

Recht doen aan complexiteit van psychische problemen: van lineair naar interactief denken

Een reflectie op het medische model in de psychiatrie

In de geneeskunde is het biomedische model in het denken over ziekte en gezondheid dominant. Dit model heeft een stevige basis in de moleculaire biologie en heeft voor enorme vooruitgang gezorgd in het verklaren van ziekten en het ontwikkelen van evidence-based behandelingen. Ondanks het onmiskenbare succes van deze benadering voor de geneeskunde is er ook kritiek op het biomedische model.

Al in 1977 verscheen er een invloedrijk artikel van de Amerikaanse arts en cardioloog George Engel, waarin hij constateert dat ziekte in het biomedische model wordt opgevat als een afwijking van normale, biologische (somatische) variabelen. Engel zet een aantal bezwaren tegen deze opvatting uiteen. Een belangrijke beperking is dat het biomedische model leidt tot reductionistisch en lineair denken:

*“The biomedical model not only requires that disease be dealt with as an entity independent of social behavior, but it also demands that behavioral aberrations be explained on the basis of disordered somatic (biochemical or neuropsychological) processes.” (Engel, 1977) **

Omdat het biomedische model geen ruimte laat voor sociale, psychische en gedragsmatige aspecten, kent het zijn grenzen in het verklaren van de menselijke ervaring van ziekte. In de behandeling van mensen met psychische problemen is dit tekort bijzonder goed voelbaar. Dit roept de vraag op naar de mogelijkheid van een meer omvattende benadering (Farre & Rapley, 2017).

Dit artikel is een informatieve, overzichtelijke reflectie op het medische model in de psychiatrie en een aanzet tot anders kijken naar psychische problemen. We bespreken eerst de wijze waarop het dominante medische model het denken over psychische problematiek beïnvloedt. We betogen dat het bio-psycho-sociale model van ziekte – dat als alternatief voor het biomedische model is voorgesteld – een stap in de goede richting is, maar nog onvoldoende het tekort oplost.



PROF. DR. FLOORTJE SCHEEPERS

Medisch afdelingshoofd, hoogleraar
Divisie Hersenen, Psychiatrie
Universitair Medisch Centrum Utrecht
E-mail: F.E.Scheepers-2@umcutrecht.nl



DR. GHISLAINE VAN THIEL

UHD Medische ethiek
Julius Centrum voor
Gezondheidswetenschappen en
Eerstelijngeneeskunde
Afdeling Medical Humanities
UMC Utrecht
E-mail: G.J.M.W.vanThiel@umcutrecht.nl

Tenslotte bespreken we de NetwerkIntake als concreet voorbeeld van een benadering die een extra dimensie toevoegt en kan bijdragen aan mensgerichte zorg.

Biomarkers als houvast in het medische model

In de somatische zorg zijn biomarkers de hoeksteen van de diagnostiek. Voorbeelden van biomarkers zijn een kweek om bacteriën aan te tonen, een fysiologische maat zoals bloeddruk, een bepaalde bloeduitslag of een röntgenfoto waarop een breuk te zien is. Met behulp van deze objectieve biomarkers kan een hypothese over de diagnose – gesteld op basis van de deels subjectieve klachten die iemand presenteert – worden bevestigd of verworpen. Er is grote vooruitgang geboekt in de medische zorg door het gebruik van dergelijke biomarkers. Door met biomarkers groepen mensen met dezelfde diagnose te detecteren kan de effectiviteit van verschillende behandelinterventies (zoals medicatie, oefening, een operatie, leefstijlanpassingen, enzovoorts) worden onderzocht aan de hand van de verandering van diezelfde biomarkers. Biomarkers hebben dus het grote voordeel dat ze een generieke en objectieve basis als target voor behandeling bieden. Op basis van interventieonderzoek gericht op deze targets kan men vervolgens evidence-based richtlijnen

en protocollen ontwikkelen voor de praktijk. Uiteraard zijn niet alleen biomarkers relevant als het om goede zorg gaat, want bijvoorbeeld ook kwaliteit van leven en zingeving spelen een rol in het maken van een weloverwogen passende behandelkeuze. Het klakkeloos volgen van richtlijnen is daarom niet zinvol in de praktijk, maar richtlijnen kunnen wel (zoals het woord ook zegt) richting geven aan het gesprek over behandelopties.

