

Ruud Abma

## *Zielsverwantschap*

### *De historische verhouding tussen psychologie en psychiatrie*

In J.E. Hovens & H.J.G.M. van Megen (red.) (2006) *Handboek psychologische psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom, pp.15-24.

Van oudsher zijn psychiaters erop gericht psychiatrisch patiënten te genezen, of in ieder geval hun leven hanteerbaar te maken. Het scala van middelen dat daarvoor in de loop van de tijd is ingezet is uiterst gevarieerd: *moral treatment*, bedverpleging, psychoanalyse, arbeidstherapie, psychofarmaca, lobotomie, etc. (Abma & Weijers, 2005). Iedere behandelvorm vereist een vorm van verantwoording: hetzij met een beroep op welzijnsverbetering voor de patiënt of de maatschappij, hetzij met een beroep op wetenschappelijke bevindingen, hetzij een combinatie van beide. Het verschilt per periode welke beargumentering van een specifieke vorm van psychiatrisch handelen geloofwaardig wordt gevonden. Daarmee is niet gezegd dat het om het even is welke aanpak wordt gehanteerd, wél dat de geschiedenis zich niet rechtlijnig in de richting van één einddoel beweegt en ook dat de complexiteit van de discipline ‘psychiatrie’ uiteenlopende positiebepalingen genereert.

Het belangrijkste element in die complexiteit is dat de psychiatrie enerzijds wetenschap wil zijn, anderzijds individuele hulpverlening wil bieden. Wanneer men, zoals tegenwoordig in zwang is, de psychiatrie een natuurwetenschappelijke basis wil geven, ontstaat voor de praktijk een probleem. Als laboratoriumonderzoeker kan men gemakkelijk afzien van de culturele en psychische bagage van de patiënt, en zich concentreren op haperingen in de biochemische machinerie. Als praktiserend psychiater heeft men echter met de *gehele* patiënt te maken, inclusief zijn psychische en sociale levensgeschiedenis. Het kan dus nooit een simpele kwestie zijn van (biologische) wetenschap en (psychiatrische) toepassing: bij de behandeling van patiënten komt ook *psychologie* kijken.

Maar wat is dan: ‘psychologie’? Het (historische) beeld is hier nog complexer dan bij de psychiatrie, omdat de professionele identiteit van de psychologen later tot ontwikkeling kwam, en bovendien diffuser is. Er zijn in de loop van de vorige eeuw diverse psychologische praktijkgebieden ontwikkeld, waarvan de klinische psychologie er slechts één is (zie Jansz en Van Drunen, 1996). Anders dan de psychiatrie vestigde de psychologie zich niet van meet af aan als een praktijkgerichte discipline, zij vestigde zich als allereerst als empirische discipline door vragen over het bewustzijn te gaan beantwoorden via experimenteel laboratoriumonderzoek. Door deze werkwijze oefende de psychologie al in de 19<sup>e</sup> eeuw een aantrekkingskracht uit op de psychiatrie. Kraepelin bijvoorbeeld, studeerde bij de grondlegger van de experimentele psychologie, de Duitse filosoof en fysioloog Wilhelm Wundt; door hem beïnvloed legde hij de nadruk op de objectiveerbare en meetbare aspecten van de psychische uitingen van de patiënten. In Nederland wijdden de psychiaters Jelgersma, Bouman en Wiersma hun oraties aan de verhouding tussen psychiatrie en (experimentele) psychologie (Van Strien, 1993).

De experimentele psychologie is echter niet de enige traditie geweest binnen de (academische) psychologie. Er zijn in de afgelopen eeuw andere psychologische stromingen geweest, zoals de psychoanalyse en de antropologische psychologie (onder andere F.J.J. Buytendijk), die niet alleen theoretisch behoorlijk ontwikkeld waren, maar ook voor vele generaties psychologen, psychiaters en leken het beeld van het vakgebied bepaalden. Dit alles betekent dat de verhouding tussen psychiatrie en psychologie in de afgelopen eeuw sterk wisselend is geweest, waarbij men moet bedenken dat deze verhouding ook nog gecompliceerd werd door een groeiende rivaliteit tussen de (klinische) psychologie en de psychiatrie op het beroepsmatige vlak.

In dit hoofdstuk wil ik de historische wisselingen in het positiespel van psychologie en psychiatrie gebruiken om het hedendaagse debat over de verhouding tussen beide disciplines te verduidelijken. De vragen en discussies die nu spelen zijn niet nieuw (al zijn de maatschappelijke en wetenschappelijke situaties dat wel) – mogelijk kan de geschiedenis er een interessant licht op werpen. Ik presenteer de verschillende hoekpunten in de vorm van capita, en streef daarbij niet naar volledigheid. Het gaat om een aantal voorbeelden uit de geschiedenis van de klinische psychologie die evenzovele pogingen zijn om interventies te ontwikkelen die zowel *wetenschappelijk verantwoord* als *klinisch relevant* zijn. Ze demarqueren daarmee het probleemgebied, niet alleen van de klinische psychologie uit het verleden maar ook van de klinische psychologie anno nu.

#### *Lightner Witmer: de eerste klinische psychologie*

Het is gangbaar om de moderne, empirische psychologie te laten beginnen met de stichting in 1879 van het eerste psychologisch laboratorium, door Wundt in Leipzig. De empirische psychologie behelst dan het toepassen van 'natuurwetenschappelijke' methoden (lees: het experiment en fysieke metingen) op filosofische vragen (bijvoorbeeld de werking van het bewustzijn). Dit werd een aantrekkelijk procédé gevonden omdat de ontwikkeling van de technologie in de negentiende eeuw een gunstig licht had geworpen op de natuurwetenschappen, en dus ook op de methoden die daarvan konden worden overgenomen. Kenmerkend voor de natuurwetenschappelijke benadering was dat men streefde naar het opstellen van causale, algemeen geldige wetten. Psychologen wilden een zelfde nomologische aanpak hanteren bij het onderzoeken van het menselijk bewustzijn (Draaisma, 1999).

