

Wetenschapsfilosofie op de werkvloer

A.S.G. RALSTON

ACHTERGROND In de heersende visie beschouwt men de psychiatrie als een vak dat stoelt op twee afzonderlijke wetenschappelijke methoden: natuur- en geesteswetenschappen. Men veronderstelt dat hier sprake is van gescheiden domeinen en kenwijzen. Psychiatrische en psychologische theorieën worden doorgaans op één van deze twee wetenschappen gegrondvest, hetgeen leidt tot een voortdurend dualisme in de psychiatrie. Dit ervaren sommigen als problematisch.

DOEL Een methodische bijdrage geven over de wetenschapsfilosofische grondslagen van de psychiatrie.

METHODE Bekritisieren van de filosofische en theoretische dichotomisering aan de hand van recente wetenschapsfilosofie. Introduceren van twee methoden die een andersoortige analyse beloven: *values-based practice* en *actor-network theory*.

RESULTATEN Mede aan de hand van korte voorbeelden wordt getoond hoe beide methoden in samenspel productief kunnen zijn voor de psychiatrie.

CONCLUSIE *Values-based practice* en de *actor-network theory* bieden een uitgang uit de patstellingen van de door professionals gedomineerde strijd tussen geest- en natuurwetenschap. Daarnaast leveren ze empowerment voor de professional door legitimatie niet te ontnemen aan het valse beeld van de dichotome wetenschapsvisies, maar aan een normatieve professionaliteit.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)7, 445-454]

KERNWOORDEN filosofie, psychiatrie, waarden, wetenschap

De wijdst verbreide visie op de psychiatrie is dat dit vak stoelt op natuur- en geesteswetenschap. Nieweg (2005; 2008) heeft hier fraaie overzichten van gegeven. Daarbij maakt hij, conform een aanzienlijk deel van de filosofische traditie, een duidelijk onderscheid tussen deze twee funderingen: kenmerken zoals kwantitatief, nomothetisch, objectief en gericht op elementen (atomisme) horen bij de natuurwetenschappen; kenmerken zoals kwalitatief, idiografisch, subjectief en gericht op het geheel (holisme) rekt men tot de geesteswetenschappen. Dit leidt ertoe dat we in een 'spagaat' staan: om geestesziekten adequaat te begrijpen, moeten we beide perspectieven toepassen (methodisch dualisme). De meningen zijn ver-

deeld over de mate waarin dat laatste een probleem is (Brendel 2006; Milders 2005a; Shorter 1997). Niet voor niets wordt aan de moeilijkheden die deze dubbele fundering (ook in andere vakgebieden) oplevert, gerefereerd met de term 'Methodenstreit'.

Er zijn echter wat aanvullende opmerkingen te maken bij het zojuist geschetste beeld, vanuit de praktijk en vanuit de filosofie bezien. Eén vraag is hoe psychiaters in de praktijk met deze problematiek omgaan. Opereren we dualistisch of wellicht met meer perspectieven? Onder anderen Ghaemi is er niet van overtuigd dat psychiaters erg veelzijdig zijn: 'Psychiatrists are dogmatists in practice and claim to be eclectic in theory,' waarmee hij wil zeggen

dat de gemiddelde psychiater vanuit één grondslag (monistisch) werkt (Ghaemi 2003). Hij baseert zich voor deze uitspraak alleen op zijn eigen ervaring, maar er is ook empirisch onderzoek verschenen dat in deze richting wijst. Zo onderzochten Fulford en Colombo (2004) de modellen van geestesziekte van verschillende ggz-disciplines. Een opvallende bevinding was dat hoewel de onderzochte psychiaters zeiden een (pluralistisch of eclecticisch) biopsychosociaal model te hanteren, hun antwoorden het beste pasten bij het 'medische' model (overeenkomend met het natuurwetenschappelijke model). Antropologische studies bij artsen en psychiaters hebben gewezen op de socialisatie die plaatsvindt tijdens de opleiding in de richting van een natuurwetenschappelijke, objectiverende blik (Bloom 1988; Broadhead 1983; Hafferty 2000; Hafferty & Franks 1994, 2000; Light 1980; Woloshuk 2004). Het is dus nog een open vraag wat nu 'de filosofie van psychiaters' is, maar er zijn wel enige empirische aanwijzingen die gaan in de richting van dominantie van het natuurwetenschappelijk perspectief. Daarbij speelt mogelijk een rol dat de invloedrijke DSM-classificatie op een positivistische, natuurwetenschappelijke leest geschoeid is. Het huidige systeem van diagnose-behandelcombinatie (DBC) is in zijn atomisme zowel uitvloeisel van deze filosofie als versterker ervan.

