

ALTERNATIEVE PSYCHIATRIE

door Dr. H. G. M. ROOYMANS*

INLEIDING

We leven in een slechte maatschappij. En we weten het, kan men Huizinga (In de Schaduwen van Morgen) nazeggen. Het inzicht dat we gevangen zijn in samenlevingsstructuren die ons gezamenlijk naar de afgrond drijven, wordt in toenemende mate gemeengoed. Hetzelfde geldt voor de mening dat die samenlevingsstructuren mede debet kunnen zijn aan 'gestoord' gedrag van enkelingen. Niet deze inzichten zijn voor mij dubieus. Dubieus is de wijze waarop zij vaak verdedigd worden.

De maatschappij heeft nooit gedeugd; iedere samenlevingsstructuur bracht individuele of collectieve catastrofes met zich mee. Het is een vooruitgang als men de maatschappij zoals ze reilt en zeilt niet meer ervaart als een vanzelfsprekendheid, een van God gegeven ordening. Die winst wordt echter teniet gedaan, of verkeert in verlies, als dit inzicht zelf ook weer een vanzelfsprekendheid wordt, tot uiting komend in de bittertafelpraat van pseudo-revolutionairen: 'de structuren moeten om', 'alles moet anders' enz., enz.

Wij zijn rijk aan bittertafel-revolutionairen. Vragen wélke structuren veranderd moeten worden, in welke richting, en hóe, lijken door hen nogal eens gezien te worden als details die later wel ingevuld zullen worden. Zij houden liever de grote lijn vast. Dit levert het ogenschijnlijke voordeel op dat het jargon, evenals de tale Kanaäns, voor velerlei uitleg vatbaar is: iedereen kan erin leggen wat hij wil, en toch dat fijne gevoel van saamhorigheid houden, van samen-te-strijden-voor-één-ideaal.

Revolutionaire leuzen munten zelden uit door precisie en doorzichtigheid. Wat exact wordt bedoeld blijft veelal in de mist. Dit is op zichzelf niet erg: ze beogen niet een uitgewerkte blauwdruk voor de toekomst te zijn maar een banier voor de strijd. Zo'n strijd is soms nodig. Het is echter wel jammer wanneer op terreinen die men trachtte te reserveren voor wetenschappelijk denken, meningen als waarheden worden verkondigd (waarmee ze tot leuzen worden), en geloofsbelijdenissen worden uitgesproken waar alleen sprake behoort te zijn van theorieën. Met 'wetenschappelijk denken' wordt hier niet bedoeld op de illusie dat men met een beroep op De Wetenschap een maatschappelijk-onafhankelijke positie zou kunnen innemen. Wetenschappelijk

* Wetenschappelijk hoofdmedewerker Psychiatrische Universiteitskliniek te Groningen (hoofd: prof. Dr. W. K. van Dijk).

denken houdt echter wél in dat men een aantal spelregels vasthoudt, met name respect voor *feiten*.

In de psychiatrische spraakmakende gemeente staat het thema 'de maatschappij als grote ziekmaker' momenteel in het middelpun der belangstelling. Men denke aan, overigens van elkaar sterk verschillende, auteurs als Cooper, Laing, Foudraine en Trimbos. Het feit dat hun publicaties zo massaal 'aanslaan', leent zich niet gemakkelijk voor een eenduidige interpretatie. Enerzijds sluiten zij waarschijnlijk aan bij het vage gevoel van velen dat er in onze maatschappij iets niet klopt, dat alles niet zo vanzelfsprekend is als het wel lijkt. De onderhavige literatuur zal een aantal mensen enige verheldering van dat vage gevoel kunnen geven. Anderen zullen er nieuwe vanzelfsprekendheden in aantreffen: een handreiking voor een eenvoudige ideologie waarmee de gecompliceerde werkelijkheid als bij toverslag inzichtelijk wordt. Natuurlijk kan men auteurs niet alles verwijten wat sommigen in hun publicaties lezen. Dat neemt niet weg dat er in deze literatuur nogal wat meningen als waarheden worden opgediend, en nogal wat wordt geloofd zonder dat er wordt getwijfeld.

In het onderstaande heb ik een aantal opmerkingen gemaakt over de 'alternatieve psychiatrie'. Het lijkt me goed tevoren enkele zaken duidelijk te stellen.

1 — Ik ga *niet* beweren dat de uitspraak 'de maatschappij is de grote ziekmaker' onwaar is. Zolang men niet precies met elkaar afsprekt wat men onder 'maatschappij', 'ziek(te)' en 'ziekmakend' (m.a.w.: oorzaken van ziekte) wil verstaan, blijft deze uitspraak een leuze die nauwelijks toekomt aan verificatie of falsificatie. Zij kan dan ook alleen tot gemeenplaatsen leiden zoals: 'het als ziek aangeduide gedrag kan niet los worden gezien van de sociale context waarin het plaatsvindt', 'menselijk gedrag heeft alles te maken met het feit dat mensen in een gemeenschap leven', enz., enz. Deze gemeenplaatsen (waarheden-als-koeien, ben ik geneigd te zeggen) hebben zeker een functie, nl. als de markering van een invalshoek, en als een (zeer ruime) omschrijving van een startpunt voor onderzoek. Dat is niet weinig: kiest men voor een dergelijke invalshoek, dan heeft deze benadering onvermijdelijk consequenties voor andere benaderingen. Maar wie 'a' zegt moet ook 'b' zeggen. Men kan niet op het startpunt blijven staan, ook al worden in het praktische werk van veel psychiaters deze waarheden-als-koeien terzijde geschoven. Dat laatste is zeer te betreuren en leent zich voor felle kritiek, maar met het steeds opnieuw proclameren van de basis van deze benadering — zonder verdere explicitering of uitwerking — vervalt men tot een machteloos pas-op-de-plaats-maken, waarmee men 'ongelovigen' niet bekeert. Het feit dat de psychiatrie niet voldoende doordrongen is van bovenstaande waarheden is zeker geen excuus voor de verabsolutering van de eigen benadering, het uit-

geven van hypothesen voor bewezen zekerheden, en het in twijfel trekken van de legitimiteit van andere invalshoeken.

Mutatis mutandis geldt veel van het bovenstaande evenzeer voor de leuze 'geestesziekten zijn hersenziekten'. Zolang geen precisering wordt gegeven, kan ook deze leuze alleen maar leiden tot verpletterende waarheden à la 'menselijk gedrag heeft alles te maken met het menselijk cerebrum', enz., enz. Men geeft (heel ruim) een invalshoek aan maar niet meer. Verabsolutering van die invalshoek is al evenzeer te laken.

2 — Ik betoog *niet* het 'medische model' (zowel het somatische als het individueel-psychologische) te verdedigen tegen het 'sociale model'. De strijd tussen aanhangers van het medische model en aanhangers van alternatieve modellen is veroordeeld zinloos te blijven zolang men niet nauwkeurig expliciteert hoe de modellen er uit zien, zolang men niet met elkaar tot overeenstemming komt over welke mensen (patiënten, cliënten) men het hebben wil (in weerwil van wat nogal eens wordt gedacht vormen 'psychiatrische patiënten' een nogal heterogene groep mensen), en zolang men niet met elkaar afspreekt over welk echelon van hulpverlening (welke die ook zijn mag) men praten wil.

