

Leon Grouls

# Biografie van een ‘schizonosie’

Van vóór de ‘démence précoce’ naar de schisis van vele tijden

Om een biografie te schrijven is een grote belangstelling voor het leven en werk van een persoon nodig of een ontombare drang om zaken aan de kaak te stellen. Beide redenen zijn hier niet per se van toepassing. Allereerst gaat het hier niet over een persoon, maar over een min of meer abstract fenomeen. Daarnaast werd de inspiratie tot deze uiteenzetting vooral ingegeven door een presentatie van Paul Hoff, onderdirecteur in de Psychiatrische Universitäts Klinik (Burghölzli) te Zürich, die we als leden van de Interdisciplinaire Vereniging voor **Analytische Psychologie** mochten beleven in het kader van een excursie naar het geestelijke en architectonische erfgoed van Carl Gustav Jung.

Aldus wordt u meegenomen op een explorerende excursie in de tijd waarin ik diverse ontwikkelingen in de gezondheidszorg bekijk. U ontmoet een korte beschouwing door de ogen van C.G. Jung op schizofrenie. In een chronologische beschrijving neemt u daarna kennis van de ontwikkeling van de psychiatrie, gezien door diverse opeenvolgende ‘filters’. Daarin wil de schrijver - met het oog op meer recente ontwikkelingen - zijn mening en documentatie daaromtrent, niet onderdrukken, omdat hij enerzijds van mening is dat u daar als lezer ‘recht op heeft’, maar meer nog omdat hij zich anderzijds zorgen maakt over een tendens die hij bespeurt en waarin sommige soorten wetenschap in zijn beleving toenemend een legitimering voor het leven lijken te zijn in plaats van er dienstbaar aan te zijn.

Daarna treft u een numerieke, vrije associatie aan, waarin schisis alomtegenwoordig is. Een memorabel gesprek met mijn broer Piet - tijdens een wandeling over het strand van Kijkduin - leverde daarvoor voeding op als surplus voor die laatste paragraaf, waarin de focus ligt op ‘schisis van vele tijden’.

## Wat contouren van een geschiedenis van de psychiatrie

In de primitieve culturen werd afwijkend gedrag toegeschreven aan oergeesten, demonen of geesten van voorouders die nog ‘unfinished business’ hadden. Door middel van schedeltrepanatie werd een opening gemaakt bij de gedragsgestoorde om de geest te laten ontsnappen. Niettemin behandelde men geesteszieken met respect, omdat ze in staat waren om met de goden te communiceren.

De oude Spartanen hadden daarentegen niets met gehandicapten hoe dan ook omdat ze waardeloos waren en geen soldaat konden worden. Aanvankelijk maakten de Grieken diverse goden zoals Mania of Asklepios verantwoordelijk voor geestelijke gebreken, waaronder toen ook de epilepsie nog viel. Vanaf ongeveer 800 v. Chr. zocht Hippokrates de oorzaak voor ziekte vooral in een onevenwichtigheid van de vier lichaamsvloten bloed, slijm, gele gal en zwarte gal. Door aderlatingen, braaktherapieën, het afzuigen van gal en slijm of door ontlastende of waterafdrijvende kruiden, trachtte hij de juiste verhoudingen te herstellen. De oorzaak van krankzinnigheid zocht Hippokrates in het hoofd en hij bestreed die met warme en koude baden of met rust of een dieet. Hij gebruikte al een empirische methode om geestesziekten te categoriseren. Asclepiades van Bithynië (124 v. Chr) kende lichamelijke oorzaken toe aan zowel waandenkbeelden als aan hallucinaties. Repressie en therapie

vormden de verklaring voor de omgang met geestesziekten in de Romeinse cultuur. Van repressie was sprake wanneer de geestesziekte misbruikt werd om zich aan maatschappelijke verplichtingen te onttrekken en in de therapie werd de geestesziekte verklaard vanuit stress als reactie op de omgeving. Zowel bij de Grieken als bij de Romeinen stelde aanvankelijk de pater familias en later een rechter vast of er sprake was van geestesziekte. Claudius Galenus (200 n. Chr) borduurde verder op de temperamentenleer van Hippokrates en hij zag een relatie met de verhouding tussen de psychische- en de lichamelijke gesteldheid.

Uit het Midden-Oosten zijn vooral enkele behandelingsvormen zoals rust, massage, dieet, baden, plantenextractie en muziektherapie tegen krankzinnigheid bekend. Van Fez in Marokko is bekend dat er al in de zevende eeuw een krankzinnigengesticht stond.

Tot het begin van de westerse jaartelling werden mensen met afwijkingen buiten de maatschappij geplaatst of gedood. Zolang men echter productief was binnen die gemeenschap, telde men nog mee. Er werd nog geen verschil gemaakt tussen de verschillende vormen van geestesziekten.

In de Middeleeuwen raakte door het geloof in exorcisme en hekserij de temperamentenleer op de achtergrond. Geesteszieken werden aan de ene kant gezien als bezeten door de duivel en ze eindigden vaak op de brandstapel. Van de andere kant zorgde de opkomst van de Kerk er in de Middeleeuwen voor dat – net als in de oude culturen - gehandicapten gezien werden als boodschappers van God. In sommige kloosterorden werden geesteszieken opgenomen en verzorgd. Ook kwamen er in de vijftiende eeuw de zogenaamde dolhuizen in België, Spanje en daarna in Nederland. Denk hierbij aan de Willem Arentz Stichting in Utrecht (A.D. 1461). Op basis van de theorieën van respectievelijk Hippokrates en de volksgeneeskunde, vond behandeling plaats. Door geesteszieken te laten schrikken of te geselen dacht men de geesteszieke te genezen. Omdat men bang was voor godslastering als gevolg van het schrikken, liet men de geesteszieke vaak stikken in een kussen ('het smoren van de dollen'). Over het algemeen vond men in de Middeleeuwen dat geesteszieken nutteloos waren. Luther noemde ze een 'massa carnis' (bonk vlees) en Hugo de Groot verkondigde dat mismaakte mensen niet geboren hadden moeten worden en meteen gedood dienden te worden. Johannus Wier (1515-1588) streed tegen de vervolging van geesteszieken (waaronder hij ook hekserij rekende) en hij vond dat ze in de eerste plaats een medische behandeling nodig hadden. Hij zag de oorzaak van bezetenheid vooral in zwakte of ziekte en kan als zodanig als de eerste psychiater worden gezien.

