

De psychiater van morgen

Nijs, M. (2025) • Boom, 224 pp.

Katelijne De Queecker •

Zelfhulp voor de psychiater

De psychiatrie heeft het moeilijk.

Psychiater en filosoof Damiaan Denys (2020, p. 102) vat de crisis van de huidige psychiatrie al mooi samen: ‘De psychiatrie voelt zich bedreigd. Volgens sommigen staat ze op het punt te worden overgenomen door de neurologie of de huisartsengeneeskunde, of wordt haar medische karakter ontnomen om samen te vloeien met de psychologie. (...) De waarde van de diagnostische definities en classificatiesystemen wordt in twijfel getrokken. Ook het geloof in de resultaten van medicijnen en psychotherapie neemt zienderogen af. Er ontbreekt een eenduidig overkoepelend paradigma waarin psychiaters zich thuis voelen’.¹

Het recent verschenen essay van Maurits Nijs, *De psychiater van morgen*, gaat hier verder op door. Nijs is werkzaam als psychiater en psychotherapeut in Nederland en schreef al eerder over psychotherapie en over leiderschap. In dit boek, waarvan de cover me enigszins doet denken aan een Europees aanrijdingsformulier, ontleedt Maurits Nijs de huidige uitdagingen van de psychiatrie en helpt hij de (jonge) psychiater te navigeren door deze crisis.

-
- Psychiater en systeemtherapeut, werkzaam in Zorggroep Sint-Kamillus Bierbeek en AZ Sint-Maarten Mechelen. Gespecialiseerd in werken met mensen met ontwikkelingsproblematieken.
E-mail: katelijndq@gmail.com

¹ Denys, D. (2020). Het tekort van het teveel. De paradox van de mentale zorg. Nijgh & Van Ditmar.

Pleidooi voor bescheidenheid

Voor Nijs zit de kern van de huidige crisis in de foutieve aanname dat psychische stoornissen hersenziekten zijn, met nauwkeurig gedefinieerde criteria te diagnosticeren, waarvan de specifieke biologische oorzaken binnenkort ontdekt zullen worden. De lijn tussen wat normaal is, en abnormaal, zal duidelijk te trekken zijn met de psychiater als orgaanspecialist. Dit paradigma van de biologische psychiatrie is de laatste vijftig jaar het dominante paradigma van de psychiatrie geworden, maar het heeft zijn beloftes niet waar kunnen maken.

Nijs neemt in het eerste hoofdstuk een duidelijk standpunt in tegen de biologische psychiatrie. Hij bouwt zijn argumentatie op aan de hand van de geschiedenis van de psychiatrie en resultaten van wetenschappelijk onderzoek van de afgelopen decennia. Decennia van onderzoek naar een biologisch substraat voor psychische stoornissen heeft nagenoeg niets opgeleverd. Hij plaatst het succes van de biologische psychiatrie ook in maatschappelijk perspectief, passend in de maakbaarheidsgedachte van een neoliberale samenleving.

Nijs concludeert hieruit dat psychiatrische stoornissen vooral sociale constructen zijn, en geen biologische. Psychisch lijden hoort bij het leven, dat hebben we te normaliseren en te accepteren. Maar er is ook zoets als ondraaglijk en abnormaal psychisch lijden. Het is de taak van de psychiatrie om dit onderscheid te maken. Dit onderscheid zal altijd een normatief construct zijn, en daaruit volgt volgens Nijs dat de psychiatrie nood heeft aan een overkoepelend antropologisch paradigma.

De afwezigheid van een helder paradigma maakt de psychiatrie ook kwetsbaar voor beïnvloeding, hypes en wantoestanden. Nijs schuwt dan ook de schaduwzijden van de psychiatrie niet in zijn betoog. Hij somt heel wat concrete voorbeelden op zoals de lobotomie, het euthanasieprogramma van het nationaalsocialisme en meer recenter, de deelname van psychiaters aan martelpraktijken in Guantánamo Bay. Een helder paradigma kan de psychiatrie ook behoeden voor een te grote gevoeligheid van de psychiatrie aan modetrends, ten voordele van de bedenkers ervan en de farmaceutische industrie, en politieke beïnvloeding.

Onlangs sprak ik met een jongere over zijn woedeaanvallen. Ik vroeg hem waar deze toch vandaan kwamen, in een poging te zoeken naar oorzaken voor zijn boosheid. 'Het komt door mijn gedragsstoornis, dokter.' Ik vroeg hem vervolgens waar zijn gedragsstoornis dan vandaan kwam. 'Dat komt door mijn hersenen, dokter.' Koekje van eigen deeg, dacht ik bij mezelf.