3 — Aan polarisatie schijnt geen groepering meer te kunnen ontkomen. Ook in de psychiatrische subcultuur zijn polariserende tendenzen werkzaam: de progressieve, maatschappij-kritische psychiaters versus het establishment, dat uitsluitend zou denken in termen van cerebrale afwijkingen en individuele stoornissen. In een dergelijke situatie wordt kritiek op het ene kamp nogal eens opgevat als bewijs dat men zich met het andere kamp identificeert. Als hier gesteld wordt dat in het ene kamp wel eens onzindelijk wordt geargumenteed, impliceert dat uiteraard niet dat het andere kamp in dat opzicht zonder zonden zou zijn.

BEZWAREN TEGEN HET MEDISCHE MODEL

Fundamenteel uitgangspunt in de 'alternatieve psychiatrie' is de mening dat het medische model als benaderingswijze voor mensen die men als 'psychiatrische patiënten' pleegt aan te duiden, ernstig tekortschiet. Voor sommige woordvoerders kan men de term 'mening' vervangen door 'rotsvaste overtuiging'. Met 'medische model' wordt door deze critici zowel bedoeld het denken in fysiologische en chemische categorieën (het somatische model) als het denken in somatische én in individueel-psychologische termen. De kritiek blijkt meestal het somatische model te betreffen. In vaak schrille bewoordingen schildert men de volstrekte ontoereikendheid, subs. de schadelijkheid van het toepassen van deze denkwijze. De sluizen der gramschap worden pas goed opengegooid als het gaat om psychofarmaca. Gesproken wordt over 'de enorme poverheid van het drogeren van deviante mensen, terwille van de aanpassing aan een milieu dat hen notabene ziek maakt' (1). Dezelfde auteur stelt even verder: 'Aan het klaroengeschal van de reclamefolders

van de miljarden verdienende farmaceutische industrie nemen niet alle psychiaters deel. Drogeren is een 'therapie' die gebaseerd is op een medisch model, d.w.z. de aanname van intra-individuele en intra-psychische pathologie als oorzaak voor deviant of nonkonformistisch gedrag. Psychiatrische symptomen worden gezien als onderdeel van een gedragssysteem, dat geheel binnen de patiënt gelokaliseerd is. Dit geschiedt vanuit een wat mistige notie, dat er wel iets in het centrale zenuwstelsel nie in orde zal zijn, want de farmaca werken toch maar!' Wat in deze passage vooral opvalt is de neiging in krasse bewoordingen voor één (de eigen) benadering het alleenrecht op te eisen. Het medische model wordt aan de kant geschoven als een 'wat mistige notie'.

Wat brengt men *precies* voor bezwaren in tegen het medische model? Ik heb gepoogd deze op een rijtje te zetten en nader te analyseren. Hiermee wordt — het zij nogmaals gezegd — *niet* beoogd het medische model te 'verdedigen', of te ontkennen dat het denken in sociale modellen noodzakelijk is in de theorie en de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg. Het gaat me alleen om analyse van de bezwaren. De volgende punten zijn vnl. ontleend aan een artikel van TRIMBOS (2).

1 — Het medische model boekt geen vooruitgang. 'Fundamentele vraagstukken over ontstaan en continuering van z.g. geestesziekten behoren nog steeds tot de onopgeloste raadsels'. Vaak wordt het schizofrenie-vraagstuk als exemplarisch voor deze situatie aangevoerd.

De psychofarmacologische hulp, voortvloeiend uit het medische model, is en kan alleen *symptomatisch* zijn. Oorzaken worden niet weggenomen.

2 — De psychiatrie als werkterrein heeft een enorme uitbreiding ondergaan, waardoor allerlei levensproblemen als ziekte worden geëtiketteerd. 'Onze samenleving staat toe, en bevordert steeds meer, dat persoonlijke nood, levensproblemen, pech en al die andere verschijnselen van menselijk tekort in een medisch psychiatrisch veld getrokken worden. Huwelijksontrouw, arbeidsonwil, seksueel egoïsme, abortus, opvoedingsmoeilijkheden, criminaliteit, ongehuwd moederschap, jeugdprotest, druggebruik en wat niet al wordt verontschuldigd omdat ieder die dat maar wil, de status en dus faciliteiten van de patiëntenrol kan krijgen' (2).

Door in plaats van ziekte van 'deviant gedrag' te spreken maakt men het mogelijk de bron van de levensproblemen aan te wijzen: de maatschappij. 'Afwijkend gedrag — van welke aard ook — is veelal begrijpelijk vanuit de sociale context, waarvan het deel uitmaakt; meestal als uitdrukking van stoornissen in het sociale systeem zelf' (1).

3 — In het verlengde van het onder 2 gestelde wordt naar voren gebracht dat men middels gebruik van het medische model de ondeugdelijke maatschappij sanctioneert, althans in stand houdt. Doordat men zich richt op het 'genezen' (corrigeren) van individueel 'ziek' (deviant) gedrag, bevestigt men de bestaande orde. 'De medische psychiatrie is

zo tot een zeer werkzaam mechanisme van sociale pacificatie geworden en tot een conserverende en afremmende kracht in de huidige sociale evolutie. De medische reactie-methode op deviant gedrag blijkt een effectief middel tot behoud van de sociaal-economische en culturele status-quo' (—) 'Niet weinige psychiaters (zijn) systeembestendigers, maatschappij-mooihouders en 'social engineers', die graag hand- en spandiensten verlenen aan een overheid, die niet meer over de repressieve middelen van weleer beschikt of beschikken wil; een overheid die meent, dat voor een humane (d.w.z. medische) oplossing van ongewenste sociaal culturele devianten het best maar een beroep op de psychiatrie gedaan kan worden' (2).

4 — Een psychiatrie die volgens het medische model werkt, bezorgt zichzelf daarmee 'een te sterke reductie van de wetenschappelijke methodiek en een te grote belemmering voor het praktisch handelen' (2). Primair denkt de medische psychiatrie in termen van een biofysisch model (versus een psychosociaal), richt haar aandacht op intra-individuele dysfuncties (versus inter-individuele, relationele dysfuncties), denkt alleen curatief (versus preventief) en kiest primair voor een intramurale strategie (versus een extramurale benadering). Deze posities worden in de huidige psychiatrie niet werkelijk gekozen, maar al vanaf het begin ingenomen, zonder dat in feite afweging tegen de genoemde alternatieven heeft plaatsgevonden.

Nauw hiermee verwant is het laatste bezwaar dat TRIMBOS (2) noemt, nl. dat van de vier bestaande referentiesystemen (het culturele, het sociale, het persoonlijkheidssysteem en het fysiologische systeem) in feite slechts de twee laatste worden gebruikt, waardoor het nosologisch systeem 'tekortschiet om een meer omvangrijke en meer relevante kennis te verwerven over de realiteit van het gezonde en afwijkende gedrag' (2).

5 — Als laatste punt kan nog vermeld worden dat men mensen schaadt als men hen 'ziek' verklaart. Ze worden uit de gemeenschap gestoten, gestigmatiseerd en geïnvaleideerd. Dit geldt met name voor opgenomen patiënten. En dit terwijl de resultaten van een 'internering' vaak niet beter zouden zijn dan van extra-murale behandeling (1).

HET MEDISCHE MODEL BOEKT GEEN VOORUITGANG

De stelling dat het gebruik van een medisch (lees: somatisch) model in de psychiatrie weinig winst heeft opgeleverd, wordt vaak (Trimbos, Foudraïne) geadstrueerd met het voorbeeld van de schizofrenie-research. Al de duizenden artikelen hierover geschreven zouden de onbegrijpelijkheid van de z.g. ziekte niet verminderd hebben.

