

# 1

## Psychopathologie<sup>1</sup>

*Michiel Hengeveld en Frank Koerselman*

- 1 Inleiding
  - 1.1 Wat zijn psychiatrische ziekten?
  - 1.2 Psychische functies
- 2 Anamnese en onderzoek
- 3 Diagnose en classificatie
- 4 Epidemiologie
- 5 Etiopathogenese
- 6 Gevolgen
- 7 Behandeling
- 8 Psychiatrie: een medisch specialisme

---

<sup>1</sup> Dit hoofdstuk is voor een deel gebaseerd op een tekst van prof.dr. Harry G.M. Rooijmans; wij danken hem voor zijn toestemming deze tekst te gebruiken.

- Psychiatrie is het medisch specialisme dat zich bezighoudt met patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs op het gebied van psychiatrische ziekten.
- Psychiatrische en lichamelijke ziekten gaan vaak samen. Deze twee categorieën vertonen veel overeenkomsten in klinische manifestaties, diagnostiek, classificatie, epidemiologie, etiopathogenese en behandeling.
- Een psychiatrische ziekte is een ziekte met psychische symptomen en/of door psychische oorzaken, die gepaard gaat met lijden en/of sociaal disfunctioneren.
- Psychische symptomen zijn een uiting van stoornissen in de psychische functies van de hersenen. De psychische functies betreffen de complexe interactie tussen het individu en diens materiële en sociale omgeving: het zich bewust worden van informatie uit de omgeving, deze waarderen, wegen en toetsen aan eerdere ervaringen, leidend tot automatische spierbewegingen en op de omgeving gerichte handelingen.
- In de Europese filosofische traditie worden de psychische functies in drie hoofdgroepen ingedeeld: cognitieve, affectieve en conatieve functies (*de trias psychica*).
- Voor de diagnostiek is de psychiater, nog meer dan andere medisch specialisten, vooral aangewezen op de anamnese.
- Bij de meeste psychiatrische ziekten is er geen pathologisch-anatomisch of pathofysiologisch ziekteproces bekend en berust de diagnose op het vaststellen van een kenmerkend patroon van klachten en verschijnselen (syndroom).
- Psychiatrische ziekten ontstaan door een complexe interactie van genetische aanleg met neurobiologische en psychologische factoren in de ontwikkeling en de omgeving van de patiënt.
- Psychiatrische ziekten vereisen daarom tegelijkertijd een neurobiologische en een psychologische methode van diagnostiek en behandeling (methodisch dualisme).
- Psychiatrische behandelingen berusten, meer dan behandelingen van lichamelijke ziekten, op de psychologische beïnvloeding van de patiënt als persoon.
- Het subjectieve karakter en het dikwijls ontbreken van een aantoonbare neurobiologische oorzaak van psychiatrische symptomen maakt dat de psychiatrie sterk onderhevig is aan maatschappelijke invloeden.

## 1 Inleiding

Psychiatrie is het medisch specialisme dat zich bezighoudt met patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs op het gebied van psychiatrische ziekten. Voor veel medisch studenten lijkt de psychiatrie een vreemde eend in de medische bijt. Sommige studenten hebben moeite met wat zij noemen de ongrijpbaarheid, vaagheid en subjectiviteit van de psychiatrie. Andere studenten worden juist door het vak gefascineerd. Zij denken diepe inzichten uit de psychiatrie te kunnen putten over de psyche, de samenhang tussen lichaam en geest en soms ook over hun eigen zielenroerselen.

Beide groepen hebben het mis. Psychiatrie is niet zoveel vager dan andere medische specialismen. Hoewel subjectieve elementen een rol spelen in de diagnostiek en behandeling van psychiatrische stoornissen, is het niet zo dat het vak voornamelijk gebaseerd is op de persoonlijke meningen en voorkeuren van psychiaters. De psychiatrie geeft ook geen 'diepe' inzichten in de psyche. Psychiaters zijn in de dagelijkse praktijk meer bezig met de 'oppervlakte', met datgene wat men aan een patiënt kan zien en horen, dan met diepgaande beschouwingen en speculaties over wat er achter en onder psychische klachten zit. Door bestudering van de psychiatrie krijgt men weliswaar meer oog voor de structuur van psychische processen en wat daarin mis kan gaan, maar verwerft men niet automatisch meer zelfkennis.

