

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl



Psychoanalyse en psychiatrie

Interview met professor Jacques Schotte

Fons Van Coillie

Professor Schotte bespreekt het probleem van de wetenschappelijkheid van de psychiatrie. Na een historisch overzicht van het probleem bekritiseert hij de hedendaagse psychiatrie omdat ze geen intern coherente wetenschappelijke visie heeft. Hij stelt daartegenover een eigen ontwerp voor een wetenschappelijke psychiatrie, de 'antropopsychiatrie', die gebaseerd is op de ideeën van Freud en Szondi.

Inleiding

Het Tijdschrift voor Psychoanalyse en het Tijdschrift voor Psychiatrie brachten in september 2000 een gemeenschappelijk nummer uit met als thema Psychoanalyse en Psychiatrie. Over dit thema heeft Jacques Schotte zijn leven lang nagedacht, college gegeven, lezingen gehouden in binnen- en buitenland en gepubliceerd.¹ In een debat over de verhouding tussen psychoanalyse en psychiatrie kan een bijdrage over zijn werk eigenlijk niet ontbreken. Dit interview was dan ook bedoeld voor het vermelde themanummer, maar 'omstandigheden' beslisten er anders over. Tot die 'omstandigheden' behoort ook dat het werk van Schotte controversieel is. Voor de een is hij een groot en vernieuwend denker, volgens de ander lopen zijn ideeën hopeloos achterop bij de moderne wetenschappelijke psychiatrie. Een voorbeeld van het eerste: het Franse tijdschrift *L'Information Psychiatrique* wijdde een themanummer aan de theorieën van Schotte onder de niet mis te begrijpen titel *Penser la psychiatrie avec Jacques Schotte*, en daarin wordt Schotte geroemd als 'een van de voornaamste denkers van de hedendaagse psychiatrie'.²

Op de hedendaagse psychiatrische praktijk heeft Schotte een fundamentele kritiek: ze werkt zonder coherente visie, zonder een theoretisch kader dat het wetenschappelijk domein van de psychiatrie definieert.³ Schotte

F. Van Coillie is filosoof en psychoanalyticus (lid van de Belgische School voor Psychoanalyse) met praktijk te Leuven en te Antwerpen. Correspondentieadres: Sluisstraat 4, 3000 Leuven. E-mail: Fons.VanCoillie@advalvas.be

heeft met zijn 'antropopsychiatrie' een aanzet tot zo'n wetenschappelijke theorie van de psychiatrie ontwikkeld. De basis hiervan is het werk van Freud en voor het systematisch ontwerp doet hij een beroep op de driftenleer van Szondi.⁴

Enige biografische gegevens

Jacques Schotte is psychiater-psychoanalyticus, emeritus hoogleraar van de K.U. Leuven en van de Université Catholique de Louvain-La-Neuve. Hij studeerde geneeskunde in zijn geboortestad Gent, waar hij nog steeds woont. Hij haalde ook een doctoraat in de psychologie aan de universiteit van Leuven. Verdere vorming genoot hij in Zwitserland en Frankrijk. In Zwitserland waren vooral zijn ontmoetingen met Binswanger, Ronald Kuhn en Leopold Szondi ingrijpend. Schotte was een van de eersten die ten volle het belang onderkende van het werk van Szondi: veel meer dan een test, levert dit de fundamenteën voor een conceptie van de psychiatrie. De vooral 'intuïtieve' Szondi had, naar eigen zeggen, een 'denker' nodig om zijn werk verder theoretisch uit te bouwen – een plaats die Schotte heeft ingenomen. In Parijs werkte Schotte samen met, onder meer, Lagache, Laplanche, Dolto, Henry Ey, en natuurlijk Lacan. Naast de psychiatrie, de psychologie en de psychoanalyse, hebben ook de filosofie (vooral de fenomenologie) en de linguïstiek het denken van Schotte sterk getekend.

Jacques Schotte heeft als hoogleraar in Leuven en Louvain-La-Neuve en als stichtend lid van de Belgische School voor Psychoanalyse een zeer grote invloed gehad op de vorming van een hele generatie psychologen en psychiaters. Zelfs na hun eigenlijke opleiding kwamen velen nog eens per week naar Leuven om zijn colleges te volgen.

Ook internationaal kan zijn werk op grote belangstelling rekenen, hoewel het niet zo gemakkelijk toegankelijk is – om praktische redenen: Schotte is een begenadigd spreker die in vivo op briljante wijze zijn ideeën kan uiteenzetten, maar het schrijven gaat hem, jammer genoeg, veel moeizamer af.

Professor Schotte, in uw levenswerk, het ontwerp van een antropopsychiatrie, staat de verhouding tussen psychiatrie en psychoanalyse centraal. We zullen het daar straks uitgebreid over hebben, maar eerst een historische vraag: wat bestaat er in de tijd van de beginnende Freud aan psychiatrie en in welke mate kun je daar al spreken van een wetenschap?

De tijd van Freud was ook de tijd van Kraepelin, die de psychiatrie tot een soort van wetenschappelijke voleinding bracht, in de zin dat de hele nosografie, met de verschillende grote syndromen, op een rijtje werd gesteld. Wat voordien uit stukken en brokken bestond, bracht Kraepelin samen. Zijn werk vormde de basis voor al wat nadien nog zou komen.

Die kraepeliniaanse geest wordt nu sinds een aantal jaren, of zelfs decennia, opnieuw als een soort van wetenschappelijk ideaal beschouwd, maar eigenlijk is die helemaal niet zo wetenschappelijk. Het is z gezegd een natuurwetenschappelijke beschrijvende wetenschap, te vergelijken met de botanica. Voor Kraepelin was de psychiatrie een medisch specialisme (met bijgevolg ook etiopathogenetische vraagstellingen, enz.) en hij ontwikkelde de psychiatrie volgens de grondprincipes van de moderne geneeskunde tot een klassieke vorm, die ze tot op zeer grote hoogte behouden heeft. Onder klassiek versta ik hier de geneeskundige wetenschap zoals die zich begint te ontwikkelen vanaf de zeventiende eeuw. Vele huidige classificaties, zoals de DSM, zijn in mijn ogen een verbastering van Kraepelin: Kraepelin, maar dan drie niveaus naar beneden gezakt. Men steunt daar nog altijd op dezelfde principes als Kraepelin, zonder te beseffen dat bij Kraepelin de psychiatrie tot een voleinding kwam in de dubbele betekenis van het Franse *achever*, on *achève un animal blessé*, men maakt het af. De DSM en andere classificaties volgen nog steeds de principes van het beschrijven en het classificeren van de moderne geneeskunde, zoals die in de zeventiende eeuw door Sydenham theoretisch en praktisch werden vastgelegd. Sydenham was een Schots geneesheer, bevriend met andere zeer bekende wetenschapsbeoefenaars van zijn tijd, zoals de chemicus Boyle, een van de grondleggers van de chemie, of de filosoof John Locke, een van de grondleggers van het empirisme, die overigens ook geneesheer was. Sydenhams naam is nu nog slechts bekend bij filosofen die Locke gelezen hebben, want Locke citeert hem vaak. Voor de filosoof Locke had Sydenham dezelfde betekenis als de natuurwetenschappers voor Descartes of later voor Kant. Sydenham is dus de figuur die de principes heeft vastgelegd van dit soort beschrijven en classificeren. Hij stelt expliciet dat de geneeskunde nu maar eens moet leren ziekten te beschrijven zoals de plantkundigen planten beschrijven en classificeren.