Zonder en détail in te gaan op de betwiste betekenis van de 'medische' (m.n. biochemische) schizofrenie-research (ik ben daarin geen expert), zou ik twee dingen over deze redenering willen opmerken. Het eerste

betreft het falen van de schizofrenie-research, het tweede de generalisatie van die mislukkingen naar het 'falen' van het medische (lees: somatische) model in het algemeen.

a — Het lijkt me zinnig na te gaan hoe het zou kunnen komen dat de biochemische 'approach' van de schizofrenie tot nu toe weinig of geen positieve bevindingen heeft opgeleverd. Het zou ons wellicht kunnen hoeden voor illusies als wij onze kaarten op het sociale model gaan zetten.

Men hoeft geen groot schizofrenie-kenner te zijn om te weten dat het grootste probleem in de schizofrenie-research het probleem is dat men niet weet *wat* men eigenlijk onderzoekt. Onder de term 'schizofrenie' wordt een wijde scala van (gestoorde) gedragingen begrepen. 'Schizofrenie' is een vergaarbak. Dat biochemisch onderzoek weinig opleverde hangt o.a. direct samen met de heterogeniteit qua gedrag van de onderzochte populaties.

Het brengen van verschillende soorten gedrag onder één noemer: schizofrenie, geschiedde indertijd op ruwe criteria die ontleend waren aan het beloop de eindtoestand van de 'ziekte'. Hoewel Kraepelin met zijn ziekte-eenheden bedoelde een *voorlopige* indeling te geven, gingen de ziekte-eenheden een eigen, 'unvermijdelijk' leven leiden. Als men onder 'medisch model' wil verstaan het 'klassieke' (althans als klassiek aangeduide) model van ziekte-eenheden, is de kritiek dan ook terecht. Het concept van ziekte-eenheden vertraagde het tot stand komen en de ontwikkeling van de zorgvuldige en gedetailleerde bestudering van het *gedrag*. Bestudering van het gedrag is nog iets anders dan beschrijving van een ziektebeeld. Het gaat niet (of niet alleen) om foto's (momentopnames), maar om een film. Zonder een zekere homogeniteit qua gedrag loopt *ieder* onderzoek naar 'oorzaken' stuk, of dat nu biochemische of sociale oorzaken zijn.

Als men 'medisch model' omschrijft als denken in biochemische/neurofysiologische categorieën, schiet de kritiek echter naast haar doel. Dat het somatisch schizofrenie-onderzoek weinig opleverde, lijkt in eerste instantie niet te wijten aan het denken in biochemische/neurofysiologische categorieën op zichzelf, maar aan het ontbreken van wat zijn 'counterpart' zou moeten zijn: een humane ethologie. Het ontbreken daarvan zou men op zichzelf al symptomatisch kunnen achten voor de beperktheid van een groot deel van vroeger 'organisch' onderzoek. Men meende nogal eens dat men de patiënt zijn cerebrum helemaal kon isoleren van 'sociale' invloeden.

Hoewel een 'sociaal model' theoretisch een nauwkeurige bestudering van het gedrag vóóronderstelt, is de 'humane ethologie' echter tot nu toe ook in die hoek niet erg van de grond gekomen. De veelgeroemde onderzoeken van LAING en ESTERSON (3) b.v. over de gezinsinteracties bij schizofrenen maken wél duidelijk dat er iets mis is in de gezinnen van de patiënten, en dat het gedrag van de patiënten daar alles

mee te maken lijkt te hebben, maar maken vaak *niet* duidelijk waarom psychotisch gedrag (en niet b.v. neurotisch), en het beschreven *type* van psychotisch gedrag (en niet een ander type) ontstond. Resumerend: zonder nauwkeurige gedragsanalyse zal geen enkel model (en dus ook het sociale model) ons veel verder kunnen brengen.

b — Het uitblijven van resultaten bij de 'organische' schizofrenie-research wordt vaak gebruikt als voorbeeld van de verder zelden nader toegelichte stelling dat het medische model ons überhaupt weinig verder heeft gebracht. 'Het sedert meer dan een eeuw toepassen van het medische model in de psychiatrie heeft tot nu toe alleen bij organische, d.w.z. neurologische afwijkingen succes gehad. Noch op het gebied van de neuroses, de psychopathieën, de schizofrene psychoses, de manisch-depressieve psychoses, noch op het grote zich uitbreidende gebied van aanpassingsstoornissen heeft dit model ons veel verder kunnen brengen. Integendeel, veelal is er ook van schadeberokkening sprake' (2).

Het zou plezierig zijn als de schrijver zich wat meer had bekommerd om een heldere wijze van formuleren en om de feiten. Als men psychiatrische stoornissen waarbij bij organisch onderzoek afwijkingen worden gevonden, op die grond tot de neurologie wil rekenen, is mij dat best, maar daarmee verliest de uitspraak over de geringe vooruitgang van het medische (lees: somatische) model natuurlijk wel iedere zin. Afgezien van organische afwijkingen, zijn er inderdaad geen organische afwijkingen. Nu weet ik ook wel dat Trimbos het niet zó bedoelt, maar hoe hij het wél bedoelt blijft in de mist. Rekent hij bijv. een (qua beeld) schizofrene psychose bij een electro-encefalografisch vastgestelde temporale epilepsie tot de neurologische afwijkingen of tot de psychiatrische stoornissen?

Ik wil niet beweren dat het medische model in de psychiatrie met betrekking tot etiologie en pathogenese van gestoord gedrag geweldige triomfen heeft gevierd. Toch moet wel worden gesteld dat in het gebied van de manisch-depressieve psychosen, mede op basis van ervaringen met psychofarmaca, enige inzichten zijn gewonnen in de biochemische processen die bij bepaalde typen depressie optreden. Of men dat veel of weinig noemt, hangt af van wat men verwacht. Het lijkt mij niet zo gering: iets van de contouren wordt zichtbaar van wat een biochemische verklaring zou kunnen zijn van de pathogenese van bepaalde vormen van depressief gedrag. Een biochemische verklaring is, zolang men aanneemt dat het gedrag van mensen iets met hun cerebrum van doen heeft, *in principe* niet slechter (in principe ook niet beter) dan een 'sociale' verklaring. Zolang men uit wil gaan van het uitgangspunt dat gedrag zowel door het cerebraal als door het sociaal functioneren (in voortdurende wisselwerking) wordt bepaald, is het ook onzinnig te stellen dat medicamenteuze anti-depressieve therapie symptomatisch, en niet causaal is. Dat is alleen maar wáár als men uitgaat van het apriori dat 'oorzaken' buiten het cerebrum liggen.

Bestrijders van het medische model laten zich vaak alleen maar smalend uit over psychofarmaca — men zie eerdere citaten. De reden hiervan ontgaat mij. Noch het (ongetwijfeld grote) misbruik van deze middelen, noch de betwiste revenuen van de farmaceutische industrie doen de enorme — ook sociale — winst teniet, die met de introductie van de psychofarmaca is geboekt; — al doen zij er in bepaalde opzichten wel afbreuk aan. Waarom vermeldt TRIMBOS (1) uit het opname-experiment van PASAMANICK e.a. (4) wél de bevinding dat schizofrene patiënten die thuis hulp kregen na 6 tot 27 maanden even goed of beter functioneerden dan schizofrenen die opgenomen waren geweest, en níet de daarmee samenhangende bevinding dat dit vooral het geval bleek te zijn voor patiënten die sociale hulp kregen + *psychofarmaca*? Er werd een opmerkelijk verschil gevonden tussen de groep patiënten met sociale hulp + psychofarmaca en de groep van sociale hulp + placebo (77% van de psychofarmaca-patiënten handhaafden zich in de gemeenschap tegen 34% van de placebo-patiënten).

