

## PSYCHIATRIE IN SOCIAAL PERSPECTIEF

door Prof. Dr. C. J. B. J. TRIMBOS, Rotterdam

Toen Van Praag en ik uitgenodigd werden om vandaag een soort uitblik te geven op het frontgebied, op de ontwikkelingsgang der huidige psychiatrie, lag het in de bedoeling het gehele veld van de psychiatrie tussen ons beiden op te delen. Welnu, één bespreking was voldoende om de onmogelijkheid van dit streven aan te tonen. De omvang van de psychiatrie anno 1971 laat zelfs niet bij benadering toe om al het vele dat in ontwikkeling is in tweemaal dertig minuten voor het voetlicht te brengen. Trouwens wie zou dat nog kunnen? Evenals voor iedere arts de tijd voorbij is, dat hij de genees-, heel- en verloskunde in zijn volle omvang uitoefent (al bestaat die illusie nog steeds aan al onze medische faculteiten en hun z.g. gemoderniseerde opleidingsprogramma's), zo is het voor ons, psychiaters, niet meer mogelijk de psychiatrie in zijn volle omvang te kunnen overzien. En dan te bedenken, dat we — als alles goed gaat, minstens tot 1 januari 1972 — als zenuwartsen nog steeds geacht worden de neurologie er bij te kunnen bedrijven!

We hebben toen maar afgesproken, dat ieder van ons iets zou vertellen vanuit de speciale optiek waarmee hij de psychiatrie benadert. Dit worden vanmorgen dan twee, mogelijk wat extreme optieken, waartussen het grote gebied der psychiatrie ligt. Aldus echter symboliserend de enorme differentiatie na 100 jaar psychiatrie. De titel van mijn voordracht: 'Psychiatrie in sociaal perspectief' wil suggereren, dat er ook vele andere perspectieven of benaderingswijzen zijn. Daarop wil ik in het kort ingaan.

Wij zijn gewend het grote terrein van de psychiatrie te verdelen naar subspecialisaties, mede tot uiting komend in de secties van onze vereniging: kinderpsychiatrie, geriatrie, forensische psychiatrie, biologische psychiatrie, sociale psychiatrie, psychotherapie, preventieve psychiatrie, enz. Toch lijkt het zinvoller om dit grote, uitdijende gebied onder te verdelen in een viertal fundamentele empirische benaderingswijzen, die dwars door alle genoemde subspecialisaties heenlopen en die te maken hebben met de verschillende referentiekaders, die wij gebruiken bij het beoefenen van de psychiatrie.

Als we wetenschap omschrijven als een cognitieve oriëntatie op de werkelijkheid, dan geldt voor de werkelijkheid 'mens' in het bijzonder, dat wetenschap niet voert tot directe kennis van diens 'werkelijke' realiteit, maar dat wetenschap steeds een interpretatie is van een deelwerkelijkheid, zoals die binnen een bepaald referentiekader gekend wordt. Daarom bestaat er geen universele antropologie maar spreken we van antropologische wetenschappen. Binnen deze menswetenschappen kunnen we nu vier verschillende, maar — via de onkenbare totaalwerkelijkheid mens — ten nauwste verbonden empirische systemen of

referentiekaders (of zo u wilt perspectieven) onderscheiden. In zekere zin maken wij in iedere vorm van psychiatrie gebruik van deze vier onderscheiden benaderingssystemen omdat wij niet alleen met zieke lichamen te maken hebben, maar ook met opvallende of afwijkende gedrags- en bestaansproblemen. Deze vier systemen zijn dan: het culturele systeem, het sociale systeem, het persoonlijkheidssysteem en het traditioneel medische-biologische systeem. Ieder van deze wetenschappelijke systemen vertoont eigen karakteristieke grenzen, maar ook grensoverschrijdingen, eigen regels, onderwerpen, variabelen, theorieën en onderzoekmethodes, ja zelfs een eigen methodologie. Deze vier systemen zijn helder beschreven door EDELSON in zijn publicatie over het invoeren van de gedragswetenschappen in het medisch curriculum en in de psychiatrische opleiding aan de Yale University. Ik volg even in grote trekken zijn opvatting, die ervan uitgaat dat er een hiërarchische ordening is in deze vier systemen: van cultureel naar sociaal, naar persoonlijk, naar fysiek systeem.

