

Cette psychiatrie, qui a su parler à mon âme (naar Mireille Darc)

Ook een psychiater begint het beste bij zijn leest. Laat mij toe u drie patiënten voor te stellen:

1. **PPT2.** Een koude februarinacht. Het is 3 uur als ik het ziekenhuis binnenrijd en mij naar spoedgevallen begeef. Op een bankje tegen de muur zit een klein meisje geflankeerd door 2 dronken mannen – Jean & Marc, allebei meer dan 3 promille blijkt later, veertigers in blauwe overall. Het meisje staat op, haar teddybeer innig omklemmend: Ik ben Lise, bent u de dokter? Waarom draagt u dan geen witte jas? Dat zijn mijn vader en mijn nonkel, wijst ze: ze zijn zat, ze hadden ruzie, er is een stoel kapot en het servies ook. Mama is dood, al meer dan 2 jaar. Ze kunnen het niet aan; in haar ogen zie ik de angst, vertwijfeling en verdriet, veel verdriet. “En jij, vraag ik, hoe gaat het met jou?” Ze begint onbedaarlijk te huilen. Ik wil ook dood zegt ze, ik wil bij mama zijn. Ik wacht tot het ergste huilen over is. Lust je warme chocomelk? vraag ik, ja dat maakte mijn mama ook elke avond voor mij klaar. Kom, zeg ik, we gaan chocomelk maken.
2. Om 6 uur 's ochtends zit ik weer op spoedgevallen. Jan is 26 jaar, student ingenieurswetenschappen. Hij zit onbeweeglijk, half ineengedoken, het gelaat van mij afgewend, voor zich uitstarend in de leegte. Tijdens het hele gesprek geen enkel gebaar, geen toewending, geen oogcontact. Gesprek is een groot woord voor ons contact: op 1 uur tijd vertelt hij al bij al 5 zinnen. De laatste jaren lukt het niet meer om te studeren door een complot van medestudenten en professoren, ze willen zijn ondergang. De laatste 3 nachten heeft hij niet geslapen, want 's nachts is het het gevaarlijkste, hij zwierf door de stad, is ondervoed, zijn kleren ruiken slecht. En hij hoort stemmen: verwijtend, hem de grond inborend. Ik warm de resterende chocolademelk op en smeer een boterham met confituur.
3. Marie is 50 jaar, gehuwd, 2 dochters en 2 zonen, als ze die ochtend voor de vierde keer in haar leven op de depressieafdeling van ons ziekenhuis wordt opgenomen. Reeds tweemaal een T.S., éénmaal met medicatie en een verhangingspoging. De depressies lijken erg op mekaar: als het ware reproducties van steeds hetzelfde syndroom: diepe somberheid, anhedonie (geen plezier meer kunnen beleven), zeer vertraagd in spraak en bewegingen, extreme schuldgevoelens en doodsgedachten, niet meer kunnen eten en

slapen. Ook haar moeder, grootmoeder en oudste zus leden aan ernstige depressies en schildklierpathologie. Haar ouders bestempelden haar als het lelijke eendje en haar hele leven draaide om de opvoeding van haar 4 kinderen. Haar man, aan de top van een groot bedrijf, reist ondertussen de wereld af, terwijl zij wegwijnt. De huidige depressie ontstond nadat haar jongste zoon aan wie ze zich erg gehecht had, een klein jaar geleden het ouderlijk huis definitief verlaten heeft: ze waren bijna fusioneel-symbiotisch aan elkaar vastgeklonken, de breuk was dan ook bijzonder heftig, zelfs psychotraumatisch. De zoon die al 28 is, heeft nu elk contact met zijn moeder verbroken.

Het is allen onder u bekend, maar nog steeds onvoldoende tot het maatschappelijke bewustzijn doorgedrongen, – mede door het stigma (Catthoor)-: psychiatrische stoornissen zijn hoogprevalent (**PPT3**), en zeer invaliderend, vooral in de leeftijdscategorie 15-45 jaar (oranje balk). Op deze dia (**PPT4**) ziet u uitgezet tegen de leeftijd, de prevalenties van psychiatrische aandoeningen (blauw), dementies (rood) en suïcide/zelfverwonding (grijs).

Sinds haar ontstaan als medische discipline – iets meer dan 200 jaar geleden, in het Parijs van de nasleep van de Franse revolutie (**PPT5**). – u ziet hier “het bevrijden van de krankzinnigen van hun ketenen” door dr. Pinel en (**PPT6**) zijn standbeeld voor het Hôpital de la Salpêtrière, heeft de psychiatrie zich meer dan elk ander medisch vakgebied uiteen te zetten met de complexe relatie tussen lichaam en geest, en bij uitbreiding lichaam, geest en context.

In haar zoektocht naar het begrijpen van psychopathologie heeft zij hiervoor een aantal modellen ontworpen. Ik zal in dit afscheidscollege - zonder enige pretentie van exhaustiviteit - enkele van deze modellen die voor mij als clinicus veel betekend hebben, in het licht van de beschreven casussen nader beschouwen; deze keuze en dit verhaal zijn dus tot op zekere hoogte persoonlijk. **PPT7**. Ik noem het systeemtheoretische en de verbijzondering ervan in het biopsychosociale, het fenomenologische-antropologische, het cliëntgerichte-experiëntiële, het humanistische-existentiële en het biomedische/neurobiologische model. Ik poog een synthese en een plaatsbepaling van de klinische psychiatrie.

