

De onderschatte waarde van wetenschap in de psychiatrie

C.H. VINKERS

ACHTERGROND Psychiatrie is een bijzonder, maar ook bijzonder ingewikkeld specialisme. Het richt zich namelijk op het ongrijpbaarste van alle lijden in de geneeskunde: het psychisch lijden. Wetenschap is een onlosmakelijk deel van de psychiatrie om hier meer grip op te krijgen. Hoe geven we hier een goede invulling aan?

DOEL Beschrijven van de (gewenste) rol van wetenschap in de psychiatrie.

METHODE Essay aan de hand van relevante literatuur.

RESULTATEN Wetenschap vormt de basis van ons vak en is essentieel voor de dagelijkse praktijk. Een pluriforme en methodologisch brede wetenschap kan nieuwe kennis en betere zorg opleveren zonder in reductio-nisme te vervallen. De twijfel en de nuance die inherent zijn aan de wetenschap zijn daarnaast waardevol om onnodige ideologische debatten in de psychiatrie te voorkomen en ruimte te geven aan zinvolle discussies. Toch wordt er relatief weinig geïnvesteerd in de psychiatrische wetenschap, zeker gezien het leed en de kosten die psychische klachten veroorzaken.

CONCLUSIE Wetenschap heeft de psychiatrie veel opgeleverd, maar zou ook tot bescheidenheid en twijfel moeten leiden over onze huidige kennis. Deze paradox is in feite een aansporing om wetenschap als basis van de psychiatrie te omarmen zonder de rol ervan te verabsoluteren. In dit essay bespreek ik een aantal manieren waarop dit vormgegeven zou kunnen worden.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)4, 291-297

TREFWOORDEN biopsychosociaal model, opleiding tot psychiater, wetenschappelijk paradigma, wetenschapsfilosofie



‘True ignorance is not the absence of knowledge, but the refusal to acquire it.’ (Karl Popper)

Psychiatrie is een bijzonder, maar ook bijzonder ingewikkeld specialisme. Ze richt zich namelijk op het ongrijpbaarste van alle lijden: het psychisch lijden. In de psychiatrie zijn klachten en symptomen altijd direct verbonden met de mens zelf en raken klachten de kern van iemands wezen. Steeds duidelijker wordt hoe complex de mens in elkaar zit en met zijn brein met miljarden neuronen een dynamisch systeem vormt dat niet los te zien is van zijn voorgeschiedenis of omgeving (Juarrero 2002). Het is dé paradox van de moderne psychiatrie: hoe meer we weten, hoe meer we beseffen hoe weinig we nog weten (Glas 2019).

Dat gegeven leidt onvermijdelijk tot teleurstelling en twijfel: geeft wetenschap een zinvolle bijdrage aan de

psychiatrie? Tegelijk is er ontegenzeggelijk vooruitgang geboekt. Nog maar 70 jaar terug bestonden psychiatrische behandelingen uit arbeidstherapie, badtherapie en insulineshocks (Shorter 1998). Deze vooruitgang zou tot optimisme kunnen stemmen, maar toch is er discussie over de rol van wetenschap in de psychiatrie. Er is kritiek op de opbrengsten van de biologische psychiatrie (van Os 2018), twijfel aan het nut van *evidence-based medicine* (Greenhalgh e.a. 2014) en terechte discussie over de manier waarop wetenschap wordt bedreven (Ioannidis 2016; Yordanov e.a. 2015).

Deze kritische houding over wetenschap is goed omdat die ruimte geeft voor reflectie: kan psychiatrie zonder wetenschap of moeten we de invulling ervan fundamenteel

veranderen? In dit essay betoog ik dat de psychiatrie een probleem heeft als wetenschap een te marginale rol krijgt. Dit doe ik aan de hand van drie stellingen:

- Wetenschap is essentieel voor de psychiatrie in al haar complexiteit en pluriformiteit.
- De inherente twijfel in de wetenschap voorkomt onnodige ideologische debatten.
- Goede zorg kan niet zonder goede wetenschap.

