

Reactie op 'Een moeder accepteert haar baby niet'

In de gevalsbeschrijving 'Een moeder accepteert haar baby niet' stellen de auteurs (Staal e.a. 2004) dat er weinig bekend is over stoornissen in de hechting van moeders met psychiatrische problemen aan hun kinderen. Dit klopt als je de hechting vanuit de moeder benadert.

De term hechting leidt hier echter tot verwarring, want het is niet gebruikelijk de term hechting te hanteren als het de relatie betreft vanuit de moeder met het kind. Hechting - en zo omschrijven ook deze auteurs het in hun artikel - betreft de neiging van het kind zich te hechten aan zijn verzorger. Uit onderzoek blijkt dat de gehechtheid van kinderen aan de moeder direct gerelateerd is aan de relatie van de moeder met haar kind. Een belangrijk deel van de gehechtheidrelatie van kinderen aan de ouder wordt bepaald door de kwaliteit van de moeder-kindinteractie (De Wolff & Van IJzendoorn 1997).

Er is wel veel onderzoek gedaan naar de interactie tussen depressieve moeders en hun kinderen en wat voor een effect dit heeft op de kinderen (Field 1995; Gelfand & Teti 1990; Lyons-Ruth e.a. 1990; Murray & Cooper 1997; Murray e.a. 1996). Uit de onderzoeken naar hechtingsproblemen komt duidelijk naar voren dat er voor kinderen van onder meer depressieve moeders een kans van 45% bestaat op een onveilige gehechtheidrelatie (Cicchetti e.a. 1998; Cummings & Davies 1994; Lyons-Ruth e.a. 1990). Inzake moeders met andere psychiatrische beelden, zoals een psychotische stoornis of een persoonlijkheidsstoornis, is inderdaad minder bekend, maar de publicaties die er zijn, tonen een groot risico aan van ernstige problemen bij het kind waaronder een verstoorde moeder-kindrelatie en hechtingsproblemen (Feldman e.a. 1995; Higgins e.a. 1997; Weinberg & Tronick 1998).

De auteurs betogen in het artikel dat systeemgerichte behandeling in dit soort situaties van groot belang is. Het is opmerkelijk dat zij niet

bekend blijken te zijn met de moeder-baby-interventie die is ontwikkeld door het RIAGG IJsselland in Deventer (Brok & Van Doesum 1998). Deze interventie is bedoeld voor moeders met psychiatrische problemen en hun baby en is gericht op het herstellen/versterken van de kwaliteit van de moeder-kindinteractie en daarmee het gevoel van veiligheid bij het kind (gehechtheidrelatie). Bij het RIAGG IJsselland wordt begeleiding aangeboden aan alle moeders met psychiatrische problemen die een baby tot 10 maanden hebben. De begeleiding is preventief, het kind hoeft (nog) geen problemen te hebben ontwikkeld en de begeleiding wordt naast de reguliere behandeling van de moeder aangeboden. In 8 à 10 huisbezoeken wordt, met behulp van video-opnamen van moeder-kindinteracties, aan moeder (en partner) geleerd signalen van het kind te herkennen en daar op een adequate manier op te reageren. De ervaringen met deze begeleiding zijn positief. De moeders geven aan dat de relatie met hun kind verbeterd is. Regelmatig krijgen wij te maken met moeders die moeite hebben hun baby te accepteren. Er vindt op dit moment een gerandomiseerd onderzoek plaats naar effect van deze interventie bij depressieve moeders en baby's. De resultaten hiervan worden middels een proefschrift in 2005 bekend gemaakt (Van Doesum, Radboud Universiteit Nijmegen). Op dit moment wordt de moeder-baby-interventie landelijk door 20 ggz-instellingen aangeboden. Ook in de buurregio's van het werkgebied Amersfoort en omstreken van de auteurs van het betreffende artikel wordt regelmatig gebruikgemaakt van moeder-baby-interventie (bv. GGZ Spatie, Apeldoorn; GGZ Altrecht, Utrecht; RPC Woerden).

