



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Psychiatrie in 3-D

Glas, G.

Citation

Glas, G. (2007). *Psychiatrie in 3-D*. Leiden: Universiteit Leiden. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/14599>

Version: Not Applicable (or Unknown)

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

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/14599>

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

Prof.dr. G. Glas

Psychiatrie in 3-D



Universiteit Leiden



Psychiatrie in 3-D

Oratie uitgesproken door

Prof.dr. G.Glas

bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar

Wijsgerige aspecten van de Psychiatrie

op vrijdag 7 december 2007



Universiteit Leiden

Mijnheer de Rector, leden van het College van Bestuur, leden van de Raad van Bestuur van het LUMC, dames en heren,

Mijnheer Jansen is een tachtigjarige alleenwonende man, weduwnaar sinds vier jaar. Hij is opgenomen met een psychotische depressie. Hij heeft de waan dat zijn huis, eens een statige boerderij in het buitengebied, wordt opgegeten door maden, larven en ander ongedierte. Eerst zaten ze alleen in de begroeiing tegen de muren van zijn huis. Maar nu zijn ze via de dakgoten zijn huis binnengedrongen. Al jaren heeft hij de goten niet onderhouden, alles is verrot en het is zijn eigen schuld. Overal zitten ze, de beestjes, in zijn lakens, in zijn kleren, in zijn bed. Hij voelt zich totaal machteloos en durft niet te eten omdat ze ook in zijn voedsel zitten. Op de achtergrond speelt de achterdocht een rol. Zijn huishoudelijke hulp zou hem uit zijn huis willen hebben. Mijnheer Jansen vermoedt dat ze er zelf wil gaan wonen. Toch staat niet die gedachte staat op de voorgrond, maar een andere. “Het is eigenlijk meer dat ik geen verweer meer heb”, zegt hij in een moment van helderheid. “Ik heb geen verweer omdat ik geen liefde meer heb. Daarom ben ik niet langer sterk.” De maden en larven zijn er door een gebrek aan verweer. En het gebrek aan verweer ziet mijnheer Jansen als gevolg van een gebrek aan liefde. De liefde maakte hem sterk en weerbaar. Maar na de dood van zijn vrouw is de liefde van hem geweken.

Dames en heren, de psychiatrie is nog nooit zo’n spannend en intrigerend vak geweest als vandaag. Zoals elke medicus wordt ook de psychiater uitgedaagd wetenschap te integreren met de professionele rol. Maar juist in de psychiatrie zijn die twee, wetenschap en professie, opmerkelijk in beweging. Wat betreft de wetenschap zijn het vooral de ontwikkelingen

in de neurowetenschappen die tot de verbeelding spreken. Wat zeggen onderzoeksresultaten over de patiënt en diens stoornis, over de mens en diens vrijheid? Stel dat we een neurowetenschappelijke theorie hebben over de psychotische depressie van mijnheer Jansen, welke aspecten van diens functioneren worden dan door die theorie verklaard? Hoe moeten we neurowetenschappelijke verklaringen plaatsen ten opzichte van verklaringen in termen van redenen, motieven en verlangens? Wat betreft de professionele rol gaat het vooral om vragen over het domein, de macht en de menselijkheid van de psychiatrie. Mijnheer Jansen is gedwongen opgenomen, toen hij door de hulp sterk vermagerd en verward werd aangetroffen. Daar is hij nog steeds boos over. Wat geeft de psychiater het recht zo diep in te grijpen in het leven van anderen? Die vragen gelden niet alleen dwangopname en dwangbehandeling, maar ook bepaalde geneesmiddelen en nieuwe vormen van neurochirurgisch ingrijpen, zoals ‘deep brain stimulation’. Wetenschap en professionele rol ontmoeten elkaar in de spreekkamer. Juist de interactie tussen die twee is interessant. We stuiten hier op het legitimatievraagstuk. Het is wetenschappelijke kennis en op wetenschap gebaseerde kunde die het professionele handelen legitimeren. Toch kan de legitimatie van het geneeskundig handelen nooit uitsluitend in de wetenschap gevonden worden - al was het maar omdat elk medisch handelen intrinsiek feilbaar is.¹ Vanwege die feilbaarheid wordt een sterke wissel getrokken op de moraliteit van de arts en diens vermogen om te communiceren over onzekerheden, met de patiënt en met andere belanghebbenden.² Meer dan ooit is het vak van psychiater koorddans, afwegen van belangen van alle betrokkenen en onderhandelen over waarden die in geding zijn. Daarin is de psychiater overigens niet aan zichzelf overgeleverd: de gedragsregels voor artsen en de beroepscode van de NVvP psychiatrie geven een handreiking.³

Dames en heren, filosofische reflectie is voor de psychiatrie een 'must'. Het is niet een leuk extraatje, iets voor in de leunstoel of voor een beschouwelijk moment, ver van de werkvloer. Want filosofische vragen behoren tot de kern van het vak. De psychiater maakt voortdurend keuzes en neemt voortdurend standpunten in met een intrinsiek wijsgerig gehalte. Als de psychiater medicatie voorschrijft dan hanteert zij impliciet een model van de verhouding tussen hersenen en geest. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de manier waarop er uitleg wordt gegeven en argumenten worden aangevoerd voor het beginnen of stoppen met een behandeling. Als de psychiater overgaat tot dwangbehandeling dan zit in die beslissing een visie verpakt op de menselijke vrijheid in relatie tot ziekten en stoornissen. En als een onderzoeker aan het eind van zijn artikel schrijft dat de resultaten de hypothese ondersteunen dat stoornis X berust op een ontregeling van neuronaal systeem Y, dan zit in de woordjes 'berust op' een hele wereld van ideeën over de relatie tussen neuronale en mentale processen. Het filosofische aspect is daarom inherent aan de psychiatrie.⁴ Het hoort niet bij de zachte rand, maar bij de harde kern. We kunnen wel proberen de vragen en dilemma's te ontwijken, maar ook dan geven we antwoord, zij het ongerefleeteerd. Ik geloof dat het beter, want professioneler is, je van die vragen en dilemma's bewust te zijn. Kortom: zonder wijsgerige reflectie wordt de psychiatrie bijziend en daarmee: stuurloos. Filosofie van de psychiatrie is dus allereerst: ophelderen, ontleden, scherp stellen, expliciteren, laten zien welke vragen in het geding zijn, kortom: diepte zien, 3-D zien; en vervolgens: uitleg geven over de logische geografie, de landkaart die de wegen toont die toegang geven tot de kwestie in het geding.⁵

Het vervolg van deze rede bestaat uit twee delen. Om u een idee te geven welke vragen en thema's tot de intrinsiek

wijsgerige dimensie van de psychiatrie behoren, geef ik eerst een kort overzicht van het nieuwe vak, een landkaart met de provincies en hoofdsteden. Vervolgens vernauw ik de blik en concentreer me op het psychiatrisch ziektebegrip. Want het is het ziektebegrip dat de samenhang moet opleveren tussen theorie en praktijk en dat idealiter vaststelt waar de grenzen van de professie liggen.

De landkaart

Het terrein van de wijsgerige aspecten van de psychiatrie kan worden ingedeeld in een vijftal terreinen.⁶ Het eerste terrein betreft de vraag hoe psychiatrische stoornissen worden gekend. In het tweede domein wordt onderzocht wat psychiatrische stoornissen zijn. Het derde domein richt zich op impliciete en expliciete mensopvattingen in de psychiatrie. Het vierde concentreert zich op normatieve vragen in praktijk en onderzoek. Het vijfde domein legt zich toe op de bestudering van de filosofische implicaties van psychopathologie. De eerste vier terreinen corresponderen met klassieke subdisciplines in de filosofie, respectievelijk: kennisleer, ontologie, antropologie en ethiek. Het vijfde terrein is nieuw en betreft de bijdrage van psychiatrisch inzicht aan de filosofie. Ik maak over elk van de deelreinen een paar opmerkingen.

Kentheorie van de psychiatrie

Mijnheer Jansen begint te vertellen. De psychiater luistert, vraagt, overweegt en ordent. Er begint zich een beeld af te tekenen. Alledaagse taal wordt omgezet in de klinische taal van verschijnselen, symptomen en syndromen. Diagnostische paden worden onderzocht op hun begaanbaarheid tot er een voorlopig oordeel wordt geveld, de werkdiagnose: de toestand van mijnheer Jansen past het best bij een depressieve stoornis met psychotische kenmerken. In feite gaat het hier om een

uiterst interessant en ingewikkeld proces, waarover opvallend weinig onderzoek is gedaan.⁷ Door goed te kijken kunnen in elk geval twee gangbare voorstellingen over de relatie tussen wetenschappelijke kennis en praktijkkennis worden gecorrigeerd. Volgens de eerste voorstelling is het diagnostische proces een vorm van subsumeren, van het onderbrengen van het individuele geval onder een meer algemene rubriek of categorie. Deze voorstelling van zaken is simplistisch. Het klinische kennen is veel subtieler en ingewikkelder. Ik heb het over de wonderlijke mix van getrainde ervaring; van kennis van feiten, waarschijnlijkheden, regels, patronen en prototypen; en van hogere orde intuïties met een meer holistisch, Gestalt-achtig karakter. Vooral over deze holistische en op patronen gerichte kennis is nog betrekkelijk weinig bekend. Ze lijkt al heel vroeg in de keten van informatieverwerking te worden geactiveerd. Hoe kunnen we anders verklaren dat de ervaren arts al bij het opstaan van de patiënt in de spreekkamer weet of er sprake is van een echte hernia of niet. Voor nu is het voldoende te zeggen dat het subsumptiemodel te mechanisch en mentalistisch is. Juist de filosofie van de psychiatrie kan een bijdrage leveren aan een opvatting van kennis die veel meer recht doet aan het organische, belichaamde en contextgebonden karakter van het klinische denken en kennen. Een van mijn promovendi is bezig dit voor de psychotherapie uit te werken. Een van de meer interessante aspecten van het huidige competentiedenken voor de medische vervolgopleidingen is, dat het dit organische en contextgebonden karakter van het klinische kennen erkent. Ik zie hier mogelijkheden om de filosofie van de psychiatrie (en meer in het algemeen de geneeskunde) te betrekken op de medische onderwijskunde.⁸

Een tweede gangbare voorstelling betreft de dichotomie tussen *Erklären* en *Verstehen*, verklaren en verstaan, - door Karl

Jaspers in 1913 in de psychiatrie geïntroduceerd⁹ en sindsdien in velerlei toonaard herhaald.¹⁰ Ook hier is enige correctie op zijn plaats. Erklären heeft betrekking op het verklaren in termen van objectieve, causale samenhangen, zoals in de natuurkunde en de biologie. Verstehen heeft betrekking op het subjectief begrijpen van zinsamenhangen. Denk bijvoorbeeld aan de betekenisvolle samenhang tussen verlies en verdriet, of tussen een belediging en het rood aanlopen van het gelaat van de beledigde. Het verklaren in termen van causale samenhangen gaat voorbij aan betekenissen, intenties en de subjectiviteit van eerste persoonservaringen (qualia), zo luidt een gangbare opvatting; terwijl omgekeerd het begrijpen van zinsamenhangen (intenties bijvoorbeeld) geheel los zou staan van het verklaren in termen van causale samenhangen. De kwestie is te groot voor nu, maar ook weer te belangrijk om helemaal te laten rusten. Te belangrijk, omdat naar mijn stellige overtuiging de malaise in de psychiatrische theorievorming minstens deels voortvloeit uit een onvermogen om boven deze dichotomie uit te komen.

