

De aantrekkelijke, maar illusoire autonomie van een eenzijdig verklaringsmodel voor de psychopathologie

J. DIRKX

SAMENVATTING De huidige psychiatrie wordt gedomineerd door het natuurwetenschappelijk perspectief van de biologische psychiatrie waarbij de psychiater bovenal een hersenspecialist zou moeten zijn die zich baseert op het medisch model. De geesteswetenschappelijke benadering komt daarbij in het gedrang en het vak dreigt te verschromelen tot een vorm van gedragsneurologie. Dit doet geen recht aan het inzicht dat psychische aandoeningen meervoudig bepaald zijn. In dit artikel worden de oorzaken en de gevolgen van deze eenzijdige ontwikkeling beschreven; deze zijn methodologisch, wetenschapsfilosofisch en cultureel-maatschappelijk van aard. Een pluralistische benadering is noodzakelijk voor het in essentie buitengewone medische specialisme van de psychiatrie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)7, 405-415]

TREFWOORDEN medisch model, psychodynamische psychiatrie, pluralistisch perspectief

In de huidige psychiatrie worden in snel tempo richtlijnen ontwikkeld voor uiteenlopende ziektebeelden. Evidence-based medicine met resultaten verkregen via de gouden standaard van de gerandomiseerde gecontroleerde trial wordt steeds meer richtinggevend. Zorgprogramma's worden dwingend en hoewel er geen duidelijk verband bestaat tussen een DSM-classificatie en de aard of duur van een behandeling, wordt de diagnosebehandelcombinatie (DBC) een (financieel) beheersinstrument waarmee men transparantie verkrijgt en kwaliteit gaat meten.

Deze neiging tot regelen, rubriceren en controleren, die soms eerder doel lijkt dan middel, is mede het gevolg van een verenging van een natuurwetenschappelijke psychiatrie tot de ideologie van het biomedisch denken, waarin uiteindelijk alles kenbaar en te verklaren is: 'The major

problem with the ideology of biological psychiatry lies in its reluctance to explore its limitations, its overgeneralization of results and its failure to adequate measures of the environment' (Horwitz 2002).

In dit artikel belicht ik de beperkingen van een eenzijdig verklaringsmodel. Voorts betoog ik aan de hand van de natuurlijke tegenhanger van het biomedisch denken, het psychodynamisch perspectief, dat essentiële aspecten van het vakgebied van de psychiatrie verloren gaan wanneer een pluralistische benadering wordt verlaten.

KRITIEK OP DE MODERNE PSYCHOPATHOLOGIE

Biologisch determinisme

Medisch model De moderne psychopathologie is geënt op het medisch (ziekte)model met symptomen als uiting van hersenaandoeningen. Volgens het medisch model wordt een mentale ziekte net als andere ziekten bepaald door een verstoorde functie van het lichaam, in dit geval het brein. Weliswaar kan de oorzaak van deze ziekte op verschillende niveaus liggen, maar het medisch model blijft georiënteerd op hersenafwijkingen als oorzaak van psychiatrische symptomen. In de Angelsaksische literatuur wordt er dan ook vaker gesproken van het 'biomedical model'.

Wetenschapstheoretisch sluit het aan bij een empirische positivistische benadering (Mooij 2002). Het paradigma is materialistisch en reductionistisch; het gedrag kan worden verklaard door de werking van het brein. Er is behoefte aan een aanwijsbare, zichtbaar vast te leggen en rubriceerbare stoornis in het brein, bij zowel artsen als patiënten: *'I wanted to reduce the stigma associated with mental illnesses by making it clear that they are brain diseases that cause enormous human suffering'* (Andreasen 2001).

Patiënten lijden aan een ziekte waarbij de eigen verantwoordelijkheid wordt geëxternaliseerd. Het is iets wat een patiënt overkomt, waar men slachtoffer van is. Een ziekte legitimeert niet alleen het hulpeloze en passieve gedrag van de patiënt, maar ook het noodzakelijk geachte ingrijpen van de hulpverlener. Het eigen aandeel lijkt te verdwijnen; de keuze ligt immers besloten in bijvoorbeeld een deficiënte genexpressie of hypometabolisme in de frontale hersenschors. Mensen zijn biologisch gedetermineerd en daarmee is tevens hun gedrag biologisch gelegitimeerd.

'Tractus mentalis' Psychiaters willen zich vooral als medisch specialist profileren, waar overigens a priori niets tegen is, en zoeken daarbij

aansluiting bij de andere medische specialismen waar zij zoveel mogelijk op willen lijken. Een mooi voorbeeld van het in extremis toepassen van het medisch ziektemodel is te vinden in het concept van de 'profielschets psychiater' (website Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, juni 2003). Daarin wordt gewag gemaakt van de psychiatrie als 'orgaanspecialisme' en de psychiater als 'hersenspecialist'. Men spreekt in dit rapport van: *'... een 'tractus mentalis', die in zijn functionele samenhang analoog is aan bijvoorbeeld de tractus digestivus als object van de gastro-enterologie. De verschillende mentale functies zijn gebonden aan onderdelen van de hersenen en de daarmee verband houdende zintuiglijke en uitvoerende organen.'*

Hoewel het hier niet gaat om een eindversie, maar om een concept, is het wel exemplarisch voor de denkrichting die thans dominant is in de psychiatrie en de psychopathologie, waarbij psychiaters zichzelf als deskundig beschouwen op het gebied van hersenziekten.