De eerste ziekteclassificatie ontstond op basis van observaties van Felix Plater (1536 – 1614) bij de opkomst van de Renaissance. Hij beschreef een aantal ziektebeelden en hun symptomen. Opname in een dolhuis of een pesthuis nam toe. Mensen raakten namelijk beter ontwikkeld als gevolg van verfijning van omgangsvormen. 'Afwijkende' mensen zoals misdadigers, wezen, bedelaars, gehandicapten en oproerkraaiers vielen daardoor eerder op. Tuchthuizen (de latere "gestichten") ontstonden in de zeventiende eeuw vanwege groeiende inzichten in economisch belang. Daarin konden 'nuttelozen' zich (tot ongeveer de negentiende eeuw) nog enigszins dienstbaar maken voor de gemeenschap. Gedurende de helft van de achttiende eeuw verdwijnt na de inzet van Balthasar Bekker (1634-1698) het geloof in bezetenheid en hekserij en eindigden verbranding, foltering, verbanning en vervolging. Tal van wetenschappelijke ontdekkingen tot en met de negentiende eeuw deden - onder invloed van belangrijke maatschappelijke en filosofische veranderingen - het besef groeien dat geesteszieken in eerste instantie lichamelijk ziek waren en dus specifieke medische zorg nodig hadden. Daarmee ontstond een breuk tussen religie en psychiatrie.

Het aantal opnames in de toen ontstane krankzinnigengestichten nam sterk toe. Men behandelde de geestelijke aandoeningen zonder dat men de oorzaken ervan kende. Gedurende de negentiende eeuw ontstond een drang tot classificatie en het encyclopedisch rangschikken van kennis en waarheden. De gezondheidszorg vormde daarop blijkbaar geen uitzondering. En zo was er een groeiend inzicht in de ordening van geestesziekten. Ook was er al aandacht voor de kwaliteit van zorg.

De arts Johan Christian Reil bedenkt in 1808 de term 'psychiatrie', nadat er in de medische wetenschap een onderscheid ontstaat in lichaam, geest en ziel. Men sprak in die tijd nog niet van psychiater maar van 'aliënist'. Het werk van Wilhelm Griesinger (1817 – 1868) en Emil Kraepelin (1856 – 1926) leidde tot een classificatie van ziektebeelden in de psychiatrie.

In het jaar 1861 gaf Wilhelm Griesinger de aanzet tot een wetenschappelijk gefundeerde behandeling van psychiatrische ziekten. Bij de afscheiding van de filosofie deed de biologische psychiatrie zijn intrede, omdat psychiatrische aandoeningen als hersenaandoeningen werden gezien. De visie werd steeds meer gefundeerd vanuit een groeiende academische overtuiging van de toenmalige psychiatrie. Griesinger streefde naar een meer moderne en naar een meer menselijke behandeling van patiënten. Er kwam ook aandacht voor het menselijk leed, en niet alleen biologische aspecten stonden op de voorgrond. Is dit als een aanvang van de romantische psychiatrie te beschouwen?

Naar aanleiding van deze visiewijziging gedurende de 19<sup>e</sup> eeuw initieerde hij de bouw van een kliniek. Deze kwamen tot stand buiten de stad op het land, zodat patiënten en bewoners wederzijds beschermd waren en om de patiënten voor de drukte van de stad te beschermen. Die drukte werd toentertijd als een hoofdreden voor psychoses gezien.

In het jaar 1870 vond de opening van de Psychiatrische Universitäts Klinik (P.U.K) te Zürich plaats; in de volksmond nog steeds Burghölzli genoemd. De naam dankt de kliniek aan de heuvel ten oosten van Zürich die de naam Burghölzli draagt. De eerste directeur werd de Duitse psychiater Bernard von Gudden. Hij bezorgde Burghölzli grote bekendheid. De overlevering leert dat Von Gudden behandelaar was van Koning Lodewijk II. Ze schijnen samen verdronken te zijn in de Sternbergersee gedurende een therapeutisch gesprek.

In 1872 volgde Eduard Hitzig, [Bernhard von Gudden](#) op als directeur. Hij werkte als professor aan de universiteit van Zürich. In Burghölzli zet hij zijn onderzoek voort en voert hij neurochirurgische ingrepen uit. Hij wordt in 1879 professor aan de [Universiteit van Halle](#). Tot 1898 wordt daarna de vroegere assistent van Von Gudden, de psychiater en neuroanatom August Forel, directeur van Burghölzli. Er bestaat een fraai portret van Forel, geschilderd door Oscar Kokoschka, bekend om zijn psychologiserende portretten van kunstenaars, politici en mensen uit de vooraanstaande burgerij. Hij wordt gezien als fanatieke voorstander van [geheelonthouding](#) en geldt als de vader van de Zwitserse psychiatrie. Hij heeft veel interesse voor de entomologie. Charles Darwin waardeerde zijn werk zeer. Zodoende introduceert hij een begrip uit de erfelijkheidleer en deze betreft de 'dé-generatieleer'. Daarmee bedoelt hij dat psychiatrische aandoeningen van de ene op de andere generatie konden ontaarden ('Ent-Artung'). In de biologie wordt ontaarding als zeer schadelijk getypeerd omdat het tot verdwijning van individuen of zijn nakomelingen kan leiden.