De denigrerende wijze waarop over psychofarmaca, en in het algemeen over een 'biologische' benadering van mensen-in-nood wordt gesproken, verraaft soms een (helaas wijdverspreide) visie op wetenschap als een kille, dehumaniserende bezigheid. De mens wordt verlaagd tot object, en dat mag niet. Men leest b.v. bij FODRAINE (5): 'Ik meen dat de nog altijd gepropageerde (en gefinancierde) research op het gebied van 'de schizofrenie' behoort tot een van onze hardnekkigste pogingen om te *ontkennen dat menselijke nood en verwarring deze vorm kan aannemen*' (cursivering van Foudraine).

Er bestaat ook een in elk geval zinniger oppositie tegen de biologische benadering. Globaal komt deze er op neer dat de biologische benadering op zichzelf legitiem is, maar praktisch niet relevant. Ik citeer SZASZ (6): 'Many physicians, psychiatrists, psychologists, and other scientists believe that mental diseases have organic causes. Let me make clear that I do not, of course, believe that human relations, or mental events, take place in a neurophysiological vacuum. Any form of human activity may, in principle, be describable in terms of chemical or electrical occurrences taking place in the bodies of the participants. Accordingly, it may be maintained that if a person, say an Englishman, decides to study French, certain chemical (or other) changes will occur in his brain as he learns the language. Nevertheless, I think it would be a mistake to infer from this assumption — even if it were verifiably true (which so far it is not) — that the most significant scientific statements concerning this learning process are expressed in the language of physics. This however, is exactly what the organicist claims'.

Voorzover een psychiater denkt dat de belangrijkste uitspraken over gestoord gedrag alleen uitspraken kunnen zijn die vervat zijn in 'biologische' termen, is de kritiek van Szasz terecht. Voorzover de schrijver echter suggereert dat zijn alternatief model in het algemeen wél de basis

zou geven voor de 'most significant statements' wreekt zich de mankende vergelijking.*

GEEN ZIEKTE MAAR 'PROBLEMS OF LIVING'

Het is ontegenzegglijk waar dat het werkterrein van de psychiatrie zich heeft uitgebreid tot problemen waarvan niet valt in te zien dat ze behoren tot het specifieke terrein van een medicus. Het lijkt me al evenzeer nauwelijks voor bestrijding vatbaar dat men bij veel 'levensproblemen' (als genoemd in het citaat van Trimbos, zie eerder) vaak met een sociaal model beter uit de voeten kan dan met een medisch. Problemen ontstaan wel als men ter adstructie van deze stelling gaat haspelen met het begrippenpaar ziek/gezond. TRIMBOS (1) schrijft (ik citeerde het al eerder): 'Afwijkend gedrag — van welke aard ook — is veelal begrijpelijk vanuit de sociale context, waarvan het deel uitmaakt; meestal als uitdrukking van stoornissen in het sociale systeem zelf'. En even verder: 'Bekende psychiatrische handboeksymptomen bleken zinvol en 'normaal' (dus geen ziekelijk symptoom) als stellingname en reactie in het betreffende microsysteem' (nl. het gezin, naar aanleiding van de gezinsonderzoeken van Laing en Esterson).

Ik zou niet graag een uiteenzetting geven over de begrippen ziek en gezond, maar men hoeft dat ook niet te doen om in te zien dat een gelijkstelling van gezond/ziek met de dichotomie begrijpelijk/onbegrijpelijk of zinvol/zinloos, zoals hier door Trimbos wordt gesuggereerd, nogal onbevredigend is. Kiest men voor een dergelijke definiëring, dan zou dat o.a. inhouden dat men tal van symptomen van *lichamelijke* aandoeningen ook 'normaal' zou moeten noemen. Een scala van somatische verschijnselen (b.v. koorts, hoesten, leucocytose, pijn, enz.) is zeer wel te begrijpen, en zeer zinvol 'als stellingname en reactie in het betreffende microsysteem'. Men kan die symptomen opvatten als uitingen van de afweer van het organisme tegen de schadelijke noxe, en ze dus 'normaal' noemen. Men kan dat doen, en met recht, maar ik vraag me af of het in het dagelijks spraakgebruik erg praktisch is, en of de begripsverwarring er niet door zal toenemen. Zolang het woord 'ziek' nog uitnodigt tot onderzoek hoe dat 'ziek' is ontstaan, en zolang men

* Szasz vergelijkt in zijn boek vaak het gestoorde gedrag met een taal. m.a.w.: gaat uit van de premisse dat met het gedrag iets 'gezegd' wil worden, dat er 'zin is in de onzin'. Dat is een redelijk uitgangspunt. Als men deze 'taal' wil gaan vergelijken met talen in de geijkte zin van het woord, doet men er echter goed aan niet te vergeten dat, primo: deze 'taal' niet vrijwillig wordt gekozen, maar wordt 'opgedrongen' (waardoor dan ook); secundo, veel patiënten niet alleen lijden onder de problemen die zij in hun 'taal' naar voren brengen, maar vaak ook lijden onder het spreken van die vaak zo ontoegankelijke 'taal' zelf. Tegen die achtergrond is het zinnig te pogen — in een interactiemodel — hun 'taal' te verstaan, maar evenzeer zinnig te onderzoeken onder welke neurofysiologische condities zich het spreken van deze 'taal' voltrekt.

bij dat onderzoek de 'individuele' blikrichting (hersenenonderzoek zowel als persoonlijkheidsonderzoek) niet als alleenzalmakend beschouwt, komt het me niet voor dat aan expliciete *verandering* van de (nauwelijks geëxpliciteerde) begrippen ziek/gezond een grote behoefte bestaat. Let wel: aan *verandering* bestaat niet onmiddellijk zo'n behoefte. Wat wél erg noodzakelijk is, is onderzoek naar de *functie* van de begrippen ziek/gezond in onze samenleving en onze gezondheidszorg, de rol die zij spelen, voor welke betekenis-inhouden zij 'staan'. Uit dat soort onderzoek kan blijken óf, en zo ja, welke 'problems of living' nu als 'ziekte' onder de tafel worden gewerkt, in welke mate dat gebeurt en hoe dat onder-de-tafel-werken plaatsvindt. Met een simpel herbenoemen van bepaalde vormen van 'ziek' gedrag tot 'normaal' of 'zinnvol' bereikt men deze verheldering niet.

Vaak wordt in de hier besproken literatuur 'ziek' gelijkgesteld met het aangetoond-zijn van een somatische afwijking. Als dat niet het geval is, resp. zolang dat niet het geval is, is de 'patiënt' gezond. Hier spelen twee problemen door elkaar: 1. het definiëren van 'ziek' als het hebben van lichamelijke afwijkingen; ik kom daar dadelijk op terug; 2. de omkering van een van de basis-beslissingsregels in de geneeskunde, t.w. 'men houde de patiënt voor ziek totdat het tegendeel is bewezen' (7) in het omgekeerde: 'men houde de 'patiënt' voor gezond totdat het tegendeel blijkt'. SZASZ bepleit deze omkering: 'Accordingly, as medical diagnosticians we should assume that a person is physically healthy until it has been proved — if not beyond a shadow of a doubt, which seems hardly possible, at least to a degree of reasonable likelihood — that he is sick' (8). LAING en ESTERSON zijn dezelfde mening toegedaan: 'It is most important to recognize that the diagnosed patient is not suffering from a disease whose aetiology is unknown, unless he can prove otherwise' (9).

