

Inhoud

Inleiding – 11

Psychodynamiek: tussen begrijpen en verklaren

Jos Dirkx

DEEL 1 PSYCHODYNAMISCHE BASISKENNIS

Hoofdstuk 1

Psychodynamiek in het denken van Freud – 21

Harry Stroeken

Hoofdstuk 2

Freud en de eerste pioniers – 27

Marc Hebbrecht en Jef Dehing

Hoofdstuk 3

Postfreudiaanse ontwikkelingen: de grote psychoanalytici na Freud – 41

Marc Hebbrecht en Rudi Vermote

Hoofdstuk 4

Het onbewuste – 55

Rudi Vermote

Hoofdstuk 5

Seksualiteit – 65

Rudi Vermote

Hoofdstuk 6

Het oedipuscomplex bij Freud en Lacan: een noodzakelijk schimmenspel – 73

Paul Verhaeghe

Hoofdstuk 7

Over hypothesen en fantasie – 87

Antonie Ladan

Hoofdstuk 8

De droom – 97

Marc Hebbrecht

Hoofdstuk 9
Afweer en weerstand – 107
Quin van Dam

Hoofdstuk 10
Overdracht en tegenoverdracht – 119
Willem Heuves

Hoofdstuk 11
Objectrepresentaties en objectconstantie – 129
Jos Dirkx

Hoofdstuk 12
Agressie en doodsdrift – 141
Fons Van Coillie

DEEL 2 WETENSCHAPPELIJKE ASPECTEN

Hoofdstuk 13
De effectiviteit van psychodynamische behandelvormen – 153
Saskia de Maat

Hoofdstuk 14
De relatie tussen proces en uitkomst in psychoanalytische therapie – 171
Patrick Luyten

Hoofdstuk 15
Psychodynamiek en DSM: verschillende visies bij de inventarisatie van persoonlijkheidsstoornissen – 185
Robert Abraham en Rien Van

Hoofdstuk 16
Indicatiestelling voor psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie – 201
Marijke Lenstra

Hoofdstuk 17
Psychodynamiek en neurowetenschappen – 215
Jos Dirkx

DEEL 3 PSYCHODYNAMISCH PERSPECTIEF OP LEVENSFASEN

Hoofdstuk 18

Van 'denken over' naar 'werken met' de baby – 229

Nicole Vliegen en Marja Rexwinkel

Hoofdstuk 19

Babyobservatie – 239

Christine Franckx

Hoofdstuk 20

De latentieperiode – 247

Eva Prinsen

Hoofdstuk 21

Ontwikkeling en behandeling van pubers – 255

Willem Heuves

Hoofdstuk 22

Adolescentie – 261

Lut De Rijdt en Jan Vandeputte

Hoofdstuk 23

Psychodynamiek van de latere leeftijd – 271

Jan van de Sande

DEEL 4 PSYCHODYNAMISCHE TECHNIEKEN EN BEHANDELVORMEN

Hoofdstuk 24

Psychoanalyse – 285

Ton Stufkens

Hoofdstuk 25

Psychoanalytische psychotherapie – 299

Luc Moyson

Hoofdstuk 26

Kinderanalyse – 311

Gertie Bögels

Hoofdstuk 27

Individuele psychodynamische kinderver psychotherapie – 319

Patrick Meurs

Hoofdstuk 28

Klinische psychotherapie – 331

Rudi Vermote

Hoofdstuk 29

De steunende houding in psychodynamisch perspectief – 343

Marc Hebbrecht

Hoofdstuk 30

Kortdurende psychodynamische psychotherapie (KPP) – 355

Thijs de Wolf

Hoofdstuk 31

Psychodynamische groepspsychotherapie – 369

Ad Boerwinkel

Hoofdstuk 32

Psychodynamisch georiënteerde gezinstherapie (PGT) – 379

Benedicte Lowyck

Hoofdstuk 33

Transference-focused psychotherapy voor borderline persoonlijkheidsorganisatie:
toegepaste objectrelatietheorie – 393

