

Hoe bewaken we de verwevenheid van biologische, psychologische en sociale factoren?

G.F. KOERSELMAN

SAMENVATTING Het 'biopsychosociale model' was oorspronkelijk bedoeld om de samenhang van zijn drie componenten in de geneeskunde te bewaken. Het medische model werd als reductionistisch beschouwd. In de psychiatrie heeft het biopsychosociale model zelfs een officiële status gekregen. Inmiddels wordt het echter steeds duidelijker dat aan dit model belangrijke nadelen kleven. Het wekt verwarring en scheidt meer dan het verenigt. Bovendien stelt het de medische benadering in een verkeerd daglicht. Juist in de psychiatrie kan het medische model grenzen trekken (bijvoorbeeld tussen ziek en gezond) en ziekte ordenen op verschillende systeemniveaus. Het medische model verdient dan ook erkenning als het samenbindende principe in de psychiatrie. Zonder dat dreigt de psychiatrie uiteen te vallen. Voor de opleiding van psychiaters moet dit consequenties hebben.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42(2000)4, 251-256]

TREFWOORDEN biopsychosociale model, medische model, psychiatrische opleiding

In de jaren zestig en zeventig voerden aanhangers van biologische, psychologische en sociale theorieën in de psychiatrie een strijd, waarvan we ons nu de heftigheid nauwelijks meer kunnen voorstellen. Na die tijd heeft de nadruk meer op consensus gelegen. De DSM-IV droeg daaraan bij door diagnostische criteria niet aan oorzaken te binden. In de jaren negentig hebben de evidence-based geneeskunde en de daarvan afgeleide behandelprotocollen de grondslagdiscussie verder aan het oog onttrokken. Betekent dat nu dat de spanning tussen de biologische, psychologische en sociale invalshoek inmiddels is opgelost? In ons land laat de vaak emotionele discussie over de plaats van psychotherapie en sociale psychiatrie in de psychiatrische opleiding zien hoe levend de betekenis van die drie domeinen nog altijd is.

BEGRIPSVERWARRING

Discussies worden echter bemoeilijkt door begripsverwarring. Zo veronderstelt de term 'biopsychosociaal' ook een onderscheid tussen psychologische en sociale factoren. In de praktijk

wordt dat echter vervaagd door het gebruik van de term 'psychosociaal'. Kennelijk is er behoefte aan een begrip dat alles aanduidt wat 'niet-lichamelijk' is. Voor 'lichamelijk' gebruikt men dan het begrip 'biologisch'. Ook dat verheldert weinig. De biologie gaat als wetenschap over het verband tussen eigenschappen van levende organismen en de eisen van hun leefmilieu. De vernauwing van 'biologisch' tot 'lichamelijk' heeft met de aard van die basiswetenschap niets te maken. Maar ook in zijn verengde betekenis blijft het begrip onduidelijk. Sommigen verwijzen met 'biologisch' naar alle lichamelijke factoren, anderen betrekken de term alleen op de hersenen. 'Biologisch' wordt bij hen hetzelfde als 'neurologisch' (zij spreken in dat verband ook wel van neuropsychiatrie en veronderstellen dat schizofrenie een 'neurologische' aandoening wordt). Weer anderen bedoelen er vooral receptorfuncties mee. Een 'biologische behandeling' staat bij hen voor een medicamenteuze behandeling, terwijl daaronder in het dagelijks spraakgebruik juist de niet-medicamenteuze benadering wordt verstaan.

In oorsprong was het gecombineerd gebruik

van de begrippen biologisch, psychologisch en sociaal bedoeld om in de interne geneeskunde de samenhang van deze aspecten te bewaken. In de psychiatrie ontwikkelde het zich vooral tot een model dat het medische model moest vervangen (Engel 1980; Pols 1984). Dat laatste werd namelijk als reductionistisch-somatisch beschouwd, en daardoor als ongeschikt om er de complexe psychiatische werkelijkheid mee te beschrijven. Met het biopsychosociale model daarentegen kon men interactieve causale verbanden zoeken. Op het gebied van bijvoorbeeld de 'developmental psychopathology' werd het daarom als bruikbaar ervaren. Inmiddels is het biopsychosociale model zelfs tot officiële leidraad verheven door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP 1996). De vraag is evenwel of het in de praktijk aan de verwachting voldoet. In die zin is het wellicht te vergelijken met het DSM-classificatiesysteem, dat eveneens in zijn meerassigtheid naar causale connecties verwijst. De DSM heeft die belofte echter niet vervuld en de onvrede over het systeem neemt toe (Van Praag 1999). Het biopsychosociale model lijkt vooral een matrix van nevenschikte aandachtsgebieden te zijn geworden of zelfs een onderscheiding van principiële onvergelijkbare domeinen.

