



PSYCHIATER EN FILOSOF GERRIT GLAS

'De medische context faciliteert én hindert patiënt en psychiater'

Deze keer ben ik in gesprek met prof. dr. Gerrit Glas, psychiater en filosoof. Het thema is net als de vorige keren: het gaat niet zo goed met de psychiatrie, niet goed met de psychiater. Hoe komt dat en wat kunnen we daaraan doen? Is het gebrek aan het broodnodige filosofische veldwerk?

Glas heeft er altijd voor gepleit onderscheid te maken tussen vier niveaus van beschrijven en verklaren van psychopathologie. De betrokkene zelf beschrijft wat er aan de hand is in alledaagse termen (niveau 1). De psychiater beschrijft deze ervaringen in het jargon van de klinische praktijk (niveau 2). Vervolgens situeert hij zijn klinische redenering in een vakwetenschappelijk kader (niveau 3). En over de verhouding van al deze invalshoeken valt dan vervolgens vanuit vakfilosofische optiek het nodige (kritisch) te vragen en toe te voegen (niveau 4). Nieuw is vooral Glas' pleidooi voor de eigenheid van de klinische taal en wijze van denken.

We duiken al gauw in de *neuroscience*. Want per 1 juni jl. is Glas benoemd tot de eerste hoogleraar Filosofie van de Neurowetenschappen in Nederland, aan de afdeling Anatomie en Neurowetenschappen van het VUmc Amsterdam.

Prof. dr. Gerrit Glas: 'Laten we beginnen met een observatie. Het is in de praktijk (nog) altijd zo dat de hulpvraag van de patiënt moet passen binnen een medisch discours. Maar veel patiënten vinden dat al een stap te ver, omdat ze daarmee voor hun gevoel iets van zichzelf opgeven. Dat is het belangrijke punt dat met name ervaringsdeskundigen vandaag naar voren brengen. Voor ons als psychiaters betekent dit dat we die klaarblijkelijk beperkende medische context wellicht ook zelf wat minder absoluut als uitgangspunt moeten nemen. Dat we moeten leren onze professionaliteit ook te situeren in andere contexten, zoals de alledaagse en maatschappelijke. Daarmee krijg je ook een ander gesprek.'

Dat is meteen wel een harde noot om te kraken. Wij zeggen toch communicatiedeskundigen te zijn en als geen andere discipline de arts-patiëntrelatie tot ons domein te rekenen. Ik nam laatst deel aan een bijeenkomst over ervaringsdeskundigheid van de NVvP, waar natuurlijk ook ervaringsdeskundigen aan het woord waren. Zij kaartten precies dit probleem in de communicatie aan, met de opmerking dat psychiaters zo 'buitenkantig' contact maken.

Glas: 'Dat is inderdaad het ingewikkelde. Je hebt als psychiater de rol van professional, maar met die rol moet je wel flexibel kunnen omgaan. Van de psychiater wordt toenemend verwacht dat deze de professionele rol ook in andere dan medische contexten weet te hanteren.

Het is ingewikkeld, en zeker niet zwart-wit; ik ben er nog niet helemaal uit hoe dit precies moet.'

Genuanceerde verhouding

'Vanuit een ander perspectief speelt dat ook in de thematiek van mijn nieuwe leerstoel', stelt Glas. 'Mijn boodschap is dat we vanuit de psychiatrie tot een genuanceerde verhouding tot de neurowetenschappen moeten komen. De discussie verloopt nu nogal eens tussen extremen. En de neurowetenschap zelf heeft niet het instrumentarium om die discussie bij te sturen. Dat is begrijpelijk want daartoe ontbreekt een conceptueel kader. Ik hoop vooral te kunnen helpen om zo'n conceptueel kader te ontwikkelen. Ondertussen is dat ook dienstverlening aan de neurowetenschappen zelf. Want die zitten met een aantal problemen, waarvan de thematiek van de translatie niet de minste is. Hoe vertaal je neurowetenschappelijk inzicht naar de klinische praktijk en naar het grote publiek? In die vertaling vinden voortdurend minuscule betekenisverschuivingen plaats in de termen die gebruikt worden.

