

Reactie op 'Chronischevermoeidheidssyndroom: een psychoneuro-immunologisch perspectief' (1)

Als betrokken onderzoeker en behandelaar respectievelijk patiënt en literatuuronderzoeker hebben wij het artikel van Van Houdenhove en Heijnen (2009) met interesse en aandacht gelezen. De strekking van hun betoog en de onderbouwing van de auteurs hebben ons doen besluiten te reageren.

Naar onze mening vermelden de auteurs enkele relevante studies ten onrechte niet in hun betoog. Het gevolg is dat hun stellingname voor kritiek vatbaar is en dat de lezers volgens ons een verkeerd beeld krijgen van de huidige stand van zaken betreffende myalgische encefalomyelitis ofwel chronischevermoeidheidssyndroom (ME/CVS), een ziekte die volgens de Amerikaanse Centers for Disease Control and Prevention qua ernst te vergelijken is met congestief hartfalen, multiple sclerose en nierziekte in de eindfase.

Van Houdenhove en Heijnen baseren hun betoog ten dele op onderzoek dat werd uitgevoerd op ratten (cytokine- en inflammation-induced sickness behavior) en stellen dit 'ontstekingsgedrag' voor als nieuw onderwerp voor toekomstig onderzoek als het gaat om ME/CVS. Dit onderzoeksstadium is echter al gepasseerd, omdat veelvuldig is aangetoond dat intracellulaire ontstekingen en oxidatieve en nitrosatieve stress de hoofdrol spelen in de pathofysiologische verklaring van de karakteristieke symptomen van ME/CVS. Deze auteurs vinden het dus belangrijker om te verwijzen naar onderzoek bij ratten dan naar het verder gevorderd onderzoek bij patiënten met ME/CVS.

Een samenvatting van de recentste literatuur op psychoneuro-immunologisch (PNI) gebied werd gepubliceerd in *Current Opinion in Psychiatry* (Maes 2009). Diverse onderzoekers hebben aangetoond dat de symptomen die kenmerkend zijn voor ME/CVS, zoals pijn, moeheid, inspanningsintolerantie, malaise na inspanning, verstoorde herstelcapaciteit, gastro-intestinale symptomen en neurocognitieve klachten, grotendeels het

gevolg zijn van intracellulaire inflammatie, oxidatie (schade aan vetzuursamenstelling van celmembranen, eiwitten en DNA als gevolg van oxidatieve en nitrosatieve stress), gastro-intestinale problemen (zoals gut-derived inflammation) en auto-immuniteit én niet van intrapsychische conflicten of specifieke stress, zoals sommige psychiaters ons willen doen geloven.

Wij vinden het een omissie dat Van Houdenhove en Heijnen deze en andere relevante literatuur niet citeren. Immers, zij laten zonder inhoudelijke argumenten de consensus verkregen in talloze PNI-studies bij ME/CVS-patiënten weg uit hun overzicht, terwijl zij wel verwijzen naar dergelijk onderzoek bij ratten. Bovendien interpreteren zij dit rattenonderzoek niet correct. Immers, sinds 1993, toen het eerste artikel over de gelijkenis tussen sickness behavior en de 'psychosomatische' symptomen bij depressie werd gepubliceerd, tot nu (referenties in Maes 2009), is de theorie dat sickness behavior bij ratten een model van depressie is. De kenmerken daarvan zijn o.a. psychomotorische retardatie, anorexie, gewichtsverlies, anergie en anhedonie. Bovendien verwijzen de auteurs niet naar de ware ME/CVS-modellen bij ratten, die ook gekenmerkt worden door ontstekingen en oxidatieve en nitrosatieve stress. Het is ook merkwaardig dat de auteurs liever Amerikaanse onderzoekers citeren dan de meer geciteerde Belgische onderzoeksgroep die als eerste aantoonde dat inflammatie en cytokinen een rol spelen bij depressief gedrag (referenties in Maes 2009).

Die selectieve citatie is niet alleen wetenschappelijk onaanvaardbaar, maar is een vrijbrief om patiënten met ME/CVS een biomedische diagnose en behandeling te onthouden. Dit is relevant omdat een van de auteurs (Van Houdenhove) patiënten met ME/CVS behandelt in een van de Belgische CVS-referentiecentra. Patiënten in die centra worden alleen behandeld met cognitieve gedragstherapie (CGT) en graduele inspanningstherapie (GET). Die behandeling met CGT/GET wordt nog steeds gerechtvaardigd door het psychosociale verklaringsmodel van ME/CVS, hoewel

dit model meerdere keren ontkracht is (Twisk & Maes 2009). Blijkbaar levert het huidige artikel van Van Houdenhove en Heijnen een nieuwe rechtvaardiging om geen biologische diagnose te stellen en geen biologische behandeling in te stellen, namelijk het argument dat er in hun ogen onvoldoende PNI-gegevens beschikbaar zouden zijn.