Toch zijn er over de fundamenteën van de psychiatrie veel interessante vragen te stellen. Wat is psychiatrie eigenlijk? Wat zijn psychiatrische ziekten? Is een psychiatrische ziekte wel vergelijkbaar met een lichamelijke ziekte? Wanneer mogen we in de psychiatrie spreken van ziekten, van stoornissen? Op welke manier vindt de diagnostiek van psychiatrische ziekten plaats? Is het epidemiologisch onderzoek in de psychiatrie wezenlijk anders dan dat in de rest van de geneeskunde? Hoe moet men zich voorstellen dat psychiatrische ziekten ontstaan? Kunnen we begrijpen hoe psychische en lichamelijke factoren daarbij op elkaar inspelen? Hoe komt het dat psychiatrische ziekten vaak zo invaliderend zijn? Werken psychologische behandelingen wezenlijk anders dan psychofarmacologische behandelingen? Over deze en dergelijke vragen op het terrein van de psychiatrische ziekteleer gaan de hoofdstukken in het eerste deel van dit leerboek.

### 1.1 Wat zijn psychiatrische ziekten?

Een psychiatrische ziekte is een ziekte met psychische symptomen en/of door psychische oorzaken, die gepaard gaat met lijden en/of sociaal disfunctioneren. Het 'psychische' van psychiatrische ziekten kan dus slaan op de symptomen of op de oorzaken van de ziekte, of op beide. Psychische symptomen kunnen psychische oorzaken hebben, maar het is evenzeer mogelijk dat zij kunnen worden teruggevoerd op lichamelijke aandoeningen. Dat laatste komt vaker voor dan menigeen denkt; een depressieve stoornis kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van hypothyreoïdie. Omgekeerd kunnen psychische factoren stoornissen veroorzaken die vooral op het lichamelijke vlak liggen, denk bijvoorbeeld aan anorexia nervosa.

Het is dan ook de vraag of men echt onderscheid kan maken tussen psychische en lichamelijke ziekten. Niet de geest of het lichaam zijn immers ziek, maar het individu, de persoon als geheel. Voor het individu hebben alle klachten zowel lichamelijke als psychische aspecten, al kan het accent verschillen. Pijn bijvoorbeeld wordt vooral als lichamenlijk beschreven, maar heeft toch ook alle kenmerken van een psychisch symptoom: zij is volledig subjectief, dat wil zeggen alleen door de patiënt te beleven, en de ernst ervan wordt sterk bepaald door de mate

van aandacht ervoor en door de emotionele betekenis ervan. Angst daarentegen wordt vooral als een psychisch symptoom opgevat, terwijl deze zich kan uiten in veranderingen van bijna alle lichaamsfuncties. Wat pijn en angst gemeen hebben, is dat ze het individu waarschuwen voor mogelijke schade: pijn is immers een signaal van weefselschade en angst een signaal van gevaar.

Kortom, de domeinen van wat we lichamelijk en psychisch noemen zijn niet gemakkelijk te scheiden, zeker niet als het om ziekte gaat. Veel lichamelijke ziekten beginnen en eindigen met psychische malaise, en andersom kan een emotionele stoornis zoals depressie een rol spelen bij het ontstaan van bijvoorbeeld hart- of vaataandoeningen. Veel psychiatrische ziekten leiden tot lichamelijke symptomen: depressieve stoornissen bijvoorbeeld leiden vaak tot moeheid en gewichtsverlies. En een genetische kwetsbaarheid voor tal van lichamelijke ziekten blijkt sterk samen te hangen met die voor psychiatrische ziekten.

Psychiatrie overlapt dus sterk met andere medische specialismen, maar onderscheidt zich daarvan doordat de nadruk ligt op psychische symptomen en psychische oorzaken.

## 1.2 Psychische functies

Psychische symptomen zoals hallucinaties, waandenkbeelden, dwanggedachten of een depressieve stemming zijn een uiting van stoornissen in de psychische functies van de hersenen. In de Europese filosofische traditie worden de psychische functies in drie hoofdgroepen ingedeeld: denken, voelen en willen. De psychiatrie gebruikt voor deze drie psychische hoofdfuncties wel de termen cognitieve, affectieve en conatieve functies (de *trias psychica*). Onder de cognitieve functies verstaan we dan onder andere het bewustzijn, de aandacht, de oriëntatie, de waarneming, het denken en het geheugen. De affectieve functies omvatten de emoties. De psychomotoriek, de motivatie en het gerichte gedrag worden tot de conatieve functies gerekend. Voor een nadere omschrijving van deze psychische functies wordt verwezen naar hoofdstuk 2 en naar bijlage B achterin dit boek.

