

# HOOFDSTUK I: Ontwikkeling en stagnatie in de psychiatrie

## Inleiding

Het onderzoek naar de achtergronden van psychische stoornissen en de afwijkende gedragingen die daaraan gerelateerd zijn, is van groot belang voor de mensheid. Een aanzienlijk deel van de veelvoorkomende en chronische aandoeningen hebben betrekking op stoornissen die met hersenen of gedrag in verband worden gebracht. Hier komt bij dat psychische problemen kunnen leiden tot somatische aandoeningen, het omgekeerde treedt ook vaak op. Het persoonlijke leed voor de patiënten en hun naasten is enorm, ook de kosten voor opvang en behandeling van de direct betrokkenen zijn aanzienlijk. Helaas zijn er in curatieve zin nog weinig mogelijkheden om de prevalentie van deze gezondheidsproblemen effectief te reduceren.

In dit hoofdstuk bespreek ik de historische en actuele context van deze studie en wijs ik op de stagnatie die—mede door onvoldoende kennis over de determinanten en mechanismen van psychopathologie—is ontstaan in de ontwikkeling van werkzame behandelingen van mensen met een psychische stoornis.

### **1.1 Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg— stand van zaken**

In deze paragraaf beschrijf ik enkele actuele thema's met betrekking tot de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder de psychiatrische discipline. Ik ga in op het streven naar behandelingen op basis van wetenschappelijke bewijsvoering, discussies omtrent het doel van de zorg, de relatie met andere disciplines, met name die tussen de psychiaters en de psychologen, en de vraag of we het tempo van vooruitgang positief of negatief moeten waarderen.

*I. Evidence based*

Sinds de jaren tachtig van de twintigste eeuw is er in de gezondheidszorg een wereldwijde beweging ontstaan die erop is gericht alle medische handelingen door wetenschappelijk onderzoek te onderbouwen. Natuurlijk waren er ook voordien al initiatieven om wetenschappelijke criteria te hanteren bij de beoordeling van interventies.<sup>1</sup> Maar er bestond in die tijd geen consensus over hoe dat het beste kon gebeuren, noch waren er gestandaardiseerde methodieken beschikbaar, laat staan databases waarmee snel kon worden nagegaan of een interventie of therapie werkzaam was en op welk bewijs dat was gebaseerd. Inmiddels worden uitspraken over de sterkte of zwakte van een behandelaanbeveling gefundeerd op geprotocolleerde analyses van de uitkomsten van experimenten (in laboratoriumopstellingen en in de praktijk). De Randomized Controlled Trial (RCT), waarbij bij voorkeur de proefpersonen niet weten welke behandeling ze ondergaan (de zogenaamde blinding), heeft in deze constellatie de status van 'gouden standaard' verkregen. Elk ander onderzoek wordt in beginsel als inferieur opgevat, omdat het minder eenduidig steun geeft aan uitspraken over de vraag of een interventie wel of niet oorzakelijk ten grondslag ligt aan een (beoogd) behandelresultaat.

Het probleem hierbij is echter dat lang niet alle interventies geschikt zijn voor een RCT. Voor onderzoek naar de werking van farmaceutische middelen is het ideaal, vooral als de onderzoekspopulatie streng geselecteerd kan worden (bijvoorbeeld: alleen blanke mannen die maar één stoornis hebben, geen alcohol of drugs gebruiken en hun medicatie ook echt innemen). In zulke situaties is het soms zelfs nog mogelijk het middel af te zetten tegen een placebo – uiteraard voor zover dat medisch-ethisch nog acceptabel is. Maar op de huidige generatie RCT's die in het farmaceutisch onderzoek zijn uitgevoerd, valt veel af te dingen. De selectie van de onderzoekspopulatie is vaak van dien aard dat men terecht mag twifelen aan de externe validiteit van de uitkomsten voor de groepen patiënten die in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg worden behandeld.

In de geestelijke gezondheidszorg bestaat de hulp uit veel meer dan het verstrekken van medicatie of het uitvoeren van afgeba-

kende medische handelingen die goed in een testomgeving beoordeeld kunnen worden. Hier gaat het om complexe, samengestelde behandelprogramma's: strategieën met een veelal globaal geformuleerd behandeldoel waar diverse disciplines een bijdrage aan leveren, en waar contextuele factoren, die veel minder makkelijk 'controleerbaar' zijn, vaak een grote invloed uitoefenen. Met enig kunst- en vliegwerk is het mogelijk te doen alsof allerlei variabelen constant gehouden worden, maar 'blind' kunnen zulke studies nauwelijks genoemd worden. De consequentie hiervan is dat de evidence voor psychiatrische interventies eenzijdig is samengesteld en geen recht doet aan de complexiteit van de psychiatrische werkelijkheid. En dat brengt weer met zich mee dat de multidisciplinaire richtlijnen die voor de behandeling van specifieke stoornissen worden opgesteld vooral de academische beroepen (psychiaters, psychologen, psychotherapeuten) bedienen, terwijl de beroepsgroepen die qua menskracht het leeuwendeel van het werk verzetten (in het bijzonder de verpleegkundigen) er heel bekaaid afkomen.<sup>2</sup>

## *2. Het doel van de zorg*

De huidige geestelijke gezondheidszorg is opgebouwd uit verschillende instellingen met elk hun eigen traditie en behandel filosofie. De concrete structuur verschilt per land en/of regio. Er bestaan ambulante werkzame instellingen, psychiatrische ziekenhuizen en vrijgevestigden. Hier komt bij dat er in deze zorgsector uiteenlopende beroepsgroepen werkzaam zijn met elk hun eigen opleidingen, beroepsverenigingen én hun eigen visies op de te behandelen problematiek. Voor sommigen is, als het om principiële zaken gaat, de loyaliteit aan de eigen beroepsgroep groter dan die aan de instelling waar zij werken. Uiteraard kennen vrijgevestigden, die solistisch werken, dit laatste probleem niet.

Het antwoord op de vraag wat met de geestelijke gezondheidszorg wordt beoogd, staat weliswaar beschreven in de statuten en beleidsplannen van de instellingen, maar de praktijk is veelvormiger. Ook al varieert het beeld bijna per decennium, grosso modo gaan de discussies in de zorg telkens om een accent op de behandeling van een of meer psychische stoornissen van een patiënt versus

een accent op de maatschappelijke (her)integratie of rehabilitatie van een patiënt, die dan om ideologische redenen liever als cliënt of anderszins wordt aangeduid. Simpel gezegd: focus op de stoornis van een mens versus focus op de mens met een stoornis. In de ene benadering moet de geestelijke gezondheidszorg net als elke medische sector ziekten<sup>3</sup> behandelen en overige zaken overlaten aan sectoren als maatschappelijke opvang of aan voorzieningen voor werk, opleiding en huisvesting. In de andere benadering is de rehabilitatie (of het versterken van de autonomie) de kern van het werk, en is het verstandig in plaats van een (als negatief opgevatte) fixatie op stoornissen, de aandacht te focussen op het in stand houden van wat een persoon (in maatschappelijk opzicht) nog kán. Impliciet is deze laatste benadering gestoeld op een wat sombere inschatting van de behandelbaarheid van stoornissen.

