



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Psychofarmaca; kanttekeningen bij enkele voorvragen

Glas, G.

Citation

Glas, G. (1986). Psychofarmaca; kanttekeningen bij enkele voorvragen. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/10523>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/10523>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Psychofarmaca; kanttekeningen bij enkele voorvragen¹

door G. Glas

1. Inleiding

Wie zich vragen begint te stellen over het bestaansrecht van psychofarmaca, bemerkt al spoedig in een ingewikkeld web van vragen te zijn terechtgekomen. Psychofarmaca zijn, de naam zegt het al, farmaca (geneesmiddelen) die invloed hebben op de menselijke psyche. De vraag die onmiddellijk rijst is natuurlijk of beïnvloeding van de psyche langs medicamenteuze weg wel geoorloofd is, en zo ja, onder welke condities. Niet voor niets wordt al jaren zowel binnen als buiten de medische discipline gewezen op de afhankelijkmakende en probleem-versluitende effecten die psychofarmaca — bij onkritisch gebruik — kunnen hebben. Sommige patiënten-groeperingen, m.n. uit de hoek van 'de' antipsychiatrie, gaan verder. Van deze zijde hoort men dat de stoornissen die met deze middelen bestreden worden geen ziekten zijn; dat door psychofarmaca te gebruiken bepaalde ontsporingen ten onrechte in een medisch kader worden geplaatst; dat deze middelen bij uitstek het bewijs zijn van de medicalisering van onze samenleving.

Naar mijn mening kan op dergelijke vragen eerst zinvol worden ingegaan, als er enige duidelijkheid bestaat over wat er precies gebeurt bij het voorschrijven en gebruiken van psychofarmaca. De vraag die ik in deze bijdrage dan ook met name aan de orde wil stellen is, hoe het mogelijk is dat beïnvloeding van een *lichamelijk* proces, nl. de hersenfunktie, effect sorteert op een heel ander vlak, dat van het *psychisch* functioneren. En vervolgens: in wat voor termen hier het beste over gesproken kan worden. Het is ons hier dus te doen om het conceptuele kader, van waaruit de verschijnselen die optreden bij het voorschrijven en gebruiken van psychofarmaca het best beschreven kunnen worden.

Allerlei vragen rond het ziektebegrip ten aanzien van psychische ziekten er rond het medisch model en medische macht kunnen, hoe relevant ook in verband met ons onderwerp, niet aan de orde komen. Wanneer in het vervolg sprake zal zijn van psychofarmaca, dan worden met name de 'zwaardere' vormen daarvan bedoeld, te weten de antidepressiva en de

1. Het onderstaande is een enigszins gewijzigde en uitgewerkte versie van een referaat op de studiedag 'Psychofarmaca' van het G.W.G. op 2 maart 1985 te Utrecht. Wijzigingen betreffen de compositie en enkele details.

antipsychotica.² Van deze laatste middelen is het indicatiegebied scherper omschreven en het gebruik dientengevolge minder omstreken. Wellicht dat vanuit de bespreking van enkele voorvragen ten aanzien van het gebruik van psychofarmaca bij ernstige stoornissen c.q. ziekten, zoals depressie en psychose, meer licht valt op het grijze middengebied tussen ziekte en normaliteit, waar dezelfde vragen immers spelen.

2. Enkele posities

Om de vragen waar het me hier om te doen is, wat scherper in beeld te krijgen, is het wellicht dienstig aan te sluiten bij ervaringen uit de psychiatrische praktijk. Het is telkens weer een wonder om te zien hoe iemands belevingswereld door het gebruik van psychofarmaca, indien juist geselecteerd en goed geïndiceerd, totaal kan veranderen. Ook patiënten spreken hierover hun verwondering, soms zelfs verbijstering, uit. Deze verwondering heeft dan niet alleen betrekking op de aard van de ingetreden verandering, die inderdaad imposant kan zijn, maar ook op de wijze waarop. Wie het zich tracht in te denken, voelt iets van verbazing nl. dat het mogelijk is door een stoffelijk produkt, dat stoffelijke processen in het lichaam beïnvloedt, veranderingen in het geestelijke (mentale) functioneren van de gebruiker teweeg te brengen. De verklaring van de werkwijze van psychofarmaca heeft betrekking op materiële processen. De effecten echter doen zich, afgezien van eventuele bijwerkingen, gelden op een heel ander niveau, dat van de psyche. Hoe is dit mogelijk En: wat voor begrippentaal moeten we hanteren om aan die werkelijkheid recht te doen?

Het behoeft weinig betoog dat deze vragen ons regelrecht in de bekende lichaam — ziel, c.q. 'mind — brain' problematiek doen belanden. Aan de complexiteit van dit bibliotheken-vullende onderwerp kan op deze plaats uiteraard geenszins recht worden gedaan. Een enkele opmerking moge volstaan, als steuntje voor het denken.³

2. Zoals de namen al aangeven, zijn antidepressiva middelen gericht tegen depressies en antipsychotica middelen gericht tegen allerlei vormen van psychose. Onder depressie wordt in de psychiatrie niet het bestaan van een somber gevoel zonder meer verstaan, maar een toestand die primair gekenmerkt wordt door lusteloosheid, interessoosheid, slaapproblemen, allerlei lichamelijke klachten, remming van de (psycho)motoriek, suicidale gedachten en dergelijke. De term psychose doelt op een gestoorde realiteitsbeleving en -toetsing, zich uitend in wanen (incorrigeerbare zintuigelijke waarnemingen die niet overeenstemmen met de realiteit).