Deze interventie sluit goed aan bij de door de auteurs voorgestelde aanpak het systeem te betrekken bij de behandeling en is speciaal ontwikkeld om de kwaliteit van de interactie verbeteren tussen moeder en kind en daarmee een veilige gehechtheidrelatie tot stand te brengen. Hoe belangrijk de invloed van de interactie is, wordt duidelijk in het onderzoek van Field e.a. (1988). Het herstel van de moeder van haar depressie betekent niet

automatisch dat daarmee ook de interactie tussen moeder en kind verbetert. Dit heeft weer zijn weerslag op de relatie van de moeder met haar kind.

De auteurs hebben met de gevalsbeschrijving een belangrijk onderwerp aangezwengeld. Dat zij niet gekeken lijken te hebben naar de Nederlandse praktijk en ontwikkelingen, vinden wij een gemiste kans.

LITERATUUR

- Brok, C., & van Doesum, K. (1998). Positieve interactie tussen depressieve moeders en hun baby's: een preventieve interventie. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 53, 835-845.
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A., & Toth, S.L. (1998). Maternal depressive disorder and contextual risk: contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Development and Psychopathology*, 10, 283-300.
- Cummings, E.M., & Davies, P.T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology*, 35, 73-112.
- Feldman, R.B., Zelkowitz, P., Weiss, M., e.a. (1995). A comparison of the families of mothers with borderline and nonborderline personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 157-163.
- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 1-13.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., e.a. (1988). Infants of depressed mothers show 'depressed' behavior even with nondepressed adults. *Child Development*, 59, 1569-1579.
- Gelfand, D.M., & Teti, D.M. (1990). The effects of maternal depression on children. *Clinical Psychology-Review*, 10, 329-353.
- Higgins, J., Gore, R. Gurkind, D., e.a. (1997). Effects on child-rearing by schizophrenic mothers: a 25 year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 96, 402-404.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D.B., Grunebaum, H.U., e.a. (1990). Infants at social risk: maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development*, 61, 85-98.
- Murray, L., & Cooper, P. (1997). Postpartum depression and child development. *Psychological Medicine*, 27, 253-260.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., e.a. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67, 2512-2526.
- Staal, W.G., Wernand, J.J., & van der Goot, B. (2004). Een moeder accepteert haar baby niet. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 775-779.

Weinberg, M.K., & Tronick, E.Z. (1998). The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 53-61.

Wolff, M.S. de, & van IJzendoorn, M.H. (1997). Sensitivity and attachment: a meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571-591.

K.T.M. VAN DOESUM, preventiefunctionaris RIAGG IJssel-land, Deventer, onderzoeker Radboud Universiteit Nijmegen, Prevention Research Center

A.C. BROK, sociaal-psychiatisch verpleegkundige, sector Jeugd, preventiefunctionaris RIAGG IJssel-land, Deventer

ANTWOORD aan Van Doesum en Brok

De reactie van mevrouw van Doesum en mevrouw Brok op onze gevalsbeschrijving (Staal e.a. 2004) nodigt uit tot een nadere toelichting. Ons doel was deze casuïstiek te beschrijven vanuit de sociaal-psychiatische praktijk. Het primaire probleem waarmee wij in de crisisdienst werden geconfronteerd was een moeder die niets met haar pasgeboren dochtertje te maken wilde hebben, maar zelf geen hulpvraag had. De ontredde was vooral merkbaar bij de familieleden. Een eerste taak was het systeem in zorg te krijgen, de crisissituatie hanteerbaar te maken, en diagnostiek te doen, daarbij gebruikmakend van eenvoudige en weinig belastende diagnostische middelen en interventies. Onze inschatting was dat bij deze patiënte een specifiek hulpaanbod zoals ontwikkeld door Van Doesum en Brok geen reële kans van slagen had zonder voorbereidend werk. Bij wat lichtere problematiek en gemotiveerde patiënten kan een dergelijke benadering uiteraard wel geïndiceerd zijn. Ook in onze regio is voorzien in een laagdrempelig hulpaanbod voor moeders met psychiatrische problemen en hun jonge kinderen. In de casus vertoonde het kind overigens normaal hechtingsgedrag ten opzichte van de vader en schoonmoeder van patiënte.