OVERVRAGEN

Intussen laten de actuele discussies over beroepen in de GGZ en over opleidingseisen in de psychiatrie zien tot wat voor problemen de biopsychosociale invalshoek kan leiden. In de beroepdiscussie moet de psychiater nu aannemelijk maken dat hij de *specialist* is van het *generalistisch* overzicht over de drie domeinen (Hutschemaekers & Neijmeijer 1998). Niet alleen wringt dat als innerlijk strijdig, het leidt ook tot de uitdaging die claim waar te maken. Dat de medisch geschoolde psychiater op het psychologische en sociale terrein deskundig zou zijn, is niet voor iedereen vanzelfsprekend. Maar ook zelf voelen psychiaters zich door een 'driedubbel' specialisme overvraagd. De roep om superspecialisatie

wordt mede daardoor luider. De opleiding in de psychotherapie durft men dan niet (alleen) aan de eigen beroepsgroep toe te vertrouwen. Sociaalpsychiaters twijfelen aan het vermogen van een algemeen hoofdopleider om het specifieke van de sociale benadering over te brengen. In beide gevallen deelt men uiteindelijk de vrees dat de psychiatrie zonder tegenwicht weer in de greep van het 'biologisch' (bedoeld is: medisch-somatisch) reductionisme zal komen. Kennelijk kan het biopsychosociale model die tegenkracht niet langer als eenheid opbrengen: de tegenstellingen zijn in het model zelf geslopen.

GEVOELSWERELDEN

Het biopsychosociale model slaagt er daardoor niet in een coherent alternatief voor het medische model te zijn. Veel meer vertegenwoordigt het verschillende gevoelswerelden. In de ene wereld voelt men zich thuis, in de andere juist niet. De 'biologische' wereld wordt een plaats voor hersenonderzoek en medicatietrials. De wereld van de sociale psychiatrie is die van zorg voor en 'rehabilitatie' van chronisch kwetsbare mensen. De psychologische wereld valt in tweeën uiteen. Evidence-based gedragstherapie past bij concreet werken met een toetsbaar product. Heel anders is de sfeer van de therapeutische ontmoeting, waarbij het niet om de 'ziekte van de patiënt' gaat, maar om de 'persoon van de ander', die van de therapeut niet een geneesmiddel krijgt, maar de inzet van diens persoon als instrument.

Van elke 'wereld' zou men vertegenwoordigers kunnen noemen, maar dat is hier niet aan de orde. Waar het om gaat, is dat die gevoelswerelden bestaan, ook al wordt dat zelden besproken. Zijn werelden die zo verschillen, wel te verenigen? In de opleiding wordt dat wel geprobeerd. Oude en nieuwe opleidingseisen moeten garanderen dat de route van de arts-assistent door alle drie de werelden voert. Hopelijk kan hij aan het einde voor één ervan kiezen of voor een 'eclectisch' amalgaam. In de GGZ-praktijk tracht men

dat laatste te bevorderen door de psychiatrische behandeling met behulp van zorgprogramma's te reorganiseren in zorgcircuits. Zo'n circuit moet de patiënt door de drie werelden leiden en zo de biopsychosociale samenhang van de psychiatrische zorg garanderen.