Forel werd opgevolgd door zijn leerling Eugen Bleuler (1857 – 1939). Hij was directeur van 1898 tot 1927 en was een expert op het gebied van de 'schizofrenie'. Hoewel C.G. Jung

nadrukkelijk deel uitmaakte van deze tijd, vertoeft hij in het licht van Bleulers verhaal slechts in de schaduw. De naamgeving van eerder genoemde stoornis legde een lange weg af.

Bleuler baseerde zich met de beschrijving ‘dementia praecox’ op een term van Emil Kraepelin. Kraepelin vertegenwoordigde het standpunt dat ziekteoorzaken vooral van biochemische, anatomische en genetische aard waren (‘natural disease entities’). De Franse psychiater [Bénédict A. Morel](#) (1809 - 1873) voert de term ‘démence précoce’ (1860) in, nadat hij op basis van een gevalstudie van een jongen van 14 jaar een erfelijke soort ‘**psychologische** degeneratie’ waarneemt. In 1891 gebruikt Arnold Pick - een Duitse neuroloog en psychiater - de Latijnse vorm ‘Dementia praecox’ in een artikel. Naar hem werd de ziekte van Pick vernoemd. Een vorm van dementie die zich tussen 45 en 50 jaar openbaart en zich karakteriseert door de ‘Lichaampjes van Pick’: intraneuronale componenten uit antistoffen en neurotubuli. De ziekte beperkt zich tot aantasting van de frontale kwab van de grote hersenen; dit in tegenstelling tot de ziekte van Alois Alzheimer – met wie Kraepelin samenwerkte - en waarbij sprake is van aantasting van de gehele hersenen.

Naar aanleiding van het artikel van Pick in 1891, gebruikt Kraepelin de term ‘dementia praecox’ en voegt die toe aan zijn nosologisch systeem. Aan het begrip hebefrenie (letterlijk ‘Jugendirresein’) ontleende Kraepelin in 1893 de eerste versie van ‘dementia praecox’.

Bleuler was het niet eens met het ‘vroegtijdige’, dat afgeleid was van de verzameling psychiatrische stoornissen die werden samengevat in de naam ‘dementia praecox’ (= ‘vroegtijdige dementie’). Hij stelde namelijk vast, dat er bij deze patiënten geen sprake was van dementie maar van een ‘gespleten gemoed’. En zo vond de naam ‘schizofrenie’ zijn intrede. Het was als term een variatie op de term hebefrenie (Hecker, 1871). Een eenduidige diagnose en prognose voor schizofrenie was en is niet te geven. Daarom ging Bleuler in 1908 al uit van subgroepen in de duiding ervan.

In 1911 wijst Bleuler de term ‘dementia praecox’ van de hand, omdat de aandoening volgens hem niet tot algemeen verval van de persoonlijkheid hoefde te leiden. Bovendien vond het begin ervan niet altijd op jeugdige leeftijd plaats. Hij zag het verlies van samenhang en wisselwerking tussen psychische functies als kernstoornis en vond daarom de naam schizofrenie beter. Het ziektebeeld schizofrenie levert tot op de dag van vandaag een bron van onenigheid en onzekerheid op.

Ter verduidelijking vergelijkt Bleuler schizofrenie met ‘osteoporose’. Bij ‘osteoporose’ vindt botontkalking plaats. Zij kan misvormingen en botbreuken tot gevolg hebben. Een breuk staat echter doorgaans onder invloed van externe factoren. De hersenstructuur wordt bij schizofrenie losser. Dat stemt overeen met osteomalacie bij de osteoporose. Daarom kunnen uitwendige factoren, zoals stress, psychische verschijnselen activeren. In die zin hanteert Bleuler dus biologische uitgangspunten.

De niet-aflatende drang van Bleuler om oorzaken voor schizofrenie te achterhalen zorgde voor een bont pallet aan mogelijkheden en maakte concretisering steeds moeilijker. Daarmee verliet hij definitief de duiding vanuit de ‘unitary psychosis’. Omdat hij namelijk slechts een graadueel verschil beschrijft tussen neurose en psychose, is een concreet onderscheid daartussen niet mogelijk. Ook bij andere stoornissen zoals bij histerie, eetstoornissen, en enigermate ook bij dwanghandelingen, komt een splitsing van de persoonlijkheid voor, en dus blijft het een specifiek verschijnsel.

Sommige landen met een socialistische achtergrond maakten in het verleden wel héél opportunistisch misbruik van deze brede waaier aan typeringsalternatieven door schrijvers of andere dissidenten het etiket schizofrenie op te plakken, omdat ze al te kritisch tegenover het regime stonden. Denk bijvoorbeeld aan schrijvers als Alexander Solzjenitsyn en Joseph Brodski in het Sovjettijdperk.

In het artikel *Het onmogelijke begrip schizofrenie* van H.M. van Praag zegt hij, dat zowel Kraepelin als Bleuler de diagnostische criteria voor schizofrenie weinig zorgvuldig operationaliseerden. Bovendien hebben zij de kenmerken onvoldoende kunnen objectiveren.

