

**Een Cognitief én Enactief Paradigma:
Een Pleidooi voor het Openbreken van het Cognitieve Paradigma door Introductie van
de Enactieve Theorie**

Nikki Ekas

498888

Hoofdstudie Psychologie

Supervisor Liesbeth Noordegraaf-Eelens

Adviseur Tim de Mey

Woordaantal 14379

10 juli 2022

INHOUD

Gebruikte Afkortingen	3
Voorwoord	4
Hoofdstuk 1: Introductie	6
Hoofdstuk 2: Mechanisch Model van Menselijke Cognitie.....	11
2.1 Cognitieve en Behavioristische Context.....	11
2.2 Theorie Achter Cognitieve Gedragstherapie	13
2.3 Mensbeeld Achter de Theorie.....	15
Hoofdstuk 3: Medisch Model van Psychisch Disfunctioneren.....	16
3.1 Achtergrond van Toepassing Medische Model in de Psychiatrie	16
3.2 Toepassing Medisch Model in de Psychiatrie	17
3.3 Vertaling Medische Model naar de Psychiatrie.....	19
3.4 Betekenis Kernelementen Medisch Model.....	20
3.5 Mensbeeld Achter de Theorie.....	21
Hoofdstuk 4: Het Enactieve Kader.....	22
4.1 Opbouw Theoretisch Kader.....	22
4.2 Mensbeeld in de Theorie	25
Hoofdstuk 5: De Verschillen Tussen Beide Benaderingen	26
5.1 Organisatie van de Mens: Instrumenteel– Holistisch en Interactief	26
5.2 Cognitie: Deterministisch – Inherent Actief	28
5.3 Interactie met de Wereld: Functionalistisch – Inherent Betekenisvol.....	30
Hoofdstuk 6: De Overeenkomst Tussen en Integratie van Beide Benaderingen	32
6.1 Overeenkomst: Conceptuele Overlap	32
6.2 Enactieve Psychiatrie?.....	33
6.2.1 Theoretische Integratie.....	33
6.2.2 Praktische Integratie.....	34
Hoofdstuk 7: Conclusie	36
Bibliografie.....	41

GEBRUIKTE AFKORTINGEN

CGT = Cognitieve Gedragstherapie

DSM = Diagnostische en Statistische handleiding van Mentale Stoornissen

APA = Amerikaanse Psychologische Associatie

ADHD = Aandacht tekort en Hyperactiviteit stoornis

ASD = Autisme Spectrum Stoornis

VOORWOORD

Een tijdje geleden ben ik naar een psycholoog toe gegaan nadat het mij al jaren op valt hoe ik vaak als automatisch toe trek naar mensen die achteraf ADHD blijken te hebben, en ik in gesprek met deze mensen vaker wel dan niet mezelf terugzie. Ik ben wel eerder bij een psycholoog geweest dus weet enigszins wat ik kan verwachten als ik mijn laptop opstart voor het eerste gesprek. Ik merk dat ik het nog steeds moeilijk vind om te vertrouwen in de validiteit van mijn ervaringen, maar na jaren aanmoedigen van geduldige vrienden en met een trouw vriendinnetje naast me durf ik voorzichtig aan de persoon aan de andere kant van mijn scherm toe te geven dat er veel dingen op zijn plek lijken te vallen als ik naar mezelf kijk door de bril 'ADHD'. Het gesprek dat volgt met deze psycholoog verloopt op zijn zachts gezegd wat ongelukkig. Het was een diagnostisch gesprek waarbij alle criteria van de door mij vermoedde ADHD-stoornis doorlopen werden. Naar mijn pogingen om zo volledig mogelijk antwoord te geven op de wel erg abstracte vragen over verschillende psychologische constructen werd voor mijn gevoel niet echt geluisterd. Mijn verhalen werden gescand, alleen echt luisterend naar selecte stukken ervan, zoekend naar de inhoud die aansloot bij de criteria voor haar neus.

De situatie die ik hier schets zal veel mensen die wel eens een afspraak bij een psycholoog hebben gehad bekend voorkomen. Ook in interviews die ik deed voor mijn werk met jongeren in de jeugdzorg en in gesprekken met vrienden merk ik dat vergelijkbare ervaringen veel weerstand voor en verlies van vertrouwen in psychologische hulp gecreëerd hebben. Na mijn psychologie bachelor in de richting klinische psychologie afgerond te hebben, en met het vooruitzicht op een master klinische psychologie na de zomer, kan ik niet ontkennen dat ik vertrouwen heb in de waarde van een psycholoog en de mogelijkheden die een goede behandeling kan bieden. Toch voel ik ook de weerstand en een gebrek aan vertrouwen die ik terug hoor bij anderen.

Ik realiseer me dat dit een voor mij bekend conflict is. Ik kom het niet nu voor het eerst tegen in deze ervaring met een wel erg pragmatische psycholoog, maar voelde vaker dat ik het moeilijk vond om de wetenschappelijke, instrumentele kennis uit mijn psychologie bachelor te integreren met de nuancerende inzichten die ik meeneem uit mijn filosofie bachelor (over fenomenologie, epistemologie, paradigma's, performativiteit, materialisme, etc.) zonder af te doen aan de waarde van die wetenschappelijke kennis. De vraag hoe en of er een ervaringsgetrouwe instrumentalisatie gemaakt kan worden van de menselijke psyche; en als dit dan al mogelijk is, of de juistheid van zo'n wetenschappelijke vertaling van de

menselijke psyche werkelijk voldoende gereflecteerd kan worden in psychometrische waarden; en wat een eventueel gebrek hierin dan zegt over de praktijk die hoe dan ook op basis van deze waarden ontwikkeld wordt, vormen een onoverzichtelijk vraagstuk voor mij waarop ik terug blijf komen.

Ik begon aan deze scriptie vooral om meer duidelijkheid voor mezelf te krijgen, maar ik hoop dat het ook voor anderen kan ophelderen dat en hoe de ervaring van het zelf beïnvloed wordt door een dominante discourse. Het zou mooi zijn als er door dit onderzoek en onderzoek van anderen die vanuit een fenomenologische blik kijken naar de huidige organisatie van de psychiatrie, nieuwe kennis en zo meer bewustzijn ontstaat bij wetenschappers en hulpverleners, en bij iedereen die van hen leert. Zo kan mensen de mogelijkheid gegeven worden om hun ervaring te onderzoeken buiten slechts het instrumentele, deterministische en functionalistische.

HOOFDSTUK 1: INTRODUCTIE

Autisme Spectrum Stoornis (ASS) is een neurologische ontwikkelingsstoornis in de Diagnostische en Statistische handleiding voor Mentale stoornissen (DSM).¹ In deze handleiding staat het eerste criterium dat ASS karakteriseert omschreven als “tekorten in sociale communicatie en sociale interactie”.² Gezien de sociale tekorten die toegeschreven worden aan mensen gediagnostiseerd met ASS, worden ze in hun behandeling vaak begeleid door onder andere het oefenen van sociale handelingen die mensen zonder een ontwikkelingsstoornis (neurotypische mensen) in tegenstelling tot henzelf wel laten zien.³ De manier waarop een stoornis omschreven wordt in de DSM heeft dus een directe invloed op de manier waarop iemand die de stoornis toegeschreven krijgt behandeld wordt: als er sprake is van sociale tekorten, is de doelstelling van de behandeling het minimaliseren van deze tekorten.

In recente jaren is er steeds meer kritiek gekomen op deze benadering vanuit de neurodivergente gemeenschap en vanuit meer fenomenologisch ingestelde wetenschappers. Het neerzetten van mensen met ASS als gekenmerkt door tekorten of zelfs door een verminderde behoefte aan sociale interacties wordt door neurodivergentie activisten gezien als neerbuigend of als simpelweg niet waar.⁴ Daarnaast is het vanuit een fenomenologisch perspectief te kortzichtig om te zeggen dat de persoon met ASS een tekortkoming heeft die opgelost kan/moet worden: schijnbaar is er iets in de beleveniswereld van iemand met ASS dat ervoor zorgt dat diegene bijvoorbeeld oncomfortabel wordt als die een ander in de ogen kijkt tijdens een gesprek.⁵ Het lijkt er zo op dat het perspectief van iemand met ASS nog weinig meegenomen is in de conceptualisatie van hun eigen psychische stoornis. Vanuit dit idee zijn studies opgezet om het idee van sociale tekorten bij ASS nog eens onder de loep te nemen.⁶ Uit deze onderzoeken komt een duidelijk patroon naar voren: de sociale tekorten van

¹ American Psychiatric Association, “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,” *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5, nr. 5 (Mei 22, 2013): 50–57, <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.

² American Psychiatric Association, “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,” 50–57.

³ Nederlands Jeugdinstituut, “Jeugdigen Met Autisme,” September 12, 2018, <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/Jeugdigen%20met%20autisme%20Wat%20werkt.pdf>.

⁴ Jason Tougaw, “Neurodiversity: The Movement,” *Psychology Today*, April 18, 2020, <https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-elusive-brain/202004/neurodiversity-the-movement>.

⁵ Hanne De Jaegher, “Embodiment and Sense-Making in Autism,” *Frontiers in Integrative Neuroscience* 7 (2013): 5-10, <https://doi.org/10.3389/fnint.2013.00015>.

⁶ Catherine J. Crompton et al., “Neurotype-Matching, but Not Being Autistic, Influences Self and Observer Ratings of Interpersonal Rapport,” *Frontiers in Psychology* 11 (October 23, 2020), <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586171>. Brett Heasman and Alex Gillespie, “Neurodivergent Intersubjectivity: Distinctive Features of How Autistic People Create Shared Understanding,” *Autism* 23, no. 4 (August 3, 2018): 910–21, <https://doi.org/10.1177/1362361318785172>. Kerriane E. Morrison et al., “Social

mensen gediagnostiseerd met ASS zijn niet de beste voorspellers van bijvoorbeeld hoe soepel een interactie verloopt (wat wel de verwachting is gebaseerd op de DSM). Uit deze onderzoeken blijkt namelijk dat de communicatiestijl van mensen met ASS en die van neurotypische mensen anders is, en dat een betere verklaring voor de ervaren communicatiemoeilijkheden dus de mismatch in communicatiestijl van verschillende neurotypes is. In de literatuur wordt dit ook wel aangeduid als het ‘dubbele empathie probleem’.

De manier waarop binnen de DSM psychisch disfunctioneren en afwijkend gedrag geconceptualiseerd worden als een stoornis zoals bijvoorbeeld ASS, is gevolg van het medische model dat de basis vormt voor de DSM. Het medische model toegepast op psychisch disfunctioneren houdt in dat afwijkend denken en gedrag gezien worden als symptomen van een onderliggende mentale ziekte.⁷ Deze benadering is richting het einde van de 20e eeuw middels de DSM ook in Nederland geïntroduceerd in het therapeutische landschap.⁸

Cognitieve Gedragstherapie (CGT) is een behandelingsvorm die in het bijzonder goed aan blijkt te sluiten bij de manier waarop binnen de DSM gekeken wordt naar psychisch disfunctioneren.⁹ CGT gaat ervan uit dat de manier waarop we denken, de aannames die we doen en de houding die we hebben tegenover onszelf, anderen en de wereld (oftewel de inhoud van onze cognities) een centrale factor spelen in het ontwikkelen van psychische problematiek.¹⁰ Het mechanische model van cognitie vormt de basis van de manier waarop cognities geconceptualiseerd worden in CGT. In dit model worden de hersenen gezien als de processor tussen de input, dat de hersenen binnen komt vanuit de zintuigen, en de output, waarbij de gedachten en overtuigingen direct de ervaren emoties en gedrag beïnvloeden.¹¹ Doordat binnen de DSM specifieke gedragingen en cognities afgebakend zijn als typerend

Cognition, Social Skill, and Social Motivation Minimally Predict Social Interaction Outcomes for Autistic and Non-Autistic Adults,” *Frontiers in Psychology* 11 (November 25, 2020), <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.591100>.

⁷ American Psychiatric Association, “Psychiatry.org - DSM History,” [psychiatry.org](https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm#section_5), bekeken op mei 22, 2022, https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm#section_5. Dominic Murphy, “Philosophy of Psychiatry,” ed. Edward N. Zalta, *Stanford Encyclopedia of Philosophy (Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2020)*, <https://plato.stanford.edu/entries/psychiatry/#DsmConMenIIIcri>.

⁸ Jan van den Bout, “(Cognitieve) Gedragstherapie En Cognitieve (Gedrags)Therapie,” *Tijdschrift Voor Gedragstherapie En Cognitieve Therapie* 49, no. 3 (September 2016): 222–35.

⁹ Bout, “Gedragstherapie en Cognitieve Therapie”.

¹⁰ William E. Glassman, en Hans Geluk, “De cognitieve benadering,” in *Stromingen in de psychologie*, (Baarn: HBuitgevers, 2003), 86-94

¹¹ Hamish J MacLeod and Joseph Ciarrochi, “The self in cognitive behavior therapy,” in *The Self and Perspective Taking : Contributions and Applications from Modern Behavioral Science*, ed. Louise Mchugh and Ian Stewart (Oakland, Ca: Context Press/New Harbinger Publications, 2012), 161–80.

voor specifieke mentale stoornissen, kan CGT hier mooi op inhaken.¹² Zo kunnen de denkfouten (oftewel fouten in de verwerking van de input) die kenmerkend zijn voor de verschillende DSM stoornissen namelijk onderzocht worden. Dit geeft vervolgens de mogelijkheid om specifieke behandelingen voor deze denkfouten te ontwikkelen en gericht toe te passen op elke stoornis.