Daarna zal ik een aantal suggesties doen hoe we wetenschap een constructieve plek kunnen geven in de psychiatrie.

Wetenschap essentieel

Mijn eerste stelling luidt: wetenschap is essentieel voor de psychiatrie in al haar complexiteit en pluriformiteit. De fundamentele vraag hoe psychische klachten ontstaan (maar ook hoe ze behandeld moeten worden), kent uiteenlopende verklaringsmodellen. Er zijn ‘aanhangers’ van het brein en het strikte medische model, meer psychologisch georiënteerde visies, terwijl anderen vooral een voornaam rol zien voor maatschappelijke factoren. Verklaringsmodellen over brein, geest en omgeving sluiten elkaar niet uit. Psychische problemen zijn niet alleen te verklaren uit het brein, maar raken alle niveaus: van moleculair tot netwerk, van brein tot gevoel, van persoon tot omgeving.

Een reductionistische interpretatie van wetenschap doet haar geen recht, en psychiatrie reduceren tot het brein, psyche of omgeving is een heilloze weg. Kennisbronnen in de psychiatrie zijn ongelijksoortig: kennis over neuronen is fundamenteel anders dan iemands ervaringen of de dynamiek van menselijke interacties (Kendler 2008). Wetenschappelijk gezien is het dan ook lastig om deze kennisbronnen met elkaar te combineren of ze te integreren. Dat maakt wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie complex en uitdagend. Via psychologie, sociologie, fenomenologie of filosofie: op verschillende manieren kunnen we *inzoomen* om beter te begrijpen hoe psychische klachten ontstaan.

In de wetenschap moeten grotere patronen en lijnen te ontdekken zijn, of dat nu bij één persoon is of binnen een bepaalde groep (Denys & Meynen 2011). Als alles voor iedereen een unieke ervaring is, leer je nergens van en is het verkrijgen van kennis onmogelijk. In de praktijk gebruiken psychiaters het geïntegreerde biopsychosociale model dat deze drie niveaus met elkaar verbindt (Wade & Halligan 2017).

Dit model is in algemene zin in de praktijk bruikbaar, maar het mist een theoretische onderbouwing op welke manier de verschillende verklaringsniveaus worden geïntegreerd, en hoe deze integratie tot structurele kennisvermeerdering leidt (Lehman e.a. 2017). Het is een van de grootste uitdagingen waar de psychiatrie, en misschien wel de hele

AUTEUR

CHRISTIAAN H. VINKERS, psychiater, afd. Psychiatrie en afd. Anatomie en Neurowetenschappen, Amsterdam UMC (locatie VUmc), Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Christiaan H. Vinkers, Amsterdam UMC (locatie VUmc), afd. Psychiatrie, Oldenaller 1, 1081 HJ Amsterdam.
E-mail: c.vinkers@amsterdamumc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-10-2019.

geesteswetenschappen, voor staan: het integreren van de verschillende facetten van de menselijke geest, zoals hersennetwerken, genen, observaties, geheugen, ervaringen en gevoelens. Wetenschap is onmisbaar om hierin verder te komen en beter te kunnen bevatten hoe de mens in elkaar zit.

Inherente twijfel

Mijn tweede stelling: de inherente twijfel in de wetenschap voorkomt onnodige ideologische debatten. Ruimte voor pluriformiteit in de wetenschap zou altijd moeten leiden tot twijfel en bescheidenheid. Er zijn immers zoveel manieren om de menselijke geest te begrijpen en er is nog zoveel waarvan we weinig begrijpen. Bovendien sluiten, zoals gezegd, verschillende verklaringsmodellen elkaar niet per definitie uit. Elk verklaringsmodel dat als de absolute en enige ‘waarheid’ verkondigd wordt, zouden we met gezond wantrouwen tegemoet moeten treden. Een deel van de twijfel is fundamenteel inherent aan wetenschap omdat deze tot op zekere hoogte subjectief is en ruimte biedt aan interpretatie (Chalmers 2013).