'BIOPSYCHOSOCIALE' GENEESKUNDE

Bij alle nadruk op onze biopsychosociale intenties realiseren we ons intussen niet dat het biopsychosociale denken in de rest van de geneeskunde heel gewoon is. Wat verwachten we van de kinderarts of internist die bij een puber juveniele diabetes vaststelt? Deze zal zich vast niet beperken tot het instellen op insuline, maar zal ook voorlichting geven (al zal hij dat niet gewichtig 'psycho-educatie' noemen), controles instellen en op complicaties letten. Hij zal ook de therapietrouw bewaken door aandacht te geven aan de emotionele weerstand van zijn patiënt en door diens ouders te motiveren. De orthopedisch chirurg die bij een bejaarde patiënt een heup vangt, zal zich van tevoren vergewissen van diens motivatie en vitaliteit. De neuroloog zal nagaan welke voorzieningen nodig zijn voor zijn patiënt met hemiplegie en afasie, en zal begrip hebben voor diens angsten en frustratie. De huisarts heeft voor al deze patiënten een specifieke taak bij het integreren van de verschillende behandelingsaspecten in het verdere beloop van de ziekte. Nu kan men tegenwerpen dat de meeste artsen niet aan dit ideaalbeeld van hun taak voldoen, maar dat geldt voor psychiaters in dezelfde mate. Het gaat hier om de erkenning van het principe dat ziekte medische aandacht vergt voor de somatische aspecten ervan, maar evenzeer voor beleving en voor sociale consequenties. Bij de vernieuwing van het universitair medisch onderwijs krijgt dat principe ruime aandacht. De 'biopsychosociale' werkwijze is, kortom, *common clinical practice* in de gehele geneeskunde. Dat psychiatrische patiënten bij revalidatie en zorg speciale aandacht nodig hebben voor de gevolgen van hun mentale beperkingen, is specifiek voor de

psychiatrie, maar maakt de psychiatrie niet principieel verschillend van de andere takken van de geneeskunde. De psychiatrie wordt daardoor niet 'biopsychosociaal'. Dat medische specialisten voor verschillende aspecten van de zorg samenwerken met andere artsen, (gespecialiseerde) verpleegkundigen of paramedici is evenmin verschillend van de praktijk in de psychiatrie. Schematisch is het bovenstaande als volgt weer te geven:

Aanleg + omstandigheid → ziekteproces
(stoornis) → psychische en/of lichamelijke
functiebeperking → sociale handicap

De begrippen 'stoornis', 'beperking' en 'handicap' zijn ontwikkeld in de sociale geneeskunde en geven de samenhang van de verschillende aspecten van ziekte eigenlijk veel beter weer dan het biopsychosociale model. Ze laten zien dat het medische model, mits goed gebruikt, geen (verwarrend) alternatief nodig heeft. De samenhang van die aspecten laat ook zien hoe vicieuze cirkels kunnen ontstaan, als een 'handicap' zelf weer tot 'omstandigheid' wordt.

'PSYCHOSOCIALE' ETIOLOGIE

Dat brengt ons bij nog een argument dat in de psychiatrie gebruikt wordt om het medische door het biopsychosociale model te vervangen: 'psychosociale' factoren kunnen ook een etiologische factor zijn, niet alleen door hun effect in het heden, maar ook door hun invloed op de ontwikkeling in het verleden. Dat zou in het medische ziektemodel onvoldoende tot uiting kunnen komen. Het is echter de vraag of dat wel juist is. Ook hier lijkt weer sprake te zijn van een verkeerd begrip van medisch denken. Het belang van 'psychosociale' theorievorming staat in de medische optiek op zichzelf niet ter discussie. Relevant is de 'vertaling' van psychische naar lichamelijke factoren. Op dit gebied is in de laatste jaren van de twintigste eeuw belangrijk inzicht verkregen (Post 1992; Kandel 1998, 1999). Alle 'psychosociale'

factoren oefenen immers hun invloed uit via het lichaam. Ze moeten hoe dan ook zintuiglijk geregistreerd en verwerkt worden in het brein, waar ze in cognities en emoties 'vertaald' worden, in het geheugen opgeslagen en als 'gedrag' doorgeleid naar willekeurige en onwillekeurige zenuwbanen en naar het endocriene en immunologische systeem. Alleen dat al rechtvaardigt de medische grondslag van de psychiatrie. In medisch opzicht is echter niet alleen de materiële structuur van belang, maar ook de functie ervan. De gastro-enteroloog gaat niet alleen over maag en darmen, maar over spijsvertering als functie, als proces. Herstel van functie is een wezenlijk aspect van elke medische behandeling. Dat herstel hangt niet alleen af van ingrijpen in de structuur van het orgaan dat de functie 'draagt', maar ook van rechtstreekse beïnvloeding van die functie zelf. Dat kan gebeuren door de belasting te wijzigen (in de gastro-enterologie bijvoorbeeld door dieetverandering), en door oefening of aanpassing (zoals in de revalidatiegeneeskunde). In de psychiatrie is dat niet anders. Psychiatrische ziekten zijn 'disorders of mind arising in the brain' (Andreasen 1997). Ook de psychiater beheert een 'tractus', die gedefinieerd wordt door functie én structuur (Koerselman 1990). Het proces van informatieverwerking dat in de 'tractus mentalis' plaatsvindt, kan op tal van plaatsen verstoord én hersteld worden. Zoals overal elders in de geneeskunde kan daarbij worden ingegrepen in structuren (in casu van het brein) én in functie.