Discussie over voor- en nadelen van beide regels is alleen dán zinvol als deze zich voltrekt op basis van de, door het volgen van de ene of de andere regel, aan de patiënten potentieel toegebrachte 'schade', m.a.w.: op basis van de frequentie en de ernst van de twee typen fouten die met het volgen van beide regels samenhangen: iemand die gezond is voor korte of langere tijd voor ziek houden, en iemand die ziek is voor gezond houden. Beschouwingen hierover treft men bij Szasz niet aan. Dat is daarom zo jammer omdat men in feite in de geneeskunde (en in de psychiatrie) 'in den blinde' kiest, uitgaat van het apriori dat een fout-type I (iemand die gezond is voor ziek houden) minder erg is dan een fout-type II (iemand die ziek is voor gezond houden). SCHEFF (7) werpt terecht de vraag op of men in de psychiatrie daar zomaar van uit mag gaan.

Ik zou nog iets willen opmerken over het eerste punt: de gelijkstelling van 'ziek' met het hebben van somatische afwijkingen. FODRAINE (5) hanteert een dergelijke definitie. Wat houdt zo'n definitie praktisch in?

Zij blijkt o.a. te betekenen dat bepaalde mensen met gestoord (deviant) gedrag wél, andere níét bij de medicus (neuroloog, neurologisch geïnteresseerd psychiater) terechtkomen, afhankelijk van de nauwgezetheid waarmee men hen somatisch heeft onderzocht, en afhankelijk in het algemeen van de ontwikkelingsfase van de 'biologische' psychiatrie. De ene wordt patiënt, de andere (bij Foudraine) leerling. Uit de definitie blijkt bij Foudraine ook voort te vloeien dat de zo verguisde psychiatrische inrichtingen, die schade toebrengen aan de 'devianten' (zó zelfs dat de auteur van een geleidelijke verbetering weinig heil verwacht), wél goed genoeg worden geacht om de 'echte zieken' (demente patiënten e.a.) onder te brengen. Zij mogen in handen van de medici blijven, d.w.z. bij deze 'echte zieken' wordt het blijkbaar niet of nauwelijks nodig geacht inzichten uit sociale modellen praktisch gestalte te geven. Arme patiënten! Het is een fraaie illustratie van waar men in concreto toekomt als men het medische en het sociale model als alternatieven ziet i.p.v. elkaar completerend, als men een syndroom óf organisch óf sociaal-psychologisch gedetermineerd acht in plaats van het inzicht dat er *altijd* zowel organische als sociaal-psychologische factoren een rol spelen (in steeds wisselende relevantie).

Vragen rijzen ook wanneer men als bron van de levensproblemen de ondeugdelijke maatschappij aanwijst. Vragen die niet zozeer betrekking hebben op het wáár of onwáár zijn van deze stelling; zoals ik al schreef, is deze uitspraak, als men maatschappij enz. ruim omschrijft, verpletterend waar. Van meer belang is de vraag naar de praktische betekenis, de relevantie van deze en soortgelijke uitlatingen. Wat 'doet' men ermee?

TRIMBOS haalt in zijn tweede artikel (2) met instemming LEIFER aan, die stelt dat met het loslaten van het medische model met betrekking tot devianten, de structuur en de kwaliteit van ons sociaal systeem aan kritiek zou worden blootgesteld. '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 moderne sociale en economische leven; als de traditionele en moderne pastorale hulp niet langer betekenis aan het leven kan geven, wijst dit alles op de incompetentie en het tekortschieten van onze maatschappij. 'Het is een troosten-de gedachte de gevolgen van dit tekortschieten te kunnen vermoeden als geestesziekten. Het is echter zelfbedrog om de 'behandeling' van deze problemen aan de dokter te delegeren en maar te hopen dat — komt tijd komt raad en met geld kan alles — hij een genezing vindt. Zo verhindert het medisch model in de psychiatrie de meer fundamentele analyse en mogelijke oplossing van de problemen van onze tijd' (aanhalingstekens van Trimbos).

Juist als men met Trimbos van mening is dat op 'de structuur en de kwaliteit van ons sociaal systeem' wel wat aan te merken valt, en als men zijn mening deelt dat er veel te veel en veel te gemakkelijk wordt

'gedelegeerd', moet de vraag worden gesteld wat die 'meer fundamentele analyse en mogelijke oplossing' eigenlijk *betekent*. Iedereen zij zijn Utopia gegund, maar het gevaar lijkt niet denkbeeldig dat men, de blik strak gericht op de lichtende horizon, over de problemen van alle dag heen kijkt. Onder het serene licht van De Grote Doelen Die Moeten Worden Gesteld schrompelen die problemen in tot weinig betekenende details. Helaas alleen niet voor de mensen die met die problemen zitten. Aan samenlevingsstructuren is het moeilijk wrikken. Ik weet niet zeker of het hanteren van het medische model in de psychiatrie een der belangrijkste sta-in-de-weg's is bij het tot stand brengen van vernieuwingen. Wel weet ik zeker dat de slechtste manier om een aantal doelen te bereiken is ze samen te klutsen tot een hutspot, en dan uit te roepen dat onze maatschappij 'incompetent' is.

SANCTIONERING VAN DE STATUS QUO

Hulp aan individuele slachtoffers verduistert soms de oorzaken waardoor zij slachtoffer werden, en belemmert soms het wegnemen van die oorzaken. Geldt dit ook op het gebied waar wij het over hebben? Is het waar dat de psychiatrie, door mensen met levensproblemen tot neurotici te stempelen, zichzelf het zicht beneemt op de maatschappelijke oorzaken van het neurotische gedrag, en a fortiori zichzelf de pas afsnijdt iets aan die oorzaken te doen? Terecht wijzen STOLK en DE VISSER (10) er in hun reactie op het eerste artikel van Trimbos (1) op dat de ijzeren long het polio vaccin niet heeft tegengehouden, en de tuberculostatica de ontwikkeling van de tuberculose-preventie niet in de weg stonden. Dat preventie-programma's van psychische stoornissen/levensproblemen moeilijk van de grond komen, bewijst nog niet dat pogingen tot cureren van de 'patiënten' daar noodzakelijkerwijs de oorzaak van zijn. Het is natuurlijk modieus te stellen dat de maatschappij zich via de curatieve zorg een alibi verschaft om niets aan die preventie te doen, resp. daar geen gelden voor uit te trekken, en misschien is het nog wel waar ook, maar op zijn best is het een *halve* waarheid. Dat die preventie niet zo erg van de grond komt heeft, dacht ik, ook alles te maken met het feit dat men niet zo precies weet *hoe* men een en ander zou moeten aanpakken.

En zelfs aangenomen dat de curatieve zorg een belemmering kan zijn voor het wegnemen van maatschappelijke oorzaken — men kan soms niet anders. Iemand die 'van ellende tegen de muur opvliegt in de te kleine woonkazernes' (TRIMBOS) is niet zo erg geholpen met de wetenschap dat zijn gedrag wellicht een 'hoogst gezonde reactie op een hoogst ongezonde wooncultuur' is.

DE 'KEUZES'

De medische psychiatrie denkt primair biofysisch, individueel, curatief en intramuraal. Het kardinale punt is dat men niet zozeer weloverwogen *kies*t, maar vaak uitgaat van onuitgesproken apriori's — zonder dat afweging tegen alternatieve benaderingen heeft plaatsgevonden.