### Carl Gustav Jung en schizofrenie

Het was de verdienste van C.G. Jung om de schizofrenie in relatie tot het (containerbegrip) onbewuste uit te diepen; het onbewuste als iets dat interfereert met het ‘normale’ bewuste en daar invloed op heeft. Jung zag in de visioenen van schizofrenen een empirisch bewijs voor het onbewuste. Daarbij maakt hij een gradatie tussen het bewuste en het onbewuste door deze beide afhankelijk te maken van een scheiding in energiedrempels, en de mate waarin deze overwonnen kunnen worden door een persoon in een gegeven situatie. Hoe hoger de drempel hoe dieper het niveau. En zo komt hij tot een onderscheid in het bewustzijn, het persoonlijk onbewuste en het collectief onbewuste. Het persoonlijk onbewuste ziet hij als een energie die dicht onder de oppervlakte van het bewustzijn ligt en het collectief onbewuste is een energie die dieper gelegen is. Het collectief onbewuste ziet hij als erfgoed dat niet op persoonlijke ervaring berust. De inhoud van dit collectief onbewuste manifesteert zich door de **archetypen** wat oerbeelden en symbolische patronen zijn die we door de gehele mensheid heen kunnen aantreffen. In feite was het de interesse van Jung in het empirische materiaal dat schizofrenen hem aanreikten die hem leidden naar het collectieve onbewuste. Door dit contact met het collectieve onbewuste hebben schizofrenen, als het ware het contact met de objectieve werkelijkheid verloren en lijden ze aan egoverlies. Er is min of meer een strijd gaande tussen het bewuste en het onbewuste.

Zowel ‘normale’ mensen als ook mensen met schizofrenie hebben dromen. Het materiaal dat in deze dromen tot uiting komt, is voor beide groepen hetzelfde. Het verschil tussen de normale mens en de mens met schizofrenie ligt in het gegeven dat de schizofreen niet (meer) uit de droom kan stappen. Hoe langer dat duurt, hoe moeilijker re-integratie kan optreden. Het uitblijven daarvan leidt er uiteindelijk toe, dat een mens met schizofrenie de strijd opgeeft, blijft hangen in zijn droomtoestand en daarmee de alomvattende werkelijkheid van het bewuste en het onbewuste prijsgeeft. De mildere uitdrukking hiervan zag Jung in de ‘gewone’ neurose.

### Een chronologische visie en evaluatie met een kritische noot over het heden

Door de jaren heen evolueerden uiteraard de duidingen van de persoonlijkheid en de mogelijke afwijkingen daarin. Zo zagen we bij Griesinger de romantische psychiatrie al langs komen, omdat hij een meer menselijke benadering nastreefde. In het eenheidsdenken ging men ervan uit, dat een aandoening zich slechts in één vorm uitte en dat oorzaken in endogene en exogene oorzaken gezocht konden worden. Dat is een vorm van inductief denken.

Omdat met name de schizofrenie niet onder één begrip viel te ordenen, introduceerde Bleuler de ‘Schizophrenia Group’. Met de aanname dat een psychose kan worden afgeleid van

disfunctionerende mentale systemen, deed daarna een meer deductief denken zijn intrede. Via het onbewuste werd de oorzaak van schizofrene verschijnselen toegeschreven aan het verlies van integratie tussen het bewuste en het onbewuste en een vlucht of val in het onbewuste door de mens met schizofrenie, zoals beschreven in de vorige paragraaf.

De antropologische psychiatrie benaderde de mens met een eclectische werkwijze vanuit een integratie van de natuur-, de geestes- en de sociale wetenschappen. Preventie en therapie houden daarin rekening met sociaal-culturele achtergronden van doelgroepen. Deze puur **psychologische** of antibiologische benadering stelt zich tot doel om het dualisme van Descartes (ziel-lichaam) theoretisch op te heffen via de fenomenologische methode. Hij erkende wel een wisselwerking tussen lichaam en geest, maar zag ze toch als afzonderlijke grootheden.

In de structurele dynamica ging men ervan uit, dat een mens onderworpen is aan de wisselwerking van factoren in een dynamische, en dus een veranderbare omgeving. Deze systeembenadering hield daarna rekening met factoren in de natuur, de wetenschap en/ of de samenleving die van invloed konden zijn op het welbevinden van een cliënt.

In de zeventiger jaren van de vorige eeuw zagen we de antipsychiatrie. Deze uitte hevige kritiek op de psychiatrie van die tijd. Er groeide twijfel over de reinheid van de beoefening van de psychiatrie. 'Farmacolisering', - vermeend medisch eigenbelang van de medische stand en indoctrinatie van cliënten en/of hun familie- speelden daarin een grote rol.

Ontwikkelingen vanuit de somatogenese brachten hierop herdefiniëring van de geestelijke (volks)gezondheid tot stand als één van de belangrijkste kernproblemen van de globaliserende, hooggeïndustrialiseerde samenleving.

Cognitieve gedragstherapie op de wijze van William E. Glassmann (1995) behandelt psychische klachten van cliënten of problemen die voortkomen uit de manier waarop zij informatie selecteren en verwerken. Er wordt op een sterk gestructureerde manier gewerkt aan zogenaamde 'hot cognitions'. Dit zijn overtuigingen die verband houden met sterke emoties en disfunctionele gedragingen.

