

Reactie op 'De psychiater in spagaat' en 'De spagaat voorbij'

Het belang van Karl Jaspers

Naar aanleiding van de oproep van collega Milders (2005) tot deelname aan de discussie rond het artikel van Nieweg (2005) wil ik nogmaals de sleutelpositie van Karl Jaspers onderstrepen.

Zowel Nieweg als Van Tilburg (2005) onderstrepen het belang van Jaspers, maar verder dan het verschil tussen 'erklären' en 'verstehen' komt het niet.

In 1935 heeft Karl Jaspers 5 voordrachten in Groningen gehouden, die zijn gebundeld in het boekje *Vernunft und Existenz*, dat in 1997 is heruitgegeven in het Engels met een belangrijk nawoord van Vandevelde, die het gedachtegoed van Jaspers in verband brengt met het postmoderne denken van Lyotard, Derrida en Foucault (Jaspers 1997). Jaspers schetst hoe de menselijke Existenz grotendeels te begrijpen is met de Rede, maar vanuit die Rede nooit helemaal te grijpen is. Hij schetst een zich telkens herhalende pendelbeweging in de geschiedenis waarbij filosofen het menselijke 'Zijn' volledig proberen onder te brengen in het domein van de Rede, waarna men zich weer bewust wordt dat er een niet-rationeel deel overblijft dat niet de wetten van de Rede volgt en zich er ook niet aan laat onderwerpen. En dit niet-logische deel van het zelf wat zich niet door de Rede laat vangen en controleren is het meest natuurlijke deel.

Jaspers onderscheidt aan de menselijke psyche drie verschillende aspecten: het bewustzijn *an sich*; de geest als het geheel van denken, willen en handelen; en het deel dat hij 'de empirische Existenz' noemt. Hiermee wordt de ervaringswereld of belevingswereld bedoeld. Voor iedereen immers heeft een woord of een voorwerp een andere betekenis. Zo staat 'Auschwitz' voor de één symbool voor de meest mensonterende gebeurtenis uit de menselijke geschiedenis, is het voor de ander verbonden met schaamte en schuld, en prijst een reis-

bureau het aan als een interessante reisbestemming bij een bezoek aan Krakau en omgeving. Één en hetzelfde woord kan dus voor ieder individu een volstrekt verschillende betekenis hebben, en deze ervaring van persoonlijke betekenis vindt plaats in interactie met de omringende realiteit. De mens staat dus op een dynamische wijze zingend en betekenisverlenend in het leven. Die betekenis is dus niet constant in de tijd, zoals we bij onszelf kunnen onderkennen. De werkelijkheid, door Jaspers gedefinieerd als het Alomvattende (het geheel van de substantiële werkelijkheid plus het geheel van gedachten en voorstellingen, dus de metafysische werkelijkheid) verandert voortdurend en onze empirische Existenz dus ook. Bij Jaspers blijft de empirische Existenz zo belangrijk, omdat de mens van daaruit weer zin en waarde kan ervaren aan het verloop van zijn leven, en zijn leven verder kan ontwerpen. Wat als waardevol wordt ervaren in het leven volgt dus uit het ervaren van zin en betekenis.

Dit is echter niet te meten, en in dit tijdperk van *evidence-based* psychiatrie lijkt het niet van waarde en dus niet waar. Terwijl voor ieder individu de persoonlijke betekenis de enige echt waardevolle betekenis is. Het heeft dus alle relevantie voor de psychotherapie. Het is de enige echt zinvolle entree. Samen uitzoeken wat die persoonlijke betekenissen zijn door je te verdiepen in die empirische Existenz van de patiënt, om zo te komen tot een meer bewuste en voor betrokkene meer zinvolle afweging van eigen keuzen in het leven. Door deze subjectieve betekenisverlening te benadrukken legt Jaspers een waardevol fundament voor een existentiële psychotherapie, die naar mijn smaak een meerwaarde heeft boven het reductionistische protocol van de huidige cognitieve therapie.

De huidige psychiatrie wordt zowel in de biologische psychiatrie als in de cognitieve therapie gekenmerkt door een reductionisme, waarbij het kind met het badwater lijkt te worden weggespoeld. Van de buitenkant de menselijke existentie benaderen met kennis die alleen verkregen is door wetenschappelijke bewijsvoering, en in therapie

alleen het denken corrigeren, mist dus juist de essentie waar het in de menselijke empirische Existenz om gaat, en blijft daardoor steken in een ‘buitenkantpsychiatrie’. Het heeft in zijn beperkte inzichten de individuele patiënt eigenlijk onvoldoende te bieden.

