



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Biologering door biologisering van de psychiatrie

Herman van Praag*

Samenvatting

Onder psychotherapeuten komt de vrees voor dat toenemende kennis van hersen- en gedragsrelaties en van farmacologische interventiemethoden zullen leiden tot marginalisering van psychotherapie. Die vrees is ongegrond. Het begrip ziekteoorzaak in de psychiatrie is een geleed begrip. Cerebrale disfuncties zijn een conditio sine qua non voor gestoord gedrag en gaan aan het ontstaan van de psychopathologische verschijnselen vooraf. De cerebrale disfuncties worden op hun beurt geïnduceerd door een, individueel wisselend, pakket van zogenaamde etiologische factoren. Deze kunnen biologisch danwel psychologisch van aard zijn, en in de meeste gevallen lijkt dit pakket gemengd van samenstelling. Psychofarmaca reguleren gestoorde hersenfuncties. Psychologische interventies verminderen psychologische druk die de cerebrale disfuncties (mede) hebben geconditioneerd. Deze behandelingsstrategieën verhouden zich dus complementair, niet polair. Men mag dus hopen op toenemende biologisering en psychologisering van de psychiatrie.

Angststoornissen bij psychologen en psychiaters

Bij psychiaters bestaat vrees te worden verdrongen door de psycholoog-psychotherapeut. Dit gevoel is met name sterk in de VS, waar het systeem van 'managed care' een steeds grotere rol gaat spelen in de gezondheidszorg. 'Managed care' is voor het grootste deel in handen van particuliere organisaties met winst oogmerken. In dit systeem hebben psychologen een grote voorsprong genomen, eenvoudig omdat ze goedkoper zijn.

Het psychologenbestaan is evenmin vrij van zorgen. Zij vrezen de opmars van de psychofarmaca, en dit gevoel leeft met name sterk in de VS: de relatief goedkope 'quick cure' met psychofarmaca zou de voorkeurspositie van de psycholoog, of zelfs zijn bestaanszekerheid, wel eens grondig kunnen ondermijnen. Merkwaardigerwijs zijn zorgen voor de toekomst in beide beroepsgroepen dus symmetrisch verdeeld, zij het dan dat ze een tegengestelde lading hebben.

De angst der psychiaters komt hier niet verder ter sprake (zie Van Praag, 1995). Ik wil de aandacht richten op de angst voor biologisering van de psychiatrische diagnostiek en van de psychiatrische behandeling zoals die in kringen van psychologen voorkomt.

Wat behelst biologische psychiatrie?

Gestoord gedrag kan vanuit ten minste drie gezichtshoeken worden bestudeerd. Allereerst vanuit die van de neurobiologie. Dat is het terrein van de biologische psychiatrie. Gedrag – ik vat in dit begrip gemakshalve waarneembaar gedrag en

* Correspondentieadres: Prof. dr. H.M. VAN PRAAG, Vakgroep Psychiatrie en Neuropsychologie, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

belevingskwaliteiten samen – veronderstelt een functionerend brein. Er treden geen gedragsveranderingen op zonder bepaalde veranderingen in zeer bepaalde zenuwcircuits. Neuronale veranderingen gaan aan de gedragsveranderingen vooraf en zijn voor die gedragsveranderingen een *conditio sine qua non*. Alle menselijke gedragingen, normaal of abnormaal, kunnen derhalve zinvol op hun biologische grondslagen worden onderzocht. Gedragsonderzoek en neurobiologisch onderzoek zijn onverbrekelijk met elkaar verbonden.

Dit is, kort gezegd, het theoretisch uitgangspunt van het biologisch–psychiatrisch denken (Van Praag & Leijnse, 1964). Wordt met dit standpunt een psychiatrie zonder ziel geschapen? Allerm minst! De cerebrale stoornissen die aan afwijkend gedrag ten grondslag worden gedacht, komen namelijk niet uit de lucht vallen maar worden geïnduceerd. Inducerende factoren kunnen biologisch van aard zijn. Het gaat dan om onvolkomenheden in structuur of functie van de hersenen, opgelopen tijdens het leven (bijv. door hersentraumata, vergiftigingen, neurologische aandoeningen) of die erfelijk bepaald zijn. Zouden deze biologische factoren een doorslaggevende rol hebben gespeeld bij de cerebrale ontregeling, dan is het resulterende psychopathologische toestandsbeeld inderdaad op te vatten als een in hoofdzaak biologische ziekte.