Sommige psychologen wilden echter niet wachten tot de empirische psychologie wetten had opgesteld, zij wilden in de praktijk aan de slag – en dat gebeurde al vóór 1900. Twee domeinen trokken daarbij de eerste praktijkbeoefenaars: het werk (selectie en beroepskeuze) en de ontwikkeling van het kind. In beide gevallen zochten psychologen naar middelen om afzonderlijke individuen psychologisch te diagnosticeren. De Amerikaanse psycholoog Lightner Witmer (1867-1956) noemde deze individuele diagnostiek 'de klinische methode'. Volgens Witmer was de klinische psychologie zowel een *science* als een *art*; de patiënt is een object van *research*, en de clinicus beoordeelt de effecten van aanbevelingen en gevolgde procedures (Reisman, 1991).

De typerende bijdrage van psychologen aan het gebied van de individuele beoordeling was de psychologische *test*. Deze zou het voertuig worden waarmee de psycholoog als professional de maatschappij zou binnenrijden. Niet alle testpsychologen hielden zich echter, zoals Witmer, bezig met kinderen en volwassenen met psychische afwijkingen. Bij selectie en beroepskeuze en het bepalen van de intelligentie ging het om het bepalen van de geschiktheid van 'normale' individuen. Het begrip 'klinische psychologie' kreeg daarom gaandeweg een beperktere betekenis, meer toegespitst op het domein van de gezondheidszorg. Wat wel behouden bleef was de nadruk op de diagnose (en later behandeling) van de individuele patiënt. Zo kon later, in jaren vijftig, de term 'klinisch' de tegenhanger worden van 'statistisch' (Van Strien, 1993).

In de periode tot aan de Tweede Wereldoorlog was de klinische psychologie vooral een Amerikaanse en Engelse aangelegenheid. De betrokkenheid van psychologen tijdens de Eerste Wereldoorlog bij het ontwikkelen van geschiktheidstests voor het leger (*Army Alpha* en *Beta*) vormde voor hen ook de toegang tot het domein van de psychologische 'begeleiding', tot dan toe vooral het werk van legeraalmoezeniers (Jansz & Van Drunen, 1996). De hoofdrol werd daarin gespeeld door psychiaters, zoals de Engelse psychiater Myers, die het begrip *shell shock* introduceerde: de verwarrings- en uitputtingsverschijnselen die soldaten vertoonden schreef hij toe aan de gevolgen van granaatinslagen. Later bleek dat ook soldaten en officieren die niet bij een granaat in de buurt waren geweest dergelijke verschijnselen vertoonden, zodat men ertoe overging psychoanalytische termen als 'hysterische verlamming' en 'neurose' te gebruiken voor deze symptomen.

### *Sigmund Freud: een psychologie van het onbewuste*

Freud (1856-1939) was opgeleid als neuroloog, en had tijdens en na zijn studie ruimschoots ervaring opgedaan met laboratoriumonderzoek. Ook later, toen hij zijn psychologische methode had ontwikkeld, bleef hij een voorstander van een natuurwetenschappelijke benadering van psychische stoornissen. Hij doelde met 'natuurwetenschappelijk' echter, anders dan de eerste generatie empirisch psychologen, niet op het experiment, maar op de theorievorming. Deze diende te abstraheren van subjectieve gevoelens en een objectief en causaal karakter te hebben. Daarbij ging het hem niet om enkelvoudige causale bepaaldheid, maar om 'overdeterminatie' (gelaagde en circulaire in plaats van lineaire causaliteit). Toetsing van hypothesen vond bij hem nadrukkelijk plaats *binnen* het bestek van zijn theorie, en deze verliep langs klinisch-inductieve weg.

Freud wilde dus een natuurwetenschap van de geest opbouwen. Dit kwam niet alleen tot uitdrukking in zijn terminologie (de menselijke geest als 'psychisch apparaat'), maar ook in zijn visie op de verhouding tussen lichaam en psyche. Volgens Freud kan een neurofysiologische toestand wel de voorwaarde voor een bepaalde bewustzijnstoestand zijn, maar *niet* de oorzaak. Anders gezegd: de fysiologie vormt het fundament, het psychisch apparaat is de 'bovenbouw', maar een herleiding of gelijkstelling is niet mogelijk: psychische stoornissen hebben zin en betekenis (Ingleby, 2004; zie voor een verwante redenering vanuit de moderne

biologische psychiatrie: Den Boer, 2003; Den Boer & Glas, 2004). Je moet dus de psychische inhoud via duiding van de symptomen en het verhaal van de cliënt zien te achterhalen. Freud reconstrueert de causaliteit niet tussen fysiologisch en psychisch niveau, maar *binnen* het psychisch niveau: ieder bewustzijnsmoment (voorstelling) moet geanalyseerd worden als onderdeel van een causale keten van bewuste en onbewuste psychische processen. Overigens, niet onbelangrijk, beïnvloeden psychische processen ook de lichamelijke processen; zijn theorie is dus ten diepste psychosomatisch (Panhuysen, 1990).

