

Redactioneel

Houdt de psychiatrie zich bezig met psychische stoornissen, ziekten zo men wil, of met aan psychische stoornissen lijdende mensen? Een oude vraag, die weer actueel werd in diverse kritische commentaren bij een stelling, geponeerd in het onlangs door het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie gepresenteerde rapport *Profielschets Psychiater*. Daarin kan men lezen: 'Psychiatrie is vanuit deze optiek het medisch specialisme dat zich bezighoudt met stoornissen in gedrag en/of beleving, waarop de nadere typering "ziek" van toepassing is' (p. 10). In een aantal reacties hierop kan men verbazing, soms zelfs een zekere verontwaardiging bespeuren: wat is dat nu voor een ouderwetse, reductionistische uitspraak? We behandelen in de geneeskunde toch al jaren geen ziekten meer, maar een ziek mens in zijn/haar totaliteit? Geldt dat voor de psychiatrie niet zoveel te meer? De taakgroep van de 'Profielschets' heeft echter andere overwegingen zwaarder laten wegen. Welke zijn dit?

Het antwoord is eigenlijk eenvoudig: omdat kennis en een daarop gebaseerde behandeling van de totale individuele mens onmogelijk is. Dat geldt in ieder geval als men wetenschappelijke kennis en inzichten bedoelt. Onze wetenschappelijke kennis van het menselijk gedrag en de stoornissen daarvan is uitermate fragmentarisch en zal dat vermoedelijk altijd wel blijven. Wij mogen al blij zijn als we in staat zijn een redelijke consensus te bereiken over protocollen voor deelaspecten. Hoe moeilijk dat is, demonstreert de in dit tijdschrift lopende discussie over de farmacotherapie van schizofrenie, een onderwerp dat door velen tot de onderzoeksmatig beter onderzochte van ons vak wordt gerekend! Er is echter een tegenwerping mogelijk. We hebben toch een biopsychosociaal model, ontleend aan de systeemtheoretische traditie, dat pretendeert het hele menselijke bestaan te 'dekken'? De 'Profielschets' voert dit zelf ten tonele! Men moet echter nooit vergeten dat dit 'model' niet veel meer is dan een opsomming van alle deelaspecten die een rol zouden kunnen spelen bij de determinanten van het gedrag. Of en in hoe-

verre zij dit in een bepaald geval, theoretisch of praktisch, ook echt doen, is in veel gevallen hypothetisch en wacht nog op nader wetenschappelijk onderzoek. Terecht staat er daarom in de 'Profielschets' (p. 13): 'Het biopsychosociale model is dus eigenlijk meer een breed inventarisatiekader (een soort "checklist"), dan een echt model'. Dus: het biopsychosociale model genereert niet zomaar nieuwe kennis. Het ordent bestaande inzichten en kan inspireren tot nieuwe wetenschappelijke vraagstellingen. Dat is niet niks, maar bepaald niet alles.

Maar als men de gewone wetenschappelijke kennis niet de belangrijkste vindt voor de psychiatrische behandeling van een patiënt? Als men gelooft dat er zoiets bestaat als een intuïtief verstaan van de ander als 'subject', dat zich onttrekt aan de spelregels van de gewone wetenschappelijke of rationele toetsing? Ook dan is het de vraag of kennis van de mens in zijn unieke totaliteit zelfs maar bij benadering mogelijk is. In de moderne psychoanalyse twijfelt men allang aan de mogelijkheid om binnen de therapeutische relatie de 'waarheid' vast te stellen. Misschien is het ook maar beter dat dit niet kan. Als een allesomvattend begrijpen van de mens mogelijk zou zijn, dreigt opnieuw het gevaar van zoiets als een totalitaire psychiatrie, waarin de dokter de wijsheid bezit. En daar hadden we nu juist afscheid van genomen.

De reductionistische opstelling van de 'Profielschets' is derhalve ingegeven door een diep besef van de beperkingen van het psychiatrisch verstaan. Zo spoort zij met de geest, die spreekt uit de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Centraal daarin staat immers de notie van een symmetrische, gelijkwaardige relatie tussen arts en patiënt, die met elkaar overleggen over het probleem, de stoornis, de ziekte, die object van aandacht zal worden. Per definitie weet de dokter daarin niet alles. Ook een attitude, geïnspireerd door het ideaal dat dit wel zo zou moeten zijn, past hierbij niet. Misschien ligt de oplossing in een meer bescheiden formule: de dokter behandelt een probleem, een stoornis, een ziekte, in samenspraak met de mens, die zich als patiënt aanbiedt. Hij/zij houdt daarbij naar vermogen rekening met de context waarin deze zich presenteert. Vermoedelijk is dat een betere weergave van de manier waarop wij altijd al plachten te werken.

W. van Tilburg