

# HET PERRON

België-Belgique  
P.B. - P.P.  
8000 BRUGGE 1 - 2  
3/5298

Afgiftekantoor 8000 Brugge 1 - 2e afdeling  
Tweemaandelijks tijdschrift  
25e jaargang nr. 1, januari-februari 2009  
Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge (Afzendadres)  
Erkenningsnummer: P509268



**tijdschrift van het**  
**PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS**  
**ONZE-LIEVE-VROUW BRUGGE**  
**en het**  
**PSYCHOTHERAPEUTISCH CENTRUM**  
**RUSTENBURG BRUGGE**



## Colofon

---

**HET PERRON** is het tweemaandelijks tijdschrift van het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw en het Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg. Het is bestemd voor de West-Vlaamse huisartsen en de psychiaters en GGZ-voorzieningen in Vlaanderen.

### Oplage

Het Perron wordt verspreid op 2130 exemplaren

### Redactieraad

Dr. Marc Franchoo, psychiater (hoofdredacteur)

Dr. Chris Bervoets, psychiater

Jacques Dutrie, psycholoog-psychotherapeut

Ludo Goderis, stafmedewerker patiëntenzorg

Marc Simoens, stafmedewerker patiëntenzorg

### Verantwoordelijk uitgever

Zr. Mieke Kerckhof, Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge

### Vormgeving en druk

Geert Daelman

### Gedrukt in PZ Onze-Lieve-Vrouw

### Ontwerp omslag

Ludo Goderis

### Technische afwerking

Creatief Werkcentrum PZ Onze-Lieve-Vrouw

### Correspondentie



### PZ Onze-Lieve-Vrouw

Koning Albert I-laan 8

8200 Brugge

info@olv.gzjbj.be

www.pzolv.be

tel. 050 30 18 00

fax 050 30 18 01



### PTC Rustenburg

Oude Oostendesteenweg 43

8000 Brugge

rustenburg@rb.gzjbj.be

www.ptcrustenburg.be

tel. 050 31 81 65

fax 050 31 08 99

# WAARNEMINGSTRAINING BIJ DE BEHANDELING VAN PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN

*Karen Brans*  
*Stagiaire Lic. Psychologie*

*Bart Durnez*  
*Psycholoog afd 42 - Kliniekpsycholoog kliniek 4*  
*P.Z. ONZE-LIEVE-VROUW*

—De doelgroep van kliniek 4 bestaat hoofdzakelijk uit patiënten met een depressieve problematiek en /of een persoonlijkheidsstoornis.

Bij de patiënten met persoonlijkheidsstoornissen in kliniek 4 zien we een grote concentratie mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis.

In de permanente zoektocht naar ‘passende’ therapie voor deze patiënten, die meestal ‘nergens echt passen’ als je hun geschiedenissen bekijkt, werd in het recente verleden heel wat inspiratie gevonden in het werk van M. Linehan.

De dialectische gedragstherapie (DGT), zoals ze haar stroming binnen de gedragstherapie noemt, werkt ze een aantal tekortkomingen binnen de cognitieve gedragstherapie weg en biedt heel wat uitgewerkt materiaal en inzichten om met de doelgroep van de persoonlijkheidsstoornissen verandingsgericht aan de slag te gaan. Sinds een paar jaar beschikt kliniek 4 dan ook over een ‘Linehan’ groepsprogramma..

Daarnaast blijft het een uitdaging voor kliniek 4 om passende therapie-antwoorden te vinden voor de noden van de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis waarbij dergelijk intensief therapieaanbod een maatje te groot blijkt te zijn.

Recent gaf Chris Deleu een vorming over waarnemingstraining in OLV. We zijn ervan overtuigd dat dergelijke vaardigheidstraining goed past en integreerbaar is binnen de visie van de Linehangroep (en andere groepsprogramma's van kliniek 4). Daarenboven zou dergelijk aanbod ook wel eens ‘een passende maatwerk’ kunnen worden voor de meest kwetsbare patiënten binnen kliniek 4.