Freuds psychoanalyse werd in zijn tijd als een belangrijke vernieuwing beschouwd, en dat was terecht. Het uitgangspunt dat psychische stoornissen ook psychische oorzaken hebben, en dat deze voor het belangrijkste deel onbewust zijn, was weliswaar niet geheel nieuw, maar Freuds uitwerking (in het bijzonder de koppeling aan de menselijke lusteconomie) was dat wel. Dat de psychoanalyse ook door psychiaters als een belangrijke vernieuwing werd gezien lag niet direct voor de hand. Psychiaters hadden in die tijd vooral te maken met gestichtspatiënten, terwijl vrij gevestigde zenuwartsen als Freud met een minder ernstig gehandicapte ambulante clientèle te maken hadden. Freuds patiënten vertoonden verschijnselen als uitputting, lusteloosheid en verlammingen waarvoor geen lichamelijke oorzaak was vast te stellen. Bij het behandelen van zijn patiënten vond hij steeds meer steun voor zijn hypothese dat hier sprake was van psychogene stoornissen. Vergeleken met de toen nog tamelijk primitieve biologische psychiatrie was Freuds benadering geavanceerd en had zij ook de belofte in zich van behandel succes – iets wat in de inrichtingen van die tijd zelden voorkwam. Het was, kortom, in het voordeel van de psychiatrie om zowel de nieuwe ‘psychologische psychiatrie’ als de bijbehorende neurotische patiënten tot haar domein te gaan rekenen.

In de VS werd na de Eerste Wereldoorlog de ‘nieuwe psychologie’ (een mengeling van behaviorisme en psychoanalyse) razend populair, onder andere door de vele populair-psychologische boeken die op de markt gebracht werden. De psychoanalyse werd op Amerikaanse maat gesneden en getransformeerd tot een psychologie van de aanpassing. De Amerikaanse psychiatrie werd vrijwel synoniem met psychoanalyse, vooral toen na de opkomst van het nazisme in Duitsland en Oostenrijk tal van joodse analytici naar de VS emigreerden (Abma, 2004).

### *Antropologische psychiatrie en psychologie*

Terwijl Freud van buiten de psychiatrie een psychologische benadering introduceerde, waren er ook binnen de psychiatrie zelf tegenstanders van een somatisch-causale invulling van het vakgebied. Tegenover Griesingers adagium ‘Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten’ ontwikkelde zich in Europa een *geesteswetenschappelijke* psychiatrie met een sterk antropologische (menswetenschappelijke) inslag. Jaspers en Binswanger in Duitsland en in Nederland Rümke en Van der Horst golden hiervan als vertegenwoordigers. Deze antropologische psychiatrie thematiseerde bij uitstek de verhouding tussen het psychische en het lichamelijke: de (zieke) mens is in de eerste plaats persoon, het functioneren op ‘lagere’ niveaus wordt geregisseerd door de hogere niveaus (Dekkers, 1985). In het bijzonder in het naoorlogse werk van Buytendijk vinden we

soms een combinatie van fenomenologische en systeemtheoretische elementen die een opmerkelijke verwantschap vertoont met recente inzichten in de wetenschapsfilosofie (zie Van Ginneken, 1999).

De kern van de antropologische visie is dat de mens geen mechanisch bewegend lichaam is, maar een intentioneel wezen, een actief 'ik', dat zijn eigen bestaan ontwerpt in relatie met anderen. Niet alleen de scheiding van psychisch en somatisch is nadelig voor de studie van de zieke en gezonde mens, maar ook de scheidslijnen tussen de verschillende menswetenschappen moeten overbrugd worden door een gemeenschappelijk wetenschapsfilosofisch uitgangspunt. Het centrum van de zich ontwikkelende antropologische psychiatrie en psychologie werd in Nederland gevormd door de Valeriuskliniek aan de VU waar L. Bouman in de jaren twintig regelmatig inhoudelijke bijeenkomsten hield. Later invloedrijke psychiaters als Van der Horst en Rümke, de arts Buytendijk en de psycholoog Grünbaum behoorden tot de deelnemers (Abma & Weijers, 2005; De Waardt, 2005). De Valeriuskring had een grote en langdurige uitstraling, onder andere doordat Van der Horst en Rümke beiden gedurende vele decennia hoogleraar waren.

In de praktijk kwam de fenomenologisch-antropologische visie erop neer dat je als behandelaar je moest proberen te verplaatsen in de denk- en belevingswereld van de patiënt. Psychologen die in de jaren vijftig in de gezondheidszorg gingen werken, neigden eerder tot het stellen van de vraag 'hoe staat deze patiënt in de wereld' dan tot het afnemen van een testbatterij. Voor sommige klinisch psychologen, zoals D. van Lennep, K. van de Loo en J(an) Dijkhuis vormde de kennismaking met de fenomenologisch-antropologische denkwereld een brug naar de cliëntgerichte therapie van Carl Rogers, waarin in evenzeer empathie en het 'ontwerpen' van je bestaan centraal staat (Widdershoven, 1992). Schoorvoetend begonnen psychologen als Dijkhuis vanaf de jaren vijftig ook 'therapie te geven', met argusogen gadeslagen door behoudende psychiaters als de Nijmeegse hoogleraar Prick (Van Drunen & Conradi, 1998). De Rogeriaanse therapie nam in de jaren zestig en zeventig een hoge vlucht, volgens sommigen omdat zij tegemoet kwam aan de toenemende behoefte aan alternatieve bronnen van zingeving in een seculariserende maatschappij. De huidige persoonsgerichte psychotherapie is te zien als de erfgenaam van de antropologische en cliëntgerichte tradities, met haar nadruk op persoonlijke ontwikkeling, zingeving, en het verzet tegen psychotherapie als 'gedragstechnologie' (Van Kalmthout, 2005).

### *Hans Eysenck: effectonderzoek en gedragstherapie*

Na de Tweede Wereldoorlog was toegepaste psychologie vrijwel synoniem geworden met *testpsychologie* (Cappshew 1999). Ook in de klinische psychologie was de test het voornaamste attribuut. In de psychologie was de wind gaan waaien van methodologisch verantwoord onderzoek doen: psychologen hadden de statistiek ontdekt. Dat gaf een nieuwe impuls aan het nomologisch denken in de psychologie. Behalve dat men ging werken aan nieuwe theorie- en hypothesevorming, wilde men ook afrekenen met vormen van psychologie die men als onwetenschappelijk

beschouwde: de geesteswetenschappelijke en psychodynamische benaderingen. De empirische psychologie moest opnieuw worden losgemaakt uit de filosofie.