Inmiddels is CGT dé *evidence-based* behandeling en vormt het samen met de DSM de wereldwijde standaard voor de manier waarop psychische problematiek bekeken en behandeld wordt in de wetenschap, praktijk, onderwijsinstellingen en de maatschappij. Toch laat onderzoek naar onder andere ASS zien dat er beperkingen zijn in het medische model, en dus ook dat er beperkingen zijn in de CGT-behandeling die onlosmakelijk verbonden is hieraan. Duidelijk is dat er in zowel de DSM als in CGT een specifieke invulling gedaan wordt van wat er misgaat in het functioneren van mensen met psychische klachten. Hierbij worden dus bepaalde normatieve aannames gedaan over wat het betekent om te functioneren als mens.

Deze aannames worden stilzwijgend geaccepteerd in de theorie die de basis vormt voor de DSM en CGT: ze zijn onderdeel van het wetenschappelijke paradigma waarbinnen deze twee benaderingen opereren maar worden niet (langer) expliciet benoemd. Dit paradigma zal in deze scriptie aangeduid worden als het cognitieve paradigma. Er zal duidelijk worden dat de aannames die de beide modellen constitueren met elkaar verweven zijn, en dat de benadering van de mens die volgt uit deze aannames kenmerkend is voor de methodologie van het cognitieve paradigma. Paradigma wordt hierin bedoeld zoals Kuhn deze definieerde: tijdens een periode van normale wetenschap wordt een paradigma gekarakteriseerd door de manier waarop binnen de discipline problemen gedefinieerd en aangepakt worden, en hoe (aankomende) wetenschappers deze methodologische norm volgen.¹³ Zo beïnvloedt het paradigma de onderzochte onderwerpen binnen de discipline en de oplossingen die hiervoor gevonden worden.

De sturing van het cognitieve paradigma beïnvloedt door de verre reikwijdte van de cognitieve modellen echter veel meer dan alleen de theorie. Zoals in het voorbeeld van ASS te zien, beïnvloedt het de manier waarop deze mensen kijken naar hun eigen vaardigheden (of in dit geval vooral het ontbreken ervan); hoe de maatschappij hen ziet; de onderwerpen en

¹² Bout, "Gedragstherapie en Cognitieve Therapie", 225-229.

¹³ Alexander Bird, "Thomas Kuhn," ed. Edward N. Zalta, Stanford Encyclopedia of Philosophy (Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2018), <https://plato.stanford.edu/entries/thomas-kuhn/#ConcPara>.

methodes van wetenschappelijk onderzoek naar ASS; de manier hoe psychologen hen interpreteren en helpen ontwikkelen; etc. Ditzelfde geldt voor CGT: een van de meest dominante benadering van menselijk functioneren in het westen, in zowel theorie als praktijk, heeft effect op de manier hoe wetenschappers en psychologen, en iedereen die direct of indirect leert van hen, kijken naar wat het betekent om mens te zijn.¹⁴

Het is belangrijk om de paradigmatische methodologie en aannames weer expliciet te maken en deze te beoordelen. Omdat de ervaring van het individu nu nog onvoldoende meegenomen blijkt in de theorie van het cognitieve paradigma, zal dit paradigma in deze scriptie beoordeeld worden vanuit een theoretisch kader dat de ervaring van de mens als uitgangspunt neemt: het theoretische kader van enactieve cognitie volgt uit de fenomenologische traditie van Husserl en Merleau-Ponty en is sindsdien ontwikkelt en uitgebreid door andere hedendaagse fenomenologische denkers. Vanuit dit kader wordt de mens geconceptualiseerd als een ervaring die voortkomt uit het lichaam en diens interactie met de omgeving: door te interageren met de fysieke omgeving, de mensen erin en de maatschappij eromheen, relateer je op een bepaalde manier aan je omgeving –en dus op een bepaalde manier aan jezelf– wat bepaalt hoe jij jezelf ervaart.¹⁵

Uit deze benadering volgt een alternatieve enactieve invulling van de psychiatrie, die als mogelijk alternatief opgeworpen is voor de huidige insteek van de psychiatrie.¹⁶ Hoewel het idee van zo'n paradigmatische shift aantrekkelijk lijkt, zou dit vergaande gevolgen met zich mee brengen (zie bijvoorbeeld hoofdstuk 3.2 voor een overzicht van de paradigmatische invloed van het medische model en de integratie ervan met de discourse). Hierom wordt in deze bachelor scriptie onderzocht of er een manier is om de ervaring vanuit de enactieve theorie te integreren met het cognitieve paradigma. De onderzoeksvraag die hierom in deze bachelor scriptie beantwoord wordt is 'Wat zijn de verschillen, overeenkomsten en mogelijke integratievlakken van het cognitieve paradigma met het enactieve kader?'.

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden zal allereerst de theorie van het cognitieve paradigma uiteengezet worden, en zal het mensbeeld hieruit gedeconstrueerd worden. Deze deconstructie is in tweeën opgesplitst: in het tweede hoofdstuk wordt de deelvraag 'Wat is het

¹⁴ Miriam Kyselo, "The Body Social: An Enactive Approach to the Self," *Frontiers in Psychology* 5 (September 12, 2014): 1, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00986>.

¹⁵ Sanneke de Haan, "An Enactive Approach to Psychiatry," *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 27, no. 1 (2020): 3–25, <https://doi.org/10.1353/ppp.2020.0001>. Hanne De Jaegher, "Embodiment and Sense-Making in Autism", 5-10.

¹⁶ Sanneke de Haan, "An Enactive Approach to Psychiatry," 3–25.

mensbeeld achter het mechanische cognitieve model?’ besproken. Hiertoe wordt de theoretische basis van CGT uiteengezet waarna het mensbeeld en de normatieve aannames die daarmee gedaan worden, worden besproken. In het derde hoofdstuk wordt de deelvraag ‘Wat is het mensbeeld achter het medische model van psychisch disfunctioneren?’ besproken. Hiertoe worden de ontwikkelingen in de DSM en het medische model waarop de DSM gebaseerd is besproken, en het mensbeeld dat daaruit volgt. In het vierde hoofdstuk zal de theorie van enactieve psychiatrie uitgewerkt worden aan de hand van de deelvraag ‘Wat is het mensbeeld in het enactieve kader?’.¹⁷ Er zal duidelijk worden dat dit fenomenologische mensbeeld in veel opzichten een tegenstelling vormt tot het mensbeeld achter de twee cognitieve modellen. In het vijfde hoofdstuk wordt hierom de deelvraag ‘Wat zijn de verschillen in het mensbeeld van de cognitieve en de enactieve benadering?’ besproken.¹⁸ Hierin wordt alle informatie uit de eerdere drie hoofdstukken geclusterd tot een vergelijking op drie niveaus. Vervolgens zal in het zesde hoofdstuk de deelvraag ‘Wat zijn de overeenkomsten tussen het mensbeeld van beide benaderingen en hoe kan dit tot een integratie van beiden leiden?’ besproken worden. Hier wordt ingegaan op eventuele overeenkomsten op de drie niveaus, en wat de gevonden overeenkomst betekent voor een theoretische en praktische integratie. Dit alles zal samengevoegd worden in de conclusie.

¹⁷ Hier wordt verwezen naar het mensbeeld *in* het enactieve kader in plaats van het mensbeeld *achter* het cognitieve paradigma. Dit komt doordat er duidelijk zal worden dat de kern van het enactieve kader de menselijke ervaring is, in plaats dat er onzichtbaar aannames over de mens en diens ervaring doorwerken in de theorie.

¹⁸ Het enactieve kader is niet zo omvangrijk als het cognitieve paradigma en kan dus niet met recht ook een paradigma genoemd worden. Hierom worden het enactieve kader en het cognitieve paradigma in alle gevallen waar naar beide tegelijk verwezen wordt, benoemd als ‘benaderingen’.

HOOFDSTUK 2: MECHANISCH MODEL VAN MENSELIJKE COGNITIE

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de eerste deelvraag ‘Wat is het mensbeeld achter het mechanische cognitieve model?’. Om te kunnen begrijpen welke normatieve aannames gedaan worden over de mens is het belangrijk om te kijken naar de context waar vanuit een theorie ontwikkeld is. Hierom wordt eerst ingegaan op de cognitieve en behavioristische stroming en diens bijdrage aan de psychologie en CGT. Hieruit zal blijken dat de cognitieve benadering dominant is in de benadering van de mens binnen CGT. Vervolgens wordt ingegaan op het model dat ten grondslag ligt aan de cognitieve stroming: het mechanische model van cognities. Dit hoofdstuk eindigt met een korte bespreking van het mensbeeld dat gedeconstrueerd kan worden uit dit model.

2.1 Cognitieve en Behavioristische Context

Cognitieve gedragstherapie is, zoals de naam doet vermoeden, voortgekomen uit de cognitieve en behavioristische stroming binnen de psychologie.¹⁹ De kernelementen van het behaviorisme zijn de leertheorieën, zoals hoofdzakelijk klassieke en operante conditionering, die ervan uitgaan dat gedrag verklaart kan worden door te kijken naar de aanwezige stimulus en de hierop volgende gedragsmatige response.²⁰ De leertheorieën verklaren hoe gedrag aan- of afgeleerd kan worden door uit te leggen hoe bepaalde responsen aangeleerd, gegeneraliseerd, bekrachtigd of juist weer afgeleerd worden in relatie tot een specifieke stimulus/ervaring.²¹ De cognitieve stroming is ontwikkeld in reactie op het behaviorisme. Waar bij het behaviorisme cognities aan de kant gezet werden, als niet-waarneembare en daardoor niet relevante fenomenen, werd binnen de cognitieve stroming opgemerkt dat stimuli niet altijd evenredig een specifieke response voorspellen. Wanneer iemand bijvoorbeeld een verhaal probeert te vertellen bij een groep vrienden en niemand geeft hier aandacht aan, zullen sommige mensen het verhaal nogmaals beginnen maar dan harder zodat iedereen het wel moet horen, terwijl anderen stilvallen en zich terugtrekken. Schijnbaar is er iets dat de relatie tussen stimulus en response medieert: volgens de cognitieve stroming beïnvloeden o.a. je gedachten, overtuigingen, houdingen, voorkeuren, herinneringen (ten opzichte van jezelf, de wereld en de toekomst) (deze opsomming zal in het vervolg

¹⁹ Jan van den Bout, “(Cognitieve) Gedragstherapie en Cognitieve (Gedrags)Therapie,” *Tijdschrift Voor Gedragstherapie En Cognitieve Therapie* 49, no. 3 (September 2016): 222–35.

²⁰ Bout, *Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 223. William E. Glassman, en Hans Geluk, “De behavioristische benadering,” in *Stromingen in de psychologie*, (Baarn: HBuitgevers, 2003), 32-34.

²¹ William E. Glassman, en Hans Geluk, “De cognitieve benadering,” in *Stromingen in de psychologie*, (Baarn: HBuitgevers, 2003), 86-94.

samengevat worden als ‘cognities’) je interpretatie van de situatie en zorgt deze interpretatie vervolgens voor een andere reactie.²²

Cognitieve gedragstherapie betekent in theorie dus een integratie van de inzichten van cognitieve en van gedragstherapieën die voortkomen uit beide stromingen. De invloed van de behavioristische kant is zichtbaar in bijvoorbeeld de dominante CGT-behandeling van angststoornissen: bij het behandelen van specifieke angsten wordt door middel van exposure therapie gebruik gemaakt van het uit het behaviorisme voortgekomen idee van extinctie. Bij herhaaldelijk blootstellen aan een geconditioneerde stimulus zal de geconditioneerde (angst) response uiteindelijk uitdoven.²³ Ook worden ideeën van een geconditioneerde gedragsresponse meegenomen om bijvoorbeeld te verklaren hoe een duidelijk stressvolle aanpassing zoals bijvoorbeeld vermijdingsgedrag toch vaak voor een lange tijd stand kan blijven houden en zo het natuurlijk oplossen van het psychische probleem ernstig kan bemoeilijken.

De kern van CGT lijkt echter dichter bij de cognitieve dan bij de behavioristische stroming te liggen²⁴. Bij de cognitieve benadering wordt de analogie van mens-als-computer gebruikt: in plaats van de in het behaviorisme bekende stimulus en response, wordt er nu gesproken van in- en output. Hiertussen vindt, net als bij een computer, een bepaalde systematische verwerking en transformatie van de input plaats waardoor de output van kwalitatief andere betekenis is.²⁵ De aanname hierbij is dus dat je zonder te begrijpen wat voor processen er omgaan tijdens deze verwerking, je niet kan verklaren waarom een bepaalde input tot een specifieke output heeft geleid. Dit staat haaks op het behavioristische idee dat ons gedrag bestaat uit aangeleerde reacties op externe stimuli. Hoewel het stimulus-response raamwerk van het behaviorisme gebleven is in de cognitieve benadering, geven de mediërende cognitieve factoren dit raamwerk dus een dusdanig andere insteek dat de betekenis van deze benadering haaks staat op de kern van het behaviorisme.

Omdat in deze scriptie gezocht wordt naar de onderliggende aannames van CGT, zijn de kern overtuigingen belangrijker dan het raamwerk waarin deze zijn opgehangen. Hierom

²²William E. Glassman, en Hans Geluk, “De cognitieve benadering,” in *Stromingen in de psychologie*, (Baarn: HBuitgevers, 2003), 86-94. Judith S. Beck, “Cognitive therapy,” in *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, (januari 2010): 1-2, <https://doi-org.eur.idm.oclc.org/10.1002/9780470479216.corpsy0198>.

²³ Susan Nolen-Hoeksema, *Abnormal Psychology*, 8th ed. (New York, Ny: McGraw Hill Education, 2020): 40-43.

²⁴ Bout, *Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 226.

²⁵ Glassman en Geluk, “De cognitieve benadering”, 86-94.

zal er verder ingegaan worden op de cognitieve kant van CGT, en specifiek het mechanische model van cognitie dat dit karakteriseert.