De evaluatie van het succes van de CGT/GET-aanpak door de Belgische overheid laat dan ook niets aan duidelijkheid te wensen over: gemeten naar objectieve maatstaven werkt die aanpak volledig averechts. De cardiopulmonaire inspanningscapaciteit verbetert niet, terwijl de arbeidsparticipatie zelfs afneemt (Twisk & Maes 2009). Uit grootschalige onderzoeken in het Verenigd Koninkrijk, Schotland, Noorwegen en Nederland blijkt dat veel patiënten als gevolg van CGT/GET achteruitgaan. We hebben tevens in een wetenschappelijke publicatie aan de hand van patiëntenbesprekingen aangetoond dat patiënten die behandeld worden met CGT/GET in deze referentiecentra eigenlijk lijden aan een zwaar invaliderende ziekte die het gevolg is van de reeds genoemde intracellulaire ontstekingen, oxidatieve en nitrosatieve stress, een 'lekkende' darm (*gut-derived inflammation*) en auto-immuniteit, afwijkingen die niet worden onderzocht in de referentiecentra (Maes & Twisk 2009). Een PNI-diagnose is dan ook obligaats om de toestand van de patiënt met ME/CVS te omschrijven (Maes & Twisk 2009). Aangetoond is ook dat CGT/GET de toestand van de patiënten verslechtert, vooral omdat GET en lichamelijke inspanningen de ontstekingen en de oxidatieve en nitrosatieve stress verder versterken (Twisk & Maes 2009).

LITERATUUR

- Maes, M. (2009). Inflammatory and oxidative and nitrosative stress pathways underpinning chronic fatigue, somatization and psychosomatic symptoms. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 75-83.
- Maes, M., & Twisk, F. (2009). Chronic fatigue syndrome: la bête noire of the Belgian Health Care System. *Neuro Endocrinology Letters*, 30, July issue.

Twisk, F., & Maes, M. (2009). A review on cognitive behavioral therapy (CBT) and graded exercise therapy (GET) in myalgic encephalomyelitis (ME) / chronic fatigue syndrome (CFS): CBT/GET is not only ineffective and not evidence-based, but also potentially harmful for many patients with ME/CFS. *Neuro Endocrinology Letters*, 30, July issue.

AUTEURS

M. MAES is psychiater en werkzaam als medisch en financieel directeur van MCare4U, Antwerpen en directeur van Clinical Research Center Mental Health vzw (Klinisch Onderzoekscentrum Geestelijke Gezondheidszorg), OCMW, Antwerpen.

F.N.M. TWISK, stichting ME-de-patiënten, Limmen.

Correspondentieadres: prof.dr. M. Maes, Olmenlaan 9, 2610 Wilrijk, België.

E-mail: crc.mh@telenet.be

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Chronic fatigue syndrome: a psychoneuroimmunological perspective' (1)

ANTWOORD aan Maes en Twisk

Wij danken collega Maes en de heer Twisk voor hun kritische reactie. In ons antwoord gaan we in op enkele 'rode draden' die we in hun brief menen te ontwaren, met name betreffende de diagnose, de verklaringsmodellen, en de behandeling van CVS. We eindigen met een algemene bedenking.

In de wetenschappelijke literatuur is er een consensus dat CVS een klinische diagnose is waarvoor op dit ogenblik geen gevalideerde biologische test bestaat (zie bijv. Prins e.a. 2006). In dat licht vinden we dat de uitspraken van de auteurs over 'het niet stellen van een biomedische diagnose' elke wetenschappelijke grond missen. Moeten CVS-patiënten – die, zoals bekend, wanhopig op zoek zijn naar 'erkenning' van hun ziekte – dan allerlei experimentele (en meestal dure) tests worden aangesmeerd, die ze ook nog zelf moeten betalen? Bij zulke praktijken kunnen niet alleen wetenschappelijke, maar ook ernstige deontologische vraagtekens worden geplaatst.

Op het vlak van verklaringsmodellen hebben we de indruk dat Maes en Twisk etiologie en pathofysiologie onvoldoende onderscheiden. Een illustratie hiervan is hun bewering dat de CVS-symptomen grotendeels het gevolg zijn van ‘intracellulaire inflammatie’ en niet van ‘intrapsychische conflicten of specifieke stress’. Voor alle duidelijkheid: in het eerste deel van ons artikel focusten we op de etiologische rol van diverse stressoren bij de ziekte; het tweede gedeelte illustreerde recent onderzoek dat probeert, in een psychoneuro-immunologisch (PNI) perspectief, een licht te werpen op de ziektemechanismen. Deze twee invalshoeken combinierend, schoven we het concept ‘sickness behaviour’ (dat inderdaad uit het dieronderzoek afkomstig is, maar wat de mens betreft nog in de kinderschoenen staat) naar voren als een interessante heuristische invalshoek om het symptomencomplex van CVS beter te begrijpen.