Nel Draijer en Jos van Mosel

Hoofdstuk 34

Op mentaliseren gebaseerde therapie (MBT) – 405

Margit Deben-Mager

Hoofdstuk 35

Een toepassing van 'Op mentaliseren gebaseerde therapie' op ouderbegeleiding en
kindertherapie – 415

Annelies Verheugt-Pleiter

Hoofdstuk 36

Psychodynamiek en psychofarmaca – 425

Marc Hebbrecht

DEEL 5 PSYCHODYNAMISCH PERSPECTIEF OP DE PSYCHOPATHOLOGIE

Hoofdstuk 37

Psychodynamiek van de psychotische stoornis – 435

Lili De Vooght

Hoofdstuk 38

Psychodynamische visies op depressie – 445

Rien Van

Hoofdstuk 39

Angst – 457

Jos Dirkx

Hoofdstuk 40

Hysterie – 469

Jos Dirkx

Hoofdstuk 41

Borderline persoonlijkheidsorganisatie – 479

Rudi Vermote

Hoofdstuk 42

Narcisme – 491

Frans Schalkwijk

Hoofdstuk 43

Seksueel misbruik: een beschouwing vanuit psychodynamisch perspectief – 501

Nelleke Nicolai

Hoofdstuk 44

Perversies – 513

Jaap Ubbels

Hoofdstuk 45

Somatoforme en nagebootste stoornissen – 523

Ine Klijn

Hoofdstuk 46

ADHD en autismespectrumstoornis – 535

Dirk De Raeymaecker

Hoofdstuk 47

Psychoanalyse en handicap – 549

Johan De Groef

Hoofdstuk 48

Verslaving – 557

Marc Hebbrecht

Hoofdstuk 49
Transculturele psychoanalyse – 569
Wouter Gomperts

DEEL 6 HET PSYCHODYNAMISCH PERSPECTIEF IS OVERAL

Hoofdstuk 50
Kijken naar een droomscherf: over psychoanalyse en film – 583
Solange Leibovici

Hoofdstuk 51
De inbreng van de psychoanalyse in de ethiek – 591
Patrick Vandermeersch

Hoofdstuk 52
Psychoanalyse en fenomenologie – 599
Michel Thys

Hoofdstuk 53
Psychoanalyse en hermeneutiek – 607
Antoine Mooij

Hoofdstuk 54
Literatuur en psychoanalyse: een veelvoud van perspectieven – 615
Anneleen Masschelein

Hoofdstuk 55
Psychoanalyse en muziek – 627
Etty Mulder

Hoofdstuk 56
Psychoanalyse en organisatie – 635
Erik van de Loo

Hoofdstuk 57
Freud over religie – 645
Harry Stroeken

Literatuur – 653
Auteurs – 713
Register – 723

Inleiding

Psychodynamiek: tussen begrijpen en verklaren

In dit handboek staat het psychodynamisch perspectief op de psychopathologie centraal. Het psychodynamisch perspectief is op de eerste plaats schatplichtig aan het psychoanalytisch gedachtegoed, maar omvat ook de aftakkingen, modificaties en uitweidingen van de psychoanalytische theorievorming en techniek die later ontstonden en nog altijd ontstaan.

Zo is bijvoorbeeld een relatief nieuwe behandelmethode als *transference-focused psychotherapy* (TFP) wel psychodynamisch van aard maar niet zozeer psychoanalytisch. Er wordt weliswaar gewerkt met en in de overdracht van de patiënt-therapeutrelatie, maar er worden tevens strikte afspraken gemaakt in een contract waaraan de specifieke patiënt met een borderline persoonlijkheidsstoornis zich dient te conformeren. Hoewel het contract tevens een manier is om het ageergedrag te onderkennen en tegen te gaan is het niet vrijblijvend en kan het zelfs leiden tot het tijdelijk stoppen van de behandeling.