2.2 Theorie Achter Cognitieve Gedragstherapie

Het mechanische model van cognitie wordt gekarakteriseerd door de mens-als-computer analogie die hierboven beschreven is. Dit is ook terug te zien in de opbouw van CGT. Deze verloopt volgens drie hoofddoelen. Als eerste worden de irrationele en disfunctionele gedachtes van de cliënt geïdentificeerd.²⁶ Bij iemand met een paniekstoornis zijn dat bijvoorbeeld gedachten die opkomen als de cliënt zijn hart plots sneller voelt kloppen of kortademig is. Gedachten als “Ik ga weer een paniekaanval krijgen” of “Als ik nu een paniekaanval krijg sta ik voor schut” zorgen ervoor dat er een hypergevoeligheid ontstaat voor natuurlijke variaties in fysiologische verschijnselen, waardoor een snellere hartslag of kortademigheid geïnterpreteerd worden als tekenen van een opkomende paniekaanval. De cliënt moet zich dus eerst bewust worden van deze automatisch opkomende gedachten die de situatie in negatief licht zetten, en waardoor stress ontstaat (deze gedachten worden ook wel Negatieve Automatische Gedachten of NAG genoemd).²⁷ Als de cliënt door heeft dat hij bij een versnelling van de hartslag automatisch denkt dat hij een paniekaanval zal krijgen, kunnen deze NAG vervolgens besproken en uitgedaagd worden. In dit bespreken zal bijvoorbeeld nagegaan worden hoe waarschijnlijk het is dat iedereen de cliënt zal uitlachen als diegene zich duidelijk niet goed voelt, of worden gedragsoefeningen gedaan om te kijken of werkelijk elke verhoging van de hartslag het begin van een nieuwe paniekaanval markeert. Hierdoor zou dan een discrepantie ontstaan tussen de NAG en de werkelijk logische of ervaren gevolgen wat een opening biedt om op door te gaan met de laatste stap: de NAG vervangen door functionele gedachten.²⁸ Bijvoorbeeld: “Mijn hart klopt sneller maar ik heb dan ook net een kop koffie gedronken dus waarschijnlijk komt het door de cafeïne”. De cognities worden dus benadert als de eerste stap in een lineair causaal verband waarmee uiteindelijk andere onderdelen van menselijke ervaring beïnvloed worden zoals emoties en gedrag. Hierin zijn de andere onderdelen dus een passief gevolg en de cognities het actieve onderdeel.

²⁶ Susan Nolen-Hoeksema, “Theories and Treatment of Abnormality,” in *Abnormal Psychology*, (New York: McGraw-Hill, 2011), 44. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.

²⁷ Hamish J MacLeod and Joseph Ciarrochi, “The self in cognitive behavior therapy,” in *The Self and Perspective Taking : Contributions and Applications from Modern Behavioral Science*, ed. Louise Mchugh and Ian Stewart (Oakland, Ca: Context Press/New Harbinger Publications, 2012), 161–80.

²⁸ Susan Nolen-Hoeksema, “Theories and Treatment of Abnormality”, 44.

Binnen CGT zijn mensen dus passieve cognitieve agenten waarbij de omgevingsinput continu binnenstroomt door een mentaal of cognitief schema heen. Dit cognitieve schema weergeeft het narratief dat wij geïnternaliseerd hebben over onszelf, anderen en de wereld.²⁹ Deze geïnternaliseerde basisstructuur van de wereld geeft richting aan de cognitieve functies zoals waar je aandacht op blijft hangen; welke ervaringen beter onthouden worden; voor welke onderwerpen je concentratie aangescherpt wordt; en dus ook welke input niet binnen je aandacht, herinneringen of concentratie valt.³⁰ Op deze manier vormt het cognitieve schema niet alleen hoe de waarnemingen geïnterpreteerd worden door het te linken aan bestaande kennis/herinneringen, maar wordt aan de hand van het cognitieve schema de binnenkomende input ook vervormd en bijgesneden tot datgene wat je waarneemt in de eerste plaats.

Als het narratief over het zelf, anderen en/of de wereld niet kloppend is in vergelijking met de wereld, kan dit dus zorgen voor afwijkende verwachtingen en dus een onterechte vervorming of interpretatie van de binnenkomende informatie.³¹ De NAG komen dus voort uit houdingen en verwachtingen die ontstaan vanuit cognitieve schema's, en in het geval van een mentale ziekte zijn er afwijkingen binnen dit cognitieve schema (of afwijkingen in de hersenen waaruit structurele afwijkingen in het cognitieve schema ontstaan).³² Zo voelen mensen met een depressie zich vaak hulpeloos: ze hebben het gevoel dat er niks binnen hun macht ligt om hun situatie te verbeteren en blijven lam geslagen stilstaan.³³ De theorie is dat deze hulpeloosheid aangeleerd is: door herhaaldelijk te ervaren dat je geen controle hebt in stressvolle situaties zal je leren dat niets wat je kan doen zal helpen. Als je bijvoorbeeld opgroeit bij ouders die erg kritisch zijn; die je keer op keer vertellen dat je het niet goed doet, dan beïnvloeden deze ervaringen de manier hoe je kijkt naar jezelf, anderen en de wereld: jijzelf bent incapabel, anderen zijn afkeurend en de wereld een niet te beheersen plek waarin jij niet goed kan navigeren. De NAG die uit het cognitieve schema voort komen kleuren zo dus de ervaren gebeurtenissen in overeenstemming met dit schema.

Binnen CGT is de context waarin mentale schema's ontstaan zijn of de manier waarop ze de wijze van interpreteren beïnvloeden, niet de focus van de behandeling. Wat relevant is voor de behandeling, zijn de opkomende gedachten die ofwel juist ofwel onjuist zijn in relatie

²⁹ Beck, "Cognitive therapy", 1-2.

³⁰ MacLeod and Ciarrochi, "The self in cognitive behavior therapy", 165-166.

³¹ MacLeod and Ciarrochi, "The self in cognitive behavior therapy", 161.

³² Beck, "Cognitive therapy", 1-2.

³³ Marie J. C. Forgeard et al., "Beyond Depression: Toward a Process-Based Approach to Research, Diagnosis, and Treatment," *Clinical Psychology: Science and Practice* 18, no. 4 (December 2011): 275-99, <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01259.x>.

tot de objectieve werkelijkheid. Bij een structureel afwijkende interpretatie van de eigen capaciteiten om om te kunnen gaan met de ‘gewone’ wereld om hem heen, moeten deze afwijkende interpretaties geïdentificeerd, uitgedaagd en vervangen worden.

2.3 Mensbeeld Achter de Theorie

In bovenstaande uitleg van de CGT behandeling en achterliggende theorie komt een duidelijk mensbeeld naar voren: mensen zijn passieve cognitieve en brein gebonden agenten tegenover de onafhankelijke wereld.³⁴ Het passieve slaat op het idee dat de omgevingsinput automatisch continu naar binnen, naar de hersenen toe stroomt.³⁵ De hersenen zijn vervolgens wel actief en verwerken de omgevingsinput door dit te transformeren zodat het past binnen de cognitieve schema’s: deze schema’s en de cognities die hieruit voortkomen vormen welke omgevingsinput en hoe deze input ontvangen wordt, en daarmee de interpretatie ervan. Ook wordt vanuit de hersenen de andere onderdelen van menselijke ervaring beïnvloed zoals emoties en gedrag. Deze andere onderdelen zijn dus volgend op de cognities: ze staan in een lineair verband als het passieve gevolg van de cognities. Hiermee heeft de inhoud van cognities een directe invloed op het gedrag en emoties, en begint de verandering van gedrag en emoties ook bij de cognities. Of deze cognities wel of niet veranderd moeten worden hangt vervolgens af van de ‘juistheid’ van de cognities. Hierbij wordt er dus aangenomen dat cognities juist of onjuist kunnen zijn in relatie tot een objectieve werkelijkheid. Zo wordt er aangeleerd dat er iets bestaat als goede of slechte cognities.³⁶ Hierin wordt de mens neergezet alsof het rationele/cognitieve van de mens de rest van de menselijke natuur kan overstijgen en kan – en zelfs zou moeten – controleren. Er is een soort superego die in capaciteiten en waarde boven de menselijke driften en gedragingen staat. De cognities staan dus niet alleen in lineair causaal verband voor gedrag en emoties, maar ook erboven in waarde.

³⁴ Miriam Kyselo, “The Body Social: An Enactive Approach to the Self,” *Frontiers in Psychology* 5 (September 12, 2014): 1-2, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00986>.

³⁵ Sanneke de Haan, “An Enactive Approach to Psychiatry,” *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 27, no. 1 (2020): 3–25, <https://doi.org/10.1353/ppp.2020.0001>. Hanne De Jaegher, “Embodiment and Sense-Making in Autism”, 7.

³⁶ Judith S. Beck, “Cognitive therapy,” in *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, (januari 2010): 2, <https://doi-org.eur.idm.oclc.org/10.1002/9780470479216.corpsy0198>

HOOFDTUK 3: MEDISCH MODEL VAN PSYCHISCH DISFUNCTIONEREN

In dit hoofdstuk zal de deelvraag ‘Wat is het mensbeeld achter het medische model van psychisch disfunctioneren?’ besproken worden. Om het belang van het medische model in de psychiatrie te begrijpen zal eerst kort de context van de intrede van het medische model in de psychiatrie besproken worden. Vervolgens zal uiteengezet worden hoe het medische model toegepast is in de psychiatrie en wat de huidige theoretische en praktische ontwikkelingen zijn hierbij. Hierna zal ingegaan worden op de aannames die vanuit de medische achtergrond van het model doorklinken in de DSM, wat dit uitgangspunt betekent voor de conceptualisering van psychische problematiek en wat dit zegt over het concept van de mens binnen het medische model.

3.1 Achtergrond van Toepassing Medische Model in de Psychiatrie

Tot de 18^e eeuw werd ernstig afwijkend gedrag in verschillende culturen vaak toegeschreven aan de invloed van geesten of de duivel, of werden deze mensen simpelweg niet als volwaardig mens gezien en gestraft³⁷. Tegen het einde van de 18^e eeuw werd het idee van psychiatrische stoornissen als medische ziekte geïntroduceerd door bijvoorbeeld de Franse arts Philippe Pinel (1745–1826), Britse arts Quaker William Tuke (1732–1819, of Britse Dorothea Dix (1802–1877). Hierdoor verspreidde het idee zich dat deze mensen in plaats van onmens, simpelweg ziek waren en een behandeling verdienden voor deze ziekte.³⁸ Deze medicalisering van psychiatrische verschijnselen heeft dus voor een belangrijk omslagpunt gezorgd in de manier waarop we kijken naar en omgaan met mensen met psychiatrische klachten.

Deze al in de 18^e eeuw ontstane ideeën zijn blijven hangen, en in 1844 wordt de allereerste voorloper op het nu alom bekende DSM ontwikkeld door de Amerikaanse Psychologische Associatie (APA) vanuit een behoefte een universele taal te ontwikkelen voor de soorten psychiatrische patiënten in geestesziekenhuizen.³⁹ Sinds deze eerste introductie zijn de categorieën en diagnostische criteria steeds verder uitgebreid aan de hand van wetenschappelijk en statistisch onderzoek. Richting het einde van de 20^e eeuw deed de DSM ook in Nederland zijn intrede in het klinische veld.⁴⁰

³⁷ William E. Glassman, en Hans Geluk, *Stromingen in de psychologie*, (Baarn: HBuitgevers, 2003), 320.

³⁸ Susan Nolen-Hoeksema, *Abnormal Psychology*, (New York: McGraw-Hill, 2011), 15.

³⁹ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5, no. 5 (May 22, 2013): 6, <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.

⁴⁰ Jan van den Bout, “(Cognitieve) Gedragstherapie en Cognitieve (Gedrags)Therapie,” *Tijdschrift Voor Gedragstherapie En Cognitieve Therapie* 49, no. 3 (September 2016): 222–35.

3.2 Toepassing Medisch Model in de Psychiatrie

In de medische wereld worden binnen het medische model de klachten van een patiënt gekarakteriseerd aan hand van de fysieke oorzaak: hoofdpijn als gevolg van hersentumor en hoofdpijn als gevolg van een herseninfarct hebben een andere epidemiologie en vragen dus om een andere aanpak en behandeling.⁴¹ Tot aan de vijfde (en huidige) editie van de DSM werd elke psychische diagnose, in lijn met dit medische model, dan ook beschouwd als een representatie van de symptomen/psychische klachten die voortkomen uit deze stoornis.⁴² Hieruit ontstond de categorische indeling die de DSM kenmerkt. Het doel van deze categorische indeling was om homogene subpopulaties gekenmerkt door deze stoornissen te identificeren. Wanneer deze homogene populaties geïdentificeerd zouden zijn, zou dit de ideale grond vormen voor onderzoek naar de opmaak van deze groepen evenals voor het ontwikkelen en toepassen van gerichte behandelingen. Dit resulteerde dus in het nastreven van heel specifieke en afgebakende formuleringen van de verschillende diagnoses en diens subgroepen.

In de introductie van de DSM-5 wordt er stilgestaan bij de moeilijkheden die door klinici en wetenschappers zijn vastgesteld in het gebruik van de DSM. Zo is er een hoge mate van comorbiditeit zowel binnen als tussen hoofdstukken van de DSM. Oftewel, vaak worden meerdere stoornissen tegelijk vastgesteld, zowel stoornissen binnen eenzelfde categorie (bijvoorbeeld meerdere angststoornissen) als stoornissen uit verschillende categorieën (bijvoorbeeld een angststoornis en een depressieve stoornis). Daarnaast moeten klinici te vaak terugvallen op de ‘niet gespecificeerde’ subcategorie van een diagnose omdat er niet voldoende voldaan wordt aan de criteria van een gespecificeerde subcategorie ondanks klinisch significante klachten. Ook sluit wetenschappelijk onderzoek naar specifieke genotypische of omgevingsrisicofactoren veelal niet aan bij de in de DSM gespecificeerde diagnoses.⁴³

Deze moeilijkheden zijn volgens de DSM-5 ontstaan doordat de wetenschap die de basis heeft gevormd voor de huidige organisatie van de DSM inmiddels een halve eeuw oud is: het medische model vormt een “historisch gedetermineerd cognitief schema dat over de klinische en wetenschappelijke informatie is gelegd”.⁴⁴ In de DSM-5 is APA dus afgestapt van de ideologie om homogene subgroepen te identificeren gekarakteriseerd door een

⁴¹ Glassman en Geluk, *Stromingen in de Psychologie*, 320.