In die 'botanische' beschrijvende methode is het centrale begrip de ziektesoort – toen nog in het Latijn *species morbosa*. Dat begrip ziektesoort bestaat nog steeds: wij spreken van verschillende soorten ziekten, zonder daarbij te beseffen dat wij een begrip gebruiken dat door Sydenham geniaal is ingevoerd. Vóór hem bestond dat begrip niet, ook niet bij Hippocrates.

Volgens de 'botanische' beschrijvende methode probeert men bij verschillende gevallen dezelfde kenmerken terug te vinden. In het geval van de geneeskunde wordt dat: dezelfde kenmerkende symptomen bij verschillende zieke individuen. De ziektesoort is dan een entiteit die van deze individuen wordt geabstraheerd en als zodanig wordt gehypostaseerd. Na de beschrijving van deze entiteiten worden ze in een bepaalde classificatie ondergebracht, net als in de botanica. Foucault heeft dat geniaal geformuleerd in zijn *Histoire de la folie*: 'Le fou est envoyé au jardin des espèces' (de gek wordt naar de tuin van de botanische soorten gezonden).

Ook nu nog zoekt de farmacologie naar specifieke medicamenten: dat komt

van dat begrip *species morbosus*. En het is toch nog de vraag of er wel zoiets bestaat als *specifieke* medicamenten, medicamenten specifiek voor de verschillende ziektesoorten die Kraepelin reeds beschreef. Ik denk dat die niet bestaan op die wijze, zeker niet voor de psychiatrische ziektebeelden, maar ook ruimer, in de algemene geneeskunde, heeft het begrip ziektesoort wellicht slechts een relatieve betekenis. Men stoot daar natuurlijk wel door naar allerlei fysiopathologische mechanismen, die in de psychiatrie niet op dezelfde wijze te vinden zijn. Het is bijgevolg zeer de vraag of de optiek van Kraepelin voldoet voor de psychiatrie als wetenschap.

Voldoet, in de zin van therapeutische mogelijkheden bieden?

Zelfs in de zin van begrijpen waarover het gaat! De psychiatrie is toch altijd een buitenbeentje gebleven in de geneeskunde; zelfs nu men veel meer weet over de biochemie, blijft het een buitenbeentje. De reden? Algemeen gesproken omdat men in de psychiatrie op het probleem stoot van lichaam en 'ziel', waarvoor men niet terecht kan bij de biochemie.

Bestond er in de tijd van Freud en Kraepelin zoiets als een serieuze psychiatrische praktijk?

In de ziekenhuizen bestond dat zeker. De psychiatrie heeft zich ontwikkeld in de asielen, geschoeid op de leest van Sydenhams gedachtegoed, maar had in vergelijking met nu natuurlijk niet zoveel farmacologische middelen ter beschikking. Men heeft wel altijd geweten dat de opname op zich reeds een therapeutische maatregel was. Grote voorlopers van Kraepelin waren Esquirol, Pinel, en bij ons in België, Guislain, die reeds bezig waren met een begin van psychotherapie, bekend als 'le traitement moral'. Maar die psychotherapie bleef voorwetenschappelijk, tot zich de lijn ontwikkelde vanuit het magnetisme, via de hypnose, naar Freud: daar vinden we een poging tot een wetenschappelijke praktijk van psychologische aard.

Wat in de tijd van Freud ook vorm begon te krijgen is de grootstede psychiatrie, de ambulante psychiatrische praktijk, die zich ontwikkelde vanuit de neurologie, die zelf voortkwam uit de interne geneeskunde. Want het waren de internisten (zoals Breuer, Freuds leermeester) die zich bezighielden met de 'zenuwzieken', van wie iedereen weet dat het beter is als ze niet in de asielen terecht komen. De specifieke problemen die zij stellen vormen eigenlijk het beginpunt van Freud. Maar dat is dus een ander werkdomein dan dat van Kraepelin, namelijk het domein van de neurologen, met Charcot als prototype. Hij is een van de andere grote figuren die, net als Kraepelin, een soort van voleinding van de principes van Sydenham voltrokken. Freud heeft dat op een onnavolgbare wijze beschreven in zijn necrologie van Charcot. Hij geeft er een klassieke beschrijving van de principes van de moderne geneeskunde en tegelijkertijd geeft hij de manier aan waarop hij het anders zal aanpakken. Een derde typische figuur van de 'botaniseren-

de' medische wetenschap is Kraft-Ebing, voor het domein van de perversies. Dat zijn dus de grote voleindigende werken op het einde van de negentiende eeuw. De voleinding die Charcot doorvoerde was essentieel voor het ontstaan van de psychoanalyse.

Men moet ook weten dat in de achttiende eeuw nog een wezenlijke stap in de geneeskunde werd gezet door Morgagni met zijn beroemde *De sedibus et causis morborum*. Die auteur probeert de ziektesoorten terug te voeren tot hun onderliggende anatomische grondslag. De zetel van de ziekte en de oorzaak worden gekoppeld, met als resultaat een indeling van de hele geneeskunde in verschillende orgaansystemen met bijbehorende ziektesoorten: maagziekten, longziekten, zenuwziekten ... Hier begint de indeling van de geneeskunde volgens een soort etiologisch-materieel oriëntatierooster. Die denkwijze hangt samen met de evolutie van het begrip causaliteit binnen de geschiedenis van het westerse denken: de materiële oorzaak wordt geïdentificeerd met de *causa efficiens*, en de twee andere causaliteitsbegrippen van Aristoteles, de *formele* en de *finale* oorzaak, vallen gewoon weg. Het orgaan wordt als het ware beschouwd als de producent van de ziektesoort.

Wat doet nu Charcot? Hij neemt de hysterie weer au sérieux: hij probeert aan te tonen – en denkt daar ook in geslaagd te zijn – dat de hysterie een ziektesoort is die miskend werd omdat men misleid werd door de variëteit van haar symptomen. Charcot stelt dat er wel degelijk bepaalde karakteristieke verschijnselen terug te vinden zijn in elk geval van hysterie, en daarom is de hysterie een ziektesoort. Maar hij had het verkeerd, want zijn patiënten produceerden de symptomen die hij wenste! De uiteindelijke legitimatie van een ziektesoort is bij Charcot dat men de ziekte in verband kan brengen met een in het zenuwstelsel lokaliseerbare afwijking. Maar hij slaagt er niet echt in die 'zenuwziekte' te koppelen aan de zenuwen als oorzaak. Hij mag dan al zeggen dat de oorzaak *functioneel* is en niet anatomisch, het klopt niet. Hysterische symptomen volgen een andere logica dan die van het zenuwstelsel. Freud trekt uit dit alles de conclusie. Hij zegt: de anatomoklinische methode (de kliniek komt van Sydenham, de anatomie van Morgagni) is voor dit soort ziekten niet adequaat.