PPT8. Veelal wordt de scheiding tussen geest en lichaam beschreven als een onoverbrugbare kloof, een *explanatory gap*, door de Duitse arts-fysioloog met Frans klinkende naam Emile

Du Bois-Raymond in 1872 aangeduid met: *“Ignoramus et ignorabimus”*: we weten het niet en we zullen het nooit weten. Zoals door een van de promotoren van mijn proefschrift, de ons dit jaar veel te vroeg ontvallen prof. Frans Zitman in zijn laatste geschrift *“Knijpen in de ziel”* beschreven, ligt dit onoplosbare probleem volgens sommigen aan de basis van een permanente paradigmastrijd en identiteitscrisis in de psychiatrie. Toen het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG) in 2015 de vooruitgang in de geneeskunde in de laatste 45 jaar beschreef, verscheen hierop een commentaar: *“We gaan vooruit, maar waar blijft de psychiatrie?”* Reeds herhaald werd het einde van het specialisme aangekondigd. Door duidelijke inzichten in de geest-lichaamsrelatie te ontberen, zou het specialisme nooit weten op welk been te dansen, is het onderhevig aan steeds wisselende modes, en krijg je naargelang de voorkeuren van je behandelaar voor dezelfde klachten een medicijn, psychotherapie, een relatie-advies, een zen-boeddhistische interventie dan wel een combinatie van meerdere van deze, aangeboden.

PPT9. De systeemtheoretische en biopsychosociale benadering

Terug naar casus 1. Het zal u niet verbazen dat ik in gesprek met Lise, haar vader en oom voorstel om een familietherapie op te starten: een reeks gesprekken met hen en later ook de grootouders van beide kanten, vaders- en moederszijde. Deze familie- of systeemtherapie krijgt een sterk contextuele inslag, refererend naar Ivan Boszormenyi-Nagy (**PPT10**). Tot de uitgangspunten van deze intergenerationele therapie behoren onder meer de zijns- of ontologische loyaliteit (Invisible loyalties, met Geraldine Spark, 1973); deze loyaliteit, veelal onzichtbaar verwijst naar een existentieel verschuldigd zijn van een kind t.a.v. zijn ouders, en naar trouw van elk lid van het systeem verplicht aan zijn positie in het systeem; die loyaliteit ligt op een dieper niveau dan macht. (**PPT11**) Tevens benadrukt Nagy de rechtvaardigheid in balansen tussen geven en nemen in alle relaties binnen het systeem (Between Give and Take, met Barbara Krasner, 1986). Adequaat en verantwoord ouderschap is de kern van menselijk overleven. De therapie zet het systeem aan tot zoeken naar relationeel-ethische oplossingen, de overkoepelende “paraplu” op deze figuur: evenwichten van fairheid, verdraagzaamheid, zorg, vertrouwen en verantwoordelijkheid in zowel horizontale (binnen één generatie) als in verticale (tussen generaties) relaties.

Het is duidelijk dat er bij Lise sprake is van parentificatie: een kind voelt zich vanuit de noden van zijn ouders geroepen om zich te gedragen als een volwassene, ja zelfs als de ouder van zijn ouders. Er vindt een inversie van de generatierollen plaats.

Het uiteindelijke criterium of deze parentificatie al dan niet schadelijk zal zijn voor dit kind ligt in de erkenning: wordt het kind gezien, gewaardeerd en beloond voor zijn toewijding? Is dit het geval dan verwerft het constructief *entitlement* (verdiensite), indien niet destructief recht.

De therapeut ondersteunt de rouwende vader en oom, samen met de grootouders om deze erkenning te geven aan Lise en haar opnieuw kind te laten zijn: na enkele maanden gaat ze naar de kindergym en functioneert ze goed binnen haar peer-groep en haar school. Vader en oom krijgen veel steun in hun AA-groep. Adequate rouwrituelen helpen bij de verwerking van het verlies van moeder. De grootouders helpen het systeem om nieuwe resources te mobiliseren en de destructieve spiraal om te buigen tot een constructieve. Weer opnieuw vormt deze casus een illustratie van de kracht van het systeem tot herstel en heling.

Ook de Nijmeegse hoogleraar prof. dr. Goos Zwanikken was hier sterk van overtuigd. Alom gewaardeerd psychoanalyticus, propageerde hij een systeemtheoretische benadering van psychopathologie. **PPT12.** Een boekje waarin dit duidelijk geïllustreerd wordt en dat ik sinds die tijd koester is dat van Adriaan Lit “Integrale psychiatrie” (1992); Zwanikken schreef er het voorwoord in. Ik citeer uit een recensie die ik toen schreef.

PPT13. “Lit verdedigt een constructivistische epistemologie die recht doet aan de vele werkelijkheden waarin de psychiatrie verkeert. Als disciplinaire matrix vormt de Algemene Systeem Theorie (AST) van von Bertalanffy de beste keuze: ze beschrijft mensen als open systemen, hun kenmerken, hun grenzen en hun relaties. Het innerlijk wordt daarbij gedefinieerd als een informatie-verwerkend systeem en als het suprasysteem van het brein.

Het op het AST gebaseerd model omvat in een gelaagde hiërarchie (elk niveau omvat lagere, en wordt gevat door hogere) de volgende systemen: genetische, cellulaire en orgaansystemen, het centrale zenuwstelsel en de zintuigen, de persoon en zijn innerlijk, de persoonlijke relaties (paar, gezin, familie) en de maatschappelijke en levensbeschouwelijke verbanden.” **PPT14.** Deze theorie sluit aan bij een emergentistische opvatting van het *brain-*

mind probleem (tussen het fysicalisme en het idealisme): zoals kleuren emergeren uit golflengtes. **PPT15.** Per systeem kunnen verschillende soorten kennis worden vergaard: o.a. over de normale structuren, functies en relaties, de onderzoeksmethoden, de symptomen en syndromen, en de interventies.

In het multidisciplinaire team waarin ik toen werkte in Nijmegen probeerden we dit bij het opstellen van het behandelplan van elke patiënt praktisch toe te passen.