Als wetenschap deels subjectief is en we veel (nog) niet weten, dan geeft dit veel ruimte voor eigen opvattingen en persoonlijke visies. Van een verklaringsmodel een onwrikbaar geloof te maken leidt onvermijdelijk tot polarisatie. Dat eigen meningen een rol spelen, is op zichzelf niet onlogisch: iemands wetenschappelijke opvattingen zijn per definitie niet neutraal en waardeonafhankelijk. Zo is – niettegenstaande het evidente belang van het brein – onterecht wel eens de indruk gewekt dat breinverklaringen in de psychiatrie superieur zouden zijn aan andere verklaringen en interpretaties (Bassett & Gazzaniga 2011). Ook de aanpak om trends in grote hoeveelheden data te ontdekken (big data) kent uiteindelijk deels subjectieve opvattingen en hypothesen over het ontstaan van psychische klachten (Eubanks 2018; Fry 2019).

Wetenschap zou moeten zorgen dat onze overtuigingen niet tot een vastgeroest en onwrikbaar geloof verworden. Juist de twijfel is de basis van de wetenschap en zorgt dat we nuance blijven zien, we van mening kunnen veranderen en verder komen. Het besef van twijfel zou moeten zorgen dat we harde en definitieve uitspraken over onderwerpen in de psychiatrie vermijden, of dat nu gaat over de vraag wat de waarde van de DSM-5 is, of bepaalde aandoeeningen wel of niet bestaan, hoe ons brein werkt, en hoe groot de effectiviteit van de huidige behandelingen is. Wat blijft er dan nog over wat we wél weten, zo kan de teleurgestelde lezer zich afvragen.

Een risico van wetenschappelijke twijfel is dat deze doorslaat en leidt tot cynisme, relativisme of ontkenning. Het is een ernstige misvatting dat wetenschap de psychiatrie geen kennis oplevert, dat alle aanpakken en methodes (even) goed zijn en alle waardevolle kennis opleveren, of dat de waarde van wetenschap te verwaarlozen is. Dat er beperkingen kleven aan de kennis van wetenschap betekent namelijk niet dat wetenschap geen waardevolle kennis oplevert, en rechtvaardigt ook geen *anything goes*-houding waarin alle wetenschappelijke activiteiten waardevol of bijdragend zijn. Een wetenschappelijk verklaringsmodel moet ondersteund worden door bewijs en de mogelijkheid dat paradigma's en theorieën weer ontkracht (gefalsificeerd) kunnen worden (Popper 1963). In die zin waren de revolutionaire psychodynamische theorieën van Freud strikt genomen weinig wetenschappelijk.

Zonder gedegen wetenschappelijke scholing, kennis en ervaring is het lastig om kritisch wetenschappelijke evidentie te beoordelen of een zinvolle bijdrage aan de wetenschap te leveren. Of iemand zich nu focust op het brein, de omgeving, psychodynamische conflicten, fenomenologische aanpakken, persoonlijke ervaringen – een goede en gedegen wetenschappelijk aanpak is nodig, met goede methodologie, een juiste kritische interpretatie en hypothesen die uiteindelijk toetsbaar zijn. Dat vergt veel tijd, samenwerking, inspanningen en investeringen (Rooijmans & van Hemert 2010). Juist wetenschap is hard nodig om vooruit te komen qua kennis, en tegelijk ruimte te geven aan twijfel en reflectie en niet te verzanden in ideologische debatten over de rol van het brein of de maatschappij.

Goede zorg kan niet zonder goede wetenschap

Mijn derde stelling is: goede zorg kan niet zonder goede wetenschap. De psychiater wordt door sommigen wel gezien als een soort kunstenaar, een creatieve genezer van de geest die weinig nodig heeft voor een zinvolle duiding. Misschien willen we zelf ook wel graag zo gezien worden – er schuilt hierin ontegenzeggelijk een zekere aantrekkingskracht. De maatschappij percipieert de psychiater tot

op zekere hoogte ook zo, en vraagt psychiaters om uit de losse pols te duiden of ongeluk bij het leven hoort en hoe we met verwardheid om moeten gaan. Deze vaak aansprekende interpretaties vallen feitelijk gezien buiten het domein van de wetenschap, maar dragen wel bij aan het imago van de psychiater als de expert die met gezag en gemak brede ontwikkelingen in de moderne maatschappij duidt.