Van Doesum en Brok merken verder op dat het ongebruikelijk is over hechting te spreken vanuit het perspectief van de ouders. De laatste

jaren verschijnen er echter regelmatig onderzoeken over hechtingsstijlen bij volwassenen en zijn er verschillende instrumenten ontwikkeld die juist betrekking hebben op het ouderlijk aandeel in ouder-kindinteractie (Bifulco e.a. 2002; Murphy e.e. 1997; Van IJzendoorn 1995).

LITERATUUR

- Bifulco, A., Moran, P.M., Ball, C., e.a. (2002). Adult attachment style II: Its relationship to psychosocial depressive-vulnerability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 60-67.
- Murphy, E., Brewin, C.R., & Silka, L. (1997). The assessment of parenting using the parental bonding instrument: two or three factors? *Psychological Medicine*, 27, 333-341.
- Staal, W.G., Wernand, J.J., & van der Goot, B. (2004). Een moeder accepteert haar baby niet. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 775-779.
- IJzendoorn, M.H. van. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.

W.G. STAAL

J.J. WERNAND

B. VAN DER GOOT

Reactie op 'De evolutieleer en haar betekenis voor de psychiatrie'

Een wat minder optimistische mening

Collega Hodiament (2004) schrijft in het decembernummer van dit tijdschrift een artikel over een interessant onderwerp: hebben we in de psychiatrie wat aan de evolutietheorie, of is dat binnenkort te verwachten? Hodiament is daar zeer positief over, ikzelf verwacht er echter weinig van. Hodiament denkt dat de toepassing van de evolutietheorie een integratie van allerlei factoren vanuit de vigerende psychiatrische modellen geeft, met een betere ordening, verbinding en interpretatie van psychiatrische gegevens, plus een grotere effectiviteit en doelmatigheid van de wetenschapsbeoefening binnen het vakgebied. De basis van classificatie zal veranderen van een atheoretische

naar een op een functietheorie van gedrag gebaseerde. Verder ziet hij een beter mensbeeld in de psychiatrie opdoemen en normalisering en destigmatisering van de psychiatrische patiënt.

Nu vind ik de evolutietheorie prachtig en de psychiatrie een interessant vak, maar over de toepassing van de evolutietheorie op de psychiatrie ben ik dus helaas niet zo optimistisch gesteld. Waarom? Hodiaments insteek is vrij theoretisch; ik wil het wat praktischer houden.

Een voor de hand liggend argument is dat op dit moment de kennis van de evolutie in de geneeskunde geen enkele rol van betekenis speelt. Darwin publiceerde *The Origin of Species* in 1859 en sindsdien, zeker de laatste decennia, is onze kennis over de evolutie geëxplodeerd. Toch ken ik geen enkel medisch specialisme waar kennis van de evolutie van praktisch belang wordt geacht.

Dan de psychiatrie. Psychiatrie is geen wetenschap, maar een vakgebied dat zich bezighoudt met de behandeling van een wonderlijk samenspel van menselijke gebreken. Er zijn veel pogingen gedaan om een soort algemene theorie van de psychiatrie te maken, maar deze pogingen zijn mijns inziens onzinnig. Er zal nooit zo'n algemene theorie kunnen bestaan, omdat wat tot de psychiatrie wordt gerekend biologisch gezien volstrekt willekeurig is. Schizofrenie heeft niets te maken met anorexia nervosa en die twee aandoeningen hebben weer niets te maken met dementie, of – om eens een verschijnsel te noemen dat kort geleden nog tot de psychiatrie gerekend werd – homoseksualiteit. Iedere poging tot een alomvattende theorie over psychiatrie, dit ratjetoe van menselijke tekorten, is als de Titanic: *doomed before it sailed*. Ook de evolutietheorie zal daar dus niet in kunnen voorzien. Maar erg is dat niet. Zo'n theorie is nergens voor nodig.