Geen eenduidige één-op-éénrelatie Er zijn echter erg weinig stoornissen in beleven en gedrag waarvan vaststaat dat een eenduidig omschreven afwijking in het brein een noodzakelijke en voldoende voorwaarde is. Freud (1916) waarschuwde hier al voor in zijn Inleiding tot de psychoanalyse als hij schrijft: *'Weliswaar houdt binnen het medische vakgebied de psychiatrie zich bezig met de beschrijving van de waargenomen psychische stoornissen en met hun samenvoeging tot klinische ziektebeelden, maar te goeder ure betwijfelen de psychiaters zelf of hun zuiver descriptieve overzichten de naam van wetenschap verdienen. De symptomen waaruit deze ziektebeelden zijn samengesteld, zijn wat betreft hun herkomst en mechanisme en in hun onderlinge samenhang niet herkend; met deze symptomen corresponderen geen aantoonbare veranderingen van het anatomische orgaan van de ziel of alleen veranderingen waaruit ze niet kunnen worden verklaard.'*

Uiteraard vindt ieder gedrag, iedere emotie, iedere intentie zijn oorsprong in het brein, maar dat is even nietszeggend als het benoemen van een

hartstilstand als doodsoorzaak. Wij overlijden immers allemaal aan een hartstilstand.

Misverstand Het misverstand dat psychiatrische stoornissen veroorzaakt en verklaard worden door hersenafwijkingen ontstaat doordat een correlatie wordt verward met pathogenese, en een reciproque relatie tussen hersenen en gedrag met een eenzijdig causale relatie.

Wanneer bij een depressieve stoornis een lagere concentratie van serotonine wordt vermoed op bepaalde plaatsen in het brein, vertaalt men dit vrijwel zonder uitzondering als de oorzaak van de depressie: 'Een depressie wordt veroorzaakt door serotoninetekort'. Met hetzelfde gemak kan men ook het omgekeerde beweren: 'De depressie leidt tot een verminderde serotonineconcentratie'.

De werkelijkheid is echter veel gecompliceerder. Er is sprake van een ontologische voorwaardelijkheid die tweezijdig van aard is. Het brein maakt gedachten, emoties en gedrag mogelijk, maar wordt daardoor in omgekeerde richting ook gevormd; de anatomische en fysiologische kenmerken van het brein worden beïnvloed door omgevingsfactoren (Gabbard 2005; Kandel 1999; Rusk & Rusk 2007; Rutter 2005).

Genetisch determinisme

Verwant aan het biologisch determinisme is het meer verholde genetisch determinisme. Het is algemeen bekend dat er geen enkelvoudig gen verantwoordelijk is voor enige psychiatrische aandoening. Zelfs bij autisme, de meest erfelijke psychiatrische aandoening, denkt men dat er ten minste 10 genen bij de overerving betrokken zijn (Insel & Collins 2005). Toch zijn de verwachtingen van de 'Genomic Era' hooggespannen: *'The human genome will not only aid in revolutionizing psychiatry and neurology, but it also will allow us a better understanding of normal behaviour'* (Kandel 2005).

Kandel, de veel geciteerde psychiater en onderzoeker, beschouwt de biologie via het mechanisme van genexpressie als de fundamentele verklaring voor de rol van sociale variabelen en

omgevingsvariabelen op psychiatrische symptomen: *'Thus all of 'nurture' is ultimately expressed as 'nature' (1998)*. De nadruk die Kandel in dit artikel legt op genexpressie maakt zijn positie onduidelijk ten aanzien van andere dan genetisch gemedieerde oorzakelijke factoren bij het ontstaan van psychiatrische aandoeningen. Deze factoren verdienen een eigen plaats (Glas 2006).

'The epistemic benefits of genetic reduction, especially in animal models, are considerable, but they do not replace higher-level theories or make gene-expression an explanatory fundamental factor' (Murphy 2006).

Sociaal determinisme

Volgens sommigen schuilt een veel groter gevaar in het sociaal determinisme, waarbij omgevingsfactoren bepalend zijn voor iemands gedrag. 'Parent blaming' is hier een uitgesproken voorbeeld van. Bekend uit de psychiatrie is de zogenaamde schizofrenogene moeder, waarbij het ontstaan van schizofrenie toegeschreven werd aan de interactie van de patiënt met zijn moeder. Pinker (2002) haalt als voorbeeld een cartoon aan uit *The New Yorker* waarbij een vrouw in de beklagdenbank zegt: *'True, my husband beat me because of his childhood; but I murdered him because of mine'*.