Als wetenschap niet nodig is voor de psychiater in zijn of haar rol als 'maatschappijduider', in hoeverre is wetenschappelijke kennis wél essentieel voor de praktische uitvoering van ons vak? De dagelijkse psychiatrische praktijk is immers veel meer dan wetenschap. Daar houden patiënten zich niet aan theoretische overwegingen of kaders, en combineren psychiaters inhoudelijke expertise met empathie en aandacht voor de specifieke omstandigheden van het individu. Een goede wetenschapper is niet per definitie een goede psychiater, en vice versa.

Toch zijn goede zorg en goede wetenschap niet in tegenspraak met elkaar. Eerder is het een onlosmakelijk (maar inmiddels wat verwaarloosd) huwelijk: het is namelijk mogelijk om goede zorg na te streven (voldoende tijd voor wat iemand nodig heeft, goed luisteren, aandacht voor de sociale context) én tegelijk beter te begrijpen waar psychische klachten vandaan komen en hoe patiënten zo goed mogelijk geholpen zijn.

De opkomst van relationele zorg en die van positieve gezondheid zijn tot nu toe vooral uitingen van een andere manier van psychiatrische behandeling en daarmee vormen van zorgvernieuwing. Nieuwe wegen van zorgvernieuwing vernieuwen en beklijven, en maken het psychiaterwerk fris en inspirerend. Toch zijn deze nieuwe ontwikkelingen geenszins een vervanging van bestaande wetenschappelijke kennis (Kuhn 1962). Goede zorg en zorgvernieuwingen zijn geen substitutie van goede wetenschap: het is mogelijk om én beter aan te sluiten bij wat iemand nodig heeft om een zinvol leven te leiden, en tegelijk bijvoorbeeld te onderzoeken waarom iemand kwetsbaar is voor psychose en wat daar aan te doen is.

Kennis is een onderschat domein in de psychiatrie, waar veel meer aandacht voor zou moeten komen. Er zijn zaken die een psychiater feitelijk onjuist kan doen, waarmee hij of zij patiënten kan schaden. De huidige opzet van nascholing in de psychiatrie is wat dat betreft onvoldoende erop ingericht om deze kennis de spreekkamer te laten bereiken (Vinkers & Tijdsink 2017).

Wellicht ten overvloede: dit betekent dat niet (wetenschappelijke) kennis het dominante domein moet zijn in de dagelijkse praktijk. Sackett, de grondlegger van *evidence-based medicine*, stelde al in 1996 dat wetenschappelijke evidentie slechts één van de pijlers is naast klinische expertise en waarden en voorkeuren van de patiënt

(Sackett e.a. 1996). Wetenschap is een hulpbron die psychiaters en patiënten moet helpen, maar hen niet in een keurslijf moet dwingen.

Balans opmaken

De psychiatrie zou baat hebben bij een wetenschappelijk gefundeerde visie waarin ruimte is voor heterogeniteit en pluriformiteit. De grondhouding zou wat mij betreft constructieve twijfel moeten zijn, zonder de wetenschap te verwerpen. We staan nog slechts aan het begin van het begrijpen en ontrafelen van psychische stoornissen. Daarin predik ik overigens geen defaitisme: er is geen enkele reden aan te nemen dat we niet verder kunnen komen. Integendeel: er zijn vele aanwijzingen dat we aan de vooravond staan van nog meer kennis die de levens van onze patiënten kan veranderen.

Dat betekent ook dat we de kennis die we nu al hebben, zouden moeten omarmen en toepassen om de lijdensdruk van onze patiënten te verminderen. Dit is ook wat psychiaters willen: in een recente enquête van De Jonge Psychiater (de Psychiaterthermometer) vonden 525 van de 789 psychiaters dat de beroepsgroep meer op de hoogte moet zijn van wetenschappelijke ontwikkelingen en deze moet toepassen. Maar hoe moet dit gebeuren?