Al deze functies betreffen de wisselwerking tussen individu en omgeving. De hersenen zijn het orgaan dat, indien wakker, informatie uit de omgeving opneemt (bewustzijn, aandacht, waarneming), deze informatie toetst aan eerdere ervaringen (geheugen) en aan motieven, en de informatie dan direct waardeert (emoties) of eventueel vervolgens weegt (denken). De uitkomst van die al of niet bewuste interpretaties vertaalt zich in automatische spierbewegingen (psychomotoriek) of gericht handelen (gedrag). Dit gedrag is vervolgens weer op de omgeving gericht. Traditioneel noemen we een deel van de informatieverwerkende functies neurologisch (zintuiglijke waarneming, reflexen, sensoriek, bewegingssturing, motoriek). Dit betreft over het algemeen goed lokaliseerbare functies van het centraal zenuwstelsel. De psychische functies zijn complexer, niet op één plaats in de hersenen lokaliseerbaar, maar waarschijnlijk gebonden aan sterk wisselende en plastische neuronale netwerken.

De belangrijkste en uniek menselijke psychische functie is de zelfwaarneming. De mens is zich, in normale waaktoestand, voortdurend bewust van zichzelf, van zijn gedachten en gevoelens, zijn waarnemingen en herinneringen, zijn verlangens en plannen. Het is ongetwijfeld de grootste uitdaging voor de neurowetenschap om het materiële substraat van deze meest complexe psychische functie vast te stellen. Er zijn neurowetenschappers die van mening zijn dat onze hersenen ontoereikend zijn om dit te kunnen.

## 2 Anamnese en onderzoek

Psychiatrische diagnostiek heeft veel gemeen met de diagnostiek in de rest van de geneeskunde, maar legt eigen accenten en heeft ook een wat andere structuur (zie hoofdstuk 2). Evenals in de rest van de geneeskunde gaat het in de kern om het in kaart brengen en verhelderen van klachten en het vaststellen van verschijnselen, en evenzeer als bij de andere medische disciplines vormt de anamnese de hoeksteen. Het belang van de anamnese wordt in andere medische specialismen soms, ten onrechte, aan het zicht onttrokken doordat veelvuldig diagnostische hulpmiddelen worden toegepast. Dat is anders in de psychiatrie. Diagnostische hulpmiddelen, zoals laboratoriumbepalingen, foto's en andere beeldvormende technieken, worden in de psychiatrie vrijwel alleen gebruikt om lichamelijke aandoeningen en oorzaken aan te tonen of uit te sluiten.

Veel mensen die zich met klachten tot de arts hebben gewend kunnen, tot hun opluchting, horen dat zij niets ernstigs mankeren. Ook in de psychiatrie speelt exclusie een rol, maar die benadering is minder dominant. Het komt vrij zelden voor dat een psychiater een patiënt die zich tot hem heeft gewend vertelt dat deze 'niets heeft'. Een patiënt zou zo'n boodschap in het algemeen ook niet in dank afnemen en zich als persoon afgewezen voelen – tenzij de psychiater zorgvuldig uitlegt dat een en ander niet betekent dat hij de klachten niet serieus neemt. De diagnostiek in de andere medische specialismen is vooral gericht op ziekten, 'iets wat je hebt'. Zo gebruikt wordt de ziekte als het ware losgemaakt van de lijder, de zieke. De diagnostiek in de psychiatrie is meer dan in andere specialismen ook gericht op de individuele zieke. In dat opzicht heeft de psychiatrie wel het een en ander gemeen met de huisartsgeneeskunde.

De aard van de psychiatrische symptomen vereist een uitgebreidere anamnese dan gemiddeld genomen in andere medische specialismen het geval is, met relatief veel aandacht voor gedachten, gevoelens en gedragingen van de patiënt. Zulke vragen worden vaak als intiemer beleefd dan vragen en onderzoek naar onaangename lichamelijke sensaties. Het zal duidelijk zijn dat daarom in de psychiatrie hoge eisen worden gesteld aan het contact tussen arts en patiënt. Ten slotte zijn het in kaart brengen en verhelderen van de klachten (anamnese en exploratie) en het vaststellen van afwijkende verschijnselen (observatie en tests) in de psychiatrie sterker met elkaar verweven dan in andere medische specialismen. Terwijl de somatische specialist begint met de anamnese en daarna overgaat op het lichamenlijk onderzoek, doet de psychiater zijn onderzoek terwijl hij de anamnese opneemt.

## 3 Diagnose en classificatie

Net als bij de overige medische specialismen worden de door de patiënt gerapporteerde of bij de patiënt waargenomen symptomen geclusterd tot ziektebeelden. Anders dan bij veel somatische ziektebeelden kunnen voor psychiatrische stoornissen niet altijd specifieke oorzaken worden aangewezen. Zijn psychiatrische stoornissen dan wel ziekten? En zo ja, geldt dat voor alle psychiatrische stoornissen?