Met deze zogenaamde evidence-based aanpak - als quasiwetenschappelijke techniek - beperkt men zich tot reductie van klachten, symptomen en stoornissen. Ingegeven door het nuttigheid- en no-nonsense denken (Van Kalmthout, 2001). Op zich niet verkeerd, maar er bestaat een tendens om meer humanistische en psychodynamische werkwijzen die niet binnen dat raamwerk passen, van de hand te wijzen. Zodoende legitimeren we vooraf gemaakte keuzes die andere doelen schijnen te dienen dan de (geestelijke-) volksgezondheid. Door het (radicaal) behaviorisme in de arm te nemen (Glassmann, 1995) kunnen mentale verschijnselen helemaal buiten schot blijven, omdat ze binnen deze stroming niet opportuun zijn voor het begrijpen van gedrag. En zo ontwikkelde vooral Burrhus Frederic Skinner (1904 - 1990) als vertegenwoordiger van deze radicale stroming een 'operationele' conditionering.

De meer recente bestudering van neurotransmissie (ook synaptische transmissie) houdt zich vooral bezig met de elektrische impulsen die uitgewisseld worden tussen synapsen en welke door vermeerdering van zenuwimpulsen veroorzaakt worden. Als middelen worden hier (materialistisch) zenuwblokkerende middelen ingezet om gedrag te controleren. En zo zijn we aangekomen bij de dé-nosologisatie van deze tijd. Het nosologisch ziektemodel – dat aan de DSM ten grondslag ligt, en geïntroduceerd werd door Karl Ludwig Kahlbaum (1822-

1899) - werd 'gelukkig' (noot van LG) bekritiseerd door Van Praag (2000) en is gebaseerd op de volgende twee aannames:

1. Kenmerkend voor psychiatrische stoornissen zijn de daaraan gerelateerde symptomen, het beloop en de uitkomst van de stoornis, de respons op de behandeling en een specifieke pathofysiologie.
2. Elke ziekte-entiteit kan nauwkeurig onderscheiden worden van aanpalende diagnostische constructen.

Deze aannames zijn nooit empirisch onderbouwd. Daarmee is de idee die daaruit voortkomt, een eigen leven gaan leiden, aldus van Praag. De ziektecategorieën die in de psychiatrie worden onderscheiden, zijn volgens van Praag niet alleen in beperkte mate valide, maar ook de correlatie met biologische variabelen is zwak. Hij stelde daarom als betere leidraad een 'functionele psychopathologie' voor, die als leidraad kon dienen voor biologisch georiënteerd onderzoek naar psychische stoornissen.

Het alternatief dat van Praag (2001) voorstelt, betreft dé-nosologisatie plus het functionaliseren van de manier waarop in de psychiatrie diagnoses worden gesteld. Hij wijst erop dat het DSM-systeem, zoals het nu is ontwikkeld, het fundamenteel onderzoek naar psychopathologie eerder verhindert dan dat het dat in een juiste richting stuurt. Een groot tekort aan de DSM ziet van Praag verder in het gegeven dat een diversiteit aan syndromen gerelateerd kan zijn aan de zelfde diagnostische categorie. Dit komt, omdat slechts aan een aantal kenmerken hoeft te worden voldaan om te mogen spreken van bijvoorbeeld schizofrenie. Een DSM-diagnose is daarmee geen precieze uitspraak over een concreet syndroom dat ermee samenhangt. Het is beschouwen als een transfer van de redenering van Van Praag naar de schizofrenie toe.

Een daaruit voortvloeiend probleem houdt in dat met de respectievelijke generaties van de DSM het aantal categorieën en onderverdelingen daarvan enorm is toegenomen (Psychopathologie.indd, 312). Dit maakt het stellen van verschillende diagnoses bij één en dezelfde cliënt noodzakelijk. Daarmee ontstaat het (pseudo)probleem van de comorbiditeit. Verder stelt Van Praag vast, dat de DSM geen substantiële bijdrage geleverd heeft aan doelgericht handelen van psychiaters, vooral als het gaat om behandeling met behulp van medicatie. Daarom stelt Van Praag dat doelgerichte psychofarmacologie slechts kan plaatsvinden, als het gericht is op (het verhelpen of in positieve zin beïnvloeden van) psychische disfunctie en niet op (vaag geformuleerde) syndromen.

De vraag wie of er nu gelijk heeft gehad door de jaren heen, kan hier niet beantwoord worden. Onderzoek naar psychotherapie leverde de conclusie op dat verschillende onderzochte psychotherapievormen (de cognitieve gedragstherapeutische, de cliëntgerichte, de psychodynamische psychotherapie en de systeembenadering) een min of meer gelijk effect hebben (Weerman 2006). Elke therapievorm blijkt op een eigen manier ondersteunend te zijn.

Bergin en Garfield (Colijn e.a. 2003) toonden aan, dat vele vormen van psychotherapie werkzaam zijn. Maar op de vraag waarom dat zo is, kan nog geen eenduidig antwoord worden gegeven. Het leven gaat voor de cliënt gewoon door naast de therapie. Cliënten komen in uiteenlopende (nieuwe) situaties terecht en ontmoeten daarin (nieuwe) mensen,

voorspoed of tegenspoed. En dus spelen er voor de cliënt (residentieel of niet) veel meer factoren dan alleen de therapie en de behandeling daarin (Colijn e.a. 2003).

Lambert (Colijn e.a. 2003) verwerkte de resultaten naar onderzoek van de effecten van psychotherapie in een diagram (de 'taart' van Lambert). Daarin worden verschillende verklaringen voor het effect van psychotherapie gegeven. Hij toont ermee aan, dat niet elk deel evenveel bijdraagt aan verbetering van het welbevinden van de cliënt.

