

Techno-geneeskunde, Geestelijke gezondheidszorg verschillend en complementair *

In de 17de eeuw spoort de filosoof René Descartes het denken aan om “de heldere en onderscheidende” wegen te bewandelen van een zuiver rationele “methode” die, ondersteund door “de methodische twijfel” de experimentele methode systematiseert, een methode die op hetzelfde tijdstip door Harvey wordt toegepast in zijn onderzoek over de bloedsomloop. Wat later vertroebelt Descartes – ontrouw aan zijn eigen strengheid – de oude opvatting over de eenheid van psyche en lichaam ten voordele van een dualisme dat het lichaam reduceert tot een “animale machine” die bij de mens het privilege geniet door het denken gestuurd te worden via de verbinding met de “pijnappelklier” (de epifyse). Wetenschap als filosofie – Spinoza in het bijzonder – hebben deze dualistische illusie ontkracht, maar in de 19de eeuw vormt Claude Bernard de “animal machine” om en transformeert die tot een “organisme” waarvan elk radertje aan experimenteel onderzoek kan onderworpen worden (de lever bijvoorbeeld als producent van suiker). Zijn “Inleiding tot de Studie van de experimentele Geneeskunde” (1856) wordt beschouwd als de geboorteakte van een technologische orgaangeneeskunde waarvan de steeds kundiger helende krachttoeren regelmatig ons leven redden. Dat is niet niets.

Nochtans is dat “organisme” gezien als een interconnectie van organen die elk in hun functioneren kunnen geobserveerd worden, op zichzelf slechts een abstractie die de realisatie van de algemeen helende procedures mogelijk maakt. Hoewel dit medische model zeer efficiënt is en de meetbaarheid, de vergelijking, de zorgstrategieën en de budgettering van de gezondheidszorg vergemakkelijkt, is dit niet voldoende om het complexe gegeven noch de rationele aanpak van het therapeutisch werkveld uitputtend te kunnen behandelen – laat staan de realiteit van het lichaam. Zo bijvoorbeeld kan een individu dat onder lichte hypnose gebracht wordt uitsluitend door de inwerking van de relatie en het woord een echte blaar produceren op de totaal imaginaire plek waar hij – dat heeft men hem gesuggereerd – verbrand is. In meer alledaagse zin kan een roman, een film zomaar zonder waarschuwing de traanklier activeren, net als een “woord teveel” teveel maagsap kan uitlokken – en zelfs op lange duur een maagzweer kan doen ontstaan. Ook al zijn deze feiten gemakkelijk waarneembaar, toch kunnen ze niet onderling vergeleken worden want ze beantwoorden telkens aan een strikt persoonlijke context en aan een dynamiek waarvan de drijfveren aan het bewustzijn ontsnappen.

Sedert meerdere decennia werd in breder perspectief duidelijk aangetoond dat het functioneren van het lichaam onlosmakelijk met dat van de psyche verbonden is: duizenden experimentele waarnemingen hebben het enigmatische placebo-effect aan het licht gebracht net als de duistere kant ervan, “het nocebo-effect”, dat erin slaagt om zelfs de best beproefde zorgprocedures te doen mislukken.

In feite bestaat er een wettelijke verplichting voor de geneeskunde om elke nieuwe behandeling te vergelijken met een onschuldig middel zonder specifieke werking: uit deze onderzoeken komt naar voor dat voor alle pathologieën zonder onderscheid gemiddeld 33% van het bereikte positieve therapeutisch resultaat enkel en alleen aan de – relationele en cognitieve – context te danken is van de behandeling, om het even welke behandeling men heeft toegediend. Heel waarschijnlijk zijn deze wetenschappelijke gegevens te schokkend en worden ze daarom door het gezondheidsmanagement tot parasitaire factoren gedegradeerd, zelfs als een onbelangrijke toevalligheid aanzien. Toch vormen ze niet minder dan het aanzetpunt om de reële patiënt te

