

# Fenomenologie en wetenschap; over de grondslagen van de psychiatrie in Heideggers Zollikoner Seminare

S.A. VELLEMAN, D. DE WACHTER

*‘Die Besinnung richtet sich erstens auf das Eigentümliche und Auszeichnende der modernen Wissenschaft; zweitens auf die Art des Fragens, Sehens und Sagens der Phänomenologie in weitestem Sinne; drittens auf das Verhältnis von Wissenschaft und Phänomenologie.’*  
(Heidegger 1987)

**SAMENVATTING** Psychiaters voelen zich vandaag de dag verdeeld tussen twee denkrichtingen: enerzijds is er de theorie die zich voornamelijk beroept op de neurowetenschappen als fundament, anderzijds is er de theorie die meer de nadruk legt op het narratieve karakter van psychiatrisch ziek-zijn. In dit artikel willen we aan deze splitsing voorbijgaan en ons richten naar een psychiatrie als *unitas multiplex*, gebaseerd op de fundamenteën van beide invalshoeken. Naast het gebruik van de wetenschappelijke methode speelt de fenomenologische aanpak namelijk een constitutieve rol in het medisch handelen. Het denken van Heidegger in de Zollikoner Seminare dient daarbij voor het ontwikkelen van een methodologisch bewustzijn.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)7, 433-442]

**TREFWOORDEN** fenomenologie, filosofie van de psychiatrie, Heidegger, methodisch dualisme, methodologisch bewustzijn

Psychiaters kampen met een identiteitscrisis (Nieweg 2005). Enerzijds hebben ze in hun medische opleiding geleerd om hun patiënten te benaderen vanuit natuurwetenschappelijk perspectief. Dit doen ze onder meer aan de hand van gegevens uit de neurobiologie, farmacologie en epidemiologie. Anderzijds werken zij met mensen in nood die zich niet altijd even gemakkelijk laten benaderen door de natuurwetenschappelijke aanpak. Essentiële aspecten van ziek-zijn zoals verdriet en het verlies aan mogelijkheden openbaren zich nauwelijks aan de arts als deze louter met een natuurwetenschappelijke bril naar zijn of haar patiënt kijkt.

Deze aspecten laten zich niet gemakkelijk meten en tonen zich voornamelijk binnen geesteswetenschappelijk perspectief, namelijk in het verhaal van patiënten. Hun leefwereld en de betekenis die zij aan hun lijden geven, dwingen artsen om de gehele mens op het oog te hebben en niet louter de delen waarop zij medisch kunnen ingrijpen.

## TWEE ‘PSYCHIATRIEËN’?

De dubbele bouw van de psychiatrie – haar interesse in zowel natuurwetenschappelijke als geesteswetenschappelijke thema’s (Hengeveld 2006;

Rümke 1937) – heeft volgens de antropologe Luhmann (2000) geleid tot de vorming van twee ‘psychiatrieën’: een biologische psychiatrie, gebaseerd op data uit onder meer statistisch en neurowetenschappelijk onderzoek, en een meer filosofische psychiatrie (psychodynamisch of fenomenologisch), gebaseerd op het narratieve karakter van ziekte en ziek-zijn. Soms overheerst de ene school, soms de andere. Sinds de jaren negentig – door de National Institutes of Health (NIH) omgedoopt tot het ‘decennium van het brein’ – zitten we opnieuw in een sterk biologische fase, gekenmerkt door een verhoogde interesse in de neurowetenschappen (Fulford e.a. 2006). Men interpreteert deze tendens als een reactie op de machtige positie van de psychoanalyse in de psychiatrie van de tweede helft van de 20ste eeuw (Kendler 2005).

Is deze identiteitscrisis permanent? Moet de psychiater blijven pendelen tussen een psychiatrie die gefundeerd is in de neurowetenschappen waarin de mens als persoon zijn prominente plaats dreigt te verliezen (Gadamer 1993) en een narratieve psychiatrie die gebaseerd is op het verhaal van de patiënt dat zich moeilijk laat onderzoeken door de natuurwetenschappelijke methode?

De *Methodenstreit* tussen natuur- en geesteswetenschappers (Fulford e.a. 2006) heeft geleid tot het verhelderen van hun respectievelijke grondslagen. Daarom zijn we nu misschien in staat om te onderzoeken of een psychiatrie gebaseerd op beide perspectieven haalbaar is. We zullen de mogelijkheid exploreren van een psychiatrie als *unitas multiplex*, een eenheid die het verschil niet schuwt, maar deze in haar fundamenten waarborgt en zo kan overdragen naar volgende generaties.

#### AANDACHT VOOR DE METHODE

Voor we ingaan op de concrete methoden die eigen zijn aan de psychiatrie staan we kort stil bij de algemene vraag naar de ‘methode’. Het woord komt uit het Grieks en betekent letterlijk de ‘weg waarlangs’ iets verkregen wordt. In deze methodologische inleiding plaatsen we onze problematiek

in een bredere, wetenschapsfilosofische context. Tevens verhelderen we het begrip ‘wetenschap’ en gaan kort in op het problematische karakter van het onderscheid tussen natuur- en geesteswetenschap.