Over de DSM en het fenomeen van reïficatie is al veel geschreven. Net zoals veel collega's worstel ik zelf met het concept psychiatrische stoornis, en de classificatiesystemen die we tot onze beschikking hebben. Een constante slingerbeweging is het resultaat. Er zijn periodes waarin ik onze psychiatrische ziekteleer en classificatiesystemen in vraag stel. Anderzijds merk ik ook het gevaar op, wanneer iedere psychiater zelf maar kan beslissen wat een depressie is, wat autisme is, wat ADHD is, op basis van een eigen aanvoelen of mening over deze problematieken. Ik werk voornamelijk met mensen met een verstandelijke beperking. De bestaande classificatiesystemen zoals de DSM, zijn moeilijk toe te passen bij deze mensen. Dit maakt deze doelgroep erg vatbaar voor eigen interpretaties van psychiaters, en verklaart misschien ook waarom dit een van de meest gemediceerde groepen is in onze samenleving wat betreft psychofarmaca. Laten we het kind niet met het badwater weggooien.

Een aantal hypothesen van Nijs voelen in eerste instantie erg systemisch aan: de nadruk op de context waarin psychiatrische stoornissen zich voordoen, de interactie tussen de patiënt en diens omgeving en de oproep om als psychiater ook politiek activistisch ingesteld te zijn om de sociale rechten van patiënten te verbeteren. Maar ik blijf als systeemtherapeut op mijn honger zitten. Hieronder een drietal bedenkingen.

Nijs zijn stelling dat psychiatrische stoornissen sociale constructen zijn, is helemaal niet zo vernieuwend als hij voorop lijkt te stellen. Het sociaal constructionisme, de aanname dat de werkelijkheid niet op zichzelf bestaat, maar sociaal geconstrueerd wordt, bestaat al enkele decennia. Ook de vatbaarheid van de psychiatrie voor machtsmisbruik werd in het werk van Michel Foucault uitvoerig beschreven. Het zou interessant geweest zijn als hij dieper was ingegaan op de implicaties van een sociaal-constructionistische kijk op psychiatrische stoornissen, zoals het gevaar tot wegrelativeren van

menselijk lijden, of het ontkennen van de constitutieve kracht van classificaties.²

Tijdens mijn laatste wacht sprak ik een jongvolwassene met een acute psychose. Hij was erg overstuur, omdat blijkbaar naast de politie en politiek, nu ook zijn beste vrienden en ouders in een complot tegen hem betrokken waren. Hij hoorde al langer stemmen. Hij voelde ergens aan dat dit vreemd was, maar het waren eerst aangename gesprekspartners. Nu waren het angstaanjagende stemmen geworden. Hij voelde zich alleen op de wereld, nu ook de mensen het dichtst bij hem zich tegen hem gekeerd hadden. Zijn psychisch lijden was heel tastbaar aanwezig.

Op verschillende punten in zijn betoog raakt Nijs aan systeemtheoretische concepten, om vervolgens weinig systemische en stellige conclusies te trekken. Zo benadrukt hij een aantal keer dat de psychiatrie fundamenteel anders is dan de andere medische specialisaties, die wel een biologisch substraat hebben voor hun ziektes, terwijl psychiatrische ziektes louter sociale constructen zijn. Dit lijkt een valse tegenstelling. Lichamelijke ziektes kunnen een duidelijke biologische basis hebben, maar in belangrijke mate is wat we een ziekte noemen ook in de medische disciplines een sociaal construct. Wie bepaalt wat een te hoge bloeddruk is? Vanaf welke nuchtere glycemiewaarde spreken we van diabetes mellitus? Het is bijgevolg niet omdat er een solide biologische basis is, dat het ook niet een sociaal construct kan zijn.

Een derde bedenking betreft de opbouw van zijn redenering waarin een soort tegenstelling lijkt te zitten. Het onderscheid tussen normaliteit en abnormaliteit is een sociaal construct, psychiatrische stoornissen zijn bijgevolg geen ziektes maar sociale conventies. Maar als we een grondige antropologie voorzien, gaan we volgens Nijs hun bestaan wel beter kunnen definiëren. Als psychiatrische stoornissen niet bestaan, heeft het dan wel zin om ze te definiëren?

2 Hacking, I. (2000). *Madness: Biological or constructed? The social construction of what?* Harvard University Press.

Wat moet de psychiater dan wel?

Valt er behalve bescheiden en nederig zijn, dan nog iets te doen als psychiater? Nijs werkt dit uit in het tweede hoofdstuk over de identiteit van de psychiater van de toekomst.

In eerste instantie moet de psychiater een psychotherapeut zijn, een relatie-deskundige. Nijs houdt een pleidooi voor een degelijke psychotherapeutische opleiding voor iedere psychiater.

In tijden van vermaatschappelijking van de zorg houdt hij, ten tweede, een verrassend pleidooi voor de klinische psychotherapeutische behandeling, een psychiatrische opname, waarvoor de psychiater als poortwachter fungeert. Hij haalt de principes van milieutherapie in psychotherapeutische gemeenschappen onder het stof uit om deze vorm te geven. Het is mij niet zo duidelijk waarom per se de psychiater als poortwachter moet fungeren; hier gaat Nijs vreemd genoeg niet verder op in.