Voor het eerst gingen psychologen zich ook opstellen als rivalen van de artsen, nog niet als hulpverlener, maar als onderzoeker. Hans-Jürgen Eysenck, een in Engeland werkzame experimenteel psycholoog van Duitse herkomst, begon in de jaren veertig en vijftig met het bedenken van een alternatief voor de gangbare psychiatrische indelingssystemen. Met het bestaande onzuivere begrippenstelsel kon men onmogelijk onderzoek doen, vond hij. Hij ontwikkelde een model met enkele fundamentele dimensies van de persoonlijkheid (neuroticisme, introversie), waarop ieder individu een bepaalde relatieve plaats inneemt. Het unieke individu 'is simply the point of intersection of a number of quantitative variables'. De door hem ontwikkelde *Maudsley Medical Questionnaire* moest dienen om dit snijpunt te bepalen. Dit was de eerste rechtstreekse aanval vanuit de experimentele psychologie op de diagnostische alleenheerschappij van de psychiaters.

Eysenck begon ook als eerste *effectonderzoek* te doen, uit ergernis over het volgens hem ongefundeerde succes van psychotherapie in het algemeen en de psychoanalyse in het bijzonder. Uit zijn inventarisatie bleek dat inzichtgevende of psychodynamische therapieën weinig meer opleverden dan geen behandeling. De oorzaak daarvan was volgens Eysenck dat de gangbare psychotherapieën op een onwetenschappelijk fundament gebouwd waren: de psychoanalytische theorie. (Overigens bleek Eysencks analyse later nogal wat methodische gebreken te vertonen, zie Milton e.a., 2004)

De remedie ligt dan voor de hand: maak een nieuwe therapie en baseer deze op een 'body of knowledge' dat wél op empirische verificatie kan bogen, zoals de experimentele leerpsychologie. Eysenck had in 1949 in de VS al inspiratie opgedaan voor psychotherapie door psychologen, bij onder andere Joseph Wolpe, een psychiater die onderzoek deed bij fobici. Deze had de techniek van de 'systematische desensitisatie' ontwikkeld. Zijn boek *Psychotherapy by reciprocal inhibition* uit 1958 wordt vaak gezien als het begin van de gedragstherapie. In de loop van de jaren vijftig zouden de ideeën van Eysenck ook invloed gaan uitoefenen in Nederland, in het bijzonder via de 'Amsterdamse school' van onder anderen A.D. de Groot en J. Barendregt.

*Johan Barendregt: de neurotische paradox van de klinische psychologie*

In oktober 1950 hield A.D. de Groot zijn oratie *Het object van de psychodiagnostiek*. Daarin stelde hij dat slechts waarneembaar gedrag object van wetenschappelijk psychologisch onderzoek zou kunnen zijn. Psychologische uitspraken (wetten) moeten leiden tot toetsbare voorspellingen van waarneembare gedragingen. Deze nomologische beginselverklaring ging lijnrecht in tegen de fenomenologisch-antropologische benadering van de meeste Nederlandse psychiaters, maar bracht ook de Nederlandse klinisch psychologen in problemen. De klinische psychologie was in deze jaren in Nederland nog heel klein, het was een volstrekt nieuw gebied (zie het interview met Jan Dijkhuis in Van Drunen en Conradi, 1998). De meeste psychologen die in de (geestelijke) gezondheidszorg werkten waren binnengehaald door artsen en psychiaters die vanuit hun antropologische optiek groot belang

hechttten aan 'de psychologische factor', maar die tevens zeer gekant waren tegen een materialistisch en natuurwetenschappelijk georiënteerde psychologie (Dehue, 1990). Er was dus al direct een spanningsverhouding tussen De Groot en andere 'objectivistische' psychologen enerzijds en de psychosomatisch en antropologisch georiënteerde psychiaters anderzijds.

In deze controverse ging de experimenteel en klinisch psycholoog Johan Barendregt een belangrijke rol spelen. Barendregt was in 1954 bij De Groot gepromoveerd op een nomologisch opgezet onderzoek op het terrein van de psychosomatiek, met als doel het ontwikkelen van methodologisch verantwoorde psychodiagnostische middelen. Dit onderzoek vormde een mijlpaal in de verhouding tussen artsen en psychologen: het was het eerste onderzoek waarin de uitspraken van medici door psychologen *gecontroleerd* werden, in plaats van gecompleteerd.

In de periode 1954-1961 verrichtte Barendregt, geïnspireerd door het werk van Eysenck, kwantitatief onderzoek naar de effectiviteit van de psychoanalyse (Dehue, 1990; Gomperts, 2004). De resultaten waren niet positief voor de psychoanalyse. Volgens de psychoanalytici lag dat aan de gehanteerde methoden: klinische begrippen laten zich niet zo gemakkelijk onderzoeken met objectieve, kwantitatieve testmethoden. Veel later plaatste ook Barendregts leermeester De Groot kanttekeningen bij een dergelijke aanpak: 'de meest gemaakte fout is dat een inhoudelijk probleem, waar duidelijk subjectieve kanten aan zitten, veel te hard wordt aangepakt, zodat je tenslotte een heel mager resultaatje krijgt.' (MacNab, 1989, p. 250)

Barendregt was de eerste klinisch psycholoog in Nederland die in een medisch-psychiatrische context een zelfstandige ruimte creëerde voor de psychologie. Hij gebruikte methodologische argumenten om de competentie van de psychiatrische diagnostiek te betwisten, en hij zette specifiek psychologische methoden en technieken in om de psychiatrische behandelingen aan kritische toetsingen te onderwerpen. In die tijd hielden andere (klinisch) psychologen zich nog aan de standaarden van de - ouderwetse, intuïtieve - psychiatrische diagnostiek. Voor de diagnostiek gebruikten psychiaters hun door ervaring gevormde klinisch oordeel en eventueel de uitslag van de door psychologen afgenomen psychologische test.