Zo omschrijft hij het *culturele* systeem als een organisatie van symbolische eenheden, als normen, waarden, uitdrukkingspatronen en verwachtingen. Dergelijke symbolische culturele gedragsbepalende structuren worden geïnstitutionaliseerd in een sociaal systeem en wel naarmate deze gestructureerde cultuurelementen door de leden van het sociale systeem geïnternaliseerd zijn en hun interacties bepalen.

Dit *sociale* systeem vervolgens is te omschrijven als een organisatie van interacterende eenheden, die een wederzijds complementair rollenspel mogelijk maakt. Een rolinteractie die gebaseerd is op een onderling gemeenschappelijke betekenisverlening. De aard van deze rollen en het erbij horend gedrag vloeit voort uit de sociale structuur waarin de mens geplaatst is. De daarbij behorende rolverwachtingen worden een deel van de motiviestructuur van het persoonlijkheidssysteem, dat tevens hierdoor verandert.

Zo komen we dan tot het derde systeem, het *persoonlijkheids*-systeem, de organisatie van de persoon. Een organisatie van motiviestructuren, en persoonlijkheidskenmerken (zoals b.v. Id, Ego, Superego) die de ontwikkeling van hetgeen uit het fysiologische gedragssysteem wordt aangereikt, controleren, activeren of vaststellen.

Het *fysiologisch* referentiesysteem tenslotte is een organisatie van fysisch-chemische eenheden. Deze vormen zowel de basis en de voorwaarde als de bevorderende of beperkende condities voor normaal of afwijkend gedrag.

Deze hiërarchische opvatting over de organisatie van onze wetenschappelijke kennis betreffende de gezonde en zieke mens, diens gezonde en afwijkende gedrag is, althans impliciet, altijd in de psychiatrie aanwezig geweest. Psychiaters bewegen zich in alle vier de referentiekaders; zij het dat in de thans nog steeds overheersende nosologische psychiatrie het persoonlijkheidssysteem en het fysiologische systeem

sterk overheersen en zij het, dat men vaak onvoldoende deze vier nogal uiteenlopende perspectieven onderscheidt.

Sedert ons inzicht groeide, dat culturele, ethische en sociale factoren het gezondheids- en welzijnspatroon sterk mede bepalen; sedert andere menswetenschappen zoals sociale psychologie, sociologie, culturele antropologie, geschiedkunde, economie en politicologie het domein van gezondheid en ziekte zijn gaan exploiteren, is de belangstelling voor het sociale referentiekader, het sociale perspectief in de psychiatrie sterk gegroeid. Ik wil het dan ook in de resterende tijd over dit sociale perspectief hebben, zonder — om misverstand te voorkomen — de overige drie perspectieven of referentiekaders als minder belangrijk ter zijde te schuiven.

Een eerste vraag is dan: waar komt die toenemende — volgens sommige collega's zelfs overdreven — belangstelling voor het sociale referentiekader vandaan? Daarop zijn vele antwoorden te geven.

Belangrijk is — geloof ik — dat de psychiatrie, zoals menig andere charmante vrouw, altijd sterk aan de mode onderhevig geweest is. Aan de mode van het heersende geestelijke klimaat. Daarvan zijn uit het verleden vele voorbeelden te geven. Maar ook in het jonge verleden — het deel van de 100 jaar psychiatrie dat ik zelf heb meegemaakt — is deze modieusheid overduidelijk. Toen ik in 1947 als nieuwbakken arts mijn opleiding in Rümke's kliniek begon, was het daar bon ton om met 'Sein und Zeit' onder de arm door de nog gedeeltelijk verwoeste gangen te lopen. Ook Binswanger's 'Grundformen und Erkenntnisse Menschlichen Daseins' deed het goed. Spoedig daarna verscheen Van der Horst's Antropologische Psychiatrie, als allernieuwste richting in de psychiatrie. Maar intussen braken we ons ook het hoofd over het thema, dat Rümke in zijn oratie behandeld had: is psychiatrie nu een natuurwetenschap of een geesteswetenschap?