Dit handboek bestaat uit een aantal delen waarbij het eerste deel start met de basale psychodynamische concepten die in veel opzichten de bakermat vormen van alle moderne psychotherapie. Vrijwel geruisloos zijn deze concepten – zoals het onbewuste, overdracht, tegenoverdracht en kinderlijke seksualiteit – in de vorm van bijvoorbeeld het oedipuscomplex zelfs onderdeel geworden van onze cultuur. In deel 2 staan wetenschappelijke aspecten centraal, waarbij het niet alleen gaat over de effectiviteit van psychodynamische behandelvormen maar ook over hoe behandelresultaten tot stand komen. Deel 3 handelt over levensfasen en gaat vooral over het onderscheid tussen wat nog binnen een normale ontwikkeling past en waar en op welke kwetsbare momenten in een mensenleven het fout kan gaan. Zoals ook uit deze hoofdstukken blijkt, is een dergelijke ontwikkelingsgerichte blik bij uitstek en van oudsher psychodynamisch. Denk bijvoorbeeld aan de nog immer actuele fase-indeling van Erikson (1963) met de specifieke taken per levensfase. In deel 4 komen psychodynamische technieken en behandelvormen aan bod. Sommige van deze technieken en behandelvormen, zoals de psychoanalyse, bestaan al heel lang, terwijl andere zich relatief recent hebben ontwikkeld, zoals de op mentaliseren gebaseerde behandelvormen (hoofdstuk 34 en 35) en de eerdergenoemde *transference-focused psychotherapy* (TFP) (hoofdstuk 33). We hebben de auteurs gevraagd de recentste inzichten toe te voegen, met nadrukkelijke aandacht voor onderzoeksgegevens van de behandelresultaten. In deel 5 wordt de psychopathologie beschreven vanuit het psychodynamisch perspectief. We hebben ervoor gekozen niet slaafs de DSM-indeling te volgen maar uit te gaan van ziektebeelden zoals ze zich in de praktijk kunnen aandienen. De classificaties in de DSM zijn vaak niet meer dan tijdelijke constructen, gevoelig voor tijd en cultuur. Bovendien zijn patiëntproblemen nogal eens moeilijk onder te brengen in een DSM-classificatie. Later in dit hoofdstuk wordt daar uitgebreid op teruggekomen. Deze keuze in dit handboek vormt het belangrijkste verschil met het standaardwerk op het gebied van de psychodynamiek, *Psychodynamic psychiatry* (Gabbard, 2005). Gabbard neemt als basis de DSM-stoornissen en geeft weer wat daarover vanuit een psychodynamische visie bekend is. Er is echter ook door Gabbard veel kritiek geuit

op de ontwikkelingen die de DSM-5 ons gaat brengen, aangezien de kloof tussen de wetenschap en de klinische praktijk met deze nieuwe DSM-versie alleen maar groter lijkt te worden (Shedler e.a., 2010). In deel 6 van dit handboek blijkt ten slotte hoe ver de psychodynamiek zich verspreid heeft en hoe ze in veel opzichten onderdeel is geworden van ons dagelijks leven. Denk daarbij aan organisatievormen, aan opvattingen over leiderschap en management, aan de relatie met filosofische stromingen, maar ook aan cultuurdragers als muziek, literatuur en film. *Bien étonné de se trouver ensemble*: op uiteenlopende plaatsen is het psychodynamisch gedachtegoed terug te vinden.

De Nederlandse en Vlaamse auteurs vertegenwoordigen verschillende psychodynamische stromingen. Ze zijn werkzaam in de klinische praktijk en veelal toonaangevend wat betreft het onderwerp dat in hun eigen hoofdstuk(ken) aan de orde komt.

De doelgroep voor wie dit handboek is geschreven, wordt breed en daarmee ambitieus gedefinieerd. Niet alleen psychiaters, psychotherapeuten, psychologen, psychoanalytici en vooral ook zij die voor een dergelijk vak in opleiding zijn, maar ook postgraduate studenten in psychologie, sociale wetenschappen, bestuurskunde, management, filosofie en geschiedenis kunnen hier de state of the art van het psychodynamisch gedachtegoed vinden. En zelfs ervaren psychoanalytici kunnen in dit handboek nieuwe kennis opdoen of bezonken gedachten opfrissen.

1 Psychodynamiek: een plaatsbepaling

Het psychodynamisch perspectief is van oudsher een natuurlijke tegenhanger van het biologische of liever biomedische perspectief. De tweedeling die we in de moderne psychiatrie nog altijd terugvinden, kent vele varianten en is in haar oorsprong gerelateerd aan het lichaam-geestprobleem.