Barendregt en zijn geestverwanten vonden de tests vaak te grof en te partieel, en het klinisch oordeel te subjectief. Voor hen werd de vraag: is het mogelijk een diagnostiek te ontwerpen die niet op het (subjectieve) klinisch oordeel is gebaseerd, maar die gebruik maakt van statistische voorspellingen op individueel niveau, dus een kwantitatieve idiografie? Een van de voortrekkers hierin was de Engelse onderzoeker M.B. Shapiro, die in 1951 een artikel publiceerde met de veelzeggende titel 'An experimental approach to diagnostic psychological testing'. Ook Paul Meehl bepleitte in *Clinical versus statistical prediction* (1954) een statistische aanpak. Mede door de invloed van De Groot en Barendregt werden deze publicaties ook in Nederland bestudeerd, met pittige discussies tot gevolg: voorspel je toekomstig gedrag het beste door de unieke persoon te leren kennen of door de persoon in te delen in een bepaalde klasse en vervolgens in voorhanden statistische tabellen na te

gaan hoe vaak bepaalde gedragingen of eigenschappen gemeten zijn voor deze klasse? (Dehue, 1990).

Terwijl de traditionele psychiatrische en klinisch-psychologische diagnostiek steeds meer door onderzoekspsychologen onder druk werd gezet om objectiever te worden, begaven psychologen zich vanaf het midden van de jaren zestig steeds vaker op het terrein van de psychotherapie. Dat had deels te maken met de onvrede van klinisch psychologen over hun ondergeschikte positie tegenover de psychiaters, die bovendien vaak weinig serieus met de door hen verstrekte gegevens omgingen (het intuïtief-klinisch oordeel van de psychiater was tóch belangrijker), deels met de beschikbaarheid van nieuwe, door psychologen ontwikkelde therapieën. De hierboven al genoemde gedragstherapie vond in Nederland aanvankelijk weinig weerklank (het behaviorisme had in Nederland überhaupt weinig aanhang). De 'client-centered' therapie van Rogers toonde eenzelfde respect voor de cliënt als de antropologische benadering van de voorafgaande decennia, maar was veel praktischer, en daarmee konden psychologen gemakkelijk de stap naar het bedrijven van therapie zetten.

In deze situatie kwam Barendregt rond 1970 opnieuw met een uniek project, ook ditmaal op experimenteel-psychologische grondslag: het *fobieënproject*. In het Psychologisch Instituut van de Universiteit van Amsterdam zou men het verschijnsel 'fobie' los van een medische context behandelen en bestuderen met theoretische inzichten en methodische technieken uit de wetenschappelijke psychologie. Het door Barendregt en de zijnen opgezette design was echter dermate complex en tijdrovend, dat deze ambitieuze onderneming, tot grote frustratie van Barendregt, op niets uitliep (zie echter Van Zuuren, 1982). Op grond hiervan formuleerde hij de 'neurotische paradox' van de klinische psychologie: wat in methodologisch opzicht deugdelijk is, is klinisch niet relevant en omgekeerd. Het betekende naar zijn idee dat je met een ouderwets nomologisch onderzoeksdesign een complexe klinische situatie niet afdoende kunt benaderen, en ook: dat het verenigen van twee onderzoeksstijlen (de hermeneutische en de nomologische) een vrijwel onmogelijke opgave is. Barendregts fobieënproject markeert echter in Nederland wel het begin van een experimenteel-psychologische onderzoekstraditie naar Amerikaans voorbeeld ten behoeve van de klinische psychologie.

### *Experimentele psychopathologie*

In *De metamorfose van de klinische psychologie* (Winnubst e.a. 1991) wordt de balans opgemaakt van de klinische psychologie rond 1990. Het boek biedt een caleidoscopisch beeld van de discipline: naast aandacht voor vrouwenhulpverlening vinden we geharnaste hoofdstukken over experimenteel onderzoek naar depressie, dwangstoornissen en paniekstoornissen. Opvallend is ook de ietwat onwennige houding tegenover nieuwe subdisciplines, zoals de gezondheidspsychologie (die tamelijk onproblematisch naast de klinische psychologie en de medische psychologie wordt geplaatst) en de psychologie van arbeid en gezondheid. De klinische psychologie lijkt op dit punt in haar ontwikkeling te worstelen met haar identiteit, al wordt dat in *De metamorfose* niet met zoveel woorden gezegd.

Vijftien jaar later kunnen we concluderen dat de experimenteel onderzoekers hun positie in het klinische veld flink hebben versterkt. De generatie hoogleraren klinische psychologie die in de jaren zeventig was benoemd, was in haar denkwereld nog sterk beïnvloed door de hermeneutische oriëntatie van de fenomenologisch-antropologische traditie, de psychoanalyse en de cliëntgerichte therapie. De nieuwe generatie rond 1990 wilde de klinische psychologie opnieuw opbouwen vanuit het experimenteel onderzoek. Voor zover zij zelf als therapeut optraden oriënteerden zij zich op de (cognitieve) gedragstherapie, maar hun belangstelling was toch vooral gericht op het legitimeren van de nieuwe klinische psychologie via onderzoek.