In grote lijnen lijkt me deze stelling juist. Dat deze 'strategie' een 'te sterke reductie geeft in wetenschappelijke methodiek' is echter een wat wonderlijke opmerking. Wetenschap is alleen mogelijk bij gratie van reductie. Een model verwerpt men niet op basis van 'te sterke reductie' maar op grond van het mislukken van het model, binnen de aspecten der werkelijkheid waarover het zinvolle uitspraken mogelijk wil maken, samenhangen te doorlichten en voorspellingen te doen (11).

Wel lijkt het me waar dat de geschetste uitgangspunten een belemmering kunnen zijn voor het handelen. Handelen in de psychiatrie vergt dat men kan switchen van het ene model naar het andere. Goede diagnostiek (en therapie)* kenmerken zich o.a. doordat men voortdurend kan (en moet) wisselen van blikrichting. Om die reden doet men dan ook met het voorstellen van het diagnostisch proces als een statisch keuzemodel tussen biofysisch óf psychosociaal, individueel óf relationeel, curatief óf preventief, intramuraal óf extramuraal, geen recht aan de veel ingewikkelder, dynamische strategie die in feite plaatsvindt. Bij een patiënt met moeheid, lusteloosheid en apathie (een voorbeeld dat Trimbos noemt) doet men er goed aan in eerste instantie niet te kiezen tussen bloedonderzoek óf exploratie van 'relationele, woon- of seksuele problemen', maar beide te entameren. Het zou kunnen zijn dat men zowel aan de eventueel gevonden bloedarmoede als aan de eventueel bestaande problematiek iets moet gaan doen. Van belang lijkt me daarbij o.a. het inzicht dat de reden waarom iemand 'ziek' is geworden, niet altijd de reden hoeft te zijn waarom iemand ziek blijft. Men kan moe geworden zijn op basis van een bloedarmoede, tengevolge waarvan b.v. seksuele problemen zijn ontstaan die de moeheid onderhouden, al wordt de bloedarmoede bestreden. Men kan in een toestand van apathie zijn geraakt door voortdurende huwelijksconflicten, tengevolge waarvan zich op basis van te geringe voedselopname een anemie ontwikkelt, die de klachten onderhoudt, al poogt men de huwelijksconflicten b.v. in gesprekken à trois op te lossen.

De kritiek met betrekking tot de verwaarlozing van het culturele en het sociale referentiesysteem hangt nauw samen met de genoemde 'keuzes', en lijkt me in grote lijnen eveneens juist. Kennis van het sociale en culturele systeem waarin de patiënt functioneert, leidt tot zinniger diagnostiek, en soms tot betere therapie.

* Dat diagnostiek en therapie niet altijd 'goed' zijn is mij bekend, maar kan als zodanig geen argument vormen tegen het medische model. Slecht denken is in ieder model mogelijk.

STIGMATISERING

Het is onloochenbaar dat psychiatrische interventie schade kan toebrengen. Dat men over stigmatiseringsproblemen wel eens al te gemakkelijk heen is gelopen (en loopt), wil ik niet bestrijden. Het blijft nodig steeds op de gevaren van een opname te hameren. Uiteindelijk echter gaat het er om of de schade opweegt tegen de baat. Het probleem van opnemen/niet opnemen van psychiatrische patiënten is vanzelfsprekend niet af te doen met een onderzoek als van PASAMANICK, e.a. over een aantal schizofrenen, waaruit dan blijkt dat opname (in een State Hospital) niet meer baat brengt dan hulp in gemeenschapsvoorzieningen (mét psychofarmaca overigens — zie eerder). TRIMBOS zal het probleem ook ongetwijfeld hier niet mee willen afdoen, maar hij wekt wel de schijn (1).

Het is waar dat met het tot ziek verklaren van een individu in een niet goed functionerend relatiesysteem, en het verwijderen van die 'zieke' uit dat relatiesysteem, het *soms* zo is dat de belangrijkste problemen met de verstrekkende verwanten onopgemerkt door de poort van de inrichting verdwijnen (het beeld is van COOPER (12)). Waar het uiteindelijk weer om gaat is of er een alternatief is waarmee de 'patiënt' (die soms al uitgestoten is) beter kan worden geholpen. Terecht schrijven STOLK en DE VISSER (10) dat 'scheiding van de gedesintegreerde van zijn milieu op zichzelf heilzaam (kan) zijn, juist ook in die gevallen waarbij het milieu de stoornissen mede heeft veroorzaakt. Dat wil natuurlijk weer bepaald niet zeggen dat die scheiding altijd verkieslijk is'. Waaraan men kan toevoegen: en wil ook niet zeggen dat die scheiding na het acute stadium van de desintegratie gecontinueerd moet worden.

EEN TUSSENTIJD'S RESUME EN EEN VOORLOPIGE CONCLUSIE

Er is uitvoerig stilgestaan bij de bezwaren die men tegen het medische model inbrengt. Het ging primair niet om verdediging van dat model, of om het bestrijden van het sociale model. Het ging om het aantonen van een soms rammelende argumentatie, het gebruik van grote, holle woorden, de neiging de eigen benadering te verabsoluteren. Ik wil Trimbos gaarne bijvallen als hij voor de 'sociale' benadering een volwaardige plaats opeist in de psychiatrie. Er zijn voldoende gronden om te stellen dat het sociale model een noodzakelijke bijdrage is in de psychiatrie, zowel theoretisch als praktisch. Het kan bij een aantal 'patiënten' zowel diagnostisch als therapeutisch relevanter zijn dan het medische. Of dat zo is, kan alleen aan de individuele 'patiënt' worden getoetst.

TERUGKEER VAN DE ROMANTIEK

In het zog van beschouwingen over sociale modellen zijn ook allerlei vage, romantische ideeën over geestesziekten komen bovendrijven, waarvan men in elk geval zeggen moet dat ze passen in een eeuwen-oude traditie, die terug te traceren is tot vóór het begin van onze jaartelling.

Deze ideeën worden met name uitgedragen door Cooper en de (latere) Laing; sporen ervan treft men aan bij b.v. Foudraine.

In deze mystiek getinte visie is de schizofreen (algemeen: psychoticus) eigenlijk een begenadigde, iemand die poogt de vervreemding van zichzelf te doorbreken, en daarmee tracht te ontsnappen aan ons schamel lot van leven, sterven en vergeten worden. Dat het ontdekken van het eigen innerlijk vaak met angst gepaard gaat, is onvermijdelijk, maar verbleekt uiteindelijk tegen de achtergrond van deze unieke ervaring. Niet hij is gek, of ziek, wij zijn het, de z.g. gezonden. Men zou eigenlijk jaloers op hen moeten zijn, op hun creativiteit en hun genialiteit. In hen breekt het licht door. Geen wonder dat wij proberen hun stemmen te smoren. Ze zeggen te veel, of weten te veel. De 'behandeling' die wij hun gaven, houdt de natuurlijke afloop van hun 'reis' tegen, is een perversering van wat werkelijk 'helen' is. Ze moeten misschien wel 'geholpen' worden, maar dan begeleid in hun reis naar hun innerlijk, zodat zij verrijkt terug kunnen komen (als zij dat tenminste nog willen).