Chris Deleu gaf volgende beschrijving van waarnemingsstraining voor (borderline) persoonlijkheidsstoornissen:

*“Waarnemingstraining (Wt) leidt tot herstel en versteviging van het vermogen om een eigen standpunt in te nemen ten aanzien van de omgeving, van de ander en van de eigen binnenwereld.*

*Mensen met borderline-problematiek zijn weinig vertrouwd met zo'n standpunt. Ze beleven zichzelf niet in een middenpositie 'tussen buiten en binnen'. Ze zitten veeleer gevangen in de periferie en komen moeilijk tot zichzelf.*

*In de Wt leer je hoe je letterlijk via de zintuigen een middenpositie inneemt en versterkt.*

*Wt is geen nieuwe, verbale vorm van psychotherapie. Het is een oefenweg naar een gezonder gewoonteleven en een beheerster emotioneel leven.*

*Vooral zintuigen waarmee we onze eigen lichamelijke waarnemen komen aan bod: tastzin, harmoniezin (pijnzin), eigen bewegingszin, evenwichtszin. Verschillende materialen worden gebruikt: klei, steen, kunstreproducties, stokken, rijstzakjes, labyrinten, het eigen lijf"*

In haar dialectische gedrags-therapeutisch model stelt **Linehan** dat de basis voor de borderline persoonlijkheidsstoornis ligt in een verstoord emotieregulatiesysteem.

**Emotioneel kwetsbaar** zijn betekent dat men een grote sensitiviteit heeft voor emotioneel geladen stimuli. Men is dus gevoelig voor deze stimuli en raakt sneller opgewonden bij contact met dit soort stimuli dan een doorsnee persoon. Bovendien reageert met niet alleen sneller maar ook heviger. Een mug wordt al gauw een olifant.

Normaal gezien duren emoties relatief kort, van enkele seconden tot een paar minuten. Maar emotioneel kwetsbare mensen keren na zo'n piek veel trager terug naar het basisniveau. Dit wil zeggen dat de reactie langer duurt en de emotionele opwinding dus veel langer aanhoudt.

Uit onderzoek blijkt dat emotionele arousal of opwinding een invloed heeft op een aantal cognitieve processen. Wanneer we emotioneel opgewonden zijn, gaat onze aandacht vernauwen. Stimuli die relevant zijn voor onze emoties worden saillant en krijgen nog meer aandacht.

Het moduleren van emoties vereist twee vaardigheden namelijk dat men in de eerste plaats emoties kan ervaren en benoemen. Ten tweede moet men ook de stimuli reduceren die bestaande negatieve emoties of secundaire disfunctionele responsen activeren.

Gottman en Katz (1990) beschrijven vier activiteiten of vermogens die te maken hebben met emotieregulatie. Deze activiteiten zorgen ervoor dat er een verandering optreedt in de emotionele ervaring. Ten eerste kan men disfunctioneel gedrag dat verbonden is met sterke negatieve of positieve emoties inhouden. Men gaat er dus vanuit dat door weerstand te bieden aan het gedrag dat verbonden is met de emotie, men de emotionele ervaring

wijzigt. Op dit principe zijn de exposure-technieken gebaseerd.

*Ten tweede* is het mogelijk de fysiologische opwinding die gepaard gaat met de emotie, te reguleren. In overeenstemming met dit principe zijn therapieën zoals relaxatie en ademhalingstraining.

*Ten derde* kan met de aandacht verleggen weg van sterke negatieve emoties die aanwezig zijn.

*Ten slotte* beschrijven ze nog de mogelijkheid om zich te herpakken en zich te richten op een extern doel dat niet afhankelijk is van de stemming. Op basis hiervan wordt er dikwijls met crisisplannen gewerkt.

Het weggeleiden van je aandacht van een negatieve stimulus kan de opwinding afzwakken en de emotie intomen. Het is belangrijk dat men controle heeft over zijn aandacht. We onderscheiden hierbij twee verschillende processen namelijk het kunnen richten en volhouden van de aandacht, maar ook het verschuiven van de aandacht indien dit nodig is. Dus waarnemingstraining (Wt) is dus zeker op zich relevant voor **de derde activiteit, nl. het weggeleiden van de aandacht**. Daarenboven kan Wt ook van doen zijn bij het leren **volhouden en vasthouden van de aandacht** (bijv. op een extern doel, zie hierboven)

Het bewust (gericht) omgaan met de aandachtsfunctie zorgt also voor een aangescherpt bewustzijn. In het

kader van het reguleren van emoties zou je dan kunnen zeggen dat we bewust worden van de aanwezige emoties en er daaropvolgend op een bewuste manier mee omgaan.