Het begrip stoornis verwijst naar het Engelse begrip *disorder*. In het momenteel gangbare psychiatrische classificatiesysteem, de DSM-IV, wordt dat begrip gebruikt om verschillende symptomen in combinatie met beloopkenmerken onder één noemer te brengen (zie hoofdstuk 3). Daarbij gaat het eigenlijk om een 'syndroom', een samenhangend geheel van klachten en

**Tabel 1.1** Verschillende ziektebegrippen

<i>Soort diagnose</i>	<i>Klinisch kenmerk</i>	<i>Bevindingen bij neurowetenschappelijk onderzoek</i>	<i>Voorbeelden in de psychiatrie (globaal ingedeeld)</i>
Ziekte	Anatomische of fysiologische afwijking	Neurobiologische afwijkingen of evidence-based farmacotherapie	Delirium, dementie en andere psychiatrische stoornissen door een somatische aandoening of een middel
Syndroom	Klacht of afwijkend gedrag; patroon van klachten of verschijnselen	Neurobiologische afwijkingen of evidence-based farmacotherapie  Geen neurobiologische afwijkingen aangetoond of evidence-based farmacotherapie	Psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen, angst- en dwangstoornissen, stressstoornissen, stoornissen in het gebruik van middelen, ontwikkelingsstoornissen  Stoornissen met (vooral) lichamelijke klachten, drangstoornissen
Probleemgedrag	Een of meer klachten of sociaal disfunctioneren, vaak niet als ziekte erkend	Geen neurobiologische afwijkingen aangetoond of evidence-based farmacotherapie	Aanpassingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, relatieproblemen, gezinsproblemen, levensfaseproblemen, sociale problemen, rouwreactie

symptomen. De ideale basis voor het combineren van symptomen tot een syndroom vormt kennis van de ontstaansprocessen, van de pathogenese. Als zulke kennis ontoereikend is, groepeer men symptomen op basis van statistische gegevens of eventueel op grond van ervaring. Als men niet alleen het ontstaansproces kent, maar ook weet welke factoren dat proces op gang kunnen brengen, kan men die verbanden samenvatten als ziekte in de zin van een morbus. De term ziekte verwijst dan naar een samenhangend inzicht in de aard van symptomen, in hun onderling verband (syndroom), in de wijze waarop zij ontstaan (pathogenese) en in de factoren die het ziekteproces op gang brengen of onderhouden (etiologie).

De verschijnselen waarop de psychiatrie zich richt zijn zo complex dat maar weinig psychiatrische stoornissen op dit moment de status van 'morbus' halen. De meeste zijn syndromen die op basis van afspraken of van statistisch-epidemiologische gegevens zijn geformuleerd. In de psychiatrie betreft het 'hardste' ziektebegrip pathologisch-anatomische of pathofysiologische diagnoses die de psychische klachten van de patiënt onmiskenbaar kunnen verklaren (zie tabel 1.1). Voorbeelden hiervan zijn het delirium, dementie en andere aandoeningen ten gevolge van een somatische aandoening of een middel. Deze psychiatrische stoornissen voldoen aan de 'nosologische' criteria voor een ziekte in de zin van een 'morbus': er is een pathofysiologisch proces dat leidt tot symptomen, de etiologie is meestal bekend, het beloop volgt een voorspelbaar patroon en er is een rationele, op oorzakelijk inzicht gebaseerde therapie.

De meeste psychiatrische stoornissen zijn echter, zoals gezegd, syndroomdiagnosen. Er is wel een patroon bekend van samenhangende symptomen en hun beloop, maar de oorzaken daarvan zijn nog onvoldoende duidelijk. Voorbeelden hiervan zijn schizofrenie, de depressieve stoornis en ontwikkelingsstoornissen als de aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (afgekort: ADHD). Bij een deel van deze stoornissen worden bij neurobiologisch onderzoek wel afwijkingen gevonden die samenhangen met de stoornis, maar op individueel klinisch niveau hebben deze (nog) geen diagnostische betekenis. Dat er voor sommige van zulke syndromen medicamenteuze behandelingen bestaan waarvan het effect is aangetoond, maakt het aannemelijk dat er wel degelijk een pathogenetische verklaring voor de samenhang van hun symptomen bestaat. Dat draagt min of meer bij aan de 'hardheid' of validiteit van zulke syndroomdiagnosen. Tenslotte is er een groep psychiatrische stoornissen waarbij de diagnose hoofdzakelijk gebaseerd wordt op de aanwezigheid van één kenmerkend symptoom. Vooral bij deze groep aandoeningen hangt het stellen van de diagnose nogal af van de grens die men trekt tussen een pathologisch verschijnsel en een normaal levensprobleem: waar gaat verlegenheid over in sociale fobie en zich zorgen maken over de gezondheid in hypochondrie?

