

Postscripta

Het ziektebegrip in de psychiatrie

Bij het lezen van het *Tijdschrift voor Psychiatrie* van juli jl. was ik verheugd daarin een artikel te zien over het ziektebegrip in de psychiatrie, geschreven door collega Eikelenboom. Het artikel begint met een gedifferentieerde benadering, waarin aan een artikel van Kleinman en Cohen in de *Scientific American* van maart van dit jaar aandacht wordt gegeven. Hierin wordt de opsplitsing tussen biologie als oorzaak van psychiatrische ziekte en de cultuur als inhoudbepaler van de soort ervaringen van de patiënt gerelativeerd. Aan de hand van prevalentie- en incidentiecijfers van psychiatrische ziekten laten zij zien dat daarin grote verschillen zijn tussen verschillende culturen. Er worden dan voorbeelden gegeven van deze verschillen wat betreft subtypen van de schizofrenie en wat betreft de kernsymptomen van deze ziekte. Kleinman en Cohen zeggen daarmee dat de psychiatrie meer oog zou moeten hebben voor de wisselwerking tussen socio-economische, culturele en biologische aspecten bij het ontstaan van psychiatrische ziekten, en dus ook bij de schizofrenie.

Het is jammer dat collega Eikelenboom ons van deze meer gedifferentieerde kijk wil afhelpen. Hij gebruikt als bewijsmateriaal de geschiedenis in de behandeling van twee ziektebeelden, te weten de dementia paralytica en de ziekte van Alzheimer. Voor de eerste is een medicamenteuze therapie gevonden en voor de tweede is men daarnaar intensief op zoek. De suggestie wordt dan gedaan, aan de hand van een ander historisch boek, *History of Psychiatry* van Edward Shorter (dat vergeten is in de literatuurlijst bij het artikel), dat deze ontwikkeling dus ook wel zal gaan gelden voor andere psychiatrische ziekten, zoals de schizofrenie. Eikelenboom geeft daar helaas geen enkel wetenschappelijk argument voor, doch alleen 'believe system'-argumenten, zoals '... dat in de psychiatrie niet voorbij kan worden gegaan aan het centrale intellectuele gegeven dat in de biologische benadering in de psychiatrie van doorslaggevende betekenis is gebleken'. Dit geldt helaas niet voor

onze kennis over de schizofrenie, want alle verworven kennis over de cerebrale stofwisseling heeft ons niet wijzer gemaakt over de dynamiek van de psychopathologie bij de schizofrenie. Dat is alleen de suggestie van de farmaceutische industrie. Veel biologisch-psychiatrisch onderzoekers, onder wie Van den Hoofdakker (1995), zijn daar eerlijker over.

Wat is toch de reden voor zo'n eenzijdig ziektebegrip waarin de patiënt die problemen heeft in zijn levenssituatie volledig wordt uitgeschakeld als eigen persoon? Waarom wil de psychiatrie steeds weer haar clientèle in groten getale tot haar vijand maken? Waarom willen een aantal psychiaters niet naar hun geschriften en hun ervaringen luisteren en hun ervaringen tot onderdeel van het ziektebegrip en de behandeling maken? (Reads en Reynolds 1996; Marlieke de Jong 1997).

Literatuur

- Eikelenboom, P. (1997), Het ziektebegrip in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 523-527.
- Van den Hoofdakker, R.H. (1995), *De mens als speelgoed*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Jong, M. de (1997), Omgaan met een onbegrensde werkelijkheid. *Deviant, Tijdschrift tussen Psychiatrie en Maatschappij*, 4, 16-20.
- Kleinman, A., en A. Cohen (1997), Psychiatry's Global Challenge. *Scientific American*, 276, 74-77.
- Reads, J., en J. Reynolds (1996), *Speaking our minds. An anthology of personal experiences of Mental Distress and its consequences*. MacMillan Press, Londen.

Prof. dr. M.A.J. Romme, hoogleraar Sociale Psychiatrie,
vakgroep Psychiatrie en Neuropsychologie,
Universiteit Maastricht

Antwoord aan Romme

Met verbazing heb ik me afgevraagd waarom collega Romme meent een aantal psychiaters te moeten berispen dat ze niet willen luisteren, terwijl hij zelf demonstreert niet bij machte te zijn een bijdrage van een ander te lezen. In zijn reactie suggereert collega Romme dat ik de lezer van een meer gedifferentieerde kijk op het ziektebegrip wil afhelpen op basis van een geloofsargument dat hij, als zijnde mijn overtuiging, citeert als bewijslast. In mijn bijdrage over het ziektebegrip in de psychiatrie bespreek ik *History of Psychiatry* van Edward Shorter (dat, zoals in boeknummers van dit tijdschrift gebruikelijk is, niet vermeld wordt in de literatuurlijst aan het eind maar aan het begin van de bijdrage), en daar staat: 'In zijn voorwoord stelt de auteur (Shorter dus – PE) dat aan het eind van de twintigste eeuw een geschiedbeschrijving van de psychiatrie niet voorbij kan gaan aan het centrale intellectuele gegeven dat de biologische benadering van de psychiatrie van doorslaggevende be-

tekenis is gebleken'. Aan het eind van mijn bijdrage stel ik, zonder een nader standpunt in te nemen, dat het opvallend is dat Shorter een biologisch gefundeerd ziektebegrip gebruikt om de grote toename van psychiatrische patiënten in de negentiende eeuw te verklaren, terwijl Kleinman en Cohen juist waarschuwen dat een biologisch ziektebegrip kan leiden tot een miskennen van de aanwijzingen die er zijn voor een sterke toename van psychiatrische stoornissen in de ontwikkelingslanden aan het eind van de twintigste eeuw.

Verder vindt collega Romme dat ik, bij mijn vermeende pogingen om de lezers van een meer gedifferentieerde kijk op het ziektebeeld af te helpen, als bewijsmateriaal de geschiedenis in de behandeling van dementia paralytica en de ziekte van Alzheimer gebruik om deze vervolgens klakkeloos toe te passen op schizofrenie. Het is mij volslagen onduidelijk wat collega Romme hier wil zeggen. Beide aandoeningen worden juist besproken om te illustreren hoe gecompliceerd het ziektebegrip is, zelfs bij aandoeningen waaraan aperte neuropathologische veranderingen ten grondslag liggen.

Ik kan mij overigens niet aan de indruk onttrekken dat collega Romme, gezien zijn schrijven, niet geïnteresseerd is in een debat, maar gewoon een preek kwijt wil. Daar ik niets tegen zijn boodschap heb, wil ik daarop wel amen zeggen.

Prof. dr. P. Eikelenboom, bijzonder hoogleraar ouderenpsychiatrie,
vakgroep Psychiatrie, Vrije Universiteit, Amsterdam