Moeten psychiaters trouwens alleen in de evidence-based psychiatrie geschoold worden, en dus trots zijn op hun identiteit als medicus, of zouden ze niet ook een filosofische vorming en identiteit moeten krijgen? Met een meer beschouwende houding, het serieus nemen van de patiënt in zijn levensverhaal en hem respecteren in zijn vrijheid om zijn eigen keuzen te maken vanuit zijn persoonlijke betekenis, uiteraard zonder anderen onnodig te schaden – zo ontstaat er weer een zinvolle en inspirerende psychotherapie.

Nieweg schetst de twee verschillende benaderingen, waarbij de ene uiteraard van belang blijft voor de psychiatrie en de andere essentieel is voor een zinvolle psychotherapie. Beide zijn zinvol, maar wel van een wezenlijk andere aard. Het meest wezenlijke aan de menselijke existentie valt nu eenmaal niet van buitenaf te grijpen, maar dient vanuit een filosofische verkenning van binnenuit te worden benaderd.

Meten leidt wel tot weten, maar veel kennis leidt niet altijd tot inzicht.

LITERATUUR

- Jaspers, K. (1997/1953). *Reason and Existenz*. Milwaukee: Marquette University Press.
- Milders, C.F.A. (2005). Dokter Jip en dokter Janneke. Commentaar op Nieweg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 697-699.
- Nieweg, E.H. (2005). De psychiater in spagaat – over de kloof tussen natuur- en geesteswetenschappelijke psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 239-248.
- Tilburg, W. van. (2005). De spagaat voorbij. Commentaar op Nieweg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 249-251

G.M.M.L. FRIJNS, zelfstandig gevestigd psychiater

ANTWOORD aan Frijns

Het is verheugend dat Milders (2005) in zijn commentaar op mij (Nieweg 2005b) oproept om de discussie over de theoretische grondslagen van de psychiatrie voort te zetten, en dat Frijns hierop reageert door het belang van Jaspers te benadrukken. Op enkele punten in zijn reactie wil ik hier ingaan.

Terecht wijst Frijns, geïnspireerd door Jaspers, een reductionistisch psychiatrisch mensbeeld af waarin de mens slechts bestaat voor zover hij kenbaar en meetbaar is. Op dit punt ondersteunt Frijns mijn betoog in ‘De psychiater in spagaat’ (Nieweg 2005a). Immers, wanneer de mens een belangrijke betekenisgevende, niet-meetbare kern heeft, die relevant is voor wat psychiaters doen, dan zal de psychiatrie nooit een geheel natuurwetenschappelijke discipline kunnen worden, maar zich ten dele moeten baseren op een vorm van wetenschap die met die kern uit de voeten kan: de geesteswetenschappelijke.

Ik vrees echter dat Frijns doorschiet naar de andere kant. Mijns inziens verdient de mens als betekenisverlenend en existentieel wezen een belangrijke plaats in de psychiatrie, naast (onder meer) de mens als haperend biologisch apparaat en de mens als foutief geprogrammeerd cognitief wezen. Frijns lijkt echter de eerste invalshoek te propageren als ‘de ware’ voor de psychiatrie. Zo wordt een nieuw dogma ingevoerd, iets waar Jaspers juist altijd tegen gestreden heeft. Op dit pluralisme van Jaspers wordt in de moderne ‘*philosophy of psychiatry*’ de nadruk gelegd (bijvoorbeeld Ghaemi 2003). De dogmatische psychiater gaat uit van één (superieure) benadering voor al zijn patiënten, de pluralistische psychiater zal voor de individuele patiënt willen beoordelen welke benadering het meest zinvol is: zoeken naar betekenis, geprotocolleerd werken met cognities, farmacotherapie, enzovoorts. ‘De clinicus heeft zijn waarde te tonen in het beoordelen welk betrekkingssysteem het belangrijkste is’, vond ook Rümke (1957a, p. 128). Uitgaande van dit in ‘De psychiater in spagaat’ beschreven pluralisme kan dus niet

algemeen gesteld worden dat de cognitieve therapie, als ‘buitenkantpsychiatrie’, de patiënt onvoldoende te bieden heeft. Voor nogal wat patiënten zijn de beperkingen van de ‘buitenkantpsychiatrie’ juist een kracht. De ene patiënt heeft meer aan existentiële psychotherapie, de andere meer aan cognitieve therapie. Er is pas sprake van een schadelijk reductionisme wanneer de psychiater geen oog heeft voor het levensverhaal en de betekenisgeving van de patiënt, en dus de afweging niet kan maken.

Frijns vraagt zich verder af of psychiaters niet een filosofische scholing zouden moeten krijgen. De psychiater en filosoof Jaspers bepleitte uiteraard het belang van de filosofie voor de psychiatrie, in het bijzonder om verwarring en misvattingen te voorkomen: ‘If anyone thinks he can exclude philosophy and leave it aside as useless he will eventually be defeated by it in some obscure form or other’ (Jaspers 1997/1913, p. 770). Het probleem is echter dat er al zo véél van de psychiater (in opleiding) gevraagd wordt. Ik verwacht meer van discussies als de onderhavige in het *Tijdschrift voor Psychiatrie*, die de interesse prikkelen en de aandacht vestigen op het belang van filosofie voor de psychiatrie, dan van een verplichte cursus.