Voor beide posities is veel te zeggen, in de praktijk komen ze ook allebei aan bod. Toch is—gezien de discussies die in en om de geestelijke gezondheidszorg worden gevoerd—er telkens weer een ‘markt’ voor radicale, elkaar verketterende posities. Men kan stellen dat de geestelijke gezondheidszorg ‘de meest ideologische’ sector is die de gezondheidszorg kent. Dit maakt het begrijpelijk waarom er in de afgelopen decennia zo vaak structuurwijzigingen hebben plaatsgevonden en in de toekomst nog zullen volgen. Het zegt ook iets over waarom er zo vaak onenigheid optreedt over de gewenste behandelstrategie, en waarom er nog steeds verhitte discussies worden gevoerd over ‘dwang en drang’, om maar een van de vele ‘onopgeloste’ kwesties te noemen waar de geestelijke gezondheidszorg mee worstelt. Wat het beste is voor de patiënten kan helaas niemand met zekerheid zeggen.

### *3. Psychiaters en psychologen*

Zoals al aangegeven, is de geestelijke gezondheidszorg een ontmoetingsplaats van diverse disciplines, waarbij met name de psychiaters, (klinisch) psychologen en psychotherapeuten kunnen bogen op lange tradities, sterke verenigingsstructuren, eigen hoogleraren en opleidingen. Hoewel ze elkaar dagelijks op het werk ontmoeten, spreken ze in verschillende opzichten toch een eigen taal, en dat zegt weer iets over de manier waarop ze tegen proble-

men en oplossingen aankijken. Geen beleidsplan brengt daar verandering in – zo lijkt het althans. Deze toestand biedt voordelen, maar er zijn ook nadelen aan verbonden.

Een punt dat ik zie als een probleem is de classificatie van stoornissen en de diagnostiek die daaraan is gerelateerd. De eerste academisch gevormde discipline in de geestelijke gezondheidszorg bestaat uit de psychiaters – zij zijn het ook die de sector haar tweede naam ('de psychiatrie') hebben gegeven. Belangrijke grondleggers van de moderne psychiatrie (Emil Kraepelin voorop – zie § 1.2) hebben nagedacht over de indeling van psychische stoornissen; tegenwoordig is er het DSM-systeem<sup>4</sup> dat telkens verfijndere criteria bevat voor de wel of niet aanwezigheid van een psychische stoornis. Het ontwikkelen van zo'n systeem lijkt eenvoudig, maar het is, in vergelijking met een classificatie van somatische aandoeningen, een uiterst complexe en onzekere aangelegenheid. Immers, meer dan clusters van 'symptomen en signalen'<sup>5</sup> staan, eigenlijk tot op de dag van vandaag, de psychiater niet ter beschikking. Psychische stoornissen laten zich met de huidige stand van de wetenschap met biologische middelen niet of nauwelijks diagnosticeren, en enkele uitzonderingen daargelaten (bijvoorbeeld de ziekte van Alzheimer) zijn er geen biomarkers bekend aan de hand waarvan de aanwezigheid van een psychische stoornis kan worden bepaald. De beschikbaarheid van kennis en ervaring, observatie en een goed gesprek, vormen nog steeds de basis waarop een diagnose wordt gesteld, al neemt het gebruik van tests en gestructureerde interviews wel toe.

Wat heeft dit met de discussie over de relatie tussen geestelijke gezondheidszorgdisciplines te maken? Ik denk veel. In de geestelijke gezondheidszorg wordt, ook door de klinisch psychologen of de andere beroepsgroepen, uitgegaan van het sterk vanuit een psychiatrische optiek ontwikkelde DSM-classificatiesysteem. Dat betekent dat een stoornis in essentie wordt gedefinieerd als een specifiek cluster van symptomen en signalen. Welke psychische functies en daaraan gerelateerde circuits of subsystemen in de hersenen ontregeld zijn, blijft daarbij buiten schot. De term 'functie' of 'disfunctie' is in psychiatrische leerboeken niet of nauwelijks in de registers terug te vinden. Psychologen daarentegen hebben sinds de vorming van hun discipline in het midden van de negentiende

eeuw het functiegericht denken tot wetenschap verheven. In de later ontwikkelde klinische en neuropsychologie is het denken in termen van disfuncties dan ook veel algemener aanwezig dan in de psychiatrie. Maar helaas, de klinisch psychologen hebben hun kennis en inzichten niet effectief ingezet om het symptoomgerichte denken te completeren met een – minder ‘oppervlakkige’ – functiegerichte benadering, laat staan dat ze een concurrerend classificatiesysteem tot ontwikkeling hebben gebracht.

Ik schrijf dit niet omdat ik een abstract doel nastreef, en nog minder om me te mengen in een strijd tussen de disciplines, maar omdat de huidige DSM-classificatie het onderzoek naar de determinanten en ziektemechanismen van psychische stoornissen eerder remt dan vooruithelpt. Zij remt, omdat in de formele beschrijvingen van de psychische stoornissen zelfs maar een hint naar de etiologie van een psychische stoornis, in termen van psychische functies of hersenfuncties, ontbreekt. En indicaties over de mechanismen en de determinanten die aan die disfuncties ten grondslag liggen, ontbreken al helemaal. Dit kan ertoe leiden dat de uitkomsten van heel gedegen neurobiologisch onderzoek naar specifieke afwijkingen in de hersenen van bepaalde groepen patiënten worden gecorreleerd met diagnoses die wetenschappelijk gezien zeer aanvechtbaar zijn. Daarbij moet men zich ook nog eens realiseren dat de DSM eens in de zoveel jaar wordt gereviseerd, waardoor het mogelijk is dat patiënten later in een andere diagnosecategorie ondergebracht zouden moeten worden.

Ik pleit ervoor dat psychiaters en (neuro- en klinisch) psychologen – wereldwijd – de handen ineenslaan en een ziekteclassificatiesysteem ontwerpen dat zowel aan de symptomen als aan de onderliggende disfuncties recht doet. Elders in de geneeskunde zijn, denk ik, genoeg voorbeelden die tonen hoe dat moet. Dat het heel moeilijk is, neem ik direct aan, maar we kunnen gewoon niet zonder.