We zijn het overigens met de briefschrijvers eens dat de verbanden tussen CVS, depressie en immuun-geïnduceerde *sickness behaviour* ook op moleculair niveau verder opgehelderd dienen te worden. Voortgezet onderzoek daarover – bij dier én mens – juichen we alleen maar toe. De immunoloog van ons beiden verbaasde zich over het concept ‘intracellulaire inflammatie’. Uit cellulair oogpunt is deze term niet correct: inflammatie speelt zich per definitie niet af binnen een cel, maar is het resultaat van een samenspel tussen verschillende celtypen en hun producten.

Ook moeten we bekennen dat we het aanwijzen van een of ander stofje als ‘oorzaak’ van CVS niet erg serieus nemen. Al zo jaar duiken dergelijke ‘vondsten’ op in tijdschriften en worden ze door de media als ‘doorbraak’ rondgebaasd, maar dat heeft de ontsluiting van deze ziekte nog geen stap dichterbij gebracht. Zelf denken wij eerder aan een verstoring van complexe regelsystemen waardoor een verstoorde communicatie ontstaat tussen het zenuwstelsel, het hormonale stelsel en het immuunsysteem. Precies deze complexiteit maakt de oplossing van de ‘CVS-puzzel’ zo lastig, maar we zetten, met vele anderen, de zoektocht geduldig voort.

Maes en Twisk uiten verder nogal wat bezwaren tegen de behandeling van CVS zoals deze onder meer in de Belgische referentiecentra wordt toegepast. Niemand zal beweren dat cognitieve gedragstherapie en graduele oefentherapie een panacee zijn voor CVS. Echter, er is voldoende bewijs geleverd dat deze behandelstrategieën momenteel ongeveer het beste zijn wat we de patiënten kunnen bieden: ze stimuleren optimale zelfzorg, verbeteren bij velen het functioneren en de levenskwaliteit, en verhogen de kans op een natuurlijk herstelproces (Van Houdenhove 2009). Vanuit *evidence-based* perspectief vinden wij dat de uitspraken van de auteurs over ‘het niet instellen van biologische behandelingen’ geen hout snijden, erger nog: ze bevatten een verkapte aanmoediging tot onverantwoord therapeutisch experimenteren.

Tot slot vragen we ons af of het dualistische debat over CVS, waarvan de ingezonden brief getuigt, niet achterhaald is, vooral door de moderne stresswetenschap. Wij bepleiten om inflammatie en stress niet tegenover elkaar te stellen, maar roepen op om te kiezen voor een visie die psyche en soma verbindt; liever dan een eenzijdig-reductionistische houding waarin elke verwijzing naar ‘het verhaal van de patiënt’ ontbreekt (zie bijv. Maes e.a. 2007).

LITERATUUR

- Houdenhove, B. Van (2009). *Herwin je veerkracht. Omgaan met chronische vermoeidheid en pijn*. Tiel: Lannoo.
- Maes, M., Mihaylova, I., & Bosmans, E. (2007). Not in the mind of neurasthenic lazybones but in the cell nucleus: patients with chronic fatigue syndrome have increased production of nuclear factor kappa beta. *Neuro Endocrinology Letters*, 28, 456-462.
- Prins, J.B., van der Meer, J.W., & Bleijenberg, G. (2006). Chronic fatigue syndrome. *Lancet*, 367, 346-355.

AUTEURS

B. VAN HOUDENHOVE is als psychiater verbonden aan de Universitaire Ziekenhuizen Leuven en als buitengewoon hoogleraar Medische en Gezondheidspsychologie aan de

Faculteit Geneeskunde, KU Leuven.

C.J. HEIJNEN is neuro-immunoloog en als hoogleraar Psychoneuro-immunologie verbonden aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Correspondentieadres: prof. B. Van Houdenhove, Dienst Liaison-psychiatrie, UZ Leuven, Herestraat 49, B-3000 Leuven, België.

E-mail: boudewijn.vanhoudenhove@uz.kuleuven.ac.be.

Reactie op 'Chronischevermoeidheidssyndroom: een psychoneuro-immunologisch perspectief' (2)

Van Houdenhove en Heijnen (2009) geven vanuit hun vakgebied een visie op de actuele kennis over de oorzaken van het chronischevermoeidheidssyndroom (CVS). Soortgelijke visies, met de focus op stress, verschijnen regelmatig. De conclusies kunnen nogal variëren. Cho e.a. (2006) manen tot voorzichtigheid bij de interpretatie van gegevens en stellen dat de definitie van CVS nog verbetering behoeft. Wij vragen in dit verband aandacht voor verschillen in patiëntselectie als mogelijke verklaring voor de geringe consistentie in onderzoeksresultaten.

