

Reanimeer de psychopathologie!

Een schets van een persoonsgerichte psychopathologie

door T. Kuipers

Samenvatting

De psychopathologie is door de wijze waarop zij haar onderzoeksobject, de patiënt, benadert, niet voldoende in staat rekening te houden met de persoonlijke kanten van de problematiek die zij onthult. In dit artikel wordt gesteld dat dit in de psychiatrie problemen veroorzaakt die voorkomen kunnen worden. Hoe is deze lacune op te vullen? De auteur stelt voor de klinische observaties op een andere wijze te ordenen, zodat het perspectief van de patiënt en dat van de onderzoeker niet meer door elkaar gehaald worden. Voorts worden de gevolgen hiervan voor de psychiatrische beoordelingsinstrumenten besproken.

Inleiding

De psychopathologie is de leer van psychische ziekte toestanden. De hierin vervatte kennis geeft de diagnosticus een instrument in handen waarmee deze psychisch ziek van psychisch gezond kan onderscheiden. Het was nooit haar bedoeling noch haar opdracht om een beoordeling te geven over de patiënt als persoon. De persoon is zelf immers niet ziek maar hij lijdt aan een ziekte. Door dit accident wordt hij een zieke. De verhouding tussen de ziekte en de ziektedragende persoon is in de psychiatrie problematischer dan in de somatische geneeskunde. In de algemene geneeskunde is het zonder schade te veroorzaken mogelijk om het zieke element los van de persoon van de patiënt te behandelen. Soms is het maar goed ook dat de medicus voor zijn ingrijpen een grens trekt op de plaats waar hij meent dat de ziekte of kwaal ophoudt. Het vormt een van de beste garanties tegen het gevaar dat de behandeling de patiënt zou schaden ('primum nil nocere').

In de psychiatrie is de ziekte echter niet zo gemakkelijk los te zien van de persoon. De psychische ziekten uit zich weliswaar in disfunctioneel gedrag, maar van dat gedrag is niet steeds zo gemakkelijk te beoordelen of het als pathologisch te beschouwen is (Sadler e.a. 1994). Zelfs van 'keiharde' psychiatrische symptomen als wanen is niet duidelijk of ze als kenmerkend beschouwd kunnen worden voor enige psy-

chische aandoening. 'Echte' pathognomonische symptomen kennen we in de psychiatrie niet. Dat betekent dat men in de psychiatrie vaak rekening zal moeten houden met de mogelijkheid dat disfunctioneel gedrag een persoonlijk gekleurde respons is op een of andere situatie, zonder dat het naar een onderliggende stoornis of ziekte hoeft te verwijzen.

In dit artikel wordt de stelling verdedigd dat de psychopathologie energie moet steken in een poging om de relatie tussen de symptomatologie en het gegeven dat er een persoon is die deze symptomen ervaart of (ver)toont, te verbeteren. De betekenis van de pathologie voor het persoonlijk functioneren zal in haar kennisbestand tot uitdrukking gebracht moeten worden. In het eerste deel van dit artikel worden onder de titel 'kritiek' argumenten voor deze stelling aangedragen. Vervolgens wordt schetsmatig een model uitgewerkt waarin de verhouding tussen psychopathologisch fenomeen en de persoon die het fenomeen vertoont, een vorm krijgt. Deze vorm vereist onder andere een revisie van bestaande psychopathologische beoordelingsinstrumenten ('rating scales').

Kritiek

Sinds de psychiatrie met haar patiënten is gaan praten, heeft zich een emancipatoire beweging ingezet die er onder andere in uitmondt dat een psychiatrische behandeling altijd ook een 'persoonlijke' behandeling is. Er zijn steeds ten minste twee mensen, een psychiater en een patiënt of cliënt, met elkaar aan het praten over ervaringen die de patiënt heeft. Dit praten vormt in de psychiatrie een belangrijk vehikel om het ingrijpen dat in het kader van een behandeling nodig is, mogelijk te maken. Tegelijkertijd is het praten ook een probleem, omdat de communicatie met personen die een psychiatrische stoornis hebben, vaak zo moeilijk, soms ronduit onmogelijk is. Dit probleemgebied krijgt weliswaar aandacht in de psychotherapie, maar daar is het ondergebracht bij de problematiek van de overdracht en tegenoverdracht. De verhouding van de persoon tot zijn stoornis en de verhouding van de psychiater tot de patiënt en zijn stoornis komen hier niet nadrukkelijk genoeg aan bod.