Freud was ook geïnteresseerd in diagnostisch denken. Waarin was hij dan zo vernieuwend op dat terrein?

Freud heeft zelf twee nieuwe ziektesoorten ingevoerd; de begrippen *angstneurose* en *dwangneurose* komen van hem. Het lijkt er dus op dat Freud, hoewel hij oordeelt dat die denkmethode niet voldoet, toch diezelfde denkmethode volgt. Maar Freud gooit het over een andere boeg. Tussen haakjes: dat is iets wat ik al jaren in mijn cursussen ontwikkel en wat, voorzover ik weet, nooit elders thematisch is uitgewerkt. Freud vat de ziektesoorten heel anders op dan voordien. Vooreerst zegt hij dat de oorzaken psycholo-

gisch zijn, en vervolgens stelt hij de grote vraag: kan men in de psychologie op dezelfde manier van oorzaak spreken als in de somatische geneeskunde? Het antwoord is *nee*, zoals duidelijk blijkt uit de redenen waarom voor Freud de dwangneurose een ziektesoort is. Freud is namelijk op zoek naar een mannelijke tegenhanger van de hysterie. Hij grijpt terug op de idee, die eigenlijk reeds in de etymologie van het woord hysterie⁵ vervat ligt, dat hysterie iets te maken heeft met vrouwen; en reeds in de oudheid speculeert men over een equivalent bij de mannen. Sommige auteurs uit de klassieke oudheid schuiven de epilepsie naar voren als mannelijk equivalent en in de achttiende en negentiende eeuw treft men in veel boeken het koppel hysterie-hypochondrie aan.

Je ziet dat Freud bewust een methodische vraag stelt die in de empirische geneeskunde of in de psychiatrie van Kraepelin en Charcot niet wordt gesteld. Want wat specifiek is voor de hysterie is niet meer, zoals bij Charcot, een bepaalde anatomische oorzaak, maar een existentieel probleem: het probleem van de vrouwelijke seksualiteit. Volgens de formulering van Lucien Israël incarneert de hysterica een vraag: wat is een vrouw? Ze doet dit op een lijdende en onmachtige wijze, maar tevens als een soort van protest vanuit die onmacht. Ik zou die vraag enigszins anders formuleren dan Israël: wat wil een vrouw, wat kan een vrouw, wat is een vrouw waard ... Die existentiële menselijke vragen bestaan evengoed voor de man, want de seksualiteit is bij de mens problematisch. Er moet bijgevolg zo iets zijn aan mannelijke kant ook.

Zonder het te merken zijn we overgegaan, niet zozeer van organische oorzaken naar psychologische als wel van een botanische beschrijving van soorten naar de idee dat het in de psychiatrie gaat om *algemeen menselijke problemen*. We spreken van *pathologie* daar waar zo'n probleem ten top gedreven is; sommige mensen lijden extreem onder een probleem dat zich voor iedereen stelt, zoals de waarde van vrouwelijkheid of mannelijkheid. De mensen die op dat punt 'gezond' zijn, hebben daar weinig last van, ze lossen als het ware het probleem dagelijks op – nooit helemaal natuurlijk. Dat psychiatrie te maken heeft met *algemeen menselijke problemen* is voor mij een veel belangrijker stap dan de veel besproken overgang van biologische oorzaken naar *psychologische*. Want als je niet meegaat met het dualisme van Descartes, dan verdwijnt met de scherpe tegenstelling tussen soma en psyche ook veel van het belang van die overgang. Wat ik *antropopsychiatrie* noem, begint bij Freud, bij de idee dat een deel van wat in onze handboeken psychiatrie staat, specifiek menselijke problemen betreft.

Het is op die wijze dat u het gehele veld van de psychiatrie probeert te herzien, als een uitdrukking van de verschillende algemeen menselijke problemen.

Ja, maar het gaat slechts om een deel van het veld dat in de leerboeken wordt voorgesteld als het veld van de psychiatrie. Want dat veld is zodanig

heterogeen dat er geen wetenschap van kan worden gemaakt.

Daarmee komen we terug bij uw eerste vraag: was de psychiatrie een wetenschap? Het leerboek over algemene psychopathologie van Jaspers van net voor de Eerste Wereldoorlog brengt iets op gang als een methodologische bezinning op de psychiatrie en vooral op de eigenheid van de psychopathologie in haar verhouding tot de geneeskunde in het algemeen. Veel auteurs gaan daar in de jaren twintig op door, en de belangrijkste daarvan is voor mij Binswanger, die op dat probleem steeds is teruggekomen. In zijn referaat op het psychoanalytisch congres in Den Haag in 1920 stelt Binswanger dat de psychiatrie voor een dilemma staat: zij moet beslissen of ze een autonome, specifieke wetenschap wil worden met een eigen denkwijze en een eigen object, ofwel een samenraapsel blijft van alle mogelijke heterogene dingen. De psychiatrie wordt duidelijk voor dat dilemma gesteld door de psychoanalyse, die weliswaar niet de gehele psychiatrische problematiek bestrijkt, maar een wetenschappelijk-systematisch gehalte heeft dat dat van de psychiatrie ver overtreft. Met de psychoanalyse als basis kan de psychiatrie uitgroeien tot een eigen wetenschap. Eigenlijk had de psychiatrie reeds zover kunnen staan, maar de stap naar een zelfstandige wetenschappelijke psychiatrie is nooit gezet omdat men blijft zweren bij het oude model of omdat men blijft hopen de psychiatrische ziektebeelden vroeg of laat toch nog volgens het model van de rest van de geneeskunde te kunnen reduceren tot organische oorzaken.

Het zal de biologische psychiaters toch wel raar in de oren klinken als u zegt dat in Freud de basis aanwezig is om van de psychiatrie een wetenschap te maken. Zij verwijten de psychoanalyse juist allesbehalve wetenschappelijk te zijn.