⁴² American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 12.

⁴³ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 10.

⁴⁴ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 10.

specifieke psychische stoornis. Zo is meer ruimte ontstaan om in de DSM te focussen op alle kennis in het vakgebied inzichtelijk en bruikbaar te maken.⁴⁵ Hiermee is het doel van de DSM dus geherformuleerd, waardoor het weliswaar een stuk minder ambitieus maar wel een stuk meer realistisch is.

Hoewel APA toegeeft dat het met de huidige inzichten niet langer logisch is om hun originele doelen na te streven, geeft ze ook aan niet zomaar af te kunnen stappen van deze manier van stoornissen ordenen/conceptualiseren. Dit zal namelijk ten eerste voor ernstige verstoringen zorgen in de klinische praktijk gezien de mate waarin de DSM-5 geïntegreerd is in de psychische hulpverlening. Niet alleen worden hulpverleners opgeleid aan de hand van de DSM-5 stoornissen; is diagnostisering een vitaal onderdeel van de behandelingscyclus; en zijn de keuzes voor de insteek van de behandeling veelal afhankelijk van de diagnose; ook is de DSM-5 conceptualisatie van stoornissen dusdanig geïntegreerd in onze discourse dat cliënten een diagnose verwachten te krijgen en daarbij veel houvast halen uit een diagnose.⁴⁶ Daarbij zijn zowel hulpverlener als cliënt economisch afhankelijk van de DSM-5 diagnoses voor het toezeggen van vergoeding door de zorgverzekering, wat in veel gevallen alleen gedaan kan worden wanneer er een DSM-5 code verschijnt.⁴⁷ Naast deze praktische problemen zijn er op theoretisch gebied moeilijkheden. De wetenschap is namelijk simpelweg nog niet voldoende gevorderd om met voldoende betrouwbaarheid een alternatieve valide conceptualisatie van psychische klachten te ondersteunen dan de huidige categorische aanpak.⁴⁸

Er is dus een conflict ontstaan tussen de feitelijke problemen met de huidige organisatie en conceptualisatie van de DSM, en de mogelijkheid om hier iets aan te doen. In de laatste versie van de DSM (DSM-5) is in reactie op dit conflict getracht diagnoses te clusteren in hoofdstukken op basis van kenmerken die veel systematische comorbiditeiten verklaren.⁴⁹ Op deze manier is er een poging gedaan om meer dimensioneel onderzoek te

⁴⁵ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 10-12.

⁴⁶ Ad Vingerhoets and P F M Kop, *Psychologie in de Gezondheidszorg: Een Praktijkoriëntatie* (Houten Etc.: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002): 16. Y. M. HAYNE, "Experiencing Psychiatric Diagnosis: Client Perspectives on Being Named Mentally Ill*," *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, no. 6 (December 2003): 722–29, <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00666.x>.

⁴⁷ Zorginstituut Nederland, "Uitleg Aanspraken Geneeskundige GGZ Op Basis van DSM-5 Classificatie," July 10, 2018.

⁴⁸ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 10.

⁴⁹ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 13.

faciliteren binnen en tussen diagnostische categorieën, ook met oog op volgende versies van de DSM, terwijl tegelijk aan de klinische behoeften te kunnen blijven voldoen.

3.3 Vertaling Medische Model naar de Psychiatrie

Ondanks de theoretische nuanceringen wordt er dus in de praktijk nog doorgewerkt tegen de achtergrond van de originele toepassing van het medische model. Hierom zal in de rest van dit hoofdstuk ingegaan worden op de aannames in dit medische model zonder de theoretische nuanceringen die hierboven besproken zijn.

Om te illustreren wat het medische model in medische context inhoudt werd eerder het onderscheid tussen hoofdpijn als gevolg van een hersentumor en hoofdpijn als gevolg van een herseninfarct als voorbeeld gegeven voor hoe klachten binnen het medische model gekarakteriseerd worden aan de hand van hun medisch onderliggende oorzaak. Hierbij kan het onderscheid tussen deze twee soorten hoofdpijn veelal goed gemaakt worden door onderzoek uit te voeren bij de patiënt. Zo kunnen bijvoorbeeld de kenmerkende klachten in beeld gebracht worden, of kan zelfs de oorzaak zelf in beeld gebracht worden met behulp van allerlei technieken, zoals een MRI-scan. Zo kunnen de symptomen teruggeleid worden naar de waarschijnlijke oorzaak. Belangrijk hierbij is dus dat 1) beide soorten hoofdpijn gevolg zijn van een te traceren *lichamelijke oorzaak*, 2) deze lichamelijke oorzaak een afwijking is van de *gezonde norm* waarmee huidig functioneren wordt vergeleken en 3) beide soorten hoofdpijn van elkaar onderscheiden kunnen worden aan de hand van zowel het algehele klachtenbeeld als onderzoek naar het lichaam en de oorzaak die hierin ligt (oftewel er is een *homogene subpopulatie* onder de mensen met een specifieke diagnose).⁵⁰

Dit medische model is ontwikkeld in de medische wereld en toen toegepast in het psychiatrische veld: net als bij een bloedpropje bij een herseninfarct wordt bij ADHD onder andere deregulatie van dopamine in de hersenen als oorzaak gegeven.⁵¹ Deze deregulatie van de hersenen is dus een afwijking van de gezonde norm waar dopamine wel goed geregeld wordt, wat normaal zou resulteren in bijvoorbeeld een impulscontrole ‘zoals dit hoort’. Deze specifieke deregulatie van dopamine is anders dan hoe dit bij een andere psychische ziekte gebeurt zoals een depressie, waar naast serotonine ook een grotere rol weggelegd is voor

⁵⁰ Valerie Morrison and Paul Bennett, *An Introduction to Health Psychology* (México: Pearson Educación, 2011), 8–9.

⁵¹ Gail Tripp and Jeffery R. Wickens, “Neurobiology of ADHD,” *Neuropharmacology* 57, no. 7-8 (December 2009): 579–89, <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2009.07.026>.

afwijkingen van serotonine en noradrenaline.⁵² Hierin zijn de drie kernelementen van het medische model opnieuw terug te lezen: de lichamelijke oorzaak voor (niet perse uitsluitend maar wel onder andere) het ontstaan en/of verloop van de ziekte (1); de subpopulatie met deze ziekte die op basis van deze ziekte afwijkt van het reguliere functioneren/ontwikkelen van de algehele populatie (2); en de subpopulatie die op basis van de voor de ziekte kenmerkende eigenschap afwijkt van andere subpopulaties (3).

3.4 Betekenis Kernelementen Medisch Model

Met de introductie van het medische model in de psychiatrie is dus een vertaalslag gemaakt van het ene naar het andere veld waarbij bovenstaande kernelementen van het medische model gebruikt zijn als kader om de vele verschillende geobserveerde psychische klachten te ordenen en te categoriseren. Het zijn dus deze aannames die de manier waarop psychische klachten geconceptualiseerd zijn gevormd hebben. Oftewel, er is vanuit dit theoretische kader van het medische model gekeken naar mensen en hun gedrag/ervaringen, waarbij deze fenomenen binnen deze medische theoretische context geconceptualiseerd zijn als stoornis (want dit sluit aan bij het model dat als uitgangspunt genomen is). Dit staat gelijk aan het feit dat niet de ‘stoornis’ zelf aanleiding was voor deze manier van conceptualiseren: het concept van de stoornis als verklaring voor de fenomenen is het product en niet de aanleiding. Hierin kan een link gelegd worden met het tweede en derde kernelement: de vormgeving van de fenomenen als een specifieke ziekte maakt dat ervan uitgegaan wordt dat het afwijkt van normaal functioneren en dat de ene ziekte te onderscheiden is van de andere. Hierbij is dus de norm voor wat afwijkend is voor elke ziekte geconstrueerd binnen een specifieke theoretische context en komt dus niet per se voort uit een materieel verschil dat deze subpopulatie karakteriseert.

De afbakening van mentale ziektes, de norm voor wat onder zo’n ziekte valt en wat dan wel ‘normaal’ is, zijn dus geconstrueerd vanuit de aanname dat een ziekte met lichamelijke oorzaak een goede benadering is voor de geobserveerde psychische fenomenen. Het tweede en derde kernelement van het medische model zijn dus terug te leiden naar het eerste kernelement, wat overeenkomt met deze aanname.

Dit heeft twee belangrijke gevolgen. Als eerste betekent dit dat de aannames die gedaan worden binnen dit model over menselijk functioneren niet een absolute waarheid

⁵² David J Nutt, “Relationship of Neurotransmitters to the Symptoms of Major Depressive Disorder,” *Journal of Clinical Psychiatry* 69 (2008).

representeren. Er is immers geen materiële werkelijkheid waaruit deze benadering voortkomt, alleen een theoretisch kader gevormd door bepaalde aannames. Toch werken deze aannames wel door op de theorieën over menselijk psychisch functioneren die gebaseerd zijn op de modellen die uit deze theorie voortkomen. Het is dus belangrijk om bewust te zijn van deze aannames, en van het feit dat het aannames zijn. Hieronder zal ingegaan worden op wat de aannames binnen het medische model zeggen over het concept van de mens. Ten tweede betekent dit ook, dat als een andere theorie als uitgangspunt genomen wordt, er op een andere conceptualisatie van psychisch disfunctioneren uitgekomen kan worden. Op dit laatste zal ingegaan worden in volgend hoofdstuk en de implicaties ervan zullen aan bod komen in de conclusie.

3.5 Mensbeeld Achter de Theorie

Hierboven is uiteengezet hoe de kernelementen van het medische model terug te leiden zijn naar de eerste aanname dat psychisch disfunctioneren gevolg is van een lichamelijke oorzaak. In deze aanname worden psychische fenomenen gereduceerd tot gevolgen van materiële processen in de hersenen: een psychische ziekte wordt veroorzaakt door een fout in het orgaan dat de psyche produceert. Hierin schuilt opnieuw, net als bij het mechanische cognitieve model, een benadering van de mens waarbij de hersenen het beginpunt en de kern van de menselijke ervaring vormen: een brein gebonden mens tegenover de externe wereld.⁵³

Het mensbeeld achter de DSM sluit dus feilloos aan bij het mensbeeld achter CGT. Dit laat zien dat hoewel de DSM en CGT elk hun eigen ontstaan en ontwikkeling kennen, ze op overeenkomende aannames over de kern van de mens gegrond zijn. Deze aannames zijn kenmerkend voor de instrumentele methodologie die het cognitieve paradigma karakteriseren.

⁵³ Miriam Kyselo, "The Body Social: An Enactive Approach to the Self," *Frontiers in Psychology* 5 (September 12, 2014): 1-2, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00986>.

HOOFDSTUK 4: HET ENACTIEVE KADER

In dit hoofdstuk zal de deelvraag ‘Wat is het mensbeeld in het enactieve kader?’ besproken worden. Waar in vorige hoofdstukken de theorie als beginpunt genomen werd en vanuit daar het mensbeeld gedeconstrueerd moest worden, zal in dit hoofdstuk de werkwijze eerder andersom zijn. Deze theorie is namelijk gericht op een bepaalde conceptualisatie van de mens, waarna dit mensbeeld als uitgangspunt wordt genomen om op voort te theoretiseren. De enactieve theorie zal worden opgebouwd vanaf de benadering van een organisme tot het volledige persoon-wereld systeem. Als laatste wordt kort het mensbeeld dat dit persoon-wereld systeem karakteriseert samengevat.

4.1 Opbouw Theoretisch Kader

Het enactieve perspectief biedt een unieke kijk op wat de mens is, die berust op een specifieke beredenering van wat de afbakening van een organisme inhoudt: de theorie stelt dat een organisme zichzelf onderscheidt van levenloze materie doordat het gekenmerkt wordt door netwerken van dynamische processen zoals het metabolisme, immuunsysteem, neurale netwerk, sensomotorische systeem, etc.⁵⁴ Deze processen onttrekken stoffen uit de omgeving en scheiden andere stoffen weer uit.⁵⁵ Op deze manier is het in constante interactie met de omgeving door het uitwisselen van materie en de energie in deze materie.⁵⁶ De organisatie van deze uitwisseling wordt door het organisme zelf geregeld (is hierin dus autonoom) en is tegelijk wat het organisme tot het organisme (oftewel wat de afbakening van het organisme constitueert) en tot levend ding maakt: niet de materie waaruit het bestaat maar de organisatie van de materie constitueert het organisme en het leven ervan. Het leven van het organisme is hierin dus een proces dat voortkomt uit de continue (her)organisatie van dit organisme-omgevingssysteem, waarbij de organisatie zelf constant genereerd wordt door de activiteiten in de processen zelf.⁵⁷ De processen bestaan uit het constante verwerken van en feedback geven op de in stand houding van het systeem waardoor de materie constante structurele en functionele veranderingen ondergaat (met als doel dus dit systeem in stand te houden). Het metabolisme is hierin dus de uitwisseling met de omgeving afhankelijk van de

⁵⁴ Hanne De Jaegher, “Embodiment and Sense-Making in Autism,” *Frontiers in Integrative Neuroscience* 7 (2013): 5, <https://doi.org/10.3389/fnint.2013.00015>.