Wanneer men de grote leerboeken in de psychiatrie erop naslaat, moet men constateren dat de hoofdstukken die gaan over psychopathologie opsommingen bevatten van symptomen, definities ervan en van diagnostische categorieën of dimensies waar ze aangetroffen kunnen worden. De pathologie van het psychische is verregaand geformaliseerd en gebotaniseerd. De 'textbooks of psychiatry' zijn boekhoudkundige hoogstandjes geworden, alle gegevens staan erin, geen enkel goed onderzoek is aan de aandacht van de auteurs ontsnapt, maar de intellectuele worsteling over de betekenis van deze informatie is sterk naar de periferie verdreven. De laatste editie van het *Textbook of Psychiatry* van Kaplan

en Sadock (1995) heeft haar hoofdstuk over ziekteleer zelfs laten vallen.

De discussies tussen de psychopathologen verstommen niet alleen, maar ook wordt de kennis over de psychiatrie steeds meer gemonopoliseerd door kleine groepen geleerden, verzameld in 'task forces' en consensuswerkgroepen, die volgens ingenieuze procedures uitmaken waar wel en waar geen bewijs voor is. Een van de gevolgen is dat de persoon van de patiënt (de stoornisdrager) steeds minder past in de psychopathologie. De patiënt behoort (of behoort niet) tot een groep individuen met bepaalde psychopathologische kenmerken, maar de vraag wat ervoor zorgt dat die persoon dat vreemde verschijnsel nu vertoont, wordt in de psychopathologie zelf weinig meer gesteld. De psychodynamische en psychoanalytische stromingen hebben op dit gebied veel inzichten verschaft, maar geen van deze heeft geleid tot essentiële veranderingen in de leer der symptomen. De persoon of wat daar psychopathologisch over te zeggen is, komt men met name tegen op As II van de DSM-IV-classificatie. Het onderscheid tussen persoon en persoonlijkheidsstoornis is dan wel in de begeleidende teksten aangegeven, maar de praktijk van alledag leert dat de diagnostici die twee moeilijk los van elkaar kunnen zien. Iemand met een borderline-persoonlijkheidsstoornis wordt in de praktijk van alledag geïdentificeerd met zijn As II-diagnose: het is een 'borderline'-persoonlijkheidsstoornis. Zoals vroeger ook al gebeurde met de term hysteric, is het welhaast een ongeschreven wet in de psychiatrie dat naarmate een persoon meer last en gedoe veroorzaakt deze sterker geïdentificeerd wordt met zijn/haar persoonlijkheidsstoornis. Het gevolg hiervan is dat de psychiater in zijn houding naar de patiënt vooral rekening zal houden met de kenmerken van de persoonlijkheidsstoornis en niet met het gedrag van de patiënt in een brede context. Dit beperkt de interpretatiemogelijkheden wat betreft het gedrag van de patiënt in ernstige mate.

'Pathologische psychotomie'

De gangbare psychopathologie schrijft voor dat symptomen veroorzaakt worden door cerebrale functiestoornissen: de richting van het kwaad is van binnen naar buiten. Van de genetische informatie naar de cellen, van de cellen naar het neurale netwerk dat een min of meer circumscripate functie heeft, en vandaar via emotionele schijven naar de cortex, die op zijn beurt de uiteindelijke vorm van het (pathologische) gedrag bepaalt en het verzendt naar de spieren en de huid om hiervan gedrag te maken. De cortex houdt natuurlijk rekening met signalen vanuit het eigen lichaam en vanuit de buitenwereld, maar de richting blijft van centraal naar perifeer. Het ideaal van de psychopathologie is om dit gedrag te herkennen en te herleiden tot de oorspronkelijke stoornis in het diepste van de binnenwereld van de patiënt. Zij legt deze weg dus in omgekeerde richting af, van buitenaf naar binnen.