Van Houdenhove en Heijnen wijzen op de CVS-criteria van Fukuda e.a. (1994). In de literatuur worden evenwel ook andere criteria gebruikt, die een heel andere patiëntengroep opleveren. Uit onderzoek van Jason e.a. (2004) blijkt dat men met gebruik van de Fukuda-criteria onbedoeld een aanzienlijke psychiatrische problematiek zoals depressie en somatisatie toelaat, die bij gebruik van minder grove criteria zou afvallen. Recent onderzoek van het NIVEL laat zien dat de Fukuda-criteria ook aspecten onbelicht laten. Zo melden veel patiënten klachten zoals duizeligheid en moeite met zien (De Veer & Francke 2008).

In de praktijk leest men bovendien de randvoorwaarden slecht. Van Houdenhove en Heijnen zien bijvoorbeeld over het hoofd dat de criteria pas van toepassing zijn nadat afdoende medisch onderzoek is verricht. Voorts verwijzen zij naar studies, zoals die van Heim, die feitelijk niet refereren aan CVS, maar aan een veel omvangrijker

populatie met ongedifferentieerde vermoeidheidsklachten. Ook lijken de auteurs pijnovergevoeligheid te beschouwen als een klacht van CVS; dit komt als criterium echter niet voor. Typerende neurocognitieve klachten ontsnappen zo aan de aandacht.

De per keer sterk verschillende patiëntselecties verklaren waarom metingen nu eens de ene, dan weer de andere uitkomst opleveren. Het pleidooi van auteurs voor meer longitudinaal onderzoek is in die context gerechtvaardigd, maar niet voldoende. Statistische uitkomsten zijn immers betekenisloos als het onderzochte verschijsel niet helder is gedefinieerd.

In de ziekteclassificatie van de Wereldgezondheidsorganisatie verwijst CVS in de alfabetische lijst naar de neurologische code G93.3, postviraal vermoeidheidssyndroom, waaronder de ziekte myalgische encefalomyelitis (ME) staat vermeld. Deze ziekte van het centrale zenuwstelsel is, in tegenstelling tot CVS, wél eenduidig gedefinieerd. Wij pleiten daarom voor een diagnostisch protocol voor ME, voortbouwend op het werk van Carruthers e.a. (2003).

Was het gebruik van de term 'CVS' twintig jaar geleden om praktische redenen misschien gerechtvaardigd, thans – na tal van biomedische onderzoeksresultaten die beter passen bij een volwaardige ziektediagnose – lijkt CVS vooral een cultureel fenomeen geworden, en daardoor ongrijpbaar.

De rol van stress, waar Van Houdenhove en Heijnen veel aandacht aan besteden, valt bij de diagnose ME goed te begrijpen. Stress, ongeacht of deze een psychische of een lichamelijke oorzaak heeft, is een katalysator. Wie last heeft van stress is kwetsbaarder voor de gevolgen van virusinfecties. Andersom is het logisch dat bij een ziekte met chronische infecties en ontstekingen (Chia & Chia 2008), waarbij het immuunsysteem voortdurend actief is, de klachten door stress toenemen. Er is geen aanleiding om de oorzaak van de ziekte in stress te zoeken, net zo min als in persoonlijkheidsfactoren, traumatische ervaringen in de kindertijd, enzovoorts. Onderhoudende factoren zijn

bij ME bekend noch gevraagd. Tal van suggesties uit CVS-studies die zijn toe te schrijven aan onzuiverheden in de patiëntselectie kunnen zo vervallen.

LITERATUUR

- Carruthers, B.M., Jain, A.K., DeMeirleir, K.L., e.a. (2003). Myalgic encephalomyelitis / chronic fatigue syndrome: clinical working case definition, diagnostic and treatment protocols. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 11, 7-115.
- Chia, J.K.S., & Chia, A.Y. (2008). Chronic fatigue syndrome is associated with chronic enterovirus infection of the stomach. *Journal of Clinical Pathology*, 61, 43-48.
- Cho, H.J., Skower, H., Cleare, A., e.a. (2006). Chronic fatigue syndrome: an update focusing on phenomenology and pathophysiology. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 67-73.
- Fukuda, K., Straus, S., Hickie, I., e.a. (1994). The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Annals of Internal Medicine*, 121, 953-959.
- Houdenrove, B. Van, & Heijnen, C.J. (2009). Chronischevermoeidheidssyndroom: een psychoneuro-immunologisch perspectief. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 603-610.
- Jason, L.A., Torres-Harding, S.R., Jurgens, A., e.a. (2004). Comparing the Fukuda et al. criteria and the Canadian case definition for chronic fatigue syndrome. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 12, 39-52.
- Veer, A.J.E. de, & Francke, A.L. (2008). Zorg voor ME/ CVS-patiënten. *Ervaringen van de achterban van patiëntenorganisaties met de Gezondheidszorg*. Utrecht: NIVEL.

AUTEURS

G. DEN BROEDER is econometrist en voorzitter van de ME/ CVS Vereniging.

R. ARNOLDUS is maatschappijhistoricus.

Correspondentieadres: drs. G. den Broeder, Igor Stravinskisingel 50, 3069 MA Rotterdam.