Diagnostiek van psychiatrische ziekten

In de psychiatrie ontbreken objectieve biomarkers. Mensen komen met subjectieve klachten en problemen die niet identificeerbaar of objectiveerbaar zijn met een biologische maat. Omdat dit voor het uitwisselen van kennis en ontwikkelen van evidence-based interventies onwerkbaar is, werden er al vanaf de eerste helft van de twintigste eeuw (door onder andere de Zwitserse psychiater Eugen Bleuler en de Oostenrijks-Amerikaanse psychiater Leo Kanner) beschrijvingen van groepen mensen met specifieke psychiatrische problemen gemaakt. Clusters van klachten en symptomen kregen zo namen (zoals autisme, ADHD, depressie en schizofrenie), werden in de jaren daarna steeds vaker gezien als ‘diagnoses’ en de grenzen van deze diagnoses werden na veel discussie voor het eerst in 1952 vastgelegd in de *Diagnostic Statistical Manual* (DSM). De DSM kent geen objectieve toets om de zelfbenoemde diagnoses te bevestigen of te verworpen en is daarom feitelijk niet meer dan een (zeer) selectieve ordening van vooraf bepaalde elementen uit het subjectieve verhaal waar de patiënt mee komt.

Oorspronkelijk werd de DSM vooral voor onderzoeksdoeleinden ontwikkeld. Men hoopte de diagnoses die bedacht waren net als in de somatische geneeskunde alsnog te kunnen bevestigen met objectieve biomarkers en het was handig om internationaal dezelfde inclusie- en exclusiecriteria te gebruiken voor interventiestudies. De biomarkers bleven uit maar de onderzoeksresultaten uit interventiestudies gericht op specifieke DSM doelgroepen werden toch gebruikt om richtlijnen en protocollen te ontwikkelen. Zo werd de DSM de afgelopen vijftig jaar niet alleen in het onderzoek de internationale taal waarmee over psychische klachten en problemen werd gesproken, maar bereikte deze taal ook de patiënten en professionals in de dagelijkse praktijk. De criteria die in de DSM gebruikt werden kregen hierdoor steeds meer de status van objectieve biomarker op basis waarvan de juiste behandeling kon worden gekozen. Dat dit een drogredenering of reïficatie is werd steeds minder (h)erkend.

Door de (ongefundeerde) uitbreiding van de DSM in de zorgpraktijk werd de ordening de afgelopen jaren

ook gebruikt om de organisatie van zorg vorm te geven en lange tijd eveneens voor de gehele financiering van de zorg. Zelfs de samenleving kent inmiddels de meest gebruikte termen uit de DSM. Op schoolpleinen weten kinderen maar al te goed wie er ADHD of autisme ‘heeft’ en mensen presenteren zichzelf steeds vaker als een persoon met een stoornis, om zo meer erkenning en begrip te krijgen voor de problemen die zij in het dagelijks leven ervaren. Deze ontwikkelingen gaven aanleiding om de rol van de DSM in de klinische diagnostiek en behandeling te nuanceren (Khoury ea, 2014). De DSM (5, laatste editie) waarschuwt voor het gebruik ervan in de kliniek:

“However, in the absence of clear biological markers or clinically useful measurements of severity for many mental disorders, it has not been possible to separate normal and pathological symptom expressions contained in diagnostic criteria. This gap in information is particularly problematic in clinical situations in which the patient’s symptom presentation by itself is not inherently pathological and may be encountered in individuals for whom a diagnosis of “mental disorder” would be inappropriate.” (DSM 5, 2013)

Het medische model biedt weinig ruimte voor betekenisgeving en complexiteit

Ondanks de waarschuwing in de DSM blijkt het lastig om een discussie over het gebruik van de DSM en het samenhangende medisch model te voeren. Het leidt tot angst voor verlies aan identiteit, zowel bij wetenschappers en professionals die zich deskundig weten op het gebied van een bepaalde stoornis, als bij patiënten die zich erkend voelen in hun lijden omdat zij een stoornis als (biologisch) verklaringsmodel kunnen gebruiken. Dat werkt in de samenleving en het sociale verkeer als ontschuldigend en een legitimatie voor de problemen waar iemand mee worstelt. Toch is het belangrijk kritisch te blijven reflecteren op onze huidige manier van werken en onze blik weer te verbreden. Niet alleen omdat leren en verbeteren de continue drijfveer zou moeten zijn in wetenschap en de gezondheidszorg zo lang we mensen niet simpel kunnen ‘beter maken’, maar ook omdat er nadelige gevolgen kunnen zitten aan een lineaire benadering van psychische problemen als het achterliggende biomedische denkkader en de bijbehorende aannames en belangen buiten beeld raken (zie ook Dean, 2017). De eerdergenoemde George Engel presenteerde het bio-psycho-sociale model als uitbreiding van het medische model dat meer recht zou