3. De genoemde opvattingen zijn de meest gangbare. Men vindt hen dan ook vermeld in allerlei inleidingen in de wijsbegeerte, bijv. Van Peursen (1958, 1970⁴). De wijze waarop hier epifenomenalisme, psycho-fysisch parallelisme en identiteitshypothese worden aangemerkt als varianten op het materialisme, is echter minder gangbaar. Deze presentatievorm werd ontleend aan Popper en Eccles (1977). Ik ben mij er van bewust dat deze presentatievorm onvoldoende recht doet in historisch opzicht aan de verschillende vertegenwoordigers van genoemde opvat-

Bekend is het *materialisme*, in zijn pure vorm door weinigen aangehangen, met echter nog steeds grote aantrekkingskracht vanwege z'n eenvoud en radicaliteit. Materialisten erkennen slechts het bestaan van het lichamelijke; 't overige is schijn, dan wel te herleiden tot het materiële. Het innerlijke gevoel dat bij een sombere stemming past is slechts schijn; somber-zijn is niets anders dan dat wat daaraan geobserveerd kan worden: de vermindering van het aantal activiteiten, de toonloze stem, een bepaalde gelaatsuitdrukking, etc.

De drie nu volgende varianten erkennen het bestaan van het psychische, maar stemmen met het materialisme daarin overeen, dat ook binnen hun optiek de werkelijkheid niet anders dan als een gesloten systeem is te beschouwen. Voorstanders van het *epifenomenalisme* vatten de psyche op als een bijproduct van het materieel-lichamelijke. Er is geen inwerking van het psychische op het lichamelijke, maar wel omgekeerd een (causale) invloed van het lichamelijke op de psyche. Vertegenwoordigers van het *psychofysisch parallelisme* kennen groter zelfstandigheid toe aan de psyche, maar ontkennen het bestaan van enigerlei invloed op elkaar. Het psychische en het lichamelijke zijn twee parallelle sporen, zonder inwerking op elkaar. Men leest ook wel: psyche (bewustzijn) en lichaam (materie) zijn binnen- resp. buitenzijde van het bestaande. Wat ingewikkelder is de derde variant, de zgn. *identiteitsopvatting*, die wel het bestaan van het psychische erkent, maar tegelijk stelt dat op enigerlei wijze lichaam en psyche identiek zijn. Het onderscheid tussen beide wordt dan geacht het resultaat te zijn van een verschillende methode van beschrijven en verklaren van de (ene) werkelijkheid. Sommigen gaan verder door te stellen dat beide talen, die van 't lichamelijke en die van 't psychische, geheel en afdoende in elkaar overgezet kunnen worden. Het psychische zou dan geheel in de termen van het lichamelijke beschreven kunnen worden en omgekeerd. Weer anderen zeggen dat er sprake is van een logische identiteit van beide aspecten.

Als voorlopig laatste opvatting wil ik het (*dualistisch*) *interactionisme* opvoeren, waarvan sommige voorstanders, zoals Popper en Eccles, stellen dat zij als enige recht doet aan het gegeven dat het materiële nooit te beschrijven en verklaren is als een gesloten systeem. Het materialisme transcendeert zichzelf, zo luidt Poppers uitgangsstelling.⁴ Beide auteurs voeren een pleidooi voor het interactionisme, in casu de wederzijdse inwerking van hersenactiviteit en mentale activiteit op elkaar.⁵ De werking van de hersenen

tingen. De benadering van Popper en Eccles biedt echter een ingang om de onmogelijkheid te demonstreren van een beschrijving van de materiële wereld als een gesloten systeem. Om deze reden werd zij verkozen.

4. Popper en Eccles (1977), pp. 3-35, 539-547.

5. Popper en Eccles (1977), pp. 471-497. Eccles introduceert in dit verband de term 'liaison-brain', welke doelt op de nexus waar hersenactiviteit en psychische activiteit op elkaar ingrijpen. Deze nexus verplaatst zich als het ware van moment tot moment. Deze wijze van uitdrukken lijkt een dynamische variant van Descartes' pijnappelklier-theorie (zoals bekend

bestaat in haar hoogste vorm met name uit evaluatie en selectie van mogelijkheden. Dit selectieproces is echter zelf niet adequaat te beschrijven en te verklaren in termen van de neuronale machinerie en kan niet anders worden gezien dan als een vorm van mentale activiteit. De (in)werking van het mentale bestaat uit de gedurige omvorming van en voorkeur voor enkele (telkens andere) uit zeer vele neuronale netwerken. De bijdrage van het brein bestaat uit het aanbieden van een oneindig geschakeerde en complex repertoire van neuronale keuzemogelijkheden.⁶

Deze opsomming moge dor lijken, in de actuele discussie in bijvoorbeeld de biologische psychiatrie speelt het hier aangeroerde gedachtegoed een grote rol. Als illustratie kan een discussie tussen twee Nederlandse psychiaters, Van Praag en Van den Hoofdakker, dienen. Ik laat eerst Van Praag aan het woord.