#### *4. Hersenwetenschappen*

Psychische stoornissen hangen samen met gestoorde processen in de hersenen. Er zijn nog werkers in de geestelijke gezondheidszorg die moeite hebben met zo'n uitspraak. Maar voor de meeste wetenschappers die zich bezighouden met psychopathologie<sup>6</sup> is deze

uitspraak geen twistpunt meer. De neurowetenschappen hebben de afgelopen twintig jaar enorme vooruitgang geboekt en de verwachtingen over een continue stroom van nieuwe inzichten zijn hooggespannen. Zal dat vervolgens ook leiden tot een stelselmatige verbetering van de behandelopties voor mensen met een psychische stoornis? Jawel, ooit, maar wanneer is heel onzeker. In ieder geval hebben de afgelopen decennia laten zien dat sinds de vrij 'toevallige' ontdekkingen na de Tweede Wereldoorlog van enkele stoffen (in het bijzonder de antipsychotica) er heel weinig echte vooruitgang is geboekt. We beschikken nog steeds niet over een groot arsenaal van werkzame middelen met weinig tot geen bijwerkingen.<sup>7</sup> De farmaceutische industrie heeft haar best gedaan, maar heeft uiteindelijk slechts kleine verbeteringen of varianten van middelen die al vele jaren worden voorgeschreven, op de markt gebracht. En doordat de farmaceutische middelen meestal zo specifiek werken, is het aantal en de ernst van de mogelijke bijwerkingen aanzienlijk.<sup>8</sup> Dit verklaart onder andere waarom de therapietrouw zo laag is: voor patiënten is 'stoppen met slikken' vaak een reële overweging, omdat de voordelen van het middel in hun beleving niet opwegen tegen de nadelen ervan. Zo kunnen de SSRI's (selectieve serotonine heropnameremmers) die alom zijn voorgeschreven – ook door huisartsen – voor de behandeling van depressie en diverse andere psychische stoornissen, niet alleen (bij een verkeerde dosering of vanwege andere factoren) leiden tot seksuele functiestoornissen, maar ook hersencircuits ontregelen die betrokken zijn bij liefdevol gedrag én het aanhouden van een vaste relatie (Fisher & Thomson, 2007). Sommige antipsychotica verhogen de kans op obesitas en diabetes en ga zo maar door.

Dat kan dan wel zo zijn, maar staan we nu niet aan de vooravond van grote doorbraken? Verschillende hersenwetenschappers geven, gezien de vorderingen die zich in hun vakgebied voordoen, vaak zeer optimistische opsommingen van mogelijkheden die in het verschiet liggen. Maar er zijn redenen om minder positief gestemd te zijn. De hersenwetenschappers kunnen en zullen veel voor de ontwikkeling van betere diagnostische technieken en therapieën betekenen, maar de problemen waar ook zij voor staan zijn – nogmaals – immens. Onze hersenen en de complexe functies en gedragingen waartoe zij ons in staat stellen, vormen een uiterst

complex 'systeem van systemen', waarbij sprake is van diverse organisatieniveaus, en waarin vooralsnog 'ontelbare' mechanismen (ingewikkelde ketens of netwerken van gebeurtenissen die zich op en tussen de diverse organisatieniveaus afspelen) betrokken zijn. Soms, meestal bij toeval, wordt een stof gevonden die in de complexe 'brij van factoren' iets bewerkstelligt dat de moeite voor nader onderzoek waard is, en die mogelijk toepasbaar is voor een therapie. Maar met een toevallig gevonden 'werkzame factor' zijn we er niet: we hebben behoefte aan kennis over de etiologie van hersendisfuncties. Hoe kan bij een persoon in zijn of haar hersenen een ziekte ontstaan die we vooralsnog, bij gebrek aan betere concepten, aanduiden als 'schizofrenie'? En ook al weten we dat, hoe kunnen we die ziekte vervolgens heel specifiek behandelen, of—als we er vroeg bij zijn—voorkomen of misschien wel genezen? Voor de beantwoording van dit soort vragen is een wereldomspannende en langdurige samenwerking nodig, waarbij het de kunst is niet alleen de juiste vragen te stellen, maar de vragen ook juist te formuleren opdat er relevante antwoorden uit voortkomen. Verder is het nodig dat er op conceptueel niveau duidelijk wordt waarover we het precies hebben als we de term schizofrenie, of depressie of autisme gebruiken. Want zolang er—zelfs onder psychiaters—nog discussie is over de vraag of bijvoorbeeld schizofrenie wel bestaat (Van Os & McKenna, 2003), is er ook wetenschapsfilosofisch nog veel werk te verzetten.

Ik ben hier ingegaan op de mogelijkheden van farmacologische interventies, maar het therapeutische arsenaal strekt zich uit tot andersoortige interventies, waaronder diverse sociaal-psychologische therapieën (zoals cognitieve gedragstherapie). Ook deze werken in op processen in de hersenen en kunnen minstens zo werkzaam zijn als farmaceutische middelen, met vaak als voordeel dat ze minder ongewenste bijwerkingen hebben. Maar ook hier geldt dat we nog nauwelijks goed weten wat de mechanismen zijn waardoor de effecten worden bereikt.

### 5. *Optimisme versus pessimisme*

Hoe denken experts op het terrein van de neurowetenschap en psychopathologie zelf over de vooruitgang in hun vakgebied?



Kijken we naar de geschiedenis van de psychiatrie dan is het een komen en gaan van perioden waarin onderzoekers en practici zich optimistisch dan wel pessimistisch uitlaten over de kans dat ‘binnen afzienbare tijd’ de ziektemechanismen van psychische stoornissen ontrafeld worden en een ‘kuur’ in het verschiet ligt. Optimisten hanteren veelal een periode van tien tot vijftien jaar; volgens pessimisten ligt ‘de datum’ veel verder in het verschiet—als ze al verwachtingen hebben over een ‘oplossing’.

Recent maakten Insel en Scolnick (2006) de balans op van de vooruitgang van de psychiatrie. Of je het glas nu beschrijft als halfvol of halfleeg, is een kwestie van persoonlijke stemming. Dát er weinig verandering in komt, gezien bijvoorbeeld het hoge aantal ‘me too’-preparaten (stoffen die slechts in geringe mate variëren op een reeds bekende werkzame stof) als belangrijke indicator, en dat curatief handelen in de psychiatrie nog toekomstmuziek is, is volgens hen een nuchtere constatering. Kwestieus is echter vooral de oplossing die zij voorstellen. In mijn woorden: ‘meer van het zelfde, maar dan nóg meer’. In hun woorden: ‘de lat hoger leggen’. Meer geld voor meer onderzoek en zich nog beter spiegelen aan de overige vakgebieden in de geneeskunde en de strategie die elders wordt toegepast om nieuwe farmaceutische middelen te ontwikkelen. Aan dat ‘meer’ ontlene Insel en Scolnick een zeker optimisme, ook al is hun analyse van de huidige toestand zeer somber. Geen woord over de vraag of het vigerende ‘paradigma’ (Kuhn, 1962) en de ‘denkstijlen’ (Fleck, 1980) van de huidige onderzoekers wellicht debet zijn aan het uitblijven van resultaten, of debet zijn aan het voortgaan in de ingeslagen weg, die tenminste in de afgelopen decennia onvoldoende vooruitgang heeft laten zien.