WETENSCHAPSFILOSOFISCHE ONTWIKKELINGEN

Filosofisch gezien hebben we kennelijk te maken met twee perspectieven, die de blik op het psychiatrische landschap bepalen. Een integratie van beide perspectieven lijkt vooralsnog onmogelijk. Maar moeten we genoeg nemen met deze tweedeling, de 'onoverbrugbare kloof tussen woord en ding' (De Kroon 2005)? Van belang is dat juist het beeld van een dichotomie van wetenschappen stoelt op een verouderde wetenschapsfilosofie, een geïdealiseerd idee van wat natuur- en geesteswetenschappen horen te zijn.

Het werk van Kuhn (1962) fungeert in de

wetenschapsfilosofie als keerpunt in de conceptualisering van wetenschap. Vóór Kuhn overheerste het zogenaamde standaardmodel van wetenschap, waarin een streven besloten lag naar een beschrijving van 'kant-en-klare kennis', d.w.z. betrouwbare kennis, onafhankelijk van de feitelijke gang van zaken in het menselijk wetenschapsbedrijf. Sinds Kuhn richt men zich meer op wetenschap in actie, waarbij men menselijke activiteit en subjectiviteit binnen de wetenschap als zeer relevant ziet (Lezenberg & De Vries 2001). Het standaardmodel van wetenschap stoelde op scheidingen van onder andere objectiviteit en subjectiviteit, feiten en waarden. Deze scheidingen zijn sindsdien geproblematiseerd. De eerdere absolutering van verschillen is vervangen door, globaal gezegd, een visie waarin deze zaken dynamisch met elkaar interacteren. Anders gezegd: er is niet meer sprake van een dichotomie tussen natuur- en geesteswetenschappelijke concepten en methodologie, wel is er sprake van een onderscheid, en de scheidslijnen lopen niet langs de klassieke grenzen. Dit vergt een andere manier van kijken naar feiten en waarden. Deze kunnen niet rücksichtloos in de ene of andere kennistheorie geplaatst worden. Onderzoeksubjecten moeten gezien worden als hybriden met een (wisselende) feit-waardelading (De Vries 1995; Milders 2005b).

IMPLICATIES VAN WETENSCHAPS- FILOSOFISCHE POSITIONERING

Ik zou de stelling aan durven, op basis van eerdergenoemd empirisch onderzoek, dat veel psychiaters de dichotomie van het standaardmodel nog hanteren, waarbij een klassiek natuurwetenschappelijke visie domineert. Is dit een probleem? Ik geef hier een opsomming van enige potentiële nadelen van dit model.

Gebrekkig bewustzijn van interne waarden

'Intern' verwijst hier naar 'binnen de professionele gemeenschap'. De gemiddelde psychiater werkt met één of meerdere psychiatrische en psy-

chologische theorieën. Naturalistische visies op deze theorieën nodigen niet uit tot nadere reflectie op de sociopolitieke waarden die erin vervat zijn. Zo is het makkelijk achteraf kritiek te leveren op tijdgenoten van Freud die blind waren voor de 'fallocentrische' waarden in het vroege psychoanalytische gedachtegoed. Dergelijke kritiek verloochent echter enigszins de kracht van twee elkaar versterkende factoren: de neiging om gedeelde waarden als natuurlijke gegevenheden te zien, en de toenmalige status van psychoanalyse als - waardevrije - wetenschap (Fulford e.a. 2006). Zijn onze huidige 'hersendisfuncties' dan waardevrije concepten?

Kwetsbaarheid voor externe waarden

Het feit dat we denken te werken binnen een objectief, feitelijk systeem, vrij van externe (buiten de professie) waarden, normen (en politiek), wil nog niet zeggen dat deze invloeden niet aanwezig zijn. Fulford illustreert dit in een discussie met Spence over het politiek misbruik van de psychiatrie in de voormalige Sovjet-Unie. Spence betoogde dat juist de achtergebleven wetenschappelijke ontwikkeling van de Russische psychiatrie had geleid tot de misstanden, maar Fulford toonde aan dat het toen vigerende wetenschappelijk model in de Sovjet-Unie een klassiek natuurwetenschappelijk, medisch model was (Fulford e.a. 2006). Dat model beschermde niet tegen politiek misbruik, integendeel, het model functioneerde als legitimatie en dekmantel voor politieke doeleinden.

De valse dichotomie van natuur versus cultuur

Een ander gevolg van deze scheiding ligt op het ontologisch niveau: de gedachte dat een ding óf een objectief (waardevrij) gegeven van de natuur is, óf een menselijk bedenkfel, een waardebeladen construct. Deze visie komt sterk naar voren in de discussies rond de antipsychiatrie: ofwel men gaat mee met Szasz en zegt dat geestesziekten menselijke producten zijn (cultuur) en dus 'mythen', ofwel men is het met Kendall eens dat geestesziek-

ten een biologische basis hebben (natuur) en dus toch wel bestaan (Fulford e.a. 2006). Het kan ook leiden tot de foutieve gedachte dat het ophelderen van een materiële oorzakelijkheid voor een set problematische gedragingen aan deze laatste ziektestatus verleent. Een voorbeeld hiervan is de volgende uitspraak: 'De fMRI's van de groep met klachten XYZ verschillen significant met de controle-groep, waarmee bewezen is dat 'XYZ-syndroom' een echte psychiatrische ziekte is.'