Psychiatrie heeft dus met de andere medische specialismen gemeen dat de diagnose en classificatie van ziektebeelden niet altijd kan worden gebaseerd op een bekende anatomische of fysiologische afwijking. Maar in de psychiatrie is dat vaker het geval dan in de meeste andere medische specialismen.

#### 4 Epidemiologie

De prevalentie van psychiatrische morbiditeit is hoog. Het epidemiologisch onderzoek naar psychiatrische stoornissen is, vanwege de hierboven beschreven kenmerken van de psychiatrische diagnostiek, complexer dan bij lichamelijke ziekten. Toch is men in staat gebleken om op betrouwbare wijze bevolkingsonderzoek te doen, incidentie en prevalentie van psychiatrische aandoeningen te bepalen, risicofactoren te identificeren en het beloop te onderzoeken (zie hoofdstuk 4). De methoden van dit onderzoek zijn niet anders dan die in de andere medische specialismen.

#### 5 Etiopathogenese

Bij sommige lichamelijke ziekten is het mogelijk om één beslissende ziekteoorzaak aan te wijzen. Bij de meeste somatische aandoeningen echter speelt een complex van oorzaken een rol in de etiologie en pathogenese. In de psychiatrie is dat niet anders. Bij oorzaken van psychiatrische stoornissen denkt men meestal intuïtief aan ernstige levensgebeurtenissen. In werkelijkheid ontstaan psychiatrische ziekten door een complexe interactie van dergelijke psychische factoren met erfelijke oorzaken, lichamelijke ziekten en ervaringen, opgedaan in opvoeding en andere sociale situaties (zie hoofdstuk 5).

Dat is de reden waarom men in de geneeskunde graag spreekt van het biopsychosociale model: ziekten worden veroorzaakt door lichamelijke, psychische en sociale factoren en uit zich in disfunctioneren op lichamelijk, psychisch en sociaal terrein. Het voordeel van dit model is dat het medisch specialisten eraan herinnert om deze drie niveaus bij hun handelen te betrekken

en de geneeskunde niet te reduceren tot een reeks biomedische orgaanspecialismen. Er kleven echter ook bezwaren aan het biopsychosociale model. Ten eerste suggereert het gebruik van de term 'bio' waar eigenlijk 'lichamelijk' wordt bedoeld, dat het psychische niet biologisch zou zijn. De biologie heeft echter betrekking op de manier waarop een levend organisme zich aanpast aan de eisen van zijn omgeving, en de mens slaagt daarin vooral zo goed dankzij zijn psychische vermogens. Waarnemen, interpreteren en beleven van de omgeving zijn niet minder biologisch dan de ermee gepaard gaande processen in de hersenen of de endocriene klieren.

Ten tweede geeft het biopsychosociale model geen enkel handvat voor hoe men de interacties tussen de drie niveaus kan begrijpen en hanteren. Sterker nog, lichamelijke, psychische en sociale processen gedragen zich volgens eigen wetmatigheden, waardoor ze niet zomaar tot elkaar herleidbaar zijn. Daarmee dreigt het gevaar dat dit model juist tot een aparte behandeling van de drie 'compartimenten' leidt in plaats van tot de bedoelde integratie: de arts voor het lichaam, de psycholoog voor de geest en de maatschappelijk werkende voor de sociale aspecten. De psychiatrie tracht dergelijk reductionisme te vermijden door in diagnostisch en therapeutisch opzicht lichamelijke, psychologische en sociale benaderingen te integreren. De vraag is dan hoe de psychiatrie daarbij te werk gaat.

De psychiater hanteert in de dagelijkse praktijk twee verschillende benaderingen van psychiatrische stoornissen. Aan de ene kant laat hij zich leiden door het feit dat psychische ervaringen aantoonbaar kunnen leiden tot psychiatrische stoornissen. Zo kan het verlies van een dierbaar persoon tot een depressie leiden of emotionele verwaarlozing in de jeugd tot een persoonlijkheidsstoornis. Kern daarbij is de betekenis die mensen geven aan levenservaringen. Dat biedt ook het aanknopingspunt voor psychologische behandelingen, waarvan vaststaat dat ze effectief zijn bij tal van psychiatrische stoornissen. Daarnaast weten we dat psychiatrische stoornissen veroorzaakt kunnen worden door lichamelijke factoren en behandeld kunnen worden met lichamelijke technieken die daarop van invloed zijn, zoals psychofarmaca. Hiermee wordt de materie van de hersenen beïnvloed.