Daarbij komt eerst de wetenschappelijke methode aan de orde. We bespreken haar precieze aard en in een tweede stap trekken we een parallel met het medisch denken.

Vervolgens komt Heideggers kritiek op wetenschap aan bod. Kritiek begrijpt Heidegger (1987) als het maken van welbepaalde onderscheidingen die essentieel zijn om recht te doen aan de leefwereld. Zo maakt hij onder meer het onderscheid tussen de psychiater als persoon en diens gebruik van de wetenschappelijke methode in de medische praktijk. De psychiater is namelijk meer dan wetenschapper alleen en baseert zich in zijn of haar werk op meer dan louter *evidence*.

In dit artikel verhelderen we gaandeweg het begrip ‘fenomenologie’. We laten ons hierin voornamelijk leiden door de *Zollikoner Seminare* van Heidegger (1987), de lessen die hij gegeven heeft aan artsen in opleiding tot psychiater. Belangrijk daarbij zijn de ontologische differentie tussen ‘zijn’ en ‘zijnden’, het daarbij aansluitend onderscheid tussen ‘bezinning’ en ‘rekenend, technisch denken’ en de verhouding tussen beide. We bespreken deze steeds binnen het perspectief van de psychiatrische kliniek.

Met dit artikel willen we een bijdrage leveren aan het *methodologisch bewustzijn* van de psychiater (Nieweg 2005). Hiermee bedoelen we de capaciteit van de psychiater om zichzelf als persoon te onderscheiden van zijn methoden.

We besluiten met een overzicht en vatten het belang samen van ons argument voor de klinische praktijk. Onze analyse zal hopelijk de moeilijke, maar noodzakelijke dialoog tussen psychiaters, (neuro)wetenschappers en filosofen vergemakkelijken (Den Boer 2003).

FIGUUR 1 Martin Heidegger



### Over de methoden van de psychiatrie en het begrip 'wetenschap'

De vraag naar de grondslagen van de psychiatrie is een vraag naar haar methoden (Heidegger 1987). Om de waarde van biologische data of betekenisvolle *life events* juist te kunnen inschatten, is het van belang om even stil te staan bij de 'weg waarlangs' (Grieks: met-hodos) men deze informatie verkrijgt. Geïnspireerd door het *methodisch dualisme* van Jaspers (1968/1912; 1997/1913) maken we het onderscheid tussen de wetenschappelijke methode enerzijds – die *erklären* of de oorzakelijke verklaring van empirisch waarneembare feiten als doel heeft, en de fenomenologische methode anderzijds – die leidt tot *verstehen* of het begrijpen van het verhaal van de patiënt.

Het maken van dit onderscheid is gezien de huidige *neurohype* en de terugval van de 'filosofische' psychiatrie niet meer vanzelfsprekend. Het

voornaamste probleem lijkt ons dat het medisch handelen in grote mate gebaseerd is op het *verklaringsmodel*, namelijk op de methodologie van de natuurwetenschappen (Velleman & Heyrman 2008). De arts bevindt zich hiermee in een *paradoxe situatie*: hoe kan deze een methodologie die ontstaan is uit de natuurkunde gebruiken in de studie van de mens als *persoon*? Hoewel het in de psychiatrie gaat over '*der existierende Mensch in seiner Not*' (Heidegger 1987), kan de psychiater deze dimensie moeilijk ontsluiten door gebruik te maken van de wetenschappelijke methode alleen. Een aanvullend, *fenomenologisch* perspectief dringt zich op.

Over de verhouding tussen *verstehen* en *erklären* heeft men binnen de continentale filosofie een consensus bereikt: de wetenschappelijke methode is gefundeerd in de 'verstehende' benadering (Milders 2005b; Van Peursen 1980). De wetenschappelijke verklaring is – naast onder meer kunst en literatuur – een manier om zichzelf en de omgeving te *interpreteren* (Gadamer 1990/1960). Elke verklaring is een vorm van *verstaan*, terwijl er vormen van *verstaan* zijn naast de causale verklaring. *Verstehen* is dus een algemenere term dan *erklären*. In deze zin kan men spreken van een *funderingsverhouding* tussen beide.

Is de weg van het *verstaan* eigenlijk wel wetenschap (Ehrlich 2008)? In onze inleiding gebruikten we de termen 'natuur-' en 'geesteswetenschap'. Dit onderscheid is echter uiterst problematisch gezien de historische oorsprong ervan. De term '*Geisteswissenschaften*' is namelijk de Duitse vertaling van J.S. Mills '*moral sciences*' (Fulford e.a. 2006). Mill was een bekende positivist, die het als zijn taak beschouwde om deze 'morele' disciplines te funderen op de methodologie van de in zijn tijd opkomende – en bijzonder succesvolle (natuur) wetenschappelijke methode.

