor de meeste mensen. De lichamelijke bijwerkingen van de medicatie veroorzaken veel stress en meer angst, omdat ik me zorgen maak of ik te ziek word om alleen te kunnen wonen, zelfs ìn een stabiele stemming. Ik weet dat wanneer er andere mensen bij zijn (zoals toen ik thuis bij mijn familie woonde), ik beter functioneer doordat ze me aanwijzingen kunnen geven en er iemand anders bij is als er iets met me gebeurt.

Ik heb alles gedaan wat binnen mijn vermogen ligt om te functioneren, en probeer steeds elke gelegenheid te vinden om onafhankelijker te worden en te streven naar stabiliteit om de basiskwaliteit van mijn leven te verbeteren.

Ik heb ongeveer elk geneesmiddel gebruikt dat (momenteel) voor een stemmingsstoornis kan worden voorgeschreven – veel ervan diverse keren. Soms was er gedurende enkele weken sprake van enige verbetering, tot een bepaald niveau en eindigde ik vervolgens erger dan ik was begonnen.

Andere keren maakten de geneesmiddelen helemaal geen verschil – of ze verergerden mijn stemmingswisselingen en veroorzaakten juist ernstiger episoden. Voor een tijdje 'werkten' de middelen waarschijnlijk wel – althans mijn artsen zeiden tegen mij dat ik eindelijk op hen een normale indruk maakte. Ik was echter sloom en depressief; ik kon nauwelijks acht uur per dag wakker blijven en had zoveel lichamelijke bijwerkingen dat ik te ziek was om te functioneren. Mijn witte bloedcellen waren constant abnormaal verhoogd– toch konden mijn artsen hiervoor geen verklaring of oorzaak van infectie vinden. Hoewel ze konden zien dat mijn algehele gezondheid niet goed was en snel verslechterde, maakten ze zich primair zorgen over de behandeling van mijn stemmingsstoornis, ondanks het feit dat de voorgeschreven geneesmiddelen om de bipolaire symptomen te behandelen me per dag alleen maar lichamelijk zieker maakten.

Aangezien mijn artsen al veel van de voorgeschreven geneesmiddelen diverse keren en in elke denkbare combinatie in de loop van mijn behandeling hadden herhaald – leek geen van de middelen te werken op de manier waarvan ze dachten dat ze zouden doen – en begonnen ze me op te geven. De enige oplossing die ze konden bieden was regelmatig zware tranquillizers/antipsychotica gebruiken; hierdoor zou ik echter zo gesedeerd raken dat ik niet meer zelfstandig zou hebben kunnen wonen en dan zou ik hoogst waarschijnlijk volledige zorg nodig hebben gehad. Als ik de medicijnen neem ben ik te suf ben om nog enige emotie te vertonen; ze zijn een marteling voor mij. Het is net als levend worden begraven: je geest raast maar door maar je kunt nauwelijks je hoofd optillen, laat staan communiceren over de ideeën die door je hoofd razen. Opgesloten in een cocon van een lichaam kijk je naar de buitenwereld alsof je een aantal van de basale dingen doet die je in je leven moet doen, maar je kunt niet echt leven...

Ik heb altijd te horen gekregen dat ik de voor- en nadelen van de voorgeschreven medicijnen moet afwegen tegen die van moeten leven met deze aandoening; de boodschap die ik van de meerderheid van de medische wereld meekreeg was dat ALLES beter was dan leven met een psychische aandoening – van mij werd niet verwacht dat ik 'een compromis' zou sluiten, van mij werd verwacht dat ik mijn basiskwaliteit van leven zou opofferen! Ik heb last gehad van de toxische symptomen van diverse medicaties en heb nog steeds last van de effecten van bepaalde middelen – zelfs van een aantal waar ik al jaren geleden mee ben gestopt. De samengestelde effecten zijn in de loop van de tijd gewoonweg steeds ernstiger geworden, terwijl effectieve resultaten van de middelen altijd snel verdwenen. De artsen bleven echter benadrukken dat dit de beste manier van behandelen was en negeerden de ernstige lichamelijke bijwerkingen die zich bij mij voordeden. Mijn stemming was met voorgeschreven geneesmiddelen nooit langer dan enkele weken stabiel – en ik vroeg me af hoe deze geneesmiddelen mij zouden kunnen 'helpen' een beter leven te leiden.

Uiteindelijk zagen mijn psychiaters geen mogelijkheden meer. Diverse specialisten weigerden mij als patiënt te zien, aangezien ik niet reageerde op de medicatie op de manier waarop zij vonden dat ik zou moeten doen. En ik was zo ziek dat ik niet meer wilde leven. Maar ik was nog niet klaar om te sterven, dus begon ik te zoeken naar alternatieven. Ik bleef tegen mezelf zeggen dat er een andere manier moest zijn...

Toen bezocht ik Dr. Hoffer en begon ik de hoge doses vitaminen en supplementen te gebruiken die hij voorschreef. Ik had al wel eens wat vitaminen ingenomen, maar hij was in staat de juiste richtlijn te geven voor een behandelplan dat was toegespitst op mijn bipolaire symptomen. Ik herinner me nog de eerste keer dat ik hem ontmoette: hij luisterde met respect naar alles wat ik te zeggen had en vertelde me toen vol vertrouwen dat hij dacht dat hij me zou kunnen helpen. Maar er zijn in deze wereld geen 'snelle oplossingen' zei hij en hij waarschuwde me dat het een tijd zou duren voor ik me weer goed zou voelen. Na al die jaren van zoeken naar een manier om te overleven en mijn ziekte te behandelen had ik geen zin meer te zoeken naar 'gemakkelijke' oplossingen, aangezien deze mijn leven alleen maar moeilijker in plaats van gemakkelijker hadden gemaakt. Mij was elke maand in de afgelopen 8 jaar verteld dat de medicatie binnen een maand zou helpen en in plaats daarvan waren in de loop van de tijd mijn episoden steeds erger geworden.

Tot dusver stelt mijn routine van therapeutische doses vitaminen, acupunctuur, een leefstijl met minder stress en andere vaardigheden om met stress om te gaan mij eindelijk in staat zonder verschijnselen te leven – in ieder geval komen de uitersten van mijn stemmingsverschijnselen niet meer voor en hoewel ik nog steeds af en toe lichte episoden heb, wordt mijn leven in zijn algemeenheid langzaam beheersbaarder. Voor het eerst in mijn leven ervaar ik een overweldigend gevoel van hoop en acceptatie van wie ik ben. Het is de eerste keer in een lange tijd dat ik me niet 'gek' en stuurloos voel. En dat is echt een fijn gevoel...

Tot het afgelopen jaar was ik niet in staat mijn universitaire opleiding af te ronden. Ik heb al twee jaar niet gewerkt en bijna de hoop opgegeven ooit weer te kunnen werken. Ik had moeite zelfstandig te zijn, aangezien ik moest kiezen tussen leven met ernstige agitatie en psychose óf zware medicatie waardoor ik nog geen glas water voor mezelf kon inschenken. Voor mij is het niet aanvaardbaar een dergelijke 'keuze' over je leven te moeten maken; het is geen leven.

Nu is het net alsof ik wakker word uit een coma, na 8 jaar... Ook al liep ik rond, en net deed alsof, ik leefde niet. Ik heb me nog nooit zo levendig gevoeld als nu – de kleuren in de wereld lijken op een of andere manier veel helderder... de bomen hebben groene kleurschakeringen die ik me niet kan herinneren eerder te hebben gezien... ik kan weer lachen en glimlachen.... en voel me echt blij. Ik kan me de laatste keer niet herinneren dat ik echt blij was – maar dat moet wel geweest zijn voor ik medicatie gebruikte.

Deze veranderingen begonnen binnen enkele maanden na het starten van de holistische behandeling met vitaminen, etc. en de sterke verlaging van mijn medicatie. Tot nu toe heb ik geen ernstige episoden meer meegemaakt en kan ik veel beter functioneren dan toen ik veel medicijnen gebruikte. Ik heb me ook lichamelijk in jaren niet zo gezond gevoeld; mijn aantal witte bloedcellen is ook normaal, voor de eerste keer in 9 jaar. Toen mijn stemmingswisselingen het ergst waren, was ik elke maand, meer dan 2 jaar, wekenlang verkouden en grieperig. Sinds ik met de vitaminen ben begonnen, ben ik nauwelijks meer ziek geweest. Mijn lichaam voelt gewoon gezonder en ik realiseerde me niet echt hoe ziek ik met de medicatie was door de bijwerkingen, tot mijn lichaam zich begon te herstellen en aan te sterken. Ik kon me niet voorstellen hoe het zou zijn om niet elke dag misselijk te zijn of om te leven zonder de continue mist in mijn hoofd waardoor ik niet goed kon denken, de wereld helder kon zien of om te lopen zonder steeds te vallen of te struikelen door evenwichtsproblemen en duizeligheid door de medicijnen. Nu weet ik hoe ziek ik was en als ik de rest van mijn leven medicijnen kan vermijden, zal ik dat doen.

Als ik zou moeten kiezen tussen de beschikbare medicatie die mijn stemming eerder lijkt te elimineren dan te stabiliseren, in combinatie met hun afschuwelijke bijwerkingen, of natuurlijke alternatieven die me stabiliteit bieden, zonder uitschieters en een beheersbaarder leven zonder bijwerkingen – ligt de keuze dan niet voor de hand?

Het laatste jaar is een van de beste jaren van mijn leven geweest voor zover ik me kan herinneren. Hoewel ik nog niet helemaal 'beter' ben, omdat herstel een langzaam proces is, zeker na deze lange periode van vechten tegen chronische instabiliteit... ben ik absoluut goed op weg naar een gelukkiger en gezonder leven!

Iedereen in mijn omgeving is zo opgelucht dat ik zo vooruit ben gegaan in de afgelopen korte periode; veel van mijn artsen zijn nogal met stomheid geslagen, aangezien het ironische van het verhaal is dat ik nog nooit zo weinig medicijnen heb gebruikt sinds het begin van de behandeling.

In het afgelopen jaar ben ik, denk ik, meer veranderd dan iedereen maar had kunnen denken of zelfs hopen – ik ben dichter bij de mogelijkheid om een echt leven te kunnen leiden dan ooit tevoren. De stabiliteit die ik, ondanks zware medicatie, nooit heb weten te verkrijgen, ligt nu binnen bereik... ik heb niet langer te maken met continue bijwerkingen van de medicatie.

En ik kan emoties voelen in plaats van volledig afgestompt en van de wereld te zijn zoals toen ik de geneesmiddelen innam.
Ik heb lang gedacht dat mijn grootste probleem niet was wie ik ben en hoe ik functioneer, maar hoe de wereld is ingericht voor mensen en de verwachtingen van hoe het leven is of zou moeten zijn. De mogelijkheden van wat ik kan en zal verdragen zijn nu veel groter dan voorheen; ik probeer niet langer 'normaal' te zijn – in plaats daarvan probeer ik gewoon 'mezelf' te zijn en heb nog steeds 'normale' ups en downs die horen bij het leven en kan zelf nog steeds voldoende helder denken. Mijn probleem is niet mijn geest – maar mijn geest wordt verkeerd begrepen en niet gewaardeerd om zijn 'anders zijn' en omdat deze soms overweldigend is en ontspoort. En het antwoord is niet gewoon maar het onderdrukken van alle gedachten en interesses binnen mijn leven– de slechte en de goede – maar feitelijk de vitaminedeficiënties aanpakken die deze onbehandelbare symptomen veroorzaken.

Het bewijs voor mij dat het advies en de ervaring van Dr. Hoffer zeer goed voor mij zijn geweest, ligt in het feit dat ik eindelijk in staat was mijn universitaire opleiding af te maken en langzaam weer op de arbeidsmarkt terug kan komen. Vorig jaar rond deze tijd probeerden mijn artsen (zonder succes) mij uit het ziekenhuis en in leven te houden, nu hoef ik zelden meer naar ze terug omdat het zo goed gaat.

