

De psychiater als medisch specialist

P.P.G. HODIAMONT

Rond de laatste jaarwisseling zijn twee publicaties verschenen met de titel *De psychiater als medisch specialist* (Huyse e.a. 2002; Kahn 2003). Conform de heersende trend breken zij een lans voor de medische identiteit van de psychiater, daarmee de indruk wekkend als zou die medische identiteit in het geding zijn. In deze bijdrage zal ik trachten aan te tonen dat de inhoudelijke benadering van psychiatrische problemen mettertijd weliswaar veranderde, maar dat het medische model voor en van de psychiatrie (en dus de medische beroepsidentiteit) nooit ter discussie heeft gestaan. Voorts zal ik enkele kritische kanttekeningen plaatsen bij de stellingname van Huyse e.a. en Kahn.

In de benaderingswijze van psychiatrische stoornissen heeft de laatste twee eeuwen meermaals een accentverschuiving plaats gehad. Globaal genomen lag het accent in de eerste helft van de negentiende eeuw op het sociale aspect: de arts dan wel psychiater als ‘...natürlicher Anwalt der Armen..’ (Virchow); in de tweede helft van de negentiende eeuw op het biologische aspect (Griesinger c.s.); in de eerste helft van de twintigste eeuw op het psychologische aspect (Freud c.s.); en in de tweede helft van de twintigste eeuw weer op het sociale aspect. Het idee van een cyclus wordt versterkt door een hernieuwd accent op het biologische aspect in het laatste decennium van de vorige eeuw. Deze benaderingswijzen waren in hun tijd weliswaar dominant, maar nooit exclusief. Zo heeft Griesinger, notoir kampioen van het biologische model door zijn motto ‘Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten’, een maatschappelijke organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voorgesteld, die in onze tijd niet misstaan zou hebben. In het gangbare biopsychosociale model wordt expliciet tot uitdrukking gebracht dat elk van deze benaderingswijzen noodzakelijk is, maar geen enkele op zich voldoende voor een adequate behandeling van de psychiatrische patiënt. Al deze verschuivingen hebben echter plaatsgevonden binnen het kader van een medisch model, dat als zodanig onveranderd is gebleven. Het medische model is namelijk geen etiologisch model, maar een behandelmodel: van de arts wordt behandeling verwacht, wat de oorzaak van het lijden ook is (Siegler & Osmond 1974).

De artikelen van Huyse e.a. en Kahn hebben betrekking op verschillende deelaspecten van de psychiatrische beroepsuitoefening. Huyse e.a. houden een bevlogen pleidooi voor wat men een resomatisering van het specialisme psychiatrie zou kunnen noemen. Tegenover de onmiskenbare voordelen daarvan staat echter een nadeel: het ondergraaft de legitimiteit van de psychiatrie als zelfstandig specialisme. De geschiedenis leert ons namelijk dat beelden waarvan de (organische) oorzaak bekend werd (zoals neurolues) uit de psychiatrie verdwenen. Als de psychiatrie ‘slechts’ een van de vele orgaanspecialismen was, zou zij zich gerust overbodig mogen maken. Met Shorter (1998) ben ik echter van mening dat een eventueel onderscheid tussen de psychiatrie en de andere specialismen niet zozeer betrekking heeft op het orgaandomein, maar vooral op de specialisatie in de arts-patiëntrelatie: ‘...(M)en leert als aan-

komend psychiater dat de kern van de zaak is dat je tijd geeft aan je patiënten. Het gemiddelde consult in de interne geneeskunde (...) duurt maar een minuut of tien, in de psychiatrie (...) meer dan veertig minuten (...) Menselijk lijden reageert op het gesproken woord, wanneer dat vertolkt wordt door meelevende personen in de rol van genezer.' Zo'n specialisme mag niet verloren gaan.

In de bestuurskolom van *De Psychiater* omarmt Kahn, namens het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, het rapport *Zorg van Velen* (2002) en de analyse daarvan door Koerselman (2002), waarin sterk gepleit wordt voor de psychiater als medisch specialist. Met het standpunt dat er geen principieel verschil bestaat tussen de psychiater, de neuroloog en de internist, ben ik het van harte eens, getuige mijn opvatting van het medische model. Dat geldt ook voor de stelling dat psychiatrische zorg niet anders gefinancierd en de psychiatrische patiënt niet anders benaderd moet worden dan de andere disciplines respectievelijk patiënten in de geneeskunde. De daaruit getrokken consequentie dat psychiaters zich, net als de overige medisch specialisten, zouden moeten terugtrekken op het tweede echelon en gaan werken vanuit de algemene ziekenhuizen baart mij echter zorgen. Zij bergt namelijk het gevaar in zich dat de derde lijn, het psychiatrische inrichtingswezen, gedemedicaliseerd wordt. Ook hier leert de geschiedenis ons een les en wel dat het lot van (met name de chronische) psychiatrische patiënt (altijd) afhankelijk is (geweest) van de geneeskunde. Aan het eind van de achttiende eeuw waren het immers artsen, zoals Joly, Chiarugi en Pinel, die zich het lot van bepaalde 'devianten' aantrokken, hen bevrijdden van hun ketenen en hen bestempelden tot krankzinnigen, die niet verantwoordelijk werden gehouden voor hun ziekte en medische zorg nodig hadden. Binnen dat kader ontwikkelden deze artsen een van de oudste specialismen, de psychiatrie, en vormden zij de voormalige bewaarplaatsen en tuchthuizen om tot psychiatrische ziekenhuizen. Als er een uittocht van psychiaters zou plaatsvinden uit deze ziekenhuizen en de zorg zou worden overgelaten aan niet-medici, is het niet denkbeeldig dat ook deze cirkel zich sluit en de psychiatrische patiënt zich uiteindelijk in dezelfde deplorabele situatie terugvindt als tweehonderd jaar geleden. Dat klemmt des te meer, omdat de overheid de neiging heeft juist dié ontwikkelingen in de psychiatrie te stimuleren die kunnen bijdragen aan kostenbesparing. Trimbos heeft dat, naar eigen zeggen, aan den lijve ondervonden, toen hij destijds uit ideële overwegingen de moratoriumbeweging initieerde om de nieuwbouw van psychiatrische ziekenhuizen af te remmen.

Kortom, de psychiatrie doet er goed aan zich bij het uitstippelen van nieuw beleid de lessen van de geschiedenis voor ogen te houden. Wie zijn geschiedenis niet kent, is immers gedwongen die te herhalen en onbewuste herhalingen leveren over het algemeen weinig goeds op.

LITERATUUR

- Huyse, F., van der Mast, R.C., & Boenink, A.D. (2002). De psychiater als medisch specialist: de psychiatrie een zorg? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 795-803.
- Kahn, R. (2003). De psychiater als medisch specialist. *De psychiater*, 10, 4.
- Koerselman, F. (2002). *Zorg van Velen: een baanbrekend advies*. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 57, 489-502.
- Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. (2002). *Zorg van Velen*. Den Haag: Ministerie van WVS.
- Shorter, E. (1998). *Een geschiedenis van de psychiatrie*. Amsterdam: Ambo.
- Siegler, M., & Osmond H. (1974). *Models of madness, models of medicine*. New York: Harper & Row.