Interessanter is wat dat betreft het verslag van het eerste *Advances in Neuroscience for Medical Innovation*-symposium waarin een multidisciplinair samengesteld gezelschap van neurowetenschappers probeerde de kernvraagstukken van het onderzoek naar psychische stoornissen en de (farmacologische) behandeling daarvan in kaart te brengen (Agid e.a., 2007). Omdat dit symposium exemplarisch is voor de huidige discussie ga ik wat dieper in op enkele bijdragen.

Een kwestie betrof hoe het komt dat de ontwikkeling van nieuwe farmaceutische middelen voor psychische stoornissen zo traag

en/of met weinig succes verloopt. De experts stelden vast dat de farmaceutische industrie zich in de afgelopen decennia vooral heeft gericht op de exploratie en exploitatie van reeds bekende moleculaire mechanismen. Dat maakt het ook begrijpelijk waarom zoveel nieuwe middelen op de oude lijken. Dit is een onjuiste insteek, omdat onderzoek naar de werking van neurale systemen op moleculair, cellulair en systeemniveau—aldus deze onderzoekers—veel nieuwe aangrijpingspunten voor alternatieve farmaceutische middelen heeft aangetoond. Verder wezen de experts erop dat nieuwe inzichten in de (ontwikkeling van) plasticiteit van neurale netwerken, en de determinatie daarvan door genetische systemen en invloeden vanuit de omgeving, van groot belang zijn voor de zoektocht naar werkzame interventies. Het inzicht breekt door dat psychische stoornissen die later in het leven (bijvoorbeeld tijdens of na de adolescentie, en/of onder invloed van ernstige of chronische stress) manifest worden, vaak een lange voorgeschiedenis hebben, die verband houdt met pathologische veranderingen in de hersenen met een veranderde plasticiteit als gevolg. Dit gegeven zou onderzoekers moeten inspireren om in een vroeger stadium het verloop van hersenprocessen op zo'n manier te beïnvloeden dat ondanks 'predisposities' voor een of meer vormen van psychopathologie er toch sprake kan zijn van een normale rijping van de hersenen.<sup>9</sup>

Het accentueren van het ontwikkelingskarakter van psychopathologie wringt waar het gaat om de interpretatie van de actuele beelden van (de werking van) het brein die modern hersenonderzoek kan leveren. De experts waren het erover eens dat een diagnostisch systeem dat is gebaseerd op etiologie, daarvoor een vereiste is.<sup>10</sup> Volgens hen is er heden voldoende kennis uit fundamenteel hersenonderzoek onder patiënten met psychische stoornissen om een nieuwe classificatie op basis daarvan te rechtvaardigen. Men gaf overigens toe dat de nosografie van psychische stoornissen, zoals schizofrenie, bijna onmogelijk is, omdat alle patiënten verschillend zijn. Een probleem bij het onderzoek naar de etiologie van stoornissen is dat de uitkomsten van de huidige onderzoeksmethoden, zoals de toepassing van beeldvormende of postmortemtechnieken bij mensen met een psychische stoornis, moeilijk te interpreteren zijn. De waargenomen verschillen ten opzichte van

(gezonde) controlegroepen kunnen ten slotte op vier verschillende manieren geduid worden. De verschillen kunnen zowel (1) de actuele etiologie van de stoornis reflecteren, (2) zijn ontstaan door de medicamenteuze behandeling, (3) het gevolg zijn van compenserende mechanismen in de hersenen als reactie op het ziekteproces, als (4) het gevolg zijn van de pathologische veranderingen die op lange termijn door de stoornis in de hersenen zijn opgetreden.

Deze vier interpretaties dwingen de onderzoekers op zoek te gaan naar andere methoden: naast het gebruik van diermodellen pleit de behoefte aan etiologische kennis voor longitudinaal onderzoek. Dit biedt namelijk meer garanties om (ten opzichte van controlegroepen) waargenomen verschillen te interpreteren als het gevolg van (1) het ziekteproces in engere zin, (2) compensaties als gevolg daarvan, en (3) de reacties op medicatie of anderszins. Verder biedt longitudinaal onderzoek een beter uitgangspunt om de interacties tussen de diverse hersenregio's en de functies die ze realiseren, in ogenschouw te nemen, en om in dat kader na te gaan of en in welk opzicht er op het vlak van de neuro-ontwikkeling verschillen bestaan met controlegroepen.

De beklemtoning van (1) de complexiteit en de plasticiteit van neurale systemen, (2) het inzicht in de diverse genetische disposities die op de kwetsbaarheid voor (maar ook de bescherming tegen) psychopathologie van invloed zijn, (3) de invloed van uiteenlopende gebeurtenissen in de omgeving van individuen, én (4) de mogelijkheid dat een uiteenlopende reeks van mechanismen ten grondslag kan liggen aan eenzelfde ziekteproces (of dat dezelfde mechanismen ten grondslag kunnen liggen aan verschillende syndromen), impliceert, volgens de experts, dat *global clinical trials* een onbetrouwbare onderzoeksmethode zijn. Idealiter richt het experimentele onderzoek zich op veel preciezer omschreven populaties dan nu het geval is.

Die precisie zou ook moeten gelden bij het stellen van een diagnose en het ontwerpen van een geschikte therapie: psychiaters zouden zich, aldus deze experts, in de toekomst bij hun beslissingen omtrent de behandeling van een patiënt moeten baseren op 'objective measures of brain function' tegen de achtergrond van gegevens over (genetische) risicofactoren, co-morbide toestanden en informatie over de ziektegeschiedenis. Dat maakt het in theorie

mogelijk dat de kennisname van de telkens unieke pathologische determinanten en mechanismen van een globaal als schizofrenie of depressie aangeduide stoornis (opgevat als een pathofysiologisch proces), leidt tot een even unieke, op het individu toegespitste therapeutische strategie.

### 6. *Tot besluit*

In veel opzichten deel ik de opvattingen van de hierboven aangehaalde groep experts. Toch lijkt ook bij hen de oplossing van de stagnatie in de ontwikkeling van hun vakgebied een louter methodologisch vraagstuk te zijn. De vraag of er sprake is van stagnatie wordt door experts 'positief' beantwoord. De oplossing van dit probleem is wat hen betreft 'meer en beter' onderzoek. Wat de verandering tegenhoudt, zien zij als in eerste instantie een kwestie van onderzoeksprogrammering en financiële middelen. Wat mijns inziens ontbreekt, is het doordenken van de ontologische en epistemologische fundamenteën van het beoogde onderzoek en een toespitsing daarvan op de psychiatrie. De filosofische vraag 'wat is een psychische stoornis?' lijkt overbodig bevonden te worden, zoals dat ook geldt voor vragen als 'wat is een psyche?', 'hoe is de psyche gerelateerd aan het brein?', 'wat doet de psyche, of beter gezegd: welke functies realiseert het brein?' en 'wat bedoelen we precies als we zeggen dat daarin stoornissen, achterstanden of tekorten kunnen optreden?'. Vereisten voor de beantwoording van deze ontologische vragen komen in de hiernavolgende hoofdstukken ter sprake, alsook antwoorden op vragen van epistemologische (en methodologische) aard.