meende Descartes dat psyche en soma elkaar ontmoeten in de pijnappelklier). Meer specifiek denken beide auteurs aan het geheugen, overigens evenmin zonder precedent (Augustinus bijv.). Net als Augustinus lijkt bij hen het geheugen een soort bodemlaag in de menselijke persoonlijkheid te zijn, een grotendeels buiten het bewustzijn om opererend doorverbindingscentrum. De kern van onze persoonlijkheid bestaat met andere woorden uit onze persoonlijke levensgeschiedenis in de vorm van herinneringen (verhalen, beelden, stemmingen). Onze biografie is echter in zekere zin ook gematerialiseerde neuronale activiteit. Ook nu ligt weer de volle nadruk op het dynamische, het op elkaar inspelen en de onderlinge coördinatie van het fysische en psychische. Zowel fysisch als psychisch kan de werking van het geheugen worden beschreven als een gedurig aftasten en vergelijken van vroegere ervaring met actuele ervaring. Het resultaat van dit proces geeft zich vrij in de vorm van bewustzijn, dat als zodanig echter slechts het spreekwoordelijke topje van de ijsberg is. Het onbevredigende van Popper en Eccles' (wijsgerige) visie vind ik (o.a.) dat je bij nadere invulling van het waar en het hoe van de interactie steeds opnieuw kan vragen: 'Maar hoe nu precies?' Ook al trachten Popper en Eccles de klippen van het causaliteitsvraagstuk te omzeilen, toch lijkt het erop dat de interactie-these als zodanig inherent verbonden is met de vraag naar de oorsprong of locus (c.q. oorzaak) daarvan.

6. Interessant is dat Popper inziet dat dit selectieproces niet puur willekeurig kan zijn. Dat zou uitlopen op een vorm van indeterminisme, hetgeen o.a. de menselijke wil tot spelbal van het toeval maakt. Popper vergelijkt het selecteren van mogelijkheden door de hersenen met wat er zijns inziens bij de evolutie der soorten is gebeurd. Deze evolutie was noch puur toeval, noch (uiteraard) teleologisch van aard, doch emergent: in de loop van het evolutieproces duiken er nieuwe (genetische) mogelijkheden op, waardoor telkens andere (nieuwe) aspecten van het milieu worden aangesproken en waardoor het milieu een andere biologische betekenis krijgt. In de interactie van een nieuwe genetische mogelijkheid met zijn milieu kan die mogelijkheid gunstiger overlevingscondities gaan aannemen ten opzichte van andere mogelijkheden. De overlevingskansen van nieuwe mogelijkheden berusten dus niet alleen op de erfelijke eigenschappen, maar ook op de nieuwe aspecten die in het milieu worden geactualiseerd. In tweede instantie verzet Popper zich tegen een indeterministische vrijheidsopvatting met een beroep op zijn drie-werelden theorie, waarin hij naast de fysische wereld (wereld 1) en de psychische wereld (wereld 2), een relatief-autonome wereld van produkten van de menselijke geest (wereld 3) onderscheidt. Deze mentale produkten zijn m.n. taal-produkten (alle boeken op de wereld), om zo te zeggen een quasi-transcendent domein, tegen de achtergrond waarvan subjectieve uitingen uit wereld 2 (bijv. wilsuitingen) reliëf en betekenis krijgen. Handelen en spreken als manifestaties van de menselijke vrijheid hebben geen toevallige betekenis, maar moeten worden gelezen in het licht van de culturele erfenis uit wereld 3.

In de medische systematiek is het volgens hem nuttig het begrip ziekteoorzaak te splitsen in twee componenten, nl. etiologie en pathogenese. Onder pathogenese wordt verstaan 'het samenstel van cerebrale dysfuncties dat het ontstaan van de gedragsstoornissen mogelijk maakt', en onder etiologie 'alle factoren — erfelijke, verworven lichamelijke, psychologische en sociale — die tot het ontstaan van de cerebrale dysfuncties hebben bijgedragen'.⁷ Met deze twee-deling correspondeert globaal het onderscheid tussen resp. (neuro)biologische en psychosociale determinanten van gestoord gedrag. Biologische determinanten van gestoord gedrag moeten worden gesitueerd op het niveau van het cerebrum als biologisch systeem, door Van Praag ook wel betiteld als *substraat*, en moeten worden gerekend tot de pathogenese. Psychosociale factoren behoren tot de *input* van het cerebrum; zij zijn van etiologische aard. De correspondentie tussen pathogenese en etiologie, resp. biologische en psychosociale factoren gaat overigens niet geheel op daar er ook biologische factoren van etiologische aard zijn (bijv. ziekten elders in het lichaam). Voor het punt in geding is dit echter niet van wezenlijk belang. Waar het nl. om gaat is dat volgens Van Praag 'ziekmakende invloeden van wat voor aard dan ook — psychologisch, sociaal of somatisch — het psychische leven niet rechtstreeks beïnvloeden, via een soort luchtledige, doch via veranderingen in de cerebrale organisatie. De hersenen vervullen in deze zienswijze de rol van intermediair'.⁸ Het beeld dat aldus ontstaat is een oude bekende, nl. het stimulus — respons model uit het behaviouurisme. De stimuli vormen tezamen de etiologie, de veranderingen in het cerebrum (het systeem, het substraat) de pathogenese, terwijl de resultante van deze veranderingen (de respons) bestaat uit het (gestoorde) gedrag. Voor de bestrijding van ziekte betekent dit alles dat psychotherapie aangrijpt op 'oorzaken' van etiologische aard en dat farmacotherapie beïnvloeding beoogt van 'oorzaken' van pathogenetische aard.