Het programma van de landelijke onderzoeksschool 'Experimentele psychopathologie' (vanaf het begin van de jaren negentig) beslaat globaal drie gebieden (Nederlands-Vlaamse onderzoeksschool Experimentele Psychopathologie, 2004). Allereerst omvat het programma onderzoek op het gebied van de *diagnostiek*, waarbij het gaat om een verdere ontwikkeling en toetsing van meetinstrumenten, en onderzoek naar diagnostische classificatie. Ten tweede wil men achterhalen welke mechanismen en processen ten grondslag liggen aan psychische stoornissen, zoals angst, depressie en verslaving. De ambitie hierbij is het zoeken van empirisch gevalideerde causale verklaringen voor psychische stoornissen, en daarbij, zo wordt gezegd, is experimenteel onderzoek een krachtige methode. Ten slotte wordt er onderzoek gedaan naar behandeling: welke therapieën hebben het meeste effect en waardoor?

Voor het laatste onderzoeksgebied geldt de cognitieve gedragstherapie als meest onderzochte therapievorm. De claim die ten aanzien van de cognitieve gedragstherapie gemaakt wordt, is niet alleen dat ze blijkens onderzoek het meest effectief is bij de behandeling van een aanzienlijke reeks psychische stoornissen, maar ook dat ze als therapie (meer dan andere) gebaseerd is op wetenschappelijke (experimenteel-psychologische) uitgangspunten (zie bijvoorbeeld Korrelboom en Ten Broeke, 2004). Deze claims zijn niet onomstreden, er zijn zowel methodologische als theoretische bezwaren tegen de cognitieve gedragstherapie geopperd (zie onder andere Hafkenscheid 2005; Van Kalmthout, 2005). De invloed van de experimenteel-psychologische benadering is in de laatste decennia echter groot, zó groot dat serieuze pogingen worden gedaan om ook de psychoanalytische behandelingsvormen aan experimenteel opgezet effectiviteitsonderzoek te onderwerpen.

*Wouter Gomperts: effectonderzoek naar psychoanalyse*

De psychoanalyse stond buiten de academische psychologie, maar had niettemin enorme invloed – zowel op de psychiatrie als op de cultuur als geheel (vgl. Van Heerden, 1999). In de periode tussen 1920 en 1970 was het nauwelijks mogelijk over psychische verschijnselen te schrijven zonder te refereren aan de psychoanalyse (in positieve of in negatieve zin), en dat gold zowel voor psychiaters als voor psychologen. Ook nu nog wordt de psychoanalyse vaak als referentiepunt genomen, zij het meestal in negatieve zin, zie bijvoorbeeld de manier waarop Edward Shorter (1997) de psychoanalyse opvoert als stroming die de ontwikkeling van de psychiatrie decennialang heeft afgeremd. Voor klinisch psychologen was de populariteit van de

psychoanalyse soms ongemakkelijk. De drempel voor psychologen om analyticus te worden was hoog, dus bleef hun werkterrein tot het midden van de jaren zestig in de praktijk beperkt tot de wereld van het testen. In theoretisch opzicht botste de psychoanalyse met het empirisch-analytisch model dat vooral in Verenigde Staten de psychologie in methodologisch opzicht was gaan overheersen.

In de jaren zeventig gingen psychologen, zoals gezegd, zich meer bezig houden met effectonderzoek. In het verlengde daarvan werd er vanaf de jaren tachtig steeds vaker gesproken over 'evidence-based medicine' (EBM) en 'evidence-based mental health' (EBMH). Het oorspronkelijke idee van de EBM was dat individuele klinische expertise geïntegreerd zou moeten worden met de beste beschikbare gegevens uit systematisch empirisch onderzoek. In de verdere uitwerking van dit idee kwam de nadruk echter steeds meer te liggen op onderzoeksgegevens en werd de klinische expertise van professionals naar de achtergrond gedrongen (Widdershoven-Heerding, 2000; Hutschemaekers, 2001). Dit betekende meer in het algemeen dat de wereld van het onderzoek steeds meer binnendrong in de therapeutische praktijk (bijvoorbeeld in de vorm van protocollen en richtlijnen, zie Hutschemaekers & Smeets, 2005). Een sterke partij in deze beweging is de al genoemde cognitieve gedragstherapie. Haar sterkte is niet zozeer dat ze gebaseerd is op wetenschap, maar dat de gevolgde procedures zo goed onderzoekbaar zijn: de therapie is een combinatie van onderzoek en interventie. Tegelijkertijd worden therapeuten in het protocolmodel beschouwd als klinische *technici* die een reeks standaardprocedures uitvoeren. In het algemeen kan gesteld worden dat de EBM-aanpak therapieën bevordert met een eenvoudig toetsbaar resultaat.

Therapiebenaderingen met minder gemakkelijk meetbare uitkomsten tonen zich echter wel gevoelig voor de eisen van toetsbare effectiviteit. Onlangs publiceerde de psychoanalyticus en klinisch-psychologisch onderzoeker Wouter Gomperts een artikel over de moeizame relatie tussen psychoanalyse en empirische wetenschap (Gomperts, 2004). Hij refereerde in zijn artikel nadrukkelijk aan het eerdere onderzoek van Barendregt naar de effectiviteit van de psychoanalyse. De gouden standaard voor effectonderzoek is tegenwoordig de randomized clinical trial (RCT). Deze draagt ook bij aan de maatschappelijke legitimatie: 'hoe harder het onderzoek, des te groter de maatschappelijke overtuigingskracht'. Gomperts laat zien hoe de RCT een probleem kan zijn voor de psychoanalyse: de gevraagde procedures kunnen botsen met de analytische inhoud, de interne validiteit is groot, de externe niet. 'Kunnen' RCTs eigenlijk wel in de psychoanalyse? Dit is geen louter Nederlandse discussie: ook in de Verenigde Staten en Engeland worden al enige tijd pogingen gedaan langduriger, inzichtgevende therapieën op hun effectiviteit te onderzoeken, zonder de specifieke aard van deze therapieën te negeren of geweld aan te doen (zie onder andere Milton e.a., 2004). Wat men hier ook van vindt, de nieuwe legitimeringsstrategie betekent in ieder geval een interessante toevoeging aan het uitgebreide palet dat de psychoanalyse al ter beschikking had.