Mijn relativering vloeit voort uit twee overwegingen. De eerste is dat de scheiding tussen verklaren en begrijpen schatplichtig is aan een andere (Cartesiaanse) dichotomie, namelijk die tussen geest en lichaam, subjectiviteit en objectiviteit, cultuur en natuur. Zoals bekend berust het Cartesianisme op een mechanistisch deterministische visie op de materiële werkelijkheid en een isolatie en verzelfstandiging van mentale processen, als zouden deze uitingen zijn van een puur immateriële geest. Wanneer we deze verabsoluteringen opgeven, dan is het niet langer zo dat causale samenhangen slechts in termen van een fysisch determinisme kunnen worden begrepen. En dan is het evenmin zo dat intenties en betekenissen slechts gezien kunnen worden als producten van een geïsoleerde, vrij rond zwevende geest. Denk aan babyhandjes die tasten naar de fles

of de moederborst - ze bewegen zich noch puur reflexmatig noch puur intentioneel. Het tasten heeft een gerichtheid die uitstijgt boven elke mechanische verklaring. Tegelijk is die gerichtheid belichaamd en ingebed op een manier die elk mentalisme de pas af snijdt. De babyhandjes belichamen een intentie (*embodiment*), ze zijn ingebed in een fysieke, tactiele en kinesthetische context (*embeddedness*) en ze hebben het karakter van een handeling (*enactment*). Terecht heeft de beweging die streeft naar een naturalisering van de fenomenologie aandacht gevraagd voor deze drie aspecten, de embodiment, de embeddedness en de enactedness van mentale processen. Ik zie in deze beweging een van de belangrijkste bijdragen aan de vernieuwing van de theorie van de psychiatrie.¹¹ Een van mijn promovendi onderzoekt deze naturalisering van de fenomenologie ten aanzien van de fenomenen empathie en autisme.

Mijn tweede overweging vloeit uit de voorgaande voort. Immers zodra de verabsolutering van het lichamelijke en het mentale is opgegeven, krijgen we lucht. Dan is er ruimte voor kentheoretisch pluralisme. Dan ontvouwt zich een rijk palet van allerlei soorten verklaringen die geen van alle het laatste woord hebben, omdat elk een bepaald aspect van het bestudeerde fenomeen belicht: statistische verklaringen, mechanische verklaringen, functionele verklaringen, verklaringen in termen van affectief bepaalde motieven, doelrationele overwegingen, en groepsbelangen.¹² Een methodisch reductionisme - scherp te onderscheiden van ontologisch, theoretisch en causaal reductionisme - krijgt dan haar eigen legitieme plaats. Juist in de poging tot (methodische) reductie wordt duidelijk in welk opzicht het betreffende fenomeen aan een uiteindelijke (ontologische, theoretische of causale) reductie ontsnapt.¹³ Samenvattend: de dichotomie tussen *Erklären* en *Verstehen* kon zo'n dichotomie worden omdat kentheorie te nauw werd

gekoppeld aan ontologie. Verklaren kwam tegenover begrijpen te staan omdat de werkelijkheidsdomeinen waar beide betrekking op hebben, op voorhand al van elkaar waren gescheiden. Een kentheoretisch pluralisme dat gepaard gaat met een bescheiden metafysica biedt ruimte om de eigenheid van het bestudeerde fenomeen te erkennen. Juist die combinatie (kentheoretisch pluralisme plus bescheiden metafysica) heeft een verhaal als men probeert te begrijpen hoe een en hetzelfde proces onderworpen kan zijn aan verschillende wetmatigheden met elk hun eigen type verklaring. Toegepast op de psychiatrie: dezelfde neuronen functioneren in verschillende contexten met elk hun eigen wetmatigheden. Ze functioneren als cellen, als cellen opgenomen in weefsels, als cellen in weefsels die deel uitmaken van het lichaam, als cellen in weefsels in lichamen die handelen en interacteren (enz.). Daarom is het a priori onjuist om van een bepaald type verklaring (bijvoorbeeld een cellulaire verklaring) te zeggen dat deze het geheel van de verschijnselen verklaart. Het 'geheel' is een filosofisch grensbegrip dat we wel vooronderstellen in ons denken en handelen, maar vakwetenschappelijk niet te pakken krijgen. De vakwetenschappen belichten bepaalde aspecten van het geheel.

Ik wil het hoofdstuk kentheorie niet afsluiten zonder te wijzen op een onderbelicht punt in de kentheorie van de geneeskunde: het verschil tussen redeneren op basis van statistische waarschijnlijkheid en redeneren op basis van oorzakelijk geachte pathofysiologische processen.¹⁴ Vanouds is de geneeskunde georiënteerd op het laatste, het ontdekken van oorzaken. Men spreekt in dit verband wel van het Koch-Virchow model. Volgens dit model is er een pathogeen agens dat via een reeks van tussenstappen de oorzaak is van symptomen en verschijnselen aan de oppervlakte. In dit model staat de pathofysiologie dus centraal.¹⁵ Gek genoeg

staat deze benadering sinds een kleine 15 jaar onder druk van een benadering die ziekten en hun behandeling vooral getalmatig wil benaderen. Deze, inmiddels welbekende, ‘evidence-based’ benadering vraagt zich af hoe groot de kans op ziekte X is gegeven het feit dat men symptomen $Y_1 \dots n$ heeft.¹⁶

Met name in de psychiatrie heeft de statistische benadering van ziekten een hoge vlucht genomen, deels door gebrek aan solide pathofysiologische hypothesen, deels door een expliciete keus, midden jaren zestig voor het operationalisme van Carl Hempel, de wetenschapsfilosoof. Dit operationalisme sloot goed aan bij de toen sterk opkomende epidemiologie. De meest gezaghebbende classificatie systemen in de psychiatrie - de DSM en de ICD - hanteren een indeling van psychiatrische aandoeningen die sterk op de epidemiologie en daarachter op Hempel's operationalisme leunt. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de dominante plaats van het criterium ‘meetbaarheid’. Meetbaarheid prevaleert boven andere denkbare criteria om tot afgrenzing van psychiatrische stoornissen te komen. De statistische benadering heeft zoals gezegd vooral de epidemiologie in de kaart gespeeld en het is dan ook niet voor niets dat vooral de epidemiologie heeft bijgedragen aan vernieuwingen in de DSM-IIIR en DSM-IV.¹⁷ Merk op dat afwijking van een statistische norm nooit de enige grond kan zijn voor de afgrenzing tussen ziekte en abnormaliteit. Ik leg daarmee alvast een bruggetje naar straks, als het gaat over het ziektebegrip. Maar eerst ga ik in op het tweede domein, de ontologie.

Ontologie van de psychiatrie

Ontologische vragen in de psychiatrie hebben onder meer betrekking op zo uiteenlopende zaken als de relatie tussen lichaam en geest; de onherleidbaarheid van systeemniveaus (modaliteiten, zijswijzen); de menselijke vrijheid in relatie

tot fysisch determinisme; en de status van wetten. Ik licht een paar van deze thema's toe vanuit de praktijk van de psychiatrie. Mijnheer Jansen heeft vier maanden medicatie gebruikt, een combinatie van een antidepressief en een antipsychotisch middel. Hij knapt op. De angst en machteloosheid zijn afgenomen, evenals de totale uitzichtloosheid en apathie. De gedachte dat hij wordt belaagd door maden en larven is op de achtergrond geraakt, maar nog niet helemaal weg. Af en toe lacht hij weer en ook heeft hij wat meer belangstelling voor de mensen en dingen om hem heen. Laten we aannemen dat medicatie een belangrijke bijdrage aan het resultaat heeft geleverd. Hoe kan het, luidt dan de vraag, dat een middel dat een oorzakelijke werking heeft op een fysisch en biologisch niveau, tegelijk effecten heeft op heel andere niveaus? De medicatie heeft immers niet alleen effect op mijnheer Jansen's neuronen, maar ook op zijn stemming, zijn gedachten, zijn sociale contacten en zelfs zijn wereldbeeld. Zeggen dat deze effecten ‘het gevolg zijn van’ veranderingen op neuronaal niveau, is een vorm van ‘begging the question’. Want hoe hangen mijnheer Jansen's neuronen samen met zijn gedachten?

De vraag is opnieuw te groot voor nu en te belangrijk om te laten rusten. Laat ik er dit over mogen zeggen. In de grondslagendiscussie van de psychiatrie domineert momenteel het zgn. niet-eliminatief fysikalisme. Volgens deze opvatting is de werkelijkheid in feite (ontologisch) van materiële (fysische) aard, maar kan ze zich deze desondanks ook op een niet-fysische manier aan ons voordoen, bijvoorbeeld mentaal. De werkelijkheid *is* (ontologisch) fysisch (vandaar de term fysikalisme), maar we *kennen* haar op verschillende manieren (namelijk als fysisch materiaal en als mentale inhoud). Het mentale wordt aldus dus niet geëlimineerd. Tegelijk wordt de gedachte dat de bouwstenen van de werkelijkheid louter

materieel zijn niet opgegeven. Het niet-eliminatief fysicalisme is dus een combinatie van ontologisch materialisme en epistemisch dualisme.

Voor de grondslagen van de psychiatrie is de filosofische discussie over de houdbaarheid en de merites van het niet-reductief fysicalisme uiteraard van groot belang. Onderzoekers als Kandel, LeDoux, Damasio, Edelman en Tononi lijken voor deze positie geporteerd te zijn.¹⁸

De filosofie kan de psychiatrie hier helpen, omdat er al enkele decennia een intensieve discussie gaande is over de stabiliteit van het niet-reductief fysicalisme.¹⁹ Het gaat daarbij onder andere om de mogelijkheid van mentale causatie²⁰ en om de status van hogere orde eigenschappen. Zijn mentale eigenschappen 'autonoom' of slechts epifenomeen?²¹ Zijn ze emergent, en zo ja, hoe (ontologisch of epistemologisch)?²² Kan de relatie tussen de zijnsniveaus worden gedacht als een deel - geheel verhouding en zo ja wat impliceert dit ten aanzien van de reduceerbaarheid van het ene niveau tot het andere?²³ Zelf opteer ik voor een vorm van systeemdenken die de eigen aard van de systeemniveaus ook ontologisch verankerd acht.²⁴ Een van mijn promovendi vergelijkt het systeemdenken van Mario Bunge met evolutionaire benaderingen van psychopathologie.²⁵

Daarmee zijn we bij het volgende grote metafysische thema aangekomen: vrijheid. Juist met de vrijheid onderhoudt de psychiatrie een bijzondere en ook ietwat gespannen relatie. De psychiatrie is geboren uit het streven naar vrijheid, uit emancipatorisch elan, eind 18e eeuw, met Philippe Pinel als icoon en de geketenden in de Salpetrière als personae dramatis. Dit elan, dit streven naar vrijheid, is op allerlei manieren gekanaliseerd en bestaat tot op de dag van vandaag. We komen het tegen in de discussie over vermaatschappelijking, in bepaalde public health benaderingen, in de sociale psychiatrie,

in de patiëntenbeweging en in organisaties voor mantelzorg. De instituutpsychiatrie die zich in de 19e eeuw ontwikkelde, stond weliswaar niet los van dit emancipatorische streven, maar kreeg geleidelijk een eigen dynamiek en ontaardde volgens critici in totalitarisme. De clash tussen deze twee radicaal verschillende denkwerelden in de jaren zeventig leidde uiteindelijk tot het juridisch vastleggen van het autonomiebeginsel en de eis van *informed consent*.