Implicaties voor de psychiatrie

In het navolgende doe ik daarom een aantal suggesties hoe de wetenschap op een betere manier te positioneren is in de psychiatrie. Ik heb daarbij niet de pretentie een uitputtende opsomming te geven – mijn betoog is bedoeld als een eerste aanzet.

VERKLEINEN VAN DE KLOOF TUSSEN WETENSCHAP EN KLINISCHE ZORG

Er bestaat in de Nederlandse psychiatrie nog steeds een kloof tussen wetenschap en klinische praktijk, die in de jaren 90 al expliciet werd beschreven (Leufkens & Van Rijthoven 1996). Er is een discrepantie tussen wat zich in de wetenschap afspeelt en wat er in de praktijk mee gebeurt. Vice versa hebben veel behandelingen of theorieën uit de dagelijkse praktijk in de psychiatrie weinig of geen wetenschappelijke onderbouwing.

Hoewel de Nederlandse psychiatrie het qua wetenschap zeker goed doet vergeleken met andere landen, staat bij de gemiddelde psychiater wetenschappelijk onderzoek niet bovenaan de lijst van prioriteiten. Toch zijn psychiaters zijn als klinische experts bij uitstek geschikt om hieraan een bijdrage te leveren. Dit betekent niet dat alle psychiaters wetenschappelijk actief moeten worden, maar veel eerder dat iedereen een goede structurele basis moet krijgen in het beoordelen van de kwaliteit van wetenschappelijk onderzoek en toegang tot de resultaten ervan – met

alle twijfel en onzekerheid die daaraan inherent is. Zo kan kennis ook ten goede komen aan onze patiënten en de spreekkamer bereiken. Omgekeerd kunnen observaties uit de praktijk de wetenschap voeden. Juist die open blik is instrumenteel geweest voor de serendipiteit die aan veel effectieve behandelingen in de psychiatrie ten grondslag ligt (Vinkers & Vis 2018).

Wellicht dat de werkdruk, superspecialisatie en de scheiding tussen ggz en academie belemmerend werken. Het is een gemiste kans, juist de wetenschappelijke praktijk geeft inzicht over de complexiteit in de psychiatrie en kan leiden tot nieuwe kennis en integratie van verschillende verklaaringsmodellen. Onze kennis over het brein, nieuwe meettechnieken, netwerkmodellen en fenomenologie ontwikkelt zich razendsnel. Statistiek is hierin een onmisbare en onderschatte component voor de beoordeling en interpretatie wat wel of niet werkt (Penrose 1947). Deze betreft vooraf vastgelegde hypothesen, replicerbaarheid, methodologie en klinische relevantie (Ioannidis e.a. 2014). Hoe beoordeel je als psychiater kritisch nieuwe ontwikkelingen als je niet weet hoe je dat moet doen? Voor psychiaters is er te weinig tijd en ruimte om zich hierin te kunnen verdiepen. Het risico is dat trends en goed ‘verkochte’ concepten te weinig kritisch worden geëvalueerd.

De kloof is deels te slechten door een betere onderzoeksinfrastructuur waarbij academie en ‘perifere’ ggz structureel met elkaar verbonden zijn, het liefst op landelijk niveau en over een scala aan onderwerpen. De huidige onderzoeksgroepen zijn over het algemeen relatief klein en lang niet altijd goed op elkaar afgestemd. Het gaat om samenwerking over onderwerpen die op meerdere plekken worden onderzocht, uitwisselen van kennis en expertise over methodologie, ontwikkeling en toepassing van nieuwe technieken, opzetten van landelijke studies met relatief grote patiëntenaantallen. Verder betreft het combineren van verschillende aanpakken (bijvoorbeeld biologie met psychologie), en toepassingen van resultaten in één gebied op een ander gebied (of op een diagnoseoverstijgende manier). Kortom: ruimte voor innovatie en efficiëntie terwijl de weerbarstige praktijk een grotere link heeft met de wetenschap.