Hiermee correspondeert de vreugde die zich van vele psychiaters meester maakt, wanneer men 'iets' in de hersenen kan zien, of wanneer men het dieperliggende conflict heeft geraakt. De 'binnenste' factor wordt immers geacht te corresponderen met het uitwendig waarneembare psychiatrische symptoom of syndroom. De psychopathologie fungeert in dit opzicht volgens het model van de pathologische anatomie. Het wensbeeld van behandeling dat hierbij past, is dat de reparatieve acties aan de binnenste psychopathologische kern verricht worden (psychofarmaca, ECT, ont-dekkende psychotherapie). Er is veel kritiek uitgeoefend op dit wensbeeld, maar onder psychiaters wist het zich goed te handhaven. Met name in de farmacologische psychiatrie van de laatste jaren werd dit wensbeeld krachtig omarmd (zie voor een kritiek o.a. Van den Hoofdakker). Deze situatie werd zonder twijfel begunstigd door het gebrek aan succes van de psychopathologie wat betreft het decoderen van pathologisch gedrag. Allerlei varianten van mensgerichte psychiatrie, zoals de antropologische richting, de fenomenologie en enkele op het interpersoonlijke proces gerichte 'fracties', waren niet overtuigend genoeg in hun verklaringsmodellen en leverden hoegenaamd niets op in termen van een verbeterde behandeling. Toch hadden deze stromingen een belangrijke kritische functie ten aanzien van de repressieve psychiatrie van de periode voor en na de Tweede Wereldoorlog. Ook al bleven de psychiaters beter weten dan hun patiënten wat er psychisch allemaal mis was, toch begonnen zij de patiënten meer dingen te vragen. Men maakte een begin met het toetsen van ideeën uit de psychopathologie aan haar object, de patiënt. Dat opende de weg naar een dialoog tussen patiënt en psychiater. Helaas was niet iedereen overtuigd van de potentiële winst die deze ontwikkeling zou kunnen opleveren. Het wantrouwen in de dialoog met de patiënt wat betreft de vooruitgang in de psychopathologie is vooral groot in de Angelsaksische psychiatrie. Zij heeft zich gezag en waardigheid willen verwerken door zich als een neurobiologisch specialisme te profileren, volgens het model van de pathologische anatomie, zoals hierboven reeds werd verwoord. De psychische en sociale kanten van het vak werden onder druk van een aantal veranderingen in de samenleving afgestoten. De kennis moet in toenemende mate helder te formuleren zijn en de zorg moet goedkoper en efficiënter. Het bitse salvo aan vragen luidt steeds: waar helpt dit voor, hoe hebt u dit aangetoond, hoe overtuigt u uw patiënt van het nut van deze therapie, en hoelang hebt u daar dan voor nodig en hoeveel kost dat bij elkaar?

Ik verwacht dat de antwoorden op deze vragen vooral door retorische kunststukjes en gaandeweg minder door adequate research bepaald zullen worden. Een probleem met goede research is namelijk dat deze op bepaalde gebieden veel moeilijker en duurder is dan op andere gebieden. De vraagstellingen die uit de politiek en economie voortvloeien, zullen dus waarschijnlijk snelle, eenvoudige research begunsti-

gen en de complexe projecten elimineren. Steeds belangrijker zullen daarnaast naar verwachting technieken worden die de medewerking ('compliance') van een weerspannige patiënt met een gezaghebbende behandeling verhogen. De implicaties voor de relatie met de persoon van de patiënt komen er dan op neer dat deze secundair wordt ten opzichte van de als goed gelabelde behandeling.

Kortom: de filosofie van de psychiatrie als 'stoornissen van het binnenste' voert uiteindelijk tot de slotsom: de beste psychiatrie is de neurologie. Het feit dat in de moderne psychopathologie het binnenste van de persoon van de patiënt zo'n onevenredig zwaar gewicht wordt toegekend, is bezwaarlijk voor een psychiatrische behandeling. Het beoordelen of een behandeling de patiënt schaadt dan wel goed doet, is door deze onevenwichtige ontwikkeling veel moeilijker geworden. Het is dan ook allerminst toevallig dat in de geestelijke gezondheidszorg een crisis is ontstaan rondom persoonlijke nabijheid, loyaliteit en intimiteit. Op sommige plaatsen zijn zelfs heksenjachten ontketend op therapeuten die een sterke en intieme band met hun cliënten waren aangegaan. De media lusten er wel pap van. Ondertussen voelen veel patiënten zich als nummers, wandelende diagnoses en protocollenvoer behandeld. Zij wijzen op het gebrek aan betrokkenheid en aan procedurele integriteit van de dokters en wenden zich niet zelden met hun problemen tot charismatische figuren. Het antwoord van de psychiatrie op al te intieme verhoudingen tussen hulpverleners en cliënten zou niet moeten zijn meer afstandelijkheid, culminerend in het weghalen van de laatste arm om de schouder, maar de psychiatrie zal de omgang met (het lichaam van) de patiënt aan een nieuw onderzoek moeten onderwerpen. In die zin vormen de uitingsvormen van het lichaam een belangrijk onderdeel van de psychopathologie.