Horen geschiedenis en andere meer humane vakken echter geen eigen methodologie te ontwikkelen? Het is tegen deze achtergrond dat Gadamer (1990/1960) zich verzette tegen de term 'geesteswetenschappen'. In aansluiting op deze traditie maken we in dit artikel onderscheid tussen een

empirische, wetenschappelijke methode en een filosofische, vooral fenomenologische methode. Hierbij willen we benadrukken dat dit epistemologisch dualisme niet voortkomt uit een fundamentele ontologisch dualisme, 'einem letztlich cartesianischen Dualismus von Seelichem und Körperlichem' (Fuchs 2008). Het gaat hier echter om twee verschillende toegangswijzen tot eenzelfde realiteit, namelijk de patiënt als persoon. Eerst richten we onze aandacht naar de precieze aard van de wetenschappelijke methode en haar gebruik in het medisch handelen.

## DE WETENSCHAPPELIJKE METHODE

### De wetenschappelijke methode in de natuurkunde

Het hypothetisch-deductief model van wetenschap zoals het oorspronkelijk ontwikkeld werd in de natuurkunde en tegenwoordig op vele terreinen van het menselijk leven toegepast wordt, kan men als volgt samenvatten (Popper 1960): allereerst observeert en beschrijft men empirische gegevens. Algemeen wordt aanvaard dat dit nooit op een naïeve wijze gebeurt, los van bepaalde theoretische vooronderstellingen. Feiten zijn nooit theorieeloos (Strasser 1970). Benadrukken dat elk feit reeds bepaald wordt door theoretische vooronderstellingen is een belangrijk antidotum tegen welke vorm van theoretisch dogmatisme dan ook.

Vervolgens formuleert men vanuit een specifiek theoretisch kader een *hypothese* die de geobserveerde feiten oorzakelijk kan verklaren om zodoende controle te krijgen over de situatie. Het zoeken naar verklaringen en de wil tot controle vormen de kern van de wetenschappelijke methode. Alles wat zich door deze methode laat onderzoeken, is in principe oorzakelijk verklaarbaar (Heidegger 1987).

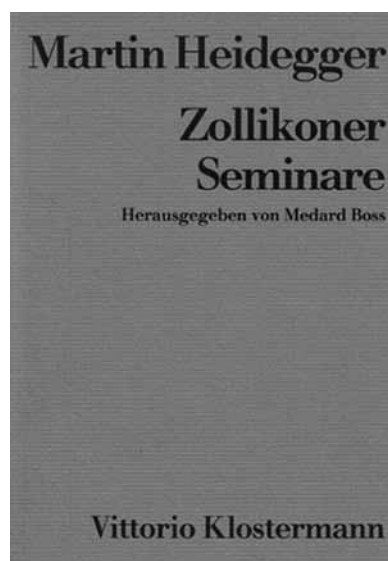
Uit de gevormde hypothese leidt men dan bepaalde voorspellingen af die men vervolgens test op hun houdbaarheid aan de hand van kwantificeerbare experimenten (Heidegger 1987).

De geldigheid van een hypothese ten slotte

beoordeelt men aan de hand van het aantal nuttige toepassingen die ze mogelijk maakt (Heidegger 1987).

Het formuleren en testen van hypothesen zijn wezenlijk voor de wetenschappelijke methode (Ghaemi 2003; Kendler 1990). Binnen haar geëigende toepassingsgebied kan men komen tot reproduceerbare resultaten. Wat niet gemeten, verklaard of gecontroleerd kan worden, valt buiten haar gezagsgebied. Popper (1957) merkte op dat men deze wetenschappelijke methode tevens gebruikt in de sociale wetenschappen, waardoor we kunnen spreken van een 'eenheid' van de wetenschappelijke methode.

FIGUUR 2 Zollikoner Seminare



### De wetenschappelijke methode in de medische praktijk

De meest gebruikte vorm van medische besluitvorming noemt men het *hypothetisch-deductief* model (Sackett e.a. 1991), naar analogie met de logica van wetenschappelijke ontdekkingen (Popper 1960). Het is bekend dat ervaren artsen vaak andere, minder lineaire 'logica's' gebruiken om tot een diagnose of een behandeling te besluiten (Groopman 2007); een analyse hiervan valt buiten de opzet van dit artikel.

Artsen gaan als volgt te werk (Velleman & Heyrman 2008). Eerst observeren zij empirische gegevens en beschrijven deze in de terminologie van een welbepaald theoretisch kader. De klachten van de patiënt worden vertaald in de symptomen van een mogelijke ziekte (Mooij 1988).

Binnen de psychiatrie gebruikt men klassiek drie grote perspectieven bij het ordenen van empirisch feitenmateriaal: de biologie, de psychologie en de sociologie. Dit *biopsychosociaal model* werd eind jaren zeventig uitgewerkt en diende als tegengewicht voor de toenmalig heersende psychiatrie waarin de tendens bestond om psychiatrische ziekten enkel te beschrijven en te verklaren vanuit het biomedisch model (Engel 1977).