⁵⁵ Sanneke de Haan, “An Enactive Approach to Psychiatry,” *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 27, no. 1 (2020): 7-8, <https://doi.org/10.1353/ppp.2020.0001>.

⁵⁶ Sanneke de Haan, “An Enactive Approach to Psychiatry,” *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 27, no. 1 (2020): 7-8, <https://doi.org/10.1353/ppp.2020.0001>. Hanne De Jaegher, “Embodiment and Sense-Making in Autism,” *Frontiers in Integrative Neuroscience* 7 (2013): 5-6, <https://doi.org/10.3389/fnint.2013.00015>.

⁵⁷ Ezequiel Di Paolo and Evan Thompson, “The Enactive Approach,” in *The Routledge Handbook of Embodied Cognition*, ed. Lawrence A Shapiro (London ; New York: Routledge Taylor & Francis Group, 2017), 1-2.

behoefden van wat het systeem nodig heeft om het metabolisme –en zo het systeem– in stand te houden.

Het inzicht in de behoeften van het systeem en de reflectie op de omgeving om daar uit te halen wat deze behoeften vervult (en te vermijden wat het tegenwerkt) is een proces van *sense*-maken: in de interactie met de omgeving en het zelf ontstaat een bewustzijn van de waarnemingen en wordt dit gebruikt om de verhoudingen van het systeem met de wereld te begrijpen en onderhouden.⁵⁸ Doordat de interactie met de omgeving en de reflecties hierop het *sense*-maken in stand houden, wordt de waarde van deze interactie voor het systeem ook direct gereflecteerd in het *sense*-maken proces. Dit wordt gereflecteerd in de affecten: staten van ervaring die de waarde van de interactie voor het systeem reflecteren, en zo gedrag motiveren in overeenstemming met de continuering van het systeem. Deze reflectieve, aanpassende, motiverende en richtende kenmerken zijn dan ook wat van mensen actieve cognitieve agenten maakt.

Tot zo ver samengevat: de autonome manier waarop de materie georganiseerd is binnen een organisme geeft de materie van het organisme andere kwalitatieve kenmerken dan de materie van levenloze dingen. Uit deze organisatie van het systeem komt zowel leven zelf voort als een bewustzijn van de omgeving en het zelf (vanuit *sense*-maken). Dit is wat de kern vormt van de leven-geest continuïteitsthesis die de basis vormt van het enactieve model: zowel het leven als de geest zullen kenmerken worden van materie wanneer het zich autonoom organiseert en zolang het zich zo blijft organiseren.⁵⁹ Deze thesis geeft dus een alternatief voor het geest-lichaam probleem. De discussie over wel of niet twee verschillende substanties en hoe deze dan eventueel verbonden zouden zijn valt weg wanneer aangenomen wordt dat de eigenschappen die we toekennen aan de geest, inherente eigenschappen zijn van levende materie (want zonder *sense*-maken zou het metabolisme niet in stand gehouden kunnen worden, en dus ook niet het leven, en zou het dus geen levend organisme zijn: *sense*-maken is de voorwaarde voor leven als wel een *emerging* eigenschap van het leven).

Voor (onder andere) mensen komt hier nog een laag bovenop in vergelijking met veel andere organismen. Mensen zijn namelijk niet alleen in staat om de relevantie van de omgeving voor hun overleving te beoordelen, maar zijn in staat om in een meta laag *sense* te maken van zichzelf en hun eigen ervaringen.⁶⁰ Dit verandert de gehele organisatie van het

⁵⁸ de Haan, "An Enactive Approach to Psychiatry," 8.

⁵⁹ de Haan, "An Enactive Approach to Psychiatry," 7-8.

⁶⁰ de Haan, "An Enactive Approach to Psychiatry," 9-10.

systeem en dus ook de kwalitatieve eigenschappen van de materie. De organisatie is hiermee veranderd omdat er door deze extra laag van metareflectie een complexere relatie tot het zelf en de omgeving tot stand komt. Hierbij beïnvloedt niet alleen de functionele waarde van de omgeving voor het metabolisme de keuzes van het organisme, maar ook de evaluatieve waarden van hoe goed de keuzes zijn voor dingen waar waarde aan gehecht wordt. Denk aan het imago, culturele verwachtingen, relaties, etc. De materie heeft als gevolg hiervan ook kwalitatief andere eigenschappen doordat deze metareflectie ervoor zorgt dat de basisreflecties zelf (over puur de biologische behoeften) niet langer alleen de functionele waarden meenemen, maar ook beïnvloed worden door de evaluatieve waarden. Een uitzonderlijk voorbeeld hiervan zie je bij mensen met anorexia nervosa: de functionele waarde van eten wordt dusdanig onderdrukt door de negatieve evaluatieve waarde dat het in extreme gevallen een gevaar kan vormen voor de in stand houding van het hele systeem (oftewel het kan dan levensbedreigend worden). Om onderscheid te maken tussen organismen met een functionele organisatie versus organismen met een functionele en evaluatieve organisatie wordt het organisme-omgevingssysteem in het tweede geval benoemd als een persoon-wereld systeem.

De Haan onderscheidt vier dimensies die de organisatie van het persoon-wereld systeem samen karakteriseren.⁶¹ De hierboven besproken meta laag noemt ze de existentiële dimensie. Daarnaast heb je nog de fysiologische dimensie, de ervaringsdimensie en de socioculturele dimensie. De fysiologische dimensie reflecteert de materiële veranderingen bij een verandering van staat zoals de werking van neurotransmitters en breinactiviteit. De ervaringsdimensie reflecteert klassieke psychologische concepten over wat er omgaat in het bewustzijn van een persoon zoals gevoelens of gedachten. Als laatste reflecteert de socioculturele dimensie de wereld waarin de persoon staat en mee interacteert. Met deze wereld wordt niet slechts de levenloze omgeving bedoeld, maar juist de sociale structuren en culturele verwachtingen waarbinnen een persoon opereert en mee interacteert. Deze vier dimensies reflecteren dus verschillende aspecten van hetzelfde proces die onderling afhankelijk zijn van elkaar. Binnen dit complexe persoon-wereld systeem zijn de dimensies onlosmakelijk met elkaar verbonden:

Ervaringen benodigen een lichamelijk zijn in een omgeving, wat in ons geval een socioculturele wereld is. We leven in een socioculturele wereld in plaats van enkel een biofysische omgeving doordat we in staat zijn om een houding aan te nemen tegenover onszelf en de wereld. Maar de ontwikkeling van deze reflectieve capaciteiten hangt af van

⁶¹ de Haan, "An Enactive Approach to Psychiatry," 12-18.

ons zijn als lichamelijke, sociale agenten die interacteren met anderen in een samenleving die deze ontwikkeling aanmoedigt. Onze socioculturele gemeenschap vormt en wordt zelf ook weer gevormd door onze ervaringen en reflectieve houdingen.⁶²

Stel iemand krijgt een negatieve beoordeling na een paar maanden gewerkt te hebben bij zijn allereerste baan. De reactie van deze specifieke persoon is uniek door de specifieke (fysiologische en ervaringsdimensie) staat, specifieke sociale setting, met deze specifieke geschiedenis en deze existentiële houding tegenover de situatie. Stel hij heeft voordat hij vertrok naar werk ruzie gehad met zijn partner, dan zit de stress nog in zijn lichaam en voelt hij zich al meer onzeker dan gebruikelijk. Misschien is zijn baas erg autoritair zoals zijn partner die ochtend ook was, waardoor alle spanning en onzekerheid van die ochtend weer opgeroepen wordt in het kantoor van zijn baas, wat reactie op de huidige situatie versterkt. Kortom: het is onmogelijk om één oorzaak aan te wijzen voor de specifieke reactie die hij heeft op de beoordeling. In plaats daarvan maken alle dimensies samen een staat van zijn op en zo ook de reactie die hij geeft.

4.2 Mensbeeld in de Theorie

De mens die hier omschreven wordt is ten eerste interactief: de mens bestaat uit zich continu herorganiserende materie en is hierin continu aan het *sense*-maken om het systeem in stand te houden. Binnen het *sense*-maken wordt continu reflecteert, op zowel functioneel als existentieel niveau, op processen binnen en buiten het eigen systeem. De mens is dus ook reflectief: in de interactie met de wereld is het persoon-wereld systeem continu bezig met reflecteren op wat het systeem nodig heeft en wat de omgeving biedt. Hierin creëert de mens dus ook actief betekenis door de behoeften en omgeving aan elkaar te koppelen. De waarde van deze koppeling wordt gereflecteerd in de ervaren affecten en dus is de mens ook affectief. Het lichaam vormt de materie waarin het persoon-wereld systeem gegrond is en is hiermee een belangrijk onderdeel van het gehele systeem. De materie wordt echter constant uitgewisseld met de omgeving, dus het persoon-omgevingssysteem vormt hier de afbakening van de mens en niet de materie van het lichaam zelf. Door de continue interactie met de omgeving is ook de omgeving belangrijk voor het systeem. Deze omgeving is in relatie tot ons sociocultureel omdat wij existentieel reflecteren op ons eigen systeem. Mensen zijn dus niet alleen actief, reflectief en affectief, maar ook gegrond in hun lichaam en socioculturele wereld, en hierdoor altijd in continue interactie met de voor het systeem betekenisvolle wereld.

⁶² de Haan, "An Enactive Approach to Psychiatry," 16.

HOOFDSTUK 5: DE VERSCHILLEN TUSSEN BEIDE BENADERINGEN

In bovenstaande hoofdstukken zijn het cognitieve paradigma, gevormd door het mechanische model van cognitie en het medische model van psychiatrische stoornissen, en het enactieve kader uiteengezet. In dit hoofdstuk zal de deelvraag ‘Wat zijn de verschillen in het mensbeeld van de cognitieve en de enactieve benadering?’ beantwoord worden. Om hier antwoord op te geven zullen beiden naast elkaar gezet worden op grond van drie niveaus waarop de benadering van de mens en de menselijke ervaring verschillen. Er is gekozen voor de clustering in deze drie niveaus omdat zo elke clustering overeenkomt met een niveau aanwezig in de enactieve theorie. Zo wordt beoordeeld hoe het cognitieve paradigma afwijkt van de enactieve theorie. Gezien de fenomenologische inrichting van het enactieve kader, zullen de gevonden verschillen op deze manier een reflectie zijn van hoe de enactieve fenomenologie ontbreekt in het cognitieve paradigma op elk niveau.

Het eerste niveau reflecteert de meest basale verschillen in de manier waarop de werking/organisatie van de mens geconceptualiseerd is en de directe invloed hiervan op de conceptualisatie van de ervaring. Bij het tweede niveau wordt ingegaan op de verschillen in de conceptualisatie van cognitie. Dit reflecteert dus de verschillen in de benadering hoe de bewuste ervaring tot stand komt in beide benaderingen en zo ook hoe het bewustzijn de ervaring van het zelf constitueert. Bij het laatste niveau wordt ingegaan op de verhoudingen tussen dit bewustzijn, het individu en de wereld. Dit niveau reflecteert dus de verschillen in hoe de bewuste ervaring tot stand komt in relatie tot de omgeving, en de waarde die toegeschreven wordt aan deze ervaring van de omgeving. Deze drie niveaus weergeven dus 1) de theoretische basis van wat de mens opmaakt, 2) hoe deze conceptie van de mens waarneemt en begrijpt, en zo het zelf ervaart, en 3) hoe deze conceptie van de waarnemende en begrijpende zelf in relatie staat tot de wereld.

5.1 Organisatie van de Mens: Instrumenteel– Holistisch en Interactief

In dit cluster zal het verschil in de theoretische organisatie van de mens besproken worden (oftewel wat de mens opmaakt). Hierbij wordt besproken hoe dit de theoretische conceptualisering van hoe de ervaring is opgemaakt beïnvloed. Hieruit volgt hoe de ervaring van het individu op dit eerste basale en theoretische niveau mist in het cognitieve paradigma.

De ervaring van de mens wordt binnen het cognitieve paradigma gereduceerd tot de onderliggende materie. Binnen het medische model wordt gewerkt vanuit de aanname dat een

ziekte met lichamelijke oorzaak een goede benadering is voor psychische problematiek.⁶³ Er zouden dus materiële afwijkingen zijn waardoor als gevolg andere afwijkingen ontstaan. Ook in het mechanische cognitieve model vormt de materie de kern waar om- en doorheen alles gebeurt: de omgevingsinput stroomt door de hersenen heen en bij afwijkingen in de hersenen (of bij afwijkingen in cognitieve schema's (door bijvoorbeeld aversieve levensgebeurtenissen) die in de structuur van de hersenen zijn geëtt) komen er afwijkingen in de op cognitie volgende vlakken tot uiting.⁶⁴ Oftewel vanuit de materie ontstaan emoties en gedrag, en de omgeving is belangrijk alleen in relatie tot de materie.

Vanuit het enactieve perspectief zijn er een aantal objecties te noemen tegen dit beeld. De meest basale daarvan komt voort uit het verschil in kijk op materie: de aanname dat de kern van de mens gevormd is door de materie van de hersenen (waaruit alle rest voortkomt) valt weg door de aanname dat de mens gekarakteriseerd wordt door zijn autonoom systeem waarbinnen materie steeds uitgewisseld wordt.⁶⁵ Materie slaat hierin dus ook niet langer alleen op de hersenen maar op daadwerkelijk het hele materiële lichaam. Materie is dus niet langer het begin van een lineair causaal verband. In plaats daarvan bevat het systeem meerdere dimensies die elkaar overlappen en aanvullen, waarbinnen de fysiologische processen binnen het gehele lichaam één facet representeren.⁶⁶ Wanneer iemand zich bijvoorbeeld geïrriteerd voelt zou dit binnen het cognitieve paradigma teruggeleid worden naar gedachten of naar een bepaalde hersen activatie. Vanuit het enactieve kader worden zowel gedachten als hersenactivatie (alsook de reflecties van de geïrriteerde staat in andere dimensies) gezien als onderdeel van de geïrriteerde staat: als ingezoomd wordt op gedachten worden de geïrriteerde gedachten zichtbaar; als ingezoomd wordt op de hersenactivatie wordt activatie van de amygdala zichtbaar; als ingezoomd wordt op de fysiologie wordt een verhoogd cortisol zichtbaar; als ingezoomd wordt op het affect wordt een geïrriteerd gevoel zichtbaar; etc.⁶⁷

⁶³ Valerie Morrison and Paul Bennett, *An Introduction to Health Psychology* (México: Pearson Educación, 2011), 8–9.