Is de psychiatrie, en daarmee de hele geestelijke gezondheidszorg, vooral gebaat bij een biomedische dan wel natuurwetenschappelijke epistemologie of juist meer bij een geesteswetenschappelijke epistemologie? Gaat het om intersubjectief begrijpen van en betekenis geven aan het unieke en narratieve eerstepersoonsperspectief of meer om het objectief verklaren van een generaliseerbaar pathogeen mechanisme vanuit het derdepersoonsperspectief? Nog anders geformuleerd: gaat het vooral om het vinden van een causale verklaring of is het begrijpen van de betekenis van een klacht belangrijker? Is voor de klinisch werkzame psychiater en psychotherapeut een op feiten en evidentie gerichte praktijk (*evidence-based practice*) niet meer opportuun dan een op waarden gerichte praktijkvoering (*value-based practice*)? Deze tweedeling, en vooral de verhouding tussen beide zijden, is van wezenlijk belang voor de wijze waarop professionals hun vak uitvoeren en beleven. In dit inleidende hoofdstuk staat de plaatsbepaling van de psychodynamiek in dit dualistische krachtenveld centraal.

2 Evidentie en diagnostiek

Binnen de psychiatrie en psychotherapie¹ is er steeds meer behoefte aan transparantie en evidentie voor wat er gedaan wordt: wat werkt en hoe werkt het? Om in de wereld van de gezondheidszorg mee te tellen is bovendien een positivistische, biomedische en 'harde' wetenschapsopvatting vrijwel noodzakelijk. De psychiatrie en psychotherapie willen niet te veel

afwijken van wat gangbaar is in de somatische gezondheidszorg. Daarom wordt tegenwoordig liever gesproken over hersenziekten in plaats van neurotische aandoeningen.

Binnen de Nederlandse (geestelijke) gezondheidszorg is er ook vanwege de marktwerking een toenemende behoefte bij zorgverzekeraars om de best mogelijke zorg tegen een voordelige prijs in te kopen. Het is dan ook niet zo vreemd dat in een dergelijke productcultuur de *evidence-based psychiatry* (EBP) steeds belangrijker is geworden. *Evidence-based psychiatry* is een toegepaste vorm van *evidence-based medicine* (EBM). *Evidence-based medicine* had als doel de bevindingen uit empirisch onderzoek en de klinische expertise te bundelen, om zo bij specifieke ziektebeelden tot de meest effectieve behandeling te komen (Sackett e.a., 1996). Het empirisch onderzoek heeft echter duidelijk de overhand gekregen in EBM en het contact met de klinische praktijk lijkt vrijwel verloren gegaan. Dit heeft zelfs geleid tot een tegenbeweging van *practice-based evidence* waarin getracht wordt deze breuk te herstellen (McDonald & Viehbeck, 2007). In de oorspronkelijke beschrijving van EBM is er sprake van een hiërarchie van evidentie waarbij zelfs een $n = 1$ -studie bewijskracht heeft. Deze hiërarchie lijkt allang verlaten, nu de zogenaemde *randomized controlled trial* (RCT) niet alleen de gouden standaard is maar ook de enige onderzoeksmethodologie is die nog serieus wordt genomen. Dit is ook wel de ivorentorevidentie van de RCT genoemd. De RCT is heel geschikt voor eenvoudig onderzoek waarin bijvoorbeeld het effect van medicatie wordt vergeleken met een placebo. Bij vergelijkingen van complexe behandelvormen, zoals bij psychoanalyse, is de RCT niet uitvoerbaar vanwege het ontbreken van een adequate controlegroep als belangrijkste argument. De RCT levert dus weliswaar het meeste bewijs, maar hij is niet voor alle onderzoek bruikbaar. De uit de epidemiologie en interne geneeskunde afkomstige EBM is de laatste jaren zelfs uitgegroeid tot het politieke gedachtegoed van een ideologische beweging en vormt het uitgangspunt van veel marktgerichte veranderingen (Levine & Fink, 2006). Is *evidence-based medicine* als *evidence-based psychiatry* zonder meer toepasbaar op psychiatrie en psychotherapie? Omdat de psychiatrie te complex blijkt om volgens het biomedisch model gegeneraliseerd te worden is ze in haar conceptuele basis niet vergelijkbaar met een somatisch specialisme (Dirkx, 2008). Met andere woorden: in geen enkele andere medische discipline is er een discontinuïteit tussen het brein en de psyche zoals in de psychiatrie het geval is. Deze discontinuïteit maakt het onmogelijk de psychopathologie direct af te leiden uit chemische, biologische of natuurkundige basisprincipes, zoals dat bijvoorbeeld bij de cardiologie wel het geval is (McHugh & Slavney, 1998). De psychiatrie is veeleer een combinatie van natuur- en geesteswetenschap, al weet men niet goed raad met de verhouding tussen beide wetenschappen (Nieweg, 2005). Ook voor het bereiken van een vorm van evidentie dient men dus andere eisen te stellen die tegemoetkomen aan de meervoudige bepaaldheid van psychische symptomen.