Op basis van wat ze in hun opleiding geleerd hebben, gaan psychiaters dan op zoek naar een mogelijke diagnose die kan dienen als hypothese ter verklaring van het toestandsbeeld. Verklaringen zoeken zij in de bovengenoemde onderzoeksgebieden. Zo kunnen psychiatrische aandoeningen veroorzaakt worden door afwijkingen in de hersenen, door bepaalde manieren van omgaan met omgevingsstimuli (*coping*) of door sociale factoren zoals een moeilijke gezinssituatie of financiële situatie.

Het zoeken naar causale verklaringen (door wetenschap) en het komen tot een betekenisvol verstaan van het verhaal van de patiënt (door fenomenologie) horen echter tot twee totaal verschillende methoden. Men kan zich nu afvragen vanuit welk perspectief men dan het onderscheid kan maken tussen *erklären* en *verstehen*. Is dit wetenschappelijk of fenomenologisch?

#### Rationaliteit en redelijkheid

Het onderscheid kan volgens ons gemaakt worden vanuit het standpunt van de redelijkheid. Jaspers (1986) – in navolging van Kant – maakt namelijk het onderscheid tussen *rationaliteit*, het gebruik van wetenschap, en *redelijkheid*, het plaatsen van bepaalde informatie binnen een breder perspectief. Een herwaardering van dit onderscheid lijkt ons vandaag de dag van belang, daar er

naast het wetenschappelijke discours haast geen plaats meer lijkt te zijn voor een andere vorm van denken. Een manier van denken die niet wetenschappelijk is, kan namelijk nog altijd redelijk zijn. Fenomenologie lijkt ons hiervan een mooi voorbeeld te zijn.

Bij het stellen van een diagnose gaat het echter om een vermoeden dat artsen door verder onderzoek moeten bevestigen. Op basis van bekende ziektebeelden leiden zij bepaalde voorspellingen uit de gestelde hypothese af, die ze dan door middel van experimenten kunnen testen. Binnen de psychiatrie gebruikt men hiervoor onder meer beeldvorming en psychodiagnostisch onderzoek.

Naargelang de voorkeursdiagnose stelt men ten slotte een behandeling in waarvan bekend is dat deze effectief is. Men baseert zich daarbij voornamelijk op wetenschappelijk onderzoek, bij voorkeur in de vorm van placebogecontroleerde trials (Everitt & Wessely 2004). Deze vorm van medisch handelen noemt men *evidence-based* psychiatrie en deze is tegenwoordig het heersende model binnen de psychiatrie. Aan artsen in opleiding tot psychiater leert men deze methode dan ook als zodanig aan. Ook Jaspers (1986) verkoos deze manier van werken boven het algemene ‘*Ich habe gute Erfahrungen damit gemacht*’.

Het gebruik van de wetenschappelijke methode in de psychiatrie heeft geleid tot een herwaardering van dit specialisme binnen de geneeskunde (Bracken & Thomas 2005). Psychiaters hebben een arsenaal aan medicatie en andere therapeutische mogelijkheden ter beschikking gekregen waarmee ze ziekte en ziek-zijn kunnen bestrijden. Naast het beklemtonen van de sterkte van deze methode is het echter tevens van belang om te wijzen op de grenzen van haar toepassingsmogelijkheden (Burms & De Dijn 1986). De wil tot verklaren en de wil tot controle zijn eigen aan de wetenschappelijke benadering en betreffen de verhouding tussen de mens (in dit geval de arts) en de dingen (in dit geval ziekte). De ontmoeting tussen arts en patiënt betreft echter een geheel andere dimensie, namelijk het ‘communiceren van perso-

nen in een situatie die voor hen zinvol is' (Strasser 1970).

#### FENOMENOLOGIE; DE WEG VAN HET VERSTAAN

Men gebruikt de term 'fenomenologie' binnen de psychiatrie op verschillende manieren (Nelson e.a. 2008). Men kan grosso modo drie vormen onderscheiden. Fenomenologie kan beschouwd worden als de *objectieve beschrijving van tekens en symptomen* van psychiatrische aandoeningen door een neutrale waarnemer. Deze betekenis heerst in Anglo-Amerikaanse kringen. Men kan fenomenologie ook beschouwen als de *beschrijving van subjectieve ervaringen*. Zo gebruikte Jaspers autobiografische gegevens om zijn patiënten beter te begrijpen. Ten slotte kan fenomenologie ook verwijzen naar de *filosofische school* die ontstaan is begin 20ste eeuw.

Fenomenologen pur sang die invloed gehad hebben op de psychiatrie zijn onder anderen Husserl, Heidegger en Merleau-Ponty. Het is in deze laatste betekenis dat we de term hier hanteren. Met dit artikel willen we ons aansluiten bij de groep psychiaters die specifiek het werk van Heidegger vruchtbaar hebben trachten te maken voor de psychiatrie (o.a. Binswanger 1949; Boss 1971; Bracken 1999; Van den Berg 1946).