PPT16. Dit leidde tot dit soort van schema's: niveaus + soorten kennis, (**PPT17**) hier bijvoorbeeld bij Marie, waarin aangeduid werd welke zorgtaken door welke discipline – op dit plaatje onderaan aangeduid - zouden vervuld worden - tot het zogenaamde trechtermodel: En in de klinische praktijk – een gewoonte die ik nog elke dag toepas: bij elke nieuwe patiënt start het eerste gesprek met het uitgebreide systeem (iedereen die de patiënt vergezelt) om geleidelijk aan, stapsgewijs daarna met kleinere subsystemen te werken, en tot slot met de individuele patiënt, waarna lichamelijk + labo- en hersenenonderzoek. Dus van hogere naar lagere subsystemen. **PPT18.** De AST werd later uitgewerkt door Bateson, de (neuro)biologen Maturana en Varela, en de cybernetische gezinstherapeuten, o.a. van de Milanese school. Engels biopsychosociale model zou men als een verbijzondering van dit systeemtheoretische model kunnen opvatten, evenzeer de 3 dimensies omvattend, maar deze in een juxtapositie, zonder hiërarchie naast elkaar plaatsend.

Hoe theoretisch interessant ook, deze modellen hebben maar beperkte ingang gevonden, noch in de psychiatrie, noch in de geneeskunde in het algemeen. Het biopsychosociale model telt wel algemeen als achtergrondfiguur, maar het heeft m.i. onvoldoende blijvende en voortschrijdende dynamiek van vernieuwing en verdieping in praktijk en research voortgebracht. Hiervoor zijn vele redenen: ik noem: weinig duidelijkheid hoe men de interacties tussen de verschillende niveaus moet expliciteren en valideren, noch op welke gronden men welke prioriteiten moet stellen bij de keuze van de kennisgaring en van de interventies. Daarnaast bleek – ook in ons team – het in de praktijk een heel tijdrovende bezigheid te zijn (patiëntenbesprekingen van soms tot 3u per patiënt).

PPT19. De fenomenologisch-antropologische benadering

U zal gemerkt hebben dat in het integrale psychiatriemodel, het niveau van de persoon het centrale niveau vormt (PERSOON wordt dan ook in hoofdletters geschreven). De studie van de individuele verschijnselen zoals ze zich bij de patiënt/persoon zelf manifesteren en door de onderzoeker kunnen worden nagegaan, staat centraal in het fenomenologisch-antropologische model. Daar is onlosmakelijk de naam van de psychiater en filosoof Karl Jaspers aan verbonden.

PPT20. Hij definieert de fenomenologie als de leer der subjectieve verschijnselen van het zieke zielenleven: zo nauwkeurig als mogelijk – in Proustiaanse nuances - omschrijven wat de zieke subjectief beleeft nadat de onderzoeker door “invoeling” zich deze verschijnselen zo zuiver mogelijk voor de geest heeft gesteld. Het betreft 3 soorten van fenomenen:

- 1) door ons allen in het eigen leven gekend;
- 2) vergrotingen, verminderingen of vermengingen van zelf beleefde fenomenen; (die zich vooral lenen tot dimensionale diagnostiek)
- 3) en voor de bepaling van psychopathologie van groot belang: Fenomenen waarbij het totaal mislukt om hen zich begrijpend voor de geest te stellen; (die zich vooral lenen tot categorale diagnostiek)

Men zocht naar innerlijke wezenssamenhangen (de “*Wesensschau*” van Husserl, stichter van de fenomenologie), d.i. de ontologische samenhang tussen biologische en geestelijk-psychische symptomen. In Binswangers “*Daseinsanalyse*” is het filosofisch fundament Heideggers *in-der-Welt Sein*. Het kernthema is de relatie tussen mens en wereld: mens en wereld vormen een onscheidbare eenheid, zij zijn op elkaar aangelegd. Zijnde ontwerpen wij de wereld. De “subject-objectsplitsing” wordt beschouwd als de kanker van alle psychologie.

In mijn Lovenjoelse opleidingstijd waren de fenomenologie en de fenomenologische antropologie prominent aanwezig. Er was een levendige gedachtewisseling tussen de filosofen en de klinisch psychiaters. Laat me zeer kort twee voorbeelden geven: stemming en waan

PPT21. Zo vatte prof. Buyse de fenomenologische analyse van de depressieve stemming samen in de 4-ons: onverschilligheid en onmacht bepalen de verhouding ik-wereld; onnuttigheid (pensioneringsgevoel) en onwaardigheid de verhouding ik-zelf. Depressie is een generalisatie van de 4 on’s. Deze descriptieve fenomenologische analyses werden van

groot belang geacht voor het begrijpen van de depressie van binnenuit, van haar *eidos* of wezen.

Van Jaspers erfden wij betreffende de psychose de belangstelling voor de *Wahnstimmung*. De waan brengt een zekere rust, volgend op een min of meer lange periode van “diffuse waanstemming”, waarin de vanzelfsprekendheid van de wereld en van mij in deze wereld verloren gaat: de wereld verliest zijn vertrouwdheid en wordt vreemd, aliënerend, onduidelijk en onzeker. De waan is dus niet het belangrijkste van het wanen. Evenzeer is het klassieke klinische criterium van de “oncorrigeerbaarheid” fenomenologisch vrijwel waardeloos. Veel belangrijker dan de waan is hoe de patiënt in de wereld staat: in een volkomen eigen geïsoleerde wereld of in een wereld die dicht bij de onze ligt. **PPT22**. Zoals prachtig beschreven door Maria Vasalis, een van mijn lievelingsdichters, een oeuvre van max. 180 bladzijden, met alle prijzen en lauweren getooid, en quasi nooit op radio of TV geweest, in haar gedicht “Psychose”.