Ook hier worden correlaties opgevat als causale verbanden. Wanneer criminaliteit meer voorkomt onder armen, zou men kunnen redeneren dat armoede dus tot criminaliteit leidt; dit is een voorbeeld van een dergelijk misverstand. Het is dan slechts een kleine stap naar een verontschuldiging van crimineel gedrag als gevolg van armoede. Volgens Pinker verwacht men de begrippen 'verklaring' en 'verontschuldiging'. Een verklaring voor menselijk gedrag betekent echter nog geen verontschuldiging. Begrijpen is iets anders dan vergeven. Ook al wordt het gedrag veroorzaakt door gebeurtenissen in het brein, dan impliceert dit geenszins dat iemand er geen controle over heeft of er geen sturing aan kan geven. Hier is uiteraard discussie over mogelijk waarbij er een relatie bestaat tussen verantwoordelijkheid en toerekeningsvatbaarheid enerzijds en soort en

ernst van psychiatrische aandoeningen anderszins.

In een recent onderzoek blijken psychiaters en psychologen in hun oordeel over verantwoordelijkheid van patiënten milder te zijn als het gaat om patiënten met meer biologisch gefundeerde aandoeningen zoals een bipolaire stoornis (Miresco & Kirmayer 2006). Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis houdt men veel meer zelf verantwoordelijk voor hun aandoening, terwijl toch bekend is dat het bij een persoonlijkheidsstoornis in het algemeen gaat om rigide, langdurig bestaande en moeilijk te veranderen gedragspatronen. Naarmate de oorzaak meer in het psychosociale domein wordt geplaatst, beschouwt men het gedrag van de patiënt als meer intentioneel en vrijwillig; de patiënt is dan minder slachtoffer van een ziekte.

Symptoomreductie als leidend therapeutisch principe

De behandeling is heden ten dage gericht op symptoomreductie. Met andere woorden: een symptoom dient zo snel mogelijk te verdwijnen. Het vermogen om het symptoom te respecteren en het te kunnen zien als de resultante van een onderliggend conflict of als adaptatie aan ingewikkelde levensomstandigheden is in het actuele medische model nauwelijks ontwikkeld.

Sinds Hippocrates is echter bekend dat symptomen geen manifestatie van een ziekte zijn, maar van een genezingsproces. Hoewel geen zinnig mens twijfelt aan het nut van bijvoorbeeld pijn en koorts als symptomen die een adaptieve functie kunnen hebben of in diagnostische zin verhelderend kunnen zijn, lijkt deze opvatting in de psychopathologie niet op veel steun te kunnen rekenen of allang verlaten te zijn met de teloorgang van de fenomenologisch-existentiële traditie. Een uitzondering vormt de evolutionaire psychiatrie, waar ik later op terugkom.

De Amerikaanse psychiater Frattaroli (2002) maakt het breder en ziet de moderne psychopathologie als een neerslag van onze cultuur die gericht is op onmiddellijke bevrediging en op con-

sumentisme, verslavingsgedrag en het ontkennen van pijn en lijden: *'Action instead of reflection, doing rather than feeling, fixing rather than healing'*.

Lichaam, geest, bewustzijn

De wijze waarop men aankijkt tegen psychiatrische stoornissen en hun behandeling, anders gezegd, hoe men de grondslagen van de psychiatrische professie waardeert, hangt cultuurhistorisch samen met de positie die men inneemt in het lichaam-geestdebat. Is de psychiatrie bovenal natuurwetenschappelijk of juist geesteswetenschappelijk georiënteerd? (Gabbard 2005; Luhrmann 2000).

Het lichaam-geestprobleem, omschreven als hoe de geest verklaard wordt door het brein, is voor een groot deel vervangen door de vraag: hoe wordt het bewustzijn verklaard door het brein? Mind, meestal vertaald als 'geest', is in neurowetenschappelijk opzicht grotendeels in kaart gebracht als een optelsom van een aantal gelokaliseerde (cognitieve) functies zoals taal, leren, geheugen en perceptie. De essentie van de geest is echter het bewustzijn, niet het neurologische bewustzijn, maar het bewustzijn omschreven als: 'het subjectieve zijn in de wereld met de mogelijkheid tot zelfreflectie'. De aldus gedefinieerde vorm van bewustzijn met de belangrijkste rol voor de subjectieve aspecten, ook wel het fenomenale of subjectieve bewustzijn genoemd, blijkt voor velen een niet te reduceren concept (Blackmore 2005; Mooij 2006).

De kardinale vraag van het lichaam-geestdebat blijft bijgevolg hoe de geest en de materie (het brein) zich tot elkaar verhouden. Ondanks vele pogingen en stromingen binnen filosofie en neurowetenschappen is er tot op heden geen definitief antwoord gevonden op het lichaam-geest- of liever, zoals hierboven aangegeven, het brein-bewustzijnprobleem. *'Consciousness indubitably exists, and it is connected to the brain in some intelligible way, but the nature of this connection eludes us'* (McGinn 1999).