Dan de evolutie en wat we daar van weten. De evolutie van levende wezens op aarde is geen theorie maar een feit, op miljoenen manieren geboekstaafd door de fossielen die we overal vinden. De evolutietheorie houdt zich bezig met de verklaring van dit feit. Biologie is daarmee een historische wetenschap die de wederwaardigheden van

het leven op aarde beschrijft en er verklaringen voor zoekt. De historie van het leven op aarde is, net als de geschiedenis van bijvoorbeeld Europa, voor een groot deel bepaald door toeval. Welke planten en dieren zich ontwikkelden, hoe ze eruit-zagen of -zien, hoe ze weer uitstierven: het is allemaal sterk afhankelijk van veranderende klimaten, schuivende aardschollen, meteorietinslagen, vulkanische uitbarstingen en ga zo maar door. Aan de ene kant verbazen we ons over de ongelooflijke vernuftigheid en perfectie van de bouw en werking van levende wezens, aan de andere kant zien we dat er ook verschrikkelijk veel mis gaat in de natuur: veel nageslacht is niet geschikt voor het leven of de voortplanting, veel individuen sterven door allerlei rampen en levende wezens lijden aan veel defecten en gebreken. Hiermee zijn we op het terrein van de geneeskunde aangeland. Hoe verklaren we vanuit de evolutie (psychiatrische) defecten en gebreken?

Eenvoudig: levende wezens zijn geen perfecte machines, maar voldoende aangepast om zich succesvol voort te planten. Er mankeert van alles aan. Kwalen die zich op hogere leeftijd voordoen, zeg maar na je veertigste, bevinden zich al in wat ik eens door iemand de 'evolutionaire duisternis' heb horen noemen. Ze zijn niet of slechts zeer marginaal van belang voor het succes van onze voortplanting, en daarmee niet van belang voor de evolutie. Het leeuwendeel van de geneeskunde valt daar onder.

Er zijn echter psychiatrische aandoeningen die de kansen voor onze genen om hun kopieën in toekomstige individuen verder te laten gaan duidelijk verminderen: schizofrenie en anorexia nervosa zijn voorbeelden van aandoeningen die jong optreden en de kans op voortplanting verminderen. Dat geldt voor veel ziekten die jong beginnen. Toch hebben de genen die verantwoordelijk zijn voor de aanleg van dit soort ziekten zich goed weten te handhaven, en dat zullen ze nog wel een paar honderdduizend jaar blijven doen, als de menselijke soort nog zo lang zal bestaan.

Kortom, hoewel de toepassing van de kennis die we van de evolutie hebben op de psychiatrie een logische stap lijkt, zie ik er helaas weinig

vruchtbare theoretische of toepasbare mogelijkheden in.

LITERATUUR

Hodiamont, P.P.G. (2004). De evolutieleer en haar betekenis voor de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 799-807.

R. VAN MEER, psychiater, geneesheer-directeur GGZ Delfland, Delft

ANTWOORD aan Van Meer

Met belangstelling heb ik kennis genomen van collega van Meers replek op mijn essay over de evolutieleer en haar betekenis voor de psychiatrie. Zijn minder optimistische mening over de toepassingsmogelijkheden van de evolutietheorie op de psychiatrie baseert hij, als ik hem goed begrepen heb, op drie argumenten die ik achtereenvolgens aan de orde zal stellen.

Als eerste argument noemt hij het feit dat de kennis van de evolutie in de geneeskunde op dit moment geen rol van betekenis speelt. De verklaring voor dat gegeven ligt in de zogenaamde proximale benadering van de geneeskunde die op zoek gaat naar de directe oorzaken van, of mechanismen achter, gedragingen dan wel symptomen. Deze benadering is tegengesteld aan de distale benadering van de evolutieleer, die gedragingen probeert te analyseren in termen van hun functie of doel. Van oudsher hebben artsen geprobeerd proximale of pathofysiologische mechanismen op te sporen en te corrigeren: in de somatische geneeskunde met toenemend succes, in de psychiatrie – enkele uitzonderingen daargelaten – vooral nog tevergeefs. Onze medische voorouders waren zich zeer bewust van hun beperktheid in dit opzicht en drukten dat uit in het aforisme 'genezen zelden, troosten altijd'. En bij dat laatste kan de evolutieleer goede diensten bewijzen. Ik heb de ervaring dat het plaatsen van psychische klachten in een evolutionair perspectief werkt als een positief label en het moreel versterkt van patiënten die lijden aan stoornissen die uiteenlopen van angst tot schizofrenie. De distale en de proximale bena-

dering sluiten elkaar dus niet uit, maar vullen elkaar aan.