## Conclusie

Wat heeft de historische exercitie in dit hoofdstuk nu opgeleverd? Allereerst dat bij hulpverleners in de GGZ het besef leeft dat psychische stoornissen verwijzen naar een gelaagde problematiek: de klachten en symptomen bij een patiënt hebben sociale, psychische en biologische kanten. 'Genezing' houdt niet alleen in dat er een nieuw biologisch evenwicht is gecreëerd; ook psychisch en sociaal moet het functioneren hersteld worden. Hoort dat nog bij de psychiatrie? Als het er niet bij hoort, wie moet het dan doen? En los daarvan: hebben we voor de fundering van (therapieën voor) psychisch en sociaal herstel niet ook wetenschappelijke inzichten nodig? Dit zijn vragen die in de geschiedenis van zowel psychiatrie en klinische psychologie de afgelopen eeuw gesteld en ook, zij het provisorisch, beantwoord zijn.

Ten tweede hebben we uit de geschiedenis kunnen leren dat de verhouding tussen wetenschap en praktijk er niet louter een is van 'kennis' en 'toepassing' (vergelijk Van Strien, 1986). Ook in de praktijk zit kennis, en terecht is er het streven die te verwetenschappelijken. Maar de wijze van verwetenschappelijking hoeft niet per se die van het experiment te zijn – misschien is het zelfs beter van niet. De causaliteit in het ontstaan en verhelpen van psychische stoornissen is niet enkelvoudig, er is eerder sprake van 'overdeterminering', zoals Freud het aanduidde, verschillende niveaus van functioneren die hun eigen wetmatigheden kennen en die niet tot elkaar gereduceerd kunnen worden. In zowel de psychiatrie als de (cognitieve) psychologie zijn ontwikkelingen gaande die in dit nieuwe paradigma passen. Erkenning ervan kan helpen de psychiatrie als wetenschap verder te ontwikkelen, en haar als praktijk op enige afstand te houden van overijverige beleidsmakers die meten verwarren met weten.

Ten derde: klinische psychologie en psychiatrie moeten onvermijdelijk óók opereren met een hermeneutische aanpak (vergelijk Mooij, 1988; Terwee, 1990; Ingleby, 2004). Een hulpverlener moet zich op grond van een grote hoeveelheid heterogene informatie over een patiënt een samenhangend beeld vormen. De kennis en ervaring van de diagnosticus zijn daarbij het kader en het instrument voor de informatieverwerking. 'Alle checklists, gestructureerde interviews en genormeerde psychometrische tests bij elkaar geven nog geen diagnose' (Witteman, 2004, p. 25). Ook een classificatie volgens DSM is nog geen diagnose. Hoe klinici in de praktijk oordelen en beslissen is een interessant onderzoeksgebied, dat echter slechts nog door weinigen is betreden (zie echter De Ridder, 1991). Helaas is men tegenwoordig meer geïnteresseerd in prescriptie dan in descriptie als het gaat om het diagnostisch proces.

Al met al mag men verwachten dat binnen de klinische psychologie de drang tot wetenschappelijk onderzoek zal blijven en mogelijk zelfs zal toenemen. Op zich is dit een goede zaak, mits de gehanteerde vraagstellingen niet beperkt blijven tot wat experimenteel onderzoekbaar is. Dat zou namelijk betekenen dat een niet onbelangrijk deel van het klinische werk in de praktijk geen voorwerp zou kunnen zijn van wetenschappelijk onderzoek. Psychologie en psychiatrie zijn in de eerste plaats menswetenschappen, en dat vraagt in methodisch opzicht om inventiviteit en interdisciplinariteit (zie Abma, 1994).

In het laatste decennium oefent de neurobiologische benadering grote aantrekkingskracht uit op zowel psychiaters als psychologen (zie respectievelijk Hovens et al., 2004, en De Haan, 1999). Voor degene die zou willen aangeven waarin het eigene schuilt van een 'psychologische' psychiatrie, levert dit complicaties op. Houden psychologen zo nog wel een eigen domein over? Is het wel zinvol een onderscheid te maken tussen neurobiologische en psychologische psychiatrie? Er is voor de psychiatrie zeker wel voldoende niet-biologische psychologie voorhanden, zoals dit boek aantoont, maar tegelijkertijd is de vraag van een eeuw geleden nog steeds relevant: is de conceptuele scheiding van lichaam en psyche wel verdedigbaar?

#### Literatuur

Abma, R. (1994) Meer dan de som der delen. Over het nut van een integratieve benadering. In: A. Hagendoorn, A. Komter, R. Maier (red.), *Samenhang der sociale wetenschappen. Beloften en problemen van een interdisciplinaire werkwijze*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994, 166-181.

Abma, R. (2004) Madness and mental health. In: J. Jansz & P. van Drunen (Eds.) *A social history of psychology*. Oxford: Blackwell, 93-128.

Abma, R. & I. Weijers (2005) *Met gezag en deskundigheid. De historie van het beroep psychiater in Nederland*. Amsterdam: SWP.

Boer, J.A. den (2003) *Neurofilosofie. Hersenen, bewustzijn, vrije wil*. Amsterdam: Boom.

Boer, J.A. den & G. Glas (2004) Neurobiologie en mentale processen: theorie en conceptuele problemen. In: J.E.Hovens, A.J.M. Loonen & L. Timmerman (red.) *Handboek neurobiologische psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom, 19-46.