'TRACTUS MENTALIS'

Sterk vereenvoudigd zijn de functies van de 'tractus mentalis' als volgt weer te geven:

Zintuiglijke waarneming → interpretatie (cognitie [geheugen x behoefte]) → registratie (emotie) → reactie

In elke fase van dit proces is in principe zowel structureel als functioneel ingrijpen mogelijk. Voor ingrijpen in de dragende structuur staan

middelen als elektroconvulsietherapie of medicatie ter beschikking. Voor het beïnvloeden van de functie kan de psychiater (in wezen net als de gastro-enteroloog) de input wijzigen (bijvoorbeeld door vermindering van *expressed emotion*), maar hij kan ook ingrijpen in de functie zelf. Zo kan hij interpretatie beïnvloeden door attributies te veranderen, maar ook door impliciete herinneringen en motivaties te 'duiden'. Stoornissen van willekeurig handelen en van autonoom reageren kunnen worden gecorrigeerd door bijvoorbeeld exposure en habituatie.

PSYCHOTHERAPIE

Kortom, ook psychotherapie hoort thuis in het medisch instrumentarium van de psychiater. Dat psychotherapie niet aan de psychiater is 'voorbehouden' hoeft daarbij geen probleem te zijn. Voor functiebeïnvloeding laten ook andere specialisten zich assisteren. Wat telt, is dat 'psychosociale' factoren ook in hun etiologische betekenis onder de medische (diagnostische en therapeutische) competentie van de psychiater vallen. Maar, zo zou men kunnen vragen, wordt daarmee niet het belang onderschat van de steun, van de *corrective emotional experience*, die de psychiater bij uitstek zou moeten kunnen bieden? Steun echter is van belang in iedere arts-patiëntrelatie. Voorzover psychiaters steun geven als specifieke ingreep, is in beginsel aan te geven hoe en waar die steun ingrijpt in een verstoord proces van betekenisverlening. Juist de medische invalshoek biedt hier aanknopingspunten voor meer gericht onderzoek.

MEDISCHE PSYCHIATRIE

Daarmee komen we terug bij de vraag die in de titel is gesteld: hoe moet de samenhang tussen de biologische, psychologische en sociale factoren in de psychiatrie worden bewaakt? Het bio-psychosociale model blijkt niet de ideale bewaker te zijn: het scheidt begripsverwarring, scheidt meer dan het samenbindt en miskent de breedte

van het medische model. Voor het bewaken van de samenhang is een fundamentele bezinning nodig op de medische identiteit van de psychiatrie. Aan het begin van een nieuwe eeuw moet daarvoor eindelijk de vruchteloze en onwetenschappelijke lichaam-geestsplitsing worden uitgebannen (Eisenberg 2000). In onderzoek, opleiding en behandeling zal de psychiatrie consequent de grens moeten verkennen tussen normale en gestoorde adaptatie, tussen structuur en functie, en tussen functie en handicap. Daartoe moeten psychiaters zich de diagnostische en therapeutische instrumenten toe-eigenen die daarvoor nodig zijn.

CONSEQUENTIES VOOR DE OPLEIDING

Wat betekent dat nu voor de opleiding? In de eerste plaats zullen opleiders arts-assistenten moeten selecteren die bij uitstek dokter willen zijn. Dat zal ook consequenties moeten hebben voor de verplichte leertherapie. Elders heb ik erop gewezen dat sommige leertherapeuten de medische identificatie van arts-assistenten in de psychiatrie ter discussie stellen (Koerselman 1998). Uit het voorgaande volgt echter dat die medische identiteit eerder moet worden versterkt dan gereduceerd. In het cursorisch onderwijs zal aandacht moeten worden gegeven aan de systeemtheoretische reikwijdte van de begrippen 'medisch' en 'biologisch'. In de theorie, maar vooral ook in de praktijk, zal het pathogenetische gezichtspunt zijn plaats moeten herkrijgen als bron van differentieeldiagnostische hypothesen en inhoudelijk gefundeerd behandelbeleid. Aan evidence-based geneeskunde komt de rol toe van klinisch-epidemiologische toets. Het aandeel van neurologie, neuroradiologie, endocrinologie en immunologie zal in de opleiding sterk moeten toenemen. Het psychotherapieonderricht zal moeten worden losgemaakt van oude 'scholen' en zal zich moeten heroriënteren op ernstiger vormen van psychisch disfunctioneren en op geïntegreerde farmacopsychotherapie. Op het supra-individuele niveau zal de arts-assistent vooral pathogene 'input' uit het

leefmilieu moeten leren herkennen. Ook zal hij het leefmilieu moeten kunnen aanwenden als werkerterrein voor revaliderende exposure.