E-mail: g.den.broeder@hccnet.nl.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Chronic fatigue syndrome: a psychoneuroimmunological perspective' (2)

ANTWOORD aan Den Broeder en Arnoldus

Wij danken de brieven schrijvers voor hun bedenkingen bij ons artikel. Ze getuigen van een grote betrokkenheid bij de chronischevermoeidheidsproblematiek, waarvan de impact in onze gezondheidszorg nog steeds onderschat wordt. Hun betoog omvat, in grote lijnen, twee thema's waarover we met hen in discussie willen treden.

Het eerste is als volgt samen te vatten: CVS en ME (myalgische encefalomyelitis) zijn niet hetzelfde. De CVS-diagnose, op basis van de veelgebruikte criteria van Fukuda e.a., definieert een brede groep van chronisch vermoeiden, van wie velen vermoeid zijn op 'psychiatrische' gronden. De ME-diagnose daarentegen moet worden voorbehouden voor een 'neurologische' ziekte die als zodanig door de Wereldgezondheidsorganisatie is erkend en geclassificeerd. Tal van CVS-studies zijn onzuiver omdat ze verzuimen dit cruciale onderscheid onder ogen te zien.

Tot op zekere hoogte kunnen we de auteurs volgen in hun bezwaren tegen de Fukuda-criteria. Deze leggen inderdaad een te eenzijdige klemtoon op de ubiquitaire klacht 'vermoeidheid', terwijl een belangrijker en wellicht ook specifiekere probleem voor CVS-patiënten is: *abnormale vermoeibaarheid* – een probleem dat op zijn beurt verwijst naar een globaal verlies van (fysieke, mentale en emotionele) belastbaarheid. Niet voor niets zeggen veel CVS-patiënten dat ze 'nergens meer tegen kunnen': inspanningen, drukte, lawaai, schel licht enzovoort zijn hun snel teveel. Als zij daar bewust tegen ingaan (want het is uiteraard geen kwestie van niet willen), moeten ze het achteraf bekopen met griepachtige malaisegevoelens die hen dwingen tot 'terugtrekkingsgedrag'. Kortom, hun lichaam lijkt dan te reageren met een immuungeïnduceerde *sickness respons*, zoals we dat in ons artikel hebben beschreven.

Is deze kritiek op de Fukuda-criteria een voldoende reden om een 'neurologische' ME te definiëren tegenover een 'psychiatrisch' CVS? Laten we duidelijk zijn: hier scheiden zich onze wegen. We weigeren de auteurs van de brief te volgen in

een dichotoom denken dat ingaat tegen de moderne neurowetenschappen (Van Houdenhove 2007).

Een vruchtbaarder optie lijkt ons een grondige herziening van de fukuda-criteria, waarin men een grotere nadruk legt op inspannings- en stressintolerantie. Zo zou *post-exertional malaise* in plaats van een facultatief criterium een hoofdcriterium moeten worden. Dit doet niet alleen meer recht aan de klinische realiteit van CVS, maar opent mogelijk ook nieuwe perspectieven voor psychoneuro-immunologisch onderzoek.

Dit brengt ons bij het tweede thema: stress. Allereerst zijn we blij dat de briefschrijvers dit concept niet banaliseren of de rol ervan bij CVS ontkennen – zoals dat in kringen van ME/CVS-patiëntenverenigingen maar al te vaak gebeurt. Tegelijk echter suggereren de auteurs dat veel meer gewicht moet worden toegekend aan ‘de gevolgen van virusinfecties’.

Dit laatste betwijfelen wij. Onder de talloze patiënten die een van ons (BVH) heeft gesproken bij een multidisciplinaire CVS-screening, rapporteerden velen een infectie als uitlokkende factor, maar bij vele anderen was er van voorafgaande infecties absoluut geen sprake. Bovendien waren deze beide ‘subgroepen’ met de beste wil van de wereld symptomatisch niet van elkaar te onderscheiden. Bij de grote meerderheid kwam wel – op den duur haast voorspelbaar – een karakteristieke voorgeschiedenis aan het licht: langdurige fysieke en/of psychische overbelasting, waarbij de betrokkene was doorgedaan tot zijn of haar lichaam, naar aanleiding van een of andere fysieke trigger (infectie, operatieve ingreep of langdurige slaapproblemen), ‘nee’ zei.

Maar toegegeven, om dergelijke betekenisvolle verbanden tussen CVS en ‘stress’ op het spoor te komen is er meer nodig dan het tellen van symptomen aan de hand van diagnostische criteria (van Fukuda of andere).

LITERATUUR

Houdenhove, B. Van (Red.) (2007). *Stress, het lijf, en het brein. Ziekten op de grens tussen psyche en soma*. Leuven: LannooCampus.

