

Verleden, heden en toekomst in de psychiatrie

Een jubileumsymposium ter gelegenheid van het 21-jarig bestaan van de opleiding psychiatrie.
Door Constance Visser en Gwenny Janssen

Op woensdag 17 maart jongstleden, vond het symposium “*Verleden, heden en toekomst in de psychiatrie*”, ter gelegenheid van het 21-jarig bestaan van de opleiding tot psychiater en tevens het jubileum van A-opleider W. Verhoeven, plaats in de St. Annakapel te Venray. Deze dag werd, zoals eerder te lezen was in de Mentaal van april 2010, o.a. gevierd met voordrachten van acht vooraanstaande Nederlandse hoogleraren psychiatrie. De individuele bijdragen zijn gebundeld in een jubileumuitgave, die zich laat lezen als een beschouwend overzicht van de ontwikkelingen op medisch-wetenschappelijk, maar ook op het maatschappelijk- ideologische terrein van de psychologie en de psychiatrie. Graag bieden wij u hier een inhoudelijke samenvatting van deze bijzondere ‘Dag der Hooggeleerden’.

In een inspirerende eerste voordracht presenteert hoogleraar Marcel Olde Rikkert de volgende ‘levenslessen’ van Atul Gawande (2007): ‘Stel vragen van waarde: Zeur niet! Verander! Houd bij en tel wat er gebeurt, wat er verandert. Schrijf je bevindingen op.’ Dit zijn volgens Olde Rikkert vragen die ons beter maken: beter in opleiden, beter in onderzoeken, beter in diagnostiek en behandeling. Beter in mensen.

In een betoog over ziekte-eenheid binnen de psychiatrie, spoort hoogleraar Willem van Tilburg aan tot herwaardering van de bestaande classificatiesystemen en een pathogenetische hypothesevorming. Het denken van Kraepelin heeft een dominante plaats verworven in de psychiatrie. Moderne classificatiesystemen moeten binnen deze traditie gezien worden, waarbij de systematische groepering van symptomen als ‘springplank’ dient naar het uiteindelijke ideaal van de ziekte-eenheid. Het voorbehoud van Kraepelin en zijn volgelingen over de voorlopigheid van deze ordeningssystemen blijkt in de praktijk echter moeilijk vast te houden. Van Tilburg beargumenteert dat ‘elke terminologie voor concepten toegepast op een chaotisch gebied spoedig meer orde zal suggereren dan er werkelijk bestaat’ en pleit voor terughoudendheid in het gebruik van DSM-classificaties. De aandacht dient verschoven te worden van een puur beschrijvend, naar een meer theoretisch niveau van systematisering, zodat kennis van syndromen vertaald kan worden naar inzichten in de ontstaansgeschiedenis. Intrigerende verschijnselen zoals comorbiditeit, nodigen enerzijds uit tot reflectie en stimuleren anderzijds het onderzoek naar pathogenetische achtergronden.

Hoogleraar Hans Hovens geeft in zijn voordracht “Waar is de hysterie gebleven?” een fraai overzicht van de opkomst en ondergang van de hysterie als psychiatrische probleem. De geschiedenis leert ons dat er tot aan het begin van de 16^e eeuw geen melding werd gemaakt van een syndroom dat hysterie zou kunnen zijn; wel worden symptomen genoemd die omschreven worden als ‘gevoelsaanvallen’ of ‘bezetenheid’ en waarvan gedacht wordt dat zij hun oorsprong hebben in de baarmoeder (“hystera”). Aan het eind van de 19^e eeuw, de beginjaren van de psychoanalyse, zijn het met name Charcot, Janet en Freud die de beeldvorming rondom hysterie definitief markeren. Zo ontwikkelde Freud zijn theorie op basis van het eerdere werk van Charcot en Janet, waarbij oedipale conflicten centraal staan in de ontwikkeling van hysterische symptomen, een mening die ook nu nog door moderne psycho-analytica wordt gedeeld. Over de huidige stand van zaken, zo stelt Hovens, kunnen we echter kort zijn. Paniek- en angstklachten, evenals eetstoornissen, posttraumatische stressstoornis en dissociatieve stoornissen worden niet meer gerekend tot de hysterische klachten.

Wat overblijft zijn elementen in de theatrale, narcistische of borderline persoonlijkheidsstoornissen welke, zo stelt Hovens, echter geen recht doen aan het oorspronkelijke concept van de hysterische persoonlijkheid. Het pleidooi wordt besloten met de conclusie dat het begrip histerie in absolute zin niet van het toneel verdwenen is, maar versplinterd is en schuil gaat onder diverse diagnostische classificaties. Hij pleit voor een herintroductie van de hysterische persoonlijkheidsstructuur, zodat hysterische beelden en reactievormen tijdig herkent en getypeerd kunnen worden.