⁶⁴ William E. Glassman, en Hans Geluk, "De cognitieve benadering," in *Stromingen in de psychologie*, (Baarn: HBuitgevers, 2003), 86-94. Hamish J MacLeod and Joseph Ciarrochi, "The self in cognitive behavior therapy," in *The Self and Perspective Taking : Contributions and Applications from Modern Behavioral Science*, ed. Louise Mchugh and Ian Stewart (Oakland, Ca: Context Press/New Harbinger Publications, 2012), 161–80.

⁶⁵ Sanneke de Haan, "An Enactive Approach to Psychiatry," *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 27, no. 1 (2020): 7-8, <https://doi.org/10.1353/ppp.2020.0001>. Hanne De Jaegher, "Embodiment and Sense-Making in Autism," *Frontiers in Integrative Neuroscience* 7 (2013): 5-6, <https://doi.org/10.3389/fnint.2013.00015>.

⁶⁶ de Haan, "An Enactive Approach to Psychiatry," 12-18.

⁶⁷ de Haan, "An Enactive Approach to Psychiatry," 13.

Samengevat betekent dit dat doordat de organisatie van de mens anders benaderd wordt in beide benaderingen, hieruit andere implicaties ontstaan voor wat de basis van de menselijke ervaring vormt. Als de holistische en interactieve organisatie binnen het enactieve kader als uitgangspunt genomen wordt om de benadering van de organisatie van de mens in het cognitieve paradigma te beoordelen, blijkt dat de instrumentalisatie van de menselijke ervaring hier een te eenzijdig en versimpeld beeld geeft: de gegrondheid in het lichaam en de omgeving, evenals de ervaring van en de samenhang binnen de verschillende dimensies die de ervaring construeren worden onderbelicht. Hiermee is de ervaring gereduceerd tot puur instrumenteel en raken mensen vervreemd van hun complete ervaringswereld.

5.2 Cognitie: Deterministisch – Inherent Actief

In dit cluster zal de benadering van cognitie in beide benaderingen besproken worden en hoe deze verschillen. Hieruit zal blijken wat de verschillen zijn in hoe de bewuste ervaring tot stand komt en wat dit betekent in relatie tot de ervaring van het zelf. Hieruit volgt hoe de ervaring van het zelf mist in het cognitieve paradigma.

Binnen het cognitieve paradigma wordt cognitie benaderd als het proces waarbij omgevingsinput automatisch naar binnen loopt via de zintuigen, door de processor (de hersenen) heen waarna het de rest van de bewuste ervaring beïnvloedt.⁶⁸ Daarnaast vormen structurele afwijkingen in de hersenen de grond voor de conceptualisering van psychische afwijkingen.⁶⁹ In beide modellen is het actieve deel bewaard voor de hersenen, en veranderen de emoties en het gedrag als passief gevolg: emoties en gedrag overkomen de mens als gevolg van wat er gebeurt in de hersenen. Hieruit volgt dat verandering in emoties en gedrag ingezet moet worden bij de cognities: door de cognities te controleren kan de rest van de menselijke ervaring gecontroleerd worden. Hierin wordt dus een tweesplitsing bewerkstelligt in de ervaring: tussen de cognitieve en de niet-cognitieve fenomenen.

In tegenstelling tot cognitie, is *sense*-maken inherent actief: er wordt continu gereflecteerd op de omgeving en het zelf, welke zo continu worden waargenomen en geïnterpreteerd.⁷⁰ Daarnaast is het zijn zelf –als *emerging* eigenschap van *sense*-maken– ook actief: middels *sense*-maken wordt continu het leven van de mens evenals de bewuste

⁶⁸ Glassman, en Geluk, “De cognitieve benadering,” 86-94.

⁶⁹ Morrison en Bennett, *An Introduction to Health Psychology*, 8–9.

⁷⁰ de Haan, “An Enactive Approach to Psychiatry,” 7-8. Ezequiel Di Paolo and Evan Thompson, “The Enactive Approach,” in *The Routledge Handbook of Embodied Cognition*, ed. Lawrence A Shapiro (London ; New York: Routledge Taylor & Francis Group, 2017), 1-2.

ervaring van dit leven gecreëerd. Doordat het leven continu ontstaat met het *sense*-maken en alle dimensies verschillende kanten van het *sense*-maken constitueren, zijn alle dimensies dus van vitaal belang voor het zijn van de mens.

Door aan te sturen op het losmaken van de cognitieve ervaringen van de niet cognitieve ervaringen, zoals dit binnen het cognitieve paradigma gedaan wordt, worden de niet-cognitieve maar wel vitale dimensies van de ervaring doelbewust vervreemd. Hierdoor kan het systeem niet meer op een volledige manier adapteren, waardoor er een vervreemding ontstaat van het menselijke zijn (de dimensies reflecteren immers geïntegreerd de gehele ervaring van het zijn). Dit ligt in het verlengde van het vorige besproken niveau: de eenzijdige en versimpelde benadering van de organisatie van de mens werkt door in een eenzijdige en versimpelde benadering van hoe de mens cognitiseert. Daarnaast resulteert de verminderde theoretische mogelijkheid om op een volledige manier te reageren op en adapteren aan de omgeving, in een statisch en passief mensbeeld. Hierdoor wordt agentschap ontnomen van de menselijke ervaring.

Daarbij geeft de medische conceptualisering van psychische problematiek, namelijk de aanname dat psychische klachten nou eenmaal voortkomen uit afwijkingen in de structurering of chemie van de hersenen, het beeld dat je onderworpen bent aan deze structurering: de materie determineert de ervaring en dus blijft er weinig mogelijkheid over om hier zelf iets aan te doen. Ook is de cliënt voor interventies binnen het cognitieve paradigma (bijvoorbeeld middels CGT of medicatie) afhankelijk van een geleerde psycholoog of psychiater die hem aan de haal neemt tijdens de sessies of met de medicatie die voorgeschreven wordt. Hierdoor blijft ook in de praktijk weinig mogelijkheid over voor eigen inbreng van de cliënt waardoor individueel agentschap weinig aangemoedigd wordt.

Samengevat wordt er binnen beide benaderingen een ander beeld aangehouden van wat cognitiseren inhoudt (cognitie staat hierin tegenover het *sense*-maken). Als het inherent actieve *sense*-maken van het enactieve kader als uitgangspunt genomen wordt om de conceptualisatie van cognitie in het cognitieve paradigma te beoordelen, blijkt dat de cognitieve benadering van cognitiseren leidt tot een statisch en passief mensbeeld. Daarnaast zorgt het medische model voor een deterministisch beeld van de ervaren psychische klachten. Ook bemoeilijkt de praktijk binnen het cognitieve paradigma het mogelijk om zelf zeggenschap uit te oefenen. Dit resulteert in een ervaring van het zelf als verstoken van agentschap.

5.3 Interactie met de Wereld: Functionalistisch – Inherent Betekenisvol

In dit cluster zullen de verhoudingen tussen het bewustzijn, het individu en de wereld in beide benaderingen besproken worden. Hieruit zal blijken wat de verschillen zijn in hoe de bewuste ervaring van de omgeving tot stand komt en wat dit zegt over de betekenis en waarde van de interpretatie van de wereld. Hieruit volgt hoe de ervaring van het individu op dit derde niveau van de ervaring van de wereld mist in het cognitieve paradigma.

De omgevingsinput loopt binnen het cognitieve paradigma passief door de persoon heen. De input die binnenkomt wordt aan de hand van de cognities gevormd en bijgesneden tot datgene wat waargenomen wordt.⁷¹ Van deze gefilterde input wordt vervolgens de bewuste ervaring gevormd door het te plaatsen binnen het cognitieve schema. Hier wordt de al gefilterde input gelinkt aan bestaande kennis en herinneringen, en zo geïntegreerd in het narratief kenmerkend voor het cognitieve schema. De interpretatie en dus betekenis van de wereld is zo het gevolg van de transformaties die gedaan worden van de input. Deze transformaties zijn passief doordat de cognities zorgen voor een bepaalde filtering en omkadering van de input in overeenstemming met het cognitieve schema, maar de informatie wordt niet wezenlijk veranderd. Zo blijft de objectieve betekenis bewaard voor de staat van de wereld: zonder een persoon om de input vanuit de omgeving te ontvangen en dus zonder de transformaties van deze input blijft de wereld an sich over. Hierdoor zijn de waarnemingen van de mens juist of onjuist in relatie tot deze objectieve werkelijkheid, waardoor het idee ontstaat dat er foute interpretaties zijn die verbeterd kunnen worden. Het bewustzijn reflecteert dus niet de wereld zelf, maar bestaat als functie van de hersenen om de wereld behapbaar te maken om er zo mee om te kunnen gaan.⁷²

Tegenover dit beeld van hoe cognitie zich relateert tot de wereld staat in het enactieve kader *sense*-maken centraal. Middels het *sense*-maken wordt er continu gereflecteerd op wat het systeem nodig heeft en wat de omgeving biedt om zo de organisatie van het systeem continu in stand te houden.⁷³ Hierin creëert de mens dus actief betekenis door de behoeften en omgeving aan elkaar te koppelen.⁷⁴ Belangrijk is dus dat binnen het enactieve kader de betekenis constant gecreëerd wordt op het raakvlak tussen persoon en wereld en niet inherent is aan één van de twee. Waar in het cognitieve paradigma het waarnemen passief gebeurt, is de waarneming hier dus actief reflecterend en hierdoor inherent betekenisvol. Daarbij staat de

⁷¹ MacLeod en Ciarrochi, "The self in cognitive behavior therapy", 161–80.

⁷² de Jaegher, "Embodiment and Sense-Making in Autism," 4.

⁷³ de Haan, "An Enactive Approach to Psychiatry," 7-8.

⁷⁴ de Haan, "An Enactive Approach to Psychiatry," 8

betekenis niet in de wereld met de persoon daar tegenover in zijn eigen (op de omgeving gebaseerde maar wezenlijk losstaande) wereld, maar is de wereld onlosmakelijk onderdeel van het persoon-wereld systeem en is betekenis zo een functie van de interactie.⁷⁵

Uit het idee dat de waarneming altijd betekenisvol is en het idee dat de mens omschreven kan worden als een autonoom systeem (het idee van de betekenisvolle waarneming komt uiteraard voort uit het mens-als-autonoom-systeem idee zoals hierboven uitgewerkt is), volgt dat er altijd gestreefd zal worden naar een betekenisvolle balans binnen dit systeem. Ook in het geval van psychiatrische problemen is er dus een op een manier betekenisvol balans: blijkbaar is de afwijking in het *sense*-maken nuttig voor de in stand houding van het huidige balans en dus voor de in stand houding van het gehele systeem. Dit staat haaks op het idee van het medische model dat er een afwijking is van de norm die gecorrigeerd moet worden. Het staat ook haaks op de aanname van het mechanische cognitieve model dat foute interpretaties gecorrigeerd moeten worden. Door toch vol te houden dat het functioneren niet betekenisvol is, of zelfs de verkeerde betekenis heeft, wordt miskent hoe het functioneren als betekenisvol ervaren wordt door de mens – zelfs als dit functioneren disfunctioneel is voor wat iemand probeert te bereiken. Het resultaat is een vervreemding van de functionaliteit van de ervaring.

Samengevat betekent dit dat er een andere benadering ontstaat van hoe het bewustzijn de wereld kan reflecteren, doordat de interactie met de wereld anders wordt geconceptualiseerd in beide benaderingen. Als de inherent betekenisvolle interactie met de wereld van het enactieve kader als uitgangspunt genomen wordt om de benadering van de interactie met de wereld in het cognitieve paradigma te beoordelen, blijkt dat deze benadering van de interactie met de wereld leidt tot een functionalistische conceptualisatie van het bewustzijn: het subjectieve bewustzijn is een functie van de hersenen en staat dus los van de wereld an sich. Hierdoor wordt de betekenisvolheid van de interactie met wereld voor het individu onderbelicht.

⁷⁵ de Jaegher, “Embodiment and Sense-Making in Autism,” 6.

HOOFDSTUK 6: DE OVEREENKOMST TUSSEN EN INTEGRATIE VAN BEIDE BENADERINGEN

Als reactie op het probleem dat de fenomenologie van de mens onvoldoende gereflecteerd wordt in het dominante cognitieve paradigma, zal nu onderzocht worden of er tot een theoretische integratie gekomen kan worden van het enactieve kader met het cognitieve paradigma. Om hier antwoord op te geven zal eerst op de drie niveaus van vergelijking beoordeeld worden of er overeenkomsten zijn tussen beide benaderingen. Vervolgens zal ingegaan worden op de mogelijke theoretische en praktische integratie, doorwerkend op de gevonden conceptuele overlapping. In dit hoofdstuk wordt dus de laatste deelvraag ‘Wat zijn de overeenkomsten tussen het mensbeeld van beide benaderingen en hoe kunnen deze tot een integratie van beiden leiden?’ besproken.