Weer een andere inbreng in het vrijheidsdenken kwam vanuit de psychoanalyse. Hoewel in haar theoretische bespiegelingen dubbelzinnig (en ook diepzinnig) ten aanzien van het vrijheidsmotief, koos de psychoanalyse als therapeutische beweging uiteindelijk de kant van de vrijheid. Het ging Freud er om dat het 'ik' baas werd in eigen huis.²⁶ Op dit moment dient de volgende aardverschuiving zich aan, ditmaal uit de hoek van de neurowetenschappen. Wat opvalt in discussies over neurobiologie en de vrije wil is een weliswaar versluierd, maar daarom toch niet minder hardnekkig determinisme en sciëntisme bij spraakmakende onderzoekers en publicisten.²⁷ Teveel wordt in de discussie voorbij gegaan aan het abstracte karakter van het gehanteerde vrijheidsbegrip. Vrijheid is - anders dan in veel beschouwingen wordt verondersteld - wat anders dan pure zelfinitiatie en ook wat anders dan absolute zelfbeheersing. Ik tref mijzelf immers altijd in een situatie aan waarin anderen al met mij begonnen zijn. En ik zie mijzelf altijd al voor vragen en opgaven gesteld waarop ik antwoord moet geven. Vrijheid komt tot zijn recht in het antwoord op het appel van anderen. Ik reken de filosofie van de neurowetenschappen tot de belangrijkste aandachtsgebieden van de nieuwe leerstoel.²⁸

Wijsgerige antropologie van de psychiatrie

Belangrijke thema's in de wijsgerige antropologie van de

psychiatrie zijn persoonlijke identiteit, de betekenis van evolutionaire verklaringen van menselijk gedrag en het mensbeeld.²⁹ Het onderwerp persoonlijke identiteit noem ik slechts in het voorbijgaan. Tal van interessante vragen liggen hier op opheldering te wachten: wat is het verschil tussen persoon en persoonlijkheid, en tussen persoon en ziekte/stoornis? Het verschil tussen persoon en stoornis speelt bijvoorbeeld een rol in de discussie over zelfbinding. Zelfbinding houdt in dat de patiënt in een fase dat hij wilsbekwaam is, vastlegt dat hij gedwongen opgenomen mag worden bij een toekomstige decompensatie, als deze tenminste gepaard gaat met verminderde wilsbekwaamheid.³⁰ De argumentatie voor zelfbinding staat en valt met de mogelijkheid te onderscheiden tussen persoon en ziekte, alsmede met de continuïteit van het persoon-zijn. Is de persoon die zichzelf 'bindt' dezelfde als de persoon die ziek wordt en op dat moment van geen 'zelfbinding' wil weten? Tijdens een manische episode zijn de meeste patiënten met een bipolaire stoornis niet in staat onderscheid te maken tussen zichzelf en hun ziekte: ze zijn gewoon niet ziek en ze trekken zich niets aan van de mening van anderen. Ook voor de omgeving is het vaak moeilijk de persoon achter de zieke te blijven zien. Het persoon-zijn lijkt te zijn geabsorbeerd door de ziekte. Kortom, wie is de echte persoon en wie bepaalt dat? Is het de manicus die zijn en andermans leven ruïneert of is het dezelfde manicus als hij het contract tot zelfbinding ondertekent?

Over evolutionaire benaderingen kom ik dadelijk nog te spreken als het gaat over het ziektebegrip. Daarom nu nog een enkel woord over mensbeelden. Iedere psychiater hanteert een mensbeeld, impliciet of expliciet, rudimentair of verfijnd en gearticuleerd. Uit het schaarse onderzoek naar mensbeelden blijkt dat het expliciet aangehangen mensbeeld niet hoeft te

sporen met het mensbeeld zoals dat uit iemands feitelijke gedragingen kan worden gedestilleerd. Iemand kan beweren een brede bio-psychosociaal model aan te hangen, terwijl hij in de praktijk een materialistische denkwijze hanteert. Mensbeelden, de ingebeelde en de echte, hoeven op hun beurt niet te sporen met het mensbeeld van de professie. Hier ligt een interessant terrein braak voor empirisch filosofisch onderzoek, zoals onderzoek naar de 'models of mind' van psychiaters. Een van mijn promovendi heeft deze 'implicit models of mind' tot onderwerp van zijn dissertatie gekozen.

Ethiek van de psychiatrie

Uit de voorbeelden die ik tot nu toe noemde - dwangopname, dwangbehandeling, zelfbinding - blijkt al dat ethische vragen voortdurend op het bord van de psychiater liggen. Juist in de psychiatrie ligt de afweging van belangen buitengewoon kritisch. Ik noem een aantal betrekkelijk willekeurige vragen.³¹ Moet onderzoek worden gedaan naar het effect van profylaxe met antipsychotica bij 14-jarigen met een verhoogd risico op schizofrenie - als je weet dat het de betrokkenen opzadelt met zorgen die bij een deel van de patiënten ongegrond zullen blijken; en als je weet dat een deel van de patiënten bijwerkingen krijgt die niet altijd over gaan na staken van het middel? Hoe gaat de psychiater om met de dubbelrol bij rapportages pro justitia? Mag het beroepsgeheim worden geschonden als je weet dat de patiënt een ernstig delict zal begaan? Mag men psychofarmaca blijven geven als de betrokkene vooral baat heeft bij de bijwerkingen? Waar liggen de grenzen van de psychopathologie bij extreem religieuze overtuigingen, zoals bij de zgn. overtuigingsdader? Hoe hanteert men de eigen beroepsrol in onderhandelingen met de farmaceutische industrie, verzekeraars, de overheid en werkgevers? Voor welke diensten mag men zich laten betalen en voor welke

niet? Ik kan deze vragen hier alleen maar aanstippen. Het zal duidelijk zijn dat hier een groot terrein van onderzoek en reflectie braak ligt.

Filosofische implicaties van psychopathologie

Het vijfde onderdeel van de filosofie van de psychiatrie is het meest speelse. Ik doel op de psychopathologie als gedachten-experiment in vivo.³² Filosofen zijn zoals bekend verzot op gedachtenexperimenten. En er is wat op los gefantaseerd: teletransporters, tweelingardes, hele en halve breinen die per elektronische post verzonden zouden kunnen worden en in duplicaat lichamen of lichamen van anderen worden geplaatst. En dit alles om serieuze zaken zoals persoonlijke identiteit aan een nadere analyse te onderwerpen.³³ Recent hebben filosofen ontdekt dat de psychiatrie eigenlijk een minstens zo verbeeldingsvolle proeftuin is. Ik moet me hier beperken en kan dus slechts een onderwerp aanstippen: het fenomeen gedachtenininsertie.³⁴ Gedachtenininsertie is de ervaring van sommige patiënten met schizofrenie dat zij de gedachten van iemand anders denken. De persoon die deze bijzonder verontrustende ervaring heeft, hoort die gedachten dus niet, het is niet een soort tele-horen. Nee, zij denkt die gedachten; althans zij is er van overtuigd die gedachten zelf te denken. Deze ervaring heeft in de filosofie tot een nieuwe doordenking van (o.a.) het concept ‘agency’ geleid. ‘Agency’ duidt op het feit dat men de auteur van het eigen handelen is, actorschap. Eeuwenlang hebben filosofen gedacht dat ‘agency’ een transcendentaal en/of noodzakelijk gegeven is. Zo spreekt de filosoof Immanuel Kant over het ‘ik denk’ dat al mijn gedachten begeleidt. Dit ik denk is volgens hem de voorwaarde voor alle denken en zich-voorstellen. Het duidt op het transcendentale karakter van het ik: geen denken zonder dat er iemand is die denkt. Mijn gedachten zijn onvervreemdbaar

van mij. De vraag is nu of het verschijnsel gedachtenininsertie de Kantiaanse opvatting weerlegt. Die discussie kunnen we hier niet vervolgen, het is een van de vele prikkels die de psychiatrie aan de gevestigde orde in de filosofie uitdeelt.

Het ziektebegrip: black box van de psychiatrie

Ik vernauw nu mijn blikveld en richt me zoals aangekondigd op het ziektebegrip. Het ziektebegrip is de black box van de psychiatrie. Toegegeven: er wordt nog steeds veel geschreven over de afgrenzing van psychiatrische stoornissen, over categorale en dimensionele benaderingen van diagnostiek en classificatie, over endofenotypen, biomarkers, risicofactoren en prognostische factoren. Maar in essentie blijft de discussie aan de oppervlakte, letterlijk en figuurlijk. De reden heb ik eigenlijk al aangegeven. De psychiatrie koos in de jaren zestig en zeventig voor de oppervlakte door zich te laten leiden door het operationalisme van Carl Hempel: diagnostiek door nauwkeurige vaststelling van symptomen. Alle aandacht ging uit naar het criterium meetbaarheid. Het zoeken naar oorzaken en mechanismen ging wel door, maar had geen noemenswaardige invloed op hoe er geclassificeerd en gediagnosticeerd werd.³⁵

De derde en vierde editie van de DSM werden geschreven vanuit de hoop twee vliegen in een klap te slaan: het zou klinici leren eindelijk dezelfde taal te spreken en het zou wetenschappers een houvast bieden voor wetenschappelijk onderzoek. Hoewel de DSM een enorme stap voorwaarts betekende slaagde zij maar ten dele in haar opzet. Voor klinici waren de indelingen veel te gedetailleerd. Bovendien zag men in de praktijk een enorme overlap tussen psychiatrische stoornissen (comorbiditeit). Aan wetenschappers daarentegen bood de DSM te weinig houvast. Afwijkende neuronale processen bleken zich niets aan te trekken van de grenzen tussen de stoornissen, terwijl