We weten nu dat psychiatrie evenmin als geneeskunst zelf een wetenschap is, hoogstens een toepassing van basiswetenschappelijke gegevens. En het is nu juist de keuze van die basiswetenschappen, of anders gezegd de keuze van een der vier genoemde empirische referentiekaders, die de wisselende modieusheid kan verklaren.

In de laatste twee eeuwen heeft de psychiatrie getracht zich bij diverse wetenschappen (en laten we eerlijk zijn: ook bij diverse metafysische stelsels en ideologieën) aan te sluiten. Zij heeft huwelijken gesloten met religies (demonologie), met moraal en ethiek (Heinroth), met de pedagogie (Simon en zijn arbeidstherapie), met de biologie en andere biomedische wetenschappen, met de psychologie, de filosofie (Heidegger, Sartre) en onlangs ging zij — polygaam als steeds — een huwelijk aan met de sociologie en culturele antropologie.

Zo toont zij — volgens sommigen — in haar modieusheid het beeld van een wispelturige, weinig trouwe, van alle walletjes meeëttende, steeds

meer macht krijgende, maar ook veel wind oogstende draaitol. Daardoor werd zij door sommige van onze broeders, de neurologen en door vele van onze medische collega's onwetenschappelijk genoemd, d.w.z. niet medisch biologisch, maar zwevend en speculatief. Dat verwijt kan de psychiatrie niet geheel weerleggen. Máár, dat maakt ook tevens de grootheid van de psychiatrie uit. Want niet de keuze van het wetenschappelijke referentiekader of het oordeel van slechts binnen één referentiekader opererende wetenschappers — zoals sommige neurologen en zoals vele medici — is essentieel. Het enige essentiële in de psychiatrie is de mens in psychische nood, die wij terecht of ten onrechte gewend zijn patiënt te noemen. Een mens die wij willen helpen en voor wie wij onze zo verschillende modellen aandragen. Als het ene niet deugt dan nemen we een ander. Daarom geven psychotherapeuten ook wel pillen, stimuleren zij groepsprocessen of beïnvloeden zij het publiek: ingrijpend in culturele waardenverschuivingen.

De huidige en naar het zich laat aanzien in de toekomst toenemende belangstelling voor het sociale perspectief, zeker niet alleen in de eigenlijke sociale psychiatrie, maar evenzeer in de kliniek, in de kinderpsychiatrie, heeft te maken met het veelbelovende aspect dat de jongste huwelijkspretendenten (sociologie en culturele antropologie) vertonen. De ontwikkeling van de sociale wetenschappen is de weerspiegeling van de huidige grote en ingrijpende sociaal culturele evolutie, reeds lang geleden voorzien door mensen als Ortega Y. Gasset, Weber, Huizinga en anderen. Menig psychiater, die, meer dan een ander, mensen te zien krijgt die in deze verschuivingen vermalen dreigen te worden, kan niet anders dan zijn blik richten op de sociale werkelijkheid waaruit zijn patiënten komen en waarin zij al of niet genoegzaam verbeterd terugkeren.

Nu heeft de psychiatrie altijd al belangstelling gehad voor het sociale perspectief. Ja, vele van de grote mijlpalen in ons vak zijn van sociale aard: Pinel's bevrijding uit de boeien; Simon's bevrijding uit het vegeterende bedbestaan; de toekenning van de status van patiënt met alle daaraan verbonden faciliteiten aan de voormalige krankzinnige, paria en outcast; de huidige revolutie in de opvattingen over het noodzakelijke kwaad van de psychiatrische opname; de ontwikkeling van de ambulante zorg: het zijn alle verworvenheden van psychiaters met belangstelling voor het sociale perspectief. Zou deze socialiserings- en humaniseringstrend — zo heb ik mij wel eens afgevraagd — zelfs al niet veel verder gevorderd zijn als de psychiatrie niet zo lang was blijven steken in het zo begeerde individu-gerichte medische model, wat voor de psychiater betekende dat hij achter zijn bureau of divan zijn dagen doorbracht met het helpen van een klein aantal mensen?