Psychische gebeurtenissen worden echter op een andere wijze waargenomen dan somatische verschijnselen. De Duitse psychiater en filosoof Karl Jaspers (1883-1969) heeft dat in het begin van de twintigste eeuw al duidelijk aangegeven. Iemands gemoedstoestand is voor ons niet op dezelfde manier waar te nemen als de kleur van zijn haar. Voor het eerste moet je je in iemand kunnen verplaatsen, voor het tweede is dat niet nodig. Een tweede verschil is, dat het denken over de oorzaken van gedragingen anders gebeurt dan het denken over de oorzaken van fysieke of somatische verschijnselen. In het gewone leven worden gedragsveranderingen meestal afgeleid uit motieven en bedoelingen. Jaspers introduceerde daarvoor de (Duitse) term *Verstehen* (begrijpen). Hij stelde die tegenover het *Erklären* (verklaren) dat gebruikt wordt om te beredeneren waarom een stuk ijzer valt en een veer blijft dwarrelen. Hierbij wordt niet gezocht naar de bedoelingen of motieven van het ijzer of de veer. Door middel van het Verstehen probeert men de motieven te begrijpen waarom iemand nooit de lift neemt (is hij angstig voor kleine ruimtes of wil hij zoveel mogelijk in beweging blijven?). Door middel van Erklären wordt gezocht naar de oorzaak van een plotselinge rode zwelling op de rug (een infectie, allergische reactie, of het gevolg van een klap?).

Dit in de praktijk hanteren van twee methoden van denken over oorzaken en behandelingen noemt men wel methodisch dualisme of epistemologisch dualisme (epistemologie is de kennisleer, de leer betreffende de methoden en grenzen van de menselijke kennis). Vroeger sprak men van de geesteswetenschappelijke en natuurwetenschappelijke benadering in de psychiatrie.

**Tabel 1.2 Methodisch dualisme**

<i>Materiewetenschappelijke benadering</i>	<i>Betekeniswetenschappelijke benadering</i>
Lichaam ( <i>body</i> )	Geest ( <i>mind</i> )
Substraat (hersenen)	Functies (psyche)
Neurobiologie	Psychologie
'Objectief'	'Subjectief'
Verklaren	Begrijpen
Ziekte	Lijden
Fysiopathogenese	Psychopathogenese
Farmacotherapie	Psychotherapie

Duidelijker wellicht is het om te spreken van de betekeniswetenschappelijke en de materiewetenschappelijke benadering. Tabel 1.2 geeft de verschillen weer tussen deze twee benaderingen. In de materiewetenschappelijke benadering gaat de psychiater uit van structuren en functies van de hersenen, die 'objectief' waarneembaar gemaakt kunnen worden met beeldvormende of neurofysiologische onderzoeksmethoden. In diagnostisch opzicht probeert hij de fysiopathogenetische processen op te helderen, waardoor die functieverstoring tot de verschijnselen van een psychiatrische stoornis leidt. Dat inzicht vormt dan de basis voor een 'somatische' behandelingsmethode. In de betekeniswetenschappelijke benadering gaat de psychiater uit van het feit dat levende wezens hun situatie interpreteren, dat ze daar betekenis aan geven. De bijzondere ontwikkeling van de menselijke hersenen stelt die hersenfunctie juist bij mensen centraal. Het achterhalen van de manier waarop een verstoorde betekenisverlening bij een patiënt tot symptomen van een psychiatrische stoornis leidt, vereist een psychopathogenetische reconstructie van diens ervaringen. Met psychotherapeutische methoden helpt de psychiater de patiënt een andere betekenis aan die ervaringen te geven. In de praktijk worden deze twee benaderingen in de psychiatrie tezamen gehanteerd. Een voorbeeld geldt de paniekstoornis, die met medicijnen wordt behandeld ter correctie van een ontregeling van angstregulerende systemen in de hersenen (onder meer in de amygdala), en met cognitieve gedragstherapie ter correctie van 'catastrofale' interpretaties van omstandigheden of lichamelijke gewaarwordingen. Interessant is hierbij overigens dat een somatische behandeling kan leiden tot veranderingen in de betekenisverlening en een psychologische behandeling tot veranderingen in de hersenen. Ook in dit leerboek zal de lezer de neurobiologische en psychologische invalshoek steeds terugvinden bij de beschrijving van de ontstaanswijze en behandeling van psychiatrische ziektebeelden.

## 6 Gevolgen

Lichamelijke ziekten hebben vaak ernstige gevolgen voor de patiënt, zijn directe omgeving en de maatschappij. Minder bekend is dat dit ook geldt voor psychiatrische stoornissen. Voor aandoeningen als de dementiële beelden en de psychosen kunnen de meesten zich dat wel voorstellen. Uit de Global Burden of Disease Study van de World Health Organization blijkt echter dat in de nabije toekomst een zeer veelvoorkomende aandoening als de depressieve stoornis in ernst van de gevolgen alleen zal worden overtroffen door de groep van de ischemische hartaan-

doeningen (zie hoofdstuk 6).

