

# De psychopathogenetische reconstructie: een integratief concept

*door G. F. Koerselman*

## **Inleiding**

Het is in beginsel de taak van de psychiatrie mensen met psychische dysfuncties te genezen. Daartoe moeten psychiaters beschikken over systematische kennis van psychopathologische syndromen, pathogenetische processen en etiologische factoren. Op grond daarvan kunnen ze vervolgens proberen de etiologische factor uit te schakelen, het pathogeneseproces te verstoren of — tenslotte — de psychopathologische symptomen te verlichten. Deze werkwijze komt overeen met de benadering die ook in overige medische vakken vruchtbaar is gebleken. Vanouds echter worden psychiaters geconfronteerd met het probleem dat hun patiënten veelal immateriële en subjectieve klachten of symptomen naar voren brengen. Voor het verklaren van bijvoorbeeld motieven en emoties van patiënten kan men niet volstaan met inzicht in de materiële functies van het menselijk organisme; niet alleen de fysiopathogenetische, maar ook de psychopathogenetische processen zullen moeten worden gereconstrueerd.

Voor inzicht in fysiopathogenetische processen beschikken psychiaters over algemene medische kennis en over steeds meer specifieke bevindingen van de biologische psychiatrie. Op het gebied van psychopathogeneseonderzoek heerst echter een 'hesitancy between a blinding sectarianism and a dazed eclecticism' (Mangabeira Unger, 1982). De psychiatrie beschikt in onvoldoende mate over een eigen concept van de psychopathogenese van psychische stoornissen. Pijnlijk wordt dit gemis voelbaar nu psychiaters duidelijk moeten maken of ze zullen kunnen voldoen aan de eisen die men stelt aan het straks officieel erkende beroep van psychotherapeut. Als psychiaters zich bij de behandeling zouden kunnen baseren op een eigen inzicht in de psychopathogenese van de psychische stoornissen waaraan hun pa-

Schrijver is als psychiater verbonden aan de psychiatrische afdeling van het Sint Lucas Ziekenhuis, Jan Tooropstraat 164, 1061 AE Amsterdam

# De psychopathogenetische reconstructie: een integratief concept

*door G. F. Koerselman*

## **Inleiding**

Het is in beginsel de taak van de psychiatrie mensen met psychische dysfuncties te genezen. Daartoe moeten psychiaters beschikken over systematische kennis van psychopathologische syndromen, pathogenetische processen en etiologische factoren. Op grond daarvan kunnen ze vervolgens proberen de etiologische factor uit te schakelen, het pathogeneseproces te verstoren of — tenslotte — de psychopathologische symptomen te verlichten. Deze werkwijze komt overeen met de benadering die ook in overige medische vakken vruchtbaar is gebleken. Vanouds echter worden psychiaters geconfronteerd met het probleem dat hun patiënten veelal immateriële en subjectieve klachten of symptomen naar voren brengen. Voor het verklaren van bijvoorbeeld motieven en emoties van patiënten kan men niet volstaan met inzicht in de materiële functies van het menselijk organisme; niet alleen de fysiopathogenetische, maar ook de psychopathogenetische processen zullen moeten worden gereconstitueerd.

Voor inzicht in fysiopathogenetische processen beschikken psychiaters over algemene medische kennis en over steeds meer specifieke bevindingen van de biologische psychiatrie. Op het gebied van psychopathogeneseonderzoek heerst echter een 'hesitancy between a blinding sectarianism and a dazed eclecticism' (Mangabeira Unger, 1982). De psychiatrie beschikt in onvoldoende mate over een eigen concept van de psychopathogenese van psychische stoornissen. Pijnlijk wordt dit gemis voelbaar nu psychiaters duidelijk moeten maken of ze zullen kunnen voldoen aan de eisen die men stelt aan het straks officieel erkende beroep van psychotherapeut. Als psychiaters zich bij de behandeling zouden kunnen baseren op een eigen inzicht in de psychopathogenese van de psychische stoornissen waaraan hun pa-

Schrijver is als psychiater verbonden aan de psychiatrische afdeling van het Sint Lucas Ziekenhuis, Jan Tooropstraat 164, 1061 AE Amsterdam

tiënten lijden, zouden ze die behandelwijze met recht psychiatrische psychotherapie kunnen noemen. In de praktijk zien we echter dat er, globaal gesproken, op drie manieren in het gemis wordt voorzien: Sommigen gaan aan psychopathogenetische aspecten van psychische stoornissen geheel voorbij; zij trachten het verhaal van hun patiënt met behulp van vragenlijsten te 'objectiveren', of met biochemische bepalingen te classificeren. Anderen bekennen zich volledig tot één van de zogenaamde psychotherapeutische scholen, waarvan sommige in de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie een vorm van erkenning hebben gevonden. En tenslotte zijn er psychiaters die zich met behulp van een ongestructureerd eclecticisme aan hun intuïtie overgeven.

Op het terrein van biologisch-psychiatrisch onderzoek worden belangrijke vorderingen gemaakt. De verwachting dat de materiële beïnvloeding van psychische stoornissen op orgaanniveau in de nabije toekomst nog beter mogelijk zal worden lijkt dan ook gerechtvaardigd (De Wied, 1983. Echter ook op vele andere terreinen vinden belangrijke ontwikkelingen plaats. Men kan denken aan de toegenomen kennis omtrent conditioneringsprocessen, aan de objectrelatie-theorie, aan de inzichten in het functioneren van de mens als levend systeem, en aan de steeds belangrijker bijdrage van de informatica. Als wetenschappelijk medisch specialisme moet de psychiatrie trachten op een systematische wijze gebruik te maken van deze basiskennis ten behoeve van het doel patiënten met psychische stoornissen te genezen. Het zou mogelijk moeten zijn om met behulp van de vele nieuwe inzichten die de laatste jaren ter beschikking zijn gekomen een—voorlopig uiteraard hypothetisch—model van de psychopathogenese op te stellen, waarin die inzichten zo goed mogelijk worden geïntegreerd. Een dergelijk model zou ook aanknopingspunten moeten bieden aan de fysiologische aspecten van de adaptatie van ons organisme.