Er zijn in de samenleving heel wat factoren aan te wijzen die uitwassen in termen van al te veel afstand of nabijheid mede veroorzaken, maar in dit kader is van belang dat de gangbare psychopathologie deze onevenwichtigheid mogelijk maakt. Zij verhindert het in elk geval niet. In haar kennisbestand komt immers niets voor wat haar in staat stelt rekening te houden met de persoonlijke levenssfeer van de patiënten over wie zij het heeft. Zij is eraan gewend geraakt de grenzen van het individu als zonder meer doorgankelijk te beschouwen. Zelden wordt de patiënt instemming gevraagd om toegang te krijgen tot zijn persoonlijke domein (waaronder het levensverhaal, het psychische leed en vele symptomen). Binnen de context van het psychiatrisch onderzoek is het vanzelfsprekend dat een onderzoeker vraagt naar particuliere ideeën en ervaringen. Zoals het voor de huisarts vanzelfsprekend kan zijn dat hij iemand vraagt zich uit te kleden om het lichamelijk onderzoek te kunnen verrichten. Maar in de spreekkamer van de huisarts bevindt zich een scherm waarachter men zich veilig kan uitkleden, en is er een onderzoeksbank met allerlei instrumenten die laten zien dat het

hier een onderzoeksituatie betreft en niets anders.

De psychopatholoog voorziet zich om een of andere reden niet of nauwelijks van dergelijke attributen en rituelen. Deze kunnen duidelijk maken dat het persoonlijke op een veilige en professionele wijze aan de orde gesteld zal worden. Zoals gezegd is het persoonlijke domein van de patiënt, ook wat zich daarvan binnen de lichaamsgrenzen bevindt, in het psychiatrische spreken en denken over patiënten niet relevant. Een goed voorbeeld daarvan is het feit dat, wanneer men geïdentificeerd is als psychiatrisch patiënt, biografische (en dus persoonlijke) gegevens in veel ziekenhuizen als vanzelfsprekend in ontslagbrieven voorkomen. De psychiater is dus wat betreft het respect voor de persoonlijke grenzen van zijn patiënt aangewezen op zijn 'common sense'. Hij wordt in dit opzicht niet geholpen door zijn psychiatrische kennis. Hij beschikt over dezelfde kwaliteiten en beperkingen als ieder ander, terwijl hij door de aard van zijn beroep (dit geldt overigens ook voor leraren en politiemensen) hier beter toegerust zou moeten zijn.

In het voorafgaande werd duidelijk dat een revisie nodig is om binnen de psychiatrie de schadelijke effecten van diagnose en therapie tot een minimum te kunnen beperken. De ziektedrager neemt in de psychiatrie nu eenmaal een belangrijker plaats in dan in de andere medische disciplines en dat zal in de psychopathologie zijn weerslag moeten vinden. In het vervolg van dit artikel wordt de aandacht gevestigd op een manier om de psychopathologie te reviseren zodat ruimte gemaakt kan worden voor de persoon van de psychiatrische patiënt.

Alternatief

Psychiatrische patiënten hebben kwalen die de beleving van zichzelf en van de omgeving beïnvloeden. Deze beleving verandert de manier waarop zij zich gedragen in verhouding tot de omgeving. Het omgekeerde gaat ook op: veranderingen in de omgeving lokken andere belevingen uit. Het ziekelijke manifesteert zich met name in de wijze waarop de persoon met de kwaal *positie* ('self-location', Harré en Gillett 1994) inneemt. Hij gaat in bed liggen, meldt zich ziek, huilt de hele dag, wil alleen nog maar verzorgd worden en zegt dat hij vast zal sterven. Uit deze manier van doen en laten leidt bijvoorbeeld de echtgenote, maar ook de psychiater, af dat er sprake kan zijn van psychopathologische verschijnselen. Met andere woorden: voor het beoordelen of er iets mis is, is het van ondergeschikt belang waar de pathologische beleving 'eigenlijk' vandaan komt. Of zij door een corticale verwonding, door een catastrofale ontwikkeling in de familie of door een atoomreactorongeval veroorzaakt wordt, psychiatrische symptomen kan men alleen vinden wanneer de beleving van zichzelf en/of de omgeving zo veranderd is, dat er processen op gang komen die de verhou-

ding van het individu tot zijn/haar persoonlijke omgeving beschadigen.

De psychopathologie zal zichzelf een instrument moeten verschaffen om de manier waarop de patiënt zijn positie bepaalt, te beschrijven en te bewerken. Ik zie drie manieren om deze doelen binnen bereik te brengen. Ten eerste is het onvermijdelijk het klassieke model ten aanzien van primaire, secundaire en tertiaire symptomen te herzien. Ten tweede zal een betere beoordeling van interpersoonlijke gedragspatronen ontwikkeld moeten worden. Ten slotte zou het sterke aanbeveling verdienen de psychiatrische vak-ethiek een nieuwe impuls te geven, zodat deze zich kan verheffen boven het niveau van consensus en regelgeving. In het onderstaande zullen de eerste twee punten aan de orde worden gesteld. De vak-ethische kwestie is zeer belangrijk maar gaat het bestek van dit artikel en de competentie van de auteur te boven.