Drempelvrees voor politiek forum

Wanneer we ons methodisch eenzijdig ontwikkelen aan de natuurwetenschappelijke zijde, riskeren we onze sociopolitieke vaardigheden te verloochenen. De waardebril ligt als het ware ergens in een stoffige hoek, en we spreken alleen met grote terughoudendheid over waardegebonden kwesties: wetenschappers horen zich bij de feiten te houden. Het probleem is helaas dat de feiten, eenmaal in politieke handen, een ander leven leiden, met andere spelregels. Durft de wetenschapper met zijn of haar feiten het forum te betreden?

Als we enige afstand nemen van het standaardmodel, kunnen deze nadelen in voordelen omgezet worden. Zo neemt ons vermogen om te reflecteren op de fundamenten van onze concepten en theorieën toe, hetgeen ons bijvoorbeeld de ruimte geeft om hierover de discussie aan te gaan met cliënten die zich gestigmatiseerd of matig gerepresenteerd voelen binnen onze huidige classificatiesystemen (Sadler 2004). In plaats van antipsychiatrie af te doen als bijgeloof (Tuinier & Vrolijk 2005), kunnen we het humanisme binnen deze stroming integreren in onze praktijk. Grotere alertheid op externe politieke invloeden binnen het vak en meer ruimte en vertrouwen om de politieke arena te betreden om professionele waarden te verdedigen kunnen gevoelens van machteloosheid helpen te bedwingen (Kaasenbrood e.a. 2006). Een eerste stap om dit mogelijk te maken is om het psychiatrische landschap niet te zien als een gebied dat onderverdeeld is in de provincies 'Fei-

ten' en 'Waarden', maar als een gevarieerde omgeving die we met verschillende onderzoeksgereedschappen moeten verkennen.

In de volgende paragrafen bespreek ik twee methoden die zicht bieden op een meer geïntegreerde behandeling van feiten en waarden: *values-based practice* (VBP) en *actor-network theory* (ANT). Bij de eerste methode staat de analyse van waarden voorop, bij de laatste de wijze waarop wetenschappelijke feiten tot stand komen en aan gezag en invloed winnen. Beide methoden hebben met elkaar gemeen dat ze breken met de geijkte scheidslijnen en dat ze uitzicht leveren op een productieve, pragmatische samenwerking.

VALUES-BASED PRACTICE

VBP is te definiëren als de theorie- en vaardighedenbasis voor medische besluitvorming daar waar legitiem verschillende, en daardoor potentieel conflicterende, waarden in het spel zijn (Fulford 2004). Het is een methodologisch raamwerk, gebaseerd op eerder conceptueel filosofisch-psychiatrisch werk van deze auteur (Fulford 1989). De methode, die als complementair aan *evidence-based medicine* (EBM) wordt geponeerd, heeft in het Verenigd Koninkrijk een duidelijke plaats gekregen binnen de geestelijke gezondheidszorg (NIMHE 2005). EBM en VBP hebben gemeen dat

ze medische besluitvorming helpen onderbouwen, waarbij EBM zich vooral richt op de complexe relevante feiten, en VBP op de complexe relevante waarden. De insteek is, zoals gezegd, op *ground level*, bij herkenbare waarden, waarbij gestreefd wordt het bewustzijn van en communicatie over waarden, vooral die van cliënten, te vergroten en te verbeteren.

'Waarde' is een complex concept, dat een ruime familie aan begrippen omvat. Sadler heeft het waardeconcept toegespitst op de praktijk van de ggz en heeft het begrip daarvoor ingeperkt van de ruimere maatschappelijke definitie van waarden tot:

- de eigenschap van iets waardoor men het ziet als meer of minder aantrekkelijk, gewenst, belangrijk, aanzienlijk, et cetera;
- datgene dat men in zichzelf al beschouwt als gewenst, noodzakelijk etc.: een ding of hoedanigheid met intrinsieke waarde;
- gedragingen, gebruiken, instituten die door een (bevolkings)groep als gewenst, belangrijk etc. worden beoordeeld.

