

REACTIE OP

'Psyche, psychisch en 'psycho-' en 'Katatonie: een veelvoorkomend, maar weinig herkend ziektebeeld'

Met interesse las ik in het maartnummer van het *Tijdschrift voor Psychiatrie* het artikel van Van der Stel e.a. (2016) over 'psyche', 'psychisch' en 'psycho-'. De 'getto-benadering' waar auteurs over schrijven, laat zien in welk zwaar weer ons vak zich bevindt. Het is te simpel om de discussie af te doen als semantisch: woorden construeren mede de werkelijkheid. De kritische noot die de auteurs plaatsen, bijvoorbeeld daar waar het de term 'psychofarmaca' betreft, is daarom toe te juichen.

Ik mis in het artikel echter de *iatros*, de arts. Een kleine rondgang langs websites van specialistische ggz-instellingen leert dat de positie van de arts bijzonder klein is. GGZ inGeest is er voor 'psychische klachten', GGZ Centraal voor 'psychische problemen'. Lentis helpt ook al mensen die last hebben van 'psychische klachten'. GGZ Oost Brabant is er voor 'complexe psychische zorgvragen', GGZ Delfland helpt 'mensen met psychische problemen' en ook GGZ Drenthe 'biedt hulp bij psychische problemen'. Volop psyche dus, maar nauwelijks *iatros*. (Merk op hoeveel er wordt 'geholpen' en hoe weinig er 'behandeld' wordt.)

Die *iatros* mis ik ook in het artikel van Honings e.a. (2016) in hetzelfde tijdschriftnummer. Zij schrijven over collegae die de diagnose katatonie ten onrechte niet stelden: 'Dit is echter geen unieke situatie. Onderzoek toonde aan dat psychiaters de DSM-diagnose katatonie slechts bij 2% van de patiënten stelden, terwijl 18% voldeed aan de DSM-criteria.' Kortom, in het betreffende onderzoek voldeden 18 van de 100 patiënten aan de criteria voor katatonie, terwijl deze bij slechts 2 van hen herkend werd. Maar liefst 16 van de 18 gevallen, dat is dus 89%, werden dus gemist. Dat is niet minder dan rampzalig te noemen, aangezien het hier een mogelijk levensbedreigende aandoening betreft. Typeringen als 'niet uniek' en 'opvallend' zijn volstrekt onvoldoende.

Door systematisch het woord 'psyche' te (laten) gebruiken, lijkt het alsof we ons willen blijven verschansen in ons 'getto'. We veronachtzamen onze rol als medicus als we het niet-herkennen van bijna 90% van de gevallen van potentieel dodelijke aandoeningen als katatonie gewoon maar accepteren. In navolging van het Redactioneel van collega Van (2016) roep ik dan ook op tot 'de nuchtere psychiatrie': 'Een psychiatrie die weet wat de kern is van de diagnostiek en het lijden van haar patiënten en hun naasten [...] die open staat voor dynamische interacties met de samenleving en daarin levende belangen, maar zich ook niet gek laat maken.' Nuchtere psychiatrie met nuchtere psychiaters, die naast de *psyche* ook de *iatros* in de psychiatrie serieus nemen.

LITERATUUR

- Honings STH, Arts BMG, van Os J. Katatonie: een veelvoorkomend, maar weinig herkend ziektebeeld. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 232-6.
- Stel J van der, Sommer IE, Bakker PR. Psyche, psychisch en 'psycho-'. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 237-40.
- Van HL. Van diagnoses die verschijnen en verdwijnen. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 176-8.

AUTEUR

ANDREA RUISSSEN, psychiater en filosoof, Emergis, Kloetinge en Amedea, Oosterhout.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Andrea Ruissen, p/a Emergis, Oostmolenweg 101, 4481 PM Kloetinge.
E-mail: ruissen@emergis.nl

Geen strijdige belangen meegegeeld.

TITLE IN ENGLISH

Reaction on 'Psyche, psychiatric and 'psycho-' and 'A case-report on catatonia: a prevalent but under-recognised psychiatric illness'

ANTWOORD AAN

Ruissen (1)

Wij danken collega Ruissen voor haar reactie op onze gevalsbeschrijving over een patiënte met een katatoon toestandsbeeld dat door verschillende psychiaters niet als zodanig werd herkend, waardoor de behandeling vertraging opliep. Zij betoogt dat er in de psychiatrie behoefte is aan psychiaters die niet alleen aandacht hebben voor de *psyche*, maar ook hun rol als medicus, als *iatros*, serieus nemen. Wij onderschrijven deze mening en zijn het met haar eens dat het onacceptabel is dat een potentieel letaal toestandsbeeld als katatonie onvoldoende wordt herkend, terwijl de prevalentie in klinische populaties hoog is. Dit gegeven was dan ook onze drijfveer om deze gevalsbeschrijving te publiceren: de patiëntencasus an sich was immers niet zo bijzonder dat deze een gevalsbeschrijving rechtvaardigde, de aanvankelijk inadequate diagnostiek en behandeling waren dat echter wel.



ARTIKEL



AUTEUR

STEVEN HONINGS, basisarts en promovendus, Maastricht University.