een en dezelfde stoornis heel goed meer dan één pathogenetisch substraat bleek te kunnen hebben. Kortom, van de gehoopte één op één relatie tussen oppervlakte en diepte, tussen stoornis en mechanisme, kwam niets terecht. Het huidige streven om het tussengebied tussen oppervlak en diepte in kaart te brengen met zogenaamde endofenotypen is begrijpelijk, maar heeft te lijden onder een ernstige theoretische armoede en levert bovendien geen ziektecriterium op. In de White Paper over diagnostiek en classificatie ten behoeve van de DSM-V worden deze euvels wel benoemd, maar worden nog geen knopen doorgehakt.³⁶ De theoretische armoede als het gaat over het ziektebegrip in de psychiatrie wordt gek genoeg vooral door relatieve buitenstaanders opgemerkt. Zo stelt de filosoof Murphy dat het de psychiatrie nooit zal lukken een bevredigende opvatting over ziekte en stoornis te ontwikkelen als ze niet radicaal breekt met de idee fixe van één op één relaties tussen stoornis (oppervlakte) en mechanisme (diepte).³⁷ De afstand tussen (moleculaire) neurobiologie en klinisch syndroom is daarvoor simpelweg te groot. Die afstand zal moeten worden overbrugd met hulp van andere wetenschappen, in het bijzonder de cognitieve neurowetenschappen, aldus Murphy. Zoals de wetten van de natuurkunde pas konden worden ontdekt toen men tegen de eigen intuïties in durfde te denken, zo zal ook de psychiatrie theoretisch pas vooruitgang kunnen boeken als ze afstand neemt van haar eigen 'folk psychology'. In essentie ben ik het met deze stelling eens. Ik heb ook bedenkingen maar die nemen niet weg dat Murphy terecht op de theoretische armoede van de psychiatrie wijst en op het enorme potentieel van de cognitieve neurowetenschappen. Hoe vreemd het ook moge lijken: aan de verwerking van cognitief neurowetenschappelijk onderzoek is de psychiatrie nog maar net begonnen. Gaat zo'n benadering nu een eenduidiger ziektebegrip

opleveren? Wel als het aan de filosoof Jerome C. Wakefield ligt. Wakefield is ook al zo'n relatieve buitenstaander met frisse opvattingen over de grondslagen van de psychiatrie, bovendien iemand met een belangrijke stem in de Task Force die de DSM-V moet voorbereiden. Wakefield pleit al een kleine vijftien jaar voor de opvatting dat ziekte het best kan worden gedefinieerd als 'harmful dysfunction'.³⁸ De grondgedachte is eenvoudig. De 'harm' component duidt op ziekte als iets waar je last van hebt en/of schade van ondervindt. In deze component ligt een impliciet waardeoordeel besloten. De disfunctie component heeft betrekking op het objectieve aspect: een stoornis in een 'intern natuurlijk (d.i. niet-geïntendeerd) mechanisme'. Om te kunnen spreken van ziekte moet er van allebei sprake zijn: er moet een disfunctie bestaan die leidt tot schade of last. Er zijn immers disfuncties zonder schade: een hart dat zich in de rechter thoraxhelft bevindt, het ontbreken van een nier, of samengegroeide tenen. En er is schade en/of last zonder disfunctie: rouw, bepaalde trauma's, of pijn bij het wisselen van de tanden (de voorbeelden zijn van Wakefield).

Waarin verschilt Wakefields opvatting nu van de DSM-IV?

In twee opzichten. Het eerste is dat de DSM het concept disfunctie wel noemt, maar het in één adem operationaliseert in termen die het begrip overbodig lijken te maken. De echte discussie over disfuncties wordt zo ontweken. Het tweede is dat er in die operationalisatie heel wat van de betekenis van het functiebegrip verloren raakt.³⁹

De problemen worden vooral duidelijk als we letten op het criterium dat de stoornis niet een te verwachten en/of cultureel gesanctioneerde respons op een bepaalde gebeurtenis mag zijn. Zoals bekend is dit een van de criteria uit de DSM-IV definitie van geestesziekte. Rouw na de dood van een geliefde is een voorbeeld van een te verwachten en cultureel

gesanctioneerde respons. Wakefield meent dat de toevoeging “niet te verwachten en niet cultureel gesanctioneerd” er toe leidt dat normale variatie wordt verward met het hebben van een stoornis. Elke respons op een stressor die aan de randen van de normale variatie ligt, kan dan als een stoornis worden aangemerkt. Een voorbeeld is de categorie aanpassingsstoornis. Deze wordt gedefinieerd als een overschrijding van een normale en te verwachten respons op een stressor. De definitie bijt echter in zijn eigen staart. De DSM zegt dat afwijkend beleven en gedrag moet berusten op een disfunctie, maar vervolgens operationaliseert het de disfunctie in termen van afwijkingen in beleving en gedrag. Zo komen we dus in een cirkel. Ook de oppositionele stoornis op kindereleeftijd lijdt aan dit euvel, aldus Wakefield. Elk kind dat meer dan gemiddeld z’n zelfbeheersing verliest, met volwassenen ruziet, z’n huiswerk niet maakt en vloekt en scheldt, voldoet aan de criteria van de stoornis. Normale rebellie wordt op die manier al gauw een stoornis. Toevoeging van tijd- en ernst criteria lost het probleem wel pragmatisch, maar niet fundamenteel op. Zonder een ‘hard’ concept van disfunctie is de definitie van stoornissen in de DSM circulair en leidt ze tot het medisch legitimeren van allerlei waardeoordelen.⁴⁰ Niet dat er geen open discussie gevoerd moet worden over de waardeoordelen die in het ziektebegrip besloten liggen. Wakefield pleit juist voor zo’n discussie als het gaat om de ‘harm’ component (last, schade). Zijn probleem is vooral dat in de operationele herdefiniëring van disfuncties ‘harm’ en disfunctie onvoldoende van elkaar worden onderscheiden; sterker nog, dat disfuncties soms in termen van schade en/of last worden gedefinieerd. De echte discussie over waarden raakt zo versluierd, met als netto effect dat die discussie wordt ontweken. Ook raakt de objectieve basis van het ziektebegrip uit zicht.⁴¹

Tot zover ben ik het in grote trekken met Wakefield eens. Problemen heb ik niet met zijn ideeën over het aspect van ‘harm’ (schade, last), maar met zijn ideeën over disfuncties en zijn claim dat middels het disfunctiebegrip de psychiatrie een wetenschappelijk en objectief fundament gegeven zou kunnen worden. Wakefield meent dit echt en gaat hierin zelfs zover dat hij die objectiviteit overleind wil houden, zelfs wanneer de psychiatrie nog geen enkel idee heeft over de empirische inhoud van de betreffende disfunctie.⁴² Wakefield grijpt daarvoor terug op de evolutiebiologie en definieert disfunctie als een stoornis in een (intern) mechanisme die er toe leidt dat de betreffende functie niet langer doet waar hij ‘door de natuur’ voor ‘ontworpen’ is.⁴³ Juist het ‘natuurlijke’ aspect van de disfunctie zou garant staan voor de objectiviteit van het functiebegrip.⁴⁴

Ik heb twee bezwaren tegen deze gedachtengang. De eerste is dat het nog maar de vraag is of functies geheel waarde vrij kunnen worden gedefinieerd. Zo zijn begrippen als verlies en gevaar nogal veelzinnig en bepaald niet waarde neutraal. Het tweede is dat de hele redenering berust op een dichotomie tussen feiten en waarden die bestreden dient te worden.

Over het eerste punt moet ik kort zijn. Over functies wordt al decennia een diepgaande discussie gevoerd in de filosofie van de biologie. De discussie gaat over de vragen als

- Kunnen ‘natuurlijke’ functies (geheel) verklaard worden op basis van natuurlijke selectie?⁴⁵
- Kan evolutionair voordeel in het geval van de mens überhaupt wel worden gedefinieerd zonder dat er tegelijk impliciet wordt verwezen naar waarden?⁴⁶
- Bestaat er zoiets als ‘niet-te-reducere complexiteit’?
- Moet er geen rekening worden gehouden met nog fundamentele principes dan dat van natuurlijke selectie, bijv. met een principe van ‘zelforganisatie’?⁴⁷

Stuk voor stuk zijn dit majeure thema's, ook voor de psychiatrie. Des te spijtiger dat ze in de psychiatrie nauwelijks aan de orde worden gesteld. Zoveel is duidelijk dat een uitsluitend selectionistische benadering van functies (d.i. een benadering die het bestaan van een functie geheel tracht te verklaren vanuit het proces van natuurlijke selectie) eenzijdig is en uitgaat van een inmiddels al wat gedateerde kijk op functies in de evolutiebiologie. Wakefields claim dat alleen een selectionistische benadering van functies de psychiatrie de garantie van een objectief fundament geeft, is dus veel te sterk en onnodig. Daarmee kom ik op het tweede punt. In zijn poging vol te houden dat disfunctie een 'puur feitelijk wetenschappelijk concept' is, leunt Wakefield sterk op een dichotomie tussen feiten en waarden. Tornen aan de evolutionaire benadering van functies betekent voor hem tornen aan de enige wetenschappelijke benadering van functies en dus aan de objectiviteit van het ziektebegrip. Maar zo liggen de zaken helemaal niet, filosofisch niet en ook praktisch niet.

Praktisch niet omdat er - anders dan Wakefield beweert - allerlei andere wetenschappelijke benaderingen van functies zijn dan de evolutionaire. Filosofisch niet omdat Wakefield twee dingen door elkaar haalt die uit elkaar gehouden moeten worden, namelijk waardegeladenheid en subjectiviteit. Als iets een bepaalde waarde heeft, dan is die waarde meer dan een louter subjectieve voorkeur. Een waarde is niet een soort innerlijke bril waarmee ik een op zichzelf neutrale werkelijkheid inkleur. Dat is een mentalistische en subjectivistische voorstelling van zaken. Waarden realiseren zich in de interactie tussen mens en omgeving en tussen mensen onderling.⁴⁸ Waarden hebben betrekking op kwaliteiten van relaties. Dingen, planten, dieren en mensen zijn niet los van die relationele kwaliteiten te definiëren.

Kortom: de feit-waarde dichotomie borduurt voort op een

patroon van denken dat we al eerder tegenkwamen toen het ging over Erklären en Verstehen en over gebaren en emoties. Dit denkpatroon is in essentie Cartesiaans. Het ziet de werkelijkheid als een doods mechaniek en verplaatst alle subjectiviteit naar een denkbeeldig immaterieel innerlijk. Dit Cartesianisme zorgt ervoor dat niet alleen intenties en betekenissen, maar ook waarden solipsistische zaken worden, subjectieve inkleuringen van een neutrale, feitelijke, objectieve werkelijkheid. Zoals u inmiddels duidelijk zal zijn, heb ik sterke bezwaren tegen deze wijze van denken.

