

## PSYCHIATRIE IN EEN FUNCTIONEEL DENKRAAM

door Dr. A. C. LIT te Zeist

De psychiatrie, de psychiater en de psychiatrische instellingen verkeren in een opspraak-verwekkende crisis die vraagt om crisis-interventie. Omdat men zichzelf niet kan behandelen is iemand van buiten de psychiatrie aangetrokken: naar oud-Europees gebruik een wijsgeer, die ons zindelijk en actueel moet leren denken.

Ik zal trachten uit de praktijk aan te tonen, hoe sterk de psychiatrie dit behoeft. Niet in een strikt wijsgerig betoog, maar tezamenbrengend gedachten en ideeën, die bij een nadenkende confrontatie met het dagelijkse werken ontstaan. Noodzakelijkerwijs zal ik bij gebrek aan eigen denk-tijd gedachten en ideeën van anderen gebruiken, die ik bij gebrek aan studie-tijd niet allemaal bij name zal kunnen noemen.

Voor dit plagiaat bied ik bij voorbaat mijn excuses aan.

Het is ten bate van de duidelijkheid, de helderheid, de mededeelbaarheid en overdraagzaamheid van methoden, inzichten en achtergronden van het psychiatrische werk.

Ondanks de langzame groei van andere opvattingen gaat de psychiater nog vaak uit van oude praktische en theoretische vóóronderstellingen. Hij volgt een medische opleiding, die hem in staat moet stellen om, objectief — eventueel met behulp van anderen — de zich bij hem meldende patiënt te onderzoeken. Hij speurt naar etiologische factoren en tracht een zo veelzijdig mogelijke diagnose te stellen, waarop hij met bepaalde verwachtingen ten aanzien van de prognose, en weer al of niet met hulp van paramedische en verpleegkundige krachten, een behandeling instelt.

Aan dit te eenvoudig gestelde schema is de laatste tientallen jaren natuurlijk diepgaand gesleuteld. De preventieve geneeskunde, de geestelijke hygiëne en de sociale psychiatrie zijn ontstaan. Desondanks is het schema individu-aanpassing-maatschappij nog steeds hét denkraam van de geneeskunde. Een actuele illustratie hiervan is de misleidende en onpraktische polariteit van medisch en sociaal model. Zonder bezinning worden hier begrippen en definities gehanteerd, die de toets der moderne wijsgerige kritiek niet meer kunnen doorstaan, zoals daar zijn: ziek - gezond - individu - maatschappij - aanpassen - welzijn - exogeen - endogeen - nosologie - diagnose - etiologie - behandelen - medisch - sociaal. Voortdurend zijn één of meer van deze begrippen voorwerp van bezinning, analyse, kritiek of nauwkeurige definiëring. Zij zijn hier niet tegen bestand. Zoals bij de ontleding van een ui blijft er niets over; bij het bekende cacaoblikje verdwijnt de 'echte' afbeelding in een mistige diepte.

Neem het begrip gezondheid, door de W.H.O., de W.F.M.H., Fromm, Soddy en veel anderen gedefinieerd als toestand, proces, aanpassing,

vrijheid of welzijn. Dit zijn evenwel nog vagere begrippen. Is dan ziekte te definiëren? Normatief, statistisch, nosologisch, of met de klinische blik? Diagnostiseren in de psychiatrie was al vóór Foudraine een veel gesmade bezigheid; het kan nosologisch, fenomenologisch, multicausaal, multi-conditioneel, multi-dimensioneel, ex juvantibus en operationeel.