*Ook zonder oorlog, honger of discriminatie
genoodzaakt om te bedelen, onvrij te zijn,
bevoegd te worden, krom te lopen van de angst, de pijn.
Om 't allerlaatst het allerkleinste plaatsje in te nemen
niet ópziend, hopen niet gezien te worden.
Antwoorden, als 't moet, met een heel zachte stem.
Zelfs door vernederingen nog te veel geëerd, te zeer aanwezig
en 's avonds in het park in de verwarde mist
met tenen in de schoenen opgetrokken, voeten naar elkaar gekeerd
te wachten - er verandert niets, geen hulp kan komen -
buiten 't bereik van de zo moederlijke bomen
te wachten tot de vreselijke vogel binnenin de schaal verbreekt
en uitkomt. En dan twee te zijn: de vreselijke vogel
de lege schaal - zonder verband, alleen een samengaan.*

PPT23. *Dan leeg, onwezenlijk maar zeer behoeftig iedereen
die maar een vinger uitsteekt vast te pakken, te omhelzen
tot op het bot glimlachend, springend van
wanhoop tot wanhoop als Eliza op de schotsen.*

*Zelfs Jezus niet - die door zijn vader was verlaten, god,
aan 't kruis en zo bescheiden klaagde toen hij hing
heeft deze eenzaamheid gekend, deze verbijstering.*

PPT24. Ik had toen het voorrecht jarenlang het seminarie over psychose van prof. De Waelhens te mogen meemaken, reeds bij leven de Kant van Leuven genoemd omdat hij elke voormiddag zoals Kant in Königsberg een wandeling in het stadspark maakte; hij verzorgde elke zaterdag tussen 11u en 13u een seminarie in Lovenjoel, dat bestond uit een gesprek van één tot anderhalf uur met een acut psychotische patiënt, dat hij daarna becommentarieerde. De neerslag van zijn analytische en existentiële analyse van de psychose is weer te vinden in een klassieker, getiteld La Psychose.

De Waelhens stelde zich niet tevreden met de beschrijving van Binswanger die zich volgens hem beperkte tot “eenvoudige descriptieve existentiële analyse van de psychose”. Zijn ambitie lag hoger: *“mettre en évidence, comprendre “le sens global et la structure significative de la psychose”, ...”la structure des modifications intervenues dans les rapports (du patient) à lui-même, à autrui et au monde.”* Dit begrijpen wil ten dienste staan van een filosofische antropologie. *“Qu'est-ce que la folie et que signifie-t-elle pour et dans le destin humain? Comment et pourquoi s'y introduit-elle?”*

Voor De Waelhens was het overduidelijk dat een klassieke medisch-psychiatrische benadering, - causalistisch of parallelistisch -, - *quelle que soit sa légitimité ou sa fécondité* - hiertoe niets kan bijdragen. Zelfs al zou deze erin slagen om Kraepelins verwachtingen volledig in te lossen en punt per punt de correspondentie tussen het organische en het psychische te realiseren, zou dat aan de situatie niets veranderen, dus niets toevoegen aan het begrijpen van de structuur van de globale zin van de psychose.

PPT25. Ook Moyaert in zijn recent werk: Schizofrenie. Een filosofisch essay over waanzin schrijft niets te verwachten van oorzakelijke verklaringen voor het begrijpen van waanzin. Ook hij vraagt zich af wat waanzin is. Waaruit bestaat zijn lijden en hoe antwoordt hij op wat hem doet lijden (Jan)? We moeten schizofrenie niet zozeer opvatten als een defect, maar vanuit haar eigen kracht begrijpen, vanuit haar vermogen oplossingen te creëren voor haar eigen spanningsveld. Hij decodeert schizofrenie als een antwoord op een specifieke driftproblematiek; deze driften ataqueren zowel de denkprocessen als het lichaam en zijn

organen. Ook Moyaert beschouwt de Wahnstimmung als primair en de wanen en hallucinaties als secundair en essentieel voor de leefbaarheid van de waanzin, en vanuit therapeutisch oogpunt geen te elimineren vijanden, maar bondgenoten.

Deze fenomenologisch-antropologisch-existentiële benadering is voor vele psychiaters, inclusief mijzelf, bijzonder aantrekkelijk, invoelbaar, en inspirerend geweest en dat blijft ze, er is zelfs her en der sprake van een revival; en ook ik meen dat er nog veel onontgonnen terrein is. Toch blijft men ook achter met de vaststelling dat haar impact op de klinische realiteit, zowel diagnostisch als vooral therapeutisch beperkt is geweest. Ze heeft wel een tegenwicht gevormd en kan ons verder behoeden voor éénzijdige, causalistische neurobiologische verklaringen die onterecht pretenderen de complexiteit van de psychopathologie te kunnen reduceren tot een simplistische mechaniek, à la “De mens als speelgoed” (van den Hoofdakker). Aan de andere kant lijkt een absoluut en radicaal onderscheid tussen verstaan en verklaren evenmin wenselijk; de fenomenologie dreigt dan door de fysicalisten in één adem genoemd te worden met de antipsychiatrie, die vergeten was dat mensen over hersenen beschikken: *a brainless psychiatry*. Dit stelt ons voor een in wezen epistemologisch probleem, refererend naar de verhouding tussen het *explanans* en het *explanandum*: hoe deze verschillende vormen van kennis samenbrengen? Zeker de clinicus heeft nood aan een dialoog en een kader zoals het systeemtheoretische waarin hij diverse benaderingen samen kan denken om tot klinisch valide oordelen te komen. Met de exponentieel toenemende kennis in de neurowetenschappen wordt deze nood alleen maar groter; ik zal daarvan straks een aantal voorbeelden geven. Zo hebben neurobiologische verklaringen en interventies invloed op de fenomenen, en kan een fenomenologische analyse het neurobiologisch onderzoek van nieuwe brandstof voorzien.