Een derde taak voor de psychiater betreft de psychiatrische diagnostiek. Nijs schreef eerder boeken over leiderschap en management, en dit voel je in dit hoofdstuk duidelijk terug. Hij ziet het intakeproces met een patiënt als een vorm van onderhandelen, en gebruikt het model van excellent onderhandelen van het Harvard Negotiation Project als leidraad voor de psychiater. Het voelt enigszins bevreemdend om management jargon te lezen wanneer het gaat om een psychiatrische intake. Dit is een zeer bewuste keuze van Nijs. Psychiaters moeten leren onderhandelen tijdens hun opleiding en modellen uit de zakenwereld kunnen hierbij helpen. Daarnaast vindt Nijs dat seksualiteit meer ruimte moet krijgen in de psychiatrische diagnostiek. Deze paragraaf komt precies wat uit de lucht vallen na de minicursus onderhandelen. Hij baseert zich hierop voornamelijk op het werk van Freud. Nijs problematiseert het gebrek aan seksuele anamnese in psychiatrische dossiers. Het bevragen van de seksuele verlangens en fantasieën van een patiënt zal ons meer leren over diens ik-sterkte en ware drijfveren. Hij lijkt hierin dit psychoanalytische gedachtegoed als waarheid te poneren ('Freud toonde aan dat'), terwijl dit louter om hypothesen gaat die helemaal niet 'aangetoond' zijn. Hier lijkt hij te vergeten dat ook dit gedachtegoed een sociaal construct is dat in een bepaalde tijd en context ontstaan is.

Een vierde taak van de psychiater is om een breedtespecialist te zijn, net als de huisarts. In het kunnen overzien van de impact van lichamelijke ziektes op de psyche en omgekeerd, ligt de meerwaarde van de psychiater als arts.

Voorstel voor een psychiatrische antropologie

In het derde hoofdstuk doet Nijs een naar eigen zeggen *ampele* poging om een antropologisch kader te scheppen voor de psychiater. Hij doet dit opvallend genoeg door te beschrijven wat een succesvol rijk leven inhoudt, voor hem de definitie van psychische normaliteit. In deze woordkeuze schuilt al een belangrijk normatief oordeel. Een leven moet rijk en succesvol zijn om psychisch normaal te zijn.

Wat volgt is een soort capita selecta van concepten waarmee Nijs zijn ideaalbeeld schept van het mens-zijn. Dit is een opvallende keuze met als doel het vermogen van de mens om diens leven te beteren, en van de psychiatrie om de patiënt hierin bij te staan, te benadrukken. Dat zijn keuze normatief is, geeft hij zelf duidelijk aan. Dit is dan ook de grote zwakte van dit laatste hoofdstuk. Het is een bloemlezing van bestaande concepten die Nijs zelf interessant vindt. Hij haalt zijn inspiratie hierbij duidelijk uit psychodynamische hoek, waarbij hij opnieuw Freud ter sprake brengt ('een normaal mens kenmerkt zich door arbeiden en liefhebben'), maar ook recentere concepten zoals de mentalisation based therapy (MBT).

Besluit: we zijn misschien helemaal niet zo bijzonder

Nijs richt zijn boek in eerste plaats aan psychiaters in opleiding. Het is didactisch geschreven, met na elk hoofdstuk een heldere samenvatting van zijn betoog. In aparte kaders schrijft hij vervolgens de implicaties voor de opleiding tot psychiater. Zijn schrijfstijl is eerder stellig, waarbij zijn conclusies vanzelfsprekend overkomen, terwijl het ook gaat om keuzes en interpuncties. In sommige delen van zijn betoog vermeldt hij dit expliciet, maar in andere delen mis ik nuanceren.

Nijs is geen systeemtherapeut. De thema's die hij aanraakt in zijn essay zijn thema's waar de systeemtheorie zich met uitstekend mee bezighoudt, maar toch wordt de systeemtheorie weinig aangehaald. Ik blijf op dat vlak wat op mijn honger zitten.

Tot slot, de psychiatrie lijkt zich graag speciaal en uniek te voelen, eenzaam op de breuklijn tussen de menswetenschappen en de medische wetenschappen, bekritiseerd langs alle kanten en tegelijk overvraagd. Nijs benadrukt deze uniciteit herhaaldelijk in zijn boek. Volgens Nijs kan de psychiatrie ontologisch geen medische discipline zijn, omdat ze de hele menselijke conditie raakt. Deze stelling wil ik graag weerleggen: psychiatrie heeft niet het monopolie op het menselijke lijden. Terminale kanker raakt ook de hele menselijke conditie, net zoals veel andere lichamelijke aandoeningen. Het doet het werk van onze collega's oneer aan als we het simplistisch voorstellen als het succesvol behandelen van een biologisch substraat, en klaar. Dat ook zij worstelen met dezelfde thema's als wij, psychiaters, blijkt uit recente publicaties zoals *Grenzen aan genezen* van Greet De Cock en Philippe Meersseman.³

De psychiatrie lijkt graag met zichzelf bezig. 'Psychiaters hebben de wereld de rug toegekeerd en zichzelf op de sofa gelegd.' (Denys, 2020, p. 104) Mijn stelling is dat we helemaal niet zo speciaal zijn als we denken. En als we niet meer zo bijzonder zijn, zijn we misschien ook minder alleen. Terug naar de wereld, zou ik denken.

3 De Cock, G., & Meersseman, P. (2024). *Grenzen aan genezen*. LannooCampus.