Het zijn vaak de gevolgen van de stoornissen in de psychische functies die bepalend zijn voor het vaststellen van een psychiatrische ziekte. Wanneer er geen sprake is van een bekend fysiopathogenetisch proces op grond waarvan de ziekte kan worden vastgesteld, krijgen namelijk de subjectieve ervaringen en het sociaal onvermogen van de patiënt een belangrijker rol bij het diagnosticeren van een ziekte. Engelstaligen maken daartoe onderscheid tussen *disease* als aantoonbaar ziekteproces en *illness* als ziektebeleving. Elke ziekte kent deze twee aspecten, maar bij het diagnosticeren van psychiatrische ziekten ligt het accent, noodgedwongen, meer op het vaststellen van de subjectieve ziektebeleving. Overigens is een typerende complicatie in de psychiatrie dat veel patiënten in het geheel niet lijden aan hun ziekte, omdat ze geen besef hebben van het ziekelijke van hun symptomen. Inherent aan veel ernstige psychiatrische stoornissen is een aantasting van het vermogen om een goed oordeel te vormen over de werkelijkheid en over het eigen gedrag. Bij zulke patiënten wordt de ziekte daarom gediagnosticeerd op grond van hun sociaal disfunctioneren. Omdat zulk disfunctioneren erg belastend kan zijn voor de omgeving, heeft het begrip 'gek' een negatieve betekenis, in tegenstelling tot het begrip 'ziek'. Vooroordelen op dat gebied moeten dan ook voortdurend worden bestreden.

Dat geldt temeer door de onjuiste, maar zeer hardnekkige opvatting dat mensen aan lichamelijke klachten niets kunnen doen, terwijl ze voor psychische klachten en verschijnselen zelf verantwoordelijk zouden zijn. Dat impliceert zowel een onderschatting van de eigen inbreng in lichamelijk functioneren als een overschatting van de wilskracht op psychisch gebied. Een ander gevaar is dat sociaal deviant gedrag waarbij geen sprake is van psychisch disfunctioneren, beschouwd wordt als psychiatrische ziekte. Dat kan leiden tot politiek misbruik van de psychiatrie als repressiemiddel, zoals de geschiedenis helaas heeft bewezen. Dit vormt een risico waarop de psychiatrie dan ook altijd alert moet blijven.

Het definiëren van de grens tussen psychiatrische ziekte en gezondheid is ook onderdeel van een maatschappelijk proces, gekleurd door de tijd en de plaats waarin het gebeurt. In die zin is de psychiatrie onderhevig aan waardeoordelen, die vigeren in de op dat moment dominante cultuur. Juist omdat vele psychiatrische stoornissen gedefinieerd zijn op het niveau van symptomen, loopt men in de psychiatrie het risico dat het afkappunt tussen normaal en gestoord door culturele factoren wordt bepaald. In een cultuur (zoals de onze) waarin assertiviteit een deugd is, zal men verlegenheid eerder als een sociale fobie aanmerken dan in een cultuur die bescheidenheid hoog waardeert.

Bovendien is het de vraag of psychiatrische ziekten te beschouwen zijn als aparte klinische entiteiten, die kwalitatief van psychische gezondheid zijn te onderscheiden. In de huidige diagnostische classificatiesystemen in de psychiatrie gaat men – min of meer gemakshalve – wel van een dergelijk categoriaal ziektebegrip uit. Waarschijnlijker is het echter dat de meeste, zo niet alle psychiatrische ziekten zich alleen kwantitatief van psychische gezondheid onderscheiden. Bij een bepaalde ernst of duur van symptomen overschrijdt de patiënt dan de ziektegrens. Het vaststellen van deze grens is daarmee een lastige onderneming.

De behoefte aan hulp of zorg, ten slotte, overlapt ook maar deels met de aanwezigheid van een psychiatrische ziekte. Niet iedereen met een psychiatrische ziekte heeft een zorgbehoefte en niet iedereen met een zorgbehoefte heeft een psychiatrische ziekte. Ook hier geldt dat maatschappelijke en culturele factoren een grote invloed hebben op wat de mensen ervaren als gerechtvaardigde redenen om behandeling of zorg te vragen.

Ook bij andere medische specialismen geldt dat subjectief lijden, sociale gevolgen en maat-

schappelijke opvattingen een belangrijke rol spelen bij het bepalen of lichamelijke klachten behoren tot de ongemakken van het gewone leven of beschouwd mogen worden als een ziekte die (al dan niet verzekerde) medische zorg behoeft. Het subjectieve karakter en het dikwijls ontbreken van een aantoonbare neurobiologische oorzaak bij psychiatrische klachten maakt echter dat de psychiatrie sterker onderhevig is aan dergelijke maatschappelijke invloeden.