doen aan alle factoren die bijdragen aan ziekte en genezing. Vaak wordt dit model genoemd als passend bij de psychiatrische klinische realiteit. Echter, ook dit model berust nog steeds op een dichotoom lineair denken en daarmee lost het in essentie de problemen in de psychiatrische diagnostiek en fenomenologie niet op.

Psychische problemen ontwikkelen en herstellen zich in interactie tussen eigenschappen, context en betekenisgeving

Dimensionaal versus dichotoom denken over eigenschappen

De kerneigenschappen van mensen die in de DSM zijn beschreven – zoals angst, somberheid en sociale vaardigheden – zijn normale menselijke eigenschappen die nodig zijn in bepaalde situaties. De evolutionaire betekenis van deze eigenschappen wordt heel mooi beschreven door Randolph Nesse in zijn boek *Het nut van angst en somberheid* (Nesse, 2020). De menselijke soort kan niet zonder achterdocht, behoefte aan controle, losbandigheid, agressie, angst en somberheid. Het zijn eigenschappen die ons in een bepaalde context enorm kunnen helpen, zelfs ons levensbehoud kunnen zijn maar ons in een andere context ook danig in de weg kunnen zitten. Deze eigenschappen zijn bij mensen dimensionaal verdeeld en niet te vatten in dichotomieën. Ieder mens heeft een bepaalde mate van alle psychische eigenschappen en binnen een groep zitten er altijd (veel) mensen in het midden en (wat minder) in de uitersten. Toch is er in de DSM een grens aangebracht om te bepalen wanneer een individu te veel of te weinig van een bepaalde psychische eigenschap heeft, wat suggereert dat psychische eigenschappen dichotoom verdeeld zijn. Want door grenzen te trekken worden mensen die met bepaalde kenmerken boven een bepaald afkappunt zitten gezien als lijdend aan een stoornis, ziekte of aandoening; mensen met een ‘ander brein’. Zij die onder het afkappunt blijven zijn gezond met een ‘normaal brein’ (Scheepers, 2021).

Wat door deze dichotomie ook ontstaat is een grens tussen niet *kunnen* (je hebt iets waar je niets aan kunt doen) en niet *willen* (je bent gezond en dus moet je niet zeuren). En vervolgens wordt dit weer gekoppeld aan recht op zorg. De gezonde mens moet beter zijn best doen en iemand die (net) boven het afkappunt zit is ziek en heeft recht op behandeling van zijn klachten.

Context

Naast de gradatie waarin menselijke eigenschappen voorkomen, bepaalt de context of eigenschappen als positief of negatief ervaren worden. Andersom kan de context ook eigenschappen beïnvloeden. Zo is angstig zijn in een dreigende situatie heel functioneel maar kan een constante dreigende situatie ook een uitdoving van die angst veroorzaken. Wat in een nieuwe situatie juist weer gevaarlijk kan zijn. Of en hoe snel eigenschappen zich aanpassen is afhankelijk van de gevoeligheid voor de omgeving en die gevoeligheid is wederom niet zwart-wit maar dimensionaal verdeeld. Michael Meaney onderzocht het effect van liefdevol gedrag van moederratten op haar jongen en ontdekte dat het gedrag van jongen beïnvloed werd door een combinatie van aanleg bij de jongen en de mate van liefdevol gedrag van de moeders (Meaney, 2001). Greven e.a. (2019) concludeerden in hun review dat een grotere gevoeligheid voor de omgeving bij negatieve ervaringen tot mentale problemen kan leiden maar juist voordelen geeft bij positieve ervaringen. Een vergelijkbaar fenomeen is te zien bij planten. Paardenbloemen zijn weinig gevoelig voor de omgeving. Ze groeien vrijwel altijd en overal, onafhankelijk van de omstandigheden. Pas als het heel bar er boos is krijgen paardenbloemen het moeilijk. Orchideeën daarentegen zijn extreem gevoelig. In veel omstandigheden komen ze niet tot bloei maar als de context passend is dan ontwikkelt de orchidee zich tot de mooiste bloem in het bloemenveld. Deze vergelijking werd ook gebruikt door Lionetti e.a. (2018), die onderzoek deden naar de dimensionale verdeling van sensitiviteit voor de omgeving. Orchideeën zijn geen zieke paardenbloemen maar bloemen die aan het uiterste van het spectrum zitten als het gaat over gevoeligheid voor de omgeving. Wat orchideeën nodig hebben is de juiste liefdevolle aandacht om tot bloei te komen, anders verpieteren ze.