In het nu volgende zal ik proberen een dergelijk geïntegreerd model van de psychopathogenese op te stellen. Het zal rusten op twee belangrijke pijlers:

1. *De mens als 'levend systeem'* — Het object van de geneeskunde, dus ook van de psychiatrie, is de zieke mens: de mens als dysfunctionerend organisme. We moeten ons realiseren dat het menselijk organisme een zogenaamd 'levend systeem' is (General Living Systems Theory; Miller, 1978, 1980). Het heeft als zodanig een plaats in een hiërarchie van sub- en suprasystemen, waartoe bijvoorbeeld ook de cel, het orgaan of de groep behoren. Op alle niveaus functioneren de systemen volgens gelijke principes. Ze verwerken ofwel materie en energie, of informatie. Ze staan open voor een input, die ze omvormen tot het output-product dat het doel is van hun functioneren.

Voor onderzoek naar de dysfunctie van een systeem is kennis van de werking van dat systeem noodzakelijk. In de geneeskunde maakt kennis van de werking van een orgaan (dat wil zeggen van z'n structuur

en functie) inzicht mogelijk in stoornissen, die eventueel het functioneren van het gehele organisme belemmeren. Voor het onderzoek van psychopathologische verschijnselen moeten we ons dan richten op de psyche en het brein. Dit zijn uiteraard twee aspecten van één orgaanstelsel: de psyche vertegenwoordigt het immateriële, het brein het materiële aspect. In feite zijn deze beide aspecten niet te scheiden. Toch zal het ten behoeve van ons denkproces nodig zijn wel degelijk een scheiding aan te brengen. We zullen echter blijven zoeken naar verbindingen, al weten we nog steeds niet precies hoe het materiële en het immateriële elkaar in het leven roepen (Weiner, 1977).

Voor het onderzoek van psychopathologische verschijnselen moeten psychiaters dus zowel kennis vergaren over de systeemfunctie van het brein als van de psyche. De psyche kan in het kader van de theorie van levende systemen worden beschouwd als een informatieverwerkend systeem. Zo'n systeem heeft tot taak een input-sigitaal geschikt te maken voor bewerking; vervolgens wordt het sigitaal bewerkt door toetsing, hetgeen leidt tot een beslissing; die beslissing wordt dan weer geschikt gemaakt om als output-product naar buiten te worden gebracht. Het output-product moet bijdragen tot 'adjustment' van het organisme (Menninger, 1963). Dit principe zal nu de ene pijler vormen van ons model.

2. *Twee 'signaalsystemen'* – Als tweede pijler van het model zal het inzicht fungeren dat er twee zogenaamde 'signaalsystemen' bestaan. Al in 1936 heeft Pavlov hierop gewezen. Dit is een aspect van zijn werk dat in het Westen overigens maar weinig bekend is geworden. Stadler heeft in 1982 nog eens op het grote belang ervan gewezen.

De relatie tussen het organisme en zijn omgeving die via reflexen verloopt is door Pavlov het 'eerste signaalsysteem' genoemd. In deze relatie zijn de objecten van de buitenwereld wel gerepresenteerd — ze lokken immers reflexen uit — maar ze zijn niet door middel van symbolen vertegenwoordigd. Het object in de buitenwereld is weliswaar een voorwaarde voor het ontstaan van de reflex, maar het organisme hoeft zich van het verloop van deze voorwaardelijke reflex niet bewust te zijn.

Inhoudelijk is het eerste signaalsysteem van Pavlov vrij algemeen bekend, vooral via zijn experiment met kwijlende honden. In zijn 'Physiologie der höheren Nerventätigkeit' kende Pavlov echter ook een 'tweede signaalsysteem', dat als teken- en symboolsysteem het eerste signaalsysteem aanvult. Bij het tweede signaalsysteem hoort een *symbolische* representatie, die de *internalisering* van objecten in de buitenwereld voor het organisme mogelijk maakt. Pavlov stelde zich dit tweede systeem voor als gesuperponeerd op het eerste. Hij meende dat alleen de mens erover beschikt, en dat het niet alleen begripmatig denken mogelijk maakt, maar ook het bewuste *subjectieve beleven* van reflectoire psychische processen. We zullen nu zien dat dit vrij onbekende aspect van Pavlovs werk een extra dimensie kan

geven aan ons toenemend inzicht in het functioneren van de menselijke psyche als een levend informatieverwerkend systeem.

### **Een psychiatrisch psychopathogenesemodel**

Om de constructie van het model te kunnen volgen is het zinvol. de 'bouwtekeningen' bij de hand te houden. Aangezien de beschrijving deze tekeningen volgt, is dan de kans op verdwalen niet groot. De plattegrond bevat als het ware twee etages. De eerste is afgebeeld in figuur I. De tekening geeft verschillende routes weer in

*A. het eerste signaalsysteem ; de reflectoire aanpassing.* We zijn ervan uitgegaan dat we de psyche als een informatieverwerkend systeem mogen beschouwen. We zijn nu geïnteresseerd in het bewerkingsproces zelf; de aard van de informatie is niet primair van belang. Het input-signaal (S) hoeft dus niet een erkend 'Live Event' te zijn (Koerselman, 1984), het kan iedere willekeurige gebeurtenis in de buitenwereld zijn of iedere lichamelijke sensatie. Ook een gedachte of verlangen kan als input-signaal fungeren.