Van Meers tweede argument heeft betrekking op de status van de psychiatrie, die hij – met een variant op de klassieke verdeling van disciplines in *scientiae* en *artes* – geen wetenschap maar een vakgebied noemt. Omdat het twee verschillende werelden betreft, zo redeneert hij kennelijk, kan (de evolutie)theorie geen impact hebben op de praktijk van de psychiatrie. Over die stellingname valt veel te zeggen, veel meer dan in dit korte bestek mogelijk is. Ik zal me dan ook beperken tot de constatering dat collega van Meer hiermee aansluit bij de definitie van een pessimist als een optimist die zijn theorieën in praktijk heeft willen brengen.

In zijn derde argument gaat Van Meer in op de evolutietheorie. Hij beschrijft haar terecht als een bio-historische wetenschap, die de wederwaardigheden van het leven op aarde probeert te verklaren en noemt toeval – eveneens terecht – een belangrijk deel van die verklaring. Hij heeft het echter niet over ‘*survival of the fittest*’, terwijl dat fenomeen nu juist een oplossing biedt voor het probleem dat hij impliciet opwerpt in de laatste alinea van zijn reactie: hoe komt het dat schizofrenie niet uitsterft? Evolutionair gezien moet het genencomplex dat ten grondslag ligt aan schizofrenie dan zijn voordelen hebben. Die gedachte blijkt realistischer dan men op het eerste gezicht zou denken. Zo vond men op IJsland significant betere academische prestaties bij de verwanten van mensen die ooit wegens een psychose waren opgenomen. Afhankelijk van de omstandigheden zou het betreffende genencomplex bij sommigen dus een ‘begaafd’ en bij anderen een ‘gestoord’ fenotype kunnen opleveren. Als die hypothese bewaarheid wordt, zouden we moeten trachten de omstandigheden te identificeren waaronder het ene dan wel het andere type tot uitdrukking wordt gebracht, om die omstandigheden vervolgens te manipuleren teneinde het begaafde type te stimuleren en het gestoorde type te voorkomen.

De bovenstaande discussie nog eens overwegend, denk ik dat collega van Meer en ik niet zozeer van mening verschillen over de feiten als zodanig,

maar wel uiteenlopen in onze attitude ten aanzien van die feiten. Churchill heeft dat treffend onder woorden gebracht: een pessimist ziet een probleem in elke opportuniteit, een optimist een opportuniteit in elk probleem.

P. P. G. HODIAMONT

Reactie op ‘Voorlichting’

Triomf voor de WGBO?

Graag wil ik reageren op het redactioneel ‘Voorlichting’ van collega Boer (2004). Met zijn betoog ben ik het voor een belangrijk deel eens. Waar ik op in wil gaan, is zijn optimisme over het recht van inzage. Boer geeft aan dat na de inwerkingtreding van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) psychiaters twee dingen konden doen: of belangrijke maar confronterende informatie niet langer in het dossier opnemen, of deze zo opschrijven en bespreken, dat zij de relatie met de patiënt niet in gevaar brengt. Dit laatste is een uitdaging om ook tot een andere manier van spreken met de patiënt te komen. Zo heeft het inzage-recht geleid tot een andere stijl van omgang met de patiënten.

Ik twijfel er ernstig aan of dit optimisme gerechtvaardigd is. Deze twijfel baseer ik onder meer op de al vijf jaar slepende procedures tegen collega J.L.M. van der Beek inzake een inzagekwesitie. Daarbij is Van der Beek nota bene deskundig op het gebied van voorlichting aan patiënten – hij is er zelfs op gepromoveerd. De droevige afloop van de procedures is dat hij uit het vak wordt gezet. Naar mijn mening is deze zaak van groot belang voor alle collega’s die psychodynamische psychotherapie geven en waarbij inzage te pas komt.