Trouwens, deze aandacht- en bewustzijnsprocessen spelen niet alleen een rol in het leren omgaan met emoties, in quasi alle domeinen van het leven, in alle aspecten van gedrag komen ze aan bod. Bv. het bewust worden van de eisen van de ander en bewust worden van de spanning die daardoor ontstaat met je eigen prioriteiten (waar je je trouwens ook bewust moet van zijn)... is noodzakelijk om tot gezond, functioneel intermenselijk gedrag te komen.

Patiënten met persoonlijkheids-pathologie tonen via hun disfunctionele patronen dat deze aandacht- en bewustzijnsprocessen vaak minder goed ontwikkeld zijn.

In haar DGT kaart haalt **M. Linehan** deze problemen met de aandacht- en bewustzijnsfunctie ook aan. Zij heeft het in haar werk over kernoplettendheidsvaardigheden die moeten getraind worden. *Kern* verwijst naar het alomtegenwoordig en actief zijn van deze intrapsychische vaardigheden. Het zijn deze basale bewustzijnsvaardigheden die secundair ook aangesproken worden als we bewust allerlei intra- en

interpersoonlijke vaardigheden trainen. Deze vaardigheden vormen de basis om met 'een wijze geest' in het leven te staan.

Ze deelt deze kernoplettendheidsvaardigheden op in 'wat' en 'hoe' vaardigheden. De 'wat' vaardigheden omvatten volgende deelvaardigheden: *observeren* (red. waarnemen), *beschrijven* en *participeren*. Binnen de 'hoe'vaardigheden draait het om een *oordeelsvrije houding*, concentreren op *1 ding* en ten derde *effectief zijn* (hou je alleen bezig met wat werkt en helpt).

Deze grootheden worden als vaardigheden getaxeerd en niet als 'trait': men is er niet mee geboren, maar men moet ze ontwikkelen, verwerven in de kinder- en jeugdijaren. Deze visie beklemtoont de cruciale rol van de omgevingsfactoren, naast biologische grootheden, in de dynamische leergeschiedenis: door allerlei invaliderende omgevingsfactoren kunnen deze kernvaardigheden niet of onvoldoende ontwikkeld worden. Aan de andere kant is er een sterke overtuiging dat men later als volwassen individu toch nog aan deze (en ook andere) vaardigheidstekorten kan werken. Kansen en contexten waarbinnen gewerkt en geleerd kan worden zijn daarbij essentieel. Linehan spreekt van *validerende omgevingen*.

**De waarnemingstraining is een goede operationalisering van deze meer globale doelstelling** nl. het oefenen/trainen van de kernoplettendheidsvaardigheden om wat te krijgen op je geest.

Het is intussen ook wel duidelijk geworden dat heel wat van de (psycho)therapieën, leefklimaten en interacties met hulpverleners reeds een impliciet trainingsaspect van deze vaardigheden bevatten. Anderzijds is het best ook te beseffen dat bepaalde therapie-inhouden en interventies soms een te hoog niveau van bewustzijnsvaardigheden veronderstellen in vergelijking met de psychische toestand van een patiënt.

**Waarnemingstraining gebeurt in neutralere, onpersoonlijke en minder problematische contexten én met veilige materialen.** Het kader waarin gewerkt wordt is laagdrempelig, basaal, niet bedreigend en laat in die zin veel oefening toe. De focus is op het eerste zicht atypisch voor heel wat van de traditionele verbale en veranderingsgerichte programma's. De materialen op het eerste gezicht/gevoel neutraal, eenvoudig en onpersoonlijk. Simpelweg zou je het zo kunnen samenvatten: je hebt geen probleem of problematisch gedrag nodig om aan de slag te gaan in waarnemingstraining in tegenstelling tot heel wat van de andere contactmomenten tijdens een

behandeling. Het bezig zijn met de vaardigheid en het oefenen op zich is de doelstelling, los van de individuele problematiek.

Hoewel Wt **geen expliciete veranderingen gericht behandeldoelen** pretendeert, merken we in de prille **klinische praktijk** toch al wat verschuivingen en ‘beweging’ bij patiënten (en die waarschijnlijk mee verklaard moeten worden door dit trainingsaanbod, zo geven de patiënten zelf aan). De oefeningen beklijven en lijken op impliciet niveau een (blijvende) psychologische impact te genereren bij sommige deelnemers. Deze effecten lijken inderdaad fundamenteeler en dieper te gaan, dan een ad hoc beleven van zinvolle ontspanning of alternatieve manier van bezigheid.