Ik wou dat deze informatie voor mij beschikbaar was geweest toen ik jonger was en voor de eerste keer behandeling zocht, omdat deze informatie mij gered heeft. Ik twijfel er niet aan dat zonder deze routine van vitaminen en acupunctuur ik nog steeds oneindig lang, misschien wel mijn hele leven, zou worstelen met het zoeken naar stabiliteit…

Nu heb ik eindelijk het gevoel dat mijn leven de moeite waard is geleefd te worden – en ik vraag me af hoe ik het tot nu toe zonder dat gevoel gered zou hebben. Ik denk dat stabiliteit niet het gebrek aan chaos is – het is meer een innerlijke vrede die wordt gevonden in het centrum van alle natuurlijke chaos. Als ik tot dusver iets heb geleerd in mijn leven, dan is het wel dat ik heb geleerd dat alles kan veranderen... dus probeer ik de balans te koesteren die zich langzaam een plaats verovert in mijn leven. Ik kan alleen zeggen dat zonder de medicatie en hun bijwerkingen en zonder continue instabiele stemming, het is alsof er een grote last van mijn schouders is genomen en ik langzaam rust vind. Nu heb ik eindelijk het gevoel dat mijn leven de moeite waard is geleefd te worden – en ik vraag me af hoe ik zover zo zijn gekomen, zonder Dr Hoffer.

Dank u, Dr. Hoffer, dat u me geholpen hebt mijn leven terug te krijgen – zoals ik was voorbestemd te leven: gelukkig en stabiel".

Veroudering afremmen, seniliteit voorkomen en omgaan met beroerte.

Veroudering is de som van de effecten van stress die psychosociaal, lichamelijk en biochemisch kunnen zijn. Oxidatieve stress wordt gezien als een van de belangrijkste factoren bij vroegtijdige veroudering. Veroudering is een van de ingewikkeldste processen en kan niet eenvoudig en kort worden besproken. Daarom worden in dit korte overzicht alleen de maatregelen besproken die zinvol zijn gebleken.

De impact van stress werd aangetoond door een van de vele experimenten die de mensheid op zijn eigen soort heeft uitgevoerd. Aan het begin van de laatste wereldoorlog (1939) marcheerden Japanse troepen naar Hong Kong. De Britse regering vroeg in wanhoop Canada om hulp. Ongeveer 2000 Canadese manschappen werden onvoorbereid en ongetraind ingezet. Ze verkeerden in goede lichamelijke conditie. Toen ze in Hong Kong aankwamen, werden ze prompt gevangen genomen door de Japanners die vanuit het westen binnentrokken en niet, zoals de Britten hadden verwacht, vanaf de zee in het oosten aanvielen. Ze werden gedurende 44 maanden krijgsgevangen gehouden.

Een groot aantal Amerikaanse, Engelse en andere Europese soldaten werd ook gevangen gehouden. De Canadezen, sindsdien Hong-Kongveteranen genoemd, leden aan totale ondervoeding door een dieet met zeer weinig calorieën en vertoonden tekorten aan alle voedingsstoffen. Ze leden aan beriberi, pellagra, scheurbuik, infectieuze diarree en andere aandoeningen evenals aan de wreedheid en opsluiting zonder hoop.
Bij de bevrijding 44 maanden later was een kwart overleden en de overblijvenden waren bijna dood doordat ze eenderde van hun lichaamsgewicht waren kwijtgeraakt. Op de terugreis naar Canada in hospitaalschepen kregen ze te eten en alleen de vitaminen die toen beschikbaar waren, extracten van het vlies van rijstkorrels. Ze kwamen weer op gewicht en leken weer gezond te zijn maar ze bleven daarna ziek. Hun toestand werd uiteindelijk erkend door de Canadese overheid, die aan hen een speciaal pensioen toekende. Onder deze veteranen waren de cijfers voor overlijden, cardiovasculaire aandoeningen, blindheid, psychische en neurologische aandoeningen zeer hoog. In de kampen werden ze als het ware ieder jaar vier jaar ouder zodat ze er na bijna vier jaar gevangenschap ‘16 jaar ouder’ uit kwamen.

Eén van de manieren waarop stress de snelheid van veroudering verhoogt, werd ontdekt door artsen aan de Universiteit van Californië, San Francisco, VS. Ze meldden hun bevindingen aan de Proceedings National Academy of Sciences, USA, 2004. De ernstige psychische stress verouderde het DNA van de witte bloedcellen aanzienlijk. De stress bekortte de lengte van de telomeren. Verkorting van de uiteinden van de chromosomen, telomeren genaamd, is een van de kenmerken van veroudering. Wanneer de telomeren te kort worden, kan de cel zich niet langer delen. Wanneer dit gebeurt, sterft de cel af. Het enzym telomerase bouwt normaliter de telomeren weer op. De activiteit van dit enzym wordt echter minder bij mensen onder stress. Oxidatieve stress speelt hierbij ook een rol.

Eén van de Hong-Kongveteranen, George, die was meegestuurd als bewegingsinstructeur van de Canadese soldaten, bleef maar ziek. Hij had chronische pijn door artritis, kon geen hitte en kou verdragen en leed aan depressie en angst. Hij kon zijn armen niet boven zijn schouders tillen en het kostte hem en zijn vrouw samen een half uur om hem iedere ochtend te mobiliseren zodat hij naar zijn werk kon. Vanwege zijn chronische ziekte kreeg hij ‘s avond hoge doses barbituraten om hem te laten slapen en ‘s morgens na het ontwaken hoge doses amfetaminen om hem wakker te houden. Vanwege zijn angst werd hij voor behandeling opgenomen op een psychiatrische afdeling. Hij kwam nog angstiger thuis dan hij daarvoor was. Zijn dossier was vele kilo’s zwaar en werd bewaard in twee kartonnen dozen.

In 1960 had hij de leiding in een bejaardeninstelling. Een onderzoek naar het effect van niacine op enkele van de inwoners trok zijn aandacht en op eigen initiatief begon hij driemaal daags 1 gram niacine in te nemen. Twee weken later was hij normaal. Al zijn symptomen waren verdwenen. Hij was zo blij dat hij zich haastte om het zijn arts te vertellen. Zijn arts vertelde hem dat niacine toxisch voor de lever was. George antwoordde “Bedoelt u dat ik me de komende tien jaar misschien zo goed als nu voel en dan plotseling dood neerval?” Zijn arts beaamde dat dat de waarschijnlijke uitkomst was. George antwoordde: “Dat was dan de moeite waard”. Zijn arts werd enthousiast voor de behandeling met niacine en voor hij overleed had hij honderden patiënten behandeld zonder aanwijzingen voor levertoxiciteit. Na zijn herstel overreedde hij veel Hong-Kongveteranen en Amerikaanse ex-krijgsgevangenen uit de kampen in het Verre Oosten te beginnen met niacine. Ze herstelden. Uit dankbaarheid kende de organisatie van Amerikaanse ex-krijgsgevangenen mij een decoratie toe.
George werd uiteindelijk waarnemend gouverneur van Saskatchewan waar hij in functie overleed.

Door de stress die deze gezonde mannen te verduren hadden, verouderden ze snel maar de effecten waren omkeerbaar toen ze optimale doses niacine kregen. Natuurlijk kan niacine niet de enige factor zijn. Ze hadden ook een tekort aan vrijwel alle noodzakelijke voedingsstoffen. De juiste behandeling is niacine, maar moet ook alle andere voedingsstoffen omvatten. Mogelijk voorkomt niacine dat de telomeren korter worden.

Het pyridinenucleotidesysteem, waarvan niacine een van de belangrijkste componenten is, helpt oxidatieve stress onder controle te krijgen.

Aangezien niacine vroegtijdige veroudering tegengaat, zou het ook de ontwikkeling moeten remmen van de ziekte van Alzheimer en andere aandoeningen als herhaalde lichte beroertes die verouderingsfactoren zijn.
Dit is ook zo. In een recent verslag van het Rush Institute for Healthy Aging and Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, VS, werd geconcludeerd: *"In dit prospectieve onderzoek namen we een beschermende relatie waar tussen niacine en de ontwikkeling van de ziekte van Alzheimer en tegen cognitieve achteruitgang, die aanzienlijke implicaties zou kunnen hebben voor de volksgezondheid en voor ziektepreventie indien dit in verder onderzoek zou worden bevestigd."*

Een rapport in de Annals New York Academy of Science concludeerde dat niacine-gebonden chroom (glucosetolerantiefactor bevat niacine en chroom) gecombineerd met druivenpittenextract de insulinegevoeligheid verbeterde, de vorming van vrije radicalen tegenging en de symptomen van chronische leeftijdgerelateerde aandoeningen, waaronder syndroom X, verminderde. Een hoge HDL-spiegel beschermt tegen dementie volgens de 15 jaar durende Women's Health Study. 4081 vrouwen van 66 jaar en ouder werden in vijf quintielen voor HDL-spiegels verdeeld. De groep met het hoogste HDL had 1,8 mmol/l en de laagste 0,95 mmol/l. De vrouwen in het hoogste quintiel had vijf keer minder kans op cognitieve stoornissen. De enige stof die consequent HDL verhoogt, is niacine.

Identieke tweelingen zijn ideaal voor vergelijking van gecontroleerde onderzoeken. (Bij experimenten met dieren wordt erkend dat één identieke tweeling overeenkomt met twee groepen van 40 niet-verwante dieren). Wat er gebeurde met een vrouwelijke identieke tweeling is zeer instructief. De ene helft van de tweeling ontwikkelde zeer snel Alzheimer en overleed binnen enkele jaren. Haar identieke tweelingzuster begon toen met een uitgebreid programma met megavitaminen. Ze leefde nog 30 jaar in geestelijk normale toestand en overleed toen aan een beroerte.

Dr. Roger Williams overleed op 95-jarige leeftijd. Hij ontdekte foliumzuur en pantotheenzuur. Op het einde van zijn leven was hij vrijwel volledig doof en blind, maar zijn geest was nog zeer helder. Hij woonde nog bijeenkomsten bij en was in 1971 bij ons in Londen toen we onze bevindingen presenteerden over orthomoleculaire psychiatrie en hielp bij het opzetten van de schizofreniegroep in Groot-Brittannië.
Dr. Williams vertelde me dat hij het zo jammer vond dat hij niet eerder met de vitaminen was begonnen. Hij was ervan overtuigd dat hij zijn twee ernstige handicaps zou hebben kunnen voorkomen.
Op de jaarlijkse bijeenkomst van de International Schizophrenia Foundation in 2003 kondigden we de eerste leden van de nieuwe Orthomolecular Medicine Hall of Fame aan. Hieronder staan de leden vermeld, hun leeftijd en hun belangrijkste aandachtsterrein op het gebied van voeding. De gemiddelde leeftijd is 84,1 jaar. En in tegenstelling tot de meeste productieve mensen, nam hun productiviteit niet af met de leeftijd. Deze nam juist toe. De vitaminen die ze onderzochten en propageerden, staan genoemd in onderstaande tabel.

Linus Pauling	1901 tot 1994	vitamine C
William McCormick	1880 tot 1968	vitamine C
Roger J. Williams	1893 tot 1988	folaat, panthotenaat
Wilfred Shute	1907 tot 1982	alfatocoferol
Evan Shute	1905 tot 1978	alfatocoferol
Irwin Stone	1907 tot 1984	vitamine C
Carl C. Pfeiffer	1908 tot 1988	B-vitaminen en vitamine C
Allan Cott	1910 tot 1993	niacine
William Kaufman	1910 tot 2000	nicotinamide
Humphry Osmond	1917 tot 2004	niacine en vitamine C.

Ze gebruikten niet allemaal niacine, maar wel andere voedingsstoffen.