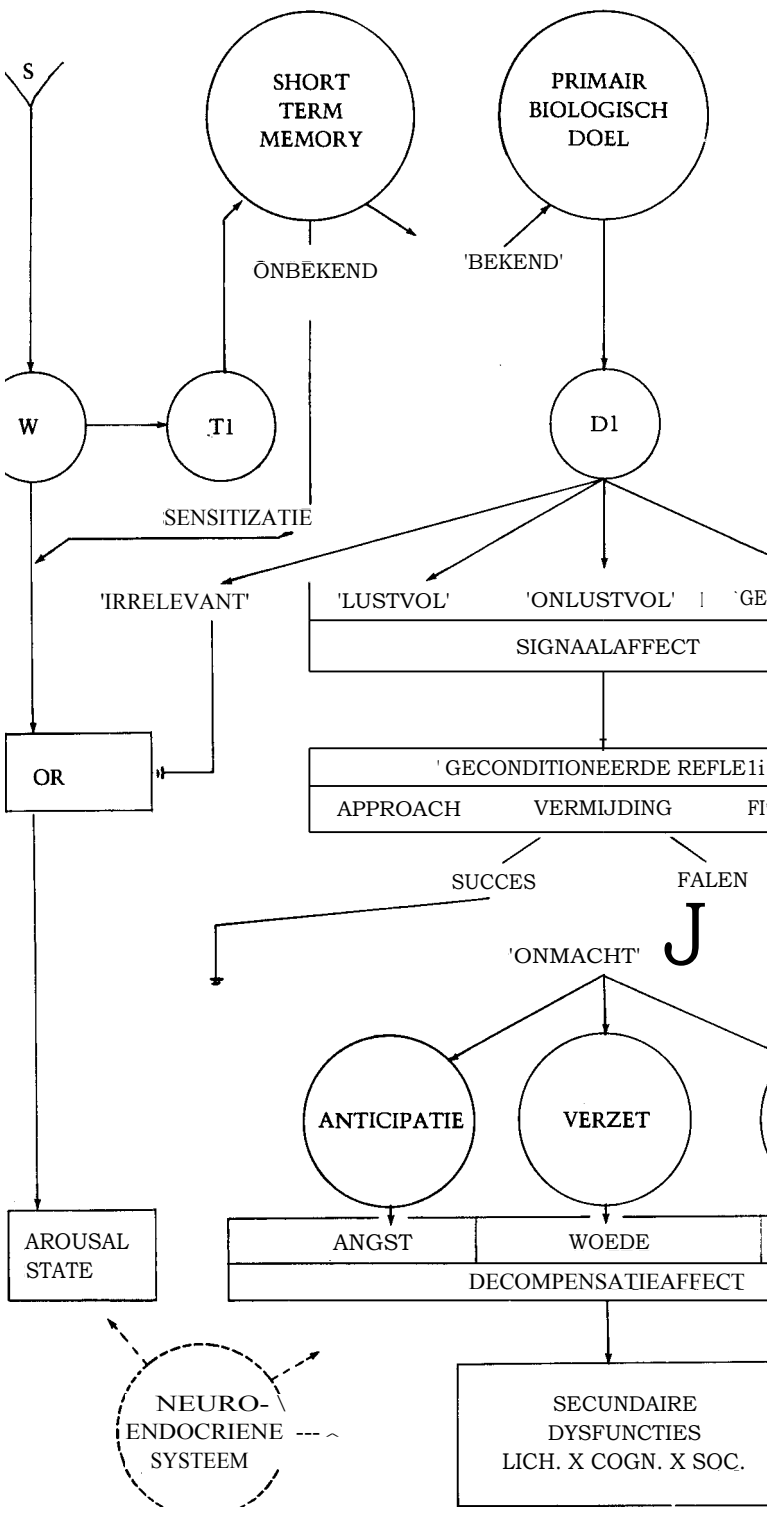
Wanneer nu een input-signaal voldoende sterk is om te worden waargenomen leidt die waarneming (W) rechtstreeks tot een zogenaamde Oriëntatie Reactie (OR) (Solokov, 1963 ; Velden, 1978 ; Kimmel e.a., 1979). Via het Ascending Reticular Activating System (ARAS) in de reticulaire formatie komt dan een toestand van 'arousal' tot stand (Smelik, 1982). Pavlov (geciteerd door Stadler, 1982) beschreef dit proces in 1923 bij zijn proefdieren. Zijn beschrijving zal bij iedere hondebezitter een gevoel van herkenning oproepen: zodra zich in de omgeving van het dier iets verandert in de status-quo richt het zijn oren in die richting en stelt het zich in op activiteit. Pavlov noemde dit ook wel de onderzoeksreflex.

De oriëntatiereactie is een specifiek gebeuren. De sterkte ervan correleert met de sterkte van de prikkel, maar niet met de aard van het signaal. De kwaliteit van de prikkel is echter niettemin van groot belang. Zodra de prikkel is waargenomen vindt namelijk ook een toetsing plaats (T1) ('appraisal'; Lazarus e.a., 1974). De psyche toetst de informatie aan twee criteria:

1. In de eerste plaats gaat het om de vraag: is de informatie bekend of onbekend? Hiertoe wordt de direct beschikbare geheugeninhoud geraadpleegd (short term memory). Als de informatie onbekend blijkt te zijn zien we een sensitizatie van de oriëntatiereactie optreden (Smelik, 1982). Denkend aan uw hond ziet u hem nu uit zijn liggende houding overeind komen.

2. Als de informatie daarentegen wel bekend is vindt een tweede toetsing plaats. Het criterium is nu de primaire doelstelling van het organisme, namelijk 'adjustment', gericht op overleven, op intact blijven en handhaven van een 'steady state' (Menninger, 1954). Om te kunnen weten wat voordelig en wat schadelijk is beschikt het organis-