De rol van betekenis

Het moeilijkste bij psychische problemen is de enorme complexiteit die ontstaat door de rol van betekenis. Want niet alleen hebben we geen objectieve biomarkers, zijn psychische eigenschappen dimensionaal verdeeld en zijn ze adaptief omdat ze zich aanpassen aan de omgeving, ze veranderen ook over de tijd omdat we continu leren door na te denken en met die kennis en reflectie onze eigenschappen ontwikkelen. Onze psyche is geen biologisch product van een logisch lineair proces maar een emergent fenomeen dat ontstaat in interactie met de omgeving en dat voor een groot deel bepaald wordt door betekenis (Dennett, 2018). We kennen betekenis toe aan ervaringen door de afspraken die we maken en vastleggen in onze wetten en regels,

de normen en waarden die we meekrijgen van onze ouders, de coping-strategieën en overtuigingen die van generatie op generatie worden doorgegeven, (voor) oordelen die we dagelijks te horen krijgen van peers, collega's en naasten over ons gedrag, waardoor we dat gedrag versterken of afzwakken en culturele gewoontes waar we waarde aan hechten en waar we ons senang bij voelen of juist buiten voelen staan. Ook maatschappelijke ontwikkelingen spelen hierin dus een belangrijke rol. Voorbeelden zijn de impact die het internet heeft op ons wereldbeeld (Bashir & Bhat, 2017), de mentale druk die ervaren wordt door de steeds sterkere focus op presteren en perfectie (DeVries & Wilkerson, 2003) en de continue verbinding met de ander door social media, waardoor we niet meer onvindbaar kunnen schuilen om schaamte en afwijzing te verwerken. Hoe wij kijken naar de wereld, naar onszelf en de relaties die we aangaan wordt bepaald door al die factoren die over en weer in interactie met elkaar zijn (Rovelli, 2021). Zo ontwikkelt de psyche zich, raakt zij soms door een samenloop van interacties uit balans, kan er chaos ontstaan of kan een (nieuw) evenwicht tot stand komen. Een lineair systeem kent een oorzaak en een gevolg, waardoor je de oorzaak ook als 'schuldige' kunt aanwijzen. Een complex system heeft geen lineair oorzaak-gevolgbehoop en kent dus ook geen schuld-vraag. Interacties kunnen ontregelen maar kunnen ook herstel in gang zetten. En omdat mensen vooral veel betekenis en waarde toekennen aan sociale interacties kunnen direct betrokkenen bij mensen die psychisch ontregelen een belangrijke rol spelen in het herstel.

Een nieuwe aanpak

De DSM en het medische model bieden weinig tot geen ruimte voor variatie, betekenis en complexe interacties die leiden tot ontregelingen. Daarom is het tijd voor een benadering die meer recht doet aan deze aspecten van psychische problemen. Vaak wordt verwezen naar het bio-psycho-sociale model omdat in dat model duidelijk wordt dat er niet één oorzaak is voor psychische ontregeling maar meerdere factoren een rol kunnen spelen. Wat betreft complexe interacties is dit inderdaad een stap in de goede richting. Echter, het bio-psycho-sociale model blijft te lineair omdat de interacties tussen (weliswaar verschillende) factoren nog steeds leiden tot één uitkomst; een psychische 'aandoening' die op basis van generieke kenmerken te herkennen is en waar een passende specifieke behandeling bij hoort. In complexe adaptieve systemen is er niet één vaste uitkomst: er is juist een constante verandering van het systeem gaande, waarbij toevalligheden een beslissende rol kunnen spelen in tijdelijke ontregeling en herstel. Maar vooral ontbreekt in het bio-psycho-sociale

