

De twee zielen van de psychiater: ervaring en onderzoek

C.F.A. MILDERS

Idealiter horen ervaring en onderzoek in de psychiatrie elkaar voortdurend te stimuleren. Helaas zijn er vaak afstemmingsproblemen. De relatie ervaring-onderzoek kent in concreto verschillende varianten in het professionele discours en in de dokter-patiëntdialoog. In het professionele discours zijn er drie varianten: psychotherapie versus organische/biologische psychiatrie, fenomenologie versus nosologie, en klinische ervaring versus wetenschappelijke evidentie. De vierde variant manifesteert zich in de dokter-patiëntdialoog, waarin de ziekte-ervaring van de patiënt moet worden afgestemd op de wetenschappelijke opvatting van de psychiater.

Allereerst wil ik stilstaan bij de afstemmingsproblemen tussen ervaring en onderzoek in het professionele discours. Na de Tweede Wereldoorlog werd de psychoanalyse in de VS, en later in Nederland, de dominante stroming in de psychiatrie. Psychiatrische wetenschap stond niet hoog in aanzien. Die houding verbeterde in de periode van de antipsychiatrie bepaald niet. Classificatie werd gezien als objectiverend en ontmenselijkend. Antipsychiaters zoals Laing idealiseerden de ervaringswereld van patiënten vanuit een maatschappijkritische ideologie. In de afgelopen twintig jaar - de tweede biologische revolutie - vond een totale omkering van de relatie ervaring-onderzoek plaats. Het gevolg was weinig aandacht voor gedrag en beleven, en veel gewroet in synaptische spleten. Bovendien bleken de hersenen een buitengewoon fotogeniek orgaan te zijn. We zijn nu zo ver dat hersenplaatjes echte objectieve kennis over psychiatrische stoornissen suggereren. Daarbij wordt vaak miskend: (1) dat ervaringen van patiënten het meest 'echt' zijn; (2) dat de hersenen moeilijk anders kunnen dan weerspiegelen wat mensen ervaren; (3) dat de psychologie een basiswetenschap is voor de hersenwetenschap; en (4) dat onze taal om de hersenplaatjes te begrijpen (fenomenologie en classificatie) onvolkomen is. Psychiaters kunnen trouwens heel goed werken met een cerebrum opgevat als black box.

Door de spectaculaire opkomst van de genetica denken sommige onderzoekers (Akil & Watson 2000) dat de psychiatrie zich voortaan bezig kan houden met risicoprofielen en dat men eindelijk verlost is van de weinig valide symptomen en syndromen. Een van de gevolgen is dat mensen met een (genetisch) risico van schizofrenie profylactisch behandeld worden met antipsychotica zonder dat zij ooit klachten of symptomen hebben getoond. Deze voorspellende geneeskunde roept klemmende wetenschappelijke en ethische vragen op. Gelukkig convergeren fenomenologie en nosologie de laatste jaren beter. Zo staat de term schizofrenie als klasse ter discussie ten gunste van een dimensionale benadering die meer valide wetenschappelijk onderzoek mogelijk maakt.

Daarnaast komt er door de ontdekking van de plasticiteit van de hersenen meer aandacht voor de relatie van hersenen, gedrag en omgeving.

Het derde aspect van het professionele discours betreft de spanning tussen de klinische praktijk en de Nederlandse richtlijnen. Deze hebben een sturend karakter voor de praktijk (Pols 2004). De clinicus mag immers alleen beredeneerd van richtlijnen afwijken. In de Amerikaanse richtlijnen komt een dergelijke bevoogding vanuit de beroepsgroep niet voor. De Amerikaanse zustervereniging stelt terecht dat de standaard voor behandeling ligt in de dialoog van dokter en patiënt. Wetenschappelijke opvattingen hebben vaak een sterke invloed op de klinische praktijk. Zo heeft Healey (1997) erop gewezen dat de (vermeende) specificiteit van antidepressiva mogelijk heeft geleid tot klinische blikvernauwing. Op basis van klinische ervaring had de psychiatrie volgens hem antidepressiva beter als een tonicum kunnen aanbevelen, zodat aanvullende (psychosociale) interventies meer aandacht zouden hebben gekregen.

Ten slotte volgt de dokter-patiëntdialoog, waarin de ervaringskennis van de patiënt en de wetenschappelijke kennis van de psychiater op uitdagende wijze interacteren. In het informatietijdperk is deze dialoog door democratisering van de kennis kritischer geworden. De psychiater als autoriteit heeft aan gezag ingeboet. Daarnaast zoeken veel psychiatrische patiënten hun heil in alternatieve geneeswijzen. Daardoor wordt de reguliere psychiatrie een spiegel voorgehouden. Wordt een technische visie op de patiënt en zijn stoornis begunstigd ten nadele van de patiënt als persoon en relationele factoren? Denk aan het pleidooi van Hodiomont (2003) voor de psychiater als specialist in de arts-patiëntrelatie. Matching van het ervaringsverhaal van de patiënt en het diagnostisch (wetenschappelijke) verhaal van de psychiater is zeer belangrijk.

Als beide zielen 'ervaring en onderzoek' zich roeren in de borst van de psychiater, wil de ene zich vaak van de andere scheiden. Het beproefde biopsychosociale model biedt dan een goed tegenwicht: ten eerste omdat de patiënt als individu (beleving en gedrag) centraal staat en ten tweede omdat drie samenhangende niveaus en hun onderlinge beïnvloeding worden beschreven (Engel 1980). Dit model schraagt de identiteit van de psychiater en het gaat reductionismen tegen. Van belang is dat de herziene profiel-schets psychiater in de geest van dit model is geschreven. Bovendien is het goed om te constateren dat de psychiater als 'hersenspecialist' (uit de conceptversie) het niet heeft gehaald. Wanneer men denkt dat een psychiater zich wezenlijk bezighoudt met 'directe of indirecte beïnvloeding van hersenfuncties', dan is er sprake van

LITERATUUR

- Akil, H., & Watson, S.J. (2000). Science and the future of psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 57, 86-87.
- Engel, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Healy, D. (1997). *The Antidepressant Era*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hodiamont, P. (2003). De psychiater als medisch specialist (Redactioneel). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 185-186.
- Pols, J. (in druk). Richtlijnen als opdracht of als hulpmiddel. In A. Kaasenbrood & T. Kuipers (Red.), *Dilemma's in de praktijk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- een anachronistische en reductionistische visie, die de relatie ervaring-onderzoek verstoort. Waarom zou een accentverschuiving in de wetenschappelijke belangstelling moeten leiden tot een identiteitsverandering van de psychiater? Dan zou 'genetisch specialist' wellicht nog beter zijn geweest. Hoe dan ook, de herziene profielschets psychiater lijkt gelukkig weer veel op die uit 1996.