Aan de hand van de diagnostiek en de classificatie waarvan in de brede geestelijke gezondheidszorg gebruik wordt gemaakt, zal worden getracht dit te verduidelijken. Kijkend naar de povere wetenschappelijke status van de diagnostiek volgens het DSM-systeem wordt al duidelijk dat de fundamenteën voor strenge evidentie ontbreken. Met de komst van DSM-III in 1980 en de daaropvolgende DSM-versies is wel de betrouwbaarheid van psychiatrische diagnostiek sterk verbeterd, zeker wanneer bij het vaststellen van de juiste diagnosen gebruik wordt gemaakt van specifieke interviews, zoals het Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID) (Spitzer e.a., 1992; First e.a., 1995). Doordat het classificatiesysteem wereldwijd wordt gebruikt, kan iedereen opzoeken wanneer wordt gesproken van een identiteitsstoornis, een gegeneraliseerde angststoornis, alcoholmisbruik of een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. Hierover bestaat

dus een toegenomen overeenstemming. Een essentiëlere kwestie echter betreft de gebrekkige validiteit. De DSM waarmee alle onderzoek binnen de ggz start, is gebaseerd op afspraken tussen experts over wat wordt verstaan onder bepaalde aandoeningen (*disorders*). De DSM is veeleer een etiologisch neutrale indeling of classificatie en geen diagnose, hoewel de naamgeving anders suggereert. Het gaat ook niet om een vanzelfsprekende natuurlijke ordening of een eenduidig criterium waarmee stoornis A kan worden onderscheiden van stoornis B. Een DSM-classificatie is onvergelykbaar met de wijze waarop vastgesteld kan worden of iemand wel of geen diabetes mellitus heeft op basis van onder andere een verhoogde nuchtere bloedsuikerspiegel. Een ander voorbeeld is de diagnose van een bepaalde vorm van kanker aan de hand van afwijkende cellen in een biopt. Bovendien zijn de classificatieafspraken van de DSM steeds vaker dimensioneel geoperationaliseerd waardoor bijvoorbeeld een borderline persoonlijkheidsstoornis zich op honderden verschillende manieren kan manifesteren. Wanneer we echter een aandoening categoriaal classificeren, is de grote comorbiditeit of juist het zelden voorkomen van een bepaalde aandoening een belangrijk nadeel. Daarom is de brede restcategorie 'persoonlijkheidsstoornis NAO' (niet anders omschreven) de meest voorkomende persoonlijkheidsstoornis. Een volgend nadeel is het telkens wijzigen van diagnoses. In tegenstelling tot bijvoorbeeld reuma, meningitis of hypertensie, die niet zomaar verdwijnen of plaatsmaken voor iets anders, kunnen DSM-diagnosen wel veranderen. Zo is het aantal diagnoses in de DSM-IV ongeveer 400. Het is daarmee bijna verdubbeld ten opzichte van het aantal diagnoses in de DSM-III. In de DSM-5 die in 2013 verschijnt, zal de narcistische persoonlijkheidsstoornis verdwijnen. Overigens bestaan er veel bezwaren tegen het verdwijnen van deze diagnose, iets wat vele klinici uit verschillende landen aan de samenstellers van de DSM-5 lieten weten. Iedereen mocht tot eind april 2010 reageren, zodat de kans aanwezig is dat de narcistische persoonlijkheidsstoornis blijft vanwege voorkeurstemmen. De DSM-diagnosen worden dus eerder democratisch dan wetenschappelijk vastgesteld.