Wat betekent dit nu in positieve zin voor het ziektebegrip? Wakefields claim dat hij een objectief disfunctiebegrip heeft geïntroduceerd is te sterk, maar ik deel zijn overtuiging dat de psychiatrie zich veel meer gelegen moet laten liggen aan het concept disfunctie. Anders dan Wakefield meent, kunnen waardegeladen elementen niet worden uitgesloten van de harde kern van het ziektebegrip. Maar dat is ook niet erg. Want erkenning van het waardeaspect betekent helemaal niet dat het ziektebegrip is overgeleverd aan subjectiviteit en pure willekeur. Wie zo denkt gaat uit van de onjuiste aanname dat feiten en waarden los van elkaar staan.⁴⁹

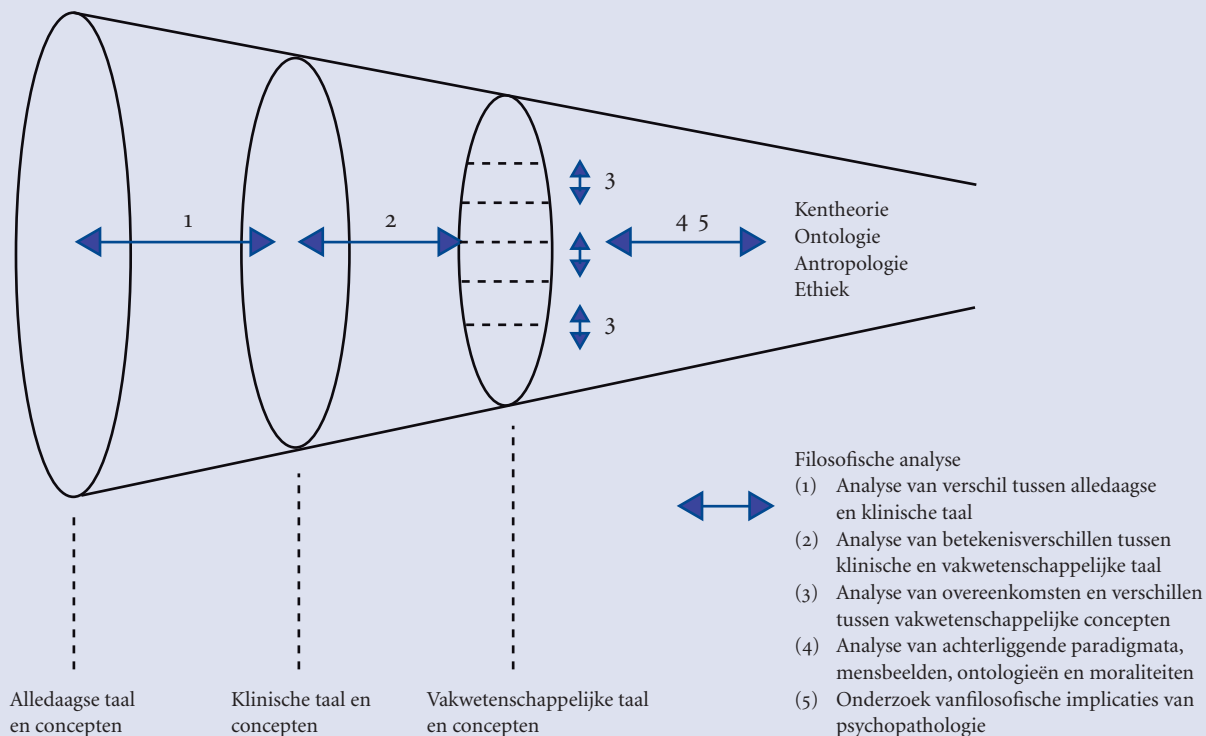
Een disfunctiebegrip dat waarden niet uitsluit, maar er sensitief en pragmatisch mee omgaat, zal er veel pluraler uit gaan zien. Er zijn dan disfuncties op allerlei niveaus: op het niveau van de moleculaire biologie, van de systeembioïologie, de psychologie, de sociologie, om slechts enkele te noemen. De verschillende soorten disfuncties moeten worden gerelateerd aan hun context en aan hun dragers. Een verschil in context kan eenzelfde functie een geheel andere betekenis geven. Daarbij zal ten slotte rekening moeten worden gehouden met de buitengewone complexiteit en plasticiteit van het menselijk brein. Disfunctie A op niveau X kan zich vanwege die complexiteit heel goed manifesteren als stoornis B op niveau Y.

Samenvattend: Wakefield wijst in de goede richting, maar ten opzichte van hem pleit ik voor een pluralistischer en minder objectivistisch functiebegrip.

Dames en heren, ik heb u laten zien dat de filosofie van de psychiatrie geen hoogdravende activiteit is, ver van het dagelijks werk van de psychiater, maar dat ze in de praktijk zelf wordt geboren. Ik heb betoogd dat filosofie van de psychiatrie bestaat uit het expliciteren van het impliciete, uit het bloot leggen, analyseren en waar mogelijk oplossen

van conceptuele dubbelzinnigheden. Ik heb getoond hoe die dubbelzinnigheden vooral aan het licht komen bij overgangen, bij wisselingen van perspectief - tussen het perspectief van de patiënt en dat van de clinicus, dat van de clinicus en van de vakwetenschapper, tussen dat van vakwetenschappers onderling en tussen vakwetenschapper en de filosoof. In figuur 1 heb ik dat geprobeerd ietwat schematisch aan te geven. Filosofie van de psychiatrie helpt de verschillende perspectieven scherp te stellen en op elkaar af te stemmen. Ze is nodig om de psychiatrie 3-D te doen zijn en blijven.

Figuur 1



Graag spreek ik aan het eind van deze rede nog enkele woorden van dank.

Mijnheer de rector en leden van het College van Bestuur.

Ik ben u zeer erkentelijk voor uw medewerking bij het instellen van deze nieuwe leerstoel en dank u hartelijk voor het in mij gestelde vertrouwen. U hebt zich over de kleine letters van de universitaire reglementen moeten buigen om te onderzoeken of het mogelijk is twee leerstoelen tegelijk te bekleden.

Het doet mij deugd dat u geen beletselen kon vinden en meer nog dat u zo ruimhartig medewerking heeft verleend, niet in het minst ook door de financiële ondersteuning van het internationale congres dat vorig jaar bij wijze van kick-off in Leiden kon worden georganiseerd.

Hooggeleerde Klasen, leden van de Raad van Bestuur van het LUMC. Ik ben u zeer erkentelijk voor mijn benoeming. Wat u misschien niet weet is dat het LUMC hiermee een primeur heeft, namelijk het eerste universitaire medisch centrum op het vasteland van Europa te zijn met een leerstoel wijsgerige aspecten van de psychiatrie. Het persoonlijke en strategische karakter van de leerstoel onderstreept zowel het in mij gestelde vertrouwen als de uitdaging om er wat van te gaan maken. Ik streef daarbij naar een goede balans tussen onderwijs, begeleiding van promovendi en het eigen onderzoeksprogramma.

Hooggeleerde Engberts, leden van de Sectie Ethiek en Recht in de Gezondheidszorg. Ik ben hartelijk, kundig en voortvarend door jullie ontvangen. Beste Dick, ik heb groot respect voor je eruditie en je kennis op het terrein van het gezondheidsrecht en de gezondheidsethiek. Ik waardeer je onderkoelde humor en verheug me op onze samenwerking. De andere leden van

de sectie dank ik voor de hartelijke wijze waarop ik ontvangen ben en voor de mogelijkheden tot samenwerking die mij ruimhartig worden geboden.

Hooggeleerde Kleingeld, beste Pauline, leden van de faculteit wijsbegeerte van onze universiteit. Ik heb mij altijd zeer welkom geweten in jullie midden, nu al bijna 16 jaar. Het initiatief tot oprichting van deze leerstoel kwam - ere wie ere toekomt - vanuit de faculteit wijsbegeerte, in het bijzonder de toenmalige decaan Göran Sundholm. Ik ben hem hiervoor uiteraard buitengewoon erkentelijk. Frans de Haas heeft veel werk verzet om alles in goede banen te leiden. Ook hem dank ik hartelijk. En jij, Pauline, maakte het werk af en toonde ook inhoudelijk grote belangstelling. Dat er sprake is van medebenoeming in de faculteit wijsbegeerte drukt nog eens extra uit dat deze leerstoel ook van belang is voor de faculteit wijsbegeerte en onderstreept hoeveel kansen er liggen voor interdisciplinaire samenwerking.

Hooggeleerde Roos, beste Raymond, leden van de Afdeling Neurologie. Ik dank u voor de prettige wijze waarop u een vreemde eend in de bijt als mij hebt ontvangen. Ook dank ik u voor uw medewerking bij de uitvoering van de benoeming en de manier waarop u de sectie betreft bij de Afdeling.

Hooggeleerde Zitman, beste Frans, leden van de Afdeling Psychiatrie. Weliswaar is de leerstoel niet in jouw afdeling gevestigd, dat neemt niet weg dat de afstand kort is en naar ik verwacht zal blijven. Enkele van je stafleden zijn collegae met wie ik in het verleden intensief heb samengewerkt. Ik koester aanzienlijke verwachtingen wat betreft onze samenwerking.

Beste promovendi: Leon, Alan, Jaap, Claire, Shawn, Bert-Jan,

Annette, en ja, ook jullie Bram en Ewoud. Ik heb enorm veel plezier in het begeleiden van jullie denkwerk en dank jullie dat je (althans bijna allemaal) het avontuur van een vakfilosofisch proefschrift onder mijn begeleiding bent aangegaan. Ik hoop nog vele goede uren met jullie te mogen beleven.

Beste aio's, Jetty, Patricia, Frans, bestuur en leden van de staf van de Zwolse Poort. De samenwerking met jullie is voor mij bijzonder inspirerend en erg belangrijk, ook voor het werk op deze leerstoel. Het was een heel avontuur om nu zes jaar geleden een opleiding psychiatrie te starten in een ziekenhuis zonder opleidingstraditie. Ik heb er geen dag spijt van gehad en dat komt vooral omdat ik zo enorm veel van jullie terug krijg. 3-D psychiatrie moet geen zaak van mooie woorden zijn, maar zich bewijzen in de praktijk. Door jullie ben ik extra overtuigd geraakt van nut en noodzaak van deze leerstoel. Bestuur en staf van de Zwolse Poort ben ik erkentelijk voor de ruimte die mij geboden is om aan de grondgedachten zoals hier verwoord vorm te geven bij het inrichten van de opleiding. Ik hoop en verwacht en zie er naar uit om in de fusieorganisatie in dezelfde geest voort te mogen gaan. Beste aio's, ik ben trots op wat de afgelopen jaren tot stand mocht worden gebracht. Weet dat het werk van deze leerstoel niet mogelijk is zonder jullie vragen en commentaar.

Lieve Diet, Arwieke, Marco, Jannes, Neeltje, Hannegeertje, Evar en Roanne. Wat een leven, jullie allemaal bij elkaar! Hoe terecht werd twee dagen geleden nog geconstateerd dat deze dag wel heel in het bijzonder voor spreker dezes bedacht zou zijn. Zo zelden zou deze arme vader, volgens het betreffende Sinterklaasgedicht, in huiselijke kring de kans krijgen om zijn zinnen uit te spreken, laat staan zijn gedachten te ontvouwen. En hoe nodig was het dat Sint hem daar dan toch een keertje

de kans toe gaf. Vandaag was het dan zover. Ik ben de Sint er dankbaar voor.

Diet, ik bewonder je humor, wijsheid en taaie doorzettingsvermogen en weet me enorm door je gesteund. En wat betreft de kinderen en hun partners: ik geniet geweldig van jullie creativiteit, humor en levenslust en - zeker ook - van jullie ontnuchterende commentaar op vrijwel al mijn activiteiten.