Wat zijn primaire symptomen? – Primair zijn die symptomen welke het meest zuiver de stoornis zelf representeren, secundair zijn de symptomen die een psychische reactie op de stoornis zijn. Dit psychopathologische model gaat terug op Jackson en wordt zowel toegepast binnen de neurologie als de psychiatrie. Een persoonsgerichte psychopathologie is pas mogelijk wanneer dit model verlaten wordt (zie boven).

De klassieke psychopathologie gaat er, zoals hierboven reeds werd opgemerkt, van uit dat de symptomen in de geest van de patiënt zitten. *Symptoms in the mind* is een in dit opzicht duidelijke titel van een goed in de traditie geworteld boek over descriptieve psychopathologie (Sims 1994). De psychiater dient de symptomen aan te tonen door gerichte vragen te stellen. Dan vertelt de patiënt zijn symptomen, hij diept ze als het ware op vanuit zijn binnenste, maakt ze talig en zegt ze. Deze symptomen zijn min of meer omschreven en de psychiater weet dus waarnaar hij op zoek is. Gestructureerde diagnostische interviews helpen hierbij. Al doende passeert hij allerlei *persoonlijke* grenzen. Maar de psychopatholoog stoot ongehinderd door naar de kern. Hij lijkt in deze handelwijze, zoals reeds werd betoogd, op de patholoog die het lichaam opent op weg naar de oorzaak van de ziekte. De psychopatholoog opent de geest van de patiënt om de symptomen waarneembaar te maken. In de psychiatrie heeft men echter, anders dan in de pathologische anatomie, met een levende patiënt te maken die zich, als het goed is, op een of andere wijze te weer stelt tegen een al te vlotte onthulling van het binnenste. Het is dit verweer dat door de bril van de psychopatholoog niet anders dan als hinderlijk of als ziekelijk kan worden gezien. Veel patiënten slagen erin om de psychiaters buiten hun private belevingswereld te houden en andere patiënten zijn zo welwillend om zich psychisch min of meer open te stellen. Enig verweer is wel noodzakelijk, al was het maar om zich niet te kwetsbaar te maken. Het zou interessant zijn om te onderzoeken of het mogelijk is de psychopatho-

logie zo te veranderen dat een meer behoedzame benadering van het private deel van het geestelijk leven van de patiënt met een psychiatrische stoornis mogelijk is.

De eerste taak van de psychopathologie lijkt mij: beschrijven hoe gedrag zich verhoudt tot wat er misgaat tussen personen. Terugtrekgedrag, overdreven imponeren, alleen met zichzelf bezig zijn, dreigen en agressief vertoon, geen initiatieven meer nemen, aanvallen zonder duidelijke reden, heftig appelleren terwijl er geen levensgevaar is, zich ernstig leeftijdsincongruent gedragen zijn voorbeelden hiervan. Veel kan beschreven worden in termen van disfunctionele vormen van toenaderen en zich verwijderen, van intimiteit en onverschilligheid, van loyaliteit en vijandschap, van veldafhankelijkheid en autonomie. Met disfunctioneel wordt in dit verband bedoeld dat het gedrag opvallend is, dat er geen aanvaardbare reden voor bestaat en dat het de positie van de persoon in de sociale en materiële context verzwakt of beschadigt. Het lichaam van de patiënt en de lichamelijke uitingvormen spelen een grote rol op dit eerste beschrijvingsniveau. Echter, niet alleen het binnenste van dat lichaam, maar vooral de oppervlakte, de motoriek, de mimiek en de gestiek, en natuurlijk de ervaringen die het lichaam 'geeft' aan de persoon én aan de omgeving, zijn voor de psychopatholoog van grote betekenis. Dus niet de binnenwereld of de hersendisfunctie is primair, maar de 'leefwereld' en het interpersoonlijke gedrag. Tomm (1995, jubileumcongres PZ Dennenoord, Zuidlaren; publicaties in voorbereiding) doet iets vergelijkbaars door het psychopathologische primaat aan een beperkt aantal "interpersonal patterns" te verlenen.