PPT26. De cliëntgerichte-experiëntiële benadering

Ook de fenomenologie heeft zich beziggehouden met de analyse van de ontmoeting. Binswanger beschouwde liefde als de centrale existentieel en de psychiater Jan Hendrik van den Berg, auteur van o.m. de *metabletica* heeft er uitgebreide studies aan gewijd. Ook ik werd hier sterk door geboeid en zo gebeurde het dat ik in de nabespreking aan prof. De Waelhens eens vroeg hoe hij dacht over het contact tussen hem en de patiënte die hij die dag had geïnterviewd en hoe beiden dit volgens hem ervaren hadden; de vraag leek hem

enigszins te verrassen: hij leek meer gefocust op de inhoud dan op de relationele modus.

PPT27. Het begrip “contact” vond ik wel ten overvloede weer in mijn *client-centered* en experiëntiële opleiding bij Rogers, Gendlin e.a., en met name in het streven naar een “empathisch contact”.

Ik paraphraseer Rogers: “voor een constructieve persoonlijkheidsverandering zijn over een bepaalde duur nodig: congruentie: de therapeut is in de relatie vrijelijk en diepelijk zichzelf; onvoorwaardelijke positieve aanvaarding en empathie. En dan de daverende slotzin van Rogers: “*No other conditions are necessary*”. **PPT28.** Ik kan samen met de dichter Kopland, alias de hoogleraar biologische psychiatrie van den Hoofdakker, in zijn boek “Twee ambachten” zeggen dat deze zinnen in al hun eenvoud voor mij veel betekend hebben als clinicus, opleider en onderzoeker.

PPT29. Empathie is een complex concept, volgens Vanaerschot, Nicolai en Hebbrecht het geheime wapen van psychiaters en psychotherapeuten (2015). Ook mij heeft de kracht van dit wapen telkens weer verbaasd. De ware ontmoeting tussen twee vreemden. Hoe kunnen wij elkaar echt, wezenlijk, in de diepte der dingen en in de naaktheid van het bestaan ontmoeten? Hoe treden wij in mekaars binnenwereld binnen? Hoe ontplooit en groeit echt, werkelijk menselijk contact met iemand die diep somber (Marie), erg angstig, psychotisch, autistisch of verward is (Jan)? Hoe werkelijk vrije ruimte creëren, waarin de ander in, dus naar buiten (zichzelf) kan treden? Hoe te zijn ten aanzien van de mysterieuze zwakte van het menselijk gelaat (Sartre)? Het ligt in een blik, een handbeweging, in enkele woorden, in toewending of afwending van het lichaam; het vraagt de juiste afstand, de juiste stiltes, de juiste mate van toenadering: en wat bepaalt wat juist is in deze? “*Sense and sensibility*” zou Jane Austen zeggen, prudente genegenheid, gedisciplineerde menselijkheid. Het zit in kleine hoekjes: soms is contact leggen als een vuurtje aanmaken met vochtig hout, een halve lucifer en een beetje hete adem. Soms is het wat chocolademelk opwarmen. Het is ook geduld hebben, wachten, niet-weten, verdragen en niet-weten verdragen. Het is vooral ook bij jezelf angst overwinnen, vrees voor de waanzin, voor het onredelijke en oeverloze van de psychische pijn en het psychisch lijden. Om psychiater te worden moet je de brug van de waanzin over, om de ander van zijn angst af te helpen, moet je door je eigen angst gaan – daarvoor deinen nogal wat medische studenten terug-; dit lijkt een immense opdracht maar al doende leer je dat dit erg meevalt, je herkent immers de ander, en ook de waanzin in

jezelf: “*Car Je est un autre*” (Rimbaud). Over de brug wacht niet een kille, gekke maar veelal een warme wereld, vol van zin en betekenis, de poëzie van een verhaal, rijkgeschakeerde glooiende weiden, andere horizonten, soms van een ontroerende schoonheid.

PPT30. De humanistische-existentiële benadering

Het vorige is een pleidooi voor een existentiële of humanistische psychiatrie. Met existentiële dimensie wordt hier niet een 4^{de} dimensie bedoeld naast de biologische, psychologische en sociale, maar tevens refererend naar de relationele ethiek van Nagy, de dimensie die de vraag naar zin expliciet aan de orde stelt. **PPT31.** Volgens de hoogleraar biologische psychiatrie Herman Van Praag, zelf gepromoveerd bij H.C. Rümke en promotor van mijn Leuvense supervisor wijlen dr. Hugo De Cuyper, en voor wie ikzelf als promotor mocht optreden wanneer de UA hem in 2004 een eredoctoraat uitreikte, lijdt de psychiatrie aan zindeficiëntie. Ik citeer: “In de vorige eeuw heeft de psychiatrie zich meer en meer gericht op de waaromvraag. Welke factoren zijn er verantwoordelijk voor dat een mens een geïntegreerd bestaan leidt, c.q. geestelijk decompenseert of desintegreert? Buitengewoon belangrijke vragen.

Het is echter ten koste gegaan van interesse voor de waartoevraag. Waarvoor leeft een mens, wat ziet hij als de zin van zijn bestaan? Wat zijn de consequenties van zinverlies en zintekort? Vragen die niet minder belangrijk zijn dan de waaromvraag; De waartoevraag is door de psychiater genegeerd. De menselijke conditie in zijn volle omvang dient zijn aandacht te hebben.”

PPT32. Deze existentiële dimensie staat centraal in het werk van dr. Eneman. In een artikel dat ik samen met hem mocht schrijven, getiteld: “*Il faut imaginer Sisyphe heureux*” wordt gesteld dat de psychiatrie strikt genomen in feite niets te zeggen heeft over wat nu precies de zin en de betekenis van het menselijk bestaan zouden kunnen zijn, noch in het algemeen, noch wat betreft de invulling daarvan door elke mens afzonderlijk. Dat is niet het object van de psychiatrie. Psychiatrie is geen waardenleer, noch een metafysisch stelsel. Het antwoord op de vraag wat de zin en de betekenis van het leven voor iemand kan zijn, is bij uitstek hoogstpersoonlijk, zo is ook de aard van het psychisch lijden. We sluiten hiermee aan bij het éénpersoonsperspectief van de herstelbeweging. Zo zal Jan tijdens behandeling deze

zinsvervulling vinden in het ontplooiën van zijn creatieve talenten in een kunstenaatier, en Marie in een voorzichtig engagement in een nieuw en helend contact met haar jongste zoon.