AUTEURS

B. VAN HOUDENHOVE is als psychiater verbonden aan de Universitaire Ziekenhuizen Leuven en als buitengewoon hoogleraar Medische en Gezondheidspsychologie aan de Faculteit Geneeskunde, KU Leuven.

C.J. HEIJNEN is neuro-immunoloog en als hoogleraar Psychoneuro-immunologie verbonden aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Correspondentieadres: prof.dr. B. Van Houdenhove, Dienst Liaisonpsychiatrie, UZ Leuven, Herestraat 49, B-3000 Leuven, België.

E-mail: boudewijn.vanhoudenhove@uz.kuleuven.ac.be.

Reactie op ‘Fenomenologie en wetenschap; over de grondslagen van de psychiatrie in Heideggers Zollikoner Seminare’

In hun interessante artikel proberen Velleman en De Wachter (2009) de filosofie van Heidegger in de *Zollikoner Seminare* te verbinden met de wetenschap en de praktijk van de psychiatrie. Zij stellen voor de psychiatrie te beschouwen als een *unitas multiplex*, een eenheid van natuurwetenschappelijke en fenomenologische methode. We willen hierbij twee kanttekeningen plaatsen. De eerste betreft de rol van Heidegger in hun betoog; de tweede de positie die de auteurs zelf innemen.

Velleman en De Wachter richten hun pijlen met behulp van Heidegger in eerste instantie op de biologische psychiatrie, of liever de dominantie van de neurowetenschappelijke oriëntatie (de ‘neurohype’). Echter, de *Zollikoner Seminare* bieden niet zozeer een kritiek op een ‘biologisch’ denken in de psychiatrie. Waar Heidegger zich wel herhaaldelijk tegen keert, is het causale denken binnen Freuds psychoanalyse en de psychologische theorievorming in het algemeen (Meynen 2006;

Meynen & Verburgt 2008). Volgens Heidegger denkt Freud namelijk in termen van oorzaak-gevolgrelaties over de psyche, meer in het bijzonder over de drift en het onbewuste. Het mentale leven zou daarbij als een mechanistisch proces worden opgevat. Heidegger (1987) schrijft bijvoorbeeld: 'Is de mens in de hele constructie van de freudiaanse libido-theorie überhaupt aanwezig? (...) De pogingen tot verklaring van menselijke fenomenen uit driften hebben het methodische karakter van een wetenschap, waarvan het onderwerp helemaal de mens niet is, maar de mechanica. Daarom is het principieel de vraag, of een zo door een niet-menselijke voorwerpelijkheid bepaalde methode überhaupt geëigend kan zijn, om over de mens als mens iets te zeggen.' Het is volgens Heidegger (1987) zelfs 'onmenselijk' om vanuit een causaal perspectief naar de mens te kijken: 'Denn ich bin doch kein Ablauf von Vorgängen, das ist unmenschlich.'

Deze citaten lijken niet in overeenstemming met Velleman en De Wachter (2009), die de natuurwetenschappelijke en fenomenologische methode omschrijven als 'twee verschillende toegangswijzen tot eenzelfde realiteit, namelijk de patiënt als persoon'. De mogelijkheid om op een causale manier de mens als persoon te benaderen is in de *Zollikoner Seminare* juist problematisch. Heidegger lijkt vooral een kritische distantie ten aanzien van de natuurwetenschappen te bevechten. In elk geval wordt nergens in de *Zollikoner Seminare* duidelijk hoe een causale benadering binnen de psychopathologie zinvol zou kunnen zijn. Heidegger biedt hier dan ook geen helder houvast om de door Velleman en De Wachter beoogde eenheid van de *unitas multiplex* te doordenken. De lijn van de auteurs lijkt eerder aan te sluiten bij de ook door hen genoemde Gadamer en Jaspers, dan bij de *Zollikoner Seminare*. Dat neemt natuurlijk niet weg dat het interessant kan zijn de *Zollikoner Seminare* op een nieuwe manier te interpreteren, maar dat vergt wel een uitgebreidere argumentatie dan die de auteurs nu geven.

Het tweede punt betreft de positie van Velleman en De Wachter zelf. We zijn het met hen eens dat de relatie tussen beide perspectieven ('verste-

hen' en 'erklären') verhelderd moet worden. De vraag is echter wat hierbij precies het uitgangspunt van de auteurs is. Enerzijds lijken ze te veronderstellen dat beide benaderingen 'gelijkwaardig' zijn. Het gaat immers niet alleen om 'twee verschillende toegangswijzen tot eenzelfde realiteit, namelijk de patiënt als persoon', maar zelfs om 'twee totaal verschillende methoden'. Terecht vragen zij zich daarbij af 'vanuit welk perspectief men (...) het onderscheid kan maken tussen erklären en verstehen'. Hun antwoord luidt: 'het onderscheid kan volgens ons gemaakt worden vanuit het standpunt van de redelijkheid' (een begrip dat zij aan Jaspers ontlenen). Deze redelijkheid is kennelijk wat beide benaderingen – in gelijkwaardigheid – overkoepelend verbindt.