le model de rol van betekenis. Het toevoegen van deze dimensie maakt het onmogelijk om lineair te blijven denken en dwingt ons in te zien dat in tegenstelling tot alle andere problemen in de geneeskunde het maken van intermenselijk contact een essentieel onderdeel is van psychische problemen en hun oplossing, omdat het ertoe doet in welke taal we elkaar en de wereld verstaan. Een ontstoken blindedarm heeft geen mening over zijn toestand, een kanker cel trekt zich niets aan van de diagnose die de dokter stelt, een gebroken been herstelt niet sneller als we de gedachte aan een gebroken been kunnen ombuigen naar een gedachte aan een heel been en we kunnen niet zelf besluiten morgen meer insuline aan te gaan maken, zodat onze diabetes type I niet meer bestaat.

Erkenning van de non-lineaire complexiteit en de rol van betekenis vraagt om een nieuwe aanpak in de psychiatrie. Een voorbeeld van zo'n aanpak is de NetwerkIntake (zie ook <https://www.umcutrecht.nl/nl/netwerk-intake>). Dit is een probleemanalyse die rekening houdt met wat voor de ander belangrijk is. Het verhaal van de patiënt staat centraal en samen met de hulpverlener wordt gevisualiseerd hoe dat verhaal ontstaan is, wat daarin van betekenis is, wat helpend is en ingezet kan worden als krachtbron en wat obstakels zijn die overwonnen moeten worden. De focus van de behandeling zijn de persoonlijke doelen die de patiënt, zijn naasten en de professional in gezamenlijkheid vastleggen. Het behalen van die doelen is geen lineair proces waar alleen de professional verantwoordelijk voor is maar een gezamenlijk proces van begrijpen, proberen, reflecteren en leren, waarbij er een gedeelde verantwoordelijkheid is van alle betrokkenen in het zorgnetwerk rondom de patiënt. Deze kenmerkende aspecten van het behandelproces zijn met name van belang in de zorg voor mensen met complexe problemen (RVS, 2020).

Er is een andere benadering nodig, waarin interacties centraal staan

De NetwerkIntake biedt de professional concrete handvatten voor het inzetten van herstelondersteunende zorg. Vier stappen in het proces bieden een kader en concrete voorbeelden van vragen die leidend kunnen zijn voor een probleemanalyse en -aanpak. Belangrijk daarbij is dat het verhaal van de patiënt steeds leidend moet zijn, en de aanpak niet bedoeld is als een strak te volgen methode. Door een open gesprek te voeren ervaren mensen meer vrijheid om zaken te benoemen

die voor hen belangrijk zijn, ondanks dat dit op het eerste gezicht misschien minder relevant lijkt voor de ervaren klachten. De gespreksvorm zorgt ervoor dat alle betrokkenen de problematiek vanuit meerdere perspectieven gaan bekijken.

Deze benadering gaat ervan uit dat de professional niet de expert is die weet hoe het zit, maar juist de persoon is die goed om kan gaan met 'niet weten'. De kracht zit hem daarbij in het feit dat de hulpverlener de patiënt eerst leert kennen en de betekenis van de problemen helpt doorgronden. Voor de professional komt het accent veel meer te liggen op present zijn (Baart, 2018), omgaan met complexiteit, samen begrijpen wat er speelt en verdragen van het lijden van de ander. Er is in de praktijk vooral rust, aandacht en tijd nodig om als professional de ander te ondersteunen in het hervinden van balans en te stimuleren daar zoveel mogelijk eigen krachten en de krachten van naasten voor in te zetten. Want ook het proces van herstellen staat in het licht van de betekenis die aan dat proces gegeven wordt. Interventies zoals de NetwerkIntake kunnen bijdragen aan dit proces.

Slot

Samenvattend concluderen wij dat zowel het biomedische model als het bio-psycho-sociale model van ziekte niet toereikend is in de zorg voor mensen met psychische problemen. De belangrijkste oorzaak daarvan is dat in beide modellen een lineair oorzaak-gevolg denken op de voorgrond staat. Psychische problemen ontwikkelen – en herstellen – zich echter in een complexe interactie tussen eigenschappen, context en betekenisgeving. Om recht te doen aan deze complexiteit is een andere benadering nodig, waarin de patiënt, diens naasten en de professional gezamenlijk op zoek gaan naar betekenis en rol daarvan in ontregeling en herstel.