MEER INVESTERINGEN

‘Meer geld’, het is bijna altijd een dooddoener omdat het op zichzelf een inhoudsloze en tamelijk makkelijke constatering is. Toch is het gegeven van beperkte investeringen een levensgrote dooddoener in de psychiatrie. Psychiatrisch onderzoek blijkt vaak moeilijk subsidieerbaar te zijn wellicht door de complexe conceptualisatie en methodologie. Er is een grote discrepantie tussen de omvang en lijdensdruk van psychische aandoeningen in Nederland. Elk jaar krijgen miljoenen Nederlanders te maken met psychische

klachten (de Graaf e.a. 2012). Een andere studie schatte de kosten recent nog op 6,5 miljard euro directe zorgkosten en ook nog eens 15,5 miljard euro aan geschatte maatschappelijke kosten (Bijenhof 2012; Wester 2017). In Nederland wordt er structureel 5 miljoen euro per jaar in het onderzoeksprogramma GGZ via ZonMw gefinancierd, los van het aparte onderzoeksprogramma Actieprogramma mensen met verward gedrag. Ook in de programma's Preventie, Doelmatigheidsonderzoek en Jeugd zit enige, maar beperkte besteding voor de psychiatrie.

In Nederland wordt vanuit de overheid dus 0,02% (!) van de jaarlijkse 22 miljard euro kosten geïnvesteerd in onderzoek. Zet dat maar af tegen de recente discussies over toegenomen suïcidaliteit onder jongeren, euthanasie in de psychiatrie, het meten van behandeluitkomsten en de aanpak van verwarde personen. Ook in andere Europese landen blijkt dat er relatief weinig wordt geïnvesteerd in psychiatrische aandoeningen (Hazo e.a. 2017; MQ: Transforming Mental Health 2019).

Dit terwijl duidelijke aanwijzingen zijn dat zulke investeringen in onderzoek en onderzoeksinfrastructuur kosteneffectief zijn (McDaid 2011). Wanneer we de investeringen in psychische aandoeningen vergelijken met die in andere aandoeningen, zien we dat in bijv. het Verenigd Koninkrijk per patiënt 25 keer zoveel geïnvesteerd wordt in kanker en 14 keer zoveel in de ziekte van Alzheimer vergeleken met de psychiatrie (MQ: Transforming Mental Health 2019).

RUIMTE VOOR DOOR NIEUWSGIERIGHEID GEDREVEN EN MULTIDISCIPLINAIR ONDERZOEK

Vooruitgang gaat helaas langzaam en kost tijd: verzamelen van nieuwe data, blijven zoeken en speuren, bestaande gegevens bij elkaar brengen en nieuwe methodes ontwikkelen. Wetenschap in de psychiatrie is een creatieve, maar zorgvuldige verkenning van de complexe psychische disfunctie van de mens. Denkwijzen in de psychiatrie die ruimte bieden aan nieuwe ontwikkelingen zijn hard nodig, bijvoorbeeld vernieuwende benaderingen waarbij men kijkt naar ziekteoverstijgende mechanismen over brein, psychologie, interactie, context en gevoelsleven. Daarvoor zijn disciplineoverstijgende samenwerkingen met neurowetenschappers, sociologen, psychologen, wiskundigen, neurologen, statistici, en filosofen hard nodig. Samenwerking met andere disciplines is essentieel voor nieuwe kennis en inspiratie. De vraag wat de 'geest' met moleculen te maken heeft en vice versa is niet te beantwoorden als we de traditionele paden niet durven te verlaten en een *out-of-the-box* aanpak hanteren. Dit betekent dat er ruimte komen voor vernieuwend 'gek' onderzoek

waarvan onbekend is of het iets oplevert, het liefst met een multidisciplinaire aanpak.

OPLEIDING EN NASCHOLING

Tegelijk wil ik ook een lans breken voor klinisch actieve psychiaters die wetenschap bedrijven: het is een uitdagende combinatie die hard nodig is om de wisselwerking tussen kliniek en wetenschap te faciliteren. De kennis, vaardigheden en ervaring die een wetenschapper gebruikt en nodig heeft, worden soms onderschat. Opleiding en nascholing zijn derhalve essentieel om de wetenschappelijke kant van de psychiatrie vorm te geven (waaronder ook wetenschapsfilosofie en statistiek valt) en diepgang te geven aan de veelheid aan nieuwe ontwikkelingen in de psychiatrie.