Tussen 1959 en 1969 gaf Heidegger op regelmatige basis lessen aan artsen in opleiding tot psychiater. Deze verschenen in 1987 als de *Zollikoner Seminare* (Heidegger 1987). Hij leidde deze zittingen samen met Boss, befaamd psychoanalyticus en voormalig analysant van Freud. De eerste les vond plaats in de Burghölzli, de bekende psychiatrische kliniek van het universitair ziekenhuis te Zürich. Wegens de technische sfeer van het vernieuwde auditorium gaf Heidegger de overige lessen echter in Zollikon, ten huize Boss. In deze *Zollikoner Seminare* geeft hij een bijzonder heldere uiteenzetting van zijn denken en dit boek kan men daarom lezen als inleiding op zijn werk.

Eerst zullen we de ontologische differentie bespreken die Heidegger (1987) het 'meest fundamentele onderscheid' noemt. Deze zal dienen als basis om onderscheid te maken tussen enerzijds het rekenend, technisch denken en anderzijds *Besinnung* of bezinning.

mentele onderscheid' noemt. Deze zal dienen als basis om onderscheid te maken tussen enerzijds het rekenend, technisch denken en anderzijds *Besinnung* of bezinning.

FIGUUR 3 Martin Heidegger en Medard Boss



#### De ontologische differentie

Het onderscheid tussen zijn en zijnden – de ontologische differentie – is het meest fundamentele stuk van Heideggers filosofie, maar tevens het moeilijkste (Heidegger 1987; Sass 1992). Fundamenteel omdat het fungeert als oriëntatiepunt binnen zijn denken, het moeilijkste omdat het hier niet gaat om een logisch onderscheid waardoor het lange tijd verborgen is kunnen blijven.

Wat is zijn – maar vooral, waarom is de zijns-vraag zo belangrijk? Hoewel het antwoord op deze vraag Heideggers gehele oeuvre bestrijkt, zullen we proberen om duidelijk te maken waarom het van belang is voor psychiaters.

Zijn is ten eerste *geen zijnde*. Een zijnde is iets wat we kunnen beschrijven, verklaren en contro-

leren aan de hand van welbepaalde theoretische modellen. Op grond van onze bespreking van de wetenschappelijke methode kunnen we stellen dat wetenschappers zich voornamelijk bezighouden met de studie van zijnden.

Zo kunnen ze exact meten hoeveel de hersenen van iemand met schizofrenie doorbloed worden. Uit wetenschappelijk onderzoek is namelijk gebleken dat het voorste deel van de hersenen – de prefrontale cortex – minder doorbloed wordt bij patiënten met schizofrenie in vergelijking met de gezonde populatie, wat oorzakelijke gevolgen heeft voor het gedrag van de patiënt. Het omgekeerde is vanuit het perspectief van een lineaire causaliteit eveneens denkbaar: dat het gedrag van de patiënt invloed kan hebben op de architectuur van het brein. Hiervoor bestaat reeds wetenschappelijke onderbouwing (Baxter e.a. 1992). Dit is belangrijk omdat we op basis van deze informatie op zoek kunnen gaan naar manieren om eventuele onregelmatigheden te corrigeren.

De hersenen van de mens zijn dus een zijnde en zijnden kunnen dienst doen als object van wetenschappelijk onderzoek. Het zijn van de patiënt echter is geen zijnde, maar kan hier wel invloed op hebben. Hier stuiten we op de crux van het huidige denken in de psychiatrie, namelijk de precieze verhouding tussen gedrag en brein. Een uitwerking van deze problematiek valt echter buiten het bestek van dit artikel.

‘Zijn’ dient ten tweede altijd begrepen te worden in *werkwoordelijke* zin. ‘Zijn’ is een dynamisch begrip en heeft een door en door performatief karakter. Patiënten met schizofrenie hebben afwijkende hersenen, dat is voldoende aangetoond door wetenschappelijk onderzoek. De manier waarop zij in het leven staan en omgaan met de dingen kan men evenwel niet op dezelfde manier aantonen. Het persoon-zijn van iemand kan men niet meten, enkel ervaren (Gadamer 1993). Wetenschappelijke analyse en fenomenologische exploratie bestrijken andere dimensies, vooral de mens gezien als respectievelijk ding en persoon.

## De mereologische denkfout

Recent is men het ‘zijn’ op het spoor gekomen in de wetenschapsfilosofie. Bennett en Hacker (2003) hebben gewezen op de miskennis van de persoon binnen de hedendaagse neurowetenschappen. In een kritische analyse van enkele centrale teksten van vooraanstaande neurowetenschappers (onder anderen Kandel, Damasio en Libet) hebben ze een denkfout ontdekt, namelijk de *mereologische denkfout*. Mereologie definiëren ze als de leer van deel-geheelrelaties. De mereologische denkfout houdt in dat men bepaalde eigenschappen aan een deel toeschrijft dat enkel op een zinvolle manier toe te schrijven is aan het geheel waarvan dat deel een onderdeel is. Als Kendler (2005) bijvoorbeeld zegt dat ‘*de vernedering uiteindelijk tot expressie komt in de hersenen*’, dan maakt hij volgens deze opvatting een mereologische denkfout, want het zijn niet de hersenen die zich vernederd voelen, maar de patiënt *als persoon* (Fuchs 2008; Milders 2005a). ‘*Het zijn niet de hersenen die pijn voelen, denken en verlangen, beslissingen nemen en intenties hebben, maar de persoon*’ (Bennett & Hacker 2003). Het maken van het onderscheid tussen zijn en zijnde kan ons helpen om de mereologische fout zoveel mogelijk te vermijden.