Hoewel ik de discussie tussen Van Praag en Van den Hoofdakker vooral naar voren haal als illustratie en bepaald niet alle aspecten uit deze discussie voor zover het Van Praag betreft aan de orde zijn gekomen, veroorloof ik mij nu reeds een enkele opmerking naar aanleiding van het juist geleverde. Uit allerlei opmerkingen van Van Praag blijkt dat hij zijn visie wil poneren als een interactietheorie. Er is sprake van een wisselwerking tussen brein en psyche, later — na de kritiek van Van den Hoofdakker⁹ — zelfs tussen brein en milieu. Wat dan opvalt is dat het stimulus — respons model minder geschikt is om deze wisselwerking tot uitdrukking te brengen. Dat blijkt bijvoorbeeld bij vergelijking met de visie van Popper en Eccles. De laatsten stellen de wisselwerking ongeveer voor als een wederzijds elkaar doordringen van psyche en brein. Bij Van Praag heeft het er de schijn van

7. Van Praag (1976), p. 6.

8. Van Praag (1976), pp. 12, 13.

9. Bedoeld is Van den Hoofdakker (1980).

dat op een of andere manier het cerebrum als biologisch regelsysteem toch nog 'los' verkrijgbaar is en dat van interactie pas sprake kan zijn na een lange omweg, nl. wanneer 'gedrag' de 'psycho-sociale input' weer bereikt. Een ander verschil is dat bij Van Praag de wereld van het 'psychische' geen wetmatigheden en continuïteit lijkt te bezitten los van het neurobiologische substraat, terwijl bij Popper en Eccles in elk geval het 'self' een relatieve autonomie heeft ten opzichte van genoemd substraat. Een laatste divergentie betreft de notie causaliteit, natuurlijk een uitermate complex en teer punt. Erkend dient te worden dat ook bij Popper en Eccles de idee van een causale inwerking van de psyche op het brein en vice versa uiteindelijk (ik wil niets af doen van de gedetailleerdheid van hun beschouwing) een enigszins mistige figuur blijft. Toch is bij hen deze notie met veel meer voorzorgen omgeven dan bij Van Praag. En wat in dit verband belangrijker is: van causaliteit en daarmee van interactie is bij hen op *ieder moment* (èn) *in twee richtingen* sprake. Het input — output systeem van Van Praag suggereert echter een *unidirectionele* causaliteit. Van wisselwerking kan pas sprake zijn als de cirkel zich sluit, als gedrag (output) weer psychosociale input wordt.

Een kwaadwillende lezer zou overigens nog verder kunnen gaan in zijn kritiek op Van Praag. Zo stelt Van Praag dat psychosociale factoren en biologische veranderingen ongelijksoortige, maar qua belang evenwaardige componenten zijn in de causatie van gestoord gedrag. Anderzijds echter suggereert het input — output schema en wat Van Praag opmerkt over etiologie en pathogenese een veel lossere band tussen etiologische factoren en de output, dan tussen pathogenese en output. Een mogelijke interpretatie zou dan zijn dat pathogenetische processen deterministischer zijn dan etiologische en dat het wetenschappelijk onderzoek zowel als de medische behandeling zich in eerste instantie op de pathogenese zouden moeten richten. Een ander punt van kritiek zou kunnen zijn dat het stimulus — respons model gemakkelijk tendeert naar een epifenomenalistische opvatting van de verhouding van hersenen en geest, net als in het (neo)behaviourisme het geval is. Ik noem deze mogelijke implicaties, niet omdat ik Van Praag ervan beticht deze voor zijn rekening te willen nemen, maar om de verstrekkendheid van een eenmaal gekozen uitgangspunt te verduidelijken. Wat Van Praag betreft, in zijn spreken over het cerebrale substraat als producent van gedrag gebruikt hij de termen 'voorwaarde', 'oorzaak' en 'factor' door elkaar, zodat wat betreft zijn visie op de causatie van gedrag niet te snel conclusies mogen worden getrokken. Bovendien zijn de talrijke voorbeelden die hij noemt welsprekender met betrekking tot zijn bedoelingen, dan het ietwat ongelukkige schema dat hij als uitgangspunt neemt.

Nu over naar Van den Hoofdakker, die zoals gezegd scherpe kritiek op Van Praag heeft geleverd.¹⁰ Twee punten wil ik naar voren halen, nl. achtereen-

