

De psycholoog als psychopatholoog

Jan Derksen

Tegenwoordig werken de meeste GZ- en klinisch psychologen met cognitieve en gedragsmatige technieken aan het verbeteren van de coping van hun patiënten. Veel van hun patiënten hebben last van een combinatie van angstklachten en een verstoorde stemming. Een aanzienlijk deel van deze patiënten heeft tevens opvallende kwetsbaarheden in hun persoonlijkheid waardoor de behandeling langer duurt en het resultaat vaak minder indrukwekkend wordt. Het accent voor zowel de patiënt als de psycholoog ligt hiermee niet op de vraag naar het ontstaan van deze stoornissen, maar op het leren deze te overwinnen of te beheersen door er beter mee om te gaan. Het relatief gemakkelijkst lukt dit bij die patiënten die met vooral een combinatie van angst, depressie en somatoforme klachten reageren op stressvolle omstandigheden en die voldoende ik-sterkte hebben om zichzelf met behulp van de psycholoog beter te maken. Deze klachten laten zich met name zien zodra de uitlokkende stressvolle gebeurtenis optreedt. Het verbeteren van de coping is dan een kwestie van een combinatie maken in het anders reageren op de uitlokkende stimulus en het wijzigen van de strategie in relatie tot de eigen kwetsbaarheid. In het eerste onderdeel waarop de coping is gericht, kan b.v. een assertieve respons de plaats innemen van een subassertieve (nee-zeggen tegen een nieuwe opdracht aangezien alle oude klussen nog af moeten) en in het tweede onderdeel kan een neiging tot vermijding van een opkomende paniekaanval worden vervangen door een uitdaging van de eigen paniek en daarmee blootstelling aan het opwellend angstgevoel (“Laat die angst maar komen, erg gebeurt niks bijzonders”).

Voor het classificeren (niet te verwarren met diagnosticeren) gebruikt de psycholoog meestentijds de DSM-IV. Met name sinds de DSM-III in 1980 verscheen en deze meer strikt empirisch vormgegeven was dan haar voorgangers, is classificatie op deze wijze in Europa tot een echte invasie geworden. Er zijn zelfs psychologen die menen dat met de classificatie ook de psychologische diagnostiek is voltooid; zij lijken afgesneden te zijn van de traditie in de psychodiagnostiek waarbij classificatie slechts een beperkt onderdeel vormt van de complete diagnose. Hun optiek kan met name in die gevallen toereikend zijn, waar het symptoom niet echt complex van aard is en het een duidelijke functie heeft in relatie tot een direct hiervoor optredende stressfactor. Zoals meestal geldt: verschijnt de klacht acuut dan is de bijdrage van de sociale omgeving behoorlijk en de kans op het overwinnen ervan via verbetering in de coping groot. Veel psychische stoornissen beginnen echter langzaam en sluipend, deze komen bij wijze van spreken meer “van binnen (biologie)” dan “van buiten (omgeving)”. Vaak vallen deze klachten op doordat ze al langer bestaan op het moment dat iemand ermee om hulp komt vragen, het is er tenslotte bijna ongemerkt “ingeslopen”. In deze gevallen verschijnt zowel bij de psycholoog als de patiënt de vraag naar waar die klacht vandaan komt frequenter ten tonele. In deze gevallen is classificatie onvoldoende en de noodzaak tot meer uitgebreide psychologische diagnostiek aanwezig: onderzoeksgesprekken gericht op de levensloop, persoonlijkheid en klachten; goed observeren; uitgebreid psychologisch testen. Met name in deze gevallen doet zich de behoefte voelen aan kennis van psychopathologie. De meer onderzoeksgeoriënteerde collegae hebben die behoefte ook in andere gevallen, aangezien de vraag naar een verklaring voor een stoornis wetenschappelijk interessant blijft.