Eerst sedert psychiaters hun handen vuil durfden te maken in de maatschappij buiten onze keurige en comfortabele specialistenhuizen, is ons inzicht gegroeid in de aard en omvang van de psychische stoornissen,

het psychosociaal dysfunctioneren en de geestelijke ongezondheid. Zo kon het indrukwekkende boek van Weyel verschijnen met de veelzeggende titel 'De mensen hebben geen leven'. Bij hem en vele andere psychiaters, voor wie het sociale perspectief ernst is, is de kernvraag gerezen die tot een gewetensvraag kon uitgroeien: moeten wij — zoals dat in het verleden gebruikelijk was — onze patiënten met voor hen zelf onoplosbare moeilijkheden aanpassen, readapteren en revalideren aan een maatschappij, die hun problemen, afwijkingen en stoornissen conditioneerde (onze psychofarmacologische wondermiddelen zijn immers tot vrijwel alles in staat) — ofwel moeten wij onze inspanning gezamenlijk richten op een hervorming en herstructurering van die stoornissen-oproepende maatschappij, zodat er minder mensen in de verdrukking komen?

Of concreet gezegd moeten we een jonge moeder, die in haar te gehorige en veel te hoge flat van ellende tegen de muren omhoogspringt en daardoor haar kinderen psychisch voor het leven beschadigt maar flink wat Valium geven om haar aan te passen aan het maatschappelijk verschijnsel woningnood en aan het culturele verschijnsel 'gesloten twee generatie gezin'? Ofwel moeten we iets tegen die maatschappelijke en culturele verschijnselen en structuren ondernemen?

Zoals reeds opgemerkt: ons psychiatrische doen en laten heeft een enorme uitbreiding gekregen. Persoonlijke nood, levensfase problemen, crisis, pech en al die vele andere verschijnselen van menselijk tekort worden door onze maatschappij in een medisch psychiatrisch veld getrokken. Ongehuwde moeders, delinquenten, arbeidsonwilligen, homoseksuelen, mislukte opvoeders, echtbrekers, aborteurs, druggebruikers en wie al niet glijden van de ene dag op de andere in het medisch psychiatrische systeem.

Thomas Szasz, een radicale psychiater van het eerste uur, formuleerde dit onlangs als volgt: 'De mens zoekt verlichting van de last van zijn morele verplichtingen; daarom mystificeert en vertechniseert hij zijn levensproblemen. De vraag om hulp, die op deze wijze tot stand komt wordt gehonoreerd door een gedragstechnologie (psychotherapie), die gaarne bereid is deze mens te bevrijden van zijn morele last door hem als een zieke patiënt te accepteren'. Levensproblemen behoeven uiteraard hulp, maar mijn vraag is of deze hulp alleen maar via patiëntisatie geboden kan worden.

Als we vinden dat het gezin faalt om kinderen goed te socialiseren; als de scholen niet in staat zijn de leerlingen voor te bereiden op de complexiteit van het leven van nu; als de pastorale zorg niet langer betekenis aan het leven kan geven, dan zijn de slachtoffers hiervan nog geen patiënten met individuele pathologie maar wijst dit veeleer op de incompetentie en het tekortschieten van onze maatschappij, d.w.z. van ons allen tezamen. Het is nu wel aardig om de gevolgen van dit tekort als psychiatrische stoornissen te betitelen, maar het is zelfbedrog en het be-

tekent een inflatie voor de psychiatrie om de behandeling van deze problemen aan de dokter te delegeren en dan maar te hopen dat er — komt tijd komt raad en met geld kan alles — genezing optreedt. Omdat deze z.g. behandeling d.w.z. patiëntisatie van sociaal deficiënte mensen een meer fundamentele analyse en een mogelijke oplossing van de tijdsproblemen belemmert, is de psychiatrie tot een werkzaam mechanisme van sociale pacificatie aan het worden. In het licht van de sociale evolutie is zij een conserverende en afremmende kracht. Ik heb de laatste jaren ervaren dat juist psychiaters, die weinig voelen voor de hun opgedrongen rol van systeembestendiger, maatschappij mooihouder of psychische politieagent belangstelling hebben voor het sociale perspectief.