In “Arts, suïcide, ethiek en opleiding” bespreekt hoogleraar Joost Schudel de overwegingen die ten grondslag zouden moeten liggen aan professioneel handelen in het geval van suïcide of suïcidaal gedrag. Artsen worden op verschillende wijzen geconfronteerd met zelfdoding. Drie belangrijke typen hulpvragen kunnen daarbij onderscheiden worden; preventieve hulp voor een patiënt met suïcidale gedachten of uitingen, hulp ten behoeve van nabestaanden van een patiënt die zich heeft gesuïcideerd en hulp bij zelfdoding, waarbij patiënt de arts deelgenoot maakt van zijn voornemen zich te suïcidieren. Met name dit laatste vraagstuk roept op tot een meer fundamentele en ethische discussie. Relevant zijn daarbij de (persoonlijke) attitudevorming en het vóórkomen van suïcidale problematiek in Nederland. Alvorens deel te kunnen nemen aan de discussie rondom de morele aanvaardbaarheid van gedwongen interventies enerzijds en hulp bij zelfdoding anderzijds zouden artsen, bij zichzelf na dienen te gaan in hoeverre zij ‘belast’ zijn met vooroordelen ten aanzien van de zelfgekozen dood. Suïcidaal gedrag werd, binnen de tradities van de vroeg-christelijke geloofsleer, als afwijkend en daarmee als gestoord gedrag beschouwd. Overblijfselen van deze moralistische visie zijn tot op de dag van vandaag zichtbaar in onze Westerse samenleving en beïnvloeden ook de meningsvorming van professionele hulpverleners. Schudel voorziet voorts problemen in de praktische toepassing van de door de KNMG geformuleerde gedragscode ten aanzien van de problematiek rondom zelfdoding, waarbij “suïcidegedachten opgevat dienen te worden als tekenen van achterliggende problematiek” en “hulp is geboden bij het verhelpen van die problematiek, en met bij het ten uitvoer brengen van de wens tot zelfdoding”. Samenvattend impliceert dit dat de arts in alle gevallen primair diagnostisch moet optreden. Wanneer de oordeelsvorming verstoord dan wel beïnvloed wordt geacht, dient hij aan te dringen op behandeling, ondanks de dringende contraire wens van de patiënt. Wanneer de wilsbekwaamheid of autonome oordeelsvorming echter niet is aangetast kan, op medisch-psychiatrische gronden de wens van de patiënt niet worden genegeerd. Schudel schetst op heldere wijze een beeld van de medisch-ethische vraagstukken die bestaan rondom zelfdoding en besluit zijn betoog met de overweging dat een goede medische beroepsuitoefening gebaat is bij een adequate, overkoepelende en persoonlijke analyse van deze problematiek.

De hoogleraar psychiatrie Jim van Os geeft in zijn lezing een gedegen oriëntatie op de huidige stand van kennis met betrekking tot de ziekte schizofrenie, en schetst een ontwikkelingsgang die vanaf heden moet worden gekozen. Schizofrenie is na 100 jaar nog steeds één van de meest raadselachtige ziekten; schizofrenie brengt zeer veel persoonlijk lijden met zich mee en de maatschappelijke kosten ervan zijn groot. Voor wat betreft de huidige stand van de kennis vermeldt van Os dat de ziekte begint in de adolescentie en in de vroege volwassenheid, dat de ziekte in verschillende streken en bevolkingsgroepen wisselend voorkomt en dat er variatie is in symptomen, verloop en behandeling. Er is voorts sprake van erfelijke kwetsbaarheid die gedeeld wordt met kwetsbaarheid voor bipolaire stoornissen. Recent is er ook een samenhang met ontwikkelingsstoornissen als autisme vastgesteld. Er zijn veranderingen in de hersenstructuur waargenomen en ook in dopamine overdracht. De veranderingen in dopamine overdracht in de hersenen hangen samen met het voorkomen van hallucinaties en wanen. De farmacologische behandeling bestaat met name uit het blokkeren van het dopamine systeem om hallucinaties en wanen te onderdrukken. Maar voor de cognitieve en motivationele stoornissen die de ziekte met zich meebrengt zijn deze middelen niet effectief. Psychologische behandeling en sociaal maatschappelijke begeleiding gevoegd bij de antipsychotische medicatie is nodig om het sociaal functioneren van de patiënt te ondersteunen en verbeteren. De beschikbaarheid van deze behandelvormen is echter beperkt. Van Os schetst een samenvattend model van de ziekte schizofrenie en de psychotische stoornissen, waarin de samenhang tussen erfelijkheid, aanleg en milieufactoren wordt weergegeven.