Een mogelijke verklaring voor deze veranderingen zou gevonden kunnen worden binnen de theorie van de secundaire **impliciete counterconditionering**.

Relaties, dominantie, bovenposities, zich overgeven aan de ander, leiding nemen, grenzen trekken, begrensd worden, afstand, nabijheid, stilstaan bij je binnenkant, het lichaam,....zijn in de leergeschiedenis van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen heel vaak geconditioneerd (geraakt) met gevoelens van angst, schuld, schaamte, falen, minderwaardigheid, wantrouwen, ... al dan niet in

combinatie met vlucht en/of vermijdingsstrategieën of ander disfunctioneel copinggedrag. In schema termen zou je kunnen zeggen dat dergelijke prikkels (CS) geassocieerd zijn met disfunctionele schema's. Mogelijks kunnen tijdens deze oefeningen - omwille van het impliciete (non verbale) niveau in combinatie met een neutrale, vrijblijvende (bv. als je het niet ziet zitten doe je een bepaalde oefening niet en sluit je terug aan bij een andere oefening) en niet problematische oefencontext - counterconditioneringsprocessen gerealiseerd worden: er kan een nieuwe associatie ontstaan tussen de CS en ‘gezonde’ functionele basale schema's, zonder dat de oude associaties geactiveerd worden. Of in minder leertheoretisch jargon: de oefeningen van de waarnemingstraining lijken minder vatbaar voor besmetting door disfunctionele schema's en bieden juist daarom kansen om simultaan nieuwe en gezonde betekenissen rond deze beladen thema's te genereren.

-Linehan, M.M. (1993) Dialectische gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis. Theorie en behandeling. Lisse: Swets & Zeitlinger

-Linehan, M.M. (1993) Borderline persoonlijkheidsstoornis. Handleiding voor training en therapie. Lisse: Swets & Zeitlinger



*Het evolutionair denken in de psychiatrie: modegril of meerwaarde?*

*Deel 1: Krachtlijnen van het evolutionair-psychologisch denken verscheen in jaargang 24, nummer 4 en 5.*

*Deel 2: Klinische relevantie en therapeutische perspectieven verscheen in jaargang 24 nummer 6. In jaargang 25, nummer 1 verschijnt de vierde en laatste aflevering.*

## **HET EVOLUTIONAIR DENKEN IN DE PSYCHIATRIE: MODEGRIL OF MEERWAARDE? DEEL 2: KLINISCHE RELEVANTIE EN THERAPEUTISCHE PERSPECTIEVEN**

*Rudi Peeters, klinisch psycholoog,*

*P.Z. ONZE-LIEVE-VROUW*

### **Klinische relevantie van de IDS – een benadering vanuit de cognitieve gedragstherapie**

— Hier wil ik de overstap trachten te maken naar mogelijke implicaties van deze “evolutionaire microanalyse” voor de klinische behandeling van depressie. Vanuit mijn eigen achtergronden ben ik meest vertrouwd met de cognitieve gedragstherapie. Van daaruit is door Swallow (2000) een poging ondernomen om Becks cognitieve therapie (voor depressie) te verenigen en te verrijken met het IDS-model.

Swallows aanpak onderscheidt zich van de traditionele cognitieve therapie op twee punten. Het eerste punt is vooral theoretisch of, zo men wil, ideologisch van aard. Depressie wordt opgevat als het resultaat van een geëvolueerd mechanisme, waarop in

de geschiedenis van onze soort positief geselecteerd is, dus in oorsprong adaptief. Echter, als *klinische* depressie is dit mechanisme niet (meer) adaptief, doordat het te aanhoudend is, geen aanvaarding inleidt, en de chronische HPA-hyperactivatie bestendigt, met uitputting als gevolg op (middel-)lange termijn. Vandaar dat het wel degelijk tot voorwerp van therapie gemaakt kan en moet worden.