10. Van den Hoofdakker (1980). Zijn kritiek op Van Praag betreft ook een ander punt dat

volgens zijn bezwaren tegen de veronderstelde causale relatie tussen hersenen en gedrag en zijn bezwaren tegen de veronderstelde complementariteit van psychosociale en neurobiologische factoren in de causatie van gestoord gedrag. Ook al zijn er materiële determinanten van gedrag, zegt Van den Hoofdakker, dan betekent dat nog niet dat er materialistische conclusies ten aanzien van de oorzaken van gedrag kunnen worden getrokken. Het feit dat bepaalde psychofarmaca in bepaalde situaties effectief zijn, wijst er op dat materiële factoren een rol spelen bij het voortbestaan en wellicht ook bij het ontstaan van 'afwijkend' gedrag. Of misschien gaat zelfs deze formulering te ver. Wat wij weten over de neurobiologische werking en het therapeutische effect van psychofarmaca is pure empirie: 'Wij verstrekken ze omdat we weten dat ze werken, niet omdat we weten waarom ze dat doen'.¹¹ In ieder geval verzet Van den Hoofdakker zich ten sterkste tegen de veronderstelling van een causaal verband tussen de werkingen op cerebraal en gedragsniveau van psychofarmaca. Dat is ongeoorloofde theorie, die tenslotte uitdraait op ideologie in de vorm van een speurtocht naar het pathogene agens bij de zieke individu, die bijgevolg los van iedere sociale context wordt gezien. Er is niet een ziekte-oorzaak op cerebraal niveau, met dwingende noodzakelijkheid leidend tot gevolgen op gedragsniveau. Dit model dat dan wel mag opgaan voor infectieziekten en afkomstig is uit de vorige eeuw, leidt tot desastreuze gevolgen indien toegepast in de psychiatrie. Terecht heeft 'de' antipsychiatrie dit aan de orde gesteld.¹²

Maar, vraagt men zich af, Van Praag sprak toch ook van psychosociale determinanten van gedrag, weliswaar opererend via het cerebrale substraat maar toch even oorzakelijk als de neurobiologische determinanten van gedrag? We komen hiermee op het tweede punt. Van Praags opponent meent dat deze visie wel moet leiden tot een 'onversneden paradox'. Want 'het één (hersenen als oorzaak van gedrag, G.G.) impliceert dat de hersenfysiologie de baas is over de mens, het ander (psychosociale factoren als oorzaak van hersenfunctioneren G.G.) dat de mens de baas is over de hersenfysiologie'. En even verder: '... men kan het zenuwstelsel niet tegelijkertijd door interne en externe factoren laten beheersen en het de macht geven over diezelfde factoren'.¹³ Het is evident dat Van den Hoofdakker

hier niet aan de orde komt, nl. dat Van Praag in zijn ogen het individu teveel los ziet van zijn omgeving. De verbondenheid met het milieu geldt ook de hersenwerking als materieel proces (vijf. biologische ritmen). Teveel zou Van Praag zieke en ziekte isoleren van hun context en plaatsen in een 'vacuüm'. Deze kritiek gaat m.i. te ver. In een later artikel benadrukt Van Praag — overigens zonder Van den Hoofdakkers kritiek te vermelden — dat hij het brein als brein-interactie ziet en dat hij wel degelijk rekening wil houden met sociale factoren (Van Praag, 1981).

11. Van den Hoofdakker (1980), p. 423.

12. Volgens Van den Hoofdakker is het denkstramien van de meer rationele vleugel van de antipsychiatrie met haar sociologische visie op geestesziekte (ziekte als interactievorm, als uitstotingsproces e.d.) verwant met het systeemdenken.

13. Van den Hoofdakker (1980), pp. 421, resp. 420.

geen enkel heil ziet in een interactietheorie. Ook Popper en Eccles' theoretische veel sterkere variant van deze theorie zal hij verwerpen. Veel meer blijkt hij geporteerd voor de identiteitsopvatting. Het menselijk lichaam, het gedrag en de interactie met de omgeving, zij alle maken deel uit van één systeem en behoren dienovereenkomstig beschreven te worden. Dit systeem is open en informatieverwerkend, hetgeen bijv. ten aanzien van psychologische theorieën inhoudt dat deze de interactie van de persoon met zichzelf en zijn omgeving beschrijven in termen van uitwisseling en bewerking van informatie. Biologische en psychische aspecten van het menselijk functioneren zijn te beschouwen als talen, te beschrijven volgens een systeem-theoretische grammatica. Het verband tussen deze talen is correlatief. Zij beschrijven de-'zelfde' materie, maar op een ander ordeningsniveau. Het misverstand dat ten aanzien van gestoord gedrag dreigt, licht Van den Hoofdakker ook nog toe met een beeld ontleend aan Thomas Szasz. Als een televisieprogramma niet bevalt, roepen mensen niet de hulp in van een t.v.-monteur. Wie dit wel doet, maakt een 'categorie-fout', overigens evenals hij die de televisie-omroep opbelt als er een storing in de elektronica van het toestel bestaat. Psychiatrisch gestoorde mensen blijven aanspreekbaar op hun daden, op hun omgang met medemensen. Hun 'gestoord'-zijn dient primair in psycho-sociale termen beschreven te worden. Dat sluit een materialistische beschrijving van gedrag niet uit, mits daarbij de toestand van het centraal zenuwstelsel wordt gerelateerd aan de omgeving. Beide beschrijvingswijzen zijn talen met een eigen geldingsbereik.¹⁴

3. *Gezichtspunten uit de reformatorische wijsbegeerte*

De reformatorische wijsbegeerte kent geen 'eigen' wijsgerige antropologie; wel zijn er enkele aanzetten.¹⁵ Een enkel punt licht ik er uit met het oog op ons onderwerp.