Er is een zogeheten eenvoudig probleem: de

zoektocht naar de neuronale correlaten, het beschrijven van de neuroanatomische en -fysiologische kenmerken, van het bewustzijn. Hierin is veel vooruitgang geboekt. Het moeilijke probleem is vervolgens hoe het bewustzijn zich ontwikkelt uit het brein, of liever, hoe materie in staat is bewustzijn te genereren. Subjectiviteit vormt, zoals eerder gezegd, het kernprobleem bij de verklaring van het bewustzijn: hoe kan een ingewikkeld samenspel van 'vurende' neuronen leiden tot een individuele smaak, een subjectief oordeel, kortom tot kwalitatieve sensaties?

We onderscheiden monistische en dualistische visies op het lichaam-geestprobleem. Een uitgebreid overzicht is elders te vinden (Den Boer 2003). De dualistische opvattingen vinden hun oorsprong bij Descartes, die een kwalitatief en substantieel onderscheid maakte tussen lichaam en geest. De geest wordt, in tegenstelling tot het lichaam (inclusief het brein), beschouwd als niet-materieel en niet-fysisch. Probleem is vervolgens hoe de niet-fysische geest invloed kan hebben op het fysische brein. Vooral vanwege het gegeven van de causale geslotenheid van het fysische systeem is het dualisme in zijn zuivere vorm volgens de huidige wetenschappelijke opvattingen achterhaald. Toch heeft men een aantal pogingen gedaan om het dualisme in een gemodificeerde vorm opnieuw te introduceren.

Volgens de theorie van het emergentisme rijst het mentale als het ware op uit het substantiële brein. Bij een voldoende mate van complexiteit vormen de neuronale verbindingen het mentale bewustzijn, de geest. Het brein en de geest hebben beide bestaansrecht, maar op een verschillend niveau van complexiteit. De geest is daarbij een zodanig ingewikkelde nieuwe eigenschap van het brein dat het hiertoe niet meer reduceerbaar is. De mate van complexiteit wordt in het emergentisme als oplossing gehanteerd om de verhouding tussen lichaam en geest weer te geven, maar deze benadering geeft geen wezenlijk antwoord op het lichaam-geestprobleem; ze imponeert veeleer als een *deus ex machina*.

De meeste onderzoekers zijn het erover eens

dat het definitieve antwoord (nog) niet gevonden is of zelfs nooit gevonden zal worden. De theorie van het *duaal monisme* sluit hierbij aan. Volgens deze theorie zijn geest en materie (brein) weliswaar tot elkaar herleidbaar, en dus van één en dezelfde substantie, maar worden ze altijd op een verschillende, van elkaar onderscheiden wijze gepercipieerd. Van buiten af, als object bezien, lijkt het brein een fysieke entiteit, terwijl het subjectief, dus vanuit de persoon zelf, als een mentaal gegeven wordt beschouwd. Het onderscheid tussen lichaam en geest is dus een artefact van de perceptie volgens deze theorie. In feite betekent dit dat het lichaam-geestprobleem onoplosbaar is omdat we een instrument willen observeren dat we zelf zijn (Solms & Turnbull 2002). McGinn (2004) formuleert het als volgt: *'I have argued that we know by means of introspective self-consciousness that there is a mind-body problem. But I have also argued that this very way of knowing is what blocks us from solving it....'*

Dit probleem van de waarneming waarbij er twee of meer perspectieven zijn die elkaar uitsluiten, maar complementair zijn, is in de wetenschap bekend geworden als het complementariteitsprincipe van Bohr: er is participerende observatie in die zin dat er een interactie bestaat tussen de observator en het geobserveerde, waardoor het geobserveerde verandert onder invloed van het observeren (Frattaroli 2001).

Anders gezegd, er is ook in dit geval dus geen onafhankelijke perceptie van een object zoals het positivisme voorstelt, maar altijd een intrinsieke subjectiviteit waarbij het geobserveerde object de wijze van kijken van het subject reflecteert. Jaspers sluit zich hierbij aan: *'Elke totale kennis van de mens blijkt een illusie die ontstaat wanneer één manier van beschouwen tot de enige wordt gemaakt, één methode tot de universele methode'* (Schüssler 1995).

In het voorgaande heb ik een aantal gevaren genoemd die samenhangen met het (bio)medisch model; voorts heb ik betoogd dat een deterministische visie bij de benadering van psychiatrische aandoeningen de patiënten in hun totaliteit tekortdoet. Het psychodynamische perspectief is van oudsher de natuurlijke tegenhanger van de

(bio)medische benadering van psychiatrische aandoeningen (Luhmann 2000) en het is er in zekere zin complementair aan. Dit perspectief komt daarom deels tegemoet aan de genoemde bezwaren.

HET PSYCHODYNAMISCH PERSPECTIEF

Conflict

De psychodynamische zienswijze gaat uit van het innerlijk conflict als oorsprong van psychische symptomen. De universele menselijke ervaring van conflictmatigheid wordt weerspiegeld in de eisen van de cultuur en het geweten tegenover de menselijke driften.

Symptomen zoals schaamte, schuld en angst zijn signalen van het aan de mens inherente morele conflict dat verinnerlijkt is. Het proces van zelfreflectie op de bewust ervaren pijnlijke emoties van schaamte, schuld en angst als verwijzing naar dieperliggende onbewuste conflicten is wat Frattaroli (2002) het 'luisteren naar de ziel' noemt. De mogelijkheid tot zelfreflectie en vervolgens bewustwording van deze conflicten is tevens de bron van de in het psychodynamische proces optredende groei.