Anderzijds lijken de auteurs aan te sluiten bij een consensus die zij signaleren in de continentale filosofie, namelijk dat 'de wetenschappelijke methode is gefundeerd in de 'verstehende' benadering (...) Elke verklaring is een vorm van verstaan, terwijl er vormen van verstaan zijn naast de causale verklaring. (...) In die zin kan men spreken van een funderingsrelatie.' Dit laatste impliceert een ongelijkwaardige relatie: het verstaan is meer fundamenteel dan de natuurwetenschappelijke benadering.

Milders (2009) lijkt in zijn commentaar de positie van Velleman en De Wachter ook op deze tweede manier te begrijpen. Volgens ons blijft de verhouding van erklären en verstehen echter onduidelijk. Is het één funderend voor het ander, of zijn ze juist gelijkwaardig en wortelen ze beide in het begrip redelijkheid?

LITERATUUR

- Heidegger, M. (1987). *Zollikoner Seminare*. Frankfurt am Main: Klostermann.
- Meynen, G. (2006). *Vrijheid en tijd. Het begrip herhaling in Heideggers Sein und Zeit*. Budel: Damon.
- Meynen, G., & Verburgt, J. (2008). Psychopathology and causal explanation in practice. A critical note on Heidegger's *Zollikon Seminars*. *Medicine, Healthcare and Philosophy*, 12, 57–66.
- Milders, C.F.A. (2009). Persoon-zijn als grondslag van de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 443–445.
- Velleman, S.A., & De Wachter, D. (2009). Fenomenologie en weten-

schap; over de grondslagen van de psychiatrie in Heideggers Zollikoner Seminare. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 7, 433-442.

AUTEURS

G. MEYNEN is als psychiater werkzaam bij GGZ inGeest Amsterdam en de faculteit Wijsbegeerte, VU, Amsterdam.

J.H.P. VERBURGT is als docent wijsgerige vorming verbonden aan de faculteit Wijsbegeerte VU, Amsterdam.

Correspondentieadres: dr. G. Meynen, Faculteit Wijsbegeerte, VU, De Boelelaan 1105, 1081 HV Amsterdam.

E-mail: g.meynen@ph.vu.nl.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Phenomenology and science. On the foundations of psychiatry in Heidegger's Zollikon Seminars'

ANTWOORD aan Meynen en Verburgt

In hun commentaar plaatsen Meynen en Verburgt twee kanttekeningen bij ons pleidooi voor een 'bidimensionele' psychiatrie. Allereerst stellen zij dat Heideggers denken in de Zollikoner Seminare überhaupt niet gebruikt kan worden voor een dergelijk project. Diens kritiek op causaliteit in het wetenschappelijk denken – vooral dan binnen de metapsychologie van Freud – zou te negatief zijn en geen ruimte bieden voor dat denken binnen de psychiatrie. Wetenschap bedrijven in de psychiatrie zou per definitie 'onmenselijk' zijn. Daarnaast stellen zij zich vragen rond de exacte verhouding tussen 'verstehen' en 'erklären'. Zijn beide gelijkwaardig of is de *verstehende* benadering funderend voor de wetenschappelijke rationaliteit?

Heideggers kritiek op de psychoanalyse lijkt ons voor het huidige denken over de grondslagen van de psychiatrie niet het vruchtbaarste uitgangspunt in de Zollikoner Seminare. Vóór zijn ontmoeting met Medard Boss kende Heidegger het werk van Freud niet. Zijn aanval op diens metapsychologie – niet altijd even subtiel gebracht – komt echter voort uit een reeds langer bestaande bezinning over wetenschap en techniek. In de Zollikoner Seminare past hij dit denken toe op de psy-

choanalyse, wat eigenlijk geen recht doet aan de psychoanalyse als klinische discipline, een veld waar Heidegger geen ervaring mee had. Daarom hebben we ons vooral gericht op Heideggers algemene kritiek op de wetenschappelijke methode en niet op zijn frontale aanval op Freud.

De vraag blijft echter overeind: kan men Heideggers denken gebruiken om recht te doen aan het wetenschappelijk denken binnen de psychiatrie? Het orthodoxe antwoord luidt radicaal: nee. Heidegger had zijn eigen filosofische project en daar hoorde het funderen van de psychiatrie op zowel wetenschap als fenomenologie niet bij. Wat Heidegger wel biedt, is een kritiek op wetenschap. Hij maakt duidelijk dat het wetenschappelijk denken niet de enige manier van denken is en dat er grenzen zijn aan haar toepassingsmogelijkheden: *'kein aufgeben der Wissenschaft, sondern [...] im Gegenteil, in ein besonnenes, wissendes Verhältnis zur Wissenschaft zu gelangen und deren Grenzen wahrhaft zu durchdenken [...] Alle unsere Erörterungen dürfen [...] keineswegs als wissenschaftsfeindlich aufgefasst werden. Die Wissenschaft als solche wird in keiner Weise zurückgewiesen. Nur ihr Absolutheitsanspruch, der Maßstab für alle wahren Sätze zu sein, wird als Anmassung abgewehrt'* (Heidegger 1987).