Ik heb gezegd

Noten

- 1 Zie S. Gorovitz & A. MacIntyre, Toward a Theory of Medical Fallibility, *The Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 1 [1976], 51-71.
- 2 Ik heb dit uitgewerkt in H. Jochemsen & G. Glas, Verantwoord medisch handelen. Proeve van een christelijke medische ethiek. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1997, hoofdstuk 4.
- 3 Gedragsregels voor artsen (Vademecum. Uitgave KNMG, 2005), zie <http://knmg.artsennet.nl/?p=caxv>. En: Beroepscode voor Psychiaters (Uitgave Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2003), zie http://www.nvvp.net/upload/34613/beroepscode_psychiatrie_-_maart_2003.pdf
- 4 Dit verklaart ook de bloei van dit veld van onderzoek en reflectie. Er is een internationaal netwerk met meer dan 35 aangesloten organisaties/landen (zie <http://www.inpponline.org>); een boekserie *International Perspectives in Philosophy and Psychiatry* die wordt uitgegeven door Oxford University Press, met nu meer dan 15 titels; MIT Press met de serie *Philosophical Psychopathology*; in Nederland is er de serie *Psychiatrie en Filosofie bij BOOM* (Amsterdam) met zeven titels. Er is een tijdschrift: *Philosophy, Psychiatry, Psychology* (Johns Hopkins University Press). Tenslotte worden er steeds vaker (internationale) congressen georganiseerd waaronder jaarlijks een internationaal congres door een van de leden van het internationale netwerk.
- 5 De term 'logische geografie' is ontleend aan G. Ryle, *The Concept of Mind*. Chicago: The University of Chicago Press, 1949. De idee van filosofie van de psychiatrie als een vorm van 'logical geography' (of 'conceptual mapping') wordt vooral uitgewerkt door K.W.M. Fulford, T. Thornton, G. Graham, *Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2006, bijv. in hoofdstuk 1 en 2.
- 6 Zie voor een overzicht van het terrein naast Fulford et al. (2006) (zie noot 5) ook T. Schramme & J. Thome (Eds.), *Philosophy and Psychiatry*. Berlin/New York: Walter de Gruyter, 2004; en J. Radden (Ed.), *The Philosophy of Psychiatry. A Companion*. Oxford: Oxford University Press, 2004. Het boek van Fulford et al. telt vijf delen: centrale concepten, filosofische geschiedenis, wetenschapsleer, ethiek, en 'philosophy of mind'. De ontologie komt bij hen meer tussen de regels door aan de orde. Schramme & Thome hanteren de volgende indeling: classificatie en conceptuele thema's; methodologie en wetenschapsleer; kennisleer; wilsvrijheid en dwang; persoonlijke identiteit; en psychiatrische ethiek. Veel wetenschapstheoretische thema's dus, weinig ontologie. Radden deelt in in: psychopathologie en normaliteit; antinomieën uit de praktijk; normen, waarden en ethiek; theoretische modellen; en het ziektebegrip. Hier vinden we nadruk op het feit dat de filosofische reflectie uit de praktijk zelf opkomt en aandacht voor de grote morele en conceptuele thema's.
- 7 In *Concepten van angst en angststoornissen*. Een psychiatrische en vakfilosofische studie (Lisse/ Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1991) heb ik deze vierdeling (alledaagse ervaring, klinisch kennen, vakwetenschappelijk kennen en filosofie) uitgewerkt en als matrix gebruikt voor de bestudering van het verschijnsel angst. Het gaat in eerste aanleg vooral om een vakfilosofische onderbouwing van de eigen aard van het klinische kennen (later uitgewerkt in G. Glas, *Clinical practice and the complexity of medical knowledge*. *ESMPH-Bulletin* 3(3), 1995 - CD-Rom). De klassieker op het terrein van het klinische denken is A.R. Feinstein, *Clinical Judgment*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1967. Ruim 25 jaar later blijkt Feinstein ietwat teleurgesteld terug in: *Clinical Judgment Revisited. The Distraction of Quantitative Models*. *Annals of Internal Medicine*. Vol. 120 [1994], 799-805. Grondlegendend voor het debat over klinische competenties is D. Schön, *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books, 1983. Recente bijdragen zijn o.a. G. Norman, *Research in clinical reasoning: past history and current trends*. *Medical Education*, 39 [2005], 418-427; en S. Mamede & H.G. Schmidt, *The structure of reflective practice in medicine*. *Medical Education*, 38 [2004], 1302-1308. In Nederland verscheen o.a. J.W. Snoek, *Het denken van de neuroloog*. Academisch Proefschrift: Rijksuniversiteit Groningen, 1989. Het debat blijft versnipperd met bijdragen op het terrein van de medische besliskunde, de

- cognitieve psychologie (neurale netwerkmodellen), klinische epidemiologie, de filosofie, en de medische onderwijskunde.
- 8 Het huidige competentie georiënteerde denken in de medische onderwijskunde biedt meer ruimte voor de eigenheid van het klinische kennen. Voor een filosofisch geïnformeerde onderbouwing van de medicus als 'reflective practitioner' zie R.M. Epstein, *Mindful Practice*. JAMA, 282 [1999], 833-839; en R.M. Epstein & E. M. Hundert, *Defining and Assessing Professional Competence*. JAMA, 287 [2002], 226-235. Van Gessel et al. ontwikkelden een module clinical reasoning en deden er onderzoek naar bij vierdejaars studenten. Zie E. van Gessel, M.R. Nendaz, B. Vermeulen, A. Junod, N.V. Vu. *Development of clinical reasoning from the basic sciences to the clerkships: a longitudinal assessment of medical students' needs and self-perception after a transitional learning unit*. Medical Education, 37 [2003], 966-974.
 - 9 Zie K. Jaspers. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer, 1913 (4e völlig neu bearbeitete Auflage, 1946).
 - 10 Zie voor een krachtige verdediging vooral A.W.M. Mooij, *De psychische realiteit. Over psychiatrie als wetenschap*. Meppel/Amsterdam: Boom, 1988 (nieuwe, bewerkte versie 2006). Vgl. ook P.C. Kuiper, *De mens en zijn verhaal*. Amsterdam: Athenaeum - Polak & van Gennep, 1976. Voor een Angelsaksische bijdrage, zie D. Bolton & J. Hill. *Mind, Meaning, and Mental Disorder. The Nature of Causal Explanation in Psychology and Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 1996 (nieuwe herziene uitgave in de serie *International Perspectives on Philosophy and Psychiatry*, in 2006).
 - 11 Voor een introductie zie J. Petitot, F.J. Varela, B. Pachoud & J.-M. Roy (Eds.). *Naturalizing Phenomenology: Issues in Contemporary Phenomenology and Cognitive Science*. Stanford: Stanford University Press, 1999. Dit werk bouwt voort op: F. Varela, E. Thompson, E. Rosch. *The Embodied Mind. Cognitive Science and Human Experience*. Cambridge, Mass.: MIT, 1991. Zie ook S. Gallagher, *How the Body Shapes the Mind*. Oxford: Oxford University Press, 2005; en E. Thompson, *Mind in Life*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2007.
 - 12 Hier ben ik schatplichtig aan het werk van de nog steeds onder-
 schatte Nederlandse filosoof H. Dooyeweerd, die een krachtig pleidooi houdt voor de onherleidbaarheid van modaliteiten (of aspecten) van de werkelijkheid. Zie H. Dooyeweerd, *A New Critique of Theoretical Thought*. Vol. I - IV, Amsterdam, Paris, Philadelphia: Presbyterian & Reformed Publishing Company (1953-1958). Dooyeweerts systematiek toont een zekere verwantschap met de systeemfilosofie van denkers als Ludwig von Bertalanffy, Francisco Varela en Mario Bunge; het procesdenken van Alfred N. Whitehead; en met complexiteitstheorieën zoals die van Stuart Kauffman. Het verschil is dat Dooyeweerd nog meer dan voornoemde denkers vasthoudt aan het verschil tussen theoretisch en niet-theoretisch denken, uitgaat van het bestaan van wetten, en de relatie tussen de systeemniveaus anders duidt: niet in termen van isomorfie of toename van complexiteit, maar middels een intrigerende theorie over ontsluiting van 'analogische momenten'.
 - 13 Voor een bondige en heldere introductie over verschillende typen reductie, zie: S. Sarkar, *Models of reduction and categories of reductionism*. Synthese 91 [1992], 167-194. Een van de meest krachtige stemmen in het reductionistische kamp is Patricia Smith-Churchland, die meent dat uiteindelijk alle 'folk psychology' zal kunnen worden gereduceerd tot wetenschappelijke taal. Zij ontvouwt reeds in 1986 haar programma voor intertheoretische reductie van de psychologie tot de neurowetenschappen in: P. Smith Churchland, *Neurophilosophy. Toward a Unified Science of the Mind- Brain*. Cambridge (Mass.): MIT Press, 1986.
 - 14 J.P. Vandenbroucke, *De vele gezichten van de epidemiologie*. Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde 141(4) [1997], 182-4.
 - 15 Een grondige introductie in de kentheorie van de geneeskunde (en biologie) biedt: K.F. Schaffner, *Discovery and Explanation in Biology and Medicine*. Chicago: The University of Chicago Press, 1993. Zie ook: H.R. Wulf, S.A. Pedersen, R. Rosenberg. *Philosophy of Medicine*. London: Blackwell, 1986.
 - 16 D.L. Sacket, W.S. Richardson, W. Rosenberg, R.B. Haynes, *Evidence-based Medicine. How to Practice and Teach EBM*. NY: Churchill Livingstone, 1997. Voor een fundamentele discussie over

EBM zie onder andere: S.J. Tanenbaum, What physicians know. *NEJM* 329 [1993], 1268-1271; G. Taubes, Epidemiology faces its limits. *Science* 269 [1995], 164-169; T. Marchal, Scientific knowledge in medicine: a new clinical epistemology. *J. Ev. Clin. Pract.* 3(2) [1997], 133-138; en F. Griffiths, E. Green, M. Tsouroufli, The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. *BMJ* Vol. 330 [2005], 511-5.

- 17 American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Third Edition, Revised. Washington DC, American Psychiatric Association, 1987. American Psychiatric Association American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.

- 18 Zie E.R. Kandel, A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155 [1998], 457-469; E.R. Kandel. Biology and the future of psychoanalysis. A new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156 [1999], 505-524; E.R. Kandel, Psychiatry, psychoanalysis, and the new biology of mind. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc., 2005; J. LeDoux, The emotional brain. The mysterious underpinnings of emotional life. New York: Touchstone/Simon & Schuster, 1996; J. LeDoux, Synaptic Self: How our brains become who we are. New York/Northampton: Viking Press, 2001; A.R. Damasio, Descartes' Error. Emotion, Reason, and the Human Brain. New York: AVON Books, 1994; A.R. Damasio, The feeling of what happens. Body, emotion and the making of consciousness. London: Vintage, Random House, 1999; G. Edelman, Bright Air, Brilliant Fire. On the Matter of the Mind. London: Penguin Books, 1992; G. Edelman & G. Tononi, A Universe of Consciousness. How Matter Becomes Imagination. New York: Basic Books, 2000.

Gebrek aan filosofische scherpte en consistentie doet daarbij soms afbreuk aan de uiteindelijke betekenis en praktische relevantie van het onderzoek van deze groten. Zie G. Glas, Churchland, Kandel, and Dooyeweerd on the reducibility of mind states. *Philosophia Reformata*, jrg. 67 (2002), 148-172; G. Glas, Ambigüiteit in Kandel's

neurowetenschappelijke fundering van de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, jrg. 48 (2006), 849-856.