De psychiatrie moet een zelfstandige wetenschap worden die zichzelf in een autonomie opstelt of, zoals Kronfeld zei in de jaren twintig, een autologische wetenschap. Arthur Kronfeld is een vergeten auteur, die in een van zijn boeken, *Vom Wesen der psychiatrischen Erkenntnis*, stelt dat het tijd is dat de psychiatrie een autologische wetenschap wordt, dit wil zeggen een wetenschap met een eigen logos: een eigen manier van begrijpen, die zich uitdrukt in een eigen manier van spreken en zo een eigen object in zijn structuur vat. Dat is de volledige betekenis van logos volgens de formule van Cicero: ratio, het begrijpen, oratio, het uitspreken van het begrip en de structuur van de zaak. De huidige psychiatrie heeft geen eigen logos; er is geen afbakening van een eigen wetenschappelijk veld. Wat nu bestaat, is een overwoekering van de psychiatrie door heterologische methodes, een import vanuit andere wetenschappen: de biologie, de sociologie en ook de psychologie.

Zo'n autologische psychiatrie zou uiteraard moeten voldoen aan het nu klassieke criterium van wetenschappelijkheid, de mogelijkheid tot falsificatie, om als wetenschap te kunnen worden beschouwd. Maar als de biologische psychiaters nu zeggen dat zij wetenschappelijk te werk gaan, dan

plaats ik daar een groot vraagteken achter. Ik heb reeds gezegd: het is nog maar de vraag of er specifieke medicatie bestaat en of er specifieke markers bestaan. Kan men bijvoorbeeld door urineonderzoek psychiatrische diagnoses stellen? Dat is een typisch biologisch-psychiatrische aanpak, en het blijkt meer en meer dat het een verkeerde aanpak is doordat men vanuit een verkeerd theoretisch kader vertrekt. Zij denken dat ze geen kader hebben, maar ze hanteren het botanische kader van Sydenham. De DSM zou zich niet bezighouden met theorie maar slechts de harde feiten beschrijven. Maar dat is complete larie. Wat zij bedoelen is: we zoeken niet naar etiologie. Goed, maar die botaniserende wijze om de feiten samen te brengen vertrekt vanuit een impliciete theorie. En als zo een zienswijze – een theorie is tenslotte een zienswijze – niet meer adequaat is, zoals Freud reeds zegde over Charcot, dan zit men op een verkeerd spoor.

Wij hebben een onderzoek gedaan naar de biologische correlaten van depressieve toestanden.⁶ Met onze antropopsychiatrische criteria verkrijgen we zeer significante resultaten, terwijl dat met de criteria van de DSM niet het geval is. Dat is niet te verwonderen, want hun basisdefinitie van depressie deugt niet. Bovendien, in hun botanische kader van species morbosae gaat het niet op om te zeggen dat een bepaald geval tot een bepaalde ziektesoort behoort wanneer je van tien kenmerken er vijf terugvindt, zoals in de DSM. Geen enkele botanicus zal zeggen: een plant behoort tot een bepaalde soort als je vijf van de tien soortelijke kenmerken terugvindt. De DSM-aanhangers hebben dus eigenlijk de tak afgezaagd waarop ze zaten. Geen wonder dat ze dan op hun bek vallen!

De antropopsychiatrische benadering ontkent helemaal niet het bestaan van biologische determinanten. Nog onlangs, na een voordracht, zei een collega mij: 'En als men de biologische determinatie van de schizofrenie weet te vinden, waar sta je dan?' Ik antwoordde hem: 'Terwijl wij praten spelen er ook allerlei biologische processen en die verschillen naargelang we spreken of luisteren.' Er gebeurt niets in de mens zonder dat er levensprocessen mee gemoeid zijn, maar de manier om ze te beschouwen, in te delen, en als vertrekpunt te nemen voor onderzoek van significante correlaties: die is verschillend.

De antropopsychiatrie is ook iets anders dan de antropologische richting in de psychiatrie. Daar laat men de klassieke wijze om ziekte-eenheden op te stellen ongemoeid en gaat men achteraf een antropologische benadering van die feiten inbrengen. Ik vind dat de antropologie reeds aanwezig moet zijn in de wijze waarop men de verschillende vormen en wijzen van ziek zijn van elkaar afbakt en met elkaar combineert. In de psychoanalyse heb je trouwens hetzelfde. Het begrip dwangneurose is ontstaan vanuit een a-priorihypothese die de feiten reeds structureert, maar anderzijds vind je in de psychoanalyse ook heel wat commentaar achteraf op entiteiten die overgenomen zijn van de psychiatrie. Dat vind ik een te beperkte ambitie voor de psychoanalyse.

U zei daarnet over de DSM 'geen wonder dat ze op hun bek vallen', maar anderzijds zitten ze stevig in het zadel.

Ja, natuurlijk, maar intussen is algemeen bekend dat de motivaties achter de DSM grotendeels van louter economische aard zijn. Boosaardig gezegd: het draait alleen om geld. Hun poging tot uniforme registratie sluit wellicht aan bij het probleem van de beheersing van de gezondheidskosten, maar dat heeft dus met wetenschap niks te maken. Iedereen weet ook dat grote multinationals van de farmaceutische industrie op dit ogenblik alles beheersen, wat tot ongelooflijke compromissen leidt. Ik heb als analyticus niets tegen medicatie. Ik ben een van de eersten geweest die, toen dat in de analytische wereld nog als ketterij gold, medicatie voorschreef.

Ook Freud was niet tegen medicatie. Hij hoopte zelfs dat sommige mensen, die veel baat zouden hebben bij een analyse maar er spijtig genoeg niet toe in staat zijn, door nieuwe farmacologische middelen wel een analyse zouden aankunnen. Hij dacht daarbij aan hormonen, die in die tijd opkwamen – de verjongingskuren met testosteron en dergelijke – en hij was er niet eens zover naast als je bedenkt hoeveel er nu sprake is van neuro-endocrinologie. Ons onderzoek, waar ik daarstraks naar verwees, is een onderzoek op psycho-neuro-endocrinologisch gebied.

Dat is geen neurologie meer in de zin van Charcot. Men denkt vaak dat de neurologie in een speciale en zeer dichte verhouding staat tot de psychiatrie, maar in zekere zin is het de lokalistische denkwijze van de neuroloog die in de geneeskunde het verst af staat van de psychiatrie. Er is een nieuwe veroveringstocht bezig van de neurologie op de psychiatrie. In vele faculteiten hebben de neurologen het voor het zeggen over de psychiatrie. Ze argumenteren dat met de nieuwe medicatie de psychiatrie eigenlijk geen bestaansrecht meer heeft, en wellicht is dat inderdaad het geval voor dat deel van de psychiatrie dat buiten de antropopsychiatrie valt. Dat deel behoort tot de neurologie – bijvoorbeeld de ziekte van Alzheimer – wat betreft wetenschap en onderzoek; misschien niet wat de praktijk betreft, gezien het belang van een heel aantal therapeutische praktijken.

U pleit dus voor een scheiding tussen enerzijds een antropologisch gedachte psychiatrie en anderzijds de neurologie. Voor de antropopsychiatrische uitwerking beroept u zich op het driftensysteem van Szondi. Maar Szondi rekent de epilepsie toch tot het veld van de psychiatrie?