Waarden hebben dus verschillende functies: ze beschrijven een kwaliteit van iets of iemand en ze fungeren als richtlijnen of gids voor iemands gedrag. Op basis van het filosofisch werk van onder anderen Hare en Austin stelt Fulford dat men waarden die breed gedeeld worden, vaak niet

TABEL 1 De tien principes van *values-based practice* (VBP)

Praktische vaardigheden	1. Bewustzijn van waarden in een situatie, namelijk door middel van een zorgvuldige analyse van de gebruikte taal. 2. Redeneren: gebruikmaken van een duidelijke redeneertrant bij het verhelderen van waarden die betrokken zijn bij medische besluitvorming 3. Kennis: van de feiten en waarden met betrekking tot een bepaalde situatie. 4. Communicatie: gecombineerd met 1 tot en met 3 staat dit centraal bij het oplossen van waardeconflicten.
Zorgmodellen	5. Cliënt centraal: de eerste bron voor relevante waarden bij een waardekeuze. 6. Multidisciplinair: waardeconflicten in VBP worden niet opgelost door het toepassen van een voorgeschreven regel, maar door het toewerken naar een balans in de verschillende waardeperspectieven.
VBP en <i>evidence-based medicine</i>	7. Het tweevoetenprincipe: alle keuzes zijn gebaseerd op feiten en waarden. 8. Het 'verdrongen-kalf'-principe: waarden vallen pas op als er een probleem is. 9. Wetenschap en waarden: wetenschappelijke vooruitgang veroorzaakt nieuwe keuzen in de gezondheidszorg en brengt dus een grotere verscheidenheid aan waarden met zich mee.
Partnerschap	10. Partnerschap: in VBP worden keuzes gemaakt door cliënten en behandelaars die als partners samenwerken.

als waarden herkent: ze gaan ‘ondergronds’ of worden als feit beschouwd (Fulford e.a. 2002). VBP streeft ernaar het blikveld van de arts te verruimen naar een balans van feiten en waarden.

In tabel 1 staan de principes van VBP op een rij. Woodbridge en Fulford (2004) beschrijven de methode in detail, waarbij relevant is te vermelden dat VBP is geworteld in de zogenaamde ‘Oxford ordinary language’-filosofie (Hanfling 2000). Daarbij staat vooral analyse van gebezigde taal centraal.

Voorbeeld Ter illustratie volgt een voorbeeld van een VBP-analyse (Fulford e.a. 2002). In een hypothetisch actueel beleidsstuk, bijvoorbeeld de beschrijving van een zorgprogramma, wordt gezocht naar waardeterminen. We vinden bijvoorbeeld: ‘transparant’, ‘efficiënt’ en ‘doelmatig’. Deze termen kunnen we snel als waardeterminen herkennen. Andere waarden liggen meer verborgen. Vaak wordt de keuze voor een bepaalde therapie gebaseerd op de ‘evidence-base’. Ook de keuze voor een evidence-base bevat waarde-elementen, bijvoorbeeld de waardering voor een bepaalde soort kennis en een bepaalde methode om deze te achterhalen (‘epistemische waarden’ volgens Sadler 1996, 2004), of voor een bepaalde visie op de geest. Bij sommige keuzes kan men spreken van een duidelijke keuze in een richting (een ‘waardekeuze’), bij andere is er een min of meer verhuld gevolg van een algemenere keuze (‘waardegevolg’). De keus voor evidence-based, geprotocolleerde behandelingen kan het gevolg zijn van een bewuste keuze voor de waarde van legitimatie van professioneel handelen door (een bepaald soort) wetenschappelijk bewijs. Een waardegevolg van deze keus zou kunnen zijn dat de behandelaar iets van zijn of haar professionele autonomie moet inleveren en zich meer moet richten op symptomen dan op het narratief.

Na deze analyse komen bij VBP de volgende vragen aan bod (zie tabel 1): wiens waarden zijn dit? Wiens waarden komen niet in het stuk voor? Is er sprake van een verstoorde balans? Het feit dat beantwoording van dergelijke vragen niet volgens

objectieve criteria kan verlopen, maakt dat werken volgens VBP nieuwe vaardigheden vraagt van de arts die gewend is te werken binnen het natuurwetenschappelijk model. De VBP-analyse brengt de waarden in een betoog aan het licht, ook de impliciete en ‘ondergrondse’. Daarmee wordt een platform geschapen voor verdere discussie. VBP legt hierbij, gezien de professionele ethiek, de nadruk op de cliënt als eerste adres voor het navragen van betrokken waarden. Met VBP probeert men deze waarde-elementen aan het licht te brengen, zodat duidelijker wordt waarover gekozen wordt in de zorg, en door wie.

Democratisch karakter Deze korte schets is bedoeld om een beeld te geven van de potentie van VBP om waardeanalyses te verrichten. In plaats van een patstelling tussen professionals die zich impliciet of expliciet baseren op wetenschapsvisies waartussen een onoverbrugbare kloof gaapt, levert deze methode een discussie tussen belanghebbenden op, met de patiënt vooraan. VBP strookt dan ook goed met het gedachtegoed van een op herstel gerichte psychiatrie in haar democratisch karakter: daar waar professionals en patiënten elkaar kunnen vinden in gedeelde waarden en belangen, kunnen ze samen optrekken. Tegelijk zal het sommigen bij eerste lezing misschien duizelen van de geïmpliceerde boodschap: van hoeveel mensen en dingen moet ik nu de waarden nagaan? Een andere methode, afkomstig uit de wetenschapsfilosofie, geeft daar een nuttig antwoord op.