Het tweede niveau van psychopathologische beschrijving zou vervolgens de subjectieve ervaringswereld van de persoon moeten omvatten. Dit zijn de echte symptomen. Zij 'bevinden' zich in de ervarings- en voorstellingenwereld van de patiënt en kunnen desgewenst aan andere personen worden meegedeeld, als de betreffende patiënt er tenminste weet van heeft en ze kan beschrijven. Een onderzoeker kan symptomen dus niet zomaar aantonen, maar heeft hiervoor zelf een adequaat instrumentarium nodig. Bovendien zal de patiënt toegang moeten *kunnen* en *willen* geven voor het onderzoek. Op dit terrein zijn vrij scherpe operationele definities van symptomen en ervaringen mogelijk; dat is reeds aangetoond door de psychometrie. Maar hier kampt de psychiatrie met een groot probleem. In de klassieke psychopathologie wordt geen onderscheid gemaakt tussen symptomen die men te weten komt door het verbale verslag van de patiënt (bijvoorbeeld somberheid), en pathologie die men meent te kunnen afleiden uit observeerbaar gedrag (bijvoorbeeld affectvervlakking). Dat is een probleem omdat het de positie van de patiënt en die van de onderzoeker door elkaar haalt. De patiënt vertelt over zijn belastende psychische ervaringen, dat is zijn verhaal, zijn probleem. De onderzoeker interpreteert observeerbaar gedrag als opmerkelijk en/of ziekelijk, dat is de zaak van

de onderzoeker. Wanneer deze zaken niet gescheiden worden, is het enerzijds erg moeilijk om een wetenschappelijk standpunt in te nemen (adequate observatie) en anderzijds moeilijk om het standpunt van de patiënt en personen uit zijn omgeving serieus te nemen. Het is een inmiddels bekend gegeven dat observeerbare symptomen, zoals affectvervlakking, niet of nauwelijks corresponderen met wat een patiënt daarover kan vertellen. Een persoon met schizofrenie zegt zelden: 'Ik beklaag me erover dat ik geen uiting aan mijn gevoel kan geven zoals u op grond van uw observaties zou denken'. Zoals boven al werd voorgesteld zou het dus beter zijn observeerbaar gedrag los te koppelen van de symptomen en onder te brengen bij de eerste psychopathologische beschrijvingslaag. Dit zou onder andere als gevolg hebben dat de meeste zogenaamde negatieve symptomen, die immers vanuit het perspectief van de patiënt een heel andere aard hebben dan vanuit het perspectief van de onderzoeker, een andere status krijgen. Zij zullen dan terecht komen in de categorie observeerbaar interpersoonlijk gedrag en worden geformuleerd in termen van attitude en actie. Ook het manisch syndroom zou een heel andere signatuur krijgen. De manie is voor een belangrijk deel als interpersoonlijke gedragsstoornis te beschrijven. Hierin spelen aspecten als overdreven toenadering en een verhoogd activiteitsniveau een belangrijke rol. Dit gedrag treedt op in situaties waarbij de omgeving een manisch persoon al vrij spoedig probeert buiten te sluiten of in te perken (Kuipers 1993). De psychische klachten en ervaringen zijn bij de manie zeker in de beginfase moeilijk te onderzoeken. Zij worden pas geleidelijk aan waarneembaar wanneer de door het manisch gedrag veranderde positie die de patiënt inneemt, duidelijker tot hem doordringt.

De beoordeling van interpersoonlijk gedrag in de psychiatrie – Symptoomschalen bevatten itemdefinities die voortgekomen zijn uit de traditionele psychopathologie. Allerlei ervaringen zoals 'ik hoor stemmen', gevoelens zoals 'ik voel mij somber', en gedrag zoals 'de patiënt neemt een passieve houding aan' staan naast elkaar in de meeste 'rating scales'. De kwaliteit van deze schalen wordt vooral beoordeeld aan de hand van externe validiteits- en betrouwbaarheidscriteria. Interne validiteitsaspecten, met andere woorden de vraag hoe het gesteld is met de conceptuele consistentie van een symptoomschaal, leggen helaas veel minder gewicht in de schaal. In aansluiting aan het voorafgaande gedeelte over primaire symptomen zouden symptoomschalen zich tot de onderscheiden symptoomgebieden moeten beperken. Dat resulteert in drie hoofdgroepen van schalen:

1. Observatieschalen voor interpersoonlijk gedrag.
2. Symptoomschalen voor geverbaliseerde psychische klachten.
3. Instrumenten die de onderzoeker in staat stellen om te beoordelen wanneer een lichamelijk onderzoek zal moeten plaatsvinden.

De psychiater hoeft dus niet steeds te bedenken welk verschijnsel wel of niet cerebraal veroorzaakt zou kunnen zijn, maar wel is het nodig suspecte verschijnselen te kunnen detecteren zodat besloten kan worden onderzoek van de hersenen of neuropsychologische functies uit te (laten) voeren.