CORRESPONDENTIEADRES

S.T.H. Honings
E-mail: steven.honings@maastrichtuniversity.nl

Collega Van der Stel e.a. beschrijven in hun artikel dat de psychiatrie afgescheiden is geraakt van de algemene gezondheidszorg, mede dankzij alle 'psych'-toevoegingen in onze taal. Zij pleiten voor een betere integratie van somatische en psychiatrische zorg. De diagnose katatonie werd niet gesteld terwijl onze patiënte verbleef in ggz-instellingen en werd pas gesteld tijdens haar opname op de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ). Het is mogelijk dat de verschijnselen van de katatonie ten tijde van haar verblijf op de PAAZ duidelijker waren dan tijdens het verblijf in de ggz-instelling. Het is echter ook mogelijk dat er op de PAAZ zowel letterlijk als figuurlijk meer iatros aanwezig was, zodat de diagnose daar wel werd gesteld.

Ruissen en Van der Stel e.a. omschrijven dat het tijd is voor de psychiatrie om het 'getto' van de psyche te verlaten en te komen tot een betere integratie met de algemene gezondheidszorg. Wij delen deze mening, aangezien zowel het uitsluitend focussen op de psychische component als het uitsluitend focussen op de lichamelijke component van psychiatrische ziekten leidt tot reductionisme. We hopen met onze gevalsbeschrijving een bijdrage te hebben geleverd aan de kennis omtrent het ziektebeeld katatonie, dat een goed voorbeeld is van een psychiatrisch toestandsbeeld waarbij zowel iatros als aandacht voor de psyche nodig is om te komen tot een goede diagnostiek en behandeling.

ANTWOORD AAN

Ruissen (2)

Collega Ruissen kaart in haar reactie op ons artikel twee belangrijke punten aan: de ggz is een getto en de arts is daarin bijna onzichtbaar.

Volgens ons is er niets mis mee om eenduidig te spreken over de psyche en psychische processen, als maar volstrekt duidelijk is wat daarmee wordt bedoeld. Mensen zijn gelaagde, biopsychosociaalculturele wezens. Het isoleren van één aspect daarvan of het reduceren van die gelaagdheid tot één niveau is vragen om moeilijkheden. In onze sector werken daarom ook diverse disciplines: psychiaters, psychologen, verpleegkundigen en sociaal werkers.

Psychische processen zijn in onze opvatting hersenprocessen en vormen daarmee een aspect van het lichamenlijk functioneren. Maar ze zijn ook bijzonder omdat ze in interactie staan met sociale en culturele processen. Het klopt helemaal dat in deze sector de dokter nog maar een marginale positie heeft. Zeer ten onrechte: een effectieve behandeling van depressie kan de kans verminderen dat patiënten een beroerte, hartfalen of hartaanval meemaken of vroeg overlijden. Veel onderzoek toont de samenhang van psychische met somatische processen of problemen (zoals ontstekingen) aan. Dat is geen reden om de term 'psyche' en varianten daarvan te vermijden, maar wel om de samenhang met andere aspecten van het menselijk functioneren te benadrukken.

Het lijkt ons een taak voor psychiaters om die samenhang duidelijk voor het voetlicht te brengen: psychische problemen gaan vaak samen met somatische klachten, en er bestaan weinig geneesmiddelen die alleen op de hersenen werken en/of alleen psychische processen kunnen beïnvloeden of verbeteren. Omgekeerd hebben somatische aandoeningen gevolgen voor het psychische functioneren en veel geneesmiddelen voor andere aandoeningen werken ook in op het brein. Dit laatste is een reden om te onderzoeken in hoeverre niet-psychiatrische geneesmiddelen effectief kunnen worden toegepast in de psychiatrie, al was het maar omdat de industrie niet meer in nieuwe geneesmiddelen voor de psychiatrie investeert.

In ons artikel hebben we de nadruk gelegd op de rol van de taal. We denken niet dat we problemen in deze sector en de stigmatisering die alle betrokkenen vaak ervaren, daarmee kunnen oplossen. Maar van de werking van taal moeten wij ons wel bewust zijn en zo nodig moeten we ons taalgebruik bewust veranderen.

De aanduiding 'ggz' markeert het getto. Wat ons betreft, spreken we voortaan voluit over psychische gezondheidszorg om daarmee de samenhang met de overige gezondheidszorg en de rol van de arts te benadrukken. Waar nodig kunnen we dat voorvoegsel zelfs weglaten. Het woord '*geestelijk*', een relict uit de tijd dat lichaam en geest in onze cultuur nog als gescheiden werden opgevat, is in deze context achterhaald.

In de toekomst is na een gelukke integratie dat voorvoegsel dus steeds minder nodig. De huisartsen geven al het goede voorbeeld.

AUTEURS

JAAP C. VAN DER STEL, senior onderzoeker, GGZ inGeest, adviseur beleid, Brijder-Parnassia en lector Geestelijke Gezondheidszorg, Hogeschool Leiden.

IRIS E. SOMMER, hoogleraar Psychiatrie, Universiteit Utrecht, en hoofd stemmenpoli, UMC Utrecht.

P. ROBERTO BAKKER, psychiater, plaatsvervangend opleider en opleider aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie, GGz Centraal, honorair universitair docent, Universiteit van Maastricht.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. dr. J.C. van der Stel, Bakenessergracht 46 A,

2011 JX Haarlem.

E-mail: jaapvanderstel@gmail.com