NAAR ÉÉN OF NAAR MEER PSYCHIATRIEËN?

Ieder model houdt per definitie een beperking in van de al te complexe werkelijkheid. Het medische model beperkt ons tot ziekte en tot functiestoornis, maar biedt ook de beste garantie dat de verwevenheid van alle relevante aspecten daarvan ten bate van de patiënt aan de orde komt. Toch zal een versterking van het medische karakter van de psychiatrieopleiding waarschijnlijk een verzwaring van die opleiding inhouden. Als daarvoor geen draagvlak zou bestaan, zal het medische model zijn rol als bindmiddel mogelijk niet meer kunnen vervullen. Opsplitsing van de psychiatrie lijkt dan onvermijdelijk. Een beperkt deel van de arts-assistenten zal waarschijnlijk kiezen voor een verzwaarde medisch-psychiatrische opleiding, die hen tot 'zenuwarts' nieuwestijl zal maken. Een ander (groter) deel zal zich via een beknopter curriculum laten opleiden tot GGZ-zorgspecialist. Diegenen die een voorkeur hebben voor het klassieke psychotherapieberoep, zullen waarschijnlijk de weg moeten gaan van om- of bijscholing tot specialistisch psycholoog-psychotherapeut. De psychiatrische beroepsgroep staat in de nabije toekomst voor fundamentele en verstrekkende beslissingen.

LITERATUUR

- Andreasen, N.C. (1997). Linking mind and brain in the study of mental illnesses: A project for a scientific psychopathology. *Science*, 275, 1586-1593.
- Eisenberg, L. (2000). Is psychiatry more mindful or brainier than it was a decade ago? *British Journal of Psychiatry*, 176, 1-5.
- Engel, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 534-544.
- Hutschemaekers, G., & Neijmeijer, L. (1998). *Beroepen in beweging. Professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Kandel, E.R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155, 457-469.
- Kandel, E.R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis. A new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156, 505-524.
- Koerselman, G.F. (1990). *Integratief medisch denken. Over de psychopathogenetische reconstructie*. Amsterdam: VU Uitgeverij.
- Koerselman, G.F. (1998). Psychodynamische psychotherapie in de klinische psychiatrie: de supervisie van een heroriëntatie. In R.A.M. Erdman, M.M.T. Hendriks & J.N. Voorhoeve (red.), *Supervisie en psychoanalytische psychotherapie*. Assen: Van Gorcum.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1996). *Profielschets Psychiater*. Utrecht: NVVP.
- Pols, J. (1984). *Mythe en macht. Over de kritische psychiatrie van Thomas S. Szasz*. Nijmegen: SUN.
- Post, R.M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 999-1010.
- Praag, H.M. van (1999). Nosologomanie, een aandoening van de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 703-712.

AUTEUR

G. F. KOERSELMAN is als hoogleraar psychiatrie en psychotherapie verbonden aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht, en als psychiater aan het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis te Amsterdam.
Correspondentieadres: prof. dr. G.F. Koerselman, Academisch Ziekenhuis Utrecht, afdeling Psychiatrie, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 31-1-2000.

SUMMARY How to guard the interconnection of biological, psychological and social factors in psychiatry? – G.F. Koerselman –

From its start in medicine the 'biopsychosocial model' was meant to guard the interconnection of its three components. The medical model was regarded as reductionistic. In psychiatry the biopsychosocial model has even gained official status. Nevertheless, it is becoming more and more clear that the model has serious disadvantages. It is confusing, and it divides more than it unites. More specifically, it sheds wrong light on the medical model. In psychiatry, the medical model sets boundaries (e.g. between abnormal and normal), and orders disease on different levels of biological systems. The medical model should be recognized as the unifying force in psychiatry. Without it psychiatry will probably split up. All of this should have important consequences for psychiatric residency training.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 4, 251-256]

KEYWORDS biopsychosocial model, medical model, psychiatric residency training