PPT33. De ethische opdracht volgens Emmanuel Levinas

In het diepste lijden blijft de ontmoeting tussen hulpvrager en hulpverlener een zoektocht van twee mensen naar zin en betekenis. Dit door een samen onderweg gaan: niet *le chemin* maar *le cheminement*, niet *l'espoir* maar *l'espérance*, de *homo viator*, *deux compagnons de route*. Hierbij mag echter nooit vergeten worden dat deze relatie wezenlijk asymmetrisch is. De één doet een appel op de ander. In "Totalité et infini" beschrijft de Frans-Joodse filosoof Emmanuel Levinas op indringende wijze hoe de ander en met name zijn gelaat, mijn wereld onvermijdelijk en onomkeerbaar, zonder bemiddeling, definitief binnentreedt en ik vanaf dat punt aan hem schatplichtig word. De ander manifesteert zich als een gelaat dat spreekt. Dit appel vestigt een verantwoordelijkheid in het kwadraat. Het plaatst mij onvermijdbaar voor mijn plicht: "*L'homme couché n'a que des droits, et moi je n'ai que des devoirs*".

In die ontmoeting vindt de ware transcendentie plaats: er ontstaat iets wat ons overstijgt en verwijst naar datgene wat ontsnapt, naar een hogere dimensie in wat wij (kunnen) zijn, en wat de basis en inspiratie vormt van hoe wij ons positioneren t.a.v. leven en sterven, erotiek en dood, taal en cultuur, en betekenis en zin.

PPT34. De neurobiologische – biomedische benadering

Interacties tussen systeemniveaus, in het bijzonder de neurobiologische onderbouwing van psychische (dis)functies.

Terug naar de persoon van de patiënt en de symptomen waar hij last van heeft: hoe niveaus van begrijpen met elkaar laten interacteren? Op de afdeling psychiatrie van het Radboud ziekenhuis Nijmegen werd ik mede door de interesses en het enthousiasme van de collegae Van Hoof en Hulstijn, sterk geboeid door het verschijnsel van de psychomotorische vertraging. **PPT35.** We bevonden ons midden in de opkomst van de *evidence based psychiatry* van het einde van de tachtiger en het begin van de negentiger jaren. Hoe kwam het dat met name ernstig depressieve patiënten zoals Marie (casus 3) vertraagd waren in gang, mimiek, spraak, grove en fijne motoriek en denken, en dat deze vertraging verminderde als de depressie opklaarde? Dankzij de methodiek van registratie en analyse

van schrijfbewegingen, aan het NICI (Nijmegen Institute for Cognition and Information) ontwikkeld, verdiepten we ons meer en meer in meetmethoden, de veranderingen die optraden tijdens en na behandeling, de relatie tussen vertraging en stemming, en bij veroudering, en de onderliggende motorische en cognitieve processen; u hoort het al in het woord onderliggend: het niveau onder dat van de klinische beschrijvende psychopathologie, dat van de cognitieve en affectieve neurowetenschappen. Hiermee werd ook toegang gecreëerd naar de disfuncties op het niveau van de neurale netwerken en neurotransmissie: van klinisch-beschrijvend naar cognitief-motorisch naar neurobiologisch. **PPT36.** Op het beschrijvende niveau nog even dit: ik herinner me levendig de gesprekken die ik hierover mocht voeren met prof. Widlöcher, hoofd van de dienst psychiatrie van het Hôpital de la Salpêtrière in Parijs (Pinel), wereldbekend psychoanalyticus, en lid van mijn doctoraatsjury, waarin hij mij steeds uitdaagde om een betere term te vinden dan *le ralentissement psychomoteur*, een term die zowel het symptoom als het fenomeen zou omvatten van een algeheel tot stilstand komen van het organisme waaruit energie en levenskracht wegvloeien, de tijd verstilt en de ruimte ineenkrimpt, en existentieel het verdwijnen van de horizon van zin en betekenis. Er doken nog termen op als *inhibition*, *retardation*, maar een echt bevredigende overkoepelende term werd nooit gevonden. Het heeft mij in die tijd getroffen dat Widlöcher ook een sterke interesse had in onze empirische metingen van alle vormen van vertraging. Evidence based meten en vergelijken, met name van behandelresultaten, en de neerslag ervan in richtlijnen, heeft het vak – en dat heb ik vanop de eerste rij mogen meemaken- mede alle beperkingen daarvan in acht genomen, aanzienlijk vooruitgeholpen. **PPT37.** Ik ben dus een pleitbezorger van de verwetenschappelijking van het vak, en van de noodzaak aan richtlijnontwikkeling in Vlaanderen om de beruchte *treatment gap* – het feit dat vele werkzame behandelingen onvoldoende in de praktijk worden toegepast – te dichten. **PPT38.** Overigens is deze effectiviteit van psychiatrische behandelingen (blauwe balkje) zoals bij Lise, Jan en Marie, minstens even groot als van somatische (rode balkje): chemotherapie bij borstkanker, medicatie tegen chronisch obstructief longlijden, hypertensie of diabetes.