## 7 Behandeling

Net als in de somatische geneeskunde vinden behandelingen in de psychiatrie in toenemende mate plaats volgens richtlijnen en protocollen die zijn ontworpen op basis van wetenschappelijk onderzoek. Psychiatrische behandelingen worden, net als behandelingen bij de andere medische specialismen, op effectiviteit onderzocht in *randomized controlled trials* (RCT's). Ook in de klinische praktijk van de psychiatrie werkt men steeds meer *evidence-based*. Toch wordt de psychiatrische behandeling gekenmerkt door eigen accenten (zie hoofdstuk 7). Hoewel er een groot arsenaal effectieve psychofarmaca bestaat en veel andere somatische behandelingen gebruikt worden, speelt het gesprek gemiddeld genomen in de psychiatrie een grotere rol dan in de rest van de geneeskunde. Een deel van deze gesprekken betreft de psychotherapie, een psychologische techniek die niet alleen gericht is op eliminatie van de symptomen van de psychiatrische ziekte maar ook op het herstel van het algemeen functioneren van de zieke persoon. Maar niet alleen in de psychiatrie, ook in de somatische geneeskunde is de persoon van de arts, ondanks de enorme groei aan therapeutische mogelijkheden, een belangrijk therapeuticum gebleven. Het methodisch dualisme, hierboven beschreven, is weliswaar kenmerkend voor de psychiatrie, maar past men natuurlijk ook dagelijks – meestal zonder het te beseffen – toe in alle medische zorg.

Eigen aan ernstige psychiatrische ziekten, ten slotte, is dat het de patiënt ontbreekt aan het besef een ziekte te hebben. Dat betekent dat dergelijke psychiatrische patiënten gedwongen opgenomen en zo mogelijk behandeld moeten worden. Dat vereist speciale wetgeving, boven de algemene wetgeving die voor alle geneeskundige (be)handelingen geldt (zie hoofdstuk 27).

## 8 Psychiatrie: een medisch specialisme

Het is duidelijk dat de psychiatrie zich op een aantal belangrijke punten onderscheidt van de andere medische specialismen. Dit onderscheid heeft vooral te maken met het onderwerp van de psychiatrie: de stoornissen in de psychische functies. Deze vereisen een bijzondere benadering op het gebied van diagnostiek en behandeling. Toch gaat het bij de in dit hoofdstuk beschreven verschillen niet om zwart-wittegenstellingen. Het gaat om de accentuering van fenomenen en benaderingen die ook in de rest van de geneeskunde een fundamentele rol spelen. Het interessante is dat daardoor juist in de verschillen met de overige medische specialismen de medische identiteit van de psychiatrie zich verraadt. De hier aangeduide verschillen en overeenkomsten tussen de psychiatrie en andere medische disciplines laten zien dat de psychiatrie in de kern een medisch specialisme is.

Gedurende lange tijd heeft de psychiatrie haar medische identiteit niet bepaald gekoesterd (zie de hoofdstukken 25 en 28). Psychologische verklaringenmodellen en therapieën voerden de

bovenaan, en voor het inzicht dat het in de psychiatrie óók gaat om gestoorde hersenfuncties was niet al te veel aandacht. In de laatste decennia is de belangstelling voor cerebrale disfuncties stormachtig gegroeid. De psychiatrie is weer neurobiologischer en medischer geworden. Er wordt meer onderzoek verricht naar genetische factoren bij psychiatrische aandoeningen, naar de in biochemische of neurofysiologische termen te beschrijven pathogenetische processen, naar de betekenis van nieuwe beeldvormende technieken in de diagnostiek – om nog maar te zwijgen over de ontwikkelingen op het gebied van de psychofarmacologie. De banden met andere medische specialismen zijn aangehaald. Psychiatrie is een medisch specialisme, maar wel een bijzonder medisch specialisme.

### Literatuur

- Boer, J.A. den (2003). *Neurofilosofie: Hersenen, bewustzijn, vrije wil*. Amsterdam: Boom.
- Fulford, K.W.M., Morris, K.J., Sadler, J.Z., & Stanghellini, G. (Red.)(2003). *Nature and narrative: An introduction to the new philosophy of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- McHugh, P.R., & Slavney, P.R. (1998). *Perspectives of psychiatry* (2e dr.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Okkes, I.M., Oskam, S.K., Lamberts, H. (1998). *Van klacht naar diagnose*. Bussum: Coutinho.
- Panksepp, J. (Red.)(2004). *Textbook of biological psychiatry*. Hoboken, NJ: Wiley-Liss.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G. (Red.)(2000). *Handboek psychopathologie: Deel 1. Basisbegrippen* (3e dr.). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.