Idealiter vormt de psychopathologie de grondslag voor de psychologische diagnostiek, voor de indicatiestelling en reageert de behandeling op de psychopathologie zoals een opgroeiend kind op de zijn of haar ouders (Je luister naar ze, neemt ze serieus maar je gaat ook je eigen gang). De moderne psychologische psychopathologie is vooral een terrein van empirisch onderzoek waarbij de laatste vijftig jaar met name in het teken hebben gestaan van inzicht verwerven in de fysiologie van de hersenen in relatie tot de stoornissen. Voordat deze stroming dominant werd, kenden we meer theoretische en minder empirische benaderingen: denk aan de bij psychotherapeutische systemen behorende psychopathologie. Deze psychopathologieën zijn het meest uitgebreid aanwezig in de psychoanalyse maar eveneens in de meer humanistische therapieën en in met name de sociale leertheorie. De aandacht voor de fysiologie van de hersenen en dus daarmee voor de genetische aspecten is in deze tijd alom vertegenwoordigd, denk ook aan de DSM waarbij uiteindelijk elke echte stoornis in de biologie verankerd moet worden en vergelijk de ontwikkelingen in de biologische psychiatrie. Onderzoekers in de psychologie verschillen nog nauwelijks van die in de psychiatrie voor wat betreft hun afkorting: CAT, MRI, PET, EP, EEG etc. Men verliest mijn inziens nogal eens uit het oog dat wetenschap uiteindelijk op theorieproductie gericht moet zijn en we dus behoefte hebben aan een theorie van voldoende abstractie waarin psychische stoornissen een plaats en functie krijgen en dus worden verklaard. Geld voor onderzoek gaat echter vooral naar degenen die de hersenfysiologie erbij betrekken en niet of veel minder naar degenen die een theorie trachten te bouwen over gedrag, beleving en stoornis. Veel onderzoekers in de psychologie lijken spijtoptanten in de biologie te zijn geworden. Een van de gevolgen hiervan is dat hun opleiding inadequaat is en ze achteraan in de rij moeten aansluiten. De sterke kanten van psychologen liggen per definitie nooit in de biologie maar juist in gedrag, beleving, coping en het nog steeds veel te vage, maar klinische erg relevante, begrip ik-sterkte. Deze kwestie steeds weer opnieuw aan de orde stellen in onderzoeksbesprekingen aan de universiteit verhoogt niet je populariteit, voor je het weet worden de minderwaardigheidsgevoelens van de tweederangs biologen op je afgewenteld in de vorm van devaluatie van je inbreng. Enige stressbestendigheid is ook in deze context vereist. Bij het lesgeven in de psychopathologie is er een ruim aanbod aan boeken, waaronder een serie Nederlandstalige handboeken, beschikbaar. Een nadeel hiervan vind ik dat er doorgaans veel auteurs tekenen voor een groot aantal hoofdstukken en dat de compositie van het geheel te wensen overlaat. In veel gevallen lijkt het resultaat op hetgeen vroeger in parochies geschiedde: we kennen elkaar allemaal en voor het goede doel leveren we allemaal wat in. Een uitzondering hierop trof ik aan in het boek van Marvin Zuckerman, Vulnerability to Psychopathology. Zuckerman is klinisch psycholoog, werkte in diverse ziekenhuizen voordat hij zich aan het onderzoek wijdde. Hij is inmiddels 50 jaar bezig met de leer der psychische ziektes en overziet een breed gebied. In het verleden publiceerde hij vooral over de persoonlijkheidstrek die we 'sensatie zoeken' kunnen noemen. De ruk naar de biologie maakte hij als een van de eersten mee en momenteel gaat zijn belangstelling vooral uit naar de moleculaire genetica en is hij druk in de weer met het identificeren van specifieke genen voor impulsief gedrag die met name tot uitdrukking komen in pathologisch gokken. Het voordeel van zijn boek boven dat van anderen is: één auteur, één benadering, één model. Zuckerman bespreekt eerst zijn model: het diathese stress model, vervolgens behandelt hij in afzonderlijke hoofdstukken: angststoornissen, stemmingsstoornissen, de antisociale persoonlijkheidsstoornis, middelenmisbruik en pathologisch gokken, schizofrenie. Deze keuze drukt behalve zijn eigen interessegebieden ook een tamelijk breed overzicht van het vak uit. Hij laat zich zowel in de keuze als in hetgeen hij schrijft leiden door empirisch onderzoek, hij is zich bewust van andere stromingen maar die komen niet of marginaal aan bod. In zijn model gaat hij ervan uit dat stoornissen door meerdere genen worden bepaald en dat de diathese een onvoldoende voorwaarde is voor het ontwikkelen van een stoornis. De diathese