Collega van der Beek weigerde inzage te geven omdat hij dit schadelijk vond voor het proces van de therapie. Het betreft een casus met onder meer overdrachtsproblematiek. In de gevolgde procedures door rechtscollages en door de hoofdinspectie is daarbij, naar zijn zeggen (ik ken hem al zeer lang en heb geen reden om zijn woorden in

twijfel te trekken) geen gevolg gegeven aan zijn verzoek om echte psychodynamische deskundigheid op dit gebied in te schakelen. De hoofdinspectie of de betrokken rechtscollèges beseften de noodzaak daarvan onvoldoende. Dit doet vermoeden dat zij eenzijdig het monteursmodel hantieren, en daarmee de mogelijke complicaties van inzage bij psychotherapie miskennen.

Boer stelt zich genuanceerd op over het punt voorlichting: patiënten begrijpen de gegeven voorlichting niet altijd, maar dat is niet te modificeren door wetgeving. Zo is het. Wij kunnen helaas soms op zichzelf juiste informatie op een bepaald moment niet geven. Soms kunnen we het volle pond pas geven als de patiënt er aan toe is. Dat in te schatten blijft een subjectieve inschatting van de vakmens.

Hoewel inzage weer wat anders is dan voorlichting, denk ik toch dat de gewenste zorgvuldigheid in principe niet anders is. Inzage van het dossier is goed, maar kan soms het behandelingsproces schaden. Dat geldt zeker bij moeilijke overdrachtsproblematiek, maar ook wel bij andere aangelegenheden. Ook inzage valt, net als voorlichting, niet perfect met wetgeving op te lossen.

Daarom zou het wenselijk zijn dat er andere wegen gevolgd worden dan de juridische weg van klacht- en tuchtprocedures. Een collega die vindt dat inzage het proces en de patiënt schaden zal en die het niet op een akkoordje wil gooien met zijn geweten ('dan moet de patiënt het zelf maar weten als hij ondanks mijn waarschuwing toch inzage wil hebben'), zou advies kunnen vragen aan ervaren collega's (intervisie) alvorens te beslissen. Komt het bij weigering tot een procedure, dan kan het advies meegenomen worden in de procedure. Bovendien zal een grondig psychodynamisch geschoolde psychiater in beoordelende colleges een plaats moeten krijgen. Zo kan men werkelijke deskundigheid laten spreken.

Dat is in de zaak Van der Beek niet gebeurd, en hiermee signaleer ik een ernstige tekortkoming voor onze beroepsbeoefening en voor de regeling van inzage. Want deze zaak doet vermoeden dat door diverse instanties uit onkunde, niet besef-

fend wat voor complicaties er in een bepaald stuk van de psychiatrische behandeling kunnen spelen, lichtvaardig geoordeeld is.

Zullen psychiaters die psychodynamische psychiatrie beoefenen bij patiënten met gecompliceerde problematiek, indachtig het infame lot dat Van der Beek treft, nu belangrijke maar potentieel schadelijke informatie niet langer in het dossier opschrijven en zo de wet omzeilen? Ik vrees van wel, niet omdat ze lafaards zijn, maar omdat zij het druk genoeg hebben met hun gewone werk en geen zin hebben in energie- en geldverslindende processen, waarbij zij er bovendien zelf beschadigd vanaf kunnen komen. Waar blijft dan het gevoel van triomf over de stille revolutie van de WGBO, als wezenlijke zaken uit de dossiers zullen verdwijnen uit angst voor onhanteerbare moeilijkheden bij inzage?

Inderdaad: met wetgeving kan men niet alles modificeren, ook inzage niet.

LITERATUUR

Boer, F. (2004). Voorlichting. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 795-797.

J. LANSEN, psychiater, Amersfoort

ANTWOORD aan Lansen

Ik dank collega Lansen voor zijn reactie op mijn redactioneel. Waar ik schreef dat er ook ingewikkeldheden kleven aan het recht op inzage en daarvan twee voorbeelden gaf, voegt hij daar een derde aan toe: inzage in een dossier waarin verslag wordt gedaan van een psychodynamische psychotherapie. Mijns inziens doet deze toevoeging niet af aan mijn vaststelling dat over het algemeen in de psychiatrie het recht op inzage vanzelfsprekend is geworden en dat dit heeft geleid tot een andere stijl van omgaan met patiënten. Ik heb in mijn redactioneel niet een gevoel van triomf vertolkt, maar geprobeerd een frappante historische ontwikkeling te beschrijven.

F. BOER