## 1.2 Historische achtergronden van de psychiatrie

De geschiedenis van de psychiatrie, de medische discipline die zich richt op de behandeling van psychische stoornissen, is gekenmerkt door verschillende, zowel positief als negatief te duiden ingrijpende gebeurtenissen die tot op de dag van vandaag doorwerken. In deze paragraaf ga ik in op de volgende thema's: humanisering van de zorg, de opkomst van de psychofarmacologie en de rehabilitatiedachte, de in het verleden opgetreden schisma's in de relaties

met de psychologie en de neurologie én het voortdurende probleem van het vinden van een adequaat classificatiesysteem voor psychische stoornissen.<sup>11</sup>

### *1. Humanisering, psychofarmacologie en rehabilitatie*

Positieve gebeurtenissen waren in de eerste plaats de humanisering van de psychiatrische instellingen en de zoektocht naar werkzame therapieën, die terug te voeren zijn op de werken van Philippe Pinel (1745-1826). Pinel fungeert in ons geheugen als het symbool van de letterlijke bevrijding van psychiatrische patiënten van hun ketenen. Dit vond plaats aan het einde van de achttiende eeuw in het Parijse Hôpital de la Salpêtrière. Vóór die tijd werden deze patiënten slechts als ‘gekken’ opgesloten en aan hun lot overgelaten. Pinel markeert het ontstaan van de psychiatrie als medische discipline.

Een tweede gebeurtenis met ingrijpende gevolgen deed zich in het midden van de twintigste eeuw voor met de ontdekking van chemische stoffen die werkzaam bleken voor de behandeling van psychische stoornissen zoals schizofrenie, bipolaire stoornis (manische depressiviteit) of een angststoornis.<sup>12</sup> Vooral de komst van de ‘antipsychotica’ voor de behandeling van patiënten met schizofrenie leidde allengs tot een substantiële daling van het aantal opnamen in psychiatrische ziekenhuizen.

In de derde plaats noem ik de moderne, laat twintigste-eeuwse beweging gericht op ‘de-institutionalisering’ (terugdringen van klinische opnemingen en verminderen van de afhankelijkheid van zorgverleners) en de ‘rehabilitatie’ van psychiatrische patiënten (bevorderen van maatschappelijke integratie en versterken van het zelfredzaam vermogen van [ex-]patiënten). Waar Pinel revolutionair was in zijn herdefinitie van ‘gekken’ in ‘patiënten’, is de moderne beweging revolutionair geweest in het relativeren of zelfs elimineren van de patiëntkenmerken van mensen met een (chronische) psychische stoornis.

### *2. Dramatische gebeurtenissen*

Ik noem drie ‘drama’s’ die minder gunstig of zelfs ongunstig hebben uitgepakt en waarvan de gevolgen centraal staan in deze

studie. Alle drie vinden hun oorsprong in het werk van een andere grondlegger van de psychiatrie, Emil Kraepelin (1896; zie ook Engstrom, 1990).

*Relatie tussen psychiatrie en psychologie*

Allereerst noem ik het falen van Kraepelin om de psychologie te integreren in de psychiatrie. Kraepelin (1856-1926) was een leerling van Wilhelm Wundt (1832-1920), die bekendstaat als de grondlegger van de experimentele, natuurwetenschappelijke en fysiologische psychologie.<sup>13</sup> Beiden hielden tientallen jaren intensief contact met elkaar (zie Steinberg, 2002). Kraepelin heeft jarenlang moeite gedaan om de methoden en de resultaten van het psychologisch onderzoek toe te passen op de vraagstukken waar de psychiatrie voor stond. Toch was hij—gezien de stand van de wetenschap—nog niet in staat om de psychologische inzichten en werkmethoden van zijn tijd op een vruchtbare wijze te integreren in de psychiatrie, al bleef hij erop gericht, zoals hij schreef in een brief aan Wundt in 1912 om de ‘wetten van het geestesleven’ te leren kennen (ibid., p. 99). Schadelijk hieraan is dat de psychiatrie tientallen jaren slechts oppervlakkig kennis heeft genomen van inzichten uit de psychologie over psychische functies. Zelfs de verbindingen met de moderne neuropsychologie en klinische psychologie, die zijn gefocust op psychische disfuncties, zijn onvoldoende gelegd. In deze studie wil ik verduidelijken waarom zo’n integratie noodzakelijk is voor de ontwikkeling van een adequaat concept van psychopathologie en het onderzoek naar, alsmede de diagnose en de behandeling van, specifieke stoornissen.

*Relatie tussen psychiatrie en neurologie*

Het tweede drama, dat ook zijn oorsprong heeft in de periode waarin Kraepelin actief was, is de scheiding van de psychiatrie en de neurologie. De neurologie, de medische discipline die zich richt op aandoeningen aan het zenuwstelsel, werd—ook door Kraepelin—wel gezien als een basiswetenschap voor een beter begrip van psychische stoornissen, maar in de praktijk kon de neurologie de psychiatrie niet veel bieden. Een diagnose op basis van onderzoek naar de hersenen was niet mogelijk. De onderzoekstechnieken waren nog uiterst primitief en de theoretische kennis van de struc-

tuur en werking van neurale netwerken was goeddeels afwezig. Maar de splitsing werd ook gedreven door een al dan niet geëxpliciteerde dualistische visie op het – in ieder geval in het westerse denken – zo cruciale probleem van de relatie tussen lichaam (hersenen) en geest. De verwarring hieromtrent schiep bovendien de filosofische ruimte voor de opkomst van de psychoanalyse, die zich later ontwikkelde als de antithese van een meer op de biologie georiënteerde psychiatrie.<sup>14</sup> Dit proces vond vooral in de Verenigde Staten plaats.