De oudste inwoonster van Saskatchewan deed nog aan langlaufen toen ze 111 jaar was. Ze gebruikt al 41 jaar niacine. Op 21 december 2004 ontving ik het volgende briefje van haar zoon:
"Er is één iemand ouder in Canada, maar alleen onze 'kandidate' is nog goed bij haar verstand en kan nog lopen.Ze heeft altijd gezegd dat ze het Hoffer-programma volgde. Er is een artikel van drie pagina's over haar in een krant in Saskatchewan verschenen waarin ze op ski's, op een vlot, te paard etc. staat afgebeeld."

Ziekte van Alzheimer

In 'What Really Causes Alzheimer's Disease' ('De werkelijke oorzaak van de ziekte van Alzheimer') schrijft Harold D. Foster[24]: "Het is al meer dan een eeuw bekend dat aluminium een neurotoxine is. De verdrietige waarheid is dat het wijdverbreide gebruik hiervan door calcium- en magnesiumdeficiënte populaties de belangrijkste oorzaak van de ziekte van Alzheimer is". In dit waardevolle boek, dat gratis kan worden gedownload, worden veel factoren besproken. De oplossing is eenvoudig. Elimineer aluminium uit onze voeding en omgeving en verhoog de hoeveelheid calcium en magnesium.

De belangrijkste B-vitamine is niacine. Maar ook andere voedingsstoffen spelen een rol, waaronder andere B-vitaminen, vitamine E en C, die – wanneer ze samen worden ingenomen – de incidentie van de ziekte van Alzheimer verlagen. Dr. Peter Zandi (Johns Hopkins School of Public Health) verklaarde dat "vitamine E en C kunnen beschermen tegen de ziekte van Alzheimer wanneer ze tegelijk worden ingenomen in de hogere doses die verkregen kunnen worden door gebruik van de afzonderlijke supplementen." Ze verlaagden het risico met 78%. Essentiële mineralen als seleen en zink zijn belangrijk omdat ze de ophoping van toxische metalen als aluminium en kwik tegengaan. Essentiële vetzuren spelen een belangrijke rol.
Samengevat, optimale voeding is de beslissendste factor voor vertraging van de schade door veroudering.

Niacine kan de ontwikkeling van de ziekte van Alzheimer remmen, maar helaas heb ik niet gevonden dat het helpt bij de behandeling van de aandoening zodra deze eenmaal is vastgesteld. Bij ongeveer eenderde van alle patiënten waarbij Alzheimer is vastgesteld, worden bij postmortaal onderzoek de kenmerkende pathologische bevindingen echter niet aangetroffen. Het klinische syndroom is gelijk, maar de oorzaken zijn verschillend. Ik vermoed dat deze patiënten eerder een serie lichte beroertes hebben doorgemaakt. Niacine zal voor deze patiënten nuttiger zijn. De cholesterolspiegels kunnen een belangrijke aanwijzing zijn. Alzheimerpatiënten hebben zeer vaak verhoogde cholesterolspiegels, wat erop duidt dat cerebrovasculaire seniele patiënten vaker de ziekte van Alzheimer hebben.

Beroerte

Jaarlijks krijgen ongeveer 500.000 mensen in de Verenigde Staten een eerste beroerte en 100.000 een recidief. Per jaar overlijdt ongeveer 25% na hun eerste beroerte. Volgens Parsons zijn deze grotendeels te voorkomen als de risicofactoren worden vermeden. Doordat niacine de lipidenprofielen corrigeert, reduceert het een van de risicofactoren, misschien wel de belangrijkste.
Ik heb het effect onderzocht van niacine bij patiënten die hersenbeschadiging hadden opgelopen door een beroerte of trauma. Mijn belangstelling werd gewekt na het lezen van een verslag uit Zweden vele jaren geleden over de behandeling van beroerte. De auteurs meldden dat patiënten met een beroerte bij opname in het ziekenhuis direct intraveneus niacine kregen toegediend en dat er sprake was van een duidelijke verlaging van de incidentie van de gevolgen van een beroerte.

Daarna werd een aantal patiënten met een beroerte of hersentrauma naar mij doorverwezen. Een daarvan was een vrouw van middelbare leeftijd die altijd trots was geweest op haar geheugen. Ze had een lichte beroerte doorgemaakt, maar na haar herstel was haar geheugen bij lange na niet meer zo goed en ze vond dit een vreselijke handicap. Na enkele maanden niacine was haar geheugen deels hersteld en was ze tevreden.

Een ander geval was een jonge man die bij een ongeluk op zijn werk een zwaar voorwerp op zijn hoofd had gekregen. Na twee jaar kon hij praten en lopen (al trok hij met een been), maar zijn belangstelling voor lezen was nog niet teruggekeerd. Voor het ongeluk was hij een verwoed lezer. Na drie maanden gebruik van niacine kreeg hij iets van zijn interesse terug en was hij ook tevreden over zijn vooruitgang. Mijn conclusie was dat niacine door verwijding van de haarvaten de genezing zou versnellen en dat hierdoor mogelijk ook het vermogen van het hersenweefsel tot zelfherstel mogelijk toenam. Dit is altijd als onmogelijk beschouwd, maar wij in de orthomoleculaire psychiatrie zetten in toenemende mate vraagtekens bij deze medische 'waarheid'.

Yang et al.[25] vonden dat na een experimentele beroerte bij dieren nicotinamide levensvatbare maar beschadigde zenuwcellen binnen het ischemische gebied kon redden. Vroegtijdige injectie verlaagde het aantal necrotische en apoptotische neuronen. Latere injecties waren niet zo effectief. Yang en Adams[26] concludeerden:
"Vroegtijdige toediening van nicotinamide kan therapeutisch van belang zijn wat betreft het voorkómen van het ontstaan van beroerte doordat de nog levensvatbare maar beschadigde cellen werden gered en infarcering gedeeltelijk werd voorkomen".
Ze vonden ook dat deze vitamine de progressie van neurodegeneratieve ziekte verminderde. Leer- en geheugenstoornis veroorzaakt door cerebrale oxidatieve stress werden voorkomen. Volgens deze onderzoeken werkt nicotinamide sneller dan niacine, maar zijn ze onderling uitwisselbaar; naar mijn mening heeft niacine het voordeel dat het de haarvaten verwijdt.

De verslavingen

Idealiter zouden verslaafde patiënten de producten waaraan ze verslaafd zijn, helemaal niet moeten gebruiken. In de meeste gevallen is dit echter onmogelijk en in alle gevallen moeilijk voor elkaar te krijgen. De oprichting van Anonieme Alcoholisten door onder meer Bill W., die een groot pleitbezorger van de orthomoleculaire geneeskunde was, is een van de belangrijkste successen op dit gebied. Maar zelfs met de AA gebeurt het maar zelden dat meer dan eenderde van de patiënten van hun verslaving aan alcohol en drugs afkomen. Ze hebben veel meer hulp nodig. Bill W. heeft er altijd op aangedrongen dat naast aansluiting bij de Anonieme Alcoholisten, de leden ervan ook eventuele psychiatrische problemen zouden moeten laten behandelen.
De 'Third Communication' (1971) aan AA-artsen werd geschreven door Ed Boyle, directeur van het Miami Heart Institute, David R. Hawkins, een van de eerste orthomoleculaire psychiaters en Russel F. Smith, klinisch directeur van een groot ziekenhuis in Detroit, VS, gespecialiseerd in de behandeling van alcoholisten. Er zijn duizenden exemplaren van deze Three Communications verspreid.

Sociale sancties tegen het gebruik van illegale middelen, die niet als medisch noodzakelijk worden beschouwd, zijn zeer krachtig en hierdoor neemt het probleem nog meer toe.

De behandeling kent twee fasen: (1) patiënten helpen van de drugs af te komen en (2) hen zodanig te behandelen dat ze gemakkelijk van deze drugs afblijven.

Nuchter worden en blijven: de zinvolste organisatie is de AA en de hieruit voortgekomen groepen als Narcotic Anonymous etc. Als de verslaafde zich bij een van deze groepen heeft aangesloten, slaat de behandeling veel beter aan. Ze kunnen zich echter nog zeer ongemakkelijk voelen, met spanningen en gevoelens van angst of depressiviteit.

Dit kan er sterk op wijzen dat ze lijden aan stemmingsstoornissen of zelfs aan schizofrenie. Deze moeten worden behandeld zoals al eerder beschreven. Voor alcoholisten is de effectiefste behandeling niacine in doses tot 1 gram driemaal daags. Bill W. erkende dit en de informatie werd verspreid in drie mededelingen aan artsen die lid waren van de AA en die hun eigen medische vereniging hebben. Enkele behandelcentra die de principes van de AA combineren met orthomoleculaire psychiatrie, melden herstelpercentages tot 80%.

Kinderen met leer- en/of gedragsstoornissen

Voor kinderen gelden dezelfde therapeutische principes als voor volwassenen.
De diagnose kan zeer eenvoudig zijn. Ze moeten worden onderzocht op de gebruikelijke problemen als organische hersenbeschadiging, epilepsie, zeldzame genetische afwijkingen, op autisme en de op kinderleeftijd optredende schizofrenie. Maar voor de brede groep kinderen die de volgens de American Psychiatric Association (APA) kinderen met Attention Deficit Disorder (ADD) zijn en die elke vorm van leer- en/of gedragsstoornis omvatten, is een beschrijvende diagnose van weinig waarde om een behandeling vast te stellen. De diagnose moet etiologisch zijn en niet beschrijvend. Kinderen met leer- en/of gedragsstoornissen moeten bij het eerste onderzoek worden beoordeeld op voedselallergieën. De meest voorkomende zijn die voor zuivelproducten en suiker. Deze problemen zijn zeldzamer bij kinderen die borstvoeding hebben gehad, maar ook zij kunnen voor dezelfde voedingsmiddelen allergisch zijn. Zeer vaak zijn ze allergisch voor flesvoeding, melk en suiker. De voorgeschiedenis en voedingsgewoonten zullen aanknopingspunten opleveren. Vervolgens moet het eliminatiedieet worden toegepast om er zeker van te zijn dat de juiste voedingsmiddelen worden geïdentificeerd. Kinderen vinden het niet leuk om suiker weg te laten, maar als hun wordt duidelijk gemaakt hoe schadelijk het is, werken ze wel mee. Een van de manieren is de zaterdagse traditie van ‘junk’-voedsel eten. Het kind stemt erin toe van maandag tot en met vrijdag geen suiker en eventuele verdachte voedingsmiddelen te gebruiken. Maar op zaterdag krijgt het alle junkfood waar het allergisch voor is. Meestal wordt het daar ziek van. Zondag is ‘hersteldag’ en begint het weer met zijn programma, tot het kind zelf vraagt dat hij/zij die rommel niet meer hoeft te eten.

Voor artsen die net beginnen, kan het noodzakelijk zijn met slechts één vitamine te starten. Niacinamide verdient de voorkeur omdat kinderen een hekel hebben aan de niacine-‘flush’. Maar niacinamide kan het beste in de vorm van capsules worden gegeven omdat het erg bitter is. De gebruikelijk startdosis is 500 milligram driemaal daags na de maaltijd. Vitamine C is zinvol maar op geen stukken na zo belangrijk. De gebruikelijke dosis is 1 tot 3 gram per dag. Tot de arts bekend is met deze twee vitaminen, is het niet nodig meer toe te voegen. Maar veel kinderen vertonen tekenen van pyrrolurie en zij zullen baat hebben bij toevoeging van B_6 tot 250 milligram per dag na de maaltijd en van zink, variërend van 15 tot 50 milligram per dag. De meest waargenomen tekenen (van zink- en pyridoxinedeficiëntie) zijn witte plekken in de vingernagels, striae in de huid, pijnlijke knieën, bleke gelaatskleur en natuurlijk leer- en gedragsstoornissen. Idealiter moet de urine van het kind worden onderzocht op de ‘mauve factor’, maar er zijn maar weinig laboratoria die deze test uitvoeren.