Niet alleen de diagnose maar ook het effect van een behandeling wordt bepaald aan de hand van vragenlijsten. Er is geen specifieke 'marker' of een bepaald symptoom pathognomonisch voor een psychiatrische aandoening, zoals dat wel het geval kan zijn in de somatische geneeskunde. Wanneer iemand na afloop van een behandeling minder symptomen rapporteert op een vragenlijst, beschouwen we de behandeling als effectief. We stapelen de ene generalisatie op de andere en creëren zo een vage uitkomstmaat. Enigszins kort door de bocht is het uitgangspunt voor elk RCT-onderzoek in de geestelijke gezondheidszorg het gerandomiseerd vergelijken van vragenlijsten waarmee vervolgens de verandering in symptomen (aantal en ernst) wordt gemeten. Deze verandering van symptomen vertoont een discutabele relatie met een in wetenschappelijk opzicht invalide classificatiesysteem, gekenmerkt door een enorme comorbiditeit en telkens wijzigende diagnoses die vooral politiek worden bepaald. In de geestelijke gezondheidszorg ontbreekt een genuanceerde visie op de noodzakelijke differentiatie in onderzoeksmethoden. De RCT wordt als gouden standaard gehanteerd. Ook de DSM wordt niet als een classificatiesysteem beschouwd. De DSM wordt als een leerboek voor de diagnostiek van de psychopathologie omarmd. Een echt begrip van de psychopathologie en met name de psychopathogenese is hierdoor niet goed mogelijk. Volgens Andreasen (2007) heeft het succes van de DSM in de Verenigde Staten zelfs geleid tot de dood van de fenomenologie.

3 Een alternatief

Het psychodynamisch denken en handelen kent een wezenlijk andere aard: het is een idiografische en hermeneutische benadering van de patiënt (voor hermeneutiek wordt verwezen naar hoofdstuk 53). Het gaat hierbij niet om de eenduidige en empirisch vast te stellen waarheid. Het is veel meer een intersubjectieve zoektocht binnen een narratieve dimensie waarin een patiënt zich met zijn individuele en unieke achtergrond herkend en gezien voelt. Een veilige plek waar de patiënt in goed vertrouwen met een psychodynamisch georiënteerde behandelaar de mogelijkheid krijgt onbruikbaar geworden gedragspatronen af te leggen en zichzelf terug te vinden. Het psychodynamisch perspectief vormt wellicht meer een kunst of vaardigheid dan wetenschap, althans de wetenschap zoals die zojuist is geschetst. Dit geldt bij uitstek voor de psychoanalyse als behandelvorm. Het psychodynamische gedachtegoed is al vele jaren een inspiratiebron voor andere disciplines en wetenschapsgebieden (zie bijvoorbeeld deel 6 in dit handboek). Wanneer de psychodynamiek de pretentie heeft echt verdiepend te willen zijn, is het evenwel van belang dat het psychodynamisch perspectief zich in praktische zin als behandelvorm niet te zeer afsluit van een zich snel wijzigende maatschappelijke context. Dit om te voorkomen dat een positie van *splendid isolation* ontstaat, iets wat met de psychoanalyse dreigt te gebeuren. Met andere woorden, wanneer de psychodynamische behandelvormen een vanzelfsprekend onderdeel zouden moeten zijn van het therapeutisch arsenaal in de geestelijke gezondheidszorg, is het belangrijk onderzoek te doen naar de werkingsmechanismen en de effectiviteit. Dat dit volgens een fundamenteel andere methodologie moet gebeuren die recht doet aan het psychodynamisch perspectief ligt voor de hand. Gedacht kan worden aan cohortonderzoek, met de nadruk op het meten van procesvariabelen in plaats van het tellen van symptomen op een vragenlijst als uitkomstmaat (hoofdstuk 14; Berghout, 2010).