In de reactie van college Frijns komt en passant een interessant punt aan de orde: de rol van de tijdgeest in de psychiatrie. Rümke was van mening: ‘... dat de ontwikkeling der psychiatrie slechts zeer ten dele op de autonome ontwikkeling van wetenschappelijke theorieën berust, doch voor het grootste deel wordt bepaald door de heersende ideeën, vooral levensbeschouwelijke, in een bepaald tijdvak’ (Rümke 1957b, p.201). Ook voor Jaspers was de rol van de tijdgeest groot: ‘Any therapy which wins success will be highly characteristic of the people of that time; it will have the contemporary features of its patients’ (Jaspers 1913/1997, p.806). De psychiater die verder wil kijken dan de tijdgeest vindt bij Jaspers vele inzichten, die van blijvende waarde zijn.

LITERATUUR

- Ghaemi, S.N. (2003). *The concepts of psychiatry*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Jaspers, K. (1997/1913). *General Psychopathology*. Baltimore/London: The Johns Hopkins University Press. Vertaling van *Allgemeine Psychopathologie* (7de druk, 1997).
- Milders, C.F.A. (2005). Dokter Jip en dokter Janneke. Commentaar op Nieweg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 697-699.
- Nieweg, E.H. (2005a). De psychiater in spagaat – Over de kloof tussen natuur- en geesteswetenschappelijke psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 239-248.
- Nieweg, E.H. (2005b). Wat wij van Jip en Janneke kunnen leren. Over reïficatie (verdinglijking) in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 687-696.
- Rümke, H.C. (1957a). Het levenswerk van Kraepelin. In *Derde bundel studies en voordrachten over psychiatrie* (pp.119-130). Amsterdam: Scheltema & Holkema, 1958.
- Rümke, H.C. (1957b). De ontwikkeling der psychiatrie in het tijdvak 1907-1957. In *Derde bundel studies en voordrachten over psychiatrie* (pp.195-236). Amsterdam: Scheltema & Holkema, 1958.

E. H. NIEWEG, kinder- en jeugdpsychiater

Reactie op ‘Imago’

In het redactioneel van het decembernummer 2005 breekt collega van Balkom een lans voor het *evidence-based* werken in de psychiatrie (Van Balkom 2005). Hij stelt dat de *evidence-based* psychiatrie lijdt aan een imago probleem, waardoor behandelrichtlijnen niet of nauwelijks worden opgevolgd en zelfs het overgrote deel van de patiënten geen goede behandeling krijgt. De lezer krijgt de indruk dat psychiaters maar wat aanrommelen. Van Balkom noemt als reden voor het slecht volgen van richtlijnen de moeilijke implementeerbaarheid in de praktijk, daarbij suggererend dat dat aan de richtlijnen ligt. Ons inziens is dat onvermijdelijk, aangezien de richtlijnen nauwelijks zijn gebaseerd op de praktijk, maar vooral op gegevens uit gerandomiseerd klinisch onderzoek.

Dergelijk onderzoek is de onbetwiste stan-

daard voor het bewijzen van effectiviteit van behandelingen. De opzet en uitvoering ervan voldoet aan de strenge eisen van de registratieautoriteiten. Diezelfde eisen zorgen er echter ook voor dat dit soort onderzoek ver van de dagelijkse psychiatrische praktijk staat, doordat de deelnemers streng geselecteerd zijn. Kinderen en ouderen worden veelal geëxcludeerd, deelnemers zijn minder ernstig ziek, hebben geen comorbiditeit, gebruiken geen andere (genees)middelen, zijn therapietrouw – kortom, zij lijken weinig op de patiënt die juist zo vaak in de praktijk voorkomt. Recent Amerikaans onderzoek toonde aan dat slechts 14% van de patiënten die behandeld worden voor ‘major depression’ mee zouden mogen doen aan een klinisch onderzoek (Zimmerman e.a. 2002). Ook zijn er nogal eens verschillen tussen de doseringen van geneesmiddelen die in klinisch onderzoek worden gebruikt en die in de praktijk (Hugenholtz e.a. in druk). Daarnaast wordt het meeste onderzoek gedaan naar niet al te complexe aandoeningen waar het meeste (commerciële) succes te verwachten is, terwijl de medicus practicus graag geholpen wil worden bij bijvoorbeeld de behandeling van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis of met een agressieve gedragsstoornis. Dus richtlijnen zijn noodzakelijkerwijs vaak gebaseerd op onvolledig onderzoek waarvan onduidelijk is of de uitkomsten ervan te vertalen zijn naar de ‘echte’ patiënten die we in de praktijk van alledag behandelen.