De huidige psychopathologie is echter vreemd van conflicterende emoties door de eerder genoemde fixatie op afwijkingen in het brein, met een hersenziekte als oorzaak van een defect. Het is een statische transversale psychopathologie zonder geschiedenis en dynamiek.

Subjectiviteit en intersubjectiviteit

In de psychoanalyse als hermeneutische discipline, waaraan de psychodynamische psychiatrie in belangrijke mate schatplichtig is, bestaat er van oudsher veel aandacht voor het subjectieve en unieke karakter van de mens. Dit heeft ertoe geleid dat psychische symptoombeelden in het analytische discours meer in een verhalende dynamische diagnostiek worden verwoord dan als een eenduidig te classificeren aandoening.

Bovendien gaat het bij iedere therapeutische ontmoeting om twee mensen die elkaar wederzijds beïnvloeden. Dit geldt ook voor een psychiater of een psychotherapeut en een patiënt. Ook hier is er geen waardevrije observatie, maar een dynamische interactie tussen de subjectieve wereld van psychiater en patiënt, ook wel intersubjectiviteit genoemd.

In de huidige psychopathologie verschuilt de dokter zich als een objectieve expert en vergroot daarmee de afstand tot de patiënt die aan een ziekte lijdt.

Historie, herhaling, overdracht en omgeving

De evolutionaire of darwinistische psychiatrie (McGuire & Troisi 1998) deelt met de psychodynamische psychiatrie een historisch besef, in tegenstelling tot het onhistorische en etiologisch neutrale karakter van het huidige diagnostische classificatiesysteem, de DSM-IV. Daarnaast heeft men bij de eerstgenoemde oog voor het belang van de herhaling en respect voor het symptoom als adaptatiemechanisme. Zo heeft een depressie vanuit evolutionair perspectief ook bepaalde voordelen, zoals vermijding van gevaarlijke situaties (Nesse 2000).

Gehechtheid, rivaliteit, geldingsdrang en seksueel gedrag zijn genotypisch vastgelegde relationele gedragspatronen gericht op overleving. Omgevingsinvloeden en (subjectieve) interpersoonlijke ervaringen zijn de belangrijkste evolutionaire determinanten van de fenotypische expressie van het individuele genotype van deze gedragspatronen. Met andere woorden, vroegkinderlijke ervaringen in combinatie met een individuele genetische aanleg zijn bepalend voor het optreden van psychiatrische symptomen op latere leeftijd.

Dit vinden we ook terug in de eerder genoemde beïnvloeding van het brein door de omgeving; naarmate neuronen in een bepaald netwerk vaker geactiveerd worden, veroorzaakt dit een versterkte synaptische verbinding tussen deze neuronen. Dit is bekend geworden als het principe

van Hebb: 'cells that fire together wire together.' Deze bedacht dit overigens al in 1949. De synaptische plasticiteit van het brein en de grote gevoeligheid voor omgevingsinvloeden en interpersoonlijke ervaringen impliceren een correctief potentieel van psychotherapeutische interventies tot op neurobiologisch niveau.

De voor een individu typische relationele interacties herhalen zich namelijk in de constellatie van overdracht-tengevoege en kunnen daardoor een wezenlijk vehiculum voor verandering zijn. Een gevoel van veiligheid en vertrouwen in de ander, in de therapeut, is daarbij cruciaal teneinde deze lang bestaande, ooit adaptieve, maar inmiddels belemmerende, pathologische patronen te doorbreken.

Een voorbeeld

Laten wij nu ter illustratie van het bovenstaande het fictieve voorbeeld nemen van een overbezorgde, angstige moeder.

Patiënt E is een 38-jarige moeder van een dochter van ruim 1 jaar oud. Zij meldt zich op de polikliniek vanwege de voortdurende angst dat haar nog jonge kind iets overkomt. Ze verliest haar dochter geen seconde uit het oog en houdt haar 24 uur per etmaal binnen zicht en geluidsafstand. Ze raakt geleidelijk uitgeput, want slapen durft ze nauwelijks. Een duidelijke oorzaak, bijvoorbeeld het verlies van een eerder kind, is er niet.

We nemen aan dat het diagnostisch gaat om een angststoornis bij een vrouw die een controlebehoefte indruk maakt. Hoe zouden we hier nu therapeutisch mee om kunnen gaan? Er is een aantal mogelijkheden. De gedragstherapeut zal *exposure* en responspreventie toepassen. Er wordt een schematisch programma opgesteld waarbij de moeder leert geleidelijk meer afstand van haar kind te nemen zodat haar angsten uitdoven, aangezien er ook geen rationele verklaring voor haar angst is. Een tweede, vaak aanvullende behandeloptie is farmacotherapie; deze is veelal symptomatisch, maar soms noodzakelijk.