Het is interessant om even stil te staan bij de eerste hoofdgroep. Het zal immers niet meevallen om een dergelijk breed en veelomvattend gebied op een hanteerbare manier binnen het domein van de psychopathologie te brengen. Een belangrijke vraag die zich hierbij voordoet, is of de methodieken die men in de sociale psychologie voor het bestuderen van interpersoonlijk gedrag heeft ontwikkeld, hiervoor bruikbaar zijn. Potentieel bruikbaar is wellicht een model van Clark en Crossland (1985), waarin zij drie niveaus onderscheiden waarop gedrag van personen benoemd kan worden: 'acts', 'actions' (acties) en 'movements' (bewegingen).

1. 'Acts' beschrijven het meest complexe niveau van gedrag. Het zijn de samengestelde doelgerichte operaties waarin de persoon zijn attitude, verbaal en non-verbaal handelen en bewegingen op een gecoördineerde wijze vorm geeft. De omgeving kan het snelst dergelijke 'acts' (een Nederlands equivalent ontbreekt voorzover mij bekend) onderscheiden door te letten op attitude en intentie en deze te vergelijken met de afzonderlijke handelingen. Het begrip 'aanval' is een voorbeeld hiervan (zie tabel 1). Bij toepassing op de psychopathologie valt al snel op dat het model van Clark en Crossland tekortschiet in het geven van een plaats aan de attitudecomponent van het interpersoonlijke gedrag. In tabel 1 is dit element door de auteur toegevoegd. Van belang is in dit verband dat de beoordeling van attitudekenmerken van gedrag, immers een belangrijke zaak bij psychiatrische patiënten, uitgevoerd kan worden door de 'acts', de handelingen en de bewegingen, te gebruiken als toets voor de veronderstelde attitude. Bijvoorbeeld, wanneer een onderzoeker een vijandige attitude waarneemt bij een patiënt, zal hij dit oordeel toetsen aan het gedrag; valt de patiënt aan, scheldt hij, imponeert hij en maakt hij bijpassende bewegingen zoals luid praten, gesticuleren of slaan? Bij psychiatrische patiënten ontdekt men op deze manier veel discongruenties, bijvoorbeeld aanvalsgedrag zonder vijandige attitude, slaande bewegingen zonder dat van een aanval gesproken kan worden. Wanneer de discongruenties opvallend zijn, zal dit veelal samengaan met grove interpersoonlijke problemen.

Tabel 1: Niveaus van gedragsbeoordeling

indelingscriterium	type	voorbeeld
tendens	attitude	vijandigheid
set van doelgerichte handelingen	'act'	aanval
handeling in engere zin	actie	bijten

element van de handeling

beweging

mond open en dicht

2. 'Acties' zijn handelingen die een onderdeel vormen van de 'act'. Zij betreffen een lager niveau van interpersoonlijke complexiteit. Slaan van een andere persoon kan een onderdeel vormen van een aanval, maar er kunnen nog veel meer handelingen bij passen, zoals bijten, schreeuwen en hard naar een ander toelopen. Maar slaan kan ook in een andere 'act' passen, bijvoorbeeld: vrienden ontmoeten elkaar na lange tijd en slaan elkaar fors op de schouder.

3. 'Bewegingen' zijn de afzonderlijke lichamelijke bewegingen die deel uitmaken van de meer complexe, doelgerichte handelingen waarvan zojuist sprake was. Bewegingen, los beschouwd, kunnen niet aan een doel gekoppeld worden; zij kunnen voor vele doelen gebruikt worden. De beweging 'de mond met kracht open en snel weer dicht doen' kan in vele acties een plaats krijgen. Men kan bewegingen misschien het beste beschouwen als elementaire gedragseenheden. Wanneer bewegingen op geen enkele wijze nuttig kunnen zijn, betreft het dikwijls pathologie. Trillende handen (tremor) kan men niet in een of andere doelgerichte 'act' of 'actie' onderbrengen. Voor stereotypieën en perseveraties geldt hetzelfde. Deze bewegingen staan bijgevolg adequaat functioneren in de weg en zijn suspect voor somatische pathologie.

Vooraf punt 1 en 2 zijn interessant voor de psychopathologie omdat ze mogelijkheden bieden om op een meer adequate wijze dan tot op heden de interactie tussen personen te observeren. Wanneer men deze gedachtengang volgt, dient zich als vanzelf een kwestie aan die eerder door Harré herhaaldelijk aan de orde werd gesteld. De persoon van de patiënt kan alleen een plaats krijgen in de psycho(patho)logie wanneer deze in relatie tot andere personen beschreven en geobserveerd kan worden. Het bovenstaande voorstel om de ordening van symptomen in de psychopathologie te herschikken geeft het persoonlijke aspect dan ook waarschijnlijk een grotere plaats.