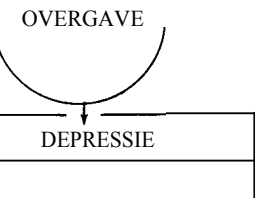
Figuur 1: le signaalsysteem



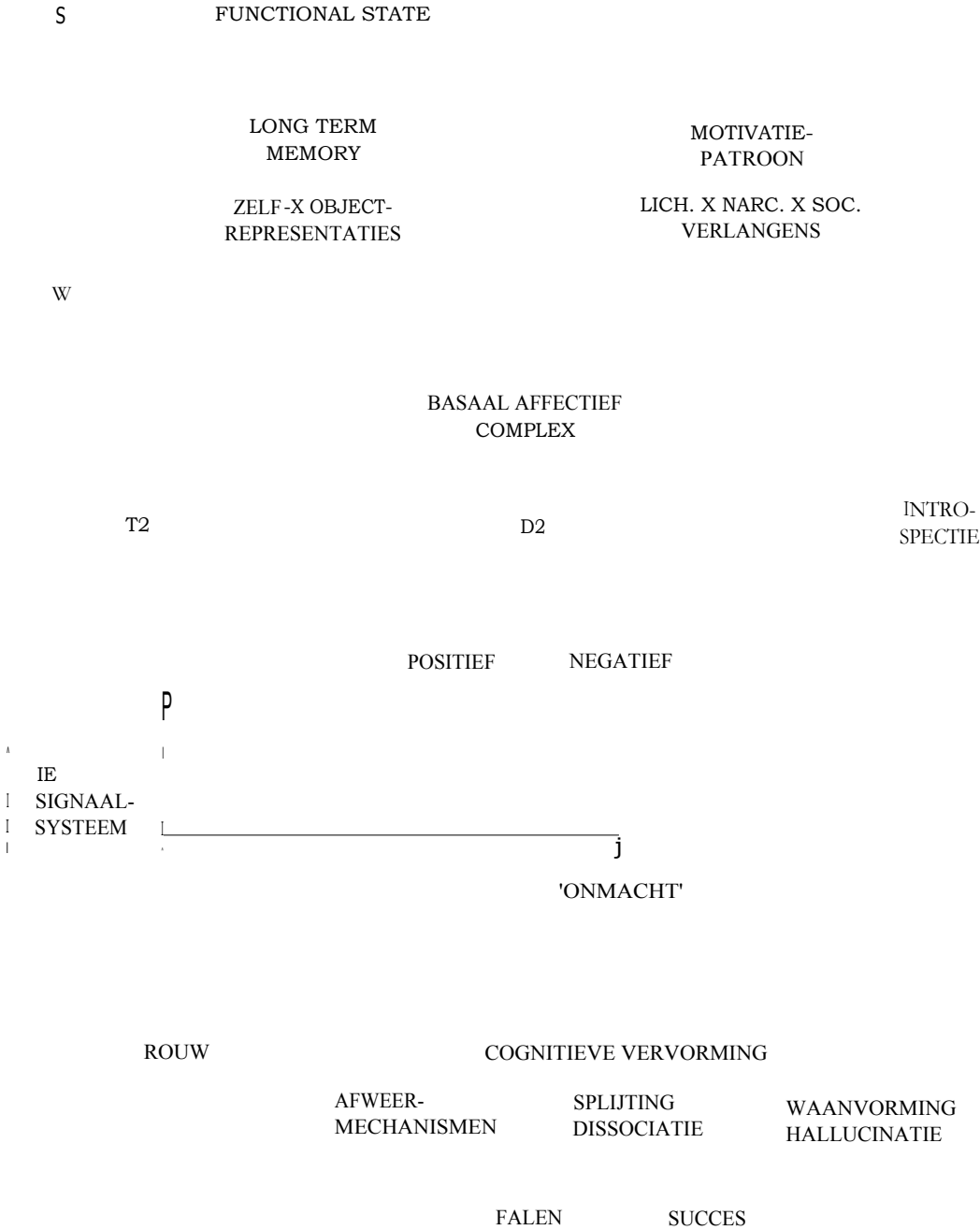
Y= INPUT  
O = SYSTEEM  
0 = COMP.  
OUTPUT

VAARLIJK'

GHT - FLIGHT



Figuur 2: 2e signaalsysteem





me niet alleen over de opslag van vroegere ervaringen in het geheugen, maar ook over het vermogen tot sensorische registratie van fysieke lust of onlust, wanneer het in contact komt met uit- of inwendige prikkels zoals kou of honger.

Als nu het input-sigitaal op deze manier is getoetst, zal de psyche moeten beslissen hoe het zich verhoudt tot het primaire biologische doel. (In de systeemtheorie wordt deze functie toegekend aan de systeemcomponent 'decider': D 1.)

In beginsel doen zich daarbij de volgende mogelijkheden voor: de informatie kan irrelevant, lustvol, onlustvol of gevaarlijk zijn. Is hierover eenmaal een beslissing genomen, dan wordt deze geregistreerd als een affect, een signaal-affect: als de informatie irrelevant is treedt geen signaal-affect op; is de informatie lustvol, dan volgt een positief signaal-affect zoals genot; wanneer de informatie onlustvol is ontstaat een negatief signaal-affect zoals afkeer of walging; als de informatie als gevaarlijk wordt beschouwd ontstaat eveneens een negatief signaal-affect in de vorm van angst of woede. Het is bekend dat signaal-affecten al vroeg in de ontogenese ontstaan. Voor de zuigeling zijn ze nodig als uitingen waarmee het de moeder op zijn behoefte kan laten reageren. In de ontwikkeling van het individu worden ze vervolgens tot initiatoren van een bepaald 'coping behavior'. Het is gebleken dat stoornissen in de vroege moeder-kindrelatie dit proces kunnen schaden (Krause, 1983).

Belangrijk is nu dat signaal-affecten tot een ogenblikkelijke aanpassingsreactie van het organisme leiden. Daarbij is aan een bepaald signaal-affect automatisch ook een bepaald reactiepatroon gekoppeld: we hebben te maken met een geconditioneerde reflex. (De oriëntatiereactie was daarentegen een ongeconditioneerde reflex.) In het algemeen zullen we nu de volgende reactiepatronen kunnen onderscheiden: als de informatie biologisch irrelevant was komt niet een specifiek reactiepatroon tot stand, maar de oriëntatiereactie dooft uit; het organisme komt tot rust. Als echter het signaal als lustvol is beschouwd volgt een 'approach'-reactie; onlustvolle informatie leidt tot vermijding, en een signaal dat gevaarlijk wordt geacht veroorzaakt een fight- of flight-reactie. Deze reacties zijn bij proefdieren gecorreleerd met specifieke lokalisaties binnen het limbische systeem (Smelik, 1982).

De geconditioneerde reflex staat in principe in dienst van het vermogen tot 'adjustment'. In dat verband kan het resultaat van de reflex zowel een succes als een mislukking zijn. Succes leidt tot herstel van de steady state of tot evenwicht op een ander niveau; het activatieproces kan dan tot rust komen. Bij mislukking ontstaat echter een nieuwe situatie die — opnieuw getoetst aan ervaring en doel — nu tot de conclusie 'onmacht' zal leiden.