Moeten richtlijnen dan maar genegeerd worden? Zeker niet! Het ontwikkelen van richtlijnen die gebaseerd zijn op het best beschikbare wetenschappelijke bewijs is essentieel voor de moderne psychiatrie. Wij hebben echter wel begrip voor het feit dat die richtlijnen niet altijd voldoen in de praktijk. Dat is niet alleen omdat psychiaters ze niet volgen, maar heel vaak omdat ze dat niet kunnen, omdat ze uit ervaring weten dat behandelingen in de praktijk andere effecten hebben dan in de laboratoriumomstandigheden van het klinisch onderzoek.

De uitdaging is om de kennis en ervaring van psychiaters te gebruiken om de beschikbare ‘evi-

dence’ beter aan te laten sluiten bij de praktijk. Door meer onderzoek in de praktijk te doen, in trials met niet-geselecteerde populaties, door middel van observationeel onderzoek bij patiënten met complexe aandoeningen, en door systematisch registreren van de effecten van behandelingen in de praktijk moet ‘evidence-based medicine’ worden aangevuld met ‘medicine-based evidence’ (Heerdink e.a. 2004). Dit levert niet alleen nieuwe wetenschappelijke inzichten op, maar psychiaters kunnen op deze manier ook hun handelen toetsen en hun eigen praktijk als inspiratie gebruiken om de richtlijnen systematisch te verbeteren.

LITERATUUR

- Balkom, A.J.L.M. van. (2005). *Imago*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 47, 825-826.
- Heerdink, E.R., Stolker, J.J., Meijer, W.E., e.a. (2004). Need for medicine-based evidence in pharmacotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 184, 452.
- Hugenholtz, G.W.K., Heerdink, E.R., Stolker, J.J., e.a. (in druk). Haloperidol dose when used as active comparator in randomised controlled trials with atypical antipsychotics in schizophrenia: comparison with officially recommended doses. *Journal of Clinical Psychiatry*, (in press).
- Zimmerman, M., Mattia, J.I., & Posternak, M.A. (2002). Are subjects in pharmacological treatment trials of depression representative of patients in routine clinical practice? *American Journal of Psychiatry*, 159, 469-473.
- E.R. HEERDINK, Disciplinarygroep Farmaco-epidemiologie & -therapie, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, Utrecht.
- J.J. STOLKER, Disciplinarygroep Farmaco-epidemiologie & -therapie, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, Utrecht; Altrecht Geestelijke Gezondheidszorg, Den Dolder.
- A.C.G. EGBERTS, Disciplinarygroep Farmaco-epidemiologie & -therapie, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, Utrecht.

ANTWOORD aan Heerdink, Stolker en Egberts

Ik ben het eens met de collega's Heerdink, Stolker en Egberts dat bepaalde aspecten van de huidige richtlijnen de toepasbaarheid ervan bemoeilijken in de klinische praktijk. Een van deze aspecten is inderdaad het ontwikkelen van richtlijnen op basis van *randomized controlled trials* (RCT's). Richtlijnen zijn gelukkig niet 'statisch'. Ze zullen dus regelmatig aangepast worden op basis van nieuw onderzoek en van eisen die de klinische praktijk stelt.

Wat betreft de inclusiecriteria van RCT's is het verheugend te merken dat de belangrijke internationale psychiatriebladen hun strikte eisen ten aanzien van de zuiverheid van de patiëntenpopulatie bijstellen. Men accepteert steeds vaker populaties die geïncludeerd zijn op basis van één hoofddiagnose, terwijl de patiënten tevens allerlei nevend diagnoses mogen hebben. Dat betekent dat er op redelijke termijn RCT's ter beschikking komen waar patiëntengroepen zijn geïncludeerd die beter lijken op die in de reguliere klinische praktijk dan nu het geval is. De suggestie om meer onderzoek te doen bij groepen patiënten met complexe aandoeningen, bijvoorbeeld door middel van het systematisch registreren van het effect van behandelingen in de reguliere praktijk kan ik alleen maar van harte ondersteunen. Het is niet alleen een goede manier om zicht te krijgen op behandel effecten bij complexe groepen, maar dit draagt ook bij tot implementatie van richtlijnen.

Het feit dat een kleine minderheid van onze patiënten in de huidige RCT's vertegenwoordigd is doet echter niets af aan het harde gegeven dat het opvolgen van richtlijnen in de klinische praktijk met gelijke financiële middelen een beter resultaat geeft. Mogelijk zal het implementeren van aangepaste richtlijnen in de toekomst nog verder leiden tot een verbetering van de resultaten van onze zorg.

A.J.L.M. VAN BALKOM