Het tweede punt wil ik meer gedetailleerd behandelen. Dit betreft het cognitief gemedieerd karakter van de IDS. Swallow (2000) heeft de IDS, als grondmechanisme van depressie, systematisch doorgelicht naar cognitieve mechanismen die een mediërende rol kunnen spelen bij het chronisch en dus maladaptief worden ervan. Op basis van die analyse identificeert hij een aantal

“schakelpunten”, waar de IDS telkens door cognitieve interpretaties beïnvloed lijkt te kunnen worden. Slagen we erin die interpretaties in therapeutisch wenselijke zin om te buigen, dan doen we dus aan cognitieve therapie op basis van een evolutionair referentiekader. In zekere zin wordt de zinvolheid van het IDS-denken getoetst aan de effectiviteit van de behandelaanpak, en vice versa – al is zo’n circulaire redenering eerder pragmatisch dan wetenschappelijk te verantwoorden.

Swallow (2000) geeft drie aangrijpingspunten van waaruit binnen een mechanisme als de IDS de link gelegd kan worden naar cognitieve assumpties, schema’s, kern-thema’s..., die in de cognitieve therapie van oudsher gekend zijn als object van veranderingstechnieken.

Een eerste aangrijpingspunt betreft in hoeverre en in welke zin iemand interpersoonlijke situaties interpreteert als “win/verlies”-situaties, dus als competitief. Dit kan verband houden met:

- disfunctionele cognities over zichzelf: “ik moet kost wat kost beter presteren dan anderen”;
- disfunctionele cognities over anderen: “anderen zijn er alleen maar op uit je te kleineren”;
- disfunctionele cognities over de wereld: “de wereld is een jungle; het recht van de sterkste is er allesbepalend”.

Een tweede aangrijpingspunt betreft wanneer en in welke mate iemand zo’n situatie interpreteert als door hem verloren of niet meer te winnen. Het idee van een (nakende) nederlaag staat in verband met twee belangrijke cognitieve mediators, met name “self-efficacy” en sociale vergelijking.

Iemand met een lage “self-efficacy” zal wellicht een uitdaging niet eens aangaan of, eenmaal toch begonnen, sneller de strijd opgeven. Dit kan een “premature IDS” genoemd worden. Irrationele cognities bij lage “self-efficacy” zijn: “ik trek toch altijd aan het kortste eind”; “winnen is alleen maar voor de anderen”.

Sociale vergelijking is een andere mediator. De rol hiervan is complex. Antwoord dient te worden gegeven op vragen als: hoe vaak doet het individu hieraan?; wie “kiest” hij daarbij als referentiepersoon?; op welke dimensie(s) vergelijkt hij zich?; hoe interpreteert hij het resultaat van de vergelijking? Bekend is dat (licht) depressieve personen meer dan anderen aan sociale vergelijking doen als hen een negatieve gebeurtenis overkomt; zeer succesvolle referentiepersonen kiezen, tegenover wie ze bijna zeker ongunstig afsteken; bevestiging zoeken voor de pre-emptieve conclusie dat ze toch weer “losers” zijn.

Een derde aangrijpingspunt is cognitieve mediatie van aanvaarding van falen of verlies. Hierbij spelen niet

minder dan drie cognitieve mediërende mechanismen een rol, met name eigen beoordelingscomplexiteit, habituele attributiestijl en specifieke kernthematata rond falen en/of verlies.

De eigen beoordelingscomplexiteit is een soort risicospreiding waarmee iemand zijn eigen succes of falen op meerdere onafhankelijke dimensies kan situeren. Iemand die in die zin voldoende complex is, kan bijvoorbeeld zeggen: “wat maakt het uit dat ik een keertje verlies bij tennis – uiteindelijk ben ik toch een goed schaakspeler!”.

Iemands attributiestijl is eveneens belangrijk in dit opzicht. De IDS zou veel sneller en veelvuldiger getriggerd worden en meer risico op depressie met zich brengen, als de persoon de oorzaak van zijn mislukkingen als volgt percipieert:

- *intern*: “dat ik misluk, ligt aan mij”;
- *globaal*: “ik misluk nu eenmaal in alles!”;
- *stabiel doorheen de tijd*: “ik ben altijd al mislukt en zal ook altijd wel blijven mislukken”.

Bepaalde disfunctionele kernthema’s inzake falen en/of verlies ten slotte kunnen interfereren met het aanvaarden van een nederlaag. Voorbeelden zijn: “echte mannen geven nooit op”; “alleen een doetje laat op zijn kop zitten”; “in iets mislukken is het einde van de wereld”...