Voor 30% blijken algemene therapiefactoren verantwoordelijk te zijn voor verbetering in het functioneren van de cliënt. Verbetering die weliswaar voortkomt uit de therapie, maar niet uit specifieke tussenkomst, omdat elke andere goed onderzochte therapievorm hetzelfde resultaat opleverde. Een zinnvolle dagbesteding, passende huisvesting en sociale steun nemen 40% van de verandering voor rekening, onafhankelijk van de therapie. Alléén al het feit dat de cliënt in therapie is, zorgt voor 15% van de verbetering. Ze zijn te beschouwen als placebofactoren die de problematiek vermindert, omdat de cliënt kennelijk verbetering verwacht. En slechts 15% van de verbetering van het functioneren van de cliënt komt voor uit specifieke therapietechnieken. Dus cliënten herstellen door therapie en het maakt daarbij niet zoveel uit om welke therapie het gaat. Ook factoren in het dagelijks leven kunnen het functioneren van de cliënt verbeteren als ze positief zijn, aldus Alie Weerman. Dit geeft te denken, gelet op de grote waarde die wordt gehecht aan 'evidence based' diagnosebehandelingscombinaties (Colijn 2003). Hoewel het dus moeilijk valt te zeggen welke erkende therapie de juiste is, blijft onderzoek naar de effecten van therapie wel belangrijk. Ten aanzien van de algemene therapiefactoren ligt er een uitdaging om concreet te krijgen welke daarin een rol spelen.

Met C.G. Jung ben ik het hartroerend eens. Hij heeft in psychodrama - als actieve didactische, pedagogische en therapeutische werkvorm - de ervaring met cliënten mogen opdoen, dat de therapeutische relatie, zingeving en de mogelijkheid tot (therapeutisch) afreageren van fundamenteel belang zijn voor verbetering in het functioneren van de cliënt. Factoren die in de huidige no-nonsensetijd slechts als kanttekeningen vermeld worden (als überhaupt).

### Schisis van vele tijden

Nu zijn we aangekomen bij cijfers en getallen als resultaat van het waarnemen en het denken, waarmee we het voelen en de intuïtie van voorheen min of meer 'overrulen'. Cijfers en getallen zijn niettemin meer dan wat wij denken waar te kunnen nemen. Ze hebben dus een diepere (culturele) betekenis in de vorm van bijgeloof of van de causale betekenis; ook al lijken ze het aanvoelen van gevolgen in de tijd te betwijfelen. En zo beschouwen we min of meer normale schisis via een positionering in tijd en eenheid - of veelheid -, namelijk door dit verschijnsel in een getalsmatig perspectief onder de loep te nemen. Daarin is of was 'gespletenheid' – al of niet bewust - aan de orde van de dag. Willen of niet willen, we maken altijd een keuze, en we gaan de dialoog met de elementen aan.

De angst bijvoorbeeld (Diekstra 1996) stelde en stelt ons als mens voor keuzemomenten waarin we kunnen reageren met vluchten, vechten of verstarren. Als ik vlucht, dan verstar ik niet en vecht ik niet. Als ik verstar etc... Deze oeremotie heeft de ontwikkeling van onze hersenschors bevorderd. We verkregen vermogens om onze angst hanteerbaar te maken en op vele terreinen vooruitgang te boeken door de eeuwen heen. In de oudheid struinde de mens als het ware nog in een berenvel en met een knots over het aardoppervlak. Hij kon niet vliegen, was niet snel en ook niet sterk. In tegenstelling tot vele predatoren die het op hem



hadden gemunt. Om te overleven ontwikkelde hij middelen en mogelijkheden die hem een groot adaptatievermogen verschaften. Hij stelde zich dus te weer. Hij bouwde hollen en later huizen, maakte wapens en wist door het toenemende denkvermogen om oorzaak en gevolg te overzien en te overleven. Tegenwoordig hoeven we in de moderne samenleving doorgaans niet te vrezen dat we geen voedsel hebben, leven we in huizen en hebben middelen uitgevonden waarmee we ons beschermen, waardoor we kunnen vliegen; ja waarmee we onze menselijke, biologische vermogens voorbijstreven; denk bijvoorbeeld aan uiteenlopende wapens, supersonische vliegtuigen of informatietechnologie. Onze zintuigen maken op basis van een oerreflex ook al een keuze in de reactie op stimuli. De reactiesnelheid van de mens op geluid is extreem veel hoger dan bij waarneming door de ogen. Mogelijk als een beschermreflex in het donker, ontstaan ter waakzaamheid en als verdedigingsmechanisme. Bij zo'n waarneming heeft de mens geen tijd om na te denken en is dus aangewezen op de oerreflex. Hierbij worden de waarneming en het denken 'overruled' door intuïtie en gevoel. Door de uitvinding van kunstlicht en het realiseren van stevige behuizing kan de mens de angst voor het donker ontkennen

We sluiten letterlijk verzekeringen af om de illusie van de verworven onkwetsbaarheid in stand te houden; en zo omzeilen we de angst voor de angst door het scheppen van zekerheden en vermijden quasi de schisis van vluchten, vechten of verstarren.

De *eenheid* van de mensheid lijkt een onherroepelijk gegeven. Tóch is het niets nieuws door vast te stellen dat mensen zo ver uit elkaar staan en dat eenwording al eeuwen een moeilijke zaak blijkt. *Dualiteit* plaatst twee grondbeginselen tegenover elkaar, met een impliciete illusie tot gevolg. Het één existeert niet zonder het ander; leven en dood, licht en donker, warmte en koude, liefde en angst, Jung en Freud (1913), de ene mens en de andere...

De verlichtingsfilosoof Charles Montesquieu (1689-1755) bedacht de scheiding der machten (maar niet de term *trias politica*). Eén stelsel waarin de politieke, uitvoerende en de wetgevende macht gescheiden werden. Een systeem dat (ongewild?) voorwaarden schept voor relaties van haat en liefde.