* Uit het Frans vertaald door Helen Van Dorpe

benaderen en hem niet te reduceren tot een abstracte entiteit die men in het Frans en het Nederlands enkel met de term "maladie"/ziekte aanduidt – daar waar in het Engels nuances bestaan en een onderscheid wordt gemaakt tussen *illness* (ziekte die als lijden ervaren wordt), *disease* (ziekte als nosografische entiteit) en *sickness* (ziekte als sociaal feit). De realiteit die door het placebo effect duidelijk belicht wordt, getuigt zonder enige ambiguïteit van de verweving van het individuele en het collectieve, van het in elkaar knopen van het reële en het imaginaire, evenals van de impact ervan op de realiteit van het lichaam. Daaruit blijkt ook dat als men deze dimensie als essentieel beschouwt voor de gewone gezondheidszorg, ze dat in nog grotere mate is voor de psychische of de geestelijke gezondheidszorg waar men geconfronteerd wordt met "ziekmakend lijden" eerder dan met "ziekten waaronder men lijdt" en waar de zichtbare pathologie vaak maar de boom is die het bos verbergt. Naast het klinische belang zou de inachtneming van deze realiteit van beslissende invloed kunnen zijn op het gebied van de preventie en dus van de besparing – gezien vele psychische aandoeningen gepaard gaan met somatische ziekten.

Na vele pogingen om de "psychische aandoeningen" te beschrijven naar analogie met de orgaanpathologie waarvan de etiologie objectief te achterhalen valt, heeft de psychiatrie het uiteindelijk opgegeven: het merendeel van de psychische stoornissen zijn vooral uitdrukking van een defensieve constructie onder de dwang van de hindernissen en de trauma's die het leven meebrengen. Meestal zijn ze het resultaat van een mislukte poging om te zoeken naar een zo goed of kwaad mogelijk evenwicht als verdediging tegen de dreiging door angst overspoeld te worden. Pragmatisch gezien, beoogt de hedendaagse psychiatrie de begeleidende neurocerebrale symptomen op te sporen van de psychische aandoeningen veeleer dan de onvatbare oorzaken. Op dit niveau volstaan soms doelgerichte moleculen om een vicieuze cirkel te doorbreken en een proces van zelfgenezing te bevorderen. Nog radicaler is de psychiatrische ideologie die uit de Verenigde Staten is overgekomen en weigert om nog in termen van "psychopathologie" te denken. Zonder zich nog te bekommeren om de etiologie en de betekenis van psychisch lijden, wordt een catalogus opgesteld van symptomen die gebundeld worden en geclassificeerd in een "Diagnostisch en statistisch Handboek voor psychische Stoornissen" (DSM) en het mogelijk maakt om het voorschrift te vinden dat overeenstemt met de cijfercode van een "stoornis" (disorder) en om tegelijk de managereisen tegemoet te komen van de farmaceutische firma's, van de autoriteiten op het gebied van de gezondheidszorg, van de ziekteverzekeringen en dus ook van de zorginstellingen.

Het veld van de geestelijke gezondheidszorg heeft niettemin behoefte aan andere criteria voor *organisatie, opleiding en evaluatie* – dan de technologische geneeskunde of de psychologie als ze aan medische onderaanneming doet. Op het gebied van klinische psychologie is er meer nodig dan een theoretische identificatie van een of ander profiel: *het stellen van een diagnose gebeurt meteen al binnen de therapeutische relatie* en vereist dus een zeer grote ervaring. En ook bij de volgende stap gaat het om meer dan een loutere toepassing van de zorgprocedures en is het essentiëler om de persoon diepgaand te begeleiden bij het uitwerken van zijn eigen oplossingen: dan is het diploma van psycholoog, pedagoog of arts minder belangrijk dan de intellectuele openheid, de werkveldervaring en – vooral de menselijke consistentie die verworven werd tijdens een persoonlijk parcours dat niet te herleiden valt tot het volgen van een academische cursus. In dit perspectief en zonder toegeving aan de gestelde eisen voor een opleiding in de psychopathologie, blijkt de diversiteit van de wegen die leiden tot het uitoefenen van het *beroep van psychotherapeut* van zeer groot belang te zijn.