Deze analyse toont aan ter hoogte van welke cognitieve mechanismen en via welke (disfunctionele) cognitieve

inhouden iemand bij een situatie van verlies of mislukking een ineffectieve IDS kan vertonen en daaraan mogelijk een pathologisch verloop overhoudt onder de vorm van depressie.

Gewapend met deze kennis, kan de cognitief-therapeut dan trachten aan te grijpen op elk van deze mechanismen en inhouden. Hierin toont Swallow (2000) zich een getrouw adept van Becks cognitieve therapie. Eerder dan methodische innovaties voor te stellen, pleit hij voor een meer (en anders) theoretisch doordachte en gerichte inzet van de “klassieke” technieken van de cognitieve therapie, waaronder:

- het verzamelen van bewijsmateriaal pro en contra,
- het opsporen van disfunctionele automatische gedachten, tussenliggende ideeën en kernovertuigingen via de techniek van de neerwaartse pijl,
- het uitvoeren van gedrag-experimenten,
- de Socratische dialoog,
- enz.

Concluderend kan gesteld worden dat het eigene van Swallows (2000) benadering gelegen is in:

- de positieve appreciatie van depressie, waarvan hier erkend wordt dat het een belangrijk signaal is dat verwijst naar bedreiging van biosociaal belangrijke doelen en naar (weinig succesvolle) pogingen van het individu om deze bedreiging op te heffen;

- de systematische inventarisatie van de verschillende mogelijke handvatten die zich vanuit IDS-perspectief lenen tot cognitief-therapeutische bewerking.

### Enkele bedenkingen tot besluit...

Wat moeten we nu van dit alles denken? Daarover lopen de meningen uiteen, zoals dat het geval is bij elke nog jonge “tak” van de wetenschap, die zich nog niet voldoende heeft kunnen bewijzen.

Eerst en vooral reageren sommigen op het evolutionaire gedachtegoed met een huiver voor genetisch determinisme en “evolutionaire rigiditeit”. Mensen in het algemeen – en therapeuten wel in het bijzonder – hebben graag dat gedrag veranderbaar en kneedbaar is. De aandacht voor evolutionaire wortels van dat gedrag suggereert eerder een zekere starheid, stevige verankering, geringe veranderbaarheid, relatieve ontoegankelijkheid voor beïnvloeding en therapie...

Dit is vermoedelijk onjuist en alleszins eenzijdig en sterk overdreven. Wat eventueel biologisch vastligt, hetzij doordat het overgeërfd en aangeboren zou zijn, hetzij doordat het bovendien evolutionair verankerd zou zijn, is slechts één factor. Deze ene factor is slechts gedragsbepalend in samenspel of interactie met een tweede factor: milieu, omgeving, leren, ervaring, cultuur... Dat samenspel blijft

gedurende de gehele levensduur aan het werk (een van de duidelijkst aangetoonde feiten van het “epigenetisch” perspectief).

Onze soortspecifieke genetische bagage zorgt voor “specificiteit” (wij zijn allen geboren met een aanleg om efficiënt een taal te verwerven en te gebruiken), maar diezelfde uitrusting zorgt eveneens voor “plasticiteit” (welke taal ieder van ons leert, wordt ter invulling overgelaten aan de omgeving waarin we opgroeien). Wat gedeeltelijk al structureel vastligt, kan blijkbaar nog wel effectief inspelen op de omgeving, en vice versa (zie Moore, 2002; Ridley, 2003). Of “nature” dan wel “nurture” een gedrag bepaalt, is dan ook een absurde vraagstelling. Zeer terecht stelt de Waal (2001) dit op één lijn met de vraag of de persoon van de trommelaar dan wel zijn instrument de oorzaak is van het getrommel dat we in de verte horen. (Terzijde: de vraag in hoeverre *interindividuele verschillen* in een gedrag of gedragskenmerk door genetische factoren versus omgevingsinvloeden bepaald zijn, is wel een zinnige vraag en kan door onderzoek op het domein van de gedragsgenetica (gedeeltelijk) beantwoord worden.)

