

ALAN RALSTON OVER HET RELATIONELE KARAKTER VAN DE PSYCHIATRIE

Elke psychiater is ook een filosoof

Psychiaters gaan in de dagelijkse praktijk bewust of onbewust uit van filosofische vooronderstellingen. Alan Ralston promoveerde er deze week op. 'Een concept van een geestesstoornis dat voor alle mogelijke situaties gelijk is – zoals een gebroken been altijd een gebroken been is – is niet mogelijk.'

'**P**rofessionele autonomie', zegt psychiater Alan Ralston (1967), 'dat is een begrip waaraan ik een beetje een hekel heb. Die autonomie wordt regelmatig te absoluut en te monistisch opgevat. Terwijl ons vak relationeel van aard is. Het is een vak waarin je je moet verhouden tot de wereld om je heen.' Hij verklaapt daarmee een grondhouding die alles wat hij zegt doordeesemt. Ralston noemt zichzelf een 'betrokken, activistisch type'. Behalve als medisch hoofd van de Zorglijn Acute en Intensieve Psychiatrie UMC Utrecht, is hij ook bestuurslid van de NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie) en filosoof. Het hoogst op zijn agenda staat destigmatisering. In zijn werkkamer in het UMC Utrecht legt de uiterst spraakzame Ralston uit wat hij daarmee bedoelt: 'Er is weleens gezegd dat de meest effectieve medische ingreep ooit de aanleg van riolering is geweest. Destigmatisering is van een vergelijkbare orde, denk ik.' De toegankelijkheid van de ggz is ook een punt: 'Nu staat "de juiste zorg op de juiste plek"

tegenover de werkelijkheid van wachtlijsten.' Hij beseft dat de druk van de markt vraagt om scherp omschreven zorgproducten, om digitalisering en rationalisering, en hij vreest dat het contact met de patiënt daardoor 'uiteengerafeld zal worden in omschreven mijlpalen die stuk voor stuk zo efficiënt mogelijk behaald moeten gaan worden, waarbij de patiënt zichzelf ook bij voortduring meet, en zo geleidelijk innerlijk vervlochten raakt met zijn patiëntenportaal'.

Praktijk van alledag

Dat contact met de patiënt is een van de rode draden in het proefschrift waarop Ralston op 9 april promoveerde: 'Het is immers de primaire legitimatie voor ons handelen.' Hij zou graag zien dat iedereen beseft dat psychiaters werken 'in de ruimte tussen het algemene en het individuele'. 'Pragmatisch wisselend tussen vormen van kennen, ingebed in de ervaring. Altijd afstemmend op de patiënt. Met de hand op de schouder van de maatschappij als die te veel de rug naar de patiënt keert.' Dat is ook wat hij bedoelt met het relationele karakter van zijn vak.

Zijn volumineuze, vijfhonderd pagina's tellende dissertatie, *'Philosophy in Psychiatric Practice'*, is geen gemakkelijke lectuur. De studie is vooral een soort 'back to basics': hoe verloopt psychiatrische diagnostiek eigenlijk in de praktijk? Vanuit welke grondideeën gaat de psychiater te werk? Het komt erop neer dat volgens Ralston alle psychiaters bij het beantwoorden van deze vragen bewust of onbewust uitgaan van filosofische ideeën of vooronderstellingen. Hij wil laten zien welke dat zijn en vooral hoe die zich in de praktijk van alledag manifesteren: welke effect hebben ze? Denk daarbij aan opvattingen over: kennis en wetenschap, de aard van geestesstoornissen, ethische kwesties, en de relatie tussen praktijk, diagnose en classificatie.

Diagnostisch proces

Alan Ralston: 'Psychiaters maken een onderscheid tussen diagnostiek en classificatie. Diagnose is geënt op de praktijk, classificatie is taxonomie, een wetenschappelijk

De meeste psychiaters zijn pragmatisch en vragen: wat werkt?