Ook deze conclusie wordt weer geregistreerd als een affect. In plaats van signaal-affect zou ik dit een 'decompensatieaffect' willen noemen. In principe kan het decompensatieaffect zich op drie manieren presen-

teren: (1) bij anticipatie van onmacht ontstaat angst in de vorm van paniek; (2) bij verzet tegen onmacht ontstaat machteloze woede; (3) de beleving van onmacht als onontkoombaar gegeven veroorzaakt een decompensatieaffect in de vorm van depressie (Frijda, 1982). Hoewel deze drie vormen van het decompensatieaffect apart kunnen voorkomen zien we ze meestal in mengvormen optreden. We moeten ze beschouwen als het gevolg van falende 'adjustment'. Hoewel zij zeer acuut kunnen optreden, kunnen ze ook een chronisch karakter krijgen.

De decompensatieaffecten zijn zeer intens. Ze zijn in staat secundair zowel de 'hogere' als de 'lagere' systeemniveaus van het organisme te ontregelen. Dat betekent dat het sociale functioneren kan worden belemmerd, dat andere psychische functies zoals de cognitie of de integratie kunnen worden aangetast, en dat lichamelijke processen of zelf structuren langs neuronale of humorale weg kunnen worden beschadigd.

*B. Het tweede signaalsysteem: de betekenisverlening.* Zoals ik vermeldde beschouwde Pavlov in zijn 'Physiologie der höheren Nerventätigkeit' het tweede signaalsysteem als gesuperponeerd op het eerste. Hij achtte het specifiek voor de mens. Begripsmatig denken, het bewust beleven van reflectoire psychische processen en vooral ook gevoelens ('... in der allgemeinen Form der positiven und negativen Gefühle und in der langen Reihe von Nuancen und Variationen, die entweder infolge verschiedener Kombinationen oder verschiedener Intensität auftreten ...') (geciteerd door Stadler, 1982, pagina 110) zouden in dit systeem hun oorsprong vinden. Figuur twee laat nu een plattegrond zien van de routes die een input-signaal — naar ik meen — in dit systeem doorloopt.

Hoe moeten we ons nu de processen in het tweede signaalsysteem voorstellen?

Het input-signaal (S) wordt ook in het tweede signaalsysteem ter toetsing aangeboden, en ook hier is de toetsing (I2) tweeledig. De twee criteria waaraan nu getoetst wordt zijn:

(a) *de 'diepere' geheugeninhouden.* Deze zijn vaak grotendeels onbewust. Vaak gaat het om de neerslag van vroegere gebeurtenissen ('long term memory'). Deze geheugeninhouden zijn daardoor ook moeilijk toegankelijk voor bewust inzicht. In principe kunnen we ze op twee manieren op het spoor komen:

1. Onder bepaalde voorwaarden kunnen we rechtstreeks toegang krijgen tot de 'long term storage'. De Zwitserse Koukkou en Lehmann (1983) hebben met behulp van EEG-onderzoek een fraai model ontwikkeld, waaruit blijkt dat de belangrijkste voorwaarde een verlaging is van de zogenaamde 'functional state of the brain'. Een dergelijke verlaging is mogelijk in bijzondere omstandigheden, zoals dromen, hypnose, psychoanalyse en dergelijke

2. Op een indirecte manier zijn de 'diepere' geheugeninhouden echter ook bereikbaar, zonder dat aan de genoemde voorwaarde is voldaan.

Men kan ze namelijk reconstrueren via de innerlijke 'zelf- en objectrepresentaties'. Mensen vormen zich in hun leven niet alleen een beeld van zichzelf en belangrijke anderen; zij nemen deze beelden ook in zich op zodat ze als het ware deel worden van de eigen persoonlijkheid. Zo voeren mensen in zichzelf een innerlijke dialoog (Kuiper, 1976), die de neerslag is van vroegere existentiële intermenselijke belevingen (Ogden, 1983). Die innerlijke dialoog kan daardoor voor ons een blik in het diepere geheugen mogelijk maken. (Metapsychologische begrippen als Ueber-ich en Zelfideaal kunnen in dit verband worden gezien.)

(b) Het tweede criterium waaraan het input-signaal in het tweede signaalsysteem wordt getoetst noem ik het '*motivatiepatroon*'. Hieronder versta ik het habituele aspect van de conatieve functie van de psyche. Laat ik proberen dit duidelijker te maken door het af te grenzen ten opzichte van het 'primaire biologische doel' van het eerste signaalsysteem.

Ten dienste van het primair biologisch doel (voortbestaan) functioneren driftmatige behoeften. Krause (1983) (die kritiek heeft op onzorgvuldig gebruik van het 'drift'-begrip in de psychoanalyse) omschrijft driften als transportsystemen van het organisme, die de eigenschap hebben met periodieke intervallen een verlies van biologisch evenwicht te veroorzaken, dat bij een bepaalde drempelwaarde als affectsignaal wordt geregistreerd. Het organisme moet dan het transportsysteem in staat stellen de homeostase te herstellen (p. 1030). Men kan denken aan de processen die samenhangen met de behoeften aan water, voedingsstoffen, slaap, seksuele bevrediging en dergelijk. Van belang voor het tweede signaalsysteem zijn nu die 'driften', 'in denen Körperfremde Substanzen transportiert werden müssen', waarbij het regelsysteem dus 'in Austausch mit Substanzen jenseits der Körpergrenzen treten muss'. De zuigeling is voor de toevoer van die substanties immers afhankelijk van een zeer betekenisvolle andere, namelijk de moeder. Dat feit verleent aan de driftmatige behoefte dus een belangrijke relationele *betekenis*. A fortiori geldt dat voor minder substantiële behoeftes, zoals die aan warmte, aandacht, liefde enzovoort. Zo krijgen 'behoeftes' van velerlei aard in het tweede signaalsysteem een betekenis, die samenhangt met hun 'relationele' lotgevallen tijdens de individuele ontwikkeling. Dit geldt voor de — door Freud in die zin belangrijk geachte — libidineuze verlangens met hun bekende ontwikkelingsstadia, maar ook voor 'sociale' verlangens (Fetscher 1982), en verlangens die vooral het zelfgevoel betreffen ('narcistische' verlangens). Ze ontleen alle hun betekenis aan interacties met betekenisvolle anderen. Te sterke frustratie of bevrediging in de ontwikkeling kan de gehele ontwikkeling verstoren en tot fixatie of regressie leiden. Dan kan bijvoorbeeld een compensatoire nadruk op fallische impulsen samengaan met een behoefte aan zelfexpansie en aan verlangen naar bewondering door anderen. Een dergelijk patroon is dan tot habitueel '*motivatiepatroon*' geworden.