Er is geen woord van verzonnen of overdreven; het kost weinig moeite deze visie (Trimbos noemt het een 'plus-model') met een overvloed van aanhalingen uit 'The Politics of Experience' van LAING (13) en 'Psychiatry and Anti-Psychiatry' van COOPER (12) te illustreren. Ik heb dit in het onderstaande ook maar gedaan — citaten geven die onvervangbare smaak van authenticiteit die men met een excerpt toch niet bereiken kan.

Basis van alles is de totale vervreemding van ons zelf. 'Our alienation goes to the roots. The realization of this is the essential springboard for any serious reflection on any aspect of present inter-human life. Viewed from different perspectives, construed in different ways and expressed in different idioms, this realization unites men as diverse as Marx, Kierkegaard, Nietzsche, Freud, Heidegger, Tillich and Sartre' (14). (De auteur tekent hierbij als voetnoot o.a. aan: 'It is too late in the day now to go over the ground again covered by the thinkers of the last 150 years who have spelled out the nature of alienation, especially in relation to capitalism'. De lezer wordt verwezen naar een bondige samenvatting in een Penguin-pocket).

De vervreemding geldt ons allen. Enkel en echter weten te ontsnappen. COOPER schrijft (n.a.v. de roep om gecontroleerd onderzoek over de gezinnen van schizofrenen): 'My own work with families, however, has led me to suspect that both 'psychotic' and 'neurotic' families and

'normal' families are, in our community, characterized by a high degree of alienation from the personal reality of each of their members. One is even tempted to ponder on the daring hypothesis that in the 'psychotic' families the identified schizophrenic patient member by his psychotic episode is trying to break free of an alienated system and is, therefore, in some sense less 'ill', or at least less alienated than the 'normal' offspring of the 'normal' families' (15).

Helaas wordt de 'gedurfde hypothese' niet verder uitgewerkt. Blijkens andere passages in het boekje van Cooper is het woord 'overtuiging' waarschijnlijk meer op zijn plaats dan 'veronderstelling'. Normaliteit is een dood bestaan, een aanpassing aan wat conventies vergen. Men 'leert' dit vanaf zijn vroegste jeugd tot de adolescentie. 'From this point on he lives forty or fifty years in what remains virtually the same state, although by a process of accretion he becomes more 'experienced', 'wise', develops a greater capacity to adjust to altering circumstances, knows what is 'best' for him and probably for most other people. He lives in this way and then he dies. He is known, remembered and then forgotten. These latter periodes may vary chronologically but on the cosmic time-scale they do not matter at all. This is surely the career and the fate of most of us, particularly if we are 'mentally healthy'. Perhaps, however, this needs not be so. Perhaps there is some manner in which we may escape or liberate ourselves into a more real, less stereotyped future. I think there is, but then one runs the risk of being thought mad and one is then in danger of psychiatric treatment' (16).

De psychoticus maakt een reis naar zijn eigen innerlijk, een ervaring die eigenlijk iedereen nodig zou hebben. LAING schrijft: 'We respect the voyager, the explorer, the climber, the space man. It makes far more sense to me as a valid project — indeed, as a desperately urgently required project for our time, to explore the inner space and time of consciousness. Perhaps this is one of the few things that still make sense in our historical context' (17).

Wat men aanduidt als schizofrene *patiënten* zijn in werkelijkheid baanbrekers, voortrekkers, begenadigden. 'Perhaps* we will learn to accord to so-called schizophrenics who have come back to us, perhaps after years, no less respect than the other no less lost explorers of the Renaissance. If the human race survives, future men will, I suspect, look back on our enlightened epoch as a veritable age of Darkness. They will presumably be able to savour the irony of this situation with more amusement than we can extract from it. The laugh's on us. They will see that what we call 'schizophrenia' was one of the forms in which often through quite ordinary people, the light began to break through the cracks in our all-too-closed minds' (18). COOPER schrijft: 'I remem-

* Het zal de lezer inmiddels duidelijk geworden zijn dat met 'perhaps' in deze literatuur nogal eens wordt bedoeld 'het is zeker dat...'.
 Cooper schrijft: 'I suspect, look back on our enlightened epoch as a veritable age of Darkness. They will presumably be able to savour the irony of this situation with more amusement than we can extract from it. The laugh's on us. They will see that what we call 'schizophrenia' was one of the forms in which often through quite ordinary people, the light began to break through the cracks in our all-too-closed minds' (18).

ber thinking once that schizophrenics were the strangled poets of our age. Perhaps it is about time that we, who would be healers, took our hands off their throats' (19). Foudraïne haalt op het einde van zijn boek met instemming Whitaker aan, een psychotherapeut die veel werkt met schizofrenen en hun gezinnen. Hij schrijft dat iemand die krankzinnig is, tenminste niet dood is 'zoals zoveel mensen die met een akentas rondlopen', en stelt even verder: 'Ik ben jaloers op mensen die fors krankzinnig zijn geweest. Ik heb zelf wel momenten gehad, de flauwe afspiegeling, maar toch nooit de volle creativiteit die zoveel zogenaamde schizofrenen ter beschikking hebben. Ze komen er misschien niet toe die creativiteit te gebruiken maar ze hebben haar' (20). (Het lijkt me moeilijk met elkaar te rijmen: het ter beschikking hebben van de 'volle creativiteit', en het er niet toe komen die creativiteit te gebruiken, m.a.w.: er blijkbaar niet over beschikken).

Met onze z.g. behandeling leggen wij de schizofrenen met alleen het zwijgen op, we remmen het natuurlijke proces af. 'Psychotic experience may, with correct guidance, lead to a more advanced state but only too often is converted by psychiatric interference into a state of arrest and stultification of the person' (21). In de kern bevat deze opmerking waarheid. Uit de teneur echter van deze en andere passages blijkt dat de klemtoon niet zozeer ligt op de (al lang bestaande) notie dat een psychose soms wel eens leidt tot reïntegratie op een hoger niveau (Rümke, Van Dijk), maar op de mening dat psychiatrische interventie de patiënten onrecht aandoet. Onze 'behandeling' is het tegendeel van werkelijk *helen*: 'Curing is so ambiguous a term; one may cure bacon, hides, rubber, or patients. Curing usually implies the chemical treatment of raw materials so that they may taste better, be more useful, or last longer. Curing is essentially a mechanistic perversion of medical ideals that is quite opposite in many ways to the authentic tradition of healing' (22).

Heeft men trouwens wel het recht de z.g. schizofreen te behandelen? 'In certain cases, a man blind from birth may have an operation performed which gives him his sight. The result — frequently misery, confusion, disorientation. The light that illumines the madman is an unearthly light. It is not always a distorted refraction of his mundane life situation. He may be irradiated by light from other worlds. It may burn him out. (— —). One enters the other world by breaking a shell: or through a door: through a partition: the curtains part or rise: a veil is lifted. Seven veils: seven seals: seven heavens' (23).