Een tweede mogelijkheid is dat psychologische factoren belangrijk hebben bijgedragen tot de cerebrale ontregeling (Van Praag, 1979a). Psychotraumatiserende ervaringen kunnen de ontwikkeling c.q. het functioneren van de hersenen ingrijpend en blijvend beïnvloeden. Dat is dierexperimenteel overtuigend aangetoond (zie bijv. Rosenblum et al., 1994). Bij de mens zijn psychotrauma en psychologische make-up onverbrekelijk met elkaar verbonden. De traumatiserende valentie van een stressor wordt – catastrofale grenssituaties daargelaten – in hoge mate bepaald door de structuur van de persoonlijkheid. Dit betekent tweërlei.

Ten eerste dat onderzoek van de psychologische sfeer waarin een individu leeft en van z'n persoonlijkheidsstructuur, een essentieel onderdeel is van het psychiatrische onderzoek en dit zal blijven, ook wanneer de kennis van hersenen en gedragsrelaties toeneemt (Van Praag, 1968). Ziel en lichaam zijn nu eenmaal onverbrekelijk met elkaar verbonden. Dit is geen gemeenplaats maar een empirisch vaststelbaar feit. Het betekent in de tweede plaats dat gedragsstoornissen in de meeste gevallen ware psychobiologische aandoeningen zijn: altijd bepaald door neurobiologische maar veelal tevens door psychologische factoren.

In de komende eeuw zal, meen ik, het wat ik noem 'cascade-onderzoek' in de psychiatrie centraal staan. Wat speelt zich af binnen een bepaalde persoonlijkheid die door een psychotraumatische gebeurtenis wordt getroffen of die er min of meer chronisch aan is bloot gesteld? Hoe interfereert de zich hierdoor opbouwende stress met ontwikkeling en functie van de hersenen? Onder welke omstandigheden derailleren hierdoor bepaalde cerebrale systemen en hoe is het verband met de psychopathologische verschijnselen die daardoor optreden? Ik voorzie dat de muren tussen biologisch en psychologisch onderzoek van gestoord gedrag, in snel tempo zullen worden afgebroken (Van Praag, 1992).

De gelede structuur van het begrip ziekteoorzaak

De cerebrale functiestoornissen die het gestoorde gedrag instrumenteel mogelijk maken, noem ik de *pathogenese* van de gedragsstoornis. De biologische en psychologische factoren die de cerebrale functiestoornissen induceren, vat ik samen als *etiologische factoren* (Van Praag & Leijnse, 1964).

De biologische psychiatrie gaat uit van een direct, causaal verband tussen gestoorde hersenfunctie en gestoord gedrag. Van den Hoofdakker (1996) acht dit een 'gevaarlijke gedachte'. Ik vind dat niet, omdat het begrip oorzaak in de psychiatrische ziekteleer een gelobd begrip is. Pathofysiologische veranderingen in de hersenen zijn, nogmaals, een *conditio sine qua non* voor afwijkend gedrag. Etiologische factoren, op hun beurt, zijn een *conditio sine qua non* voor het ontstaan van cerebrale functiestoornissen. En in het etiologische palet nemen de psychologische factoren – zo komt het mij tenminste voor – bij de meeste patiënten een voorname plaats in. Etiologische factoren maken niet minder deel uit van het complexe begrip ziekteoorzaak als de component pathogenese. Het belang van de een, is niet groter dan dat van de ander.

Ik ben dan ook niet bevreesd voor de biologische doorbraak die zich in de afgelopen veertig jaar in de psychiatrie heeft voltrokken. Ik ben er dankbaar voor. In de eerste plaats omdat deze onderzoekslijn bijdragen levert, en in toenemende mate zal leveren, aan ons inzicht in het ontstaan van gedragsstoornissen. In de tweede plaats omdat het hersen- en gedragsonderzoek vruchten afwerpt voor de behandeling van gedragsstoornissen, en we nog maar aan het begin van deze ontwikkeling staan.