- 19 Zie over de stabiliteit van het niet-reductief fysikalisme J. Kim, The myth of nonreductive materialism. In J. Kim, Supervenience and Mind. Selected Philosophical Essays. Cambridge: Cambridge University Press, 1993, pp. 265-284. De literatuur is zeer uitgebreid en nauw verbonden met concepten als meervoudige realiseerbaarheid, superveniëntie, en 'downward causation'. Zie over de niet-reductieve positie o.a. D. Davidson, Mental Events. In: D. Davidson, Essays on Actions and Events, 1980, pp. 207-224. Het concept multipale realiseerbaarheid duikt voor het eerst in de jaren zestig op bij Hilary Putnam, zie: H. Putnam, Psychological Predicates. In: W.H. Capitan and D.D. Merrill (Eds.), Art, Mind, and Religion. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1967, pp. 37-48 (herdrukt als 'The nature of mental events' in H. Putnam, Mind, Language, and Reality. Philosophical Papers, Vol. II. Cambridge: Cambridge University Press, 1975). Wat betreft superveniëntie, zie met name de eerder genoemde bundel van Jaegwon Kim (Supervenience and Mind); en J. Kim, Mind in a Physical World. An Essay on the Mind-Body Problem and Mental Causation. Cambridge: MIT Press, 2000. Over 'downward causation', D. Campbell, 'Downward causation' in hierarchically organized systems. In: F.J. Ayala & T. Dobzhansky, Studies in the Philosophy of Biology. Berkeley & Los Angeles: University of California Press, 1974, pp. 179-186.
- 20 Informatief over mentale causatie is: J. Heil & A. Mele (Eds.), Mental Causation. Oxford: Clarendon Press, 1995.
- 21 Naast Davidson en Putnam dient hier met name D.J. Chalmers, The Conscious Mind. In Search of a Fundamental Theory (Oxford: Oxford University Press, 1996) genoemd te worden. Een eigen positie in het debat heeft Nancey Murphy, die een fysicalistische positie probeert te verbinden met een vorm van emergentiedenken en erkenning van de mogelijkheid van 'downward causation'; zie N. Murphy, Bodies and Souls, or Spirited Bodies. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. Zie voor de bredere achtergrond: N. Murphy, Non-reductive physicalism:

- Philosophical issues. In: W.S. Brown, N. Murphy, & H.N. Malony (Eds.), *Whatever Happened to the Soul? Scientific and Theological Portraits of Human Nature*. Minneapolis: Fortress Press, 1998, pp. 127-148; N. Murphy, *Supervenience and the downward efficacy of the mental. A nonreductive physcialist account of human action*. In: R.J. Russell et al. (Eds.). *Neuroscience and the Person. Scientific Perspectives on Divine Action*. Vatican Observatory Publications: Vatican State/Centre for Theology and the Natural Sciences: Berkeley (CA), 1999, pp. 145-164; en recent W.N. Murphy & W.S. Brown, *Did My Neurons Make Me Do It? Philosophical and Neurobiological Perspectives on Moral Responsibility and Free Will*. Oxford: Oxford University Press, 2007.
- 22 Zie over emergentie o.a. Ph. Clayton and P. Davies, Paul (Eds.). *The Re-Emergence of Emergence*, Oxford: Oxford University Press, 2006; en de samenvatting in de Stanford Encyclopedia of Philosophy (<http://plato.stanford.edu/entries/properties-emergent/>).
- 23 Sterk tegen deze vorm van reductie gekant zijn M.R. Bennett en P.M.S. Hacker in hun *Philosophical Foundations of Neuroscience* (Malden/Oxford: Blackwell Publishing, 2003). Zij spreken in dit verband van de ‘mereologische drogreden’, die inhoudt dat eigenschappen die worden toegekend aan ‘gehelen’ in de neurowetenschappelijke literatuur ten onrechte vaak worden toegeschreven aan ‘delen’ (bijv. in de uitspraak: ‘de hersenen denken’).
- 24 Voor de achtergrond, zie noot 12. Voor een uitwerking op het terrein van de antropologie, zie: G. Glas, *De mens. Schets van een antropologie vanuit reformatorisch wijsgerig perspectief*. In: R. van Woudenberg (red.), *Kennis en werkelijkheid*. Kampen & Amsterdam: Kok i.s.m. Buijten & Schipperheijn, 1996, 86-142. Voor een vergelijkbare manier van denken op het terrein van de biologie, zie U. Zylstra, *Living things as hierarchically organized structures*, *Synthese* 91 (1992), 111-133.
- 25 Voor de geneeskunde is met name Bunge’s werk op het terrein van de filosofie van de biologie van belang. Bijv. M. Mahner & M. Bunge, *Foundations of Biophilosophy*. Berlin/Heidelber: Springer Verlag, 1997. Ook het werk van Stuart Kauffman over complexiteit en zelforganisatie moet in dit verband genoemd worden. Ik denk met name aan: S. Kauffman, *The Origins of Order: Self-Organization and Selection in Evolution*. Oxford/New York: Oxford University Press, 1993; en S. Kauffman, *At Home in the Universe: The Search for the Laws of Self-Organization and Complexity*. New York: Oxford University Press, 1995. Zie ook: J.A. Scott Kelso, *Dynamic Patterns. The Self-Organization of Brain and Behavior*. Cambridge (Mass): MIT Press, 1995.
- 26 Grondig en origineel is P. Ricoeur, *De l’interpretation. Essai sur Freud*. Paris: Seuil, 1965.
- 27 Zie bijv. D.M. Wegner, *The Illusion of Conscious Will*. Cambridge (Mass.): MIT Press, 2002. Van dit boek verscheen een samenvatting in *Behavioural and Brain Sciences* met commentaar van 23 referenten; zie D.M. Wegner, *Précis of The illusion of conscious will*. *Behavioral and Brain Sciences*, Vol. 27 [2004], 649-692. Ik heb kritiek geleverd op de Cartesiaanse en Humeaanse premissen van Wegner’s opvattingen in G. Glas, *Neurowetenschap en de vrije wil*. In: C. Dekker, R. van Woudenberg & G. van den Brink (red.), *Omhoog kijken in platland. Over geloven in de wetenschap*. Kampen: Ten Have (2007), pp. 221-242. Voor een eigenzinnige en belangrijke bijdrage over vrijheid, zie G. Labooy, *Waar geest is, is vrijheid. Filosofie van de psychiatrie voorbij Descartes*. Amsterdam: Boom, 2007.
- 28 Voor de introductie van dit veld van onderzoek in Nederland, zie J.A. den Boer, *Neurofilosofie. Hersenen, bewustzijn, vrije wil*. Amsterdam: Boom, 2003. Een levendige discussie tussen een neurowetenschapper en een filosoof over het reductievraagstuk vinden we in J.-P. Changueux & P. Ricoeur, *What makes us think? A Neuroscientist and a Philosopher argue about Ethics, Human Nature, and the Brain*. Princeton/Oxford: Princeton University Press, 2000.
- 29 Zie over persoonlijke identiteit: Th. Metzinger, *Being No One. The Self-Model Theory of Subjectivity*. Cambridge: MIT Press, 2004. Over evolutionaire verklaringen van psychopathologie: A. de Block, *Waanzin en natuur. Darwin en de psychiatrie*. Amsterdam:

- Boom, 2006; M. McGuire & A. Troisi, *Darwinian Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 1998. Voor een antropologische (en transculturele) insteek zie bijv. A. Kleinman, *Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience*. New York: The Free Press, 1988.
- 30 Zie P. Delaere, *Odysseus in de psychiatrie*. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 57 [2002], 266-280; I. Varekamp, *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 57 [2002] 1132-1146 en J.K.M. Gevers, *Zelfbindingsverklaringen*. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 57 [2002], 1147-1158
- 31 Een waardevolle collectie van eerder gepubliceerde teksten bieden S.A. Green & S. Bloch in *An Anthology of Psychiatric Ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2006. Dit werk is een vervolg op: S. Bloch, P. Chodoff & S.A. Green (Eds.), *Psychiatric Ethics*. Oxford: Oxford University Press, 1999. Zie ook L. Weiss Roberts & A.R. Dyer, *Concise Guide to Ethics in Mental Health Care*. Washington: American Psychiatric Press Inc., 2004.
- 32 Om een indruk te krijgen, zie G. Graham & G. Lynn Stevens (Eds.), *Philosophical Psychopathology*. Cambridge (Mass.): MIT Press, 1994.
- 33 Ik denk aan D. Parfit, *Reasons and Persons*. Oxford University Press: Oxford, 1984 (en latere edities); J. Glover, *I: The Philosophy and Psychology of Personal Identity*. Penguin: London, 1988; en aan K.V. Wilkes, *Real People. Personal Identity Without Thought Experiments*. Clarendon Press: Oxford, 1988.
- 34 G. Graham. *Self-ascription: thought insertion*. In: J. Radden (Ed.). *The Philosophy of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2004, pp. 89-105; G. Lynn Stevens, *Self-consciousness, mental agency, and the clinical psychopathology of thought-insertion*. *Philosophy, Psychiatry, Psychology*, Vol. 1 [1994], 1-10. R.F. Chadwick, *Kant, thought insertion, and mental unity*. *Philosophy, Psychiatry, Psychology*, Vol. 1 [1994], 105-113.
- 35 Voor een uitstekende introductie en beschrijving van het process rond de DSM vorming, zie J.Z. Sadler, *Values and Psychiatric Diagnosis*. Oxford: Oxford University Press, 2005; en J.Z. Sadler (Ed.), *Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs*. Baltimore/London: Johns Hopkins University Press, 2002.
- 36 D.J. Kupfer, M.B. First, D.A. Regier (Eds.), *A Research Agenda for DSM-V*. Washington, DC, American Psychiatric Press Inc., 2002, met name hoofdstuk 1 en 2.
- 37 D. Murphy, *Psychiatry in the Scientific Image*. Cambridge: MIT Press, 2006, hoofdstuk 2, 4 en 5.
- 28 De twee publicaties waarmee het allemaal begon: J.C. Wakefield, *The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values*. *American Psychologist*, 47 [1992], 373-388; en J.S. Wakefield, *Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder*. *Psychological Review*, 99 [1992], 373-388. Zie ook: J.C. Wakefield, *Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder*. *Journal of Abnormal Psychology*, 108 [1999], 374-399. Scherpe kritiek kwam o.a. van K.W.M. Fulford, *Nine variations and a coda on the theme of an evolutionary definition of disfunction*. *Journal of Abnormal Psychology*, 108 [1999], 412-420.
- 39 "In DSM-IV, each of the mental disorders is conceptualized as a clinically significant behavioral or psychological syndrome or pattern that occurs in an individual and that is associated with present distress (e.g., a painful symptom) or disability (i.e., impairment in one or more important areas of functioning) or with a significantly increased risk of suffering death, pain, disability, or an important loss of freedom. In addition, this syndrome or pattern must not be an expectable and culturally sanctioned response to a particular event, for example death of a loved one. Whatever its original cause, it must currently be considered a manifestation of a behavioral, psychological, or biological dysfunction in the individual" (American Psychiatric Association. *DSM – IV*, xxi).
- Met deze definitie beogen de opstellers van de DSM uiterste flexibiliteit. Er is een veelheid van verschijnselen die op een geestesstoornis kan duiden: leed, onbeheerstheid, nadeel, onvermogen, inflexibiliteit, irrationaliteit, syndromaal patroon, etiologie, statistische afwijkendheid (p. xxi). De toevoeging dat

het moet gaan om een disfunctie in een individu is bedoeld om deviant gedrag of conflicten tussen een individu en de maatschappij uit te sluiten als geestesstoornis (tenzij deze deviante of dit conflict zelf weer het gevolg is van een disfunctie in het individu). Zie ook APA (1994) p. 7 voor nadere uitleg over het criterium 'klinische significantie'. Het begrip disfunctie wordt zoals uit de laatste zin in het citaat blijkt breed opgevat. In feite zijn de criteria van de diagnostische rubrieken operationalisaties van disfuncties. Het begrip disfunctie wordt dus circulair gedefinieerd: de stoornis is uitdrukking van een disfunctie; wat er disfunctioneel is blijkt uit de criteria van de stoornis. Het begrip disfunctie voegt daar in feite niets aan toe.