Sterke nadruk wordt gelegd op de eenheid van de mens. Aan die eenheid is van alles te onderscheiden, zoals modaliteiten, individualiteitsstructuren, vervlechtingen daartussen, een actieven etc. Primair is echter de samenhang van deze structuren en de gerichtheid op en vanuit het hart. Het directe belang van deze stellingname is, dat het vertrekpunt van iedere discussie over psychofarmaca niet een *dualiteit* van biologische en psychische processen dient te zijn, die vervolgens theoretiserend al dan niet tot een geheel moet

14. Helemaal consequent in de scheiding van de talen is Van den Hoofdakker niet. Zo heeft het bijv. volgens hem geen zin hersenonderzoek te verrichten zonder gedragstheorie, met andere woorden zonder noties als betekenis, doel etc. Mijns inziens impliceert dit dat deze noties in de taal van het hersenonderzoek doordringen. Ik ondersteun deze gedachte, maar zij staat op gespannen voet met de identiteitshypothese en het op grond daarvan gepostuleerde hoogstens correlatieve verband tussen de talen.

15. Een heldere inleiding biedt W. Koning (1983).

worden omgesmeed. Deze dualiteit is zelfs al een produkt van abstraherend denken. De vakwetenschappelijke en wijsgerige discussie begint bij de mens zoals we hem aantreffen en niet bij de mens zoals we hem tevoren op wetenschappelijke maat hebben gesneden. Fysisch-chemische, biologische en psychologische processen zijn betrokken op en worden gericht door de actstructuur. Wel gehoorzamen al deze processen elk aan eigen wetten, maar zij zijn altijd opgenomen in het handelen van de mens.

Een volgend punt betreft de orde in de ontsluiting van de modaliteiten (zijnswijzen, aspecten). Zoals bekend onderscheiden Dooyeweerd en Volleghoven aan de werkelijkheid een aantal aspecten, te weten veertien, van het arithmetische, het ruimtelijke, het biotische, het psychische, via nog een aantal aspecten tot aan het pistische. Al het bestaande functioneert in alle aspecten, alleen op heel verschillende wijze. Een eerste onderscheiding met betrekking tot het functioneren binnen de aspecten is die tussen subjects- en objectsfuncties. Iets heeft een subjectsfunctie binnen een bepaald aspect als de ontsluiting van dat aspect door dat 'iets' plaats vindt. Hetzelfde iets heeft een objectsfunctie binnen een bepaald aspect, als dat iets is opgenomen in de ontsluiting van een hoger aspect. Een tafel heeft subjectsfuncties in de aspecten tot en met het fysische, d.w.z. het ontsluit numerieke, ruimtelijke en fysische aspecten van de werkelijkheid door zijn eigen bestaan, terwijl de tafel een objectsfunctie heeft in alle hogere aspecten. Zo kan het gezin aan tafel eten, waarbij de tafel is opgenomen in de ontsluiting van bijv. het sociale en ethische aspect.¹⁶ Belangrijk is nu dat er binnen het geheel van aspecten een orde bestaat, waarbij de lagere aspecten worden ontsloten door de hogere. In een wereld zonder mens zouden de vorm en de hoogte van de tafel puur toevallige gegevens zijn, in een wereld vol mensen hebben de fysische eigenschappen van de tafel echter een zeer specifieke betekenis: je moet er aan kunnen zitten om bijv. te eten. Zo ook is in een wereld zonder smeden een hamer een puur toevallig fysisch vormsel, in de handen van de smid krijgt deze daarentegen een speciale waarde. Dit alles moge hoogst triviaal klinken, toegepast op het onderhavige onderwerp kunnen een aantal belangrijke conclusies worden getrokken.

In de eerste plaats behelst de ontsluitingsidee principiële kritiek op het materialisme. De materiële werkelijkheid is nl. niet als een gesloten systeem te beschrijven. Als van een tafel al geldt dat deze als fysisch feit afgedacht van de mens een slechts contingente betekenis heeft, dan geldt dit a fortiori voor het menselijk zenuwstelsel.¹⁷ In fysisch-biotische termen kan de speci-

16. Strikt genomen dient hier niet van ontsluiting maar van positivering gesproken te worden, die de actualisering van mogelijkheden 'van binnenuit' in de aspecten betreft.

17. De gedachte van de ontsluiting van lagere aspecten door hogere is verwant aan Poppers stelling dat de materiële wereld niet als gesloten systeem te beschrijven is. Popper wijst in dit verband ook op Campbell's principe van de zogenaamde 'downward causation', waarin gesteld wordt dat macrostructuren in de werking op hun samenstellende delen andere eigenschappen

fieke doelgerichtheid van de werking van het centraal zenuwstelsel nooit adequaat beschreven worden. Deze specificiteit valt weg, net als wanneer gepoogd wordt de functie van de tafel in louter fysische termen weer te geven.

In de tweede plaats zijn de aspecten onherleidbaar. Dit impliceert dat de relatie tussen de aspecten geen causale is, althans niet in algemene zin. Immers 'a' veroorzaakt 'b' houdt in: 'b' kan worden herleid tot 'a'. De gedachte dat neuronale processen oorzaak zijn van gevolgen op gedragsniveau (in algemene zin) is in strijd met de onherleidbaarheidsidee.