ACTOR-NETWORK THEORY

ANT is een benadering binnen de recente wetenschapsfilosofie, ontwikkeld door met name Callon, Law en Latour (Callon & Law 1982; Latour 1987; 1993; 1999) met een geheel eigen visie op wetenschappelijke objectiviteit. Objectiviteit wordt niet gegeneerd door een neutrale blik op een realiteit die onafhankelijk is van de observator, maar is een resultaat van een interactie tussen de observator en de wereld om hem of haar heen. ANT

legt de nadruk hierbij vooral op het ontstaan van een ‘wetenschappelijk feit’ als een gevolg van een praktische samenwerking van vele ‘actoren’ (menselijke en niet-menselijke), die als een netwerk worden beschreven. Elementen in het netwerk kunnen het ‘feit-in-wording’ verstevigen of verzwakken. ANT geeft houvast in het volgen van een entiteit (wat dus ook een concept kan zijn, of bijvoorbeeld een diagnose) vanaf de ‘ontdekking’ ervan tot aan de ‘stabilisatie’ binnen een netwerk van actoren. ANT verwerpt de eerdergenoemde dichotomie tussen ‘echt’ en ‘construct’ en geeft hier een verrassende draai aan door vooral te focussen op de interacties tussen mens en ding, maar ook tussen mens en concept.

Manning (2002) past ANT toe op een actueel concept binnen de Britse psychiatrie. De classificatie ‘*dangerous severe personality disorder*’ (DSPD) wordt door hem in zijn ontstaan geanalyseerd aan de hand van een netwerkanalyse. Deze omstreden diagnose begon als een politiek initiatief, gericht op het verminderen van risico verbonden aan ernstige persoonlijkheidsproblematiek. Tabel 2 geeft een opsomming van betrokken actoren.

Aan de hand van het netwerk illustreert Manning de kwaliteit en de kwantiteit van de invloed op stabilisatie die de actoren uitoefenden: zo was de invloed van de Britse overheid aanzienlijk gezien de forse subsidiëring van zowel nieuw op te zetten DSPD-afdelingen als de betrokken onderzoeknetwerken. Het laat ook zien dat de invloed van de psychiatrische beroepsgroep heterogeen was: forensisch psychiaters en psychiaters

werkzaam bij therapeutische gemeenschappen zagen voordelen in het inspelen op deze ontwikkelingen en ondersteunden het netwerk, andere psychiaters vreesden voor stigmatisatie en protesteerden tegen de grootschalige introductie van een classificatie met dubieuze validiteit, en verzwakten daarmee het netwerk.

De ANT-analyse toont de ontstaansgeschiedenis van het concept ‘DSPD’, waarvan de toekomst intrinsiek verbonden is met de betrokken instituten. Karakteristiek voor ANT is de focus op het samenspel van heterogene actoren. Hierbij valt op dat een aantal van deze actoren identificeerbaar zijn als *sociale en politieke waarden*. DSPD is in deze analyse niet simpelweg een feitelijk gegeven, noch een geconstrueerde abstractie, maar een dynamisch product.

Hierin ligt de opmaat voor een samenspel tussen VBP en ANT: in het verhelderen en uiteenrafelen van de interactie van feiten en waarden in het wetenschapsbedrijf zoals dat maatschappelijk gesitueerd is.

Sociopolitieke beschouwingen van wetenschap binnen de psychiatrie zijn inmiddels ook in de Nederlandse literatuur te vinden (Dehue 2008; Vandereycken & Van Deth 2006). De ANT-visie ligt mede aan de basis van etnografische studies van concepten zoals ‘goede zorg’ in de praktijk (Mol 2002; Pols 2004).

TABEL 2 Actoren in het ‘*dangerous severe personality disorder*’ (DSPD)-netwerk

Menselijk	Niet-menselijk
Britse regering	Categorie DSPD
Royal College of psychiatrists	DSPD assessment tools
Forensisch psychiaters	VISPED (Virtual Institute of Severe Personality Disorder)
Special interest groups (Zito Trust)	Door overheid gesubsidieerde DSPD-units
Journalisten	Kranten
Publieke perceptie van risico op geweld door iemand met DSPD	Therapeutische gemeenschappen
Mensen met persoonlijkheidsstoornis	Mental Health Act
	Subsidiëring van research naar DSPD door overheid
	‘Veiligheid’
	‘Stigmatisering’