Daarnaast is het belangrijk de kloof tussen het natuurwetenschappelijk en geesteswetenschappelijk domein in de psychiatrie en psychotherapie niet te ontkennen maar deze wel zo veel mogelijk te verkleinen. Beide hebben een plaats en ze kunnen niet zonder elkaar. In plaats van een methodestrijd zou er synergie en samenwerking moeten zijn, hoewel het spreken van een gemeenschappelijke taal vooralsnog niet mogelijk lijkt. Een voorbeeld van deze strijd is het misbruik maken van *evidence-based medicine* door de hiërarchie van evidentie te vergeten en haar zonder meer toe te passen op de psychiatrie terwijl dit geen recht doet aan beide perspectieven.

Er zijn veel pogingen gedaan om de dichotomie in de psychiatrie te overbruggen. Wellicht de bekendste is het biopsychosociale model van Engel (1977, 1980) – volgens sommigen nog altijd een belangrijke inspiratiebron (White, 2005). Het ging er Engel voornamelijk om de persoon in plaats van de patiënt te behandelen, waarbij zowel psychosociale factoren alsook de relatie tussen de patiënt en de behandelaar van belang zijn voor het ontstaan en het beloop van uiteenlopende ziektebeelden. In die zin is het biopsychosociale model te beschouwen als een heuristische metatheorie waarbij het belang van psychosociale factoren benadrukt wordt als reactie op het biomedisch reductionisme. Dit belangrijkste uitgangspunt van het biopsychosociale model wordt in het onderwijs gebruikt, zowel in de somatische geneeskunde bij huisartsen (Kendler, 2010) als in de psychiatrie (Campbell & Rohrbaugh, 2006). Er is vooral kritiek op de wetenschappelijke aspiraties van het biopsychosociale model. Het zou een oppervlakkig en weinig coherent model zijn dat op geen enkele wijze duidelijk maakt hoe de biologische, psychologische en sociale factoren interacteren en hoe hun respectieve belang bij het veroor-

zaken van symptomen moet worden gewogen. Het biopsychosociale model biedt geen geïntegreerde aanpak van patiëntproblemen; hierdoor zou een atheoretisch eclecticisme kunnen ontstaan waarbij elke aanpak geoorloofd is (Ghaemi, 2010). Het biopsychosociale model impliceert echter bepaald geen paradigmawisseling. Het is slechts een hulpmiddel tot een meer integrale benadering van patiënten en heeft als zodanig nog altijd waarde.

Een ander voorbeeld is de pragmatische zienswijze die oog heeft voor de dialectische relatie tussen de natuurwetenschappelijke en geesteswetenschappelijke heuristiek in de psychiatrie. Brendel (2006) heeft het over de 4 P's van de *pragmatic psychiatric explanation*.

- Wetenschappelijke bevindingen dienen toepasbaar en bruikbaar te zijn in de klinische praktijk, het *praktische aspect*.
- De meervoudige bepaaldheid van symptomen, het *pluralistische aspect*.
- De deelname van de ander, anders gezegd het intersubjectieve karakter, ook van de diagnostiek. Dat noemt Brendel het *participatoire aspect*.
- De voorlopige uitgangspunten van het wetenschappelijk begrip in de psychiatrie, oftewel de *provisionele aard* van de wetenschappelijke psychiatrie die tot bescheidenheid maant.