Dynamische benadering De dynamisch werkende psychiater zal vanuit het hierboven geschetste alternatief samen met de patiënte op zoek gaan naar de achterliggende reden voor haar overbezorgdheid en angst en zal proberen deze te herleiden tot een innerlijk conflict. Wanneer deze vrouw zich geleidelijk meer bewust wordt van haar innerlijke conflicten kan zij vervolgens leren er op een andere, meer passende manier mee om te gaan.

In zijn oorsprong zou dit probleem te maken kunnen hebben met ambivalente gevoelens over dit kind of zelfs agressie. Stel bijvoorbeeld dat deze vrouw, met een mooie carrière in het verschiets, toch met alle onzekerheid en ambivalentie zwanger is geworden. Het kind bleek vervolgens een huilbaby en er is te weinig steun van een partner et cetera. In ieder geval werden haar veel beperkingen opgelegd. Omdat teleurstelling, verdriet en woede hierover moeilijk geuit kunnen worden en voor anderen, maar ook voor de vrouw zelf eigenlijk onacceptabel zijn, dreigen ernstige schuldgevoelens. De woede en de agressie jegens haar kind raken in conflict met de eisen van het geweten (*superego*), dat stelt dat je van je kind moet houden en je eigen behoeftes moet kunnen wegcijferen. Signaalangst leidt tot een adaptieve reactie van het bemiddelende *ego*, dat afweermechanismen in stelling brengt. Een afweermechanisme in dit geval zou reactieformatie ofwel overdekking door het tegendeel kunnen zijn. Om de woede in toom te houden ontstaat als compromis overbezorgdheid, die overigens zo verstikkend kan zijn dat de agressie er tamelijk makkelijk in terug te vinden is.

Wanneer we angst zien als een ziekte in plaats van deze te beschouwen als een overgedetermineerd symptoom van een onbewust conflict, zien wij het adaptieve aspect van de angst over het hoofd. Het symptoom wordt niet gerespecteerd, zoals eerder beschreven, maar moet zo snel mogelijk verdwijnen.

Dit enigszins karikaturale voorbeeld grijpt terug op psychoanalytische theorieën. Overigens zijn er steeds meer aanwijzingen dat ook Freuds

structurele model met de tripartite structuur een neuraal correlaat heeft (Solms 2006).

DISCUSSIE

Er is een discussie gaande over de theoretische grondslagen van de psychiatrie, niet alleen in Nederland, maar ook elders (Delleman 2006; Frijns 2006; Gabbard 2005; Kendler 2005; Nieweg 2005; Van de Grind 2006).

Eenzijds is er de natuurwetenschappelijke psychiatrie, die empirisch gegrondvest tracht objectieve verklaringen voor menselijk gedrag te vinden door te tellen en te meten. Met andere woorden: een reductionistische en deterministische visie. Psychiatrie is op deze wijze aanschouwd in feite niet veel anders dan 'neurology in waiting' (Wessely 2005). De natuurwetenschappelijke psychiatrie is bovenal biologisch georiënteerd en zoekt de oorzaken van psychische aandoeningen in biochemische verstoringen in de hersenen.

Daartegenover is er de hermeneutische benadering van de geesteswetenschappelijke psychiatrie (Mooij 2002), die verbanden suggereert en probeert op individueel niveau tot begrijpen te komen, waarbij resultaten zich slechts moeilijk laten generaliseren.

De geesteswetenschappelijke psychiatrie kent een fenomenologische en psychoanalytische traditie, hier samengevat als psychodynamische psychiatrie, die zich baseert op het subjectieve, intern conflictmatige en (tegen)overdrachtelijke domein van psychiatrische symptomen.

Rümke (1937) stelt dat de fenomenologische methode dwingt zich te verplaatsen in de toestand van anderen en zo streng mogelijk te individualiseren. 'De fenomenologische methode is in de psychiatrie volkomen onmisbaar voor het kennen van het werkelijk beleven, voor het stellen van de diagnose, voor de psychotherapie. ... Men kan hieraan alleen voldoen wanneer men de invoeling van het leven van de andere werkelijk beheerst'.

Het actuele begrip 'mentaliseren' (Allen 2003) lijkt rechtstreeks gebaseerd op deze geesteswetenschappelijke traditie. Voor identificatiemogelijk-

heden, zich kunnen verplaatsen in de ander en mogelijk zelfs voor empathie, is eveneens een neurofysiologisch correlaat voorhanden in de vorm van spiegelneuronen (Gallese 2006; Olds 2006).

De lofzang op de natuurwetenschappelijke psychiatrie die uitgaat van het medisch model waarbij hersenziekten de oorzaak zijn van stoornissen in beleving en gedrag, wordt steeds meer genuanceerd en bijgesteld. Met het bovenstaande dynamische model wordt benadrukt dat het geesteswetenschappelijke perspectief een plaats verdient. Ook het biopsychosociale model, dat in de Nederlandse psychiatrie inmiddels op de achtergrond is geraakt, kan in methodologisch en wetenschapsfilosofisch opzicht nog niet worden afgeschreven (Delleman 2006; Malmgren 2005). Het benadrukken van een enkel perspectief leidt tot een tunnelvisie. Rümke (1937) was al van mening dat het meest kenmerkende voor de psychiatrie is dat ze door haar object noch uitsluitend tot de natuurwetenschappelijke, noch uitsluitend tot de geesteswetenschappen behoort en dat een scheiding tussen beide voor de psychiatrie als medische wetenschap 'zeer noodlottig zou worden'.