De splitsing tussen neurologie en psychiatrie, die allengs leidde tot nationaal en internationaal aparte beroepsorganisaties, ging ook gepaard met een boedelscheiding wat betreft de patiëntenbestanden. De ziekten die ‘aantoonbaar’ aan een neurale beschadiging gerelateerd waren of waarvan men daarover sterke vermoedens had, zoals epilepsie of zwakzinnigheid, vielen toe aan de neurologie.<sup>15</sup> De aandoeningen waarover slechts gissingen bestonden over de etiologie daarvan en die zich uitten in vreemde gedragingen of irrationele gevoelens of gedachten, zoals depressie, angst of schizofrenie, bleven onder de hoede van de psychiatrie. Op zich is een onderverdeling in ziektecategorieën en aanverwante medische disciplines nuttig voor de praktijk, en er is geen dwingende reden om alle aandoeningen die enigszins met het zenuwstelsel van doen hebben, onder te brengen onder één discipline. Waar het hier om gaat is dat deze ingrijpende splitsing gepaard is gegaan met een jarenlange desinteresse van de zijde van de psychiatrie voor hersenwetenschappelijk onderzoek.

#### *De classificatie van psychische stoornissen*

Verder noem ik de classificatie van psychische stoornissen, die eveneens teruggrijpt op het werk van Kraepelin, als een drama. Dramatisch is niet het streven naar ordening en indeling van stoornissen als zodanig, maar wel het onbevredigende resultaat van de inspanningen van Kraepelin en generaties na hem. In elke wetenschap of technologie is het een van de eerste taken die men onderneemt, het veld in kaart te brengen en eventueel de focus te richten op een deelterrein. Voor de biologie heeft het classificatiesysteem van Carolus Linnaeus (1707-1778), overigens opgeleid als arts, enorme vooruitgang gebracht. Dus wat was of ging er mis

met de poging van Kraepelin om een classificatiesysteem voor de psychiatrie te ontwerpen? En zijn de tekortkomingen van deze eerste poging niet ruimschoots goedge maakt met al bijna vijf generaties van de DSM?

Het streven van Kraepelin was erop gericht om psychische stoornissen systematisch te classificeren in termen van pathologisch-anatomische kenmerken, maar hij moest later toegeven dat dit volstrekt onhaalbaar was, gezien de stand van de medische kennis die hem ter beschikking stond. Ook lukte het hem niet om de classificatie—zoals hij die zichzelf ten doel stelde—te baseren op etiologische kenmerken. Hij moest erkennen dat over de achtergronden van psychopathologie weinig meer dan speculatieve uitspraken konden worden gedaan. Om toch iets meer dan alleen opsommingen van symptomen en signalen te presenteren, voegde hij daar kennis over het beloop en de prognose van een bepaalde stoornis aan toe.<sup>16</sup>

Eenzijds klopt het dat de opeenvolgende classificatiesystemen van psychische stoornissen orde hebben geschapen in een bonte wereld van gestoorde geesten en afwijkende gedragingen. Maar de prijs was en is hoog: de stoornissen werden en worden nog steeds gedefinieerd op basis van clusters van symptomen en signalen die zich gedurende een bepaalde periode voordoen, maar over de aard van de stoornis (wat is er precies gestoord en hoe komt dat?) geeft het classificatiesysteem geen uitsluitsel. Dat hoeft ook niet als de clusters op een vergelijkbare manier als de vorm van stengels, bladeren en bloemen in de biologie, al voldoende houvast bieden om een classificatie te legitimeren: iedereen kan met een flora in de hand planten ‘determineren’. De symptomen en signalen bij psychopathologie zijn echter niet te vergelijken met stengels en bloembladeren. Ze zijn ambigu, voortdurend in verandering, en hebben op zijn best de status van een hypothese over de mogelijkheid van een stoornis. En als vervolgens niet helder (dat wil zeggen, exact, wetenschappelijk) omschreven is wat wordt bedoeld met een stoornis, is het op basis van een psychiatrisch classificatiesysteem eigenlijk niet mogelijk een (medische of psychologische) diagnose te stellen, laat staan een die betrouwbaar is.<sup>17</sup>

Een probleem dat in § 8.3 nog ter sprake komt, is dat het bij planten nog wel aanvaardbaar is om varianten weg te strepen en te



denken in termen van een standaard of van bepaald type plant. Bij psychopathologie is zo'n werkwijze moeilijk vol te houden zonder concessies te doen aan de waarheid: de variëteit aan uitingsvormen van psychopathologie is, net zoals de verschillen tussen mensen in zijn algemeenheid, enorm groot.<sup>18</sup> Dit impliceert niet alleen dat er vermoedelijk een scala aan diverse determinanten en mechanismen aan dezelfde stoornissen ten grondslag ligt, maar ook dat het schier onmogelijk is om scherpe grenzen te trekken tussen verschillende typen stoornissen. Verder kunnen dezelfde symptomen en signalen uiteindelijk wijzen op heel verschillende ziekteprocessen, terwijl vergelijkbare ziekteprocessen zich heel anders uiten. In zo'n situatie is het heel begrijpelijk dat er de behoefte bestaat om orde te scheppen, en in beginsel is dat ook heel nuttig, maar tegelijk staat elke ordening en indeling op gespannen voet met de wetenschappelijke verantwoording daarvan.

Hier komt bij dat impliciet dualistische opvattingen over de oplossing van het al eerder aangeduide 'lichaam-geest'-vraagstuk (zie § 5.1) de coherentie van de classificatiesystemen geen goed hebben gedaan. Het dualisme ligt mijns inziens ook ten grondslag aan de splitsing van psychische stoornissen in een groep 'klinische stoornissen' op 'As I' en persoonlijkheidsstoornissen<sup>19</sup> op 'As II'. Deze deling reflecteert nog de (inmiddels wel gestreden) strijd in de Amerikaanse psychiatrie van waaruit de DSM tot stand is gekomen, tussen de biologisch psychiaters en de psychoanalytici. De eersten richtten zich in hun klinische praktijk in het bijzonder op stoornissen zoals schizofrenie of bipolaire stoornis. De laatsten verzetten zich heftig tegen een biomedische oriëntatie en behandeling. De psychoanalytici hielden zich vooral bezig met persoonlijkheidsproblematiek. Bij wijze van verzoening kreeg elke bloedgroep zijn 'eigen' as.<sup>20</sup>