Een begrippencrisis van deze omvang drijft ons wel naar wijsgerige en methodologische bezinning en doet ons constateren dat de genoemde begrippen mét hun definiëring stammen uit één denkraam: het ontologische. De distantie, het isoleren, het definiëren, het scheiden en polariseren, het principieel waardenvrije van wetenschappelijk denken en werken, de niet-geëngageerde objectiviteit van de onderzoeker, het denken in de tegenstellingen ziel-lichaam en medisch-sociaal, het zijn alle typische voorbeelden van ontologisch denken. In mijn dagelijks werk wantrouw ik bovenstaande definities nu het ontslaan van een patiënt niet meer vanzelfsprekend voortvloeit uit het constateren van gezondheid of afwezigheid van ziekte, maar volgt op een zorgvuldig, moeizaam en door talrijke onzekerheden gehinderd overleg van de vele betrokkenen. Ik noem patiënt, arts, maatschappelijk werker, verpleging, arbeidskundige, sociaal-psychiatrische dienst, werkgever en gezin. In de moderne psychiatrie beïnvloeden vele therapeuten (schertsend zielepeuten te noemen) van verschillende discipline op zeer verschillende wijze een ondoorzichtig geheel van fysiologische, pathologische en sociale processen. Ik spreek nu niet namens de individuele psychotherapeuten of de eenzame zwoegers op drukke poliklinieken, maar namens de teamwerkers in de ambulante en klinische zorg, als ik constateer dat van het oude psychiatrische 'handwerk' niet veel is overgebleven. Dat handwerk bestond uit individueel behandelen omdat het manco dáár gezocht werd. Als begrijpelijke reactie hierop is de schuld uitsluitend in de maatschappij gezocht met de eis dat de — daartoe niet opgeleide en wereldvreemde — medicus de maatschappij moet gaan veranderen. In dit denkraam zijn echter de in de oude psychiatrie onomstotelijk vastgestelde persoonlijke gebreken niet te plaatsen.

In de praktijk handelen wij volgens een heel ander schema. De patiënt is niet meer — ook niet minder — dan de meest kwetsbare figuur in een wanordelijk en ontregeld systeem, een zwakke stee in een vat-onder-spanning. Diagnostiseren is uitsplitsen van veranderbare en bestuurbare invloeden enerzijds en onveranderbare en onbestuurbare invloeden, relaties en omstandigheden anderzijds.

Lijkt het systeem stuurbaar en plooibaar, dan wordt de patiënt niet opgenomen en — zo nodig mét zijn systeem — in zorg genomen. Blijkt het systeem *niet* te beïnvloeden, dan wordt de meest onregelende en ontregelde en wanordelijke factor opgenomen en splitst de 'behandeling' zich in tweeën: ten eerste naar het systeem thuis, dat voorbereid wordt op de terugkeer van de patiënt. De patiënt zelf wordt opgeno-

men in een ander, maar nu kunstmatig en stuurbaar systeem, waarin de behandeling bestaat uit sturen en regisseren van veranderbare fysiologische, pathologische, psychologische en sociale processen.

Dit duurt voort tot de patiënt

*a* naar zijn oude systeem kan weerkeren. Dit is crisis-interventie en psychiatrische kliniek. Als dit mislukt, streeft men naar

*b* ontslaan naar een ander vóórbereid systeem: psychiatrische revalidatie.

*c* Mislukt ook dit, dan blijft hij voor kortere of langere tijd aangevozen op een kunstmatig systeem: verblijfspsychiatrie.

In deze gedachtengang is geen plaats voor begrippen als 'gezondheid' of 'herstel'. Het woord 'systeem' is gevallen: een 'verzameling van elementen, die onderling zó geordend zijn, dat de mate van ordening binnen de verzameling groter is dan de mate van ordening daarbuiten (HOEFNAGELS). Weer een definitie, vraagt U? Neen, een werk-afpraak.

In deze gedachtengang is ook de valse polariteit medisch-sociaal overbodig. In een systeem van menselijke relaties is alle psychiatrische symptomatologie te omschrijven als menselijk gedrag. Maar dat wil niet zeggen, dat psychiatrie nu uitsluitend een gedrags-wetenschap is. Nuchter bekijken van de invloeden in het systeem doet al direct een aantal pathofysiologische bespeuren, zoals levensfasen, intoxicaties of oligofrenie. En zuiver sociale, zoals een lopende band en een 'double bind'.

Wie zal nu uitmaken, wie het primaat van veranderen in dit systeem heeft? Zolang de 'patiënt' (want die is toch de 'lijdende') nog in zijn eigen systeem verkeert, kunnen familieleden, burens, pastores, psycholoog en huisarts de eersten zijn, die, gemengd of zich mengend in het systeem, gaan beïnvloeden. De psychiater is hier niet de eerst aangewezen. Consultatie of medebehandelen of tijdelijk eerste behandelaar zijn wordt noodzakelijk, zodra grenzen van intra-individueel functioneren worden bereikt en overschreden.