FILOSOFIE VOOR DE PRAKTIJK

Juist in de praktijk hebben deze alternatieve visies een grote potentiële waarde. De ggz staat momenteel voor een complexe uitdaging. In relatief korte tijd zijn er verschuivingen opgetreden in de verhouding tussen ggz, maatschappij en overheid, onder andere op het gebied van financiering en verantwoording. De bemoeienis van politiek, verzekeraars, wetgeving en vakvereniging op de dagelijkse praktijk is ingrijpend gegroeid (Kaasbrood e.a. 2006). De introductie van marktwerking is volgens sommigen een stimulans voor kwaliteit, volgens anderen een recept voor verschraling. De noodzaak tot legitimatie van het professioneel handelen staat centraal. Wat is het antwoord van de psychiater op deze veranderingen? De dogmatist/monist zal vooral zijn of haar toevlucht nemen tot een versterking van de wetenschappelijke fundering. Welk antwoord heeft hij of zij op de 'waardegevolgen' van deze veranderingen?

Praktijkvoorbeeld

Ter illustratie volgt een hypothetisch praktijkvoorbeeld. Psychiater X heeft zich tijdens haar carrière ontwikkeld als psychodynamisch georiënteerde psychiater en heeft als zodanig jarenlang aan een algemene polikliniek gewerkt. In de loop van de afgelopen jaren heeft zij de behandeling van het grootste gedeelte van haar eigen patiënten moeten afsluiten of hen moeten verwijzen naar ggz-psychologen om de productie te waarborgen. Conform het zorgprogramma angststoornissen waar zij nu voor werkt, behandelt zij haar resterende eigen patiënten als eerste met cognitieve gedragstherapie. Haar overige werkzaamheden behelzen farmacotherapeutische en diagnostische consulten, naast supervisie, crisisdienst, en administratie. Sinds kort profileert de polikliniek zich met 'kortdurende, evidence-based behandelingen gericht op een zo spoedig mogelijk herstel'. De betreffende psychiater vindt haar eigen therapeutisch aanbod verarmd in vergelijking met 'vroeger', en zij raakt steeds gefrustreerder omdat ze

met haar (psychodynamische) vaardigheden weinig kan in deze opzet. Ze overweegt vrije vestiging, maar vindt dit ergens ook een makkelijke vlucht. Tegelijk denkt ze dat er wetenschappelijk weinig in te brengen is tegen de nieuwe behandelpraktijk. Haar eigen bezwaren, denkt ze, zijn subjectief, en kan ze maar beter voor zich houden.

Of de lezer wel of niet sympathie heeft voor de overwegingen van deze psychiater is nu niet de kwestie. Waar het om gaat, is dat deze psychiater het idee heeft dat ze alleen met wetenschappelijke argumenten naar buiten zou moeten treden. Hier treedt een asymmetrie op: de veranderingen waaraan zij onderhevig is geweest, zijn voor een deel bepaald door waardekeuzen en -gevolgen, zoals in het prioriteren van evidence-based behandelingen, of in de voorkeur voor snelle klachtreductie. Deze waarden zijn als het ware haar spreekkamer binnengewandeld. Zij is zich echter niet erg bewust van deze waarden, en denkt, als wetenschapper-psychiater, dat ze haar professionele keuzes op feiten moet baseren. Haar eigen waarden zijn naar haar idee hierin van beperkt belang.

Kunnen ANT en VBP deze psychiater helpen? ANT levert haar in de eerste plaats het bewustzijn op dat ze zichzelf machteloos maakt door haar eigen subjectiviteit tegenover de macht van de objectieve wetenschappelijke waarheid te plaatsen. Het kan haar sterken in de wetenschap dat de keuze voor een werkwijze niet geheel door de natuur gegeven is, maar gedragen wordt door een heterogeen netwerk: in dat netwerk zijn wetenschap én politiek relevant. ANT zou de psychiater kunnen laten zien hoe de feiten met de waarden verweven zijn, en haar het vertrouwen geven om hier ook legitiem iets over te kunnen zeggen. Het verschaft haar ook de ruimte om haar handelen niet alleen te funderen op de wetenschap, maar om bondgenoten te zoeken die haar waarden delen. Dat kunnen collega's zijn, patiënten en vanzelfsprekend ook managers. VBP benadrukt dat de patiënt in dezen centraal staat en geeft de psychiater de vaardigheden om waarden te verhelderen, deze in verband te brengen met die van zichzelf en haar cliënten, en van daaruit haar professioneel

handelen vorm te geven. Een potentiële uitkomst voor psychiater X zou kunnen inhouden dat ze beseft dat haar affiniteit met psychoanalytisch werken én met de principes van EBM moeten resulteren in een voorstel voor een wetenschappelijk onderbouwd zorgprogramma binnen haar instelling, waarin deze behandelvisie een belangrijk onderdeel vormt.