De epilepsie van de neurologen is slechts een deel van wat bij Szondi veel breder de *paroxysmaliteit* is, waartoe bijvoorbeeld ook de migraine behoort. Men heeft in de hedendaagse geneeskunde de epilepsie uit de psychiatrie gehaald om haar onder te brengen bij de neurologie omdat men nu zogezegd de organische basis kende die onderzocht kan worden met het EEG. Maar het is intussen overduidelijk geworden dat die zienswijze veel te eng

is: alle psychiatrische en psychomotorische syndromen die bij de epilepsie horen, vallen uit de boot. Essentieel in de discussie is de wijze waarop Szondi de epilepsie – of beter: het *epileptoïdieke* of de *paroxysmaliteit* – opnieuw binnen de psychiatrie brengt. Szondi transformeert dat begrip uit de klassieke psychiatrie in dezelfde antropopsychiatrische zin als Freud deed met het begrip hysteric van Charcot. Hij brengt het in verband met een algemeen menselijk probleem, het probleem van de moord.

De moord is een zeer typisch antropologisch probleem: mensen zijn, voorzover ik weet, de enige animale soort waarvan de individuen elkaar doden. De dieren doden niet binnen de eigen soort. Als ik zo iets zeg tijdens een lezing, dan is er wel altijd iemand in de zaal die zegt: 'Weet je, er zijn toch gevallen ...' Maar dat zijn uitzonderlijke fenomenen die wel een verklaring zullen hebben, bijvoorbeeld dat er geen eten is. Het probleem dat ik hier aankaart is van een heel andere orde: massamoordenaars in Auschwitz, bijvoorbeeld. Mensen moorden elkaar uit, en hoe! Zoals Szondi zegde: 'Kain regiert die Welt.' De broedermoord is een verschijnsel dat in elke mensengemeenschap voorkomt, welke ook de samenlevingswijze is. Iedereen heeft bijgevolg te maken met het probleem van de moord, zoals ook met incest, of met vrouwelijkheid en mannelijkheid, of met de verhouding tussen ouders en kinderen. Maar er zijn mensen die meer met het probleem van de moord worstelen dan anderen. Die kunnen dan verschillende wegen opgaan; ofwel worden ze moordenaars, ofwel worden ze mensen die hun leven op directe of indirecte wijze in het teken stellen van de strijd tegen de moord: pacifisten, rechters, enzovoort. Zij zijn meer dan de doorsneemans begaan met het probleem van de moord; en gelukkig zijn er zulke mensen, want een menselijke gemeenschap heeft hen nodig omdat er ook altijd moordenaars blijven bestaan. Er is ten slotte nog een derde weg. Mensen die op extreme wijze de twee impulsen in zich hebben, dus zowel de impuls tot moorden als de neiging om tegen het moorden te strijden, krijgen epileptoïde symptomen.

U schetst nu de verhouding tussen enerzijds een algemeen menselijke problematiek en anderzijds een bepaalde pathologie, met daartussenin verschillende mogelijkheden om met dat algemeen menselijke probleem om te gaan. Voor de antropopsychiatrie is de moord een van die algemeen menselijke problematieken. Welke zijn de andere en zijn ze beperkt in aantal?

Ja, die zijn beperkt in aantal, maar elke problematiek wordt via een aantal formuleringen in verband gebracht met een brede sfeer van het menselijk leven. De moord bijvoorbeeld is een grondverbod dat in het centrum staat van de ethiek, en zo verwijst de moord naar alles wat te maken heeft met normen en wetten, met wetsdienaars en wetsovertreders. Nog een verschijnsel dat daarmee te maken heeft is het fundamentalistische aspect van de religies. Elke problematiek beantwoordt ook aan een welbepaalde

structuur. De moord heeft expliciet te maken met een conflictstructuur, dus met het tegen elkaar botsen van tegengestelde krachten. Alle verschijnselen waarin dat een rol speelt horen dus ergens tot die sfeer. Ook de angst is zo'n paroxismaal verschijnsel: het is een spanning die zich acuut en plots ontaardt. Er zijn zeer uiteenlopende verschijnselen die diezelfde structuur gemeen hebben, de structuur van tegen elkaar opbotsende krachten die dan op een gegeven moment een ontploffing teweegbrengen. Wat in de lichamelijke pathologie acuut losbarst, hoort daar eveneens bij: allergische reacties, een hartinfarct ...

Andere somatische klachten hebben een heel andere structuur. Een endocriene insufficiëntie bijvoorbeeld treedt over het algemeen niet acuut op. Ook in de psychiatrische pathologie zien we nog andere structuren dan die van acuut botsende conflicten. Zo komen de manie en de depressie nooit tot een botsing, ze lossen elkaar af of komen gecombineerd voor. Het gaat dus om een andere reactiewijze, en, breder, om een andere stijl van leven in het algemeen. We betreden hier het domein van – hoe moet ik het noemen – een echt *originair* biologie, dat is een leer van het leven, waarover een student in de geneeskunde niets te horen krijgt. De klassieke opleiding in geneeskunde begint met het lijk en niet met de levende mens. Men leert er biochemie, biofysica, anatomie ... Nadien komt de fysiologie: het lijk wordt als een machine in beweging gezet. Men beschrijft de wijze waarop de verschillende onderdelen van die machine werken, maar van een eigenlijk biologisch perspectief, zoals bij Darwin, en ook bij Freud, is geen sprake.

Mijn kritiek op de geneeskunde is geen pleidooi om het begrip ziektesoort op te blazen en van nul te herbeginnen. Wat moet er dan wel gebeuren? Nemen we opnieuw het voorbeeld van de depressie. Het is bekend dat de gewone huisarts daar veel mee te maken krijgt. De vraag die ik stel is: wat zijn nu echt de grondsymptomen, de fundamentele uitdrukkingswijzen van een leven dat is afgegleden in een depressie? Ik vraag dus niet naar symptomen die abstract verwijzen naar een ziektesoort, maar naar de wijze waarop een concreet individu zijn problemen uit. De criteria die ik sinds dertig jaar voorstel ter onderkenning van depressiviteit in de huisartsenpraktijk zijn vele malen efficiënter dan alles wat er in de DSM staat. Uit de vroegere ziektesoort *depressie* hebben we de existentiële kern gedistilleerd, die ik de *depressiviteit* zou noemen. Dan hebben we het niet meer over een ziekte, waaraan de ene lijdt en de andere niet, maar over een *menselijke grondcategorie* waar iedereen mee te maken heeft. De verhoudingen die men heeft tot de grondcategorieën manifesteren zich niet enkel meer in een mogelijke ziekte, maar ook bijvoorbeeld in een beroepskeuze of in een levensstijl. Die grondcategorieën zijn open categorieën, in tegenstelling tot de ziektesoort, die een afgesloten geheel vormt op grond van een beperkt aantal karakteristieken. Vandaar dat een begrip als comorbiditeit – een van de grote modewoorden in de huidige psychiatrie – bij ons niet nodig is. Want

wat is dat, die comorbiditeit? De linguïst Gagnepain noemt dergelijke concepten *un concept repentir*, misschien kan je dat vertalen als *een concept uit berouw*, een concept dat men moet invoeren om de gebreken van de reeds bestaande concepten te corrigeren. Welnu, als je de ziektesoort definieert als een afgesloten geheel, dan ben je vaak verplicht te zeggen: er is daar ook nog een andere ziektesoort bij, en dus van comorbiditeit te spreken. Ik heb dat begrip comorbiditeit niet nodig, want iedereen staat per definitie in verhouding tot al de verschillende grondcategorieën.