In deze studie gaat het er echter niet om de historische wortels van actuele problemen van de psychiatrie bloot te leggen en het beloop daarvan te reconstrueren. Wel spelen de drie als negatief gekwalificeerde drama's op de achtergrond een rol bij de beschouwingen over wat de zoektocht naar de determinanten en de mechanismen van psychopathologie heeft gehinderd. En ze zijn van belang bij de vraag welke obstakels—voor zover deze uniek zijn voor de psychiatrie—uit de weg moeten worden geruimd om die

zoektocht succesvol voort te zetten. Mijn posities wijken overigens niet sterk af van de ontwikkelingen die zich heden in de psychiatrie aftekenen. In de eerste plaats fundeert de psychiatrie zich meer en meer op de uitkomsten van neurowetenschappen, en het schisma met de neurologie heeft al lang geen ideologische lading meer. In de tweede plaats zijn er aanzetten tot integratie van de psychiatrie met de (neuro- en klinische) psychologie, hoewel het in veel opzichten nog echt gescheiden disciplines zijn, met nogal verschillende opleidingen, oriëntaties, werkmethoden, taken en bevoegdheden. In de derde plaats is er tegenwoordig volop discussie over de vraag hoe de DSM kan worden verbeterd, en staan psychiaters open voor suggesties vanuit andere disciplines. Maar daarmee is niet gezegd dat er consensus bestaat over hoe nieuwe ontwikkelingen het beste vormgegeven kunnen worden. En zeker is er geen consensus over de (fundering van de) concepten die nodig zijn om op nieuwe ontwikkelingen te anticiperen, wetenschappelijk onderzoek te stimuleren én de vraagstellingen daarin te sturen. Zo wordt een fundamentele discussie over wat we mogen of moeten verstaan onder een psychische stoornis goed beschouwd uit de weg gegaan. Misschien uit angst voor verdeeldheid, of mismoedigheid over de mogelijkheid van een vruchtbare uitkomst van zo'n discussie. Maar dat is mijns inziens niet terecht en doet de psychiatrie schade.

Elke wetenschap of daarop gebaseerde technologie, zoals de psychiatrie, staat of valt met de mate waarin en de wijze waarop het is gelukt de centrale concepten waarmee het object van kennen en kunnen wordt aangeduid, op wetenschappelijke wijze (dat wil ook zeggen, exact) te definiëren, en aan de hand daarvan de eigenschappen van dat object nader te kunnen onderzoeken, om dit vervolgens desgewenst te veranderen. Dat vereist, waar het bijvoorbeeld de definitie van 'psychische stoornis' betreft, ook de participatie van andere disciplines, zoals de psychologie en de neurowetenschap. In zoverre is het ook te prijzen dat de clinicus en theoreticus Jerome C. Wakefield zoveel moeite heeft gedaan om zijn voorstel voor zo'n definitie (psychische stoornis = schadelijke disfunctie tegen de achtergrond van evolutionair ontwikkelde potenties) voor het voetlicht te brengen, ook al zal ik in § 8.1 wijzen op de tekortkomingen daarvan.<sup>21</sup>

Definities zijn uitgerekend daar belangrijk waar kennistheoretische reducties noodzakelijk zijn om wetenschappelijke vooruitgang te boeken. Elke reductionistische aanzet (zoals het in verband brengen van een psychose met moleculaire veranderingen in specifieke hersencellen) moet worden voorafgegaan door een definitie van datgene wat men wil verklaren. Als de definities daaromtrent vaag zijn (en veel diagnostische categorieën in de DSM zijn vaag) dan zijn er goedbeschouwd geen geschikte interpretatiekaders voor de vaak massale verzamelingen data die empirisch onderzoekers weten te vergaren. Maar wat geldt bij reductie, geldt ook voor de synthese of de integratie van kennis uit diverse disciplines. Als diverse disciplines andere definities hanteren van een psychische stoornis, en als blijkt dat de onderlinge verschillen geen oppervlakkige stijlkenmerken betreffen, maar verband houden met duidelijk andere vraagstellingen en daarbij passende onderzoeksmethoden die mede tot andere inzichten hebben geleid, geeft het geen pas louter op basis van consensus tot overeenstemming te komen. Zo gezien is het ook niet verwonderlijk dat de eerder genoemde disciplines – de psychiatrie én de neuro- en klinische psychologie – die zich zo overduidelijk met hetzelfde onderwerp bezighouden, nog steeds niet in één hecht theoretisch (en organisatorisch) verband opereren.

Een van de ‘missies’ van deze studie is het bevorderen van de integratie van deze disciplines. Ik ben mij er evenwel van bewust dat daarvoor nog veel ‘filosofisch’ voorwerk verricht moet worden. In verschillende opzichten sluit mijn missie overigens aan bij de strevingen van Kraepelin. Deze stimuleerde het fundamentele onderzoek naar pathologische processen in de hersenen, waarbij hij erop aandrong dat dit in samenwerking met andere disciplines, in het bijzonder de psychologie, zou plaatsvinden. Helaas waren, zoals gezegd, in zijn tijd de mogelijkheden tot natuurwetenschappelijk of biologisch onderzoek van psychopathologie nog uiterst beperkt. Verder ijverde hij voor een samenhangend en wetenschappelijk goed onderbouwde classificatie van psychische stoornissen. Het programma van Kraepelin is, kortom, nog steeds actueel (Shepherd, 1995).

## Noten

- 1 King (1982) heeft – nog voordat er sprake was van de term *evidence based medicine* – een beknopt overzicht gegeven van de historische ontwikkeling naar een meer wetenschappelijke oriëntatie in de geneeskunde.
- 2 Is voor dit probleem een oplossing? Jawel, maar niet door gekunsteld verpleegkundige interventies, laat staan ingewikkelde behandelprogramma's, in een RCT-vorm te persen – wetenschapstheoretisch is dat een verkeerde benadering. Veel beter is het om, zoals in de Verenigde Staten wel is gedaan, beoordelingscriteria te ontwikkelen die geschikter zijn om de effecten van zulke complexe programma's, zoals een behandelprogramma waarin de zorg voor psychiatrische patiënten en verslaafden bijeen is gebracht, op waarde te schatten. Vervolgens zou, wanneer een evaluatieonderzoek volgens die criteria is uitgevoerd waardoor er uitspraken kunnen worden gedaan over de effectiviteit van zo'n programma, deze een vergelijkbare status moeten krijgen als de uitkomsten van een RCT. Het belang hiervan is dat er zo een evenwichtiger beeld kan worden gevormd van de bijdragen die de afzonderlijke disciplines aan de verbetering van de geestelijke gezondheid van patiënten in de geestelijke gezondheidszorg kunnen leveren.
- 3 In deze studie duid ik psychische stoornissen niet aan als psychische ziekten. Ik sluit me hierbij aan bij de meest gangbare aanduiding.
- 4 DSM = *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Tegenwoordig geldt de gereviseerde versie van de vierde editie. De vijfde editie is in voorbereiding.
- 5 In de Angelsaksische traditie wordt een onderscheid gemaakt tussen *signs* (objectieve manifestaties van de ziekte) en *symptoms* (de door de patiënt ervaren ziekteverschijnselen en uitgesproken klachten). In het Nederlands wordt de term symptoom vaak als overkoepelend begrip gebruikt, waardoor de uitdrukking 'symptomen en signalen' ten dele dubbelop is. Ik geef de voorkeur aan de Angelsaksische onderscheiding. Zie verder hoofdstuk 6 en 7, waarin ik nog preciezer het verschil duidt.
- 6 De term psychopathologie heeft oorspronkelijk (en letterlijk) betrekking op het onderzoek naar psychische stoornissen. In de moderne tijd wordt de term ook gebruikt als beschrijving van (symptomen en signalen van) psychische stoornissen en in het bijzonder als aanduiding van de verzameling van psychische stoornissen. Het is vooral in deze laatste betekenis dat de term in deze studie wordt gebruikt. Dus hoewel een uitdrukking als 'het ontstaan van psychopathologie' gezien de oorspronkelijke betekenis slechts in een wetenschapshistorische context