(a x b) Zowel de habituele innerlijke dialoog (die een neerslag is van de vroege belevingen in de 'remote memory') als het habituele motivatiepatroon worden dus gevormd in de levensgeschiedenis.

Ze beïnvloeden elkaar wederkerig. Accentueringen of storingen in de ontwikkeling stollen tot een bepaald samenhangend patroon, dat kenmerkend is voor de habituele manier van beleven en gedragen van een individu. Ze constitueren daarmee het karakter of de persoonlijkheid. In principe zou men de persoonlijkheid dan ook moeten ontleden in enerzijds de concrete inhoud van zelf- en objectrepresentaties en anderzijds de lotgevallen van de 'drift'-ontwikkeling. (Helaas wordt dit zelden gedaan, zoals ook de historie van as II van de DSM III weer laat zien; Vaillant, 1980.)

De 'remote memory' en het motivatiepatroon bepalen nu het referentiekader waarbinnen input-signalen in het tweede signaalsysteem worden getoetst. Ze verlenen een volstrekt individuele, symbolische betekenis aan gebeurtenissen in het leven (zoals Life Events). Ze kleuren als het ware het levensdecor. Deze kleur wordt affectief geregistreerd. De emotionele neerslag van de interactie tussen de 'remote memory' en het motivatiepatroon zou ik het 'Basaal Affectief Complex' willen noemen. Dit complex kan een positieve of een negatieve waarde hebben. De indeling van Erikson (1968), die de levensstadia in acht polariteiten beschreef, is een fraaie fenomenologische benadering van het Basaal Affectief Complex (fig. 3). Op het onrijpe niveau beweegt het affect zich tussen lust en onlust, op het rijpere niveau tussen vreugde en verdriet.

*Figuur 3*

1. VERTROUWEN	—	WANTROUWEN
2. AUTONOMIE	—	SCHAAMTE, TWIJFEL
3. INITIATIEF	—	SCHULD
4. VAARDIGHEID	—	MINDERWAARDIGHEID
5. IDENTITEIT	—	IDENTITEITSVERWARRING
6. INTIMITEIT	—	ISOLEMENT
7. GENERATIVITEIT	—	STAGNATIE
8. INTEGRITEIT	—	WANHOOP

E. H. Erikson, 1968

De 'decider' in het tweede signaalsysteem beslist nu, na toetsing, over de emotionele betekenis van het input-signaal. Is deze betekenis positief, dan wordt ze via een feed back-koppeling in het eerste signaalsysteem geregistreerd als lustvol, zodat een 'approach'-reactie tot stand kan komen. Is de betekenis negatief, dan leidt de registratie van het negatieve affect tot een signaal-affect in het eerste signaalsysteem. Hierop volgt reflectoir vermijden, vluchten of vechten.

Indien die reacties echter onvruchtbaar blijken (wat heel goed moge-

lijk is omdat het negatieve Basaal Affect zeer bestendig kan zijn), dan zal in het eerste signaalsysteem een decompensatieaffect ontstaan. Depressieve toestanden bijvoorbeeld kunnen meestal op deze manier worden begrepen (Story, 1983). Om dat te voorkomen beschikt de psyche echter nog over de mogelijkheid in het tweede signaalsysteem extra bewerkingen uit te voeren.

In eerste instantie kan dan een cognitieve heroverweging leiden tot een bewuste 'coping strategy', die erop is gericht de situatie waaruit het 'schadelijke' signaal voortkomt te veranderen. Echter, 'if the situation is appraised as one that cannot be changed externally (...) then an effort is made to manipulate it internally' (Hamburg e.a., 1974, p. 434. In het tweede signaalsysteem wordt immers de emotionele betekenis aan het input-sigitaal gegeven. Deze betekenis nu kan in principe nog worden bewerkt, en wel op de volgende manieren:

1. De negatieve betekenis van het signaal kan — bij gebleken onmacht — worden geïncasseerd. Dit is de rouwreactie.

2. De psyche kan proberen — via inzicht in de structuur van het referentiekader — de emotionele betekenis van het input-sigitaal te corrigeren. Voor het verwerven van het noodzakelijke inzicht zijn bepaalde psychische kwaliteiten onmisbaar, zoals een voldoende cognitieve ontwikkeling en het vermogen tot introspectie en integratie. Het bevorderen van een dergelijk proces is het doel van reconstructieve psychotherapie.

3. Wanneer deze beide methoden falen kan de psyche proberen de gevaarlijke negatieve betekenis van het signaal te veranderen. Hiertoe staan de volgende cognitieve vervormingsmethoden ter beschikking:

- I. de zogenaamde afweermechanismen, die variëren van rijpere vormen zoals vergeten of verdringen tot primitieve vormen als ontkennen of projecteren,
- II. splijting en dissociatie,
- III. waanvorming en hallucinatie.

Van I tot III strekt zich een continuum uit dat in toenemende mate wordt gekenmerkt door realiteitsvervalsing en desintegratie. De klinische manifestaties hiervan doen zich voor als respectievelijk neurotische reactievormen, hysterische dissociatietoestanden of borderline-syndromen, en stabiele of labiele psychosen (Kernberg, 1980), die — bij succes — een wankel evenwicht kunnen bieden.

Als het niet lukt om met behulp van deze cognitieve vervormingsmethoden de negatieve betekenis van het signaal te ontcrachten vindt wederom terugkoppeling plaats naar het eerste signaalsysteem, waarin nu — bij gebleken onmacht — een proces verloopt dat uitmondt in een combinatie van affectieve decompensatie en cognitieve vervorming.