Maar hoe slagen de huisartsen dank zij de antropopsychiatrie er beter in om een depressie te herkennen?

Ze werken met de volgende trias: gebrek aan *élan vital*, gebrek aan *hedonie* – wat zoveel is als gebrek aan lust en genotsmogelijkheid – en ten slotte *dysritmie*. De eerste twee, het gebrek aan *élan* en aan *hedonie* hangen nauw samen, maar het ene kan meer uitgesproken zijn dan het andere. Trouwens, ons woord *lust* betekent zowel het *élan* als het plezier. Dus de lust zit in het *élan*, en het *élan* verdiept de lust. Ze zijn de motorische en de sensorische uiting van iets op het vlak van de stemming. De combinatie en de articulatie van die twee gebeuren in een ritme; niet het ritme van een machine dat altijd gelijk blijft, maar pulsioneel, zoals de hartslag. Er zijn dan ook ritmeveranderingen, pieken en dalen, enzovoort, en dat ritme kan eventueel verstoord zijn in een *dysritmie*. Dan is al wat in het leven ritmisch is, ontregeld: er is geen duidelijk alternatie meer van op en neer, van activiteit en rust, van anabolisme en katabolisme ... Op die drie hoofdfenomenen baseren we ons om de diagnose depressie te stellen. Daarnaast zijn er nog alle mogelijke en in de huisartsenpraktijk veel voorkomende lichamelijke klachten als rugklachten, hoofdpijn, nausea, braken en noem maar op. Maar Kuhn heeft reeds gezegd: wat het symptoom ook zij, als het 's morgens sterker is dan 's avonds, dan is het al zover; dan is het symptoom ingeschakeld in het dag-nachtritme. Depressieve klachten kunnen ook met andere ritmes samenhangen, met het ritme van de seizoenen of met de menstruatiecyclus. Sommige vrouwen gaan vlak voor de menstruatie door een depressief dal.

De wetenschappelijke beschrijving van die hele sfeer is reeds gegeven door Erwin Strauss in de jaren dertig. Hij correleert lust, *élan* en hun ritme met de esthetische sfeer van het leven. Het is geen toeval dat het Griekse woord *aesthesis*, de zinnelijke kant van het leven, in de moderne tijd terugkeert in de *esthetiek*, de leer van de kunst en het schone, want kunst heeft met die sfeer te maken. Kunst is als het ware een triomfantelijke ontwikkeling van die sfeer. Dergelijke beschouwingen lijken misschien een beetje buiten ons onderwerp te vallen, maar correlaties met verschijnselen uit de cultuurwereld horen wel wezenlijk bij het antropologische karakter van de antropopsychiatrie.

De antropopsychiatrie onderscheidt vier grondcategorieën, verbonden met vier levenssferen. Het *esthetische* is een van de grondcategorieën die een levenssfeer bepaalt. Daarnaast hebben we het reeds gehad over de *ethische* levenssfeer, waar het probleem van de wet en van andere verboden zich stelt en dat in verband staat met het epileptoïde. Tussenin bevindt zich de sfeer van de *praxis*, in de zin van *technische* praktijk, van omgang met en perceptie van de dingen. De pathologie die met deze sfeer verbonden is, is de perversie. De laatste levenssfeer is de historisch-sociale sfeer, waarin het probleem van de *communicatie* centraal staat. Mensen hebben altijd een probleem om met elkaar in een gemeenschap samen te leven, dieren niet. Binnen één soort leven dieren probleemloos samen en ook hun onderlinge communicatie verloopt zonder problemen. Binnen de mensensoort daarentegen levert de communicatie alle dagen problemen, en niet alleen omdat er zoveel verschillende talen bestaan in plaats van één menselijke taal. Want ook al spreekt men dezelfde taal, zoals u en ik nu, dan nog zijn wij altijd aan het vertalen. Want, zoals men zegt, *à la limite* spreekt ieder zijn eigen taal. Dat hangt samen met het feit dat een mens bestaat en spreekt in de eerste persoon. Elkeen spreekt in de eerste persoon, vanuit een eigen geschiedenis, en heeft het dan ook moeilijk om met een ander tot communicatie te komen. Het betreft dus weer een algemeen menselijk probleem en de mensen die daar het meest problemen mee hebben, zijn natuurlijk de psychotici.

De pathologie die hoort bij de esthetische sfeer is de manisch-depressieve stoornis of breder, de stemmingsstoornissen, maar daartoe rekent u ook de psychopathie.

Ik reken die er inderdaad bij, met dien verstande dat het geen zuivere stemmingsstoornis is. Maar die 'zuivere vormen', dat is altijd een beetje een abstractie; je hebt bijna altijd ook een inbreng vanuit andere sferen. De eenvoudigste vorm van pathologie in de esthetische sfeer is de depressie. De manie is al gecompliceerder en nog gecompliceerder zijn de psychopathieën. Het onderscheid tussen de psychopathieën en de perversies is in de psychiatrie weinig duidelijk, en toch is dat zeer belangrijk. Met de Szondi-test heeft men onlangs nog het persoonlijkheidsverschil kunnen aantonen tussen twee types van 'sexual abusers', met name het verschil tussen diegenen die minderjarigen seksueel misbruiken binnen de familie of daarbuiten. Het verschil is, dat de eersten meer psychopatisch zijn en de laatsten meer pervers.

De esthetische levenssfeer is de sfeer van de primaire symbiose. Daar zijn nog geen objecten, men is er helemaal opgenomen in de algemene beweging van het leven. De esthetische sfeer wordt gekenmerkt door de sensorische levenswijze, een voelen, een *gewaarwording*, waarbij men volledig opgaat in het omgevende. In de volgende levenssfeer, de sfeer van de praxis en de perversie, is het *tegenover* een object staan essentieel: de omgeving

wordt een achtergrond van een object dat niet meer gevoeld wordt maar dat men als een Gestalt *waarneemt*. Je ziet hoe in de opeenvolgende sferen of stadia de structuur telkens complexer wordt. Er is een *pre-objectaal* stadium, vervolgens wat ik het *objectale* stadium noem en dat verbonden is met de perversies, en dan volgt het *subjectale* stadium. Centraal staat hier reeds het subject, maar subject in de beperkte zin van *être sujet à*, onderworpen zijn aan normen en wetten. De pathologie die hierbij hoort is uiteraard de neurose. Het vierde en meest complexe stadium is ten slotte de reeds besproken sociaal-historische sfeer met zijn psychotische pathologie.