Abstracter niveau Het samenspel van VBP en ANT kan ook toegepast worden op een abstracter niveau zoals de DBC-invoering. ANT kan het speelveld blootleggen van de betrokken 'actoren'. VBP helpt om de betrokken waardeaspecten inzichtelijk te maken. VBP laat zien dat aan het concept 'DBC' de epistemische waarde atomisme is verbonden. De DBC is daarin vergelijkbaar met de DSM-classificatie, bij artsen die dit model delen, en bij de overheid die rationalisering nastreeft.

De ANT-analyse kan laten zien hoe deze gedeelde waarden stabiliteit aan het netwerk rondom 'DBC' verlenen. Wanneer het netwerk aldus blootgelegd is, betekent toepassen van VBP: onderzoeken welke waardegevolgen dergelijke keuzes impliceren en voor wie. Hoe wordt atomisme door patiënten gewaardeerd? Ervaren ze de daarmee samenhangende transparantie als emanciperend? Betalen ze er een prijs voor? Het voorbeeld laat zien dat de analyse de dichotomieën laat voor wat ze zijn en vooral naar de dwarsverbanden zoekt.

CONCLUSIE

Welke voordelen leveren deze twee filosofische methoden op? Naar mijn idee staan twee voordelen centraal. Allereerst bieden de methoden een uitgang uit de patstellingen van de door professionals gedomineerde strijd tussen geest- en natuurwetenschap. Daarnaast leveren ze empowerment voor de professional door legitimatie nu juist niet te ontnemen aan het valse beeld van de dichotome wetenschapsvisies, maar aan een normatieve professionaliteit (Bauduin & Kal 2000; Kunneman

2006). Normatieve professionaliteit verwijst hier naar een verbreding van de oriëntatie van professionals van technisch-objectief gerichte kennis naar morele en existentiële bronnen. Deze normativiteit wordt geconcretiseerd door gebruik te maken van analyses die feiten en waarden in samenhang voor het voetlicht brengen. Vervolgens wordt de hand gereikt aan degenen wier hulp wij professionals het hardst nodig hebben: onze patiënten.



Dr. G. Meynen, psychiater bij GGZ inGeest en filosoof aan de Vrije Universiteit Amsterdam, gaf commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

LITERATUUR

- Bauduin, D., & Kal, D. (2000). Vermaatschappelijking van de zorg. In J. Graste & D. Bauduin (Red.) *Waardenvol werk*. Assen: Van Gorcum.
- Bloom, S.W. (1988). Structure and ideology in medical education: an analysis of resistance to change. *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 294-306.
- Bonsteel, A. (1997). Behind the white coat. *Humanist*, 57, 15-18.
- Brendel, D.H. (2006). *Healing psychiatry. Bridging the science/humanism divide*. Cambridge, MIT Press.
- Broadhead, R.S. (1983). *The private lives and professional identity of medical students*. New Brunswick: Transaction.
- Callon, M., & Law, J. (1982). On interests and their transformation: enrolment and counter-enrolment. *Social Studies of Science*, 12, 615-625.
- Dehue, T. (2008). *De depressie-epidemie*. Amsterdam: Augustus.
- Fulford, K.W.M. (1989). *Moral theory and medical practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fulford, K.W.M., Williamson, T., & Woodbridge, K. (2002). Values-added practice (a values-awareness workshop). *Mental Health Today*, October, 25-27.
- Fulford, K.W.M. (2004). Ten principles of values-based medicine. In J. Radden (Red.) *The philosophy of psychiatry: a companion*. (pp. 205-234). New York: Oxford University Press.
- Fulford, K.W.M., & Colombo, A. (2004). Six models of mental disorder: a study combining linguistic-analytical and empirical methods. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 11, 129-144.
- Fulford, K.W.M., Thornton, T., & Graham, G. (2006). *Oxford textbook of philosophy of psychiatry*. New York: Oxford University Press.