Indien het genetisch (of evolutionair verankerd) aandeel in het tot stand komen van een of ander concreet gedrag relatief groot is, zal dit gedrag wellicht moeilijker te beïnvloeden zijn door de persoon zelf of vanuit zijn omgeving, en dus ook

vanuit een therapeutische ambitie. Maar “moeilijker te beïnvloeden” is zeker niet hetzelfde als “onmogelijk te beïnvloeden” – en het resultaat van beïnvloeding is soms des te meer bevredigend. Iemand leren omgaan met een aangeboren “kwetsbaarheid” of “zwakke plek” kan heel effectief zijn. Zulke “ingrepen” tonen aan hoe vanuit de omgeving wel degelijk op een aangeboren fundament kan worden ingespeeld.

Een andere bedenking betreft de verzoenbaarheid van proximale verklaringen (die zich eerder richten op het verklaren van “hoe werkt het?”, met als antwoord mechanismen of processen) en distale verklaringen (die zich eerder richten op het verklaren van “waarom werkt het zo, en niet anders?”, met als antwoord doelen of redenen). Doordat de antwoorden in allebei deze gevallen vaak “oorzaken van gedrag” genoemd worden, kan heel wat semantische verwarring ontstaan.

Beide soorten verklaringen zijn legitiem, en ze zijn bovendien ook nog complementair (zij het op verschillende tijdschalen). In laatste instantie is de “distale” of evolutionaire verklaring steeds gericht op het behoud of het verbeteren van de biologische fitness (direct en indirect reproductief succes) van het individu. Dat doet niets af van het belang van “oorzaken” die op een meer lokaal of onmiddellijk niveau inwerken op een gedrag.

In het geval van depressie zou

men kunnen denken aan een traject van oorzaken, die alle in een concreet geval van toepassing kunnen zijn en elkaar dus niet hoeven uit te sluiten, zoals: een ernstig onevenwicht in de serotoninehuishouding, het traumatisch verlies van een dierbaar persoon, een disfunctioneel zelfschema... tot en met een directe bedreiging van de biosociaal belangrijke doelen van eigen overleving en voortplanting van het individu. Elke verklaring kan en mag “gelijk” hebben!

Een vaak gehoord verwijt is dat evolutionaire verklaringen reductionistisch zouden zijn in hun benadering van het (menselijk) gedrag. De verzoening van proximale met distale doelen geeft al aan dat evolutiebiologie slechts een aanvullend niveau van verklaring kan bieden naast alle andere, die daar niet ongeldig of zelfs maar overbodig door worden. Wel is dit aanvullend niveau “distaal”, vèr-reikend, “ultiem” – wat geen geringe ambitie is, en zich een meer fundamentele status aanmatigt dan de meeste andere verklaringen.

Een laatste bedenking betreft de “emancipatorische belofte” van evolutionair-psychologen. Is deze realistisch of veeleer naïef? De evolutionair-psycholoog Buss (1999) is zeer optimistisch hierover. Volgens hem volstaat het dat we maar doorzien hoe een mechanisme werkt – ook waar het een geëvolueerd mechanisme betreft –, om ons ervan te kunnen emanciperen. Stel dat een man merkt dat een vrouw hem vriendelijk

toelacht. Als hij weet dat hij “als man” eerder geneigd is hierin een signaal van seksuele ontvankelijkheid te zien en dat de vrouw in kwestie dat wellicht niet zo bedoelt, dan zou hij volgens Buss hiermee ook rekening kunnen houden en aldus pijnlijke misverstanden kunnen voorkomen.

Dit druist duidelijk in tegen het aloude credo (dat doorgaans aan Freud toegeschreven wordt): “Inzicht (alleen) geneest niet”. Nog sterker waait de tegenwind echter vanuit het evolutionair-psychologische kamp zelf. Steven Pinker (1998) betoogt dat mensen van nature uit zichzelf slechts gebrekkig (kunnen) kennen, omdat de evolutie hen daarop niet ingesteld heeft. Volgens hem zijn we domweg geen betere logici, redeneerders, mensenkenners... dan we blijken te zijn, omdat we daarvan nooit evolutionair voordeel gehad hebben. Nooit in de geschiedenis van de menselijke soort heeft de natuur daarop enige positieve selectiedruk uitgeoefend. We zouden geen betere overlevers en voortplanters geworden zijn als we wel tot betere “deskundigen” in redeneren, mensen kennen... geëvolueerd waren. Een evolutionair-psychologische verklaring voor het “ongemakkelijke” onthaal van de evolutionaire psychologie bij een groot aantal mensen – wie heeft hiervan terug?