Alan Ralston: 'De psychiatrie is altijd gerelateerd aan de maatschappelijke werkelijkheid.'

construct. Het is de brug naar empirische kennis. Uit het kwalitatieve onderzoek dat ik onder psychiaters heb gedaan, blijkt hoe fascinerend het diagnostisch proces is. Eén van hen zei: "Je moet trouw zijn aan de fenomenen" en bedoelde: we kiezen het (theoretisch) perspectief dat past bij de patiënt, dat recht doet zowel aan feiten als aan de belevingswereld. Zo ontwikkelen psychiater en patiënt samen een verklaring om te begrijpen wat er aan de hand is. Maar die verklaring heeft ook een richting: naar verbetering. Om een voorbeeld te geven: een van de psychiaters zei dat een depressieve vrouw als persoon een wat passieve indruk op hem maakte. Hij wilde haar depressie juist daarom niet heel sterk benadrukken in het gesprek met haar, want vreesde dat het haar nog machtelozer zou maken. Dus hij beschreef haar toestand in woorden die inherent een stimulans om in beweging te komen bevatten: "Uw hersenen zijn als het ware moe, ze hebben deels rust nodig, maar u moet ook wel weer conditie opbouwen." Anders gezegd, in de wijze waarop een psychiater de verklaring vormgeeft kan al iets therapeutisch zitten. Daarmee is de praktijk ook diep van waarden doortrokken.'

Eigenlijk zegt u: psychiaters zijn pluralistisch en pragmatisch. Maar hoe verhoudt zich dat dan tot classificatie (zoals DSM-5), die ver weg lijkt te staan van de 'fenomenen' en van 'het verhaal'?

'Psychiaters hebben daar dan ook een ambivalente relatie mee, zo blijkt. Ze vinden het waardevol en belangrijk voor de wetenschappelijke ontwikkeling van het vak, anderzijds achten ze de waarde voor

de klinische praktijk beperkt. DSM is één kennisbron, naast andere die ook geesteswetenschappelijk of sociaalwetenschappelijk van aard kunnen zijn. Sommige hopen op een vereniging of reductie van al die kennis tot één perspectief. Andere zijn fundamenteel pluralistisch. Dat laatste is feitelijk een wetenschapsfilosofische houding die zegt dat er altijd meerdere manieren zullen zijn om naar de werkelijkheid te kijken. De meeste psychiaters affiliëren zich dan ook niet meer met één bepaalde school. Ze zijn pragmatisch en vragen: wat werkt?

Dit kan spanning opleveren als je in je visie op wetenschap een eenduidige, natuurwetenschappelijke waarheid nastreeft. Onze concepten zijn wat minder duidelijk materieel gegrond dan in andere gebieden van de geneeskunde. Lichaam, geest en de eerste-persoonservaring vragen om fundamenteel verschillende wetenschappelijke perspectieven. Nieuwkomers in het vak moeten daar soms wel aan wennen. Onderzoek over de ontwikkeling van studenten tijdens medische opleidingen wijst op een afname van het

humanistisch perspectief ten voordele van het natuurwetenschappelijke. Als je dan de psychiatrie ingaat, kun je last krijgen van het “*beginning psychiatry syndrome*”: daar ligt het een slag anders.