- Ghaemi, N. (2003). *The concepts of psychiatry: a pluralistic approach to the mind and mental illness*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hafferty, F.W., & Franks, R. (1994). The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine*, 69, 861-871.
- Hafferty, F.W. (2000). Reconfiguring the sociology of medical education: emerging topics and pressing issues. In F. Bird, P. Conrad, A.M. Fremont (Red.) *Handbook of medical sociology*, (5de druk.) (pp. 238-256.) New York: Prentice Hall.
- Hanfling, O. (2000). *Philosophy and ordinary language*. Londen: Routledge.
- Kaasenbrood, A., van der Werf, B., & Hanneman, P. (2006). Getemde professionals, gestemde zorg. Over Algemene Regels van Boven en controle op de naleving ervan in de GGZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61, 9-21.
- Kroon, J. de (2005). Een creatieve onmogelijkheid. Reactie op 'Psychiatrie: een narratief medisch specialisme' 'De psychiater in spagaat - over de kloof tussen natuur- en geesteswetenschappelijke psychiatrie' 'De spagaat voorbij' (1). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 493-497.
- Kuhn, T. (1962). *The structure of scientific revolutions*. London: University of Chicago Press.
- Kunneman, H. (2006). *Voorbij het dikke-ik. Bouwstenen voor een kritisch humanisme*. Amsterdam: SWP.
- Latour, B. (1987). *Science in action. How to follow scientists and engineers through society*. Cambridge: Harvard University Press.
- Latour, B. (1993). *We have never been modern*. Cambridge: Harvard University Press.
- Latour, B. (1999). *Pandora's Hope. Essays on the reality of science studies*. Cambridge: Harvard University Press.
- Leezenberg, M., & de Vries, G. (2001). *Wetenschapsfilosofie voor geesteswetenschappen*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Light, D.W. (1980). *Becoming psychiatrists: the professional transformation of the self*. New York: Norton.
- Manning, N. (2002). Actor networks, policy networks and personality disorder. *Sociology of Health and Illness*, 24, 644-666.
- Schnabel, P., & Milders, C.F.A. (Red.) (1996). *De Januskop van de psychiatrie*. Assen: Van Gorcum.
- Milders, C.F.A. (2005a). Dokter Jip en dokter Janneke. Commentaar op Nieweg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 697-699.
- Milders, C.F.A. (2005b). Psychiatrie: een narratief specialisme. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 195-197.
- Milders, C.F.A. (2008). Een aantrekkelijk crisisgevoel. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 417-418.
- Mol, A. (2002). *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press.
- Nieweg, E.H. (2005). De psychiater in spagaat - over de kloof tussen natuur- en geesteswetenschappen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 239-248.
- Nieweg, E.H. (2008). To be scientific or not to be? Over psychiatrie en wetenschap. In J.A. den Boer, G. Glas & A. Mooij (Red.) *Kernproblemen van de psychiatrie*. Amsterdam: Boom.
- NIMHE (National Institute for Mental Health in England). (2005). *NIMHE Guiding Statement on Recovery*.
- Pols, J. (2004). *Good care. Enacting a complex ideal in long-term psychiatry*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Sadler, J. (1996). Epistemic value commitments in the debate over categorical vs. dimensional personality diagnosis. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 3, 203-222.
- Sadler, J. (Red.) (2002). *Descriptions and prescriptions. Values, mental disorders and the DSMs*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Sadler, J.Z. (2004). *Values and psychiatric diagnosis*. New York: Oxford University Press.
- Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry: from the age of the asylum to the age of Prozac*. New York: Wiley.
- Slife, B.D. (1995). *What's behind the research? Discovering hidden assumptions in the behavioural sciences*. Thousand Oaks: Sage.
- Slife, B.D. (2005) *Critical thinking about psychology: hidden assumptions and plausible alternatives*. Washington: American Psychological Association.
- Tuinier, S., & Vrolijk, M. (2005). Bijgeloof toen en nu. Notities over de geestelijke gestoordheid in de vroegmoderne Nederlanden. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 415-424.
- Vandereycken W., & van Deth, R. (2006). *Psychiaters te koop? Apeldoorn: Cyclus*.
- De Vries, G. (1995). *De ontwikkeling van wetenschap. Inleiding in de wetenschapsfilosofie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Woodbridge, K., & Fulford, K.W.M. (2004). *Whose values? A workbook for values-based practice in mental health care*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Woloschuk, W., e.a. (2004). Attitude change during medical school: a cohort study. *Medical Education*, 38, 522-534.

AUTEUR

A.S.G. RALSTON is als psychiater werkzaam bij GGZ Dijk en Duin BV, onderdeel van de Parnassia Bavo Groep.
Correspondentieadres: A.S.G. Ralston, Westlinge B, Duinenbosch 3, 1901 NT Castricum.
e-mail: aralston@dijkenduin.nl.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-9-2009.

SUMMARY

Philosophy of science for psychiatric practice – A.S.G. Ralston –

BACKGROUND The prevailing view is that psychiatry has its roots in two separate methodologies: the natural sciences and the social sciences. It is assumed that these are separate domains, each with its own way of knowing. Psychiatric and psychological theories are based mainly on one or other of these two types of science; this leads to a ongoing dualism in psychiatry, which some people regard as problematical.

AIM This article aims to make a methodological contribution to the scientific and philosophical foundations of psychiatry.

METHOD This philosophical and theoretical dichotomy is criticized in this article in the light of recent developments in the philosophy of science, and two methods are introduced which offer an alternative analysis: values-based practice and actor-network theory.

RESULTS Brief examples are given which demonstrate that a combination of these two methods can be productive for psychiatry.

CONCLUSION Values-based practice and actor-network theory provide a way of resolving the stalemate in the conflict between the physical sciences and the sciences of the mind, a conflict that is dominated by professionals. In addition these two new methods empower the professionals by not deriving legitimacy from the false image of a dichotomous science, but from a normative sense of professionalism.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)7, 445-454]

KEY WORDS philosophy, psychiatry, science, values