In de nabije toekomst moeten behandelvormen worden ontwikkeld gericht op neurobiologische kwetsbaarheid die in wisselwerking staan met omgevingsomstandigheden (als cannabisgebruik en migratie).

In zijn lezing “Wat neuroimaging de psychiatrie nog verder kan bieden” geeft de Utrechtse hoogleraar René Kahn een overzicht van het onderzoek naar subtiele afwijkingen in totaal hersenvolume bij gezonde familieleden van schizofreniepatiënten. De hersenen van schizofreniepatiënten zijn kleiner dan gemiddeld, hetgeen vooral zichtbaar is in het verminderde volume van de amygdala en de hippocampus. Bovendien neemt het volume van het brein bij schizofreniepatiënten sneller af dan gemiddeld. De exacte aard van deze subtiele veranderingen zijn echter nog onbekend. Mogelijk spelen zowel omgevings- (ziektegerelateerde) als genetische factoren een belangrijke rol. Het is bekend dat schizofrenie voor ongeveer zeventig procent erfelijk bepaald is. Onderzoek naar afwijkingen in hersenvolumes van familieleden van schizofreniepatiënten kan ten minste ten dele antwoord geven op de vraag in hoeverre hersenveranderingen te maken hebben met de ontwikkeling van schizofrenie. Literatuuronderzoek resulteerde in vijftienvintig relevante publicaties uit de periode tot en met juli 2005 met een totaal van 679 schizofreniepatiënten, 1065 onafhankelijk familieleden van patiënten, en 1100 gezonde controles. Studies moesten directe familieleden van schizofreniepatiënten met een gezonde controlegroep vergelijken, over voldoende MRI data beschikken zodat effect groottes adequaat bepaald konden worden en tot slot gepubliceerd zijn in de Engelse taal. Resultaten duiden op verschillen in het totaal hersenvolume van directe familieleden van patiënten met schizofrenie in vergelijking met die van de gezonde controle groep. Het volume van de hippocampus, het globale grijzestof volume en de lateraal ventrikelvolume zijn bij familieleden beduidend kleiner te noemen. Dit suggereert dat genetische factoren een belangrijke rol spelen in het risico om schizofrenie te ontwikkelen en dat dit gerelateerd is aan subtiele hersenafwijkingen. Verschillen in hersenvolume kunnen daarmee gedateerd worden voor het ontstaan van de stoornis. Ondanks een aantal kanttekeningen die geplaatst kunnen worden ten aanzien van de invloed van omgevingsfactoren en een breder patroon van abnormaliteiten in het brein, concludeert professor Kahn dat de afname in hersenvolume te maken heeft met schizofrenie verschijnselen en dat zowel genetische als omgevingsfactoren daarbij een belangrijke rol spelen. Echter, de exacte bijdrage van deze componenten afzonderlijk is vooralsnog onbekend.

Hoogleraar Rutger-Jan van der Gaag beschrijft in zijn voordracht op zeer heldere wijze de veranderende ‘kijk op’ en ‘denken over’ ontwikkelingspathologie en de snelle ontwikkelingen in het vakgebied van de kinder- en jeugdpsychiatrie. Ontwikkeling wordt omschreven als een transactioneel proces dat zich in een voortdurende wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving voltrekt. De omgeving is van grote invloed op de wijze waarop het kind zich ontwikkelt. De rol van het kind moet echter niet worden onderschat; een kind beïnvloedt door zijn/haar reacties in belangrijke mate de omgeving. Ook de plasticiteit van veel regulatiesystemen in onze hersenen biedt bescherming en veerkracht bij biologische en psychosociale pech. Dankzij snelle groei van kennis op wetenschapsgebieden als genetica en neuro-imaging, neemt het inzicht in transactionele aspecten van ontwikkeling blijvend toe. Deze verdiepte inzichten hebben invloed op het denken over en bevatten van ontwikkelingspsychopathologie. De kinder- en jeugdpsychiatrie heeft de afgelopen 10 jaar een waardevolle plaats in genomen in het krachtenveld van jeugdhulpverlening, justitie en scholen. Tot slot benadrukt van der Gaag dat de kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland geen apart medisch specialisme is; de kinder- en jeugdpsychiater is een psychiater die een interne aantekening van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie met goed gevolg heeft behaald. Kennis en ervaring met volwassenen met psychiatrische stoornissen is van groot belang om een goede kijk te hebben op ontwikkelingspsychopathologie.