Dat men een onderscheid maakt qua structuur tussen neurose, perversie en psychose, is klassiek; maar nog een vierde structuur onderscheiden, verbonden met de stemmingsstoornissen, is dat veel minder. Men spreekt over het algemeen over een neurotische depressie of een psychotische depressie.

Ja, dat is een spijtig verschijnsel, dat het verschil tussen die eerste structuurwijze en de tweede altijd en overal over het hoofd wordt gezien. We denken steeds onmiddellijk in categorieën van objecten en subjecten, terwijl er een sfeer is, de sfeer van de stemming, die daaraan voorafgaat. 'The sound and the fury' van de perversies en de neurosen overstemmen de zuivere stemmingsstoornissen, die veel minder lawaai maken. De meest eenvoudige stemmingsstoornis, dus los van alle perverse, neurotische of psychotische complicaties, is de depressie. Ze is de meest frequent voorkomende stoornis van de mensheid überhaupt, in alle culturen en op alle leeftijden, en die wordt miskend door de psychiaters omdat het niet de psychiater is maar de huisarts die er alle dagen mee te maken krijgt. In het traditionele psychiatrische schema maakt men het onderscheid tussen de zware stemmingsstoornissen (melancholieën en manieën) en de neurotische vormen die als minder – en mineur – worden gedacht. Hetzelfde in de DSM: de Major Depression Disorder en de Minor. Dat onderscheid bestaat bij mij niet. Wat is er nu major, wat is het ergst: een melancholie die een tijdje duurt en dan voorbij is, of een chronisch resistente depressie? De gewone depressie is niet iets mineurs maar wel iets eenvoudigs, zonder veel complicaties. De melancholie daarentegen is zeer complex. Er is een depressieve kern, die op antidepressieve medicatie reageert, en daarnaast zijn er ook belangrijke psychotische fenomenen. De melancholici zijn ook verregaand gestoord in de paroxysmaliteit; vandaar het grote gevaar van zelfmoord. Bij depressies zonder paroxysmale complicaties is er geen gevaar voor zelfmoord. De suïcidaliteit hangt niet af van de depressiviteit, maar van de paroxysmaliteit, wat klinisch zeer belangrijk is. Het gaat dus niet meer om mineur en majeur maar om eenvoudig of meer gecompliceerd. Bij melancholieën volstaat het niet antidepressiva toe te dienen, daar moeten dus ook antiparoxysmale middelen bij. Maar een gevolg van het feit dat de epilepsie aan de neurologen werd overgelaten, is dat we nu slechts over twee antiparoxysmale mid-

delen beschikken, terwijl er voor andere stoornissen tientallen verschillende soorten medicatie bestaan. Melancholici moeten naast antidepressiva en antiparoxismale middelen ook nog antipsychotica krijgen om hun waanideeën te bestrijden. Melancholie vergt zo dus een complexe behandeling, terwijl een eenvoudige depressie à la limite met een enkel geneesmiddel kan worden behandeld.

Een van de verwijten die u op een bepaald moment maakt aan de cognitivisten is dat ze geen oog hebben voor het antropologische verschil. Waarom is dat zo belangrijk?

Dat zit in het begrip antropopsychiatrie reeds vervat: het gaat over specifiek menselijke stoornissen. Bij dieren vind je wel voorlopers van de vier grond-sferen die we onderscheiden, of, met een mooie uitdrukking van Buyten-dijk, je vindt er *schaduwen van menselijkheid*. Dieren vertonen bijvoorbeeld ook paroxismaal gedrag, maar ze hebben niet te maken met het probleem van de moord. Dat is een typisch menselijke problematiek, heel iets anders dan de adaptieve *struggle for life*. Het typisch menselijke vinden we niet in de scheiding tussen de biologische functies en de psychologische functies, maar tussen die biopsychologische levensfuncties en bijvoorbeeld wat Binswanger noemt *die innere Lebensgeschichte*.

In onze tijd wordt de taal, het feit dat de mens spreekt, vaak als hét antropologische verschil beschouwd, maar dat vind ik een eenzijdige benadering. In het verschil tussen de taal van de mensen en de communicatiewijze van de dieren vind je wel het antropologische verschil terug. Dieren communiceren met elkaar, maar de tekens die ze daarvoor gebruiken verwijzen steeds naar een vaststaande betekenis. Bij de mens is er een sprong naar wat Gagnepain noemt een *analytisch-synthetisch systeem* van tekens. Binnen zo'n systeem verwijzen tekens naar alle mogelijke betekenissen, naar al wat mogelijk gezegd kan worden, inclusief niet bestaande dingen. Maar een gelijkaardige antropologische sprong vind je ook in de sfeer van de objecten. Als een aap een stuk hout gebruikt om een banaan naar zich toe te halen, dan is dat stuk hout geen werktuig, want op het moment dat hij het laat vallen is dat niemendal meer. Terwijl menselijke werktuigen deel uitmaken van een sfeer, van een systeem van werktuigen. Als een wandelstok aan de kapstok hangt, is dat nog altijd een wandelstok, die een bepaalde plaats heeft ten opzichte van alle mogelijke andere werktuigen. Je vindt bij dieren ook een schaduw van wat bij mensen de sociaal-historische sfeer wordt. In de verhouding tussen het animaal individu en de soort waartoe het behoort kunnen er ook problemen optreden, maar je kunt daar niet spreken van het probleem van de communicatie en de geschiedenis dat kenmerkend is voor de mens. Ik bestrijd dus de idee dat alleen de spraak karakteristiek voor de mens zou zijn. Het werktuig is even karakteristiek voor de mens als de taal, en het feit dat er normen en verboden zijn ook.

Tot slot nog even terugkomend op de verhouding psychoanalyse-psychiatrie: voor u heeft de psychoanalyse nog steeds een cruciale rol te spelen in de ontwikkeling van de psychiatrie tot een autonome wetenschap. Maar is de invloed van de psychoanalyse op de psychiatrie, na een aantal jaren zeer groot geweest te zijn, nu niet veeleer onbestaande?

Dat heeft meerdere oorzaken, maar de ontdekking van de psychotrope medicamenten is daarin in ieder geval erg belangrijk geweest. De meeste psychiaters trokken als conclusie: dat is het! – en de rest mogen we overboord gooien, want dat heeft voor de praktijk geen enkel belang meer. En dan is er natuurlijk ook de machtspolitiek van de farmaceutische firma's. Als die bijvoorbeeld hun subsidies zouden terugtrekken, dan valt van de ene dag op de andere in alle medische faculteiten van het land de postdoctorale vorming in duigen. Hun invloed is enorm. Een artikel dat tegen de belangen van de farmaceutische firma's ingaat, krijg je niet zomaar gepubliceerd in een artsenkrant. Ik kan daar voorbeelden van geven.