6.1 Overeenkomst: Conceptuele Overlap

In het eerste niveau wordt over een fundamenteel andere organisatie gesproken. Hierdoor is het moeilijk om op dit niveau een punt te vinden waarop beide benaderingen geïntegreerd kunnen worden. In het tweede niveau komt de benadering van cognitie voort uit de organisatie die vastgesteld is in het eerste niveau. Hierin wordt alleen doorgewerkt binnen het kader dat in het eerste niveau is opgebouwd waardoor hetzelfde probleem blijft bestaan: beide benaderingen staan structureel tegenover elkaar. In het derde niveau ontstaat er echter een probleem voor het cognitieve paradigma dat er niet is voor het enactieve kader: om de stap te maken van de materie van de mens naar de materie van de wereld moet uitgewerkt worden hoe de mens en wereld tot elkaar in verhouding staan, en hoe hierin een bewustzijn van de wereld ontstaat. Binnen het enactieve kader volgt de oplossing voor dit ‘probleem’ nog steeds uit het in het eerste niveau opgebouwde kader: uit de geest-leven continuïteitstheorie volgt dat het bewustzijn van de wereld inherent is aan de interactie met de wereld, wat inherent is aan het zijn zelf. Oftewel het ‘probleem’ waarbij de ruimte tussen de mens en de wereld overbrugt moet worden, wordt direct opgelost vanuit de benadering van de organisatie van de mens zelf. Vanwege de materialistische benadering in het cognitieve paradigma heeft deze echter wel een overbrugging nodig tussen de mens en de wereld.

De CGT-theorie geeft als antwoord op dit binnen het cognitieve paradigma ontstane probleem de cognitieve schema's. Als de theorie van de cognitieve schema's vergeleken wordt met de theorie van het *sense*-maken, zijn er duidelijke conceptuele overeenkomsten op te merken. *Sense*-maken gaat over een gerichte interactie met de wereld waarin de

waarneming en interpretatie ontstaan.⁷⁶ Hierbij wordt de richting van interacteren gestuurd door de behoeften en reflecties van het persoon-wereld systeem. De cognitieve schema's zijn net als dit persoon-wereld systeem, systemen die gevormd worden door een verzameling van verschillende ervaringen en informatie over het zijn (de cognitieve schema's zijn hierin wel meer beperkt door de reductionistische in plaats van holistische invulling).⁷⁷ Vervolgens wordt, net als bij *sense*-maken, de richting van waarnemen gestuurd door de cognities die gegrond zijn in het cognitieve schema (waar de aandacht op blijft hangen, wat beter herinnerd wordt, etc.). Deze sturing vormt dus ook binnen het cognitieve schema wat er wordt waargenomen, en geeft met deze sturing van de waarneming ook al richting aan de uiteindelijk mogelijke interpretatie. Als de binnengekomen input vervolgens geïnterpreteerd wordt door het te plaatsen in het cognitieve kader (oftewel tegen de achtergrond van een verzameling van ervaringen en informatie over het eigen zijn) vormt de organisatie van het cognitieve schema de uiteindelijke interpretatie (hierin is de aanraking tussen de omgeving en het cognitieve schema wel meer causaal losgekoppeld, terwijl bij *sense*-maken het proces van waarnemen en interpretatie gelijk staan aan elkaar). Samengevat bevat de theorie van de cognitieve schema's en het *sense*-maken op meerdere vlakken conceptuele overlappen: ze relateren beiden omgevingsinformatie aan een systeem dat opgemaakt is uit een verzameling van verschillende vormen van informatie over het eigen zijn, waarna dit beïnvloedt hoe de wereld waargenomen en geïnterpreteerd wordt.

6.2 Enactieve Psychiatrie?

6.2.1 Theoretische Integratie

Hoewel de benadering van hoe een mens functioneert, cognitiseert en interacteert met de wereld structureel anders is in beide benaderingen, blijkt er in het derde niveau (bij de conceptualisering van de cognitieve schema's) een mogelijkheid tot integratie te zijn. Nu wordt het cognitieve schema op een instrumentele, reductionistische en functionalistische manier gebruikt, maar de conceptuele overlap geeft de mogelijkheid om het cognitieve schema op een meer enactieve manier te omkaderen. Zo zou het cognitieve schema geherconceptualiseerd kunnen worden als een instrumentalisatie van het persoon-wereld systeem waarbij het een soort dwarsdoorsnede van alle vier de dimensies zou reflecteren. Vanuit hier kan verder de enactieve organisatie aangehouden worden en kan zo het enactieve functioneren, cognitiseren en interacteren met de wereld als theoretische ondergrond

⁷⁶ de Haan, "An Enactive Approach to Psychiatry," 8.

⁷⁷ MacLeod en Ciarrochi, "The self in cognitive behavior therapy", 161–80.

aangehouden worden. Zo zouden ook de cognities van het cognitieve paradigma ingestoken kunnen worden als instrumentalisaties van het *sense*-maken.

Door deze integratie van CGT met het enactieve kader zou ook een enactief alternatief voor het medische model uitgewerkt kunnen worden: binnen de definitie van *sense*-making is het een gegeven dat het een proces is dat zich aanpast op de interactie tussen de wereld en het zelf. Om dit proces goed te laten verlopen is het belangrijk dat het op een geschikte en flexibele manier kan interageren: het *sense*-maken moet continu aangepast kunnen worden op een manier die past bij de nieuw ontstane context zodat het functioneren van het systeem blijft passen bij deze continu veranderende context.⁷⁸ Wanneer dit om wat voor reden, op welke manier dan ook structureel niet lukt, kan je spreken van een afwijking in het *sense*-maken, en dus van een afwijking in het persoon-wereld systeem. Oftewel: een psychiatrische stoornis vanuit het enactieve paradigma. Hierbij begint de stoornis dus bij het *sense*-maken, en niet bij de materie. Bij bijvoorbeeld een depressie wordt de wereld betekenisloos: door een structurele afvlakking van het *sense*-maken kan niet meer goed gereflecteerd worden op veranderingen in de omgeving en kan er dus niet op een betekenisvolle manier gerelateerd en gereageerd worden op deze omgeving.⁷⁹ Hierbij is er dus niet een juiste manier om *sense* te maken, en zo ook geen foute manier die afgeleerd zou moeten worden, maar wordt de inherente betekenisvolle interactie van het individu met de wereld als uitgangspunt genomen.

6.2.2 Praktische Integratie

Uit de analyse van de verschillen tussen beide benaderingen is gebleken dat de organisatie van de mens tot een structureel andere benadering leidt voor zowel het eerste als het tweede niveau van de ervaring. Om toch deze niveaus van ervaring mee te kunnen nemen in therapie zijn er een aantal praktische implicaties die uitgewerkt kunnen worden, en in theorie toegevoegd kunnen worden aan een therapie om deze ervaring meer mee te nemen.⁸⁰

Als eerste volgt uit de enactieve beoordeling van het cognitieve paradigma dat het belangrijk is om je bewust te zijn van zowel alle vier de dimensies als hun samenhang als je de fenomenologie van de mens meer mee wilt nemen in therapie. Als er aandacht ontbreekt voor de gegrondheid in het lichaam, de invloed van bewuste ervaringen en existentiële

⁷⁸ de Haan, "An Enactive Approach to Psychiatry," 11.

⁷⁹ Michelle Maiese, "An Enactivist Approach to Treating Depression: Cultivating Online Intelligence through Dance and Music," *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 19, no. 3 (September 13, 2018): 523–47, <https://doi.org/10.1007/s11097-018-9594-7>. de Haan, "An Enactive Approach to Psychiatry," 11.

⁸⁰ Bij het bespreken van de praktische implicaties staat er '*in theorie*' om weer te geven dat er meer (experimenteel) onderzoek nodig is om deze implicaties voldoende grond te geven. Zie het einde van de conclusie.

reflectie loops, en/of de *embeddedness* in de socioculturele wereld leer je mensen op een eenzijdige manier van zichzelf te relateren en zullen ze zo vervreemd raken van hun zijn. Alle vier de dimensies weergeven immers verschillende onderdelen die samen het *sense*-maken proces opmaken.

Als tweede volgt uit de aanname dat er meerdere dimensies zijn, dat er op meerdere vlakken een verandering in het systeem geïnitieerd kan worden. Aandacht voor alle ervaringsdimensies binnen therapie resulteert zo in mogelijkheid om verschillende plekken als start van de interventie te kiezen, in plaats van deze keuze vast te leggen in de cognities. Zo kan de behandeling meer gepersonaliseerd worden om beter aan te sluiten bij de unieke persoonlijke ervaring. Dit geeft binnen de behandeling meer ruimte voor het ervaren van agentschap, wat de cliënt in staat zal stellen om meer gebruik te maken van zijn agentschap om zijn huidige psychische situatie te verbeteren.

Ten slotte is er een implicatie af te leiden uit de aanname dat het huidig (hoewel disfunctioneel) functioneren inherent betekenisvol is voor het systeem (en er dus een balans is in het systeem): de geschiedenis van een persoon is tijdens therapie een belangrijke informatiebron om context te scheppen voor het bestaan en ontstaan van de huidige balans. Zo kan onderzocht worden wat het nut is van de huidige aanpassing in het *sense*-maken voor het systeem. Dit begrijpen zal helpen inzicht geven in hoe er in de behandeling een stabiele en langdurige verandering teweeg gebracht kan worden (door een nieuw balans te creëren in het systeem).

HOOFDSTUK 7: CONCLUSIE

In het tweede hoofdstuk over het mechanische model van cognitie is de theoretische context besproken waar vanuit Cognitieve Gedragstherapie (CGT) ontwikkeld is. Hieruit blijkt vooral de cognitieve input en in mindere mate de behavioristische input kenmerkend te zijn voor de manier waarop de mens benaderd wordt in CGT. Dit uit zich ook in de manier waarop CGT ingericht is: de behandeling is gestructureerd rond het identificeren, uitdagen en vervolgens vervangen van Negatieve Automatische Gedachten (NAG). Deze methode is relevant omdat de cognitieve schema's waaruit deze NAG voortkomen bepalen hoe de omgevingsinput waargenomen en geïnterpreteerd wordt. Hierdoor werken afwijkingen in de cognitieve schema's door in de NAG, die op hun beurt doorwerken in de ervaren emoties en het vertoonde gedrag van de persoon. Deze afwijkingen in cognitieve schema's zijn in combinatie met het aanhangen van de Diagnostische en Statistische handleiding voor Mentale stoornissen (DSM) terug te leiden naar afwijkingen in de hersenen.

In het derde hoofdstuk over het medische model werd duidelijk dat de manier waarop psychische problematiek teruggeleid wordt naar een onderliggende materiële oorzaak te kort door de bocht is: er zijn zowel praktische als theoretische bewaren voor de categorische indeling van psychische problematiek die voortkomt uit deze aanpak. Daarbij laat een conceptuele analyse zien dat zowel de normatieve benadering van psychisch functioneren als de afbakening van psychische ziektes product zijn van de voor het paradigma kenmerkende materialistische aanname. Ondanks deze bezwaren is het nog moeilijk om tot een goede herconceptualisatie van medische psychische ziektes te komen vanwege een tekort aan wetenschappelijke kennis over een manier waarop dit zou kunnen, en een vergaande samensmelting van de diagnostische benadering met de praktijk. Hierdoor is er een conflict ontstaan tussen tekorten die wel bekend zijn maar nog niet verwerkt kunnen worden: er is een theoretisch vacuüm ontstaan.

Inmiddels is duidelijk (middels de uiteenzetting van de verschillen tussen beide benaderingen in hoofdstuk vijf) dat dit theoretische vacuüm geldt voor het gehele cognitieve paradigma. Op dit moment vormen CGT en de DSM de wereldwijde standaard voor de manier waarop psychische problematiek bekeken en behandeld wordt in de wetenschap, praktijk, onderwijsinstellingen en de maatschappij. Dit betekent dat er binnen het mogelijk meest dominante paradigma van de psychologie, verder gewerkt moet worden met een mensbeeld dat ontoereikend is om de fenomenologie van de mens te reflecteren: de mens wordt benaderd als een passief, cognitief en brein gebonden individu die tegenover een

onafhankelijke wereld staat. Dit mensbeeld komt voort uit de instrumentele, reductionistische en functionalistische methodologie van het cognitieve paradigma.

Om te kunnen onderzoeken op welke manier de ervaring mist binnen dit mensbeeld is in deze scriptie bovenstaand cognitieve paradigma vergeleken met een theoretisch kader dat de ervaring van de mens als uitgangspunt neemt: het enactieve kader. In het vierde hoofdstuk wordt duidelijk hoe binnen dit kader de mens benaderd wordt als een zichzelf organiserend systeem waarbij door continue dynamische processen en evaluatieve interactie tussen materie en de wereld, het systeem continu geherorganiseerd, en zo in stand gehouden wordt. In overeenstemming met de leven-geest continuïteitstheorie kenmerkt de materie in zo'n autonoom systeem zich door het leven en bewustzijn die ontstaan vanuit deze processen en tegelijk het systeem in stand houden. Dit actieve en evaluerende interactieproces wordt *sense*-maken genoemd en vormt zowel de waarnemende als de interpretatieve basis voor de instandhouding van het systeem. De vier verschillende dimensies (de ervarings-, socioculturele, fysiologische en existentiële dimensie) reflecteren elk een aspect van het *sense*-maken op een ander niveau maar zijn samen geïntegreerd in het systeem. Kort samengevat geeft dit een beeld van de mens als interactief, reflectief en gegrond in het lichaam binnen een socioculturele wereld.

Dit enactieve beeld van de mens lijkt recht tegenover het cognitieve mensbeeld te staan. Om te onderzoeken of deze tegenstelling te fundamenteel is, of dat er een mogelijkheid is om het enactieve kader te integreren met het cognitieve paradigma wordt nu antwoord gegeven op de hoofdvraag van deze bachelor scriptie: 'Wat zijn de verschillen, overeenkomsten en mogelijke integratievlakken van het enactieve kader met het cognitieve paradigma?'. Om hier antwoord op te geven zal per niveau de hoofdvraag besproken worden.