Elke psychiater zou daarom – liefst al tijdens de opleiding – kennis moeten nemen van wetenschappelijke basis en dilemma's binnen de psychiatrie, zie bijvoorbeeld: Chalmers (2013), Jaspers (1913), Kendler (2005) en Zachar en Kendler (2017). Dergelijke kennis zou discussies over de zin en onzin van wetenschap in de psychiatrie gebalanceerder en genuanceerder maken. Tegelijk zou deze zorgen dat wetenschap door opleiding en voortdurende bijscholing vertaald wordt naar de klinische praktijk – en zodoende maximaal ter beschikking komt van de patiënt. Zonder continue borging van wetenschap is het risico dat er onzekerheid en ambivalentie ontstaan tegenover wetenschap en de rol van onderzoek binnen de psychiatrie. Wat dat betreft, is het een goede ontwikkeling dat in Nederland de opleiding tot psychiater binnenkort zowel in de academie als in de periferie gevolgd wordt, net zoals in Vlaanderen op dit moment al het geval is.

Tot slot

De werkelijkheid van de huidige psychiatrie is complex, en die van de toekomst zal niet anders zijn. Zonder enige twijfel is de weg naar meer vooruitgang in de psychiatrie bezaaid met hobbels en talloze 'zwarte dozen'. Tegelijk moeten we ons realiseren dat we nog niet zo lang onderweg zijn. We zouden de handdoek niet in de ring moeten werpen, maar door moeten gaan met aandacht en tijd voor wetenschap. Met ruimte voor twijfel, gedegen kennis over methodologie en aandacht voor alle wetenschappelijke complexiteit die de psychiatrie eigen is. Dat kan zonder de rol van wetenschap te verabsoluteren of te marginaliseren, of teveel ruimte te bieden aan populistische visies.

Een psychiatrie zonder een grote rol voor wetenschap is wat mij betreft een doodlopende weg. Alleen met wetenschap en de onlosmakelijke constructieve twijfel komen we vooruit en kunnen we onze patiënten uiteindelijk beter helpen.

👉 Gerrit Glas, Gerben Meynen, Jeroen de Ridder, Jeroen Geurts, Lotje Steins Bisschop en Joeri Tjiddink gaven commentaar en input op dit manuscript. Als wetenschappelijk actieve psychiater heb ik een directe belangenverstrengeling om op te roepen tot een sterkere rol voor wetenschap en meer investeringen.