Literatuur

- Baart A, den Bakker J. De ontdekking van kwaliteit. Theorie en praktijk van relationeel zorg geven. Amsterdam: SWP 2018.
- Bashir H, Bhat SA. Effects of social media on Mental Health: A Review. International Journal of Indian Psychology 2017; Volume 4, (3), DIP:18.01.134/20170403, DOI:10.25215/0403.134
- Dean CE. Social inequality, scientific inequality, and the future of mental illness. Ethics and Humanities in Medicine 2017; 12:10.
- Dennett D. Van bacterie tot Bach en terug. Amsterdam: Atlas Contact, 2018.
- DeVries M, Wilkerson B. Stress, work, and mental health: A global perspective. Acta Neuropsychiatrica 2003; 15 (1): 44-53. doi:10.1034/j.1601-5215.2003.00017.x
- Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013. pp. 21. ISBN 978-0-89042-554-1.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196(4286): 129-136.
- Farre A, Rapley T. The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness. Healthcare (Basel)

2017 Nov 18;5(4):88. doi: 10.3390/healthcare5040088. PMID: 29156540; PMCID: PMC5746722.

- Greven CU, Lionetti F, Booth C, Aron EN, Fox E, Schendan HE, Pluess M, Bruining H, Acevedo B, Bijttebier P, Homberg J. Sensory Processing Sensitivity in the context of Environmental Sensitivity: A critical review and development of research agenda. Neurosci Biobehav Rev 2019 Mar; 98: 287-305. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.01.009. Epub 2019 Jan 9. PMID: 30639671.
- Khoury B, Langer EJ, Pagnini F. The DSM: mindful science or mindless power? A critical review. Front Psychol. 2014;5:602. Published 2014 Jun 17. doi:10.3389/fpsyg.2014.00602.
- Lionetti F, Aron A, Aron E.N. et al. Dandelions, tulips and orchids: evidence for the existence of low-sensitive, medium-sensitive and high-sensitive individuals. Transl Psychiatry 2018; 8: 24. <https://doi.org/10.1038/s41398-017-0090-6>.
- Meaney MJ. Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. Annu Rev Neurosci 2001; 24: 1161-92. doi: 10.1146/annurev.neuro.24.1.1161. PMID: 11520931.
- Nesse R. Het nut van angst en somberheid. Amsterdam: Nieuwe Zijds B.V. Uitgeverij, 2020.
- NetwerkIntake <https://www.umcutrecht.nl/nl/netwerk-intake>
- Rovelli C. Helgoland. Amsterdam: Prometheus, 2021.
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Hoor mij nou! Samen Begrijpen, Proberen, Reflecteren en Leren bij complexe zorgvragen. Den Haag: Raad RvS, 2020. <https://www.raadrsv.nl/documenten/publicaties/2020/10/15/hoor-mij-nou>
- Scheepers F. Mensen zijn ingewikkeld. Amsterdam: Arbeiderspers, 2021.

SAMENVATTING

Psychische eigenschappen zijn dimensionaal verdeeld, passen zich aan door constante interactie met de omgeving en zijn subjectief omdat mensen betekenis geven aan wat zij ervaren. In de afgelopen decennia zijn het medische model en de 'Diagnostic Statistical Manual' (DSM) dominant geweest in de geestelijke gezondheidszorg. Dat uit zich in taal, onderzoeksmodellen, behandelstrategieën, organisatie en bekostiging van zorg. Het medische model kenmerkt zich door lineair oorzaak-gevolg denken en biedt weinig ruimte voor betekenisgeving en complexiteit. In deze reflectie staan we stil bij de beperkingen van het medische model, het bio-psycho-sociale-model dat vaak als alternatief genoemd wordt en de noodzaak van een benadering waarin interacties centraal staan.

Trefwoorden: *Complexiteit, medisch model, interacties.*

SUMMARY

Psychic traits are dimensionally distributed and adapt themselves through constant interaction with the environment. They are also subjective because people give meaning to what they experience. In the past decades the medical model and the 'Diagnostic Statistical Manual' (DSM) have been dominant in mental healthcare. This is expressed in language, research models, treatment strategies, organisation, and funding of care. The medical model is characterised by linear cause-effect thinking that offers little room for meaning and complexity. In this reflection we consider the limitations of the medical model, the bio-psycho-social-model that often is used as an alternative, and the need for an approach in which interactions are central.