Hoogleraar Gerrit Glas houdt een voordracht met als titel: ‘Zenuw of ziel? Over het ziektebegrip in de psychiatrie’. In een fijnzinnig gedetailleerd filosofisch betoog analyseert Glas de vooronderstellingen die bij het spreken over psychiatrische ziekten en bij psychiatrische diagnostiek een rol spelen. Onder het kopje visies op diagnosticeren bespreekt hij de volgende dilemma’s: Dynamisch proces of toestand? Continuüm of discrete entiteit; dimensie of categorie?

Causaal of descriptief; nosologisch of statistisch? Erklären of Verstehen? Meervoudige causaliteit of primair biologische veroorzaking; systeem of orgaan? Nominalisme of realisme? De volgende onderwerpen die hij behandelt zijn: het classificeren, de taxonomie en het ziektebegrip. Beschreven worden de volgende opvattingen van ziekte. Ziekte als subjectief lijden; ziekte als klacht. Ziekte is dat wat artsen behandelen. Ziekte als laesie. Ziekte als gebrekkige adaptatie. Ziekte als uiterste op een continuüm.

Ziekte als afwijking van een statistische norm. Ziekte als biologisch nadeel. Ziekte als vervormde prescriptie. Besproken wordt voorts het ziektebegrip in de DSM. Wij citeren de auteur (p. 128): “Ook de DSM doet afstand van een definitie van ziekte die zich baseert op oorzaken c.q. de pathogenese. Wat als ziekte of stoornis telt, wordt bepaald door de consequenties: onwelbevinden, beperking en nadeel (...) de notie dysfunctie speelt de facto geen rol in de afgrenzing tussen ziek en gezond. De uitsluiting van ‘te verwachten en cultureel gesanctioneerde’ reacties voegt bovendien een fikse scheut pragmatisme aan de definitie toe.” Ziekte is echter ook te typeren als een ‘schadelijke dysfunctie’; om van ziekte te kunnen spreken moet er een dysfunctie bestaan die leidt tot schade. Het begrip dysfunctie, zo toont de spreker aan, blijkt in de psychiatrie geen ‘puur feitelijk wetenschappelijk concept’ te kunnen zijn doch, moet worden opgevat als een contextgebonden begrip, dat naast biologische, neurofysiologische en mentale aspecten juist ook betrekking heeft op de aard van de verwevenheid van het subject met zijn omgeving. Glas pleit tenslotte voor een ziektebegrip gebaseerd op een plurale opvatting van dysfunctie, ontregeling, in welke benadering ontregelingen op diverse niveau’s (neurofysiologisch, mentaal, personaal) aan elkaar worden gerelateerd, en de in het voorgaande genoemde dilemma’s met betrekking tot het ziektebegrip op pragmatische wijze worden gehanteerd.

Emeritus hoogleraar Herman van Praag houdt een lezing met als titel ‘Descartes gelijk. Over de relatieve autonomie van de ziel’. In een boeiend, zowel theoretisch als op de praktijk van het psychiatrisch handelen gericht betoog beargumenteert hij, dat het biologisch monisme in de psychiatrie, de opvatting dat het uitsluitend om hersenfuncties draait, een verkeerd uitgangspunt is, en dat dit uitgangspunt een verarming voor het psychiatrisch denken en handelen betekent. Het dualisme van Descartes, i.c. lichaam en psyche zijn wezenlijk onderscheiden zaken, blijft daarentegen een noodzakelijk en vruchtbaar uitgangspunt voor de psychiatrie, in de zin dat hiermee de nadruk wordt gelegd op de volledig eigen aard van de psyche. Hersenen vormen de instrumentele voorwaarde voor psychisch leven. Psychisch leven beantwoordt aan een eigen wetmatigheid en dynamiek. Hersenen en psychen beïnvloeden elkaar wederkerig. Reductie van psychisch leven tot hersenfuncties houdt een ernstige, noodlottige inperking van het object van de psychiatrie in. Hoe het psychisch leven als een eigen dimensie van het bestaan mogelijk is rekent de spreker tot de kernmysterieën van het bestaan.

Ter gelegenheid van de volwassenwording van de “Venrayse opleiding” lieten acht Nederlandse hoogleraren psychiatrie hun gedachten over het verleden, het heden en de toekomst van de psychiatrie de vrije loop. Hun bijdragen zetten aan tot reflectie op het object van de psychiatrie, op de beroepsuitoefening ervan en op dat wat er komen gaat. Het verleden heeft de hedendaagse psychiatrie ertoe gebracht om te denken in ziekte eenheden vanuit een descriptief perspectief. De toekomst noopt ons tot meer theoriegestuurd onderzoek en herwaardering van de traditionele diagnostische opvattingen.