Capshew, J. (1999) *Psychologists on the march. Science, practice, and professional identity in America, 1929-1969* (Cambridge, MA: Cambridge University Press)

Dehue, G.C.M. (1990) *De regels van het vak. Nederlandse psychologen en hun methodologie 1900-1985*. Amsterdam: Van Genneep.

Dekkers, W. (1985) *Het bezielde lichaam. Het ontwerp van een antropologische fysiologie en geneeskunde volgens F.J.J. Buytendijk*. Zeist: Kerckebosch.

Draaisma, D. (1999) De cardanusringen van de wetenschap. In: K. Vos & V. Timmerhuis (red.) *Gedragswetenschappen in context. Essays over beleidsrelevantie en wetenschappelijke uitdagingen*. Den Haag: SDU, 9-20.

Drunen, P. van & H.J. Conradi (1998) *Bezielde wetenschap. Een halve eeuw Nederlandse psychologie in vijf portretten*. Assen: Van Gorcum.

Nederlands-Vlaamse onderzoeksschool Experimentele psychopathologie (2004) . Geraadpleegd op 3 oktober 2005, op [www.dmkep.unimaas.nl/epp](http://www.dmkep.unimaas.nl/epp)

Ginneken, J. van (1999) *Brein-bevingen. Snelle omslagen in opinie en communicatie*. Amsterdam: Boom.

- Gomperts, W. (2004) Effectonderzoek en de moeizame verhouding tussen psychoanalyse en empirische wetenschap, *MGv*, 59, 10-39.
- Haan, E. de (1999) De neurobiologische benadering in de psychologie. In: K. Vos & V. Timmerhuis (red.) *Gedragswetenschappen in context. Essays over beleidsrelevantie en wetenschappelijke uitdagingen*. Den Haag: SDU, 93-105.
- Hafkenscheid, A. (2005) De cognitieve gedragstherapie is gearriveerd – maar waar? In: A.H. Schene et al. (red.), *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2005-2006*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 144-156.
- Heerden, J. van (1999) De psychoanalytische verleiding. In J. van Heerden, *Proza waarmee je meisjes vangt*. Amsterdam: Prometheus.
- Hovens, J.E, A.J.M. Loonen & L. Timmerman (red.) *Handboek neurobiologische psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hutschemaekers, G.J.M. (2001) Onder professionals. Hulpverleners en cliënten in de geestelijke gezondheidszorg, *MGv* 56 (9), 806-832.
- Hutschemaekers, G.J.M. & R.M.W. Smeets (2005) Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ. Stand van zaken en uitdagingen voor de toekomst. In: A.H. Schene et al. (red.), *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2005-2006*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 273-288.
- Ingleby, D. (2004) Understanding mental illness. In: D. Ingleby (Ed.) *Critical psychiatry. The politics of mental health*. Londen: Free Association Books, 23-71 ((oorspronkelijk gepubliceerd in 1980)
- Jansz, J. & P. van Drunen (1996) *Met zachte hand. Opkomst en verbreiding van het psychologisch perspectief*. Utrecht: Lemma.
- Kalmthout, M. van (2005) *Psychotherapie en de zin van het bestaan*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Korrelboom, K. & E. ten Broeke (2004) *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- MacNab, B. (1989) Hermeneut onder de methodologen, methodoloog onder de hermeneuten. Over leven en werk van Johan Barendregt. *Psychologie & Maatschappij*, 13, 235-252.
- Milton, J., C. Polmear & J. Fabricius (2004) *A short introduction to psychoanalysis*. Londen: Sage.
- Mooij, A.W.M. (1988) *De psychische realiteit. Over psychiatrie als wetenschap*. Meppel: Boom.
- Panhuysen, G. (1990) *Het ei van Freud. Over de bijdrage van medische heuristieken aan geboorte en groei van de psychoanalyse*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Reisman, J. M. (1991) *A history of clinical psychology* (2nd ed.). New York: Hemisphere.
- Ridder, D. de (1991) *De klinische rationaliteit. Diagnostische redeneringen en therapiekeuzes in het Amsterdamse Instituut voor Medische Psychotherapie 1968-1977*. Utrecht: NcGv.

Shorter, E. (1997) *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons.

Strien, P.J. van (1986) *Praktijk als wetenschap. Methodologie van het sociaal-wetenschappelijk handelen*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.

Strien, P.J. van (1993) *Nederlandse psychologen en hun publiek. Een contextuele geschiedenis*. Assen: Van Gorcum.

Terwee, S.J.S. (1990) De beide methodologische hoofdstromen. In: P.J. van Strien & J.F.H. van Rappard (red.), *Grondvragen van de psychologie. Een handboek theorie en grondslagen*. Assen: Van Gorcum, 228-240.

Waardt, H. de (2005) *Mending Minds. A cultural history of Dutch Academic psychiatry*. Rotterdam: Erasmus Publishing.

Widdershoven, G.A.M. (1992) Hermeneutiek en client-centered psychotherapie. In: A.W.M. Mooij & G.A.M. Widdershoven (red.), *Hermeneutiek en psychologie. Interpretatie in theorievorming, onderzoek en psychotherapie*. Amsterdam: Boom, 74-98.

Widdershoven-Heerding, C. (2000) *Geneeskunde als wetenschap. Wetenschapsidealen in de Nederlandse geneeskunde van 1840 tot 1970*. Dissertatie Universiteit Maastricht.

Winnubst, J.A.M. et al. (red.) (1991) *De metamorfose van de klinische psychologie. Nieuwe ontwikkelingen in de klinische en gezondheidspsychologie*. Assen: Van Gorcum.

Witteman, C.L.M. (2004) De verbeelding van de diagnostiek, *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 59, 23-32.

Zuuren, F.J. van (1982) *Fobie, situatie en identiteit. Een studie over de situatievermijding en identiteitsproblematiek van twee soorten fobici*. Lisse: Swets & Zeitlinger.