Weliswaar is het methodologisch dualisme tussen een natuur- en een geesteswetenschappelijke benadering niet hetzelfde als het ontologisch dualisme van het lichaam-geestprobleem, zoals Nieweg (2005) terecht stelt, toch zijn beide vormen van dualisme moeilijk los van elkaar te zien.

'References to mind and brain have become a sort of code for different ways to think about patients and their treatment' (Gabbard 2005). Hoewel de gangbare wetenschapsopvatting het dualisme (lichaam-geest en natuur- versus geesteswetenschap) als achterhaald beschouwt, de geest is niet van een wezenlijk andere materie dan het brein, blijft de scheiding tussen hersenen en geest, tussen biologie en psychologie in de klinische praktijk hardnekkig bestaan (Gabbard 2005; Kendler 2005; Miresco & Kirmayer 2006).

'After all these two approaches, the psychodynamic and the biomedical, have their roots in the more fundamental Western division between mind and body that our society, for all its sophisticated caveats, still endorses'

(Luhmann 2000). Wanneer wij het ontologisch dualisme verwerpen en er dus van uitgaan dat de geest niet van een wezenlijk andere materie is dan het brein, impliceert dit dat alle psychiatrische stoornissen in hun oorsprong biologisch bepaald zijn. Dit is niets nieuws en voegt weinig toe, zoals wij eerder zagen; zonder hersenen zijn immers geen gedrag en gevoel mogelijk.

Het gaat veeleer om het op de juiste waarde schatten van, en betekenis verlenen aan, de biologie als een wetenschap van alle levensverschijnselen die geen verklaringsniveau uitsluit: de studie van evoluerende hersenen-lichaamsystemen in nauwe interactie met hun leefwereld en cultuur (Van de Grind 2006). Psychische symptomen blijven met andere woorden meervoudig bepaald, waarbij levensgeschiedenis en omgevingsfactoren een belangrijke invloed hebben.

BESLUIT

In de alledaagse psychiatrische praktijk bestaat er een duidelijke scheiding tussen de psychotherapeutisch werkzame psychiater en de vooral 'biologisch' georiënteerde psychiater.

Beide rollen zijn legitiem en misschien moeten we ons wel neerleggen bij een dergelijk methodisch dualisme dat zeker praktische voordelen biedt. Het is echter wezenlijk om te weten welke rol en positie in beide gevallen worden ingenomen. Het biopsychosociaal model of paradigma mag dan in praktische zin niet meer leidend zijn, het gaat echter veel te ver om het als een achterhaald concept te beschouwen: 'Constateren dat een mens een biopsychosociaal wezen is, is een dooddoener die op niet meer wijst dan dat de functionele stoornis die aanwezig is complex van aard is. Uiteraard is dat zo, maar dat brengt ons niet verder. Onze stelling is dat je beter een goede neurobioloog, of een goede psycholoog of socioloog kunt zijn dan een quasi-wetenschapper die alles op een hoop gooit' (Hovens e.a. 2004).

In dit citaat wordt impliciet de psychiatrie haar bestaansrecht ontnomen en wordt voorbijgegaan aan wat de essentie van het vak is, namelijk

proberen psychiatrische aandoeningen vanuit verschillende met elkaar interacterende invalshoeken te begrijpen en te behandelen, zoals ik in dit artikel heb getracht aan te tonen.

LITERATUUR

- Allen, J.G. (2003). Mentalizing. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 91-112.
- Andreasen, N.C. (2001). *Brave new brain. Conquering mental illness in the era of the genome*. Oxford: Oxford University Press.
- Boer, J.A. den (2003). *Neurofilosofie – hersenen, bewustzijn, vrije wil*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Blackmore, S. (2005). *Consciousness, a very short introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Delleman, O.R.J. (2006). Naar een vertrouwd klinkend paradigma en een voorbeeld van een model voor de psychiatrie. Een conceptuele toevoeging aan de profielschets psychiater. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 525-531.
- Frattaroli, E. (2001). *Healing the soul in the age of the brain. Becoming conscious in an unconscious world*. New York: Viking.
- Frattaroli, E. (2002). *Healing the soul in the age of the brain: reflections on the meaning of psychiatry after September 11*. Lecture American Psychiatric Association, Annual Meeting, Philadelphia, 2002.
- Freud, S. (1916). College 1. Inleiding. Colleges inleiding tot de psychoanalyse. In Sigmund Freud. *Nederlandse Editie: Inleiding tot de psychoanalyse 1/2*. Amsterdam/Meppel: Boom.
- Frijns, G.M.M.L. (2006). Reactie op de 'psychiater in spagaat'; het belang van Karl Jaspers. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 163-164.
- Gabbard, G.O. (2005). Mind, brain and personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 648-655.
- Gallese, V. (2006). Mirror neurons and intentional attunement: commentary on Olds. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54, 47-57.
- Glas, G. (2006). Ambigüiteit in Eric Kandels neurowetenschappelijke fundering van de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 849-856.
- Grind, W.A. van de (2006). Biologiseren van hersenziekten als enige weg naar genezingsmogelijkheden. *Neuropraxis*, 10, 3-7.
- Hovens, J.E., Loonen, A.J.M., & Timmerman, L. (2004). *Handboek neurobiologische psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij.
- Horwitz, A.V. (2002). *Creating mental illness*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Insel, T.R., & Collins, F.S. (2005). Psychiatry in the genomics era. In N.C. Andreasen (Red.). *Research advances in genetics and genomics*.