Als er, in de derde plaats, een orde is tussen de aspecten en de ontsluitingsrichting er één is van laag naar hoog, dan betekent dit, dat structurele verstoringen op lager niveau repercussies hebben op hoger niveau, althans in principe.¹⁸ Omgekeerd hoeft dit niet het geval te zijn, al zijn de vervlechtingen bij de mens wel zodadig dat elke (bijv.) psychische verandering gepaard gaat met een verandering op bijv. biotisch niveau. Ons denken en voelen speelt zich inderdaad niet af in een biotisch vacuüm.

Wat betekent dit alles nu met betrekking tot psychofarmaca? Deze geneesmiddelen grijpen aan op fysisch-chemisch niveau. In de depressie, om het maar even tot dit toepassingsgebied te beperken, doen echter allerlei niveaus mee, biotische processen (stofwisseling), psychische (stemming), het handelen van de mens in allerlei opzicht (activiteitsniveau, vermogen tot sociaal contact). Op grond van het bovenstaande kunnen twee restricties worden gemaakt met betrekking tot de genezende werking van psychofarmaca: a) deze genezing treedt alleen in wanneer er inderdaad sprake is van een structurele verstoring op fysisch-chemisch niveau; onderzoek heeft de laatste twee decennia uitgewezen dat dergelijke stoornissen inderdaad bestaan; b) psychofarmaca zijn ook dan nog hoogstens voorwaardescheppend in het genezingsproces, met andere woorden de condities op de hogere niveaus moeten van dien aard zijn dat het structurele herstel ook op deze niveaus kan doorwerken. Natuurlijk is één en ander hier nogal ideaaltypisch gesteld. In de praktijk hoort men soms mensen na een op zich geslaagde behandeling met antidepressiva, waarbij o.a. de bewegingsremming en lusteloosheid afnemen en de stemming verbetert, zeggen dat zij zich weliswaar minder 'depressief', maar nog steeds 'ontevreden' voelen. In dat geval bestaan er vaak nog problemen op andere gebieden. Anderzijds moet het effect van psychofarmaca op de hogere niveaus niet onderschat worden, hetgeen moge

hebben dan wanneer zij louter de verzameling van constituenten zouden zijn. Het gaat hier om geheel en delen en in de reformatorische wijsbegeerte om de ordening van zijnswijzen, uiteraard een belangrijk verschil. Toch zijn dergelijke samenhangen nadere overweging waard.

¹⁸ De vervlechtingen bij de mens zijn natuurlijk zo immens, dat op de hogere niveaus correctie en neutralisering optreden. Vgl. de blinde die een verfijnder tastzin en een gevoeliger oor voor betekenisnuances in de taal ontwikkelt.

blijken uit het voorbeeld van een religieuze vrouw, die een schuldwaan ontwikkelt en haar huid zelfs voelt branden in de vlammen van de hel, dit alles zonder een voor buitenstaanders evidente aanleiding, welke toestand als sneeuw voor de zon verdwijnt met adequate farmacotherapie. Heftige psychotische toestanden, vaak binnen enkele weken geheel verdwijnend, zijn natuurlijk ook een illustratie van het 'doorwerken' van de chemische effecten op allerlei andere niveaus. Ik kom hiermee terug op een opmerking uit het begin. Wie het menselijk lichaam primair als een geïntegreerd geheel ziet, of beter nog: als geleefde werkelijkheid, heeft genoeg om zich over te verwonderen. Maar hij zal zich anders dan degene die begint bij abstracties, niet verplicht achten om deze werkelijkheid denkend te achterhalen, laat staan denkend tot één geheel te vormen. In de hier voorgestelde wetenschapsoptvatting hoeft de erkenning van het wonder geen verlegenheidsoplossing te zijn, maar sluit zij aan bij de dagelijkse ondervinding dat iedere poging (aspecten van) de werkelijkheid in een totaalconstructie onder te brengen als het ware op deze werkelijkheid afketst.

Ik wil nu kort nog terug komen op resp. de identiteitsopvatting en het interactionisme. Op grond van het boven gestelde kan tegen de identiteitsopvatting ingebracht worden dat deze de *orde* tussen de aspecten verwaarloost. De samenhang tussen de 'talen' van beschrijving blijft onduidelijk. Bovendien postuleren aanhangers van deze opvatting, waarvan sommigen zeggen dat zij een methodologisch zuivere visie biedt, toch iets wat niet bewezen kan worden: het bestaan van iets idents achter de talen. Dat is misschien zo erg nog niet. Het grote gevaar lijkt mij er in liggen, dat voor dit idente wordt ingevuld: het systeem, en dat daarmee een nieuw monisme is geïntroduceerd, dat van de systeemtheorie. De vraag is of een systeemtheoretische grammatica voldoende recht kan doen aan de kwalitatieve verscheidenheid van de aard van de aspecten. Ik heb de indruk van niet. Wat betreft het dualistisch interactionisme: zoals gezegd blijft de idee van een causale inwerking van het psychische op het somatische en omgekeerd een onduidelijke figuur. Op de keper beschouwd kan ik mij er weinig bij voorstellen. De noodzaak om de notie causaliteit, hoe afgezwakt soms ook, in te voeren lijkt te berusten in de wens samenhang aan te brengen tussen de onderscheiden aspecten. Maar de veronderstelling daar weer van lijkt te zijn, dat zonder een dergelijk denkconstruct zo'n samenhang ontbreekt. En dat berust op zijn beurt in de blindheid voor het abstraherend karakter van wetenschappelijk onderzoek. Dat de noodzaak ontstaat het psychische en het somatische met elkaar te verbinden is dus naar mijn mening veelal het gevolg van een voorafgaande isolatie van het psychische en somatische, een isolatie waarvan het artificiële karakter onvoldoende onderkend wordt.