- thuishoort (zie Haubrich, 1997—lemma *pathology*), is het nu normaal spraakgebruik. Ook toonaangevende organisaties als het Amerikaanse NIMH (National Institute for Mental Health) of de APA (American Psychiatric Association) spreken over 'the etiology of psychopathology'.
- 7 Een uitgebreid overzicht van de stand van zaken in de neuropsychofarmacologie is samengesteld door Davis e.a. (2002).
  - 8 Een beperking van de bijdrage van de farmaceutische industrie is per definitie dat het onderzoek is gefixeerd op moleculaire processen. Andere, mogelijk zeer werkzame interventiemethoden, waaronder Deep Brain Stimulation (DBS), waarmee waarschijnlijk veel minder opmerkelijke patenten en economische voordelen te behalen zijn, vallen blijven goeddeels buiten beeld (zie Schiff e.a., 2007, voor enkele opmerkelijke resultaten die recent bij de behandeling van ernstig hersenletsel met DBS zijn bereikt).
  - 9 Zoals bekend verloopt de ontwikkeling van de hersenen niet in een constant tempo maar zijn er 'kritieke fasen' te onderkennen waarin meer dan gemiddelde veranderingen in de connecties tussen synapsen (en daarmee tussen neurale netwerken) plaatsvinden. Chungani en Sukel (2007) stellen dat het in- en uitschakelen van zo'n kritieke fase verband houdt met het niveau van de productie van de neurotransmitter serotonine. Ze vermoeden in dat kader dat bij kinderen met autisme de serotonineproductie zowel gedurende de kritieke fase als daarna constant verloopt—in tegenstelling tot een normaal *variabel* patroon in de productie van deze stof. Dit verklaart mogelijk waarom bij deze kinderen disfuncties in de werking van hun hersenen ontstaan. Speculatief maar wel intrigerend is hun suggestie om dit aan serotonine gerelateerde mechanisme zodanig te manipuleren, dat wanneer dat nodig is een kritieke fase wordt verlengd of zelfs heropend, om vervolgens door specifieke interventies de tekorten te behandelen die in de ontwikkeling zijn ontstaan.
  - 10 In § 8.3 plaats ik overigens kanttekeningen bij de mogelijkheid of de haalbaarheid van een classificatiesysteem van psychopathologie op basis van etiologie. Een compromis is eventueel een classificatiesysteem op basis van globale toestanden van de hersenen (configuraties van functies en disfuncties), eventueel aangevuld met *mogelijke* etiologieën die tot die hersentoestanden kunnen leiden—maar de haalbaarheid daarvan mag op dit moment eveneens worden betwijfeld.
  - 11 Over de geschiedenis van de psychiatrie, psychopathologie en aanverwante thema's bestaat een rijke literatuur. Overzichtswerken zijn o.a.: Alexander & Selesnick (1995 [oorspr. 1966]); Porter (1987); Shorter (1997); Berrios & Porter (1995); Berrios (1996) en (1999).

- 12 Zie onder anderen Chast (1995) voor een overzicht van de geschiedenis van de moderne geneesmiddelen.
- 13 Over het werk en de invloed van Kraepelin is uitvoerig gepubliceerd. Goede ingangen zijn: Braceland (1957), Decker (2004) en Engstrom e.a. (2002).
- 14 Sigmund Freud (1856-1939) had zelf wel de ambitie om ooit de biologische grondslagen van psychopathologie te verduidelijken. Hij beseftte evenwel dat dat in zijn tijd onmogelijk was. Het zijn veeleer zijn 'navolgers' (zie Kurzweil, 1989) die de antibiologische opstelling van de psychoanalyse hebben voortgebracht. Zie voor een discussie over de biologische dimensie bij Freud en zijn aanhangers: Sulloway (1979) en het commentaar hierop van Porter (1980); Kandel (1999); Trede (2007). Overigens geldt nu niet meer dat psychoanalytisch of psychodynamisch georiënteerde therapeuten zich afwenden van de neurowetenschappen (zie bijv. PDM Task Force, 2006).
- 15 In veel, in ieder geval Engelstalige, ontwikkelingslanden hoort epilepsie nog tot het domein van de Mental Health.
- 16 Het is belangrijk erop te wijzen dat de verabsolutering van de classificatiewijze zoals Kraepelin die had voorgesteld, vooral het gevolg is van de wijze waarop zijn navolgers daarmee zijn omgesprongen. Zelf relativerde hij op latere leeftijd het resultaat van zijn denkwerk.
- 17 Diagnosticeren vat ik, in navolging van Bunge, op als het oplossen van een omgekeerd probleem: gegeven de ziekteverschijnselen, zoek het ziekteproces dat daaraan ten grondslag ligt (en ga zo mogelijk ook na wat de determinanten en mechanismen daarvan zijn) (zie verder hoofdstuk 7).
- 18 Typologisch denken is in zijn algemeenheid in de biologie onjuist—zie verder § 4.1.
- 19 Persoonlijkheidsstoornissen worden door mij in deze studie gevoegd onder de algemene categorie van de psychische stoornissen. Er zijn mijns inziens geen dwingende redenen om, gezien de benadering die ik hier voorstel (zie hoofdstuk 7 en 8), het 'klassieke' onderscheid tussen klinische syndromen (As I van de DSM) en persoonlijkheidsstoornissen (As II) te handhaven. Er zijn zelfs goede redenen om de categorie persoonlijkheidsstoornis in zijn geheel in twijfel te trekken. Tyrer (2007) bepleit de vervanging van As II door een as voor de classificatie van persoonlijkheidsdiathesen, waarmee een inschatting kan worden gemaakt van de kwetsbaarheid voor psychopathologie.
- 20 Voor deze uitspraak heb ik geen historisch bewijs gevonden, maar de gedachte dringt zich onherroepelijk op als men kennis neemt van de geschiedenis van de totstandkoming van de DSM en de eerste twee re-

## PROBLEEMSTELLING

visies daarvan. N.B.: de eerste editie van de DSM werd gepubliceerd in 1952; de tweede editie kwam uit in 1968, de derde in 1980. De eerste twee edities waren nog sterk beïnvloed door psychodynamische inzichten. In de derde editie werd het psychodynamische verwijderd, omdat de samenstellers—naar eigen zeggen—een ‘a-theoretische’ opstelling verkozen. Men wilde geen voorkeur uitspreken over een etiologisch model van psychopathologie.

- <sup>21</sup> Zie voor het standpunt van Wakefield en commentaren daarop: *World Psychiatry*, 6, 149-167.