- Implications for psychiatry. Washington DC/London: American Psychiatric Publishing.
- Kandel, E.R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 457-469.
- Kandel, E.R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis. A new intellectual framework for psychiatry revisited. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 505-524.
- Kandel, E.R. (2005). Genes, brains, and self-understanding. Biology's aspirations for a new humanism. In E.R. Kandel (Red.). *Psychiatry, psychoanalysis and the new biology of mind*. Washington DC/London: American Psychiatric Publishing.
- Kendler, K.S. (2005). Toward a philosophical structure for psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 433-440.
- Luhrmann, T.M. (2000). *Of two minds, an anthropologist looks at American psychiatry*. New York: Vintage Books.
- Malmgren, H. (2005). The theoretical basis of the biopsychosocial model. In P. White (Red.). *Biopsychosocial medicine, an integrated approach to understanding illness*. Oxford: University Press.
- McGinn, C. (1999). *The Mysterious Flame, conscious minds in a material world*. New York: Basic Books.
- McGinn, C. (2004). *Consciousness and its objects*. Oxford: Oxford University Press.
- McGuire, M., & Troisi, A. (1998). *Darwinian psychiatry*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Miresco, M.J., & Kirmayer L.J. (2006). The persistence of mind-brain dualism in psychiatric reasoning about clinical scenarios. *The American Journal of Psychiatry* 163, 913-918.
- Mooij, A. (2002). *Psychoanalytisch gedachtegoed. Een modern perspectief*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Mooij, A. (2006). *De psychische realiteit, psychiatrie als geesteswetenschap*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Murphy, D. (2006). *Psychiatry in the scientific image*. Cambridge/London: MIT Press.
- Nesse, R.M. (2000). Is depression an adaptation? *Archives of General Psychiatry*, 57, 14-20.
- Nieweg, E.H. (2005). De psychiater in spagaat – over de kloof tussen natuur- en geesteswetenschappelijke psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 239-248.
- Olds, D.D. (2006). Identification: psychoanalytic and biological perspectives. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54, 17-46.
- Pinker, S. (2002). *The blank slate, the modern denial of human nature*. New York: Viking.
- Rümke, H.C. (1937, 1981). Psychiatrie als geestes- en natuurwetenschap. In S.J. Nijdam & H.G.M. Rooymans (Red.). *Vorm en inhoud, een keuze uit de essays van H.C. Rümke*. Utrecht, Bohn Scheltema & Holkema.
- Rusk, T.N., & Rusk, N. (2007). Not by genes alone: new hope for prevention. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71, 1-21.
- Rutter, M. (2005). How the environment affects mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 4-6.
- Schüssler, W. (1995). *Jaspers zur Einführung*. (Nederlandse vertaling: Jaspers. Rotterdam: Lemniscaat 2003).
- Solms, M., & Turnbull, O. (2002). *The brain and the inner world. An introduction to the neuroscience of subjective experience*. New York: Other Press.
- Solms, M. (2006). Freud returns. *Scientific American Mind*, 17, 28-34.
- Wessely, S. (2005). Foreword. In P. White (Red.). *Biopsychosocial medicine, an integrated approach to understanding illness*. Oxford: Oxford University Press.

AUTEUR

J. DIRKX is psychiater en werkzaam bij het Nederlands Psychoanalytisch Instituut (locatie Utrecht), Altrecht, (locatie Tolsteegsingel, Utrecht) en in eigen praktijk.
Correspondentieadres: J. Dirkx, Nederlands Psychoanalytisch Instituut, Maliestraat 1A, 3581 SH Utrecht.
E-mail: dirkx@npsai.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Dit artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-10-2007.

SUMMARY

The attractive but illusory autonomy of a monistic explanatory model for the psychopathology – J. Dirkx –

Nowadays psychiatry is dominated by the scientific perspective of biological psychiatry according to which a psychiatrist should be first and foremost a brain specialist with a biomedical approach to patients and their problems. This constitutes a threat to the fundamental notion that a psychiatrist is concerned primarily with the workings of the mind and it reduces the discipline to a form of behavioural neurology. This restrictive interpretation fails to do justice to the theory that psychopathology has a multitude of causes. This article provides an overview of the methodological, socio-cultural and metaphysical causes and effects of this one-sided development. The overview is followed by a plea for a pluralistic rather than a deterministic view of psychiatry, which is an extraordinary type of medical discipline.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)7, 405-415]

KEY WORDS biomedical model, psychodynamic psychiatry, pluralism