Dit sociale perspectief is overigens niet typisch voor de psychiatrie. De FROE heeft onlangs een artikel gepubliceerd over 'De geneeskunde in het wetenschappelijk bestel van morgen' (2). Hij merkt daarin op dat de mens als avontuurlijk-historisch gebeuren zo weinig de aandacht van de arts heeft getrokken. In onze terminologie betekent dat: geen aandacht voor de eerste referentiekaders: het culturele en sociale systeem. Dat is te begrijpen, zegt hij, uit het oude isolement van de arts. 'Ten aanzien van de wetenschappen werd het isolement van de arts het eerst doorbroken door natuur- en scheikunde, later door de biologie, onlangs door de psychologie en thans door de economie, de sociologie, de rechtsgeleerdheid, de theologie en de wijsbegeerte. De arts is niet meer soms, ergens, voor iemand een incidenteel gebeuren in verband met ziekte, maar een exponent van de wil van de gemeenschap zich in zijn onderdelen gaande te houden en zijn streven te stuwen. Daarvoor is kennis en begrip nodig van de wereld waarin wij leven, van de gemeenschap waarvan wij deel uitmaken, van de enkele mens en zijn reacties'. 'De medische zorg heeft definitief de era van het individu verlaten en is een sociaal bestel geworden'. Aldus DE FROE.

De toenemende specialisatie en atomisatie in de medische wetenschappen, van orgaan naar weefsel, naar cel, naar molecuul, naar atoom en micro partikel, uitingen van één referentiekader vinden mogelijk en hopelijk hun evenwicht in het toenemende aantal op gezondheid betrekking hebbende gegevens uit de sociale en culturele referentiekaders. Tot zover deze enkele overwegingen naar aanleiding van de vraag waarom het sociale perspectief in de psychiatrie thans en naar het zich laat aanzien in de komende tijd zo in de mode is.

In de resterende tijd wil ik nog kort ingaan op een enkele consequentie die uitbreiding van de psychiatrie met dit sociale of sociologische empirische systeem kan hebben. Dat betreft de beroepsbekwaamheid en opleiding van psychiaters die volgens deze optiek willen werken. Wat die bekwaamheidseisen betreft sluit ik graag aan bij wat LEONARD DUHL daarover onlangs formuleerde (3). Dergelijke psychiaters, zegt hij,

moeten van het individuele model af en het ecologische model van de mens als focus nemen. Dat vraagt om een heel andere instelling dan die van de doorsnee arts. Aandacht voor ontwikkelingsprocessen is belangrijker dan die voor ziektes. Uitwerking van preventieve mechanismen moet voorkeur hebben boven symptoombehandeling. Niet het werken in de traditionele voorzieningen van de geestelijke gezondheidszorg, maar het gebruikmaken van sleutelinstituties en diensten in de gemeenschap is in staat om mensen te leren hoe ze met hun stress klaar moeten komen en hoe ze nieuwe mogelijkheden kunnen verwerven om op positieve wijze hun crisis te overwinnen. Dit betekent, zegt DUHL, dat tenminste een aantal psychiaters een nieuw soort opleiding behoeven omdat daarvoor vaardigheden nodig zijn die nogal verschillen van wat thans als basis van een goede psychiatrische opleiding geldt.

Ik ben het daar geheel mee eens: er zijn reeds zo vele gegevens (gegevens geworven via het sociale perspectief in de psychiatrie), gegevens over de samenhang van psychische stoornissen en sociale variabelen als deprivatie, sociale frustratie, stress, ecologische tekorten, sociale stratificatie, sociale desorganisatie, etc. dat met vrucht psychiaters, maar dan wel geheel anders opgeleid, hier werkzaam kunnen zijn, zowel curatief als preventief.