Iedereen zij het recht gegund zijn diepe inzichten op te schrijven en uit te laten geven. De taal van COOPER en LAING is zo duidelijk niet-wetenschappelijk dat er voor de meeste lezers nauwelijks gevaar bestaat op verwarring van belijdenissen met wetenschappelijke uitspraken. Men kan er dan ook, zo men wil, met schouderophalen aan voorbijgaan. Als echter blijkt dat een hoogleraar in de sociale en preventieve psychiatrie

dit kosmisch proza serieus neemt als een model dat aandacht verdient bij de ontwikkeling van zijn vakgebied, wordt men toch wel even stil. Het is duidelijk dat voor Laing en Cooper (en al de anderen die hen volgen) het psychotisch-zijn, en alles wat daarmee samenhangt, iets onpeilbaars en ondoorgrondelijks is, iets dat ver verheven is boven ons platvloerse bestaan, iets *heiligs*. Vandaar de vele grote woorden en de holle retoriek. Vandaar de voorkeur voor niet nader omschreven begrippen en uitdrukkingen als 'wholeness', de 'dialectical complexity of human reality', de 'intentional core of each human existence', kosmische tijdschalen en wat niet al. Vandaar de in het boekje van LAING nogal eens voorkomende duistere formuleringen — zij bedoelen diepe diepten te suggereren. Zij lijken soms op bezweringsformules, met die onmiskenbare ritmische dreun die onmiddellijk reminiscenties oproept aan opwekkingsbijeenkomsten. 'I cannot experience your experience. You cannot experience my experience. We are both invisible men. All men are invisible to one another. Experience used to be called The Soul. Experience as invisibility of man to man is at the same time more evident than anything. *Only* experience is evident. Experience is the *only* evidence. Psychology is the logos of experience. Psychology is the structure of the *evidence*, and hence psychology is the science of sciences' (24).

Vandaar ook in laatste instantie de minachting voor psychofarmaca en een 'biologische' benadering: men laat Het Hogere niet bezoedelen door laag-bij-de-gronds geknutsel aan lichamen. Het is hoogmoed te denken dat men De Geest zou leren kennen via bestudering van chemische processen in het brein. De 'anti-biologische' houding wordt *als zodanig* betrekkelijk zelden naar voren gebracht, maar de teneur is in dit soort literatuur overduidelijk. Een van de problemen is ook juist dat zelden zaken helder worden gesteld, maar vaak alleen worden *gesuggered*. De stijl verraaft hun wazig denken.

Wat uit de geschriften van deze gelovigen spreekt is niet alleen een niet-wetenschappelijke houding, het is soms ook een anti-wetenschappelijke instelling. Weliswaar worden termen ontleend aan het wetenschappelijk taalgebruik, b.v. analyse, hypothese, maar men laat er geen twijfel over bestaan dat men tevoren al weet hoe de 'analyse' zal uitvallen, en men heeft de 'hypothese' al ingeruild voor een onwrikbare zekerheid voordat hij überhaupt in een toetsbare vorm is geformuleerd. Observeren, ordenen — het zijn activiteiten die men verafschuwt en gevaarlijk acht. 'Maar wat doen we met mensen, wat doen we mensen *aan*, als we die ook (evenals 'dingen, planten en dieren') classificeren?' (25).

Het boekje van COOPER biedt talloze gave voorbeelden van een anti-wetenschappelijke instelling. Een van de hoogtepunten vindt men in de Inleiding. 'Finally, on the issue of generalization from a small series, when it is objected that the limited number of cases may be special and

unrepresentative cases, one could not do better than recall the words of Kurt Goldstein (1951, p. 25): 'This objection completely misunderstands the real situation . . . an accumulation of facts even numerous is of no help if these facts were imperfectly established; it does not lead to the knowledge of things as they really happen . . . We must choose only these cases which permit of formulating final judgements. And then what is true for one case will also be true for any other'. In other words, what may falsely be construed as bias may in fact be judicious selection. The criteria for judicious selection in this field must be the subject for a further work, but for the moment let us establish this principle, digest it, assimilate it, realize it in its entirety of implication, and get on with the work we have to do' (26).

Laten wij dat laatste ook maar doen.

SUMMARY: PSYCHIATRY AND 'ANTI-PSYCHIATRY'

A few critical remarks are made concerning alternative ideas in psychiatry and mental health, propagated by otherwise widely different authors as Laing, Cooper, Foudraine and Trimbos. The bulk of this article comprises an analysis of the most commonly heard objections against the medical model. It is not the author's intention to defend the medical model; he entirely agrees with the opinion that social models are of full value in psychiatry. The critique is above all focussed on the sometimes dogmatic, sometimes failing argumentation. Moreover, full attention is given to the ideas of Cooper and Laing about schizophrenia and psychosis. The romantic and often non-scientific nature of their writings is stressed.

LITERATUURVERWIJZINGEN

- 1 C. J. B. J. Trimbos: 'Perspektieven en wensen in de sociale psychiatrie'. *Mndbl. Geest. Volksgezondheid*, 1970, p. 248 e.v.
- 2 C. J. B. J. Trimbos: 'Nogmaals het 'medische model' in de psychiatrie'. *Mndbl. Geest. Volksgezondheid*, 1971, p. 311 e.v.
- 3 R. D. Laing and A. Esterson: *Sanity, Madness and the Family — Families of Schizophrenics*. 2nd. ed., Pelican Books.
- 4 B. Pasamanick, F. R. Scarpitti and S. Dinitz: 'Schizophrenics in the Community.' In: S. Dinitz, R. R. Dynes and A. C. Clarke (Eds.): *Deviance - Studies in the Process of Stigmatization and Societal Reaction*. Oxford University Press, New York enz., 1969.
- 5 Jan Foudraine: *Wie is van hout . . . een gang door de psychiatrie*. Ambo-boeken, Bilthoven, 1971, p. 419.
- 6 Thomas S. Szasz: *The Myth of Mental Illness — Foundation of a Theory of Personal Conduct*. Harper & Row, New York, 1961, p. 91.
- 7 Zie Th. J. Scheff: 'Decision Rules, Types of Error and their Consequences in Medical Diagnosis'. *Behavior Sci.*, 1963 (8) 97. Zie van dezelfde auteur ook: *Being mentally ill — a sociological theory* (vert.: *De psychisch gestoorde en zijn milieu*. Aula-boeken, Utrecht, 1969).
- 8 Szasz, o.c., p. 100.
- 9 Laing and Esterson, o.c., p. 18.
- 10 P. J. Stolk en A. P. de Visser: 'Pleidooi voor een medische psychiatrie'. *Mndbl. Geest. Volksgezondheid*, 1971, p. 54 e.v.

- 11 Zie ook E. J. Zwaan: 'De plaats van de gedragstherapie'. *Mndbl. Geest. Volksgezondheid*, 1972. p. 12 e.v.
- 12 David Cooper: *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. Paladin-books, London, 1970.
- 13 R. D. Laing: *The Politics of Experience and The Bird of Paradise*. Penguin-books, 1970.
- 14 Laing, o.c., p. 12.
- 15 Cooper, o.c., p. 52.
- 16 Cooper, o.c., p. 30.
- 17 Laing, o.c., p. 105.
- 18 Laing, o.c., p. 107.
- 19 Cooper, o.c., p. 121.
- 20 Foudraine, o.c., p. 458.
- 21 Cooper, o.c., p. 93.
- 22 Cooper, o.c., p. 119.
- 23 Laing, o.c., p. 114.
- 24 Laing, o.c., p. 16.
- 25 Foudraine, o.c., p. 437.
- 26 Cooper, o.c., p. 26.

VERANTWOORDING

Het dubbelnummer, waarmee wij deze jaargang afsluiten, begint met een 'anti-anti-psychiatrie'-artikel van Rooymans; dan volgen twee artikelen resp. van Marlet en Romme, welke zich richten op de integratie van de diverse vormen van hulpverlening.

Wanneer wij de invloed van jaargang 1972 van het Tijdschrift voor psychiatrie nog eens nagaan, voelen wij — de redactie — een redelijk grote voldoening. Wij menen dat deze jaargang de stromingen en deiningen weerspiegelt, welke men thans in de psychiatrie aantreft. Onze dank gaat uit naar alle auteurs die hieraan hebben bijgedragen.