slaat bij hem op de genetische en biologische factoren in het zenuwstelsel die de kans op het ontwikkelen van een stoornis vergroten. De diathese kan direct tot een stoornis leiden of inwerken op de persoonlijkheid en op cognitieve kenmerken en op die manier de kans op een stoornis vergroten. In de meeste modellen is een hoge diathese alleen onvoldoende om een stoornis te ontwikkelen, maar zijn luxerende stressfactoren noodzakelijk. Stress is een state, gedefinieerd als de toestand die direct aan het ontwikkelen van een stoornis voorafgaat. Bij mensen met een zogenaamde lage diathese is meer stress nodig om tot een stoornis te komen dan bij mensen met een hoge diathese. De rol van stress wisselt wel; bij depressie en angst is deze groter dan bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis en bij schizofrenie. De diathese is de kwetsbaarheid. Vanuit dit model behandelt Zuckerman alle genoemde stoornissen en ordent zijn materiaal. Het boek is, hoewel vanuit een helder model opgezet, toch ook een soort encyclopedie geworden waarin veel feiten en feitjes bijeen zijn gebracht. Zijn overzichten van de literatuur (tot en met 1997) zijn niet in alle gevallen volledig maar benaderen dit doel wel. Ik heb het boek voor het eerst gebruikt in de Klinisch Psycholoog Opleiding die vanaf januari in Nijmegen van start is gegaan en daarin voldeed het mijns inziens goed en leidde tot interessante discussies over het bereik van het door Zuckerman gehanteerde model. Het voordeel van een helder model, zoals het diathese stress model, is dat hetgeen ontbreekt ook duidelijk wordt. De persoonlijkheid en b.v. copingstrategieën zijn bij hem vooral vergelijkbaar met doorgeefluiken en bezitten nauwelijks een eigen autonomie. Vanzelfsprekend is dit ook het gevolg van de recente accenten in het onderzoek in de psychopathologie. Voorts ontbreken de klinische observaties en de beschrijvingen uit meer casuïstisch-theoretische studies waarbij psychische conflicten tot stoornissen aanleiding kunnen geven. In zijn hoofdstuk over depressie ontbreekt vanzelfsprekend een observatie van Freud die een hypothese heeft beschreven die ik in het onderwijs in de psychopathologie nooit onbesproken zou laten. In "Trauer und Melancholie" beschreef Freud hoe de depressieve patiënt, voorafgaand aan de symptomatologie, en voor hemzelf onopgemerkt, teleurgesteld geraakt in een belangrijke ander. In plaats van de relatie met die ander te herzien is men, in de bewuste beleving, niet in de ander maar in zichzelf teleurgesteld geraakt. De zelfverwijten van de patiënt zijn in werkelijkheid verwijten aan die belangrijke ander. De patiënt heeft zich met de persoon waarin hij is teleurgesteld geïdentificeerd. Hierdoor ontkomt hij aan een dreigend verlies van de relatie, maar verliest het eigen ik en voelt zich somber. Deze hypothese lijkt enige indirecte empirische steun te verkrijgen uit recent epidemiologisch onderzoek waarbij verlies of dreigend verlies een depressie kan uitlokkend. In de psychodynamische richting bestaan vanzelfsprekend vele van dit soort hypothesen die betrekking hebben op conflicten als determinant in de productie van een symptoom en die bij Zuckerman onbesproken blijven. Op zichzelf is het boek zo helder dat die aanvullingen ook gemakkelijk kunnen worden ingevoegd.

Zuckerman eindigt zijn boek met een toekomstvisie, hij verwacht eerder minder dan meer diagnostische entiteiten en uiteindelijk zullen dimensies de categorieën afwisselen in hun dominante positie; de DSM categorieën kunnen na een proces van verbouwing via factor analyse het startpunt voor deze dimensies gaan vormen. Zelfbeoordelinginstrumenten zullen hierin een belangrijke rol gaan spelen, aangezien deze meestal dimensies meten. Hij bespreekt ook kritisch de beperkingen van de fysiologische meetmethoden. Over de rol van de persoonlijkheid blijft hij erg beknopt; hij beveelt een drie of vijf factorenmodel aan dat hij zelf heeft onderzocht: sociabiliteit, neuroticisme-angst en impulsief, niet gesocialiseerd sensatie-zoeken. Eventueel aangevuld met; agressie-vijandigheid en activiteit. Hij ziet deze factoren ten grondslag liggen aan de hoofdgroepen van psychische stoornissen. Angststoornissen en unipolaire depressies vertegenwoordigen een extreme expressie van de neuroticisme factor. De antisociale persoonlijkheid en een deel patiënten die een middelenmisbruik etiket krijgen toebedeeld vertegenwoordigen het extreem van de factor die hij benoemt met niet

gesocialiseerd sensatie-zoeken. De meeste psychofarmaca noemt Zuckerman momenteel nog “dom” aangezien ze net zo lang werken als men ze inneemt en doorgaans een geheel neurochemisch systeem beïnvloeden in plaats van een deel ervan. De slimme pillen hebben de toekomst. De cognitieve gedragstherapie is te veel op symptomen en cognities en te weinig op interpersoonlijke bronnen van verstoring in de gezinnen gericht geweest. In zijn visie is Zuckerman nog niet toe aan het stimuleren van de vorming van een overkoepelende theorie die aan de psychopathologie een wetenschappelijk gezicht kan geven. Wellicht is dit nog te vroeg.

Jan Derksen doceert psychodiagnostiek aan de sectie Klinische Psychologie en Persoonlijheidsleer van de Universiteit van Nijmegen en psychotherapie aan de Vrije Universiteit van Brussel. Daarnaast is hij praktiserend eerstelijns psycholoog.
E-mail: jderksen@psyline.nl