De hierbij behorende klinische beelden presenteren zich als ernstige desintegratietoestanden, zoals psychotische paniek, paranoïde razernij of melancholische syndromen.

## Bespreking

Met behulp van het hierboven gepresenteerde model kunnen zeer verschillende inzichten in het functioneren van de psyche worden geïntegreerd tot een samenhangend concept van de psychopathogenese. Verschillende deelprocessen, waarover op zichzelf inmiddels veel empirische gegevens bekend zijn geworden, worden op een logische manier procesmatig met elkaar verbonden. (Ook aspecten van het tripartite model van de psychoanalyse kunnen als Es, Ich of Uber-ich op verschillende plaatsen in dit psychopathogenesemodel worden gelokaliseerd.)

Het beschreven model wordt gekenmerkt door Pavlovs verdeling in twee signaalsystemen: een snel werkend reflectoir systeem en een langzamer werkend betekenisverlenend systeem. Men zou daarbij een vergelijking kunnen maken met Freuds onderscheiding van een primair en secundair proces (Stadler, 1982). Een vergelijkbare indeling vinden we overigens ook bij fysiopathogeneseprocessen: voor de somatische informatieverwerking beschikt het organisme over zowel een snel werkend neuronaal systeem als een langzamer werkend humoraal systeem.

Er is in het model geen plaats ingeruimd voor de agressie als 'drift'. De agressie blijkt namelijk een meervoudig bepaald fenomeen te zijn: (1) Het opkomen van driftmatige wensen tegen een weerstand in verorzaakt een agressieve impuls, dat wil zeggen de wens de weerstand te verwijderen of te vernietigen. (2) Deze impuls wordt geregistreerd als een 'agressief' signaalffect, dat onlustvol is bij overheersing van de weerstand en lustvol bij het overwinnen van die weerstand. (3) Het signaalffect kan aanleiding geven tot een agressieve fight-reflex. (4) Machteloosheid kan uiteindelijk uitmonden in razernij als decompensatieffect (met name bij narcistische krenking).

Berner en Kiiufferle (1982) pleiten er mijns inziens terecht voor om aan de agressie als affect ('dysforie') een meer prominente plaats te geven bij psychiatrische diagnostiek dan vooral in Angelsaksische landen gebruikelijk is.

In de loop van het psychopathogeneseproces, zoals ik het in dit model heb weergegeven, komen we verschillende klinische syndromen tegen, die nu op een logische manier worden gegroepeerd. Sommige hiervan vertonen een momentaan karakter, andere weerspiegelen een habituele constellatie. Zo zien we bijvoorbeeld:

1. ongeconditioneerde arousal-toestanden bij langdurige blootstelling aan onbekende signalen;
2. signaalffecten, die acuut optreden en snel overgaan in
3. reflectoire reactiepatronen; deze zijn geconditioneerd en te beïnvloeden door leerprocessen;
4. decompensatieffecten, die zich zowel acuut als chronisch kunnen manifesteren; secundair kunnen ze sociale, cognitieve en

lichamelijke dysfuncties veroorzaken;

5. het Basaal Affectief Complex, dat de emotionele expressie is van de persoonlijkheid, zoals deze wordt bepaald door de 'remote memory' (weerspiegeld in de habituele innerlijke dialoog) en de 'drift'-ontwikkeling;
6. compensatoire cognitieve vervormingsstrategieën die we vinden bij neurosen, bij de histerie, het borderline-syndroom, en betrekkelijk stabiele psychosen;
7. ernstige affectief-cognitieve decompensaties, zoals desintegratieangst, paranoïde woede en melancholie.

Met name 3, 5 en 6 bepalen de dispositie van een individu, en daarmee diens kans dat geslaagde 'adjustment' overgaat in decompensatie.

In de termen van de theorie van levende systemen is het psychopathogeneseproces beschreven op een immaterieel orgaanniveau. Het kan echter worden geïnduceerd vanuit zowel lagere (somatische) als hogere (sociale) niveaus. Ook kan het zelf op die niveaus grote invloed uitoefenen. De psychopathogenese moet steeds worden gecorreleerd met een parallel verlopende fysiopathogenese (Smelik, 1982; Koerselman, 1984).

Daarbij gaat het niet om gescheiden processen, maar om het immateriële en het materiële aspect van één systeem. Beide processen verlopen volgens overeenkomstige principes. Ook op materieel niveau kan het zenuwstelsel worden beschreven als 'regelsysteem, computer en symbolvormer' (Droogleever Fortuyn, 1983).

Hoewel het verwerven van systematisch inzicht in de werkelijkheid een doel op zich mag zijn, ontlenen diagnostische inzichten in de geneeskunde hun waarde aan het feit dat ze de fundering vormen van therapeutisch beleid of van prognostische uitspraken. Het beschreven psychopathogenesemodel is nu voor eventuele behandeling zeker relevant:

1. Alleen een nauwgezette psychopathogenetische reconstructie maakt identificatie van het psychisch etiologisch agens mogelijk. Life Event-vragenlijsten zijn daartoe bij de individuele patiënt ongeschikt (Koerselman, 1984). 'Während im Stress-Modell keine Aussage darüber geicoacht werden kann, *was einen Reiz zu einem Stressor macht*, bestimmt gemdss der Physiologie der höheren Nerventätigkeit die subjektive Repräsentation den Reaktionstyp, und damit die Stressor-Wirkung der Umweltreize' (Stadler, 1982, p. 113).

2. Op inzicht in de wijze waarop psychopathogenese- en fysiopathogeneseprocessen elkaar wederkerig beïnvloeden kunnen behandelingsstrategieën worden gebaseerd, die recht doen aan zowel de 'psychosomatische' als de 'somatopsychische' (biologisch-psychiatrische) aspecten van de geneeskunde.