PPT39. Psychomotoriek blijft een zeer interessant transdiagnostisch concept dat zich goed leent tot kwalitatief maar ook kwantitatief onderzoek. In het CAPRI werden verschillende motorische systemen onderzocht, in diverse neuropsychiatrische ziektebeelden en bij

normale veroudering. **PPT40.** Dat psychomotoriek een interessante en klinisch zeer relevante target is, was ook een overtuiging van wijlen dr. Paul Janssen, met wie ik hierover regelmatig mocht dialogeren. Hij ontwikkelde reeds in de jaren 60 met Haaze een schrijftest om de dosering van antipsychotica zoals haloperidol bij patiënten met psychose, meer accuraat te verrichten – overigens tot op vandaag nog steeds een probleem; en later een stereotypie testapparaat (STA) om stereotypie, dit is het uitvoeren van repetitieve, doelloze motorische acties, beter te meten. Het STA werd in CAPRI verder onderzocht en op punt gesteld. **PPT41.** Docx vatte het *psychomotor syndrome in schizophrenia* samen in deze figuur. **PPT42.** En op dit plaatje (Oveso) ziet u psychomotorische circuits (rood) naast cognitieve (groen) en affectieve (blauw).

Inmiddels was er wereldwijd toenemende belangstelling voor de cognitieve symptomen van schizofrenie, het ziektebeeld waaraan Jan lijdt, omdat vooral deze symptomen de functionele uitkomst van de ziekte bepalen. Sindsdien verrichten wij bij alle patiënten met schizofrenie en bipolaire stoornis een cognitief bilan voor en na een behandeling gericht op cognitieve remediatie. **PPT43.** Deze behandeling is een soort van 4-trapsraket bestaande uit een computertraining van de basale cognitieve functies, een strategietraining, een metacognitieve training en een ziekte-inzichtstraining (zie het proefschrift van L. Van Camp onder begeleiding van de betreurde dr. J. Oldenburg).

PPT44. Het basale schema werd dat van Gottesman & Gould; u herkent de diverse systeemniveaus van het systeemtheoretisch model AST), maar hier veel specifieker uitgewerkt. Met ons onderzoek met focus vooral op het cognitieve en motorische niveau en zijn verbanden met hogere en lagere, sloten we ons aan bij het MATRICS-initiatief (*Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia*), geïnitieerd door het NIMH (US National Institute of Mental Health), de FDA (Food and Drug Administration), de academia en de farmaceutische industrie, op zoek naar een nieuwe generatie van antipsychotica, met name de *cognitive enhancers*. **PPT45.** MATRICS definieerde 7 van elkaar onafhankelijke domeinen die elk onze interesse wegdroegen. **PPT46.** Op deze slide ziet u een viertal verschillende cognitieve circuits (werkgeheugen en executieve functies; mentaliseren en ToM Theory of Mind); angst en emotieregulatie; en im- en compulsiviteit); en **PPT47.** Hier een illustratie van de connectiviteit binnen en tussen deze netwerken. **PPT48.** In ons motoriek en cognitie-onderzoek ontstonden nieuwe

belangstellingsdomeinen met inzet van nieuwe meetmethoden (overzicht doctoraten).

PPT49. Een ook klinisch zeer relevant domein is het onderzoek naar foutdetectie met de registratie van de ERN (*Error Related Negativity*), een in de negentiger jaren ontdekte hersenpotentiaal die optreedt wanneer wij fouten maken. **PPT50.** Zo werd door Houthoofd e.a. vastgesteld dat de ERN *blunted* was bij patiënten met schizofrenie en evenmin verbeterde na 12 weken behandeling met antipsychotica, en door **PPT51.** Van Hecke e.a. dat de activering van de ACC (Anterieure Cingulate Cortex) en de inferieure frontale gebieden bij het maken van fouten duidelijk verminderd was. Van den Bossche deed genetisch onderzoek bij patiënten met schizofrenie en bipolaire stoornis. Wat dit laatste betreft neemt de kennis van genexpressie in het brein sterk toe. **PPT52.** Hier ziet u een unieke *brain mapping* bij patiënten met de ziekte van Parkinson, vrij op het internet te raadplegen – u kan er uren in surfen -, waarin continu genetische, moleculaire, cellulaire netwerkdata worden geüpdatet en gelinkt aan metabole, symptomatische en farmacologische info. Te verwachten valt dat in de komende jaren analoge mappings zullen worden opgesteld voor schizofrenie, stemmings- en angststoornissen.

PPT53. Ook bij verslaving vond een aangepast schema van Gottesman & Gould ingang: ik ontleen dit plaatje aan collega van den Brink (VU Amsterdam). U ziet opnieuw de verschillende niveaus van analyse: genotype, endofenotype, fenotype en sociotype.

Uit al het voorgaande blijkt dat de neurowetenschappelijke kennis onze inzichten in psychische (dis)functies en psychiatrische symptomen meer en meer vergroot. Ik geef nog enkele voorbeelden uit eigen en andermans onderzoek.

PPT54. Brüne bracht de corticale regio's in kaart bij empathie: het zelf pijn voelen (eerste persoon) in het geel; een ander pijn zien lijden (derde persoon) in het blauw en in het groen de overlappende regio's. **PPT55.** Om empathie te kunnen ervaren moet men beschikken over ToM: de capaciteit om zich te verplaatsen in de leefwereld van iemand anders. **PPT56.** Er bestaan belangrijke verbanden tussen ToM deficits en diverse psychotische symptomen. **PPT57.** Dezelfde onderzoeker, Brüne, beschrijft de ontogenie van ToM in verschillende stappen en geeft aan dat in de eerste stap oogvolgbewegingen zeer belangrijk zijn. U zal van mij aannemen dat ogen het venster zijn naar brein en naar geest, de taal van de geest. Perceptie kan worden beschouwd als de eerste stap van cognitie. **PPT58.** Reeds kort na de

geboorte fixeert de baby de ogen van moeder (A), en wanneer deze haar blik verlegt, volgt de baby haar blik (B); samen kijken ze naar, en in een 2^e stap zien ze (C) die mooie gele ballon (*joint attention*); in een volgende stap (D) weten ze van elkaar dat ze hetzelfde zien: *seeing + knowing (shared attention)*; en dan weet het kind (E) dat als het zijn keel openzet, moeder haar portemonnee bovenhaalt om die mooie gele ballon te kopen (ToM); **PPT59**. Wanneer weten we dat het kind over ToM beschikt? Bij het triadische teken, waarbij het kind de blik van moeder stuurt: “Kijk mama”. **PPT60**. Bij schizofrenie zijn stoornissen in de oogvolgbewegingen (SPEM) een van de meest stabiele psychofysiologische markers: stoornissen in *pursuit*, in saccades en in scanning patronen. **PPT61**. Het is zeer waarschijnlijk dat bij de ontwikkeling van deze oogbewegingen spiegelneuronen een cruciale rol spelen.