Een tweede probleem is de identiteit van de neurowetenschapper. Wanneer is iemand een neurowetenschapper en wat maakt hem of haar tot een goede wetenschapper? Wie zijn die neurowetenschappers nu eigenlijk zelf, wat voor wetenschap bedrijven zij? Het fascinerende is natuurlijk dat het om een wetenschap gaat die een enorme impact zal hebben op hoe we onszelf begrijpen en wat we met onszelf gaan doen, hoe we leerprocessen gaan organiseren, hoe we communicatie gaan structureren, hoe we met onze cognitieve en sociale vermogens omgaan. Die discussies spelen trouwens nu al.'

De benoeming tot deze – voor Nederland unieke – opdracht is mede tot stand gekomen door prof. dr. Jeroen Geurts, hoofd van de afdeling Anatomie en Neurowetenschappen van het VUmc en hoogleraar Translationele neurowetenschappen. Hij wilde juist vanwege deze vragen een filosoof in zijn team: 'Met deze leerstoel is een van de in mijn oratie uitgesproken dromen uitgekomen. We hebben een geweldige pionierende rol. We zullen ons toeleggen op een aantal conceptuele en ethische vraagstukken rondom de neurowetenschappen. De moderne neurowetenschapper is óók filosoof, als hij zijn vak goed verstaat', aldus Geurts. 'Dat is wat ik bedoel', zegt Glas, 'met dienstverlening aan de neurowetenschappen zelf, en met een schuin oog naar de psychiatrie natuurlijk.'

Dominante metaforen

Valt er iets te zeggen, zijn er contouren aan te geven van dat beoogde conceptuele kader? →

'Misschien kunnen we ons als ggz beter eerst half opheffen om de contextuele, persoonlijke en dynamische aspecten van ons vak weer te zien'

Glas: 'De discussie gaat bijvoorbeeld over de rol die dominante metaforen spelen. Vandaag is de netwerk-metafoor dominant. Dat is een zeer vruchtbare metafoor, want je kunt deze gebruiken in termen van lokalisatie, van interactie, van alzijdige verbondenheid. Je kunt het mathematisch en fysisch beschrijven, maar ook abstract. Tegelijk doen zich in de hergroepering van deze en andere termen rond zo'n dominante metafoor oude problemen voor. Want we weten helemaal niet hoe lokalisatie (structuur) en interactie (functie) zich tot elkaar verhouden; onder welke condities brengt een structurele verandering in het netwerk een functieverandering tot stand? En hoe verhoudt zich de notie van patroon tot die van dynamisch netwerk? Hoe formuleer je de aard van een verstoring? Dat kun je aan locatie binden, maar dat hoeft niet. Het kan ook om een andere vorm van organisatie van het functioneren van het netwerk gaan; en van samenwerking tussen delen van het netwerk. Dat zijn fundamentele vragen waar niemand nog uit is en waar je meteen op stuit als je op een wat abstracter niveau wilt beschrijven waar je naar op zoek bent.

Ander voorbeeld: de actiepotentiaal. Dat de actiepotentiaal verantwoordelijk zou zijn voor de werking van een zenuwcel is, als ik de kenners mag geloven, helemaal niet zo vanzelfsprekend. Het was een bevinding die mogelijk werd gemaakt toen de techniek werd ontwikkeld elektromagnetische lading te meten. Dus werd wat men vond in die termen beschreven. Maar of de werking van de ene op de andere zenuwcel daarop berust, is nog steeds de vraag. Anders gezegd, het is telkens weer de vraag wat een bevinding betekent binnen de context van het experiment waar de bevinding op berust. Welke termen kun je gebruiken, en tot hoever reiken de extrapolaties? Vooral fascinerend, en terug naar de basis.'

Zelfonthulling

'Deze voorbeelden laten zien hoe belangrijk het is te onderscheiden tussen alledaagse, klinische en wetenschappelijke taal', zegt Glas. 'Als je dat niet doet, ontstaat er spraakverwarring. Het alledaagse verhaal is toch anders dan het verhaal in de spreekkamer, en het verhaal in de spreekkamer verschilt weer van de wetenschappelijke reconstructie. Ik denk soms wel eens dat je

de kern van wat mensen ervaren in hun psychopathologie niet binnen de context van de geneeskunde te horen krijgt. Maar tegelijk weet ik natuurlijk ook dat je die medische context nodig hebt om wat te krijgen op wat zich leent voor beïnvloeding.'

Daar zegt u nogal wat: dat de context waarin we gestudeerd hebben, waarin we opgeleid zijn en aan bij- en nascholing doen, ons in niet onbelangrijke mate hindert. Hoe gaan we dat dan doen?