## Twee denkwijzen

Heidegger (1987) beweert dat er de grootste behoefte is aan *denkende* artsen. Hoe moeten we dit interpreteren? Het betekent dat veel artsen *nog niet* denken. Maar wat is denken? Men kan dit Heideggers tweede grondvraag noemen, na de eerstgenoemde zijnsvraag. ‘Zijn’ en ‘denken’ zijn echter twee aspecten van één fenomeen, namelijk de mens *als persoon*.

Er zijn twee denkwijzen die allebei gerechtvaardigd en nodig zijn: het rekenend denken en de bezinning (Heidegger 1991/1954; 1957). Over het rekenend denken hebben we al veel gezegd. Het gebruik van de wetenschappelijke methode is rekenend, technisch denken. Als we bij iemand met een psychiatrisch ziektebeeld een hersentu-

mor vermoeden, dan vragen we een CT-scan aan van de hersenen. Dit moeten we doen als we het gedrag organisch willen verklaren in de hoop dat we – indien het inderdaad om een tumor zou gaan – snel chirurgisch kunnen ingrijpen. Het is een gerechtvaardigde manier van werken zolang we daarbij in ons achterhoofd houden dat we dienen te werken met theoretische abstracties. De patiënt als *persoon* zien we niet op de hersenscan. Om zicht te kunnen krijgen op zijn *leefwereld*, zijn context van zin en betekenis, moeten we onze wetenschappelijke bril afzetten. Deze aanpak noemt Heidegger *fenomenologisch*.

Fenomenologie definieert Heidegger (1998/1927) als het laten zien van datgene wat zich toont, zoals het zich vanuit zichzelf toont. We kunnen hier twee momenten onderscheiden die van belang zijn voor de psychiater: ten eerste het openstaan voor de patiënt als datgene wat hij is, namelijk een *persoon*. Ten tweede hem tonen zoals hij is voor zichzelf, namelijk zoals hij zichzelf begrijpt. De fenomenoloog verschilt in deze aspecten van de wetenschapper die kijkt naar de delen van de patiënt waarop hij of zij technisch kan ingrijpen, die de ervaring van ziek-zijn belangrijk vindt voor zover het kan bijdragen tot de verklaring van ziekte en ziek-zijn en zich daarbij de houding aanmeet van neutrale waarnemer. Zowel de *fenomenologische houding* als de *wetenschappelijke methode* maakt echter deel uit van de identiteit van de psychiater.

#### Heideggers bijdrage aan de psychiatrie

Psychiatrie is een *medisch specialisme* en het doel van de geneeskunde is de behandeling van de zieke medemens, niet het vergaren van kennis op zich. Als men bijvoorbeeld door middel van het verklaringsmodel, in het bijzonder het gebruik van de wetenschappelijke methode, nieuwe medicatie kan ontwikkelen die het lijden van de patiënt kan verzachten, dan is het rekenend denken daarmee gerechtvaardigd. Men moet zich echter steeds hoeden voor het gevaar dat dit denken de enig geldige manier van denken wordt (Heidegger 1979/1959; 1973/1962).

Zolang we weten wanneer het gerechtvaardigd is om de wetenschappelijke methode toe te passen en wanneer niet, is er geen gevaar dat deze uiterst efficiënte manier om kennis te vergaren, verwordt tot de enige attitude van de arts waarbij deze de patiënt tegemoet treedt als iets wat verklaarbaar en controleerbaar is. Het maken van het onderscheid tussen het *persoon-zijn* van de psychiater en diens methode maakt de ware ontmoeting tussen twee mensen mogelijk. Dankzij Heideggers kritiek op wetenschap is het mogelijk om een psychiatrie te denken als *unitas multiplex*, gegrond op zowel wetenschappelijk onderzoek als fenomenologische onderzoekingen.

We vatten samen: het is *redelijk* is om het onderscheid te maken tussen wetenschap en fenomenologie. De mens *kán* men namelijk *rekenend* benaderen als een *zijnde*, maar dit gebeurt eigenlijk altijd al vanuit het standpunt van het *persoon-zijn* van zowel de patiënt als de psychiater. *Bezinning* betekent dat men zich hiervan bewust is. Dankzij het ontwikkelen van een *methodologisch bewustzijn* kan men komen tot een betekenisvol verstaan van het verhaal van de patiënt.