In het christendom is sprake van de *drie-eenheid* vader, zoon en heilige geest. Één god die in drie entiteiten geduid kan worden. Het zuivere (de geest) wordt tastbaar gemaakt (de zoon) en krijgt zo een dubbele duiding. De zoon wordt onderwezen door de vader, waarmee denken en leren in de tijd worden geplaatst, maar ook twijfel en dialoog en daarmee is de tegenspraak een feit. Hoe kan het goddelijke tastbaar en ook begrijpelijk zijn?

Het motto van Franse Republiek - vrijheid, gelijkheid, broederschap - levert een intrigerende paradox op, als we er door de bril van de schisis naar kijken. Kun je nog van gelijkheid en broederschap spreken als je kiest voor vrijheid? Door te kiezen voor de vrijheid heb je je toch vrij gesproken van de andere en een is er een erg dwingend karakter dat door deze gekozen vrijheid opgelegd wordt (toch?).

Binnen het economisch kader zien we de *drie-eenheid* van geld, tijd en kwaliteit. De keuze voor één van deze segmenten, sluit de andere twee automatisch uit. De prioriteit van een van de factoren heeft direct gevolgen voor de andere. In die zin is er dus sprake van een onlosmakelijke samenhang van factoren die schijnbaar op zichzelf staan. En zo ontstaat een aantal keuzemogelijkheden met de daaraan gekoppelde, mogelijke scenario's. Kiest men echter gelijkwaardig voor alle drie de factoren, dan zal men nooit verder komen dan het

gemiddelde en verliest men in wezen het maximaal haalbare dat binnen de afzonderlijke factoren mogelijk is.

Wordt zo de waarheid uitgesloten? Hierover deed in de oudheid Epiminides al een uitspraak door te stellen dat alle.... leugenaars zijn, maar ook hij was een .... en dus was zijn uitspraak gelogen. Wat lijkt, is niet wat het blijkt.

Het getal drie blijft intrigeren, omdat je altijd moet kiezen. Daarmee verstoort je feitelijk de eenheid. Kies je namelijk niet, dan blijft de eenheid onaangetast en doe je dus niets.

In de oosterse filosofie bestaat de polariteit van yin en yang. Door deze te combineren met de polariteit van de extravertie en de introvertie, ontstaat de *quaterniteit* van C.G. Jung.

Jung voegde aan zijn torentje in Bollingen, aan het meer van Zürich, in 1931 een tweede torentje toe. Deze ruimte was uitsluitend voor hemzelf bestemd, voor zijn geestelijke concentratie. Niemand mocht er binnenkomen, tenzij met zijn toestemming. Daarin schilderde hij zijn fantasieën vanuit zijn heden naar het tijdloze toe. Daarna wilde hij een ruimte die openstond voor de hemel en de natuur. Daarna volgde een galerij aan het meer. En zo ontstond een '*vierheid*'.

De quaterniteit (In Jung: *Herinneringen, Dromen en Gedachten* 1992) wordt door Jung gezien als het centrale archetype. Het archetype van orde. De totaliteit van de mens: het Zelf. De logische premisse voor elk totaaloordeel. Om een oordeel te vellen - aldus Jung - moet het een viervoudig aspect hebben. De totaliteit van de horizon wordt geduid door de vier windrichtingen. Er zijn vier elementen, vier kasten in India, vier wegen van geestelijke ontwikkeling. Zo beschrijft hij ook vier aspecten van psychische oriëntatie. Ter oriëntatie hebben we een activiteit - de waarneming - nodig die iets wat er is, waarneemt. Een tweede, existentiële functie betreft het denken waarmee we vaststellen dat het is. Met de derde functie - het gevoel - stellen we vast of iets bevalt of niet en of we het al of niet willen aannemen. De vierde functie - de intuïtie - laat ons ervaren waar iets vandaan komt of waar het naar toe gaat. En zo kan er slechts sprake zijn van de natuurlijke kleinste onderverdeling in een viervoud als alle vier componenten vertegenwoordigd zijn.

Met de *vijf* komen we uit bij het pentagram; de basis voor de *sectio divina* (de gulden snede). Deze staat voor de perfecte verhouding van het deel tot het geheel, of van hoe de mens staat tot God. Het kleine staat tot het geheel zoals het grote staat tot het geheel. Dit getal of deze verhouding is in feite een getal met een oneindig aantal getallen achter de komma. Om dit tastbaar te maken heeft men dit gerationaliseerd tot de reeks van Fibonacci (de zoon van de manke en genaamd naar de bedenker van deze reeks). Het volgende getal is de optelsom van de twee voorgaande getallen; 0 1 2 3 5 8 13 21 34 55 89... Hoe verder men in de reeks komt, hoe nauwkeuriger de gulden snede benaderd wordt. Hiermee wordt het Goddelijke tastbaar, begrijpelijk en inzetbaar, maar het werkelijk Goddelijke zal nooit bereikbaar worden.

Het pentagram staat voor het streven van de mens naar volmaaktheid,

Het pentagram is de symbolische weergave van de weg die de mens volgt in zijn streven naar volmaaktheid. In het pentagram kunnen we het hoofd, de armen en de benen van de mens zien. Leonardo da Vinci gebruikte het om de harmonieuze mens met een wakker denkvermogen, een ruim gevoelsleven en een krachtige, dynamische fysieke basis te

verbeelden. Of de oorsprong van mystiek licht dat naar alle kanten wordt verspreid, is te verbeelden?

Het christelijke crucifix wordt gevormd door vier vierhoeken (vertikaal), die overkruist worden door drie vierhoeken (horizontaal). Vouw je deze vierkanten, dan ontstaat een kubus met zes vlakken; het symbool van de scheppende mens.