In mijn proefschrift laat ik daarbij ook zien dat de ontwikkeling van de psychiatrische wetenschap niet in een vacuüm verloopt. Ze is altijd gerelateerd aan de maatschappelijke werkelijkheid. Dit past bij recente ontwikkelingen in de wetenschapsfilosofie, die meer ruimte laten voor waarden binnen wetenschap. Heb je de cover van mijn proefschrift gezien? Daarmee wil ik duidelijk maken dat het domein van de psychiatrie veelkleurig en pluralistisch is, dat meerdere wegen naar Rome leiden. Zo kan een psychiater meerdere definities van geestesstoornis hanteren en die binnen een gegeven context toepassen. Ik bedoel: bij een depressieve patiënt die net zijn baan heeft verloren en in een echtscheiding is verwickeld, zal biologie zeker een rol spelen, maar het causale gewicht zal toch ook behoorlijk sociaal van aard zijn. Filosofisch is het dus zo dat dezelfde psychische stoornis (depressie bijvoorbeeld) ontologisch – dus naar zijn wezen – een gevarieerde samenstelling kan hebben. Een algemeen concept van een geestesstoornis dat voor alle mogelijke situaties gelijk is – zoals een gebroken been altijd een gebroken been is – is niet mogelijk of leidt hooguit tot een tautologie als “het heeft iets te maken met mentale zaken” – maar ja dat wisten we dus al. De diagnose van de psychiater berust op diens professionele expertise om binnen een gegeven context iets te kunnen onderscheiden als een stoornis, gebruikmakend van verschillende perspectieven, wederom: in afstemming met persoon en context. En ja, dat heeft een zekere objectiviteit.’

Herinnert u zich de discussie onder voormalig minister Schippers die – kort door de bocht gezegd – een onderscheid wilde maken tussen echte psychische stoornissen en problematiek die niet in de ggz thuishoort? Dat is dus filosofisch onmogelijk.

‘In een van de hoofdstukken ga ik daarop in. De politiek heeft behoefte aan harde grenzen, aan afkappunten. In de maatschappij denken mensen vaak dat echte wetenschap gelijkstaat aan natuurwetenschap. Mensen hebben een realistische opvatting over de werkelijkheid. Je

ziet het op de foto, zeg maar. Een keurige pathofysiologische etiologie voor een aandoening kan ook zeker helpen, maar in de psychiatrie hebben we die doorgaans niet, bovendien: alle ziekte is fundamenteel normatief, de materie is niet doorslaggevend. De normatieve bandbreedte is in de psychiatrie breder: het is makkelijker om van mening te verschillen over het medische karakter ervan. Kijk daar ook eens historisch naar: hoe en welke factoren werken samen zodat een bepaald fenomeen binnen het domein van de geneeskunde terechtkomt? Neem de opkomst en ondergang van neurasthenie, dat ongeveer een eeuw geleden werd beschouwd als een soort uitputting van de geest. De gedachte was dat die aandoening optrad bij mensen die

de voortgaande industrialisering niet konden bijbenen. Het idee van uitputting strookte bovendien met de algemene opvattingen die destijds heersten over hoe de menselijke geest werkt. In die zin geven maatschappij en wetenschap altijd de grenzen aan van de termen waarin je over de geest kunt spreken.’

Maar is dan de symptomatologie ook weg. Of komt die in een andere vorm onder een andere naam weer terug?

‘Wat je zegt is: de aandoening is in wezen steeds hetzelfde, maar de uitings-

vorm verschilt in tijd en plaats. Dat is maar zeer de vraag. Honderd jaar geleden spraken en dachten de mensen niet zoals ze nu spreken en denken. Daarom vind ik het ahistorisch om personen uit het verleden onder de psychiatrische loep te leggen en dan te constateren dat zo iemand bijvoorbeeld een bipolaire stoornis had. Je gaat dan toch taal en begrippen uit het hier en nu transplanteren naar een heel ander tijdsgewricht, waar die geen of een andere betekenis hadden. Liever zie ik dat we de fenomenen begrijpen vanuit de toen vigerende achtergrondbegrippen. Die

verankering in de historische context is analoog aan wat ik over onze praktijk beschrijf: die is verankerd in theoretisch passende verklaringen, die ook recht doen aan de fenomenen die de ervaring van de patiënt goed weergeven, en die ruimte openen voor medische verbetering. Déze afstemming is een cruciale expertise van de psychiater, en wat ik in het proefschrift beargumenteer is dat deze veelzijdige praktijk professioneel en wetenschappelijk prima gelegitimeerd kan worden. Als psychiaters mogen we wat dat betreft wel wat zelfbewuster naar buiten treden.’ ■

Psychiatrie is veelkleurig. Heb je de cover van mijn proefschrift gezien?



web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.