Het is de taak van een filosofie van de psychiatrie om ervoor te zorgen dat we de menselijkheid van het medisch handelen niet prijsgeven in naam van de wetenschappelijke vooruitgang (Gadamer 1993). Psychiaters gebruiken de wetenschappelijke methode in de hoop dat ze hiermee hun patiënten beter kunnen verzorgen. Ze moeten echter steeds op hun hoede zijn dat hun *technisch denken* niet omslaat in een *technisch zijn*. De basis van de psychiatrie is en blijft de ontmoeting tussen twee mensen en niet de studie van de hersenen of genen van de patiënt.

#### CONCLUSIE

Het ontstaan van twee ‘psychiatrieën’ is een tendens die de vorming van competente hulpverleners kan bemoeilijken. Van psychiaters verwacht men namelijk dat ze zowel in staat zijn om de patiënten te onderzoeken en te behandelen aan de hand van technische hulpmiddelen als om hen bij



te staan in hun lijden en open te staan voor hun verhaal – en dit niet bij de gratie van karakter, maar dankzij een degelijke opleiding. Voor het afleveren van dergelijke artsen dragen de medische faculteiten de maatschappelijke verantwoordelijkheid.

De identiteit van de psychiater hangt dus zowel samen met het gebruik van de wetenschappelijke methode als met het openstaan voor het narratieve karakter van ziekte en ziek-zijn. Beide staan echter in laatste instantie ten dienste van de verzachting van het lijden van de ander. Hierin verschilt de psychiatrie als medische discipline wezenlijk van zowel de natuurkunde als de fenomenologie. De geneeskunde 'stellt eine Eigene Art praktischer Wissenschaft dar, für die im modernen Denken der Begriff abhanden gekommen ist' (Gadamer 1993).

Het denken van Heidegger kan ertoe bijdragen dat psychiaters zich bewust worden van het technische en manipulatieve karakter van het wetenschappelijk denken, dat op zich gerechtvaardigd is als 'werktuig', maar het gevaar in zich draagt om beschouwd te worden als de enige geldige manier van denken. De filosoof kan een bijdrage leveren aan het ontwikkelen van een methodologisch bewustzijn bij de psychiater en het verder theoretisch uitwerken van de fenomenologische aanpak die borg kan staan voor de menselijkheid van de psychiatrie.

## LITERATUUR

- Baxter, L.R., Schwartz, J.M., Bergman, K.S., e.a. (1992). Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49, 681-689.
- Bennett, M.R., & Hacker, P.M.S. (2003). *Philosophical foundations of neuroscience*. Chichester: Blackwell.
- Berg, J.H. van den (1946). De betekenis van de fenomenologische of existentiële anthropologie in de psychiatrie: een kritische studie over de auto-logische methode in de psychiatrie en haar toepassing op een bepaalde vorm van defectschizofrenie (de autistische defectschizofrenie van Leonhard) [Proefschrift]. Utrecht: Kemink en Zoon.
- Binswanger, L. (1949). Die Bedeutung der Daseinsanalytik Martin Heideggers für das Selbstverständnis der Psychiatrie. In *Martin Heideggers Einfluss auf die Wissenschaft*. (pp. 58-72). Bern: Francke.
- Boer, J.A. den (2003). *Neurofilosofie*. Amsterdam: Boom.
- Boss, M. (1971). *Grundriss der Medizin: Ansätze zu einer phänomenologischen Physiologie, Psychologie, Pathologie, Therapie und zu einer daseinsgemässen Präventiv-Medizin in der modernen Industriegesellschaft*. Bern: Hans Huber.
- Bracken, P.J. (1999). The importance of Heidegger for psychiatry. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 6, 83-85.
- Bracken, P.J., & Thomas, P. (2005). *Postpsychiatry. Mental health in a post-modern world*. Oxford: Oxford University Press.
- Burms, A., & De Dijn, H. (1986). *De rationaliteit en haar grenzen. Kritiek en deconstructie*. Leuven: Universitaire Pers Leuven.
- Ehrlich, L.H. (2008). Jaspers on the intersection of philosophy and psychiatry. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 14, 75-78.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Everitt, B.S., & Wessely, S. (2004). *Clinical trials in psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Fuchs, T. (2008). Jaspers' Reduktionismus-Kritik in der Gegenwart. In K. Eming & T. Fuchs, *Karl Jaspers - Philosophie und Psychopathologie*. (pp. 235-246). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Fulford, K.W.M., Thornton, T., & Graham, G. (2006). *Oxford Textbook of philosophy and psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Gadamer, H-G. (1990). *Wahrheit und Methode*. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck). (Oorspronkelijke publicatie 1960).
- Gadamer, H-G. (1993). *Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Ghaemi, S.N. (2003). *The concepts of psychiatry. A pluralistic approach to the mind and mental illness*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Groopman, J. (2007). *How doctors think*. New York: Houghton Mifflin.
- Heidegger, M. (1998). *Zijn en tijd*. (Vert. en nawoord M. Wildschut). Nijmegen: Kritak. (Oorspronkelijke uitgave 1927).
- Heidegger, M. (1991). Wat heet denken? In M. Heidegger, *Over denken, bouwen, wonen: vier essays*. (Vert., inl. en commentaar H.M. Berghs). Nijmegen: SUN. (Oorspronkelijke uitgave 1954).
- Heidegger, M. (1957). *Der Satz vom Grund*. Pfullingen: Neske.
- Heidegger, M. (1979). *Gelatenheid*. (Vert., inl. en commentaar E. Van Dooselaere). Tiel: Lannoo. (Oorspronkelijke uitgave 1959).
- Heidegger, M. (1973). *De techniek en de ommekeer*. (Vert., inl. en commentaar H. Berghs). Tiel: Lannoo. (Oorspronkelijke uitgave 1962).
- Heidegger, M. (1987). *Zollikoner Seminare*. Frankfurt am Main: Klostermann.
- Hengeveld, M.W. (2006). De psychopathologie van Karl Jaspers: toen en nu. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 835-842.
- Jaspers, K. (1968). *The phenomenological approach in psychopathology*.