Als we twee gelijkzijdige driehoeken over elkaar heen schuiven, ontstaat de zeshoekige ster. Een driehoek wijst naar beneden en staat voor het vrouwelijke geslachtsdeel en de naar boven wijzende driehoek voor het mannelijk. Op de zesde dag werd de mens geschapen.

Het getal *zeven* heeft volgens de overdracht grote, magische kracht. De schepping werd op de zevende dag voltooid. We hebben zeven dagen in de week. De zeven vette en de zeven magere jaren in het oude testament.

Voeg aan de quaterniteit van C.G. Jung zijn denk-, gevoels-, gewaarwordings- en intuïtieve typen toe en we zijn in het *achtvoudige* aangekomen. In het Boeddhisme bewandelt men het achtvoudige pad naar verlichting. Acht noten in een octaaf...

We werden *negen* maanden gedragen door onze moeder en zo staat de negen voor wedergeboorte en een nieuwe ontwikkeling. November was oorspronkelijk de negende maand en is nu de elfde...

Mozes schreef de *tien* geboden van God op de stenen tafels en we hebben tien vingers om te tellen.

De twee enen van de *elf* kunnen de verbondenheid van twee mensen voorstellen. De elf is het gekkengetal in sommige culturen en de elfde van de elfde luidt dan het carnavalsseizoen in. Een periode die overgaat in veertig dagen vasten, en dat valt niet iedereen makkelijk.

Het getal *twaalf* (Het Spectrum, 1998) vertegenwoordigt de twaalf apostelen, de twaalf tekens in de dierenriem en Jacob had twaalf zoons.

De *dertien* staat in de oude volksgedachte voor ongeluk, omdat er vanuit werd gegaan dat er na de twaalf niets meer was. De dertien wordt ook het duivelsdozijn genoemd. Ze staat ook voor dood en wedergeboorte. In het Jodendom bereiken jongens de volwassenheid op dertienjarige leeftijd. Bij het laatste avondmaal zat Jezus mét zijn twaalf leerlingen aan tafel. In heel veel hoge gebouwen zien we geen dertiende verdieping en veel hotels kennen geen kamer nummer dertien. Apollo 13 verongelukte helaas. Er is geen vliegtuig op de hele wereld dat het stoelnummer dertien draagt.

Ook als we geen keuze maken (wat dus niet kan), wordt daarmee de twijfel of de schisis geïntroduceerd en is de eenheid verstoord. Daardoor is een dialoog met de elementen onvermijdelijk.

Is deze biografie van een abstract fenomeen als hoofdrolspeler daarmee uitputtend behandeld? Welnee, want dat was ook niet de bedoeling. Er wordt niet onvoorwaardelijk positie gekozen in de strijdvraag of schizofrenie een biochemische dan wel een psychosociale ziekte is. Net zo goed kan namelijk de vraag gesteld worden of het één een gevolg is van het

ander. Daarom zij hier verwezen naar de volgende stelling in de basisantinomie (Jung): ‘De psyche hangt van het lichaam af of het lichaam hangt van de psyche af’.

Het belang van een standaardisering van psychiatrische ziekten staat buiten kijf. Voor een goede beschrijving van de oorzaak, het (verwachte) beloop en de mogelijke behandeling is diagnostiek onontbeerlijk. Mocht echter wie-dan-ook de tijd nemen om wetenschappelijke folklore en/of een diagnose belangrijker te achten dan de beleving en/of het groeiproces van de hulpvrager, dan wens ik hem/haar veel succes met verdere exploitatie.

Een paradox ligt in het uitgangspunt dat discussie over het begrip ziekte in relatie tot schizofrenie wordt vermeden, door er in dit kader van uit te gaan dat ziekte dát is wat een cliënt of cliëntengroep eronder verstaat: een geestelijk, lichamelijk, sociaal en/of spiritueel fenomeen. Diverse personen in de geschiedenis vonden daar - in het licht van de vigerende opvattingen en ontwikkelingen en uiteraard met alle hen toekomende eer en respect - het hunne van.

En ik... ik beleefde een schitterende excursie in oktober 2009 naar het Zürich van Carl Gustav Jung en met deze exploratie-excursie nog een mooie en rijke verdieping daarvan.

## Bibliografie

- S. Colijn, J.A. Snijders & R.R. Trijsburg (red.). *Leerboek integratieve psychotherapie*. Utrecht.
- René Diekstra (1996). *Overleven, hoe doe je dat*. Amsterdam.
- William E. Glassmann (1995). *Approaches to Psychology*. Open University Press, Buckingham.
- Paul Hoff (2009). *Power Point Presentatie ‘Eugen Bleuler and the “Schizophrenia group”*. Zürich.
- C.G. Jung (2001). *Gesammelte Werke*. Olten/ Düsseldorf.
- C.G. Jung (1999). *Herinneringen Dromen en Gedachten*. Rotterdam.
- C.G. Jung (1997). *Psychotherapie*. Rotterdam.
- Martin van Kalmthout (2001). *Spiritualiteit in psychotherapie*. KSGV onder redactie van Ad van Heeswijk, Jacques Kerssemakers, Rien van Uden en Henry Zock.
- H.M. van Praag (2005). 3: Tijdschrift voor Psychiatrie: De Tijdstroom, Utrecht
- Het Spectrum (1998). *Symbolen*, historisch-culturele symbolen van A tot Z. Utrecht.
- Alie Weerman (2006). *Zes psychologische stromingen, één cliënt*. Soest.
- 7443 Psychopathologie.indd 312 3/5/09 *Obstakels voor onderzoek en diagnostiek*