Als het kind al Ritalin of andere sympathicomimetica gebruikt, moeten deze gehandhaafd blijven tot het orthomoleculaire programma de kans heeft gekregen aan te slaan, wat wel tot 6 maanden kan duren. Ouders weten gewoonlijk wanneer de medicatie kan worden gestopt. Met deze eenvoudige benadering zullen de meeste kinderen herstellen.

In 1960 ontwikkelde een gestoorde jongen van 7 jaar ernstige leer- en gedragsproblemen op school; zo ging hij op tijd van huis weg en was ook weer op tijd thuis, maar was ondertussen niet op school geweest. Hij werd getest en bleek een zeer hoge spiegel van de ‘mauve factor’ te hebben zoals gemeten met behulp van papierchromatografie. Hij begon met niacinamide 1 gram driemaal daags en na 4 maanden was hij normaal en is sinds die tijd ook normaal gebleven.

In hetzelfde jaar deden zich dezelfde problemen voor bij een tweede kind, een meisje van eveneens 7 jaar. Zij werd als mentaal geretardeerd bestempeld, een term die tegenwoordig niet meer wordt gebruikt. Haar moeder was schizofreen. Ze werd in New York City voorbereid voor een school voor mentaal geretardeerde kinderen. Ze begon met niacinamide 1 gram driemaal daags. In twee jaar werd er geen verbetering waargenomen, maar in het derde jaar wel. Ze werd normaal, studeerde met zeer hoge cijfers af, werd lerares, trouwde en is onlangs met pensioen gegaan. Door één enkele vitamine die bijna niets kost, kon dit slimme jonge meisje een normaal en productief leven leiden.

Vanaf 1960 heb ik meer dan 2000 patiënten jonger dan veertien jaar behandeld[27]. Niet alle gevallen zijn goed uitgepakt en wanneer dit het geval was, kwam dat vaak doordat de ouders onvoldoende toezicht wisten te houden op het programma van hun kinderen. Vaak is één of zijn beide ouders ook ziek en zou ook voor hen behandeling noodzakelijk zijn. Schizofrene kinderen reageren vaak zeer goed. In 1960 werd een jong paar met 4 kinderen gedwongen de stad waar ze woonden te verlaten omdat beide ouders zo psychotisch waren dat de stad ze niet aan kon en dreigde hen op te sluiten in de dichtstbijzijnde psychiatrische instelling. Ze vluchtten naar Saskatoon en kregen orthomoleculaire behandeling. De vader was binnen enkele maanden gezond, is dat sinds die tijd gebleven en werkt volledig. De moeder ging naar de universiteit en behaalde een MA en is nu senioradministrateur. Van hun vier kinderen vertoonden er drie tekenen van gedragsproblemen. Zuivelproducten werden geëlimineerd, ze kregen vitaminen en vandaag de dag is het gehele gezin normaal.

Autisme

De moderne behandeling van infantiel autisme heeft zeer snelle ontwikkelingen doorgemaakt. Het blijkt een gastro-intestinale ziekte te zijn die kan worden behandeld door middel van een dieet, de juiste voedingsstoffen en opvoedingsmethoden. Het boek van Edelson en Rimland levert de informatie die nodig is om hiermee te beginnen. Het kan zeer eenvoudig of zeer gecompliceerd zijn. Een voorbeeld van een eenvoudig geval was de moeder die met haar 7-jarige zoon voor behandeling kwam. Maar toen hij werd onderzocht, was hij normaal. Bij hem was infantiel autisme vastgesteld door de gespecialiseerde autismekliniek en op grond daarvan was hij behandeld. Zijn moeder las over de mogelijk rol van voedselallergieën, in het bijzonder voor zuivelproducten en tarwe. Toen ze aan de arts van haar zoon vroeg wat hij daarvan dacht, lachte hij haar uit. Daar werd ze erg boos om en toen ze thuis was, zette ze haar zoon onmiddellijk op dit eliminatiedieet, waarbij zuivelproducten en tarwe werden weggelaten. Eén maand later was hij beter.

De beste en recentste informatie is beschikbaar bij Autism Research Review, 4182 Adams Avenue, San Diego, CA 92116, VS, opgericht en jaren in standgehouden door Dr. Bernard Rimland[28].
www.AutismResearchInstitute.com
Autistische kinderen kunnen herstellen. Dr. Bernard Rimland zal u met zijn nieuwsbrief en een verbazingwekkende lijst wetenschappelijke boeken en literatuur zeggen op welke manier.

Behandelmogelijkheden voor andere ziekten.

Bedoeld worden aandoeningen die kunnen reageren op orthomoleculaire behandeling gebaseerd op theoretisch literatuuronderzoek of die in enkele gevallen al succesvol zijn behandeld maar waarover nog geen klinische onderzoeken zijn gepubliceerd. De ziekte van Huntington is een voorbeeld van de tweede groep. Enkele patiënten zijn met succes behandeld door toepassing van twee belangrijke vitaminen: niacine, 1 gram driemaal daags na de maaltijd voor de psychiatrische component en hoge doses vitamine E, tot 4000 IU per dag voor de neurologische component. Voor deze aandoening bestaat geen behandeling en is het natuurlijke herstelpercentage nul.

Onvermijdelijk wordt de patiënt (en de helft van zijn kinderen) steeds zieker, tot ze psychotisch zijn en uiteindelijk overlijden. De vrouw van T.K. herstelde van de ziekte van Huntington. Met een natuurlijk herstelpercentage van nul zijn dubbelblinde onderzoeken niet nodig. Elk enkelvoudig herstel is statistisch significant.

Een voorbeeld van de eerste groep is psychose gerelateerd aan HIV/aids. Professor Harold D. Foster[29] heeft de omvangrijke en groeiende literatuur over deze pandemie onderzocht en geconcludeerd dat een deficiëntie van glutathionperoxidase de slachtoffers minder resistent tegen HIV maakt en dat door de aanwezigheid van het virus het lichaam deze essentiële voedingsstoffen kwijtraakt. De vier ingrediënten van dit enzym zijn seleen, tryptofaan, glutamine en cysteïne. De behandeling moet gericht zijn op aanvoer van deze vier voedingsstoffen in voldoende hoeveelheden. Een van de beste natuurlijke bronnen van seleen en de aminozuren zijn paranoten. Foster beschrijft enkele mensen die van zijn ideeën hadden gehoord en deze op eigen initiatief navolgden, waarna ze herstelden. Momenteel worden in Afrika therapeutische onderzoeken uitgevoerd en de voorlopige resultaten zijn bemoedigend.

Hieronder volgt een voorbeeld van een van de vele casussen gemeld door een arts in Afrika.
Hij meldde: "Ik bereik enkele opmerkelijke resultaten met de combinatie seleen plus aminozuren. Eén patiënt gebruikt deze combinatie nu al drie maanden en haar CD4-telling is plotseling toegenomen van 53 tot 213 eind november. Klinisch gezien vertoont ze een geweldige verbetering nadat ze eerst aan bed gekluisterd was met Pneumocystis carinii pneumonie, haarafwijkingen en neuropathieën, maar ze is nu weer op de been. Ze gebruikt geen andere medicatie behalve enkele antibiotica. Zelfs de meeste van haar andere bloedparameters zijn verbeterd”.

Populaties met een tekort aan een van deze vier voedingsstoffen – seleen, L-glutamine, cysteïne en tryptofaan – zijn gevoeliger. In landen waar geen eiwittekort bestaat, kan het tekort aan seleen de belangrijkste factor zijn. Foster voegde het bewijs samen in dit geweldige boek. Het is onmogelijk dat een intelligente lezer dit overzicht en zijn conclusies leest zonder te aanvaarden dat deze een enorme waarde hebben. Hoe kan men anders het feit verklaren dat in 1999 in Senegal in Afrika minder dan één op de duizend van een populatie van 9.240.000 mensen overleden, terwijl er in Zuid-Afrika 250.000 van de 39.900.000 overleden of bijna 6 per 1000, zes keer zoveel. Foster wijst erop dat de bodem in Senegal rijk aan seleen is, en dat er weinig verlies optreedt door wegspoelen met het water. Senegalezen krijgen zelden kanker en hebben een abnormaal laag infectiepercentage voor HIV. De landen rond Senegal zijn niet zo gelukkig.

Er moet iets gebeuren. De wereld staat aan het begin van een van de ergste wereldwijde catastrofale pandemieën uit de geschiedenis waarbij hele landen die mensen kwijtraken waarvan dat land het meest afhankelijk is. In Afrika zijn weeskinderen de snelst groeiende populaties. Op 9 december 2004 meldde het kinderfonds van de Verenigde Naties dat 10 miljoen kinderen wees zijn geworden. Er zijn inmiddels 20 miljoen mensen aan de ziekte overleden.

Voordat niacine beschikbaar kwam als vitamine B_3, was pellagra net zo’n gevaarlijke pandemie. Dit bleek een vitamine-B_3-deficiëntieziekte te zijn. Het is zeer waarschijnlijk dat HIV/aids ook een deficiëntieziekte is van één of enkele combinaties van de vier belangrijke voedingsstoffen. Een deficiëntie van alle vier zou de ergste vorm zijn.
Lijkt dit op hekserij?
“In de 16e en 17e eeuw werden meer dan 3500 Schotten, voornamelijk vrouwen en kinderen, gedood bij heksenjachten. Velen werden veroordeeld op grond van flinterdun ‘bewijs’, zoals het hebben van een zwarte kat of het brouwen van huismiddeltjes”[30].

Zal het aids-establishment de aanbevelingen van Foster beschouwen als huismiddeltjes? Is HIV/aids een deficiëntieziekte vergelijkbaar met pellagra die kan worden voorkomen en behandeld net als pellagra door de vitamine te gebruiken en aan meel toe te voegen?

Hieronder volgt wat één aids-patiënt in Canada gebruikt[31].

Aantal keren dat deze persoon sinds 1997 antiretrovirale middelen heeft gebruikt – 10.000
Maandelijks boodschappenlijstje

Crixivan	$ 516,32	
3TC	384,49	
Zerit	275,04	
Naproxen voor arthritis	48,85	
Plaquenil	40,30	
Nexium	73,82	
Cortate	7,56	*niet in Nederland verkrijgbaar
Ketoderm	12,04	*niet in Nederland verkrijgbaar
Elocom	40,70	
Totale kosten	$ 1399,12	(ca € 1038,-per maand)

Het innemen van deze middelen is het gemakkelijke deel in vergelijking met de belangrijkste bijwerkingen.
De patiënten blijven in leven, maar tegen welke prijs!
De kosten van de benadering met voedingsstoffen bedragen waarschijnlijk minder dan tien procent van de kosten van deze geneesmiddelen.

Parkinsonisme

De twee belangrijkste handicaps gerelateerd aan de ziekte van Parkinson zijn:
(1) de mentale veranderingen die zich bij sommige patiënten ontwikkelen en die toenemen of verergeren door L-dopa dat in de hersenen wordt omgezet in dopachroom, en
(2) de lichamelijke tremors (het trillen, red SOOSS) .
De psychiatrische veranderingen worden voorkomen door niacine te gebruiken in het gebruikelijke dosisbereik. Co-enzym Q10 is uitgegroeid tot de standaardbehandeling voor de ziekte van Parkinson en ik vermoed dat de werking ervan grotendeels berust op het temperen van de neuromusculaire symptomen. Ik gebruik al jarenlang zowel niacine als co-enzym Q10 om parkinsonisme te behandelen nadat was gemeld dat in de cellen factor A, het eerste enzym in de enzymketen die voedsel omzet in energie, te weinig niacine en co-enzym Q10 bevat. Ik raad aan gedurende twee weken per dag 600 mg co-enzym Q10 te gebruiken en deze dosis daarna te verlagen tot 300 milligram per dag. Andere onderzoekers bevelen 1200 milligram per dag aan.
Dit programma is geen vervanging van L-dopa maar een aanvulling.