Psychofarmacologische – of meer algemeen: biologische – behandeling van psychiatrische aandoeningen is belangrijk. Het is geenszins per definitie symptoombehandeling, een doekje voor het bloeden, een zoethoudertje dat het 'wezen' van de stoornis ongemoeid laat. Onze kennis van de biologische determinanten van gestoord gedrag neemt toe; ook de kennis van het werkingsmechanisme van psychofarmaca. Wanneer psychofarmaca ontwikkeld worden, die de gestoorde hersenfuncties die ten grondslag liggen aan een bepaald psychopathologisch toestandbeeld, gericht herstellen, dan wordt hiermee causale therapie bedreven.

Psychologische interventies van psychiatrische aandoeningen zijn belangrijk. Zij zijn geenszins per definitie symptoombehandeling, 'klopjes op de schouder' die geen zoden aan de dijk zetten. Indien aannemelijk kan worden gemaakt dat psychologische factoren hebben bijgedragen tot de ontregeling van bepaalde cerebrale circuits, dan zal verlichting van de psychologische belasting bijdragen tot normalisering van die neuronale systemen. Dergelijke interventies dragen derhalve een causaal karakter.

Farmacotherapie en psychotherapie grijpen op verschillende plaatsen aan in de keten van oorzaak en gevolg (Van Praag, 1979b). In principe – ik bedoel: als de geëigende methoden voorhanden zijn en adequaat worden toegepast – wordt met beide causale therapie bedreven. Zij verhouden zich dus niet polair, maar vullen elkaar aan. Biologische behandeling ondergraaft psychotherapie niet, zomin als het omgekeerde het geval is. Men vecht beter met beide handen tegelijk, dan met een hand op de rug. Anders gezegd: wil men een auto tot stilstand brengen dan moet niet alleen de rem worden ingedrukt, maar ook het gaspedaal worden losgelaten. Anders is de kans groot dat het vehikel op een ongewenst moment weer gaat rijden.

Psychotherapie toch in de gevarenzone?

Gaat deze redenering wel algemeen op? Is zij niet te zeer geënt op de huidige stand van zaken in de psychofarmacotherapie? Zij gaat ervan uit dat psychotraumatische ervaringen niet met farmaca kunnen worden weggenomen. Dat lijkt een aannemelijke stelling. Psychologische druk is echter, zoals gezegd, een functie van de ernst van de psychotraumatische ervaring en van de kwetsbaarheid van de persoonlijkheid. Psychofarmaca met gerichte invloed op persoonlijkheidskenmerken zijn thans niet voorhanden – nog niet. Maar dat kan veranderen en er zijn tekenen die op een dergelijke ontwikkeling wijzen. Ik herinner in dit verband aan de furore rondom het middel Prozac (fluoxetine) (zie o.m. Kramer, 1993). Deze stof werd op de markt gebracht als antidepressivum. Al spoedig deden verhalen de ronde dat de werking ervan verder ging, en dat het middel ook componenten van DSM-as-II-diagnoses kon beïnvloeden. Hoewel die materie nog onvoldoende is onderzocht, steunen mijn eigen (ongesystematiseerde) waarnemingen deze opvatting. Met name stemmingslabiliteit, prikkelbaarheid en impulsiviteit lijken soms gunstig te worden beïnvloed. Ik herinner me een man die succesvol met Prozac was behandeld voor depressie. Hij ging, profylactisch, met die behandeling door. Zijn vrouw was enthousiast: 'Before, he was often impossible, particularly in the morning: argumentative, moody, irritable. But with these pills he mellowed, became almost a different man'. Verificatie van dit type waarnemingen is natuurlijk nodig, maar ik beschouw ze als een aanwijzing dat persoonlijkheidsstoornissen niet resistent zullen blijken te zijn voor psychofarmacologische beïnvloeding.