Bij opname in een klinisch systeem is per traditie de psychiater wél de primarius, want iedere opgenomen patiënt brengt belangrijke medische problemen mee: intern of neurologisch, psychofarmacologisch of endocrien, uitputting of overspanning. Zeker bij de intake zal dus de arts een grote rol spelen, die hij echter vroeger of later kwijt raakt aan de van het begin af aan al meewerkende andere therapeuten en bij ontslag aan het systeem-van-herkomst. In deze gedachtengang is alleen maar plaats voor een *groep* therapeuten, deel uitmakend van het systeem, waarin nu de één, dan de ander, de belangrijkste invloed uitoefent, de strategie uitzet en de regie voert. Vergeleken met een kwart eeuw geleden betekent dit niet minder dan een Copernicaanse wending: van de eenvoudige arts-patiënt relatie naar het ondoorzichtige en moeilijk grijpbare interactie-systeem.

Sommigen willen hieruit de conclusie trekken, dat nu met de grootste

spoed de opleiding van de psychiater moet veranderen. Meer psychologie en sociologie! In deze eis proef ik nog restanten van de oude medische arrogantie: alleen de dokter kan alles. Er staan echter talloze andere en beter opgeleide figuren gereed om in het systeem mee te gaan werken: psychologen, agogen, maatschappelijk werkenden. De psychotherapeutische spoeling zal met een overwicht aan voorlopig nog goedkopere krachten voor uitsluitend tot psychotherapeut opgeleide artsen dun worden. En wie zal de zo noodzakelijke medische kennis en ervaring, praktiserend of consulterend, in het team brengen? De psychiater kan zijn deskundigheid als arts, broodnodig bij de toenemende problematiek van puberteit, involutie en veroudering, niet prijsgeven. De mode-psychiatrie, die op dit ogenblik iedereen wil bedrijven — psychotherapie van prognostisch-gunstige jonge neurotische volwassenen — is maar een klein deel van het veld. Laat de toekomstige psychotherapeut een andere dan de medische studie kiezen. Van Freud mocht het al.

Dit lijken allemaal min of meer praktische raadgevingen en ontwikkelingen. Maar let wel: er is meer aan de hand. Achter deze nieuwe wijze van werken steekt een nieuwe filosofie. Ik paraphraseer nu regels uit het recente werk 'Strategie van de Cultuur', waarin VAN PEURSEN de ontwikkeling schetst van ontologisch naar functioneel denken. Daarin wordt niet meer een werkelijkheid verondersteld, waartegenover wij ons kunnen opstellen en die wij gedistantieerd kunnen omschrijven. Wetten en structuren betreffende de werkelijkheid worden schimmig. Achter de verschijnselen wordt niet meer iets fundamenteels gezocht. Definities, begrippen, axioma's en wetmatigheden zijn geen waarheden meer maar instrumenten van denken, weggooi-hypothesen en afspraken (p. 81). Verschijnselen worden niet meer inhoudelijk gedefinieerd, maar gezocht wordt naar bepalende relaties (p. 80). Er is een verschuiving van theorie naar praxis. Inzicht is de juiste manier om met dingen en symbolen om te gaan (p. 79). De 'onderzoeker' ervaart dat hij door zijn onderzoek en aanwezigheid aan het 'systeem' deelneemt. De 'behandelaar' stuurt niet op afstand en waardenvrij naar een hypothetische toestand van gezondheid, maar hij is min of meer geëngageerd in veranderingsprocessen.

Bij veel moderne psychiatrische denkers zijn dergelijke geluiden hoorbaar. Het functionele denken acht ik in staat om deze gedachten te ordenen tot een psychiatrie, die de ruimte biedt waarom mensen van deze tijd in deze wereld vragen.

#### LITERATUUR

De definitie van systeem is vanwege de bondigheid ontleend aan het artikel 'Vrijheid en systeem' van A. H. J. M. Hoefnagel, verschenen in *Wijsgerig Perspectief*, 13e jaargang, nr. 1, 1972/1973. Dieper gravend en voor iedere psychiater onontbeerlijke leerstof is het recente werk van Paul Watzlawick en zijn medewerkers, getiteld: 'De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie', in een voortreffelijke vertaling verschenen bij Van Lochem Slaterus. 'Strategie van de Cultuur' van C. A. van Peursen, verscheen in 1970 bij Elsevier.