Tardieve dyskinesie (onbeheersbare, onwillekeurige bewegingen, red. SOOSS)

Dit doet zich niet voor bij schizofreniepatiënten die met orthomoleculaire methoden worden behandeld. Dit komt waarschijnlijk door de lagere doses die effectief zijn en door de niacine die wordt gebruikt. Dr. Richard Kunin, een van onze orthomoleculaire pioniers, ontdekte dat het kan worden voorkómen door toevoeging van zowel mangaan in lage doses als niacine. De farmaceutische bedrijven gebruikten het optreden van tardieve dyskinesie als argument voor de ontwikkeling van de nieuwe atypische antipsychotica. Ze wezen niet op het feit dat de patenten van de oudere antipsychotica waren verlopen. Maar ook de nieuwe atypische antipsychotica veroorzaken tardieve dyskinesie.

Beoordeling van behandelingsresultaten

Het bewijs dat een behandeling effectief is, kan op vele manieren worden beoordeeld.
‘Evidence based medicine’ (EBM) is tegenwoordig in de mode, maar deze methode is zeer gericht en beperkend en waarschijnlijk bij lange na niet zo nauwkeurig en precies als de voorstanders geloven.
Deze methode accepteert alléén dubbelblinde therapeutische onderzoeken als EBM.
De vaker toegepaste EBM is de anamnese. Aan het woord ‘evidence’ wordt een geloofwaardigheid toegekend, die niet wordt gerechtvaardigd door de klinische feiten. De term ‘evidence’ zou achterwege moeten worden gelaten en om eerlijk en nauwkeurig te zijn moeten de twee vormen van ‘evidence’ worden besproken als op dubbelblinde onderzoeken gebaseerde gegevens en op anekdotes gebaseerde gegevens (gegevens uit de anamnese).

In 1952 werd aan onze onderzoeksgroep in Saskatchewan een klein geldbedrag toegekend om de eerste dubbelblinde gerandomiseerde prospectieve gecontroleerde therapeutische onderzoeken uit te voeren naar het effect van vitamine B_3 op schizofreniepatiënten. We werden door de Canadese overheid, de toekennende instantie, geadviseerd dat we een dubbel-dummy moesten toepassen. Dit was de oorspronkelijke term voor wat tegenwoordig dubbelblind wordt genoemd. Voorafgaand daaraan hadden we onze pilotonderzoeken afgerond waarin we de veiligheid en doses van toepassing van deze vitamine hadden bepaald. Ons eerste dubbelblinde onderzoek gebruikte drie behandelingen: placebo, niacine en niacinamide. De niacine-flush kan niet worden geblindeerd maar met niacinamide doet zich geen flush voor. De klinische staf wist alleen dat het zou gaan om niacine of placebo zodat ze zouden aannemen dat alle patiënten zonder flush placebo gebruikten terwijl de helft van hen niacinamide gebruikte. Dit was het eerste dubbelblinde therapeutische onderzoek dat werd voltooid en gepubliceerd in de psychiatrische literatuur[32]. Ik had tijdens mijn opleiding vergelijkende gecontroleerde onderzoeken bij planten en dieren bestudeerd en heb nu 52 jaar ervaring met nadenken over de methodologie bij dubbelblinde onderzoeken. Ik ken de potentie ervan en ben me evenzeer bewust van de belangrijkste tekortkomingen ervan[33]. Ik beschouw het slechts als één van een aantal manieren om bewijs te verzamelen en het is niet altijd de beste manier. De methode is nooit onderzocht om er zeker van te zijn dat deze doet wat deze theoretisch moet doen, d.w.z. deze is nooit gevalideerd en volgens Sir L. Hogben, de wiskundige, is de wiskundige achtergrond volledig ongeschikt voor humane therapeutische onderzoeken, maar is het de standaard geworden, de heilige methode, die maar weinigen durven te bekritiseren.

(A) EBM (Evidence Based Medicine)

Ik vermoed dat dubbelblinde therapeutische onderzoeken wat van hun glans kwijtraakten en moesten worden opgepoetst. Hiervoor is de term ‘evidence based medicine’ geïntroduceerd. Dit bewijst nogmaals de belangrijke waarde van de dubbelblinde methodologie. Wanneer u leest over of hoort van EBM, bedenk dan dat dit slechts het vroegere dubbelblinde onderzoek is dat onverdiend opnieuw te veel eer krijgt.

‘Evidence Based Medicine Double-blind’ (EBMDB). Toepassing van vitamine B_3 als behandeling voor schizofrenie is de enige behandeling waarbij het eerste therapeutische verslag werd gebaseerd op dubbelblinde gecontroleerde onderzoeken uitgevoerd in Saskatchewan tussen 1952 en 1960. Dit zijn de eerste EBMDB-onderzoeken in de geschiedenis van de psychiatrie. *Ze zijn consequent genegeerd en onderhand weten nog maar zeer weinig psychiaters dat ze ooit zijn uitgevoerd*. Het enige dubbelblinde gecontroleerde onderzoek waarin een serieuze poging werd gedaan deze vroegere protocollen te herhalen, bevestigde het onderzoek en werd gepubliceerd in Archives of General Psychiatry door Dr. J. Wittenborn. Zijn naam stond bovenaan een grote NIMH-beurs in New Jersey. Ook dit artikel is genegeerd. Geen van de andere pogingen uitgevoerd om de oorspronkelijke dubbelblinde onderzoeken te bevestigen heeft getracht de onderzoeken te herhalen zoals ze waren gepubliceerd. In deze onderzoeken werden niet hetzelfde type patiënten gebruikt, werden de behandelprotocollen niet gevolgd en ze konden dus ook niets bevestigen.

Ann Landers publiceerde ooit een gedicht over het bakken van luchtig biscuitgebak. Ze schreef dat als er volgens het recept 6 eieren nodig waren en je besloot dat 8 beter zou zijn en als de nieuwe cake niet zo goed zou rijzen als de oorspronkelijke cake met 6 eieren, dat het dan niet aan het recept lag. Het ligt aan de kok die er niet in slaagde het recept te volgen. Het eerste gebod van de wetenschap is strikte eerlijkheid en wanneer wordt beweerd dat is getracht iets te bevestigen, moet het een eerlijke poging zijn zonder ambiguïteit en misleiding.

(B) EBMCH (Evidence Based Medicine Case History): anekdote of anamnese.

Een anekdote is een interessant verhaal of, in klinische termen, een interessante anamnese zoals verteld of vastgelegd. Elke keer dat clinici hun bevindingen registreren, is dat weer een anekdote. Vooruitgang in de geneeskunde zou onmogelijk zijn geweest zonder deze anekdotes. Nog maar sinds kort heeft de term 'anekdote' een ongunstige bijklank gekregen, als een manier om de artsen aan te vallen die nog steeds van mening zijn dat wat ze waarnemen en vastleggen belangrijk is en dat niet elk klinisch onderzoek dubbelblind hoeft te worden uitgevoerd.

Er zijn miljoenen anekdotes vastgelegd in de omvangrijke medische literatuur. Er zijn honderden anekdotes over patiënten die herstelden met orthomoleculaire behandelingen. Deze zouden gemakkelijk bij elkaar gevoegd kunnen worden. Dr. Werbach heeft er veel genoteerd in zijn 'Case studies in Natural Medicine' ('Casuïstiek in de natuurlijke geneeskunde'). De meeste van deze anekdotes worden gepubliceerd in het Journal of Orthomolecular Medicine (JOM) en de voorlopers hiervan die 33 jaar teruggaan. Med Line heeft consequent geweigerd deze samen te vatten. Ze zijn ook beschikbaar in een groot aantal orthomoleculaire boeken die in de afgelopen tien jaar zijn uitgegeven. Wanneer deze worden doorgelezen zijn ze overtuigend, maar doordat het tijdschrift JOM door Med Line wordt buitengesloten, bestaat het niet voor de professionals.

Achttien persoonlijke verslagen van psychotische patiënten die herstelden door orthomoleculaire therapie zijn verkrijgbaar bij de ISF (International Schizophrenia Foundation).
In de <u>conclusies</u> heb ik geschreven:

1. Wat we leren van deze interessante anekdotes, deze intelligente anamneses, is op de eerste plaats dat ze allemaal serieus moeten worden genomen. Dit is een zeer aanzienlijke reeks patiënten die met orthodoxe medicamenteuze behandeling niet herstelden. Ze werden niet afdoende behandeld, niet alleen omdat ze alleen geneesmiddelen kregen aangeboden maar doordat alle andere componenten van het optimale behandelprogramma niet werden uitgeprobeerd. Gelukkig woonden de meesten thuis (hadden goed onderdak) en hadden goede voeding doordat ze nog deel uitmaakten van liefdevolle en ondersteunende families. Maar hun werd hoop onthouden om de eenvoudige reden dat hun psychiaters dit type reacties niet hadden meegemaakt en daardoor deze patiënten geen hoop konden bieden. Een veelgebruikte mantra omvat drie uitspraken:
(1) 'U wordt niet beter' of een variant als 'u moet deze geneesmiddelen altijd blijven slikken'. Maar goedbedoelende psychiaters passen deze benadering ook toe omdat ze van mening zijn dat dit hun patiënten motiveert hun medicatie te blijven gebruiken;
(2) 'U zult nooit met uw medicatie kunnen stoppen'. Dit is het advies dat ze leren tijdens hun opleiding of van vertegenwoordigers van farmaceutische bedrijven. Ze bedoelen het goed, weer om hun patiënten te motiveren nooit te stoppen en
(3) 'U zult nooit uw opleiding afmaken'. Dit om ervoor te zorgen dat de wens van de patiënten om normaal te zijn – waarvan zij denken dat dat onmogelijk is –niet moet worden aangemoedigd.

Een jonge adolescente patiënt woonachtig in Edmonton was na behandeling niet beter. Zijn psychiater gaf hem de informatie zoals hiervoor vermeld. In wanhoop verhuisden hij en zijn familie van Edmonton naar Victoria, waar ze ontdekten dat ik daar mijn praktijk had. Enkele jaren later studeerde hij af.

Hij is gezond en heeft een volledige baan.
De mantra is absoluut verkeerd en zou moeten worden verboden of elke psychiater die deze hanteert, zou zijn patiënten in ieder geval moeten informeren dat deze alleen relevant is zolang ze alleen geneesmiddelen gebruiken. Het principe van 'informed consent' zou hier moeten gelden.

Schizofrenie is een zeer moeilijke ziekte om te begrijpen tenzij men de perceptuele theorie accepteert, die meer dan 150 jaar geleden is beschreven door Dr. John Conolly en uiteengezet in mijn boek 'Healing Schizophrenia' ('Herstel van schizofrenie'). En zonder deze ziekte te begrijpen wordt het zeer lastig deze met succes te behandelen. Daarom hebben Dr. Humphry Osmond en ik ons speciaal ingespannen hiervoor meer begrip te kweken. We hebben dit gedaan door zorgvuldig de anamnese van schizofreniepatiënten te onderzoeken. We hebben veel autobiografieën gelezen, door herstelde patiënten geschreven, en we hebben zelf ook de effecten ervaren van de hallucinogenen als mescaline, LSD en adrenochroom. De LSD-ervaring was het zinvolst omdat deze een veel voorspelbaarder verloop heeft dan met mescaline of adrenochroom. Een van de belangrijkste manieren is luisteren naar onze patiënten. Naar mijn mening waren psychiatrisch verpleegkundigen en psychiaters met dezelfde ervaring, als onderdeel van ons totale onderzoek naar LSD, daarna veel gevoeliger en behulpzamere therapeuten. En daar gaat het in dit boek om – luisteren naar onze patiënten. Want zij kunnen, beter dan wie dan ook, beschrijven wat er met hen aan de hand is.