Ten eerste wordt binnen beide benaderingen de organisatie van de mens anders benadert. Hierdoor is de theoretische basis van wat de menselijke ervaring opmaakt anders, en dus de conceptualisatie van de ervaring ook. De holistische en interactieve organisatie van de mens binnen het enactieve kader laat zien hoe het cognitieve paradigma de ervaring van het individu eenzijdig en versimpelt weergeeft. De gegrondheid in het lichaam en de omgeving, evenals de ervaring van en de samenhang binnen de verschillende dimensies die de ervaring construeren worden zo onderbelicht. De benadering van de organisatie van de mens is fundamenteel anders in beide benaderingen waardoor er op dit niveau geen overeenkomst besproken is. Wel kan op dit ervaringsniveau in theorie de fenomenologie van de mens

meegenomen worden in therapie als er aandacht is voor zowel alle vier de dimensies als hun samenhang.⁸¹

Ten tweede volgt uit de voor beide benaderingen unieke benadering van de organisatie van de mens ook een verschil in de conceptualisatie van cognitie (oftewel van hoe mensen waarnemen en interpreteren). Hierdoor is de benadering van hoe de bewuste ervaring tot stand komt anders in beide benaderingen en dus ook wat de ervaring van het zelf constitueert. De inherent actieve benadering van *sense*-maken binnen het enactieve kader laat zien hoe het cognitieve paradigma de ervaring van het zijn tot statisch en passief beperkt. Dit wordt versterkt door de deterministische benadering van psychische problematiek en het grote verschil in kennis tussen behandelaar en cliënt in de praktijk. Hierdoor ontstaat een ervaring van het zelf verstoken aan agentschap. Doordat de conceptualisaties van cognitiseren in beide benaderingen nog steeds berusten op de fundamenteel andere organisatie van de mens, wordt ook voor dit niveau geen overeenkomst besproken. Wel kan op dit ervaringsniveau in theorie het ervaren agentschap vergoot worden door met de cliënt te kijken naar welke dimensie voor hen een goed beginpunt vormt voor de initiatie van de beoogde verandering.

Ten derde zorgt deze andere conceptualisatie van wat het betekent om cognitiserend mens te zijn voor een andere manier van interacteren met de wereld. Hierdoor ontstaat een andere conceptualisatie van wat het bewustzijn in relatie tot de wereld inhoudt en ook van welke waarde de ervaring van de wereld heeft. De inherent betekenisvolle interactie en dus betekenisvol bewustzijn binnen het enactieve kader laat zien hoe het cognitieve paradigma een functionalistische conceptualisatie van het bewustzijn aanhoudt waarbij het subjectieve bewustzijn een functie is van de hersenen en dus los staat van de wereld 'an sich'. Hierdoor wordt het individu vervreemd van de betekenisvolheid van zijn interactie met de wereld en dus van de functionaliteit van de ervaring van deze wereld voor het zelf. Doordat er op dit ervaringsniveau vanaf het mechanische cognitieve model een overbrugging gevonden moet worden tussen de materie van de mens en de materie van de wereld, worden cognitieve schema's toegevoegd aan de CGT-theorie. Hierin is een conceptuele overlap te vinden met *sense*-maken: in beide gevallen wordt omgevingsinformatie gerelateerd aan een systeem dat een verzameling is van verschillende vormen van informatie over het zijn, die ook nog de manier waarop de wereld waargenomen wordt beïnvloedt en dus zo ook de interpretatie

⁸¹ Bij het bespreken van de praktische implicaties staat er '*in theorie*' om weer te geven dat er meer (experimenteel) onderzoek nodig is om deze implicaties voldoende grond te geven. Zie het einde van de conclusie.

stuurt. Om het cognitieve schema niet meer op een functionalistische en instrumentele manier te gebruiken zoals tot nu toe in het cognitieve paradigma gedaan wordt, kan het geherconceptualiseerd worden als een instrumentalisatie van het persoon-wereld systeem. Dit opent ook de mogelijkheid om DSM-stoornissen te herconceptualiseren als afwijkingen in het *sense*-maken.

Door deze integratie van het mechanische cognitieve model en het medische model met het enactieve kader kan het cognitieve paradigma opengebrouwen worden voor de enactieve theorie. Zo kan de ervaring van het individu erin teruggebracht worden, zonder de nuttige instrumentalisaties te hoeven verliezen. Zo blijft het onderscheid duidelijk tussen wat een accurate benadering is van de fenomenologie van de mens, en wat een mogelijke tool is om dat bij psychische klachten te verbeteren. Zo kan de wetenschap binnen huidige instrumentalisaties van de psyche toch teruggevallen op het fenomenologische theorie, en hebben ook psychologen in de praktijk een duidelijke theoretische basis om op terug te vallen. Hierdoor kan in plaats van (onbewust) een functionalistische benadering van de ervaring te communiceren, gefocust worden op het onderzoeken van de functie van de ervaring.

Naast deze theoretische integratie die volgt uit de conceptuele overlap op het derde niveau, ook een praktische implicatie: het is belangrijk om de geschiedenis van een persoon mee te nemen in de behandeling omdat dit een belangrijke informatiebron is om het huidige (disfunctionele) balans van het systeem te begrijpen. Zo is ook duidelijker hoe er middels het creëren van een nieuw balans tijdens de behandeling, een stabiele en langdurige verandering teweeggebracht kan worden.

In het zesde hoofdstuk is kort onderzocht op welke niveaus van vergelijking er mogelijkheden liggen tot integratie van beide benaderingen, en wat dat zou betekenen voor de modellen van het cognitieve paradigma. Hoewel dit volgt uit de uiteenzettingen in huidige scriptie, is er uitgebreider onderzoek nodig naar de mogelijkheden die hier aangekaart worden. Zo kan er uitgebreider ingegaan worden op de theorie van cognitieve schema's en de werking van het *sense*-maken om de precieze overeenkomsten en verschillen uit te diepen. Ook zal onderzocht moeten worden wat de implicaties zijn van het herconceptualiseren van DSM-stoornissen als afwijkingen van het *sense*-maken. Dit is onderzocht voor een aantal stoornissen zoals autisme spectrum stoornis, depressie, schizofrenie en trauma's.⁸² Vanwege

⁸² o.a. Hanne De Jaegher, "Embodiment and Sense-Making in Autism," *Frontiers in Integrative Neuroscience* 7 (2013): 5, <https://doi.org/10.3389/fnint.2013.00015>. Michelle Maiese, "An Enactivist Approach to Treating Depression: Cultivating Online Intelligence through Dance and Music," *Phenomenology and the Cognitive*

de aanname dat elke afwijking in het *sense*-maken betekenisvol is, zal echter voor elke DSM-stoornis onderzocht moeten worden hoe het enactieve kader zowel deze betekenis als de ervaren klachten kan uitleggen. Daarnaast is het aan te raden om deze scriptie te reproduceren vanuit andere fenomenologische conceptualisaties. Zo kan onderzocht worden of er vanuit andere fenomenologische hoeken op een vergelijkbare clustering van tekorten in het cognitieve paradigma uitgekomen wordt die vergelijkbare niveaus van de fenomenologie presenteren. Uit dit alles volgt een belangrijke nuancering voor de besproken implicaties: alleen na meer uitgebreid onderzoek zijn deze voldoende gegrond. Daarbij is er experimenteel onderzoek nodig naar de (langdurige) effecten van de getheoretiseerde praktische implicaties voordat ze daadwerkelijk toegepast kunnen worden in de praktijk.

Al met al laat deze bachelor scriptie zien dat er meervoudige tekorten zijn in hoe het cognitieve paradigma de ervaring van het individu representeert. Hoewel er een breed scala aan zowel theoretische als praktische moeilijkheden is rond het oplossen van dit probleem, lijken er mogelijkheden te zijn om de fenomenologie het cognitieve paradigma in te brengen middels een integratie met het enactieve kader. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen welke manieren de meeste grond hebben en wat het effect hiervan is op de ervaring in de praktijk.

BIBLIOGRAFIE

- American Psychiatric Association. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders." *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5, nr. 5 (22 mei, 2013): 50–57. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- American Psychiatric Association. "Psychiatry.org - DSM History." psychiatry.org. Accessed May 22, 2022. https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm#section_5.
- Ataria, Y. "Trauma from an Enactive Perspective: The Collapse of the Knowing-How Structure." *Adaptive Behavior* 23, nr. 3 (23 april, 2015). <https://doi.org/10.1177/1059712314578542>.
- Beck, Judith S. "Cognitive Therapy." *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, nr. 1 (30 januari, 2010). <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0198>.
- Bird, Alexander. "Thomas Kuhn." Edited by Edward N. Zalta. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2018. <https://plato.stanford.edu/entries/thomas-kuhn/#ConcPara>.
- Bout, Jan van den. "(Cognitieve) Gedragstherapie En Cognitieve (Gedrags)Therapie." *Tijdschrift Voor Gedragstherapie En Cognitieve Therapie* 49, nr. 3 (September 2016): 222–35.
- Crompton, Catherine J., Martha Sharp, Harriet Axbey, Sue Fletcher-Watson, Emma G. Flynn, en Danielle Ropar. "Neurotype-Matching, but Not Being Autistic, Influences Self and Observer Ratings of Interpersonal Rapport." *Frontiers in Psychology* 11 (23 oktober, 2020). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586171>.
- De Jaegher, Hanne. "Embodiment and Sense-Making in Autism." *Frontiers in Integrative Neuroscience* 7 (2013). <https://doi.org/10.3389/fnint.2013.00015>.
- Di Paolo, Ezequiel, en Evan Thompson. *The Routledge Handbook of Embodied Cognition*. Bewerkt door Lawrence A Shapiro. London ; New York: Routledge Taylor & Francis Group, 2017.
- Forgeard, Marie J. C., Emily A. P. Haigh, Aaron T. Beck, Richard J. Davidson, Fritz A. Henn, Steven F. Maier, Helen S. Mayberg, en Martin E. P. Seligman. "Beyond Depression: Toward a Process-Based Approach to Research, Diagnosis, and Treatment." *Clinical Psychology: Science and Practice* 18, nr. 4 (december 2011): 275–99. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01259.x>.
- Glassman, William E, en Hans Geluk. *Stromingen in de Psychologie*. Baarn: HBuitgevers, 2003.
- Haan, Sanneke de. "An Enactive Approach to Psychiatry." *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 27, nr. 1 (2020): 3–25. <https://doi.org/10.1353/ppp.2020.0001>.
- Hayne, Y. M. "Experiencing Psychiatric Diagnosis: Client Perspectives on Being Named Mentally Ill*." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, nr. 6 (december 2003): 722–29. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00666.x>.

- Heasman, Brett, en Alex Gillespie. "Neurodivergent Intersubjectivity: Distinctive Features of How Autistic People Create Shared Understanding." *Autism* 23, nr. 4 (3 augustus, 2018): 910–21. <https://doi.org/10.1177/1362361318785172>.
- Kyselo, M. "The Enactive Approach and Disorders of the Self - the Case of Schizophrenia." *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 15, nr. 4 (13 oktober, 2015): 591–616. <https://doi.org/10.1007/s11097-015-9441-z>.
- Kyselo, Miriam. "The Body Social: An Enactive Approach to the Self." *Frontiers in Psychology* 5 (12 september, 2014). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00986>.
- MacLeod, Hamish J, en Joseph Ciarrochi. *The Self and Perspective Taking : Contributions and Applications from Modern Behavioral Science*. Bewerkt door Louise Mchugh en Ian Stewart. Oakland, Ca: Context Press/New Harbinger Publications, 2012.
- Maiese, Michelle. "An Enactivist Approach to Treating Depression: Cultivating Online Intelligence through Dance and Music." *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 19, nr. 3 (13 september, 2018): 523–47. <https://doi.org/10.1007/s11097-018-9594-7>.
- Morrison, Kerriane E., Kilee M. DeBrabander, Desiree R. Jones, Robert A. Ackerman, en Noah J. Sasson. "Social Cognition, Social Skill, and Social Motivation Minimally Predict Social Interaction Outcomes for Autistic and Non-Autistic Adults." *Frontiers in Psychology* 11 (25 november, 2020). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.591100>.
- Morrison, Valerie, en Paul Bennett. *An Introduction to Health Psychology*. México: Pearson Educación, 2011.
- Murphy, Dominic. "Philosophy of Psychiatry." Bewerkt door Edward N. Zalta. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2020. <https://plato.stanford.edu/entries/psychiatry/#DsmConMenIllCri>.
- Nederlands Jeugdinstuut. "Jeugdigen Met Autisme," 12 september, 2018. <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/Jeugdigen%20met%20autisme%20Wat%20werkt.pdf>.
- Nolen-Hoeksema, Susan. *Abnormal Psychology*. 8th ed. New York, Ny: McGraw Hill Education, 2020.
- Nutt, David J. "Relationship of Neurotransmitters to the Symptoms of Major Depressive Disorder." *Journal of Clinical Psychiatry* 69 (2008).
- Tougaw, Jason. "Neurodiversity: The Movement." *Psychology Today*, April 18, 2020. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-elusive-brain/202004/neurodiversity-the-movement>.
- Tripp, Gail, en Jeffery R. Wickens. "Neurobiology of ADHD." *Neuropharmacology* 57, nr. 7-8 (december 2009): 579–89. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2009.07.026>.
- Vingerhoets, At. en P F M Kop. *Psychologie in de Gezondheidszorg: Een Praktijkoriëntatie*. Houten Etc.: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
- Zorginstituut Nederland. "Uitleg Aanspraken Geneeskundige GGZ Op Basis van DSM-5 Classificatie," 10 juli, 2018.