Samenvatting en conclusie

In deze uiteenzetting werd geprobeerd te bezien hoe een psychiatrische ziekteleer erin zou kunnen slagen om niet alleen rekening te houden met ziekteverschijnselen, maar tegelijkertijd met de persoon van de patiënt. De auteur nam bij wijze van vertrekpunt een kritische houding aan ten opzichte van de gangbare psychopathologie, die aan haar boekhoudkundige profiel ten onder dreigt te gaan.

Het proclameren van een 'psychiatrische psychotherapie' om het persoonlijke aspect weer binnen te halen in de psychiatrie is tot mislukken gedoemd zolang niet duidelijk gemaakt kan worden op welke wijze in de therapie de persoonlijke begrenzing van de cliënt serieus wordt genomen. Een aantal uitgangspunten die de psychopatholoog gebruikt bij het kijken en luisteren naar mensen, zullen veranderd

moeten worden, wil de patiënt als persoon in beeld komen. Dit bleek vooral te maken te hebben met het grensveronachtzame karakter van de symptoomleer. Als oplossing werden de volgende ingrepen voorgesteld:

1. Als eerste niveau van beschrijving van haar observaties zou de psychopathologie het interpersoonlijke domein moeten kiezen. Een persoon valt immers pas als psychiatrisch ziek op wanneer er op dit vlak iets heel erg misgaat. Dit zijn dus in zekere zin de 'primaire' symptomen. Op deze wijze komen de richting van de pathologie en de richting van het onderzoek (en de behandeling) weer met elkaar overeen, namelijk van buiten naar binnen, en gaan zij niet meer zoals in het model van de pathologische anatomie in tegengestelde richting. Dit kan de behoedzaamheid en de precisie waarmee deze beweging wordt uitgevoerd ten goede komen, zodat de privacy van de patiënt veel minder makkelijk geschonden wordt. Wanneer men de psychiatrische ziekteleer op deze wijze zou ordenen, maakt zij zich misschien definitief los van de neurologie, waarbij immers het cerebrale defect het primaire symptoom is en moet blijven. Dit is geen enkel bezwaar, omdat deze twee perspectieven elkaar goed verdragen. Ze passen alleen niet tegelijk in één vakgebied, omdat zij, zoals met nadruk en herhaaldelijk werd betoogd, een heel verschillend perspectief op de patiënt hanteren.

2. Sanering van psychopathologische beoordelingschalen. Hiervoor verwees de auteur naar ontwikkelingen in de psychologie. Beoordelingsinstrumenten voor attitudekenmerken, vormen van doelgericht gedrag, en voor elementaire bewegingsaspecten zouden de bestaande instrumenten, die zich weliswaar op het betrouwbaar identificeren van scherp gedefinieerde symptomen richten maar tevens de posities van de patiënt en de onderzoeker door elkaar halen, moeten vervangen. Het is plausibel dat een zodanige wijziging de koppeling tussen pathologie en therapie veel directer maakt dan nu het geval is.

Literatuur

- Clark, D.D., en J. Crossland (1985), *Action Systems; an introduction to the analysis of complex behaviour*. Methuen, Londen/New York.
- Harré, R., en G. Gillett (1994), *The discursive mind*. Sage Publications. Thousand Oaks, Londen, New Delhi.
- Kaplan H.I., en B.J. Sadock (1995), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, sixth edition, Williams and Wilkins, Baltimore.
- Kuipers, T. (1993), Territoriale aspecten van de manie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 514-527.
- Sims, A. (1991), *Symptoms in the mind; an introduction to descriptive psychopathology*. Baillière Tindall, Londen.
- Van den Hoofdakker, R.H. (1996), De biologie van het geluk. Een afscheidscologie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 3, 227-244, 1996.
- Sadler J.Z., O.P. Wiggins en M.A. Schwartz (1994), *Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification*. Johns Hopkins University Press, Baltimore/Londen.

Summary: Resuscitate psychopathology! Outline of a psychopathology that takes the patient as a person into account

Current psychopathology is not able to take sufficiently into account the personal aspects of the mental problems that can be discovered in the mind of the patient. This poses a problem to psychiatric treatment in general. In this article it is claimed that this problem can be partly resolved by separating the perspective of the patient and that of the psychopathologist. Consequently, clinical observations have to be ordered in a different manner; this would have far reaching consequences for many psychopathological rating scales.

De auteur is psychiater en A-opleider van het Psychiatrisch Ziekenhuis Veldwijk te Ermelo. Correspondentieadres: PZ Veldwijk, Postbus 1000, 3850 BA Ermelo.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 30-9-1996.