Mocht deze voorspelling juist zijn, en mochten er inderdaad psychofarmaca ontwikkeld worden die effectief zijn tegen bepaalde persoonlijkheidsdisfuncties, dan zal de behoefte aan psychotherapie inderdaad verminderen. Die constatering moet echter op twee punten sterk worden gerelativeerd. De ontwikkeling van persoonlijkheidsfarmaca lijkt in bepaalde domeinen weliswaar reëel – ik denk aan stoornissen in de impuls- en stemmingsregulatie – maar in andere persoonlijkheidssectoren, zoals die van de zelfperceptie en die van de ervaren intenties van de buitenwereld, ontbreekt iedere aanwijzing in die richting. Het tweede voorbehoud is dit. Psychologische druk is, zoals gezegd, de resultante van traumatische ervaring en ik-sterkte. Persoonlijkheidsfarmaca – eenmaal ontwikkeld – mogen dan in principe de stressorweerstand verhogen, maar traumatische ervaringen vallen buiten hun bereik. Psychotraumata, vooral als ze chronisch inwerken, kunnen een normale persoonlijkheidsstructuur beschadigen, c.q. een genormaliseerde persoonlijkheid (bijv. door persoonlijkheidsfarmaca) weer doen decompenseren. Verlichting van ervaringspathologie, intra- of interindividueel van oorsprong, blijft het domein van de psychologische interventies. Aldus lijkt mij de toekomst van deze behandelingsstrategie gegarandeerd.

Alles bijeen genomen mag men dus hopen op toenemende biologisering en psychologisering van de psychiatrie. Dat zou betekenen dat wij wijzer worden ten aanzien van het ontstaan van gedragsstoornissen, en bekwaam in de bestrijding ervan.

Abstract

Among psychotherapists anxiety exists that increasing knowledge of brain and behavior relationships and increasing availability of psychotropic drugs will lead to marginalisation

of psychotherapy. This fear is unwarranted. The concept 'cause of disease' is multi-faceted. Cerebral dysfunctions are a condition sine qua non for the occurrence of abnormal behavior and precede psychopathological phenomena. In their turn, the brain dysfunctions are induced by a series of so-called etiological factors, that is inter-individually highly variable. Etiological factors might be biological or psychological in nature, acquired or genetically determined, of recent occurrence or having affected the individual in the past. The conglomerate of etiological factors is generally of a mixed biological/psychological character. Psychotropic drugs ameliorate cerebral dysfunctions. Psychological interventions diminish psychological pressure (co-)responsible for the cerebral dysfunctions. These treatment strategies relate complementary, not antagonistically. One thus hopes for increasing biologisation and psychologisation of psychiatry.

Referenties

- Kramer, P.D. (1993). *Listening to Prozac*. New York: Viking Press.
- Hoofdakker, R.H. van den (1996). De psychiater en zijn patiënt. *NRC –Handelsblad*, 18 april.
- Praag, H.M. van (1968). Het complementaire aspect in de relatie tussen biologische en psychodynamische psychiatrie. In: *Openbare Les*. Assen: Van Gorcum.
- Praag, H.M. van (1979a). Psychopsychiatrie: Can psychosocial factors cause psychiatric disorders?, *Comprehensive Psychiatry*, 20, 215–225.
- Praag, H.M. van (1979b). Tablets and talking. A spurious contrast in psychiatry. *Comprehensive Psychiatry*, 6, 502–510.
- Praag, H.M. van (1992). *Make Believes in Psychiatry or The Perils of Progress*. New York: Brunner Mazel.
- Praag, H.M. van (1995). Overbodigheidsangst. Heeft de psychiatrie de psychiater, dan wel de klinisch psycholoog nog wel nodig? *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 50, 171–178.
- Praag, H.M. van, & Leijnse, B. (1964). Die Bedeutung der Psychopharmakologie für die klinische Psychiatrie. Systematik als notwendiger Ausgangspunkt. *Nervenarzt*, 34, 530–537.
- Rosenblum, L.A., Coplan, J.D., Friedman, S., Bassoff, T., Gorman, J.M., & Andrews, M.W. (1994). Adverse early experiences affect noradrenergic and serotonergic functioning in adult primates. *Biological Psychiatry*, 35, 221–227.