Het “doorgronden” van “hoe de menselijke geest werkt” – en vooral van waarom hij werkt zoals hij werkt

– lijkt dus exclusief voer voor psychologen, zelfs bij voorkeur evolutionair-psychologen, en niet voor “Jan Modaal”. Dat klinkt pretentief, en plaatst vraagtekens bij de fraaie woorden van Buss (1999)...

Ten slotte nog iets over de “positieve” kijk op vermeende pathologie – getuige titels van boeken als “Het nut van ziekte” (Moalem, 2007) en “Het nut van waanzin” (Adriaens, 2008). In zekere zin is dit een innoverend en uitdagend perspectief. Aspecten van psychopathologie worden als “adaptief” en “evolutionair zinvol” beschreven vanuit het evolutiedenken. Dat is een relatief nieuw en origineel gegeven. Zelf heb ik dit beleefd als een “Gestalt-wissel”, een omkering van de figuur/achtergrond-relatie, zoals in die gekende plaatjes in de handboeken over perceptiepsychologie. Misschien is het dat wel, dat mij de interesse voor de toepassing van evolutionair denken op de psychiatrie heeft bijgebracht. Het zet je als therapeut toch wel even aan het denken of je wel zo nodig altijd naar verandering hoort te streven...

## Referenties bij Deel 2

- Adriaens, P.R. (2008). *Het nut van waanzin. Essays over darwinisme en psychiatrie*. Leuven, Acco
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Wiley
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy:*

- basics and beyond*. New York: The Guilford Press
- Birtchnell, J. (1993). *How humans relate: A new interpersonal theory*. Westport: Praeger
- Buss, D.M. (1999). *Evolutionary psychology: The new science of the mind*. Boston, Mass.: Allyn & Bacon
- de Waal, F. (2001). *De aap en de sushimeester: Over cultuur bij dieren*. Amsterdam: Contact
- Gilbert, P. (2000). *Overcoming depression. A self-help guide using cognitive behavioral techniques (New revised edition)*. London: Constable & Robinson
- Gilbert, P., & Bailey, K. (2000). *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*. Hove: Brunner-Routledge
- McGuire, M.T., & Troisi, A. (1998). *Darwinian psychiatry*. New York: Oxford University Press
- Moalem, S. (2007). *Het nut van ziekte. Een eigenzinnige medicus over de samenhang tussen ziekte en evolutie*. Amsterdam: De Bezige Bij
- Moore, D.S. (2002). *The dependent gene. The fallacy of "nature vs. nurture"*. New York: Times Books
- Peeters, R. (2004). Van evolutietheorie tot evolutietherapie? *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 34 (2), pp. 99-110
- Pinker, S. (1998). *Hoe de menselijke geest werkt*. Amsterdam: Contact
- Ridley, M. [Matt] (2003). *Nature via nurture. Genes, experience, and what makes us human*. London: Fourth Estate
- Roelofs, J., & Claes, S. (2002). Hedendaagse biologische visies op depressie: de rol van monoamines, HPA-as-hyperactiviteit en genetische factoren. *De psycholoog*, 37 (12), pp. 650-655
- Schotte, C.K.W., van den Bossche, B., Van den Bergh, R., Claes, S., & Cosyns, P. (2003). Denken over depressie: Een biopsychosociaal model. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 33 (2), pp. 98-117
- Sloman, L. (2000). How the involuntary defeat strategy relates to depression. In: Sloman, L., & Gilbert, P. (Eds.) *Subordination and defeat: An evolutionary approach to mood disorders and their therapy* (pp. 47-67). Mahwah, New Jersey: Erlbaum
- Sloman, L., & Gilbert, P. (Eds.) (2000). *Subordination and defeat: An evolutionary approach to mood disorders and their therapy*. Mahwah, New Jersey: Erlbaum
- Stevens, A., & Price, J. (2000). *Evolutionary psychiatry: A new beginning* (second edition). London, Routledge
- Swallow, S.R. (2000). A cognitive behavioral perspective on the involuntary defeat strategy. In: Sloman, L., & Gilbert, P. (Eds.) *Subordination and defeat: An evolutionary approach to mood disorders and their therapy* (pp. 181-198). Mahwah, New Jersey: Erlbaum
- Wolpert, L. (1999). *De anatomie van een depressie*. 's Gravenhage: BZZTÔH