3. Op de reconstructie van de psychopathogenese bij een individuele patiënt kan een systematische gespreksbehandeling worden gefundeerd. De aard van deze gespreksbehandeling is uiteraard geheel afhan-

kelijk van het inzicht in het individuele psychopathogeneseproces. Een systematische gespreksbehandeling, die is gebaseerd op begrip van de psychopathogenese, is in beginsel medische psychotherapie. Een dergelijke behandeling hoort een obligaat onderdeel van iedere psychiatrische behandeling te zijn. (Farmacotherapie zonder gesprekstherapie is nooit geïndiceerd; De Jonghe, 1980-1981.)

4. De verschillende deelprocessen van de psychopathogenese kunnen met speciële psychotherapietechnieken worden beïnvloed, zoals gedragstherapie of psychoanalyse. Deze speciële technieken kunnen eventueel, na psychiatrische indicatie, ook door daartoe opgeleide niet-psychiaters worden uitgevoerd.

## Conclusie

Het medisch specialisme psychiatrie houdt zich bezig met de diagnostiek en behandeling van patiënten met psychopathologische verschijnselen, of met lichamelijke verschijnselen die langs psychische weg worden veroorzaakt. Voor adequate psychiatrische behandeling is reconstructie van zowel de fysiopathogenese als de psychopathogenese onontbeerlijk. Systematische reconstructie van de psychopathogenese is in principe goed mogelijk. Het door mij geschetste, geïntegreerde model biedt daartoe een leidraad, die het medische karakter van psychiatrische diagnostiek onverlet laat, en richting geeft aan onder andere verantwoorde, medisch-psychiatrische psychotherapie.

## Literatuur

- Berner, P., en B. Küfferle (1982): British phenomenological and psychopathological concepts: a comparative review. *Brit. j. Psychiatry* 140: 358-565.
- Droogleevers Fortuyn, J. (1983): Het zenuwstelsel als regelsysteem, computer en symboolvormer. *Ned. Tijdschrift Geneeskunde* 127 (52): 2374-2380.
- Erikson, E. H. (1968): *Identity, youth and crisis*. Norton, New York.
- Fetscher, R. (1983): Selbst and Identität. *Psyche* 37 (5): 385-411.
- Frijda, N.H. (1982): Over angst en depressie. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 8: 245-256.
- Hamburg, D. A., G. V. Coelho, J. E. Adams (1974): Coping and adaption: Steps towards a synthesis of biological and social perspectives. In: G. V. Coelho, D. A. Hamburg, J. E. Adams (eds.), *Coping and adaption*. Basic Books, New York.
- Jonghe, F. de (1980): Psychotherapie of farmacotherapie? *Tijdschrift voor Psychiatrie* 22 (11/12): 671-688.
- Jonghe, F. de (1981): Psychotherapie en farmacotherapie? *Tijdschrift voor Psychiatrie* 23 (1): 34-45.
- Kemberg, O. F. (1980): Neurosis, psychosis and the Borderline states. In: H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock (eds.), *Comprehensive textbook of Psychiatry*, vol. I. Williams and Wilkins, Baltimore, p. 1079-1092.
- Kimmel, H. F., E. H. van Olst, J. R. Orlebeke (1979): *The orienting reflex in humans*. Wiley, New York.



- Koerselman, G. F. (1984): Life Event- onderzoek en het positivistische misverstand. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 26 (5): 314-331.
- Koukkou, M., en D. Lehmann (1983): Dreaming: The functional state-shift hypothesis. A neuropsychophysiological model. *Brit. Journal Psychiatry* 142: 221-231.
- Krause, R. (1983): Zur Onto- and Phylogenese des Affektsystems and ihrer Beziehungen zu psychischen Störungen. *Psyche* 37 (11): 1016-1043.
- Kuiper, P. C. (1976): *De mens en zijn verhaal*. Atheneum, Amsterdam.
- Lazarus, R. S., J. R. Averill, E. M. Opton (1974): The psychology of coping: Issues of research and assessment. In: G. V. Coelho, D. A. Hamburg, J. E. Adams (eds.), *Coping and adaptation*. Basic Books, New York.
- Mangabeira Unger, R. (1982): A program for late twentieth-century psychiatry. *Am. J. Psychiatry* 139: 1582-1587.
- Menninger, K. A. (1954): Psychological aspects of the organism under stress. The homeostatic regulatory function of the ego. *Am. Psychoanal. Ass.* 2: 67-105.
- Menninger, K. A. (1963): *The vital balance*. Viking Press, New York.
- Miller, J. G. (1978): *Living systems*. McGraw-Hill, New York.
- Miller, J. G. (1980): General living systems theory. In: H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock (eds.), *Comprehensive textbook of Psychiatry*, vol. I. Williams and Wilkins, Baltimore, p. 98-114.
- Ogden, T. H. (1972): The concept of internal object relations. *Int. J. of Psychoanalysis* 64: 227-242.
- Pawlow, I. P. (1972): *Die bedingten Reflexe. Eine Auswahl aus dem Gesamtwerk*. Hg. von G. Baader and U. Schnapper. Kindler, München.
- Pawlow, I. P. (1973): *Auseinandersetzung mit der Psychologie. Eine Auswahl aus dem Gesamtwerk*. Hg. von G. Baader and U. Schnapper. Kindler, München.
- Smelik, P. G. (1982): De biologie van stress. *Hart Bulletin* 13: 3-9.
- Sokolov, Y. N. (1963): *Perception and the conditioned reflex*. Programm Press, Oxford.
- Stadler, P. (1982): Triebrepsentanz, Orientierungsreflex, Alarmreaktion. Eine Skizze zu Gegenstand and Forschungslogik der Psychosomatik. *Psyche* 36 (2): 97-122.
- Storr, A. (1983): A psychotherapist looks at depression. *Brit. J. Psychiatry* 143: 431-435.
- Vaillant, G. E., en J. C. Perry (1980): Personality disorders. In: H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock (eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, vol. II. Williams en Wilkins, Baltimore, p. 1562-1590.
- Velden, M. (1978): Some necessary revisios of the neural model concept of the orienting response. *Psychophysiology* 15: 181-185.
- Weiner, H. (1977): *Psychobiology and human disease*. Elsevier, New York — Amsterdam.
- Wied, D. de (1983): Stoffelijke sturing van gedrag. *Ned. Tijdschrift Geneeskunde* 127: 1284-1287.