40 Als het gaat over het criterium 'not expectable and culturally sanctioned' noemt Wakefield steeds twee varianten: niet verwachte reacties die de DSM tot de stoornissen rekent maar die het niet zijn en verwachte reacties die de DSM tot de stoornissen rekent en waarvan men zich moet afvragen of ze dat zijn. Een voorbeeld van het eerste is het rebellerende kind (zie hoofdstuk). Een voorbeeld van het tweede zijn chronische gevoelens van somberheid en mislukking na extreme stress zoals misbruik en mishandeling. Kernpunt is steeds dat de operationele definitie van een stoornis niet of onvoldoende matcht met het disfunctiebegrip dat de inspiratie vormde voor de operationele definitie.

41 Intussen is het opvallend dat Wakefield geen poging doet om tot een nadere specificatie van disfuncties te komen in termen van neurofysiologie of neuropsychologie. Nu hoeft men dat op zich van een filosoof ook niet te verwachten, maar er zit hier een addertje onder het gras. Wakefield meent dat disfuncties gedefinieerd kunnen worden los van kennis van onderliggende pathofysiologische processen. Zijn positie lijkt verwant te zijn aan die van functionalisten in de 'philosophy of mind' (Fodor bijv.) die menen dat psychologische functies gedefinieerd kunnen worden los van het neuronale substraat dat deze functies 'realiseert'. Wakefield suggereert dat zijn 'functionalisme' het gevolg is van een gebrek aan kennis (maar het is dus de vraag of dat het enige is en of hij niet ook meent dat kennis van de wijze van realisatie

geen vereiste is om tot een adequate definitie van disfuncties te komen). De psychiatrie bevindt zich volgens hem op een niveau dat vergelijkbaar is met dat van de arts in de Oudheid die moest definiëren wat blindheid is. Zeggen dat blindheid hetzelfde is als 'niet zien', is onjuist: er zijn vele omstandigheden waaronder wij niet zien en toch niet blind zijn (bijv. in een grot zonder zaklantaarn). De arts uit de Oudheid zou zijn toevlucht nemen tot exemplarische voorbeelden: normaal zien mensen in omstandigheden $X_1, \dots, X_n$. Men is blind als men ook in die omstandigheden niet ziet. Vertaald naar angststoornissen: een angststoornis is een stoornis in een 'natuurlijk alarmmechanisme'. Dit mechanisme wordt vervolgens toegelicht aan de hand van exemplarische voorbeelden waarin de context wordt gespecificeerd. 'Normaal' zijn mensen wel angstig als ze voor het eerst een parachutesprong maken, maar niet als ze een blokje om gaan. Een angststoornis heeft men als men ook bij het blokje om angstig is. In de uitwerking lijkt Wakefield dus helemaal niet zo ver af te staan van de DSM, want juist in de DSM wordt gevraagd om klachten en verschijnselen te relateren aan disfunctioneren in een of meer levensgebieden.

42 In principe geldt het disfunctiebegrip dat Wakefield hanteert lichamelijke en geestesziekten. Alleen is de situatie in de psychiatrie een slag ingewikkelder. In de psychiatrie gaat het niet alleen om fysiologische disfuncties, maar ook om mentale. Fysiologische disfuncties zijn dus niet genoeg, ze moeten leiden tot een breakdown van een mentale functie. Dit is het punt waarop Murphy Wakefield kritiseert. Wat Wakefield doet is een elegante vorm van 'begging the question': het gaat er juist om te verklaren hoe de mentale functiestoornis samenhangt met de lichamelijke (fysiologische, neuronale) stoornis. Wakefield meent dat 'folk psychology' (die het spreken over mentale functies domineert) zonder al te veel moeite toegang geeft tot het onderliggende substraat (neuronale disfuncties). Maar dat is een illusie: we hebben daarvoor ten minste de cognitieve neurowetenschap nodig die heel andere ordeningen kent ten aanzien van mentale verschijnselen dan het gezonde verstand. Murphy is het bovendien

niet eens met Wakefields stelling dat men in principe disfuncties kan definiëren zonder kennis van onderliggende pathofysiologische processen. Zie D. Murphy (2006), hoofdstuk 5 en D. Murphy & R.L. Woolfolk, Conceptual analysis versus scientific understanding: an assessment of Wakefield's folk psychiatry. *Philosophy, Psychiatry, Psychology*, 7 [2000], 271-293. En Wakefield's antwoord: J.C. Wakefield, Spandrels, vestigial organs, and such: reply to Murphy and Woolfolk's "The harmful dysfunction analysis of mental disorder". *Philosophy, Psychiatry, Psychology*, 7 [2000], 253-269.

- 43 Wakefield erkent dat dit (het 'door de natuur ontworpen zijn' om functie X te vervullen) een metaforische en antropomorfe manier van spreken is, die strijdig is met het veronderstelde blinde karakter van evolutionaire processen. Maar zegt hij, dat weet elke evolutiebioloog en toch spreekt de evolutiebiologie in design-achtige termen over evolutionaire processen. Dus waarom zou de psychopatholoog zich moeten bekommeren om een wijze van spreken waarvan elke bioloog weet dat die 'bij wijze van' is. Ter herinnering: het proces van natuurlijke selectie is op de heenweg blind omdat niet te voorspellen is welke effecten zullen bijdragen aan toegenomen fitness, overleving en reproductieve kansen. Alleen terugkijkend kunnen we zeggen dat een bepaald effect een functie heeft. Functies betreffen dan die activiteiten of eigenschappen van een organisme (of deel daarvan) waarvan men kan zeggen dat ze er zijn 'om' het organisme 'te' laten doen wat het doet. Functies hebben een 'om te' karakter; het zijn effecten die hun eigen veroorzaking verklaren. Daarin verschillen ze van mechanische oorzaken. De pompfunctie van het hart is een voorbeeld. We zeggen dat het hart er is 'om' bloed rond 'te' pompen. De pompfunctie van het hart betreft dus een eigenschap die er is om het hart te laten doen wat het moet doen. Dat het hart moest gaan pompen stond aan het begin van de evolutionaire ladder nog niet vast. Wij kunnen pas constateren dat het hart die functie kreeg (= er is om te pompen) toen het die functie had gekregen (= toen het ging pompen). Kortom: functies zijn er omdat ze iets toekomstigs moeten bewerken, maar dat ze dat zijn kunnen we alleen achteraf vaststellen en verklaren.

- 44 Hier moet het werk van Peter Zachar over 'natural kinds' (natuurlijke soorten) genoemd worden; zie P. Zachar, Psychiatric disorders are not natural kinds. *Philosophy, Psychiatry, Psychology*, 7 [2000], 167- 182. En: P. Zachar & K. Kendler, Psychiatric disorders: a conceptual taxonomy. *American Journal of Psychiatry*, 164 [2007], 557-565. In dit door zijn bondigheid bewonderenswaardige artikel kiezen Zachar en Kendler voor een pragmatische benadering: een robuust descriptivisme (sceptis ten aanzien van een op etiologie gebaseerde nosologie); neiging tot nominalistische (versus realistische) benadering van taxonomie, pragmatisme ten aanzien van de keus tussen objectivisme en evaluationisme (dit laten afhangen van de aard van de stoornis) en tussen internalisme of externalisme (oorzaak binnen of buiten); nuance ten aanzien van focus op entiteiten of personen (focus op personen in het klinische handelen, op entiteiten in de diagnostische praktijk) en voorkeur voor een continue (dimensionele) boven een categorale benadering van psychiatrische stoornissen.
- 45 Zie S.J. Gould & R. Lewontin, The spandrels of San Marco and the Panglossian paradigm: A critique of the adaptationist programme. *Proceedings of the Royal Society*, Vol. B205 [1979], 581-598; Ph. Kitcher, Function and design. In: D.L. Hull & M. Ruse (Eds.) (1998). *The Philosophy of Biology*. Oxford/New York: Oxford University Press, 1998 pp. 258-279; P. Godfrey-Smith, Functions: Consensus without unity. In: D.L. Hull & M. Ruse (Eds.) (1998). *The Philosophy of Biology*. Oxford/New York: Oxford University Press, 1998, pp. pp. 280-291; G. Macdonald. Reduction and evolutionary biology. In: D. Charles & K. Lennon (Eds.). *Reduction, explanation, and realism*. Oxford: Clarendon Press, 1992, pp. 69-96.
- 46 K.W.M. Fulford, Teleology without tears: Naturalism, neo-naturalism, and evaluationism in the analysis of function statements in biology (and a bet on the twenty-first century). *Philosophy, Psychiatry, Psychology*, 7 [2002], 77-94.
- 47 Ik doel hier vooral op het werk van Kaufmann (zie noot 25) en Varela (zie noot 11; met name Petitot et al., 1999).
- 48 Deze gedachte is vooral sterk verwoord door Max Scheler in zijn monumentale *Der Formalismus in der Ethik und die materiale*

Wertethik. Neuer Versuch der Grundlegung eines ethischen Personalismus. Bern, München: Francke Verlag, 1916.

- 49 Dit impliceert ook een afwijzing van een objectivistische bepaling van het functiebegrip (contra Murphy, 2006). Objectiviteit is niet synoniem met waardevrijheid. De objectiverende benadering in de wetenschap probeert terecht subjectieve bias uit te sluiten. Maar impliciet zullen zelfs de meest abstracte concepten refereren aan een menselijke leefwereld die intrinsiek waardegeladen is. Dat wordt zichtbaar op twee punten: in de toepassing van genoemde concepten in de praktijk en doordat genoemde concepten in een samenhangend theoretisch kader fungeren waarin een bepaalde kijk op de zaak tot uitdrukking komt.

In deze reeks verschijnen teksten van oraties en afscheidscolleges.

Meer informatie over Leidse hoogleraren:
Leidsewetenschappers.Leidenuniv.nl



Gerrit Glas is psychiater en filosoof. Hij werkt als opleider en psychiater bij Dimence (voorheen Zwolse Poort) en is sinds 1992 als bijzonder hoogleraar reformatorische wijsbegeerte verbonden aan de faculteit wijsbegeerte van de Universiteit. Sinds maart 2006 bekleedt hij de persoonlijke, strategische leerstoel 'Wijsgerige aspecten van de psychiatrie' in het LUMC.

In zijn oratie betoogt Gerrit Glas dat de psychiatrie de filosofie nodig heeft om driedimensionaal te blijven waarnemen en oordelen. Filosofische vragen zijn in de dagelijkse praktijk voortdurend aan de orde. De oratie geeft een overzicht van de vragen die in deze interessante en zich snel ontwikkelende tak van de wijsbegeerte aan de orde zijn.