LITERATUUR

- Bassett DS, Gazzaniga MS. Understanding complexity in the human brain. *Trends Cogn Sci* 2011; 15: 200-9.
- Bijenhof A. Kostenontwikkeling ggz, centrum voor volksgezondheid toekomstverkenningen. https://www.volksgezondheidenzorg.info/sites/default/files/016171_kvz-2012-1-kostenontwikkeling-ggz.pdf.
- Chalmers AE. What is this thing called science? (4de ed.). Brisbane: University of Queensland Press, Open University press; 2013.
- de Graaf R, ten Have M, van Gool C, van Dorsselaer S. Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS-2. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 27-38.
- Denys D, Meynen G. *Handboek psychiatrie en filosofie*. Utrecht: De Tijdstroom; 2011.
- Eubanks V. Automating inequality: how high-tech tools profile, police, and punish the poor. St. Martin's Press; 2018.
- Fry H. *Hello world: How to be human in the age of the machine*. Londen: Transworld Publishers; 2019.
- Glas G. Person-centered care in psychiatry: Self-relational, contextual, and normative perspectives. Londen: Routledge; 2019.
- Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N, Evidence Based Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: A movement in crisis? *BMJ* 2014; 348: g3725.
- Hazo JB, Gandre C, Leboyer M, Obradors-Tarrago C, Belli S, McDaid D, e.a. National funding for mental health research in finland, france, spain and the united kingdom. *Eur Neuropsychopharmacol* 2017; 27: 892-9.
- MQ: Transforming Mental Health. UK mental health research funding 2014-2017. Londen: MQ: Transforming Mental Health; 2019.
- Ioannidis JP. Why most clinical research is not useful. *PLoS Med* 2016; 13: e1002049.
- Ioannidis JP, Greenland S, Hlatky MA, Khoury MJ, Macleod MR, Moher D, e.a. Increasing value and reducing waste in research design, conduct, and analysis. *Lancet* 2014; 383: 166-75.
- Jaspers K. *Allgemeine psychopathologie*. Berlijn: Springer; 1913/2012.
- Juarrero A. *Dynamics in action: Intentional behavior as a complex system*. Cambridge: The MIT Press; 2002.
- Kendler KS. Toward a philosophical structure for psychiatry. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 433-40.
- Kendler KS. Explanatory models for psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 695-702.
- Kuhn T. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press; 1962.
- Lehman BJ, David DM, Gruber JA. Rethinking the biopsychosocial model of health: Understanding health as a dynamic system. *Soc Personal Psychol Compass* 2017; 11: 1-17.
- Leufkens HGM, van Rijthoven PFJ. Stichting toekomstscenario's gezondheidszorg. Viermaal een doorkijk in de biologische psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 1996.
- McDaid D. Making the long-term economic case for investing in mental health to contribute to sustainability. *European Pact for Mental Health and Well-being*; 2011.
- Penrose LS. The importance of statistics in psychiatry. *Proc R Soc Med* 1947; 40: 863-70.
- Popper K. *Conjectures and refutations: The growth of scientific knowledge*. New York: Harper & Row; 1963.
- Rooijmans HG, van Hemert AM. *Meer wetenschap in de psychiatrie* *Ned Tijdschr Geneesk* 2010; 154: A1774.
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. *Evidence based medicine: What it is and what it isn't*. *BMJ* 1996; 312: 71-2.
- Shorter E. *A history of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: Wiley; 1998.
- van Os J. *Personalised psychiatry: geen vervanger van persoonlijke psychiatrie*. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 199-204.
- Vinkers CH, Tjiddink JK. *Nascholing bereikt behandelkamer niet*. *Medisch Contact* 2017; 17 maart 2017.
- Vinkers CH, Vis R. *Even slikken - de zin en onzin van antidepressiva*. Amsterdam: Prometheus; 2018.
- Wade DT, Halligan PW. The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. *Clin Rehabil* 2017; 31: 995-1004.
- Wester J. *Studie: Psychische klachten kosten 22 miljard euro*. *NRC* 12 april 2017.
- Yordanov Y, Dechartres A, Porcher R, Boutron I, Altman DG, Ravaud P. Avoidable waste of research related to inadequate methods in clinical trials. *BMJ* 2015; 350: h809.
- Zachar P, Kendler KS. The philosophy of nosology. *Annu Rev Clin Psychol* 2017; 13: 49-71.

SUMMARY

The underestimated value of science in psychiatry

C.H. VINKERS

BACKGROUND Psychiatry is a special but complicated medical specialty as it focuses on the most elusive of all suffering in medicine: mental suffering.

AIM Description of the (desired) role of science in psychiatry.

METHOD Essay based on relevant literature.

RESULTS Science constitutes the basis of psychiatry and is essential for daily practice. A methodologically broad view on science can provide new knowledge and better care in psychiatry without falling prey to reductionism. The doubt and nuance inherent in science is also valuable to avoid unnecessary ideological debates in psychiatry and to give room to meaningful discussions. Nevertheless, investments in science within psychiatry are relatively limited, particularly in view of the suffering and costs related to psychiatric disorders.

CONCLUSION Psychiatry has greatly benefited from science. However, science should also lead to modesty and doubt about the current state of knowledge. This paradox should be an incentive to embrace science as the basis of psychiatry while avoiding reductionism. This essay discusses a number of ways how this could be realized.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)4, 291-297

KEY WORDS biopsychosocial model, paradigm, philosophy of science, psychiatry resident