Maar heel die ontwikkeling belet niet dat de sleutel van de antropopsychiatrie bij Freud te vinden is. In zijn werk vind je letterlijk en herhaalde malen de zin *Die Neurose ist ein menschliches Privilege über die Tiere*. Je weet dat het begrip *Neurose* bij Freud zowel de *Psychoneurose* (onze huidige neurose) als de *Narcisstische Neurose* (psychose) en de *Aktualneurose* (stemmingsstoornissen) omvat. De idee van een specifiek menselijke pathologie is dus duidelijk bij Freud aanwezig, maar onontwikkeld gebleven. Met de verdere ontwikkeling van die problematiek ben ik heel mijn leven bezig geweest.

Noten

1. Een bibliografie van Schottes werken kan men vinden in: P. Nijs (Red.) (1994), *De Mens... in samenspraak... in tegenspraak ... Feestbundel Prof. Dr. Jacques Schotte*. Peeters, Leuven.

2. *L'Information Psychiatrique*, 75 (6) (1999). PDG Communication, Paris.

3. In het reeds vermelde themanummer houdt G. Pieters een pleidooi voor de evidence-based psychiatrie. Hij schrijft daarin: 'Psychiatrie en psychotherapie, als toegepaste wetenschappen, moeten rekening houden met wat uit de biologie en de psychologie wetenschappelijke status heeft gekregen' (Pieters 2000, p. 130). Bevestigt dit niet de stelling van Schotte dat de psychiatrie geen autonome wetenschap is, dat ze slechts aanspraak kan maken op wetenschappelijkheid voorzover ze te leen gaat bij andere, wel wetenschappelijke disciplines?

4. De Hongaarse psychiater Leopold Szondi

(1893-1986) is vooral bekend van de naar hem genoemde test (die we hier verder onbesproken laten). Szondi was geïntrigeerd door volgende vraag: waardoor worden de grote keuzes (op verschillende terreinen als studies, beroep, liefde...) die het levenslot van een mens bepalen, gedetermineerd? Zijn poging tot analyse van die determinanten van de menselijke lotsbestemming (zijn 'Schicksalsanalyse') bracht hem tot het ontwerp van een driftensysteem. Hij hechtte daarbij bijzonder veel belang aan de genetische basis van zijn driftenleer, die echter al snel volkomen achterhaald bleek. Maar de wijze waarop hij intuïtief de verschillende psychiatrische ziektebeelden in een systematisch geheel onderbracht en verbond met verschillende driften, resulteerde in een systematische theoretische conceptie van het psychische functioneren van de mens, die nog

steeds bijzonder vruchtbaar is. In zijn systeem is een bepaalde driftvector (bijvoorbeeld de vector hy) niet slechts verbonden met een bepaalde pathologie (hysterie), maar ook met een typische levensstijl of lotsbestemming.

Meer informatie hierover kan men vinden op volgende webpagina:

<http://www.motiv-analys.se/szondi/>.

5. 'Hustera' is Grieks voor baarmoeder.

6. Samenvatting van het testonderzoek:

Op een algemene psychiatrische consultatiedienst worden 138 patiënten geëvalueerd met de gebruikelijke procedure (DSM-III-R); op 55 onder hen blijkt de diagnose *Major Depression Disorder* van toepassing.

Diezelfde populatie wordt ook geëvalueerd volgens een klinisch-fenomenologische methode; in plaats van na te gaan of een persoon in een bepaalde ziekteklasse (depressie) onder te brengen valt, wordt hier onderzocht of er geen stoornis is in een bepaalde categorie, in dit geval de *hormè* (van *hormao*: ik breng in beweging), een categorie die in de traditie *élan vital* wordt genoemd. Dat *élan* is bij de mens correlatief met een globaal 'vitaal' gevoel, met een gevoel te participeren aan de beweging van het leven in en rond zich.

Een verstoring van de *hormè* noemen de auteurs van het artikel liever *anhormie* dan *depressie*, omdat de *anhormie* ondanks vele gelijkenissen toch niet volledig overeenstemt met wat men gewoonlijk onder *depressie* verstaat. Van groot belang voor de diagnose 'anhormie' zijn verstoringen in het register van de lust (*anhedonie*) en in de synchronisatie met de ritmes van de wereld (*dysritmie* of *aritmie*).

De evaluatie volgens de klinisch-fenomenologische methode is geen afstandelijk, geen 'objectief' onderzoek waarbij de aanwezigheid van specifieke symptomen bepalend is voor de diagnose, maar een participerend luisteren naar fenomenen die als intrinsiek met elkaar verbonden worden beschouwd. De 'onderzoeker' (die door zijn participerend luisteren steeds onmiddellijk ook een therapeutische relatie aangaat) probeert zodoende het bestaan van zijn gesprekspartner te begrijpen en kan van daaruit tot de algemene conclusie komen dat er een grondige verstoring is in de *hormè*, de 'flux van de psychische energie'.

Volgens de klinisch-fenomenologische onderzoeksmethode leden, van de 138 patiënten, er 51 duidelijk aan *anhormie*; slechts 27 hiervan waren depressief volgens de criteria van de DSM.

Alle patiënten ondergingen een TRH-test (Thyroidin Releasing Hormone). Tussen de uitslagen van de biologische test en de DSM-diagnose bleek geen statistisch significante correlatie te bestaan (waarschijnlijkheid: 0,7433), terwijl men een statistisch zeer significante correlatie vond tussen de biologische testresultaten en de antropopsychiatrische diagnose *anhormie* (waarschijnlijkheid: 0,0001).

Bron: A. Roelandts & J. Schotte (1999), *De la psychiatrie biologique a l'antropopsychiatrie. Etude comparative des diagnostics 'Dépression Majeure' (DSM III-R) et 'Anhormie' (approche phénoménologique-clinique), corrélés au test TRH chez 138 patients ambulatoires. L'Information Psychiatrique*, 75 (6), p. 625-634. PDG Communication, Paris.

Summary

Psychiatry has still not succeeded in defining itself as an independent scientific discipline with its own theory and internal logic. Its knowledge has been developed through miscellaneous scientific methods from other domains, resulting in a heterogeneous entity. Following Freud's project, Schotte seeks to develop a new, coherent vision of psychiatry as a scientific discipline, which he names 'anthropopsychiatry'. Schotte isolates specifically the so-called human disorders from the generally accepted field of 'psychiatry', and orders them into a system based on Szondi's drive theory. In anthropopsychiatry four groups of psychiatric syndromes

are distinguished: mood disorders, perversions, neuroses and psychoses. Each of these four groups has an intrinsic tie to four universal human existential problems: basic trust, sexual difference, morality and ethics, and finally, the problem of the ego and communication.

Manuscript ontvangen: 11 oktober 1999

Definitieve versie: 10 oktober 2000