Nog een andere manier is de *value-based psychiatry*, zoals beschreven door Fulford (2004). In deze stroming die pretendeert complementair te zijn aan de EBM staan de waarden centraal die van belang zijn voor het nemen van beslissingen in de zorg voor patiënten. Bij EBM krijgen daarentegen de feiten een centrale plaats toegekend. In een voorbeeld ontleend aan Fulford wordt besloten dat een bepaalde patiënte ingesteld wordt op lithium om haar onregelende hypomane episoden te beteugelen. Deze beslissing wordt vooral evidence-based genomen. Na een ogenschijnlijk succesvolle episode met lithium besluit deze patiënte te stoppen met het gebruik van lithium, aangezien ze haar creativiteit, broodnodig voor haar werkzaamheden als kunstenares, is kwijtgeraakt als gevolg van deze medicatie. Haar belevingswereld voelt weliswaar stabiel aan, maar deze is ook emotioneel vlakker en grijzer gekleurd. Deze beslissing is vooral aan waarden gekoppeld. Toch lijkt ook dit perspectief ons vooral te willen waarschuwen beide kanten in ogenschouw te nemen. Evenals het biopsychosociale model is het meer een aanvulling op de objectievere feiten van het natuurwetenschappelijk denken dan een poging tot echte integratie. Dit laatstgenoemde model sluit aan bij het eerder aangehaalde onderscheid tussen verklaren en begrijpen waarmee vooral de naam van Karl Jaspers (1913) verbonden is. Toch wordt de dichotomie tussen het natuurwetenschappelijk verklaren en het geesteswetenschappelijk begrijpen ook wel minder stringent gehanteerd. Een verklaring voor een fenomeen heeft vaak een grotere of een andere betekenis dan een louter causale betekenis. 'Verklaren' kan zelfs worden gedefinieerd als een kennelijk succesvolle poging een bepaald fenomeen beter te begrijpen.

'This broad view of explanation appears, in our opinion, well suited for psychopathology given the variety of factors, patterns, and experiential qualities that can be relevant to issues in mental health.'

(Parnas & Sass, 2008, blz. 263)

Juist de psychoanalyse als hermeneutische discipline bevindt zich in dit overgangsgebied tussen begrijpen en verklaren. Freud maakte gebruik van zowel de taal van oorzaken als de taal van betekenis ('the language of causes and the language of reasons', Fulford, Thornton & Graham, 2006). Beide talen zijn nodig voor de wetenschap van de psyche.

4 Tot slot

In dit *Handboek psychodynamiek* gaat het om een geleidelijk meer in de verdrukking geraakte maar ook verdiepende wijze van kijken en behandelen die nog altijd een prominente plaats verdient in de psychiatrie en psychotherapie. Het psychodynamisch perspectief is immers een noodzakelijke aanvulling op de biomedische denkrichting. Tegelijk is gepoogd tot een meer integrale benadering van psychopathologie te komen met het geven van betekenis maar ook het zoeken naar een oorzaak – een positie tussen begrijpen en verklaren. Hiermee wordt aan beide epistemologische perspectieven, zowel het natuurwetenschappelijke als het geesteswetenschappelijke, recht gedaan. Het is aan de lezer of we geslaagd zijn in de ambitieuze doelstelling net als Freud twee talen te spreken.

5 Dankwoord

Op de eerste plaats wil ik namens de redactie alle auteurs hartelijk bedanken voor hun bereidwillige medewerking. Als experts op hun specifieke terrein hebben zij laten zien hoe breed, verdiepend, intersubjectief maar ook wetenschappelijk gefundeerd de psychodynamiek kan zijn. Een speciale vermelding verdient de uitgever, Cees Stavenuiter, van wie het idee voor dit handboek afkomstig is. Hij stelde mij in de gelegenheid de redactie te vormen. Zijn enthousiasme, ervaring en wijsheid zijn van doorslaggevende betekenis geweest. Ten slotte gaat mijn dank uit naar de redactie, in de personen van Marc Hebbrecht, Antoine Mooij en Rudi Vermote. Dankzij hun grote inzet en betrokkenheid bij dit project als auteur en redactielid kon het boek verschijnen. Ik denk met veel plezier terug aan onze inspirerende samenwerking.

Jos Dirx, hoofdredacteur

Noot

- 1 Psychiatrie en psychotherapie worden hier apart van elkaar genoemd omdat ze, althans in Nederland, niet meer automatisch geïntegreerd zijn. De psychotherapie behoort niet meer vanzelfsprekend tot het therapeutisch arsenaal van de psychiater. Was een psychiater tot voor kort qualitate qua ook psychotherapeut, inmiddels zijn er gescheiden opleidingstrajecten en kennen beide beroepen ook een eigen wettelijke erkenning, de BIG-registratie. De psychiatrie vervreemdt zich hierdoor van haar geesteswetenschappelijke basis.