Glas: 'Faciliteert én hindert, zou ik zeggen. Het gaat er steeds weer om dat je je verhoudt tot de context en tot jezelf. En die verhouding kun je doseren en variëren. Er is ook binnen de reguliere medische context vaak al veel meer mogelijk dan we denken. Ik denk aan een voorbeeld dat werd uitgewerkt tijdens een recent congres over zelfonthulling. Een therapeut kijkt terug op een jaar intensieve therapie met een adolescent met een eetstoornis en depressie. De patiënt vertelt dat haar nog het meest is bijgebleven dat de therapeut halverwege de therapie zelf tranen in de ogen kreeg toen de patiënt haar eigen onmacht en isolement beschreef. Bij het zien van de onmacht en deernis van de therapeut had de patiënt iets kunnen loslaten van haar eigen onmacht. Iets wat verward was geraakt, werd lossier in wat kennelijk een *moment of meeting* is geweest; een bijzondere ervaring voor beiden. Wat zegt dat nu over hoe met ziekte en ziek-zijn om te gaan? Het voorbeeld laat zien dat een emotie buiten het professionele domein in strikte zin, binnen dat domein wel degelijk een zinvol effect kan hebben. Zelf meen ik dat als een behandelaar zijn kwetsbaarheid ten aanzien van het hanteren van z'n eigen rol zou kunnen tonen, zijn beperkingen, zijn onmacht ook, en daarover in een gelijkwaardige verhouding kan communiceren met een patiënt, dat daar een bevrijdende werking van uitgaat. Dat zal de patiënt namelijk accepteren kunnen maken ten aanzien van de eigen problematiek. Er verandert, anders gezegd, door de interpersoonlijke dynamiek iets in de intrapersoonlijke dynamiek.

Buiten de veilige therapiekamer, in het publieke domein, staat die rol van psychiater veel meer op losse schroeven. Dat is ook wat ervaringsdeskundigen zeggen. De betekenis van ziek-zijn krijg je pas werkelijk te zien als je je in het leven van die patiënt begeeft, thuis bijvoorbeeld. Dit is ook weer niet zwart-wit. Maar je kunt

je als professional openstellen voor ervaringen die je in je spreekkamer niet zult opdoen en die – wel of niet opgedaan – van invloed zijn op hoe je je vak beoefent. Dat is het vooral, door variaties van contexten leren differentiëren in het hanteren van de professionele rol. Het gaat mij om hoe je *in*, in plaats van *achter* je professionele rol persoon bent; en dat in allerlei contexten, ook niet-medische.’

Dynamisch en relationeel

Spreekt u anders met patiënten dan tien, vijftien jaar geleden?

Glas: ‘Ja ik ben me nog meer bewust van de context, hoe die symptomen vormt en hoe die invloed heeft op hoe symptomen onder woorden worden gebracht. Ik ben me meer bewust van hoe belangrijk het is systematisch aandacht te besteden aan hoe de patiënt zich tot haar ziekte-ervaringen verhoudt, ik vraag daar expliciet naar. Ik vraag dat ook aan anderen, hoe die dat waarnemen – ouders, de partner, kinderen. En ik vraag me altijd af of het ook anders had kunnen lopen in het

leven van deze patiënt; met andere woorden, of de klachten de onvermijdelijke uitkomst zijn van het voorafgaande. Ik leg meer nadruk op iemands sterke kanten. Door op deze punten te letten wordt het vak eerlijk gezegd ook wel weer raadselachtiger. Er is vaak zo weinig samenhang tussen psychopathologie en mate van disfunctioneren.

De laatste tijd denk ik vaak dat we ons als ggz misschien beter eerst half kunnen opheffen om deze contextuele, persoonlijke en dynamische aspecten van ons vak weer te gaan zien. Die beweging is eigenlijk ook al gaande. Denk aan de herstelbeweging, De Nieuwe GGZ, HART voor de GGZ en *Redesigning Psychiatry*. We moeten in de specialistische ggz dan ook niet verengen, maar juist verbreden. Nu zitten we vast in zorgprogramma’s en zorgpaden. In de ggz die ik voorzie gaat het om een dynamische en relationele manier van kijken en om meer fluïde en netwerkachtige vormen van samenwerken.’ ←