Dat is Heideggers bijdrage aan de psychiatrie, zijn denken bevrijdt de psychiater uit een dubbele rol en maakt deze bewust van zijn of haar methoden. Hoe die methoden zich dan tot elkaar verhouden, is niet meer Heideggers hoofdvraag, maar de onze. We volgen dus inderdaad een andere interpretatie van de tekst dan die van Meynen en Verburgt. De Zollikoner Seminare vormen volgens ons geen canon, maar een aanzet tot een hedendaagse dialoog tussen filosofen en psychiaters. Heidegger biedt een mooie voorzet, maar wij moeten zelf verder denken.

Over de precieze verhouding tussen 'verstehen' en 'erklären', of hoe de wetenschappelijke rationaliteit dan precies gefundeerd is in de *verstehende* benadering, bestaat nog geen adequate theorie die recht doet aan de eigenheid van beide perspectieven. Dit zou een mooi onderwerp vormen voor verder onderzoek binnen de filosofie van de

psychiatrie. Om niet te vervallen in een positivistisch, scientistisch discours waarbij men de fenomenologie reduceert tot informatie die wetenschappelijk verwerkt moet worden, en om niet het wetenschappelijk denken op te geven in naam van het postmodern filosofisch denken, hebben we gespeit voor een methodisch dualisme. In de literatuur hierover hebben wij weet van twee filosofen die op metaforische wijze over deze verhouding hebben trachten te denken.

Daar het ons relevant lijkt voor clinici gaan we hier kort op in. Allereerst is er Theo de Boer die spreekt van een ladder van het verstaan: we vertrekken in ons contact met de werkelijkheid altijd van boven op de ladder met een zeker uitzicht op de fenomenen. Als we iets niet begrijpen, dalen we een trede af en proberen we aan de hand van wetenschap meer duidelijkheid te krijgen over de ons omringende wereld. Daarnaast spreekt Stephan Strasser (1985) van een spiraal van het verstaan. *'While getting through the phases of Understanding I – Explanation – Understanding II, while apparently turning in a circle, our knowledge is enriched, refined, and broadened; it comes to rest on a higher level'*.

Zowel de Boer als Strasser benadrukt het primaat van 'verstehen' boven 'erklären': we vertrekken altijd vanuit een zeker zijnsverstaan. In het huidige denken in de psychiatrie vertrekt men veeleer vanuit het wetenschappelijk mens- en wereldbeeld, een inadequaate uitgangspunt, zoals Milders (2009) terecht opmerkt. Toch zijn er ook in de mainstreampsychiatrie kritische stemmen te horen, zo schrijft Kendler (2005) (tussen haakjes weliswaar): *'The pluralistic explanatory approach outlined in this essay assumes the natural scientific perspective that Jaspers termed 'explanation'. I do not here adress another highly relevant question – How does the information acquired from this relate to knowledge obtained, through empathy, from human relationships, through the proces termed 'understanding' by Jaspers?'*

Meynen en Verburgt maken duidelijk dat er over deze vragen nog veel te denken valt. Het lijkt ons evident dat psychiaters al deze problemen niet zelf kunnen oplossen. We hopen dat we met deze discussie een aanzet geven voor een ware interdis-

ciplinare dialoog waarin zowel filosofen als psychiaters als personen aanwezig kunnen zijn – en daarbij niet gereduceerd worden tot kopieën van het stereotiepe beeld dat de ene discipline heeft van de andere.

LITERATUUR

- Boer, Th. de (1997). Op weg naar een interpreterende psychologie. In Th. de Boer (Red.), *Pleidooi voor interpretatie*. (pp. 13-48). Amsterdam: Boom.
- Heidegger, M. (1987). *Zollikoner Seminare*. Frankfurt am Main: Klostermann.
- Kendler, K.S. (2005). Toward a philosophical structure of psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 433-440.
- Milders, C.F.A. (2009). Persoon-zijn als grondslag van de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 443-445.
- Strasser, S. (1985). *Understanding and explanation*. (pp. 31-33). Pittsburgh: Duquesne University Press.

AUTEURS

- S.A. VELLEMAN is arts in opleiding tot psychiater en werkzaam bij Dimence, afdeling Dubbeldiagnose, Zwolle.
- D. DE WACHTER is hoogleraar, psychiater-psychotherapeut en diensthoofd Systeemtherapie aan het Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven, Campus Kortenberg, 3070 Kortenberg.
- Correspondentieadres: dr. S.A. Velleman, Dimence, afdeling Dubbeldiagnose, Grasdorpstraat 6, 8012 EN Zwolle.
- E-mail: s.velleman@dimence.nl.