Meer in het algemeen gezegd betekent dit dat men op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg niet zonder interdisciplinariteit kan. Uit die erkenning dat er een noodzakelijke pluraliteit moet bestaan in de beroepspraktijken en het inzicht dat de systemen van organisatie en evaluatie die het rigoureuze en het kwantificeerbare door elkaar zouden willen halen niet deugen, is het idee ontstaan om een *Hoge Raad voor Geestelijke Gezondheidszorg* in het leven te roepen, als een vertegenwoordiging van de beroepen op het reële werkveld (huisartsen, maatschappelijk

werkers, geriateren, psychologen, psychiaters, psychotherapeuten, verpleegkundigen, onderwijzend personeel, wijkagenten en waar men tussen gelijken omkaderingscriteria zou kunnen uitwerken met respect voor de specificiteit van elk deelwerk. Van deze raad heeft men tot heden slechts de naam behouden.

Om de complexiteit van het werkveld van de geestelijke gezondheidszorg te illustreren en tegelijk de noodzaak aan te duiden van een therapeutische ruimte die gebaseerd is op relatie en woord zou men kunnen terugdenken aan de geboorteklacht van de sociologie als wetenschap: met name aan de studie van Emile Durkheim over suïcide (1897) als een “ sociaal feit”, daar waar men vroeger ervan uitging dat suïcide uitsluitend een pure privé aangelegenheid was en de allerindividueelste daad die er bestaat. In werkelijkheid wisten de maatschappelijk werkers altijd al dat er “zelfmoordepidemieën” bestaan en dat ze echt niet van hetzelfde soort zijn als een griep epidemie. Recenter hebben sociologen een hoge correlatie vastgesteld tussen het aantal psychiatrische consultaties de graad van armoede en losse sociale banden. Dit geeft ons al voldoende stof tot nadenken maar om deze reflectie te besluiten zonder ze af te sluiten, bestaat er niets beter dan een voorbeeld te geven van een complexiteit die niet teruggaat op het innemen van een dogmatische positie, maar toch wel wil aantonen dat er een urgentie is op het gebied van de openbare gezondheidszorg.

Men weet dat het woord “depressie” een nosografische nebuleuse aanduidt – die nochtans voldoende in kaart is gebracht om een diagnose mogelijk te maken en zich aan epidemiologische voorspellingen te wagen. Volgens de Wereldgezondheidsraad staat de depressie op het punt om de eerste oorzaak van invaliditeit op wereldniveau te worden vóór de hart- en vaatziekten. Sociologisch gezien is depressie op de eerste plaats gecorreleerd met *eenzaamheid* en op de tweede plaats met *werkloosheid*. In haar ernstigste stadium leidt ze tot ongeveer 15% zelfdoding. Op neurocerebraal niveau hebben onderzoeken bij verschillende depressieve patiënten een significant laag niveau aan serotonine vastgesteld en onderzoekers zijn erin geslaagd om moleculen te produceren die een beter niveau van die neurotransmitter kunnen behouden. Ervaring heeft geleerd dat de selectieve remmers van de heropname van serotonine (SSRI) een even goed resultaat produceren als de voorgangers ervan (de tricyclische) maar minder bijwerkingen geven. Wat niet verhindert dat fluoxétine of anders gezegd, prozac, als die niet met omzichtigheid wordt voorgeschreven, bij adolescenten de suïcide act kan bevorderen. In 2008 heeft een studie van de psycholoog Irving Kirsch (Hull University) uitgewezen dat de SSRI (16,2 miljoen uitgevoerde voorschriften in 2006 in het Verenigd Koninkrijk) niet beter presteerden dan de placebo's behalve dan voor de zeer ernstige gevallen van depressie- namelijk net die waarin men zich in geen enkele therapeutische relatie van welke aard ook nog kan investeren. Stippen we tenslotte aan dat depressie een impact heeft op de immuunfunctie waardoor verschillende ziektes gemakkelijker uitbreken en tot een vicieuze cirkel aanleiding geeft: depressie kan het ontstaan van kanker bevorderen, kanker die op haar beurt oorzaak van depressie wordt. Daarom bestaat de beste en bekendste behandeling van depressie in een combinatie van farmacodynamie en psychotherapie.

Indien het al ideologisch coherent is te proberen om sociale ziekten te medicaliseren – burn-out bijvoorbeeld – is het toch een wetenschappelijke misvatting om de normen van de technogeneeskunde te willen opleggen aan de geestelijke gezondheidszorg. Deze misvatting stelt helemaal niet de complementariteit van beide werkvelden in vraag.

Francis Martens

APPPsy, Maart 2018