We hebben ook geleerd dat beter worden niet altijd even gemakkelijk is. Dit vereist toewijding, steun en aanmoediging. Zelfs kleine stappen voorwaarts moeten worden aangemoedigd. Extreem geduld is vereist. Medicamenteuze behandeling alleen zal leiden tot chronische ziekte en totale vernietiging van waardevolle mensenlevens, vaak leidend tot zelfdoding. Patiënten die een respons hebben vertoond op orthomoleculaire behandeling, hoeven niet te worden overtuigd van de verdiensten van deze behandeling. Maar patiënten die niet het voordeel van deze behandeling hebben ervaren, moeten weten dat er nog meer is dan geneesmiddelen. Artsen die alleen de respons op medicatie hebben gezien, moeten weten dat betere resultaten te bereiken zijn. Anamneses zijn zeer overtuigend voor praktiserende clinici. Juist voor hen worden deze verhalen beschikbaar gemaakt.

2. Orthomoleculaire therapie sluit de noodzakelijke geneesmiddelen niet uit, maar zoals in de geneeskunde geldt, is het gebruik van een optimale dosis van belang, een dosis die effectief is en die de bijwerkingen zoveel mogelijk beperkt. Ze worden wel een noodzakelijk kwaad genoemd. Casus 18, bijvoorbeeld, illustreert hoe wanhopig psychiaters zijn om het ene na het andere middel en de ene na de andere combinatie uit te proberen. Aangezien het ongeveer één maand of langer duurt voor men kan zeggen of een geneesmiddel of een combinatie van middelen helpt, loopt hierdoor de behandeling vertraging op en elke maand dat de behandeling wordt vertraagd, raken de patiënten psychisch, lichamelijk en sociaal meer beschadigd. De behandeling moet zo snel mogelijk plaatsvinden en het lukrake en nutteloze gebruik van het ene na het andere geneesmiddel vertraagt het herstel van de patiënten alleen maar. Als er geen andere behandelingen voorhanden waren, zou men dit door de vingers kunnen zien, maar wanneer er een betere behandeling beschikbaar is, zou het als een medische nalatigheid moeten worden gezien daar geen gebruik van te maken. Ons doel is patiënten, overeenkomend met de respons, een zo laag mogelijke dosis te laten gebruiken, die in het ideale geval nul is maar niet altijd en enkelen hebben mogelijk gedurende een lange tijd lage doses nodig. Lage doses zijn veel minder schadelijk. In combinatie met de voedingsstoffen hebben patiënten doorgaans veel lagere doses nodig. Idealiter worden zo nodig zowel medicatie als voedingsstoffen gebruikt.

Een van de problemen met voedingstherapie is dat deze niet snel aanslaat. Het duurt ongeveer twee maanden voordat deze gaat werken. En gedurende deze periode kunnen patiënten veel steun nodig hebben van medicatie om hen door deze moeilijke periode heen te helpen. Maar zodra het programma werkt, maakt het patiënten niet psychotisch doordat het geen toxische bijwerkingen heeft. Medicatie werkt zeer snel. Daardoor werd het in eerste instantie zo populair binnen de psychiatrie.

Patiënten werden zeer snel en effectief onder controle gebracht. Ongeveer veertig jaar geleden installeerde een ziekenhuis een geluidsmeter op hun afdeling. Vervolgens gaven ze hun patiënten de nieuw ontwikkelde geneesmiddelen en registreerden de afname van het geluidsniveau. Het grootste nadeel is dat bij gebruik in de gebruikelijke hoge dosis deze middelen een psychose veroorzaken. Ik noem dit de tranquillizerpsychose. Dit zijn de symptomen van overdosering en ze kunnen niet worden verlicht, behalve door de dosis te verlagen[34]. Op medicatie alleen vertonen patiënten tamelijk snel verbetering, vervolgens stabiliseren ze op een minder psychotisch niveau, maar na een tijdje worden ze weer ziek doordat de bijwerkingen zich gaan ophopen. Daardoor kan men door medicatie en voedingsstoffen te combineren profiteren van het snelle effect van de medicatie en wanneer de voedingsstof effectief is, wordt de dosis van het geneesmiddel geleidelijk verlaagd. Dit voorkomt het nadeel van de toxische bijwerkingen en stelt de patiënt in staat een goede gezondheidstoestand te behouden die wordt geïnduceerd door het behandelprogramma.

3. Herstellen van schizofrenie is vaak moeilijk aangezien niet alle symptomen even snel verdwijnen. Veel patiënten hallucineren minder en vertonen minder wanen zodra ze met het proces beginnen, maar ze kunnen depressiever worden. Zodra ze beginnen te herstellen, worden ze zich meer bewust van hoe ziek ze waren en dat kan op zich ontmoedigend zijn. Maar wanneer deze toestand door een begrijpende arts aan hen wordt uitgelegd, voelen patiënten zich gesteund om door te gaan en uiteindelijk verdwijnen de depressie en angst. Patiënten en hun familie moeten zeer geduldig zijn, in het bijzonder aan het begin van de behandeling omdat zeer weinigen enige aanzienlijke veranderingen opmerken in de eerste twee maanden na aanvang van de behandeling tenzij een van hun belangrijkste symptomen voortkomt uit voedselallergieën en ze op een eliminatiedieet worden ingesteld.

We leren dat er een terugval, recidief, kan optreden. Dit geldt voor vrijwel elke bekende ziekte. Maar een recidief betekent niet dat het is afgelopen. Dit betekent dat de behandeling moet worden voortgezet en nog strikter moet worden toegepast. De moderne psychiatrie is van mening en handelt ook naar die gedachte, dat bijwerkingen niet erg belangrijk zijn in vergelijking met het gevaar van een recidief en nieuwe opname in het ziekenhuis. Ze zijn niet bereid patiënten een kans te geven om te zien of ze goed kunnen blijven zonder deze geneesmiddelen. Een voorbeeld was een jonge vrouw die ik behandelde en die zeer goed had gereageerd op haldol met weinig bijwerkingen. Maar haar psychiater stemde erin toe een geneesmiddelonderzoek uit te voeren met een van de nieuwe middelen en stelde haar op dat middel in. In de volgende zes maanden werd ze 25 kilo zwaarder. Dit ruïneerde haar leven. Ze had erg veel moeite met haar gewicht, haar figuur en het feit dat ze zo misvormd was geworden door de obesitas inducerende eigenschap van dat middel. Op haar gevoelige leeftijd was gewicht een van de belangrijkste zaken in haar leven. Ze smeekte haar arts weer terug te gaan naar haldol, maar hij weigerde. Hij antwoordde: “Beter dik en gezond dan psychotisch en mager”. In feite was ze dik, maar nog zieker dan daarvoor.

Mijn filosofie is dat de gezondheid van de patiënt op de eerste plaats komt. Als het middel invaliderende bijwerkingen heeft veroorzaakt, moet het worden gestaakt of de dosis zo aangepast dat de patiënt niet langer ziek is door de bijwerkingen. Naar mijn mening is het beter patiënten de kans te geven, als ze deze willen nemen, van de medicatie af te komen als dat zorgvuldig wordt gedaan, ook al is er een risico van recidief. Dergelijke recidieven kunnen gemakkelijk worden aangepakt door de medicatie weer te hervatten. Ook al moeten ze enkele dagen worden opgenomen om te stabiliseren, is dit beter en ethischer voor de patiënt. Dit is volgens de gouden regel van de geneeskunde om DE PATIËNT GEEN SCHADE TE BEROKKENEN. Canadese provincies hebben wetgeving die patiënten dwingt medicatie in te nemen en als ze dit weigeren, worden ze gedwongen weer in het ziekenhuis opgenomen en worden de geneesmiddelen via injectie toegediend. Dit is in tegenspraak met de Canadese grondwet zoals door het Hooggerechtshof van Canada in 2003 is uitgesproken in een zaak in de provincie Ontario. Ik verwacht dat er uiteindelijk nog enkele gevallen zullen worden behandeld en dat geheel Canada zich aan de grondwet zal moeten houden.

Recidieven zijn zeer teleurstellend voor de patiënten en hun familie. Veel factoren kunnen een recidief veroorzaken, waaronder griep, langdurige overmatige stress, lange perioden van slapeloosheid, ernstig trauma, weer voedingsmiddelen gaan gebruiken waarvoor de patiënt allergisch is, zich niet houden aan het programma etc. Patiënten kunnen erg blij zijn met hun nieuwe gezondheidstoestand – en dus nemen ze aan dat ze genezen zijn – en denken dat ze nooit meer ziek kunnen worden. Enkele van mijn patiënten hadden twee of drie recidieven voor ze uiteindelijk accepteerden dat ze zich altijd aan het programma moesten houden; daarna kunnen ze dit ook heel strikt.

Een groot probleem doet zich voor door de afwijzing van de orthomoleculaire psychiatrie door psychiaters in ziekenhuizen. In de geneeskunde zijn we gewend aan recidieven ongeacht de ziekte. Iemand kan herstellen van pneumonie, enkele jaren goed gezond zijn en dan weer een pneumonie oplopen. We veroordelen hem daar niet om. Maar we moeten onze inspanningen intensiveren om hem weer beter te krijgen. Als hij moet worden opgenomen en een dienstdoende niet-meelevende arts treft van wie hij zijn vitaminen niet mag innemen, zal zich bij hem een ernstiger recidief voordoen. Veel patiënten zijn zeer inventief om de vitaminen hoe dan ook in te nemen. Een van mijn jonge mannelijke patiënten droeg zware laarzen waarvan de veters bovenaan los zaten. Hij bewaarde zijn vitaminepillen in zijn laarzen en bleef ze innemen zoals hij ook voor zijn opname deed. In andere gevallen komt de familie regelmatig op bezoek en geeft de vitaminen aan hun familielid. Ze zijn niet slecht. Ze willen alleen maar met een programma doorgaan waar hun familielid baat bij heeft en dat ze niet willen onderbreken.

In 1960 belde een arts uit de Verenigde Staten op. Zijn zoon, 12 jaar oud, lag in het ziekenhuis en hij had net te horen gekregen dat er geen hoop was en dat ze hem zouden moeten opnemen in een psychiatrische instelling en hem verder maar vergeten. Dat was een zeer algemeen advies. Ik adviseerde de vader wat niacine aan te schaffen en dit naar het ziekenhuis mee te nemen om met de psychiater van zijn zoon te overleggen. Dit was een mislukking aangezien de psychiater erg boos werd en het gebruik van niacine afwees, waarbij hij zei dat ze het hadden onderzocht en dat het zijn hersenen zou verbranden. De vader ging vanaf die tijd dagelijks bij zijn zoon op bezoek en gaf hem dan dubbele boterhammen met een laag jam, niacinepoeder en weer een laag jam. Drie maanden later wilde de zoon naar huis. Hij maakte zijn school af en behoorde bij de beste. Later ging hij geneeskunde studeren en werd onderzoekspsychiater.

4. We leren dat schizofreniepatiënten begaafde individuen zijn en dat we hun diensten nodig hebben en waarderen. Dat betekent dat ze elk doel, elk beroep, elke kunstvorm kunnen nastreven en dat ze moeten worden gestimuleerd dat te doen. Uiteindelijk betekent het, dat orthomoleculaire behandeling families redt van wanhoop en vernietiging en de patiënten redt van een leven als een zombie. Tenslotte bespaart elke behandelde en herstelde patiënt de maatschappij berekend over veertig jaar ziekte twee miljoen dollar.