Een laatste voorbeeld: **PPT62**. Door Hugdahl e.a. werd een activatie aangetoond van een drietal gebieden in de auditieve cortex tijdens auditieve hallucinaties, dus terwijl de patiënt stemmen hoort die voor hem van buitenaf komen. Die gebieden lijken sterk op wat u nu in uw brein activeert terwijl u naar mijn stem luistert. Een merkwaardige vaststelling was dat wanneer men de hallucinerende patiënt vroeg om zijn aandacht te verleggen en te luisteren naar een reële externe stem, er een soort van *shutdown*, een desactivering optrad in dezelfde hersengebieden.

Ook werden toenemend de werkingsmechanismen van psychofarmaca en neuromodulatie met de nieuwe technieken bestudeerd. **PPT63**. Zo zal Jan wellicht met antipsychotica behandeld worden: hier ziet u recent onderzoek door Abi-Dargham dat wijst op het risico dat deze medicijnen het bestaande dopaminerge deficit in de hele cortex kunnen vergroten.

U zal zich afvragen en wat met de kloof? De explanatory gap? Wordt deze middels dit hersenonderzoek gedicht, **PPT64**. Zoals op deze slide geïllustreerd door Meyer-Lindenberg: genen, ionkanalen & neurotransmissie, neurale netwerken, symptomen, structuurveranderingen in het brein, en cognitie?

A minima kan men stellen dat er veel pogingen gebeuren om bruggen te bouwen tussen de verschillende systemische niveaus. Niet alleen zijn de randen van de kloof of van de verschillende kloven beter bepaald, ook hun verschillende breedten en diepten worden duidelijker. Het *Ignoramus et Ignorabimus* is nog moeilijk houdbaar, evenmin al zou de psychiatrie de speelbal zijn van deze kloof. **PPT65**. Ik stel voor om dit te vervangen door

Scimus, sed modice tantum (we weten maar in beperkte mate). Misschien moeten we ook de metafoor van de (on)overbrugbare kloof verlaten en – minder stigmatiserend - eerder spreken van een meanderende stroom met niveauverschillen, watervallen en sluizen, waarin beken en rivieren samenvloeien. **PPT66**. Ik kan mij ook vinden in René Magritte die dit als een surrealistisch probleem opvatte, en meer heil zag in een boomstructuur.

Hoe kunnen we onze inzichten in deze uitbreiden en verdiepen? Misschien kunnen we hierover opnieuw het gesprek aangaan met de filosofen en beroep doen op een welbegrepen metafysica – niet een mysterieuze fysica achter de gekende fysica -, maar bijvoorbeeld in het spoor van Aristoteles zoeken naar de aard en de wijze van verbanden leggen tussen de vele vormen waarin de realiteit zich aandient om deze te integreren tot één realiteit, een zoektocht naar een verbindend principe dat zich over de vele dimensies in de werkelijkheid heen als een Griekse logos ontdekken laat.

De klinische psychiatrie: L'éloge du clinicien

Terug naar onze 3 patiënten en de clinicus practicus. Sinds de beginjaren van de psychiatrie zit deze tegenover deze ene patiënt voor een uitermate complexe en evenzeer boeiende opdracht: Al deze kennis te *stroomlijnen* ten dienste van deze ene persoon. **PPT67**. Laat mij Rümke citeren in zijn nieuwe Studie en voordrachten over psychiatrie (1953): **PPT68**. “Al deze gegevens komen op hem af. Hij moet geleerd hebben deze gegevens op hun waarde te toetsen. Niets eist meer ervaring dan het wegen van de waarde van een verschijnsel.”

Rümke beschikte nog niet over Engels biopsychosociale model, noch over de AST, hij compileert/additioneert, zonder een integratief kader, maar zijn algemene conclusie wil ik niet alleen hernemen, maar met grotere evidentie en validiteit meer stellig ondersteunen: “Het bovengeschetste standpunt heeft de psychiatrie in de laatste eeuw enorm doen vooruitgaan. In het heden is de signatuur van de klinische psychiatrie deze, dat vrijwel alle stromingen, die of uitsluitend aandacht schonken aan het psychische, of uitsluitend aan het somatische, of alleen aan filosofische doorgronding, of voor alles aan de zuivere empirie – of begrijpen geheel buiten de ethiek om, of alleen begrijpen uit afwijkingen in de ethiek –, thans door de clinicus in één stroom worden geleid”. En “ziet men dit alles zo, dan is de klinische psychiatrie het onwrikbaar centrum van de wetenschappelijke psychiatrie”.

“We gaan vooruit, maar waar blijft de psychiatrie?” vroeg de commentator van het NTvG zich af. De klinische psychiatrie beschikt thans over ongelooflijk veel meer kennis en kunde dan waar Rümke ooit kon van dromen. Het vak van de klinische psychiatrie, en bij uitbreiding de hele geneeskunde dienen meer dan ooit doordrongen te worden van de vele aanwezige mogelijkheden om nu en in de toekomst het psychiatrisch lijden van mensen te verlichten en verhelpen.