Deze opmerkingen raken ook het ziektebegrip. Vanwege het belang hiervan zij dit zijstapje mij tot slot veroorloofd. Er is wel op gewezen dat de geneeskunde niet begint bij het symptoom maar bij de klacht. De gebruikte

lijke weg is dan die van de klacht, naar het symptoom en vandaaruit naar de ziekteoorzaak. Een causale keten in veler ogen. Op grond van het bovenstaande behoeft het weinig betoog dat in de hier voorgestane visie de klacht méér is dan expressie van een ziekteoorzaak. De arts is met andere woorden niet gereed met de diagnostiek en behandeling van ziekteoorzaken alleen. De klacht is een beleving, een noodkreet soms. De structurele verstoring ligt veelal op een ander, bijv. biotisch, niveau. De klacht is een verwerking en interpretatie van de verstoring op het andere niveau. Het klagen behoort tot het actieven, de verstoring heeft een objectfunctie in de positivering van het klagen, om het in de taal van de reformatorische wijsbegeerte te zeggen. Zo opgevat is het vanzelfsprekend dat de klacht primair functioneert in de relatie tussen arts en patiënt en vandaaruit wordt geanalyseerd. Zo hoeven het subjectieve, de arts-patiëntrelatie, en het objectieve, de klacht als symptoom van ziekte niet meer tegenover elkaar te staan.¹⁹ Zo kan ook de tweedeling tussen 'echte' dokters en alternatievelingen grond onder de voeten verliezen. Want om het zo te zeggen: het objectieve, de verstoring, heeft objectfuncties die open staan voor ontsluiting vanuit hogere subjectieve aspecten, bijv. ziekteverwerking of het gesprek tussen arts en patiënt. Zo zit de werkelijkheid in elkaar. Dualiteiten als bovengesignaleerde hebben we aan onszelf te danken.

Enige literatuur

- Van Aalderen, H. J., 1975, Arts en gespannen patiënten, *Metamedica* 54, 273-276.
 De Boer, Th., 1930, *Grondslagen van een kritische psychologie* (Ambo, Baarn).
 Dooyeweerd, H., 1961, De taak ener wijsgerige anthropologie en de doodlopende weg tot wijsgerige zelfkennis, *Philosophia Reformata* 26, 35-59.
 Dooyeweerd, H., 1954, De leer van de mens in de wijsbegeerte der wetsidee, *Sola fide* 7, no. 2.
 Van den Hoofdakker, R. H., 1980, Over hersenen en gedrag in de psychiatrie, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 35, 403-424. Ook verschenen in A. W. M Mooij & H. Proce (red.), 1980 *Aspecten van de psychiatrie* (Ambo, Baarn).
 De Jonghe, F. E. R. E. R., 1981, *Hoe medisch is de psychiatrie?*, inaugurele rede (Alphen aan de Rijn).
 De Jonghe, F. E. R. E. R., 1981, Psychotherapie en pharmacotherapie?, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 23, 34-45.
 Koning, W., 1983, De wijsgerig antropologische denkbeelden van Herman Dooyeweerd, *Radix* 9, 2-28.
 Meininger, J. V., 1975, De betekenis van het klagen in de geneeskunde, *Metamedica* 54, 141-146.
 Meininger, J. V., 1975, Het klagen van de patiënt over zijn gezondheid, *Metamedica* 54, 146-154.
 Metz, W., 1975, Over tranquillizers en de theorie der geneeskunde, *Metamedica* 54, 281-286.
 Van Peursen, C. A., 1958, *Filosofische oriëntatie. Een inleiding in de wijsgerige problematiek*, (Kok, Kampen). (m.n. pp. 207-214 en 238-242).
 Van Peursen, C. A., 1970*, *Lichaam - ziel - geest. Inleiding tot een fenomenologische antropologie*

19. Deze opmerking raakt ook de veel besproken dualiteit tussen de natuurwetenschappelijke en de geesteswetenschappelijke benadering in de psychiatrie en psychologie. Vgl. De Boer (1980).

- (Erven J. Bijleveld, Utrecht).
- Popper, Karl R., en John C. Eccles, 1977, *The self and its brain* (Springer-Verlag, Berlin Heidelberg Londen New York).
- Van Praag, H. M., 1976, *Depressie en schizofrenie. Beschouwingen over hun pathogenese* (Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht).
- Van Praag, H. M., 1981, Socio-biologische psychiatrie of: de wisselwerking tussen brein en omgeving. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 23, 140-150.
- Van Praag, H. M., 1982, De betekenis van biologische factoren bij de diagnostiek van depressies I. Biochemische variabelen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 24, 201-214.
- Sporken, P., 1977, *Ethiek en gezondheidszorg* (Amboboeken, Baarn), hoofdstuk 17.
- Strijbos, S., 1984, *Dokter en denker*. Opstellen over medische filosofie en medische ethiek (V.U. C.I.F./subfaculteit der tandheelkunde, Amsterdam).

Drs. G. Glas (geboren in 1954) is psychiater. Adres: Rijksstraatweg 13, 1396 JC Baambrugge.