

Biologische psychiatrie

H. D'HAENEN

Recente discussies in België over erkenningscriteria en opleiding van specialisten in de psychiatrie brachten aan het licht dat de term 'biologische psychiatrie' door sommige collega's wordt opgevat als organische psychiatrie of als neuropsychiatrie. Met andere woorden, psychiatrische manifestaties op basis van manifeste hersenpathologie of psychiatrie ten gevolge van neurologische aandoeningen. Het lijkt mij niet de lading te dekken.

De term psychiatrie (eigenlijk 'psychiaterie') blijkt voor het eerst te zijn gebruikt door de Duitse arts J.C. Reil in 1802. Wanneer de term 'biologische psychiatrie' voor het eerst werd gebruikt, heb ik niet kunnen achterhalen. In de grote van Dale heet het dat biologische psychiatrie een psychiatrie is 'die aan een psychose ook een biologische oorzaak toekent'.

De basis van de biologische psychiatrie is uiteraard terug te voeren tot de bevindingen omtrent het hersensubstraat van bepaalde dementiebeelden (paralysis generalis, ziekte van Alzheimer ...) en tot somatische vormen van behandeling die aan de ontwikkeling van de psychofarmacotherapie vooraf zijn gegaan (malaria-therapie, 1917; insulino-therapie, 1933; cardiazolshock, 1935; leucotomie, 1936; elektroconvulsieve therapie, 1938). Het is evident dat deze therapievormen zich richtten op de 'majeure' psychiatrische stoornissen, zoals dat het geval was voor de oorspronkelijke neuroleptica en antidepressiva. Daarnaast zijn er de psychofysiologische inzichten van bijvoorbeeld Pavlov, die voornamelijk hun toepassing vonden in de neurosen, of die van Cannon, die op hun beurt sterk de ontwikkelingen in de psychosomatiek hebben beïnvloed. Ondanks alle beperkingen van de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-III, III-R, IV, IV-TR, ...) lijkt mij een van de belangrijke innovaties het wegvallen van het onderscheid tussen organische en functionele psychiatrische stoornissen, tussen psychosen en neurosen, tussen psychopathologische syndromen en persoonlijkheidsstoornissen.

Ter gelegenheid van het tiende Annual Forum van het Belgian College of Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry, dat in 1987 door wijlen collega Hugo De Cuyper in Leuven werd georganiseerd, zei ik bij mijn inleiding dat biologische psychiatrie niet een manier was van psychiatrie bedrijven, in de therapeutische zin van het woord. Ik ben van deze stelling helemaal teruggekomen. Want inderdaad: de inzichten van Kandel, dat alle psychische processen voortkomen uit de werking van de hersenen, dat genen een belangrijke mate van invloed uitoefenen op gedrag, dat leren wijzigingen in genexpressie veroorzaakt en dat deze op hun beurt tot veranderingen in neuronale connecties leiden, vormen in mijn ogen het eigenlijke conceptuele kader van de biologische psychiatrie. Als de psychiater van morgen een eigen

identiteit wil bewaren, is het hoog tijd dat hij deze inzichten tot de zijne maakt.

Binnen een aldus geconceptualiseerde psychiatrie staan farmacotherapie, psychotherapie en andere vormen van (somatische) therapie naast elkaar. Om te weten wat te doen en wat we doen is een grondige herziening van het theoretische opleidingscurriculum van de psychiatrie onontbeerlijk. Ik zal wat voorbeelden noemen: wetenschapsfilosofie en grondige inzichten in (functionele) neuroanatomie en beeldvorming, neurochemie, neuro-endocrinologie, neuro-immunologie, psychofysiologie, neuropsychologie, neurogenetica, psychotherapie en farmacotherapie moeten behoren tot de theoretische basisopleiding. Het lijkt mij, zeker wat de psychotherapie betreft, niet wenselijk dat een gespecialiseerde opleiding in een of andere therapievorm tot de basisopleiding behoort. Begrippen als empathisch luisteren, tegenoverdracht en cognitieve distorsies zijn schooloverschrijdend en onontbeerlijk. Er zijn bijzonder boeiende nieuwe inzichten in dromen, de gedoodverfde psychoanalytische koninklijke weg naar het onbewuste: ook dit is een schooloverschrijdend gegeven waarvan elke psychiater in spe moet weten wat er tot op heden over bekend is.

Het grote belang van weinig-specifieke factoren in ons therapeutische armamentarium heb ik heel treffend ervaren bij het lezen van een vaststelling in de *Introduction à la Psychiatrie Biologique* (Tissot 1979): tussen 1833 en het einde van de negentiende eeuw bleek er in het Worcester Hospital, het oudste psychiatrisch ziekenhuis in de Verenigde Staten, een duidelijke parallel te bestaan tussen het aantal opnames en het aantal ontslagen. Het was de tijd van de *moral treatment* van onder anderen Tuke en Pinel. De ontdekking van de syfilitische origine van de *paralysis generalis* lag echter aan de basis van een nieuw paradigma voor de psychiatrie, waarbij de psychiatrische patiënten langer in het ziekenhuis gingen verblijven, in afwachting van een rationele behandeling. Nu bleek dat tussen het eind van de negentiende eeuw en 1950 in het Worcester Hospital het aantal opnames verdubbelde, terwijl het aantal patiënten dat in het ziekenhuis verbleef, vertienvoudigde ...

Ook diermodellen voor gedrag zijn een ondergewaardeerde bron van inzichten voor de psychiatrie. Op grond van bijvoorbeeld de inzichten die bij fundamenteel onderzoek rond verslaving bij dieren zijn verworven, is men genooddaakt anders aan te kijken tegen de verslavingsproblematiek.

De toekomstig psychiater moet ook gewapend zijn tegen de valse zekerheden die worden geboden door de plethora aan specifieke 'DSM-IV(-TR)-ziektes', waarvoor 'evidence' bestaat dat een bepaald medicijn beter is dan een placebo. In dat verband is de vol-

LITERATUUR

Tissot, R. (1979). *Introduction à la Psychiatrie Biologique*. Paris: Masson.

gende uitspraak van de filosoof Alain, die ik eveneens bij Tissot vond, uitermate relevant: 'Vanaf het moment dat de mens meer kan dan hij weet, kiest hij voor het kunnen en laat hij het weten'.

De taak voor de opleiders in de psychiatrie is een immense uitdaging.