<u>Casussentabel met enkele statistische gegevens en huidig beroep.</u>

Geboortedatum	Voor het eerst gezien	Voor het eerst ziek	Ziekenhuis	Huidig beroep
1. R.S. 09-01-87	11-12-03	Leeftijd 12	Ja	Student
2. J.S. 11-12-78	17-11-98	Leeftijd 18	Ja	Artiest
3. J.K. 29-09-76	10-01-00	Leeftijd 18	Ja	Werkeloos
4. H.B. 14-11-64	05-10-99	Leeftijd 29	Ja	Ingenieur

5. B.W. 1943	Niet gezien	Leeftijd 33	Ja	Zakenman
6. J.R. 30-09-75	Niet gezien	Leeftijd 13	Ja	Werkend
7. J.K. 1980	Niet gezien	Leeftijd 14	Nee	Zelfstandig
8. T.K. 09-10-34	Niet gezien	Leeftijd 18	Ja	Dichter
9. G.L. 19-11-84	26-11-03	Leeftijd 18	Ja	Student
10. E.B. 23-06-67	14-05-03	Leeftijd 34	Ja	Zaken
11. D.J. 16-08-80	13-03-01	Leeftijd 16	Nee	Med. student
12. T.N. 29-04-80	Niet gezien	Leeftijd 19	Ja	Zakenman
13. H.W. 26-05-75	11-06-03	Leeftijd 23	Ja	Leraar
14. R.M. 1953	1970	Leeftijd 17	Nee	Schrijver
15. B.V. 16-12-49	14-12-71	Leeftijd 18	Ja	Zelfstandige
16. E.K. 16-07-73	27-05-03	Leeftijd 27	Nee	Schrijver
17. B.B. 18-04-60	06-09-88	Leeftijd 26	Ja	Werkend
18. L.H. 8-08-78	21-01-04	Leeftijd 17	Ja	Student

De overmoed van de moderne geneeskunde is opmerkelijk wanneer wordt gedacht dat het de overweldigende klinische geschiedenis van de geneeskunde kan afschrijven door alleen te kijken naar dubbelblinde gecontroleerde onderzoeken. We hebben dus het curieuze scenario dat wanneer een arts meldt dat alle acht van een reeks patiënten met idiopathische trombocytopenische purpura (ITP) met ascorbinezuur herstelden, het artikel werd afgewezen door het New England Journal of Medicine omdat het niet dubbelblind was uitgevoerd. Er is geen behandeling voor ITP. Niemand herstelt van ITP en toen de patiënten vitamine C kregen, herstelden ze wel. Dit zou voor een niet-bevooroordeeld iemand zeker zeer significant zijn; het is zeker statistisch significant maar er werd nog steeds om dubbelblinde onderzoeken gevraagd.
Een belangrijke lijn van bewijsvoering is de reactie van de patiënten en hun familie op de behandeling. Deze behandelingen worden door de voorstanders van EBMDB gekleineerd als anekdotes. En toch is het zeer onwaarschijnlijk dat wanneer ze zelf patiënten behandelen, ze niet luisteren naar het relaas van hun patiënten hoe het ermee gaat. De 18 persoonlijke anekdotes gepubliceerd door de International Schizophrenia Foundation vertegenwoordigen een klein deel van deze patiënten. Geen van allen had gereageerd op eerdere orthodoxe behandeling. Deze patiënten en hun familie zijn doorgaans niet terughoudend over wat hen is overkomen. Ze vertellen het aan hun andere familieleden, hun vrienden en sommigen schrijven zelfs een brief aan de redacteur. Ze brengen boeken uit. Er zijn er onlangs twee geschreven. De ene is “Solving the Mystery of ADHD Naturally” (‘Op natuurlijke wijze het geheim van ADHD oplossen’) door Linda Santini MD. Acorn Publications, Michigan, 2004 en de andere door Dollie en Pete Snyder (in druk). Deze boeken gaan beide over het herstel van hun zoon. Hoeveel schizofreniepatiënten behandeld met antipsychotica hebben er over hun herstel geschreven?

Een tweede lijn van bewijsvoering is hoe gezond deze patiënten werkelijk worden. De beste criteria voor herstel zijn (1) vrij van symptomen en tekenen van de ziekte, (2) relaties kunnen aangaan en goed kunnen opschieten met familieleden, (3) in de gemeenschap functioneren en (4) inkomstenbelasting betalen of anderszins productief zijn.

Een van de beste manieren om de werkzaamheid te beoordelen is door wat de patiënten kunnen bereiken nadat ze worden behandeld.

Tenslotte enkele feiten met betrekking tot orthomoleculaire behandelingen.

(A) Zeventien jonge mannen studeerden uiteindelijk na herstel af in de geneeskunde. Een van hen is hoofd van een grote kliniek. Een tweede was voorzitter van een grote psychiatrische organisatie en een derde is afdelingshoofd van een afdeling psychiatrie. De vierde, die op 12-jarige leeftijd in 1960 als hopeloos ziek werd beschouwd, werd onderzoekspsychiater en publiceerde artikelen over bipolaire psychose. De achttiende is toegelaten tot het eerste jaar geneeskunde. Ter vergelijking, er is een verslag gepubliceerd waarin de uitkomst werd beschreven van behandeling voor 42 artsen die psychotisch werden. Na behandeling met alleen geneesmiddelen konden 12 hun praktijk hervatten en van deze 12, waren er zes afhankelijk van hun vrouw, gediplomeerde verpleegkundigen, die de praktijk runden terwijl zij de recepten uitschreven. Slechts 6 van de 42 waren in staat actief hun praktijk te hervatten. Hoeveel artsen praktiseren vandaag de dag geneeskunde terwijl ze worden behandeld met de gebruikelijke onderhoudsdoses van de atypische antipsychotica?

(B) Een andere maat voor de werkzaamheid is het zelfdodingspercentage. Sinds 1950 heb ik al meer dan 5000 schizofreniepatiënten gezien. Vandaag de dag is een kwart van de patiënten die ik zie, schizofreen en bij de meesten was behandeling mislukt en waren ze al door diverse artsen behandeld voor ze werden doorverwezen. Tot dusver heeft geen van de patiënten onder mijn hoede zelfdoding gepleegd. Twee schizofreniepatiënten waren onder behandeling geweest, hadden een recidief gekregen en werden op een psychiatrische afdeling opgenomen. De behandelende psychiater staakte onmiddellijk het orthomoleculaire programma en startte bij hen medicamenteuze behandeling. Na ontslag werden ze niet naar mij terugverwezen en na enkele maanden pleegden beiden zelfmoord.
In de film “Masks of Madness”, gepresenteerd door Margot Kidder, 1998, volgden alle patiënten die in de film voorkwamen op één na het programma en ging het goed met hen. De vrouw die het programma niet volgde, pleegde zelfmoord enkele jaren nadat deze film was gemaakt. Ze mocht van haar psychiater niet dezelfde vitaminen gebruiken als haar echtgenoot. Het zelfdodingspercentage voor schizofreniepatiënten is ongeveer 20 keer de normale incidentie. In één jaar in Saskatchewan betrof een kwart van alle zelfdodingen schizofreniepatiënten.

(C) Ook het aantal moorden kan als maat voor de werkzaamheid worden gebruikt. Dit komt echter te weinig voor om goed als statistisch gegeven te kunnen worden gebruikt. Een schizofrene patiënt met medicatie ontslagen uit een psychiatrische instelling in Saskatchewan, vermoordde alle leden van een gezin met uitzondering van de baby. Patiënten met orthomoleculaire behandeling hebben nog nooit iemand vermoord. Twee patiënten vermoordden bijna iemand voor ze werden behandeld. De eerste was een jonge man die schoot op het kussen tussen zijn ouders, bang werd en op blote voeten bij -40 °C het huis uitvluchtte. Hij werd vrijgelaten en onder mijn hoede geplaatst, behandeld en herstelde. De tweede, een promovendus aan de Universiteit van Saskatchewan, schoot op voorbijrijdende auto’s. Hij werd behandeld, herstelde, promoveerde, de aanklacht werd geschorst, en hij keerde gezond terug naar de Verenigde Staten. De laatste keer dat ik van hem hoorde, maakte hij deel uit van de staf van een van de universiteiten.

Het aantal thuislozen in een willekeurige moderne stad is ook een maat. Volgens de beste schattingen is ongeveer 40 tot 50% van deze ongelukkige thuislozen schizofreniepatiënt die zijn behandeld met orthodoxe methoden, alleen geneesmiddelen. Geen van de patiënten die volgens orthomoleculaire methoden worden behandeld, is thuisloos.

Een derde lijn van bewijsvoering is wat er gebeurt met artsen die orthomoleculaire psychiatrie studeerden en in de praktijk brachten. Sinds 1960 hebben enkele honderden artsen en psychiaters mij bezocht, en 2 dagen en soms tot 5 dagen in mijn praktijk meegelopen. Op één uitzondering na werd iedereen orthomoleculair arts. De uitzondering wilde niet komen, voelde zich onder druk gezet en wilde niet geloven wat hij had gezien. Hij maakte kennis met een echtpaar, beiden herstelde schizofreniepatiënten, maar hij probeerde de echtgenoot te bewijzen dat hij niet beter was. Eén arts raakte zijn registratie kwijt omdat hij zijn orthomoleculaire praktijk niet wilde opgeven. Veel van de eerste pioniers leerden van elkaar en werden enthousiaste beoefenaars. Dr. Allan Cott, een praktiserend psychoanalyticus, had zo genoeg van het falen van de behandeling van zijn patiënten dat hij overwoog de geneeskunde helemaal op te geven. Maar enkele maanden nadat hij was begonnen met toepassen van vitaminen, werd hij een van de meest enthousiaste beoefenaars en een van de prominentste docenten. Hij gaf binnen de Verenigde Staten en Canada overal lezingen. En helaas, maar niet verbazingwekkend, werd geen van de pioniers en docenten gestimuleerd en gesteund door farmaceutische bedrijven.

Sommige artsen waren in het begin terughoudend. Ze gaven hun patiënten alleen vitaminen omdat hun patiënten erom vroegen. Ze verwachtten geen reactie en waren echt verbaasd over de resultaten. Dr. Ted Robie, een psychiater uit New Jersey en vooraanstaand lid van de North East Psychiatric Association, schreef in 1960: “Mijn paranoïde patiënten zijn mijn vrienden geworden”. Hij voegde daaraan toe dat de veertig jaar dat hij de psychiatrie beoefende, hij nooit in staat was geweest een vriendelijke relatie op te bouwen met zijn paranoïde patiënten, maar nadat hij bij hen was begonnen met niacine, ze hun paranoïde gedachten kwijtraakten en ze vrienden werden. Hij was een van de eerste Amerikaanse psychiaters die orthomoleculaire behandeling toepasten.

(D) De vierde manier om de werkzaamheid van deze behandeling aan te tonen is door het effect te bepalen op de gemeenschap. Dit wordt al aangegeven door de afname van het aantal zelfdodingen en van antisociaal gedrag, waaronder moord. Zoals eerder genoemd bedragen de gemiddelde kosten voor de gemeenschap voor elke patiënt die niet orthomoleculair wordt behandeld, ongeveer 2 miljoen dollar gedurende de veertig jaar dat de ziekte duurt. Deze kosten omvatten ziekenhuisopname, medische zorg, medicatie, verlies van inkomen en inkomstenbelasting, juridische kosten en bijstand. Elk herstel bespaart de gemeenschap dat geld. Als iedere schizofreniepatiënt dezelfde voordelen van orthomoleculaire behandeling zou ontvangen, zou dat voor de gemeenschap een enorme besparing van de totale ziektekosten betekenen.

Als schizofreniepatiënten met succes zouden worden behandeld, zou het stigma dat aan deze term en ziekte kleeft, snel verdwijnen.

De toekomst

Om de toekomst te zien moeten we het verleden onderzoeken. Al meer dan één eeuw bestaat er een pandemische ziekte die dodelijker is dan schizofrenie. Behalve dat deze ziekte de klassieke kenmerken van schizofrenie heeft, leidt deze ook tot snel overlijden van de patiënt als deze niet goed wordt behandeld. Enige jaren geleden had in het zuiden van de Verenigde Staten wel een kwart van alle opnamen in de psychiatrische instellingen aldaar deze ziekte. De ziekte had alle kenmerken van een psychosociale aandoening. In veel opzichten was deze gerelateerd aan armoede.