Voor de toekomstige opleiding tot psychiater of tot iemand die in het sociaal psychiatrisch veld werkzaam is — ik weet nog geen naam voor deze nieuwe, mogelijk niet-medische professies — verdienen een drietal opleidingsveranderingen onze aandacht.

a — Het academisch statuut biedt de mogelijkheid om in plaats van de gewone doctoraal studie na het kandidaatsexamen geneeskunde een vrije studierichting, afgesloten door een z.g. doctoraal vrije studierichting te kiezen. Deze mogelijkheid (die in andere faculteiten reeds lang ingeburgerd is en eigenlijk regel zou moeten zijn voor iedere academische opleiding, zelfs voor de vakopleiding tot arts), deze mogelijkheid wordt thans door studenten — vaak tegen sterke weerstand van de faculteiten in — in toenemende mate benut. Zij stellen geen prijs op het arts zijn (d.w.z. het uitoefenen van genees-, heel- en verloskunde, etc., aldus afziend van het medisch aureool tot verbazing van hun opleiders). Zij vinden het tijdsverspilling om eerst in zeven jaar arts te worden en dan nog vier of vijf jaar psychiatrie specialisatie te moeten ondergaan, waarna zij toch 2/3 of 3/4 deel van hun lange studie verder kunnen vergeten. Het vrij doctoraal biedt de mogelijkheid tot een veel doelgerichtere en daardoor ook veel betere training voor de helpende of wetenschappelijke professie die men beoogt.

b — De huidige artsenopleiding, een moeizaam compromis tussen alle klinische specialismen, voerend tot de insufficiënte eenheidsworst van de artsen, die wij in onze faculteiten afleveren, deze opleiding zal hopelijk in de naaste toekomst gedifferentieerd worden.

Er dienen meerdere medische afstudeerrichtingen te komen, waardoor

reeds, vóór de specialisatiejaren beginnen, uit een aantal opleidingspakketten gekozen kan worden. Een van die pakketten zou als psychosociale geneeskunde kunnen worden aangeduid en moeten voorbereiden op specialisatie als epidemiologie, ecologie, milieuhygiëne, sociale geneeskunde, sociale revalidatie, sociale geriatrie, verzekeringsgeneeskunde, psychotherapie, sociale vaardigheid, psychische hygiëne en sociale psychiatrie.

c — Ten slotte de specialisatie tot psychiater van de dan reeds gedifferentieerd opgeleide arts. Ook hier dienen we zo snel mogelijk af te komen van het nieuwe — weer als moeizaam compromis aanvaarde — opleidingsschema, dat thans ter goedkeuring bij het Centraal College ligt, om dan eindelijk een echte gedifferentieerde psychiatrie-opleiding te krijgen, die werkelijk recht doet aan de huidige veelzijdige beoefening van ons vak. Mijn wens voor de toekomst is dan ook, dat wij voor de psychiaters van morgen ook werkelijk de trainings- en vormingsmogelijkheden zullen weten te creëren, die nodig zijn voor deze veelzijdige beoefening van de psychiatrie, dat wil o.m. zeggen voor de psychiatrie in sociaal perspectief.

#### SUMMARY

*In this paper a distinction has been made between four empirical frames of reference or scientific systems which are used in psychiatry today: the cultural system, the social system, the personality system and the biomedical system. There is a growing interest in the social frame of reference in psychiatry. Some reasons for this shift in interest are given.*

*Introduction of the social model in psychiatry has important consequences for education and training of physicians and psychiatrists.*

#### GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- 1 M. Edelson                      The integration of the behavioral sciences and clinical experience in teaching medical students, in: Th. Lidz (Ed.): *Training to tomorrow's psychiatrist*. Yale University Press, New Haven, 1970.
- 2 A. de Froe                      De geneeskunde in het wetenschappelijk bestel van morgen. *Kath. Artsenblad* 48, 8, 262, 1969.
- 3 L. J. Duhl                      Introduction, in: L. J. Duhl, R. L. Leopold, *Mental health and urban social policy, a casebook of community actions*. Jossey-Bass Inc., San Francisco, 1968.