- ogy. *The British Journal of Psychiatry*, 114, 1313-1323. (Oorspronkelijke publicatie 1912).
- Jaspers, K. (1997). *General Psychopathology*. (vert. J. Hoenig & M.W. Hamilton). Baltimore: Johns Hopkins University Press. (Oorspronkelijke publicatie 1913).
- Jaspers, K. (1986). *Der Arzt im technischen Zeitalter*. München: Piper.
- Kendler, K.S. (1990). Toward a scientific psychiatric nosology. Strengths and limitations. *Archives of General Psychiatry*, 47, 969-973.
- Kendler, K.S. (2005). Toward a philosophical structure of psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 433-440.
- Luhrmann, T.M. (2000). *Of two minds: The growing disorder in American psychiatry*. New York: Alfred A. Knopf.
- Milders, C.F.A. (2005a). Psychiatrie: een narratief medisch specialisme. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 195-197.
- Milders, C.F.A. (2005b). Dokter Jip en dokter Janneke. Commentaar op Nieweg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 697-699.
- Mooij, A. (1988). *De psychische realiteit. Psychiatrie als geesteswetenschap*. Amsterdam: Boom.
- Nelson, B., Yung, A.R., Bechdolf, A., e.a. (2008). The phenomenological critique and self-disturbance: implications for ultra-high risk ('prodrome') research. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 381-392.
- Nieweg, E.H. (2005). De psychiater in spagaat. Over de kloof tussen natuur- en geesteswetenschappelijke psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 239-248.
- Peursen, C.A. van. (1980). *De opbouw van de wetenschap. Een inleiding in de wetenschapsleer*. Amsterdam: Boom.
- Popper, K. (1960). *Logic of scientific discovery*. London: Hutchinson.
- Popper, K. (2002). *The poverty of historicism*. London: Routledge Classics. (Oorspronkelijke publicatie 1957).
- Rümke, H.C. (1937). Psychiatrie als geestes- en natuurwetenschap. Oratie. In H.C. Rümke, *Studies en voordrachten over psychiatrie* (pp.1-16). Amsterdam: Scheltema & Holkema (1948).
- Sackett, D.L., Haynes, R.B., Guyatt, G.H., e.a. (1991). *Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine*. (2de druk). Boston: Brown.
- Sass, L. (1992). Heidegger, schizophrenia and the ontological difference. *Philosophical Psychology*, 5, 109-124.
- Strasser, S. (1970). *Fenomenologie en empirische menskunde*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Velleman, S.A., & Heyrman, J. (2008). Is de klassieke geneeskunde in gevaar? Over de natuurwetenschappelijke methode en haar grenzen in de medische praktijk. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 64, 614-619.

## AUTEURS

S.A. VELLEMAN is arts in opleiding tot psychiater aan het Universitair Psychiatrisch Centrum K.U. Leuven, Campus Kortenberg.

D. DE WACHTER is psychiater en diensthoofd Systemtherapie aan het Universitair Psychiatrisch Centrum K.U. Leuven, Campus Kortenberg.

Correspondentieadres: S.A. Velleman, Ernest Solvaystraat 13, 3010 Kessel-Lo, België.

E-mail: [steve.velleman@hotmail.com](mailto:steve.velleman@hotmail.com).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 11-12-2008.

## SUMMARY

Phenomenology and science. On the foundations of psychiatry in Heidegger's Zollikon Seminars – S.A. Velleman, D. De Wachter – *Psychiatrists today feel they are pulled between two schools of thought: on the one hand there is the theory which is based mainly on neuroscientific research, on the other hand there is the theory which puts more emphasis on the narrative character of psychiatric illness. In this article we will overlook this dichotomy and concentrate on psychiatry as a unitas multiplex, based on the foundations of both schools of thought. Both the scientific method and the phenomenological approach play an essential role in medical practice. Heidegger's thinking in the Zollikon Seminars will serve to develop a methodological consciousness.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)7, 433-442]

**KEY WORDS** Heidegger, methodological consciousness, methodical dualism, phenomenology, philosophy of psychiatry