Ik denk niet dat iemand ooit de economische kosten van deze ziekte alleen al in de Verenigde Staten heeft berekend. De ziekte leidde tot enorme kosten en er was geen behandeling bekend. De medische beroepsgroep vermoedde dat het een infectie was die door dazen (paardenvliegen) werd overgebracht. Toch werd deze zeer complexe ziekte snel onder controle gebracht toen een zeer verstandige Amerikaanse overheid de toevoeging van niacine aan meel in zeer kleine hoeveelheden verplicht stelde. Een paar centen per dag voor deze B-vitamine bespaarde enorme geldbedragen en de gevolgen van een ernstig aangetaste gezondheid. Deze ziekte was pellagra en is tegenwoordig zeldzaam. De ziekte is nooit genezen, omdat in geval van een tekort aan deze vitamine de ziekte vrijwel meteen weer terugkeert. Deze werd onder controle gebracht door een zeer eenvoudige voedselverrijking.

Psychisch gezien behoort pellagra tot de schizofreniesyndromen. Voor de ontdekking van vitamine B_3 was deze nauwelijks te onderscheiden van schizofrenie, tenzij een duidelijke voedingsanamnese werd afgenomen. Maar na de ontdekking van synthetisch vitamine B_3 kon de diagnose relatief eenvoudig worden gesteld. Als patiënten binnen enkele dagen na starten van de vitamine herstelden, werd pellagra gediagnosticeerd en als dat niet het geval was, werd het schizofrenie genoemd. Dit was effectief maar had een zeer negatief effect aangezien het de eerste pellagra-deskundigen verhinderde de ware aard van schizofrenie te onderzoeken. Hadden ze aan de patiënten grote doses vitamine toegediend in plaats van de lage dosis, zouden ze zich gerealiseerd hebben dat er een continuüm van vitamine-B_3-deficiëntie bestaat, variërend van een deficiëntie wanneer de voeding te weinig bevat tot een afhankelijkheid wanneer het lichaam hoge doses nodig heeft. Deze analogie duidt erop dat toevoegen van meer nicotinamide aan het meel, zeg 100 milligram per dag, voor schizofrenie zou doen wat de huidige lage dosis heeft gedaan voor het elimineren van pellagra.
Is er een overheid net zo verstandig als de Amerikaanse in 1942?

Nuttige literatuur

Zerden S. In The Best of Health. The 101 Best Books. Four Walls Eight Windows, New York, 1989

Carrigan C. Healing Depression. Heartfire Books, Sante Fe, NM 1997

Cass H and Holford P. Natural highs, supplements, nutrition and mind-body techniques to help you feel good all the time. Journal of Orthomolecular Medicine

Edelman E, Natural Healing for Schizophrenia, Borage Books, Eugene, OR 1996

Edelson SM and Rimland B. Treating Autism.
Autism Research Institute, San Diego, 2003

Foster HD. "What really causes schizophrenia" en is gratis te downloaden van http://www.hdfoster.com
Nederlandse uitgave: “De echte oorzaken van schizofrenie” ISBN 90-76161-08-9.

Gursche SE & Zoltan Rona Encyclopedia of Natural Healing by Alive Publishing Co, Burnaby, B.C. 1997
Hall RG. The Unofficial Guide to Smart Nutrition, IDG Book world Wide Inc NY 2000
Hoffer A: Niacin Therapy in Psychiatry. CC Thomas, Springfield, IL, 1962

Hoffer A & Osmond H: How To Live With Schizophrenia. University Books, New York, NY, 1966. Also published by Johnson, London, 1966. Written by Fannie KIan. New and Revised Ed. Citadel Press, New York, NY, 1992. Revised as Healing Schizophrenia CCNM Press, Toronto, ON 2004

Hoffer A & Walker M: Nutrients to Age Without Senility. Keats Pub Inc, New Canaan, CT, 1980.

Hoffer A: Orthomolecular Medicine for Physicians. Keats Publishing, New Canaan, CT, 1989.

Hoffer A & Walker M: Smart Nutrients - A Guide to Nutrients That Can Prevent and Reverse Senility. Avery Publishing Group, Garden City Park, NY, 1994.

Hoffer A: Hoffer's Law of Natural Nutrition. Quarry Press, Kingston, ON, 1996.

Hoffer A: Common Questions on Schizophrenia and Their Answers. Keats Pub, New Canaan, CT, 1988.

Hoffer A. Vitamine B-3, Schizophrenia. Discovery, Recovery Controversy, Quarry Health Books, Box 1061, Kingston, Ontario K7L 4Y5 Canada, www. quarrypress.com.

Hoffer A & Osmond H: The Chemical Basis of Clinical Psychiatry. CC Thomas, Springfield, IL, 1960.

Hoffer A & Walker M: Putting It All Together: The New Orthomolecular Nutrition. Keats Publishing Inc. New Canaan, Conn, 1996.

Hoffer, A. Hoffer's A.B.C. of Natural Nutrition for Children. Quarry Press. Kingston, ON 1999

Hoffer,A. Vitamine C and Cancer. Quarry Press, Kingston, ON 2000

Hoffer, A. Orthomolecular Treatment For Schizophrenia
Keats, 4255 West Touhy Avenue, Lincolnwood, Ill 60646-1975
1999

Hoffer A, Healing Childrens's Attention and Behavior Disorders, CCNM, 2004

Hoffer A. Healing Cancer. CCNM Press,1255 Sheppard Ave East, Toronto, Ont. M2K 1E2, ccnmpress@ccnm.edu

Hoffer A, Healing Cancer. CCNM Press,1255 Sheppard Ave East, Toronto, Ont. M2K 1E2, ccnmpress@ccnm.edu

Hoffer A. Users Guide to Natural Therapies For Cancer Prevention and Control; Basic Health Publications.8200 Boulevard East, Bergen NJ 07047

Holford, P. Mental Health: The Nutrition Game, ION Press, London,1996
100% Health by P Holford, Piatkus, London 1998

Huemer,R. & Challem, J The Natural Health Guide to Beating the Supergerms and Other Infections Simon and Schuster, New York,1997

Jacques, B.D. Depression: Cured at Last by Sherry Rogers, Sarasota, Fl 1997

Janson M. The Vitamine Revolution in Health Care. Arcadia Press, Greenville, NH 1996

Lazarus P. Healing the Mind the Natural Way, Putnam 1995

Manthey, M. Natures Medicine Handbook for People Over 50. The Foundation for Excellence in Health Care. Kent. Wa. 1998

Parsons WBJr. Cholesterol Control without Diet. The Niacin Solution. Lilac Press, Box 1356 Scottsdale, Arizona, 1998

Pfeiffer C. Mental Illness. The Nutrition Connection. ION Press London 1996 en aan de andere kant (twee boeken ineen) van P Holford.

Werbach, M.R. Foundations of Nutritional Medicine, Third Line Press, 1996. Tarzana, Cal 2002

Werbach MR, Case studies in Natural Medicine Third Line Press Inc, Tarzana, Cal 2002.

Een waardevolle informatiebron is het Journal of Orthomolecular Medicine uitgegeven door de International Schizophrenia Foundation scarter@orthomed.org met veel literatuur over schizofrenie en andere psychiatrische aandoeningen. www.orthomed.org

Zie ook de uitstekende websites http://www.doctoryourself.com. en www.orthomolecular.org

Naslagwerken

---

[1] **Cohen JS. Over Dose. The Case Against the Drug Companies. Jeremy P Tarcer/Putnam, New York 2001**

[2] **Brown G Charles. Schizophrenia and Depression. A Research Report. A CSF Publication Available International Schizophrenia Foundation, Toronto, 1985**

[3] **Hoffer A. Eighteen Patients Contributors. International Schizophrenia Foundation, 2005**

[4] **Hoffer A and Foster HD. Niacin deficiency pandemic In voorbereiding 2005**

[5] **Parsons Jr WB. The effect of nicotinic acid on the liver. Evidence favoring functional alteration of enzymatic reactions without hepatocellular damage. In Niacin in Vascular Disorders and Hyperlipemia. Ed R Altshul. CC Thomas, Springfield, Ill. 1964**

[6] **Gonzalez-Heydrich J. Wilens RD, Leichtner A & Messacappa E. Retrospective study of hepatic enzyme elevations in children treated with olanzapine, divalproic acid and their combination. J American Academy Child Adolescent Psychiatry. 2003;42:1227-33.**

[7] **Cappuzi D. 2002 Persoonlijke mededeling.**

[8] McCarty MF. Co-administration of equimolar doses of betaine may alleviate the hepatotoxic risk associated with niacin therapy. Medical Hypotheses 2000;55:189-194 (Opmerking: de gedachte dat niacine hepatotoxisch is zal ooit worden verlaten.)

[9] Hoffer A. Niacin Therapy in Psychiatry. CC Thomas. Springfield Ill 1962

[10] McCracken RD. Niacin and Human Health Disorders. Hygea Publishing Co, Fort Collins, Colorado 1994

[11] Hoffer A. Negative and Positive Side Effects of Vitamin B-3. Journal of Orthomolecular Medicine. 2003;18:146-160

[12] Hunter AGW. Fortification of Foods with Folic Acid and Vitamin B12: Definitive Action is Overdue. Annals Royal College of Physicians and Surgeons (Canada) 2000;33:172-175

13 Foster H and Hoffer A. Schizophrenia and Cancer. Medical Hypotheses 2004;63:415-419

14 Hoffer M. Fueling Body, Mind and Spirit. A Balanced Approach to Healthy Eating. Sumach Press, Toronto, 2003

15 Holford, P. Mental Health: The Nutrition Game, ION Press, London, 1996

16 Foster HD. What really causes schizophrenia.Trafford Publishing, Victoria BC 2003. Free download at www.hdfoster.com

17Hoffer A & Osmond H: Malvaria: a new psychiatric disease. Acta Psychiat Scand 39:335-366, 1963.

18 McGinnis W R Urinary Pyrrole (‘Mauve Factor’): Marker for Oxidative Stress. Persoonlijke mededeling, Mei 2004

19 Walsh WJ, Glab LB and Haakenson ML. Reduced violent behavior following biochemical therapy. Physiology and Behavior. 2004;82:835-839

20 Hoffer A. Niacin Therapy in Psychiatry CC Thomas, Springfield Ill 1962

21.Prousky JE Orthomolecular Treatment of Anxiety Disorders Townsend Letter for Doctors & Patiënten. Februari/Maart 2005 #259/260

22 Prousky JE. Supplemental Niacinamide mitigates anxiety symptoms: report of three cases. Journal Orthomolecular Medicine 2005, In druk.

23 Prousky J and Seely D. The treatment of migraines and tension-type headaches with intravenous and oral niacin (nicotinic acid): systematic review of he literature. Nutrition Journal 2005;4:1-7

24 Foster HD What Really Causes Alzheimer's Disease,2004, Trafford, Victoria BC Download www.hdfoster.com

25 Yang J, Klaidman LK & Adams JD. Medicinal Chemistry of Nicotinamide in the Treatment of Ischemis and Reperfusion. Mini Reviews in Medicinal Chemistry 2002;2:125-134.

26 Yang J and Adams JD. Nicotinamide and its Pharmacological Properties for Clinical Therapy. Drug Design Reviews 2004;1:43-52

27 Hoffer A Healing Children's Attention & Behavior Disorders CCNM Press, Toronto 2004

28 Edelson SM and Rimland B, Treatting Autism. Parent Studies of Hope and Success. Autism Research Institut, San Diego, Cal,2003

29 Foster Harold D. What really causes AIDS. Trafford Publishing, Victoria BC 2002. Free download www.hdfoster.com

30 Kesterton M. Globe and Mail, Toronto, 3 november, 2004

31 Fitterman L. HIV/AIDS A painful, delicate dance with drugs. Globe and Mail, Toronto, 27 november,3004

32 Clancy J, Hoffer A, Lucy J, Osmond H, Smythies J & Stefaniak B: Design and planning in psychiatric research as illustrated by the Weyburn Chronic Nucleotide Project. Bull Men Clinic, 1954;18:147-153.

33 Hoffer A: A theoretical examination of double-blind design. Can Med Ass J1967;97:123-127.

34 Hoffer, A. Vitamin B-3 Does Not Cure Tranquilizer Psychoses, Townsend Letter for Doctors and Patients 88-91.# 213, April 2001