

## Een bloeiende psychiatrie die niet meer in gevaar is

door H. M. van Praag

De hierna volgende overwegingen vinden hun aanleiding in een vertrek, niet in een afscheid. Ik verlaat mijn vak niet, ik ga het beoefenen in een andere setting. Daarom geen afscheidscollege, geen weemoedige terugblik op een leven en ontwikkelingsgang, maar in plaats daarvan een beknopte tussentijdse balans, een state of the art betreffende de psychiatrie.

Twee restricties vooraf. De balans kan, gezien de beschikbare ruimte, niet anders dan onvolledig zijn, fragmentarisch. Wel weer spiegelen de fragmenten mijn persoonlijke voorkeur. Bovendien zal het overzicht niet systematisch zijn, maar kaleidoscopisch. Dit weerspiegelt de huidige situatie in de psychiatrie. Er zijn tal van nieuwe ontwikkelingen gaande, op allerlei terreinen; een geïntegreerde visie, een duidelijk beeld op de onderlinge samenhang in deze ontwikkelingslijnen is echter nog niet te geven.

Ik acht het een voorrecht psychiater te zijn geworden in een periode waarin dit vak haar sterkste groei doormaakte sinds het, zo'n 100 jaar geleden door Kraepelin als wetenschappelijke discipline werd gegrondvest. Ik wil enkele van deze ontwikkelingen aan u voorleggen. De volgorde is min of meer willekeurig en geeft geen bepaalde voorkeur weer.

Als *eerste ontwikkelingslijn* noemde ik de groeiende aandacht voor diagnostiek en classificatie. Jarenlang is de aandacht hiervoor gering geweest. De Duitse psychiatrie meende reeds in de 30-er jaren dat dit terrein uitputtend was omgeploegd. De Amerikaanse psychiatrie, sterk psychoanalytisch georiënteerd als zij was, had weinig op met systematiek. Zij concentreerde zich op individuele ontwikkelingsgeschiedenis, individuele psychodynamiek; betwijfelde de zin en de mogelijkheid van interindividuele generalisaties zonder welke geen systematiek mogelijk is.

---

Schrijver gebruikte deze tekst bij zijn afscheid op 10 juni 1982 als gewoon hoogleraar in de psychiatrie en hoofd van de Psychiatrische Universiteits Kliniek te Utrecht, in verband met zijn benoeming tot professor en chairman van de afdelingen psychiatrie van het Albert Einstein College of Medicine en het Montefiore Hospital and Medical Center te New York.

In het begin van de 60-er jaren begon de kentering op te treden. Sterk gestimuleerd door het biologisch-psychiatrisch onderzoek dat in die jaren opkwam. Het werd evident, dat systematisch, reproduceerbaar onderzoek onmogelijk is zonder nauwkeurige beschrijving en onderlinge differentiatie van de te onderzoeken fenomenen. In 1972 verschenen Feighners diagnostische criteria. In 1975 de veel verder uitgewerkte Research Diagnostic Criteria. In 1980 werd tenslotte de derde druk gepubliceerd van de DSM, het Amerikaanse classificatiesysteem van psychiatrische ziektebeelden. Fundamenteel gewijzigd ten opzichte van de tweede druk uit 1968.

De DSM-III is geen instrument bedoeld voor de researcher, zoals de vorige twee, maar voor de praktisch werkende psychiater. Een magistraal werk, qua ordening en qua precisie van beschrijving. Geen codex, geen encyclopedie. Zeker voor verbetering vatbaar. Wel een mijlpaal. Voor het eerst een psychiatrisch classificatiesysteem dat zich qua opzet kan meten met de besten uit de somatische geneeskunde.

*Een tweede groeilijn.* De documentatie van de onderzoeksresultaten bij de individuele patiënt. Geen eenvoudige zaak, omdat een belangrijk deel van de psychiatrische symptomatologie niet objectief waarneembaar is, maar deel uitmaakt van de subjectieve ervaringswereld van de patiënt. Ook de factor veroorzaking leent zich niet gemakkelijk voor objectieve analyse. Documentatie van de onderzoeksgegevens was en is nog steeds een zwakke steen in de psychiatrie. Maar er is verbetering opgetreden. Er heeft zich in de afgelopen 20 jaar een registratiemethodologie ontwikkeld, gebruik makende van (zelf)-beoordelingsschalen, persoonlijkheidsvragenlijsten en standaardinterviews.

Hoogtepunt in deze ontwikkeling beschouw ik de door Wing e.m. ontwikkelde Present State Examination. Een indrukwekkende poging het totale psychiatrische interview te structureren en op een gestandaardiseerde manier te laten verlopen, inclusief een 'glossary', inclusief een computerprogramma dat uitsluitel kan geven over: symptomen die al of niet aanwezig zijn, over de syndromale opbouw van het ziektebeeld en over de uiteindelijke nosologische diagnose.

In Engeland en binnenkort ook in Nederland kan men zich via cursussen in de toepassing van deze methode bekwamen. In al het onderzoek onder auspiciën van de Wereld Gezondheids Organisatie wordt de PSE als diagnostisch instrument toegepast.

*Een derde groeilijn.* Het onderzoek naar de biologische determinanten van afwijkend gedrag, het zogeheten biologisch-psychiatrisch onderzoek. Op dit terrein is in de afgelopen 20 jaar zeer veel gebeurd. Te veel om hier op te sommen. Ik beperk me derhalve tot het aanduiden van vier voorbeelden. Twee van meer conceptuele aard; deel uitmakend van het terrein van de theorievorming; twee uit de sfeer der therapeutische ontwikkelingen.

Het eerste, conceptuele voorbeeld. Het begrip: biochemische typologie van psychiatrische syndromen. De notie, met andere woorden, dat de functieveranderingen in de hersenen die de gedragsveranderingen 'dragen', instrumenteel mogelijk maken, zal een bijdrage kunnen leveren tot de (differentiële) diagnostiek van psychiatrische syndromen.

Door Korf en mij is dit concept in 1971 voor het eerst in de psychiatrie geïntroduceerd. Het was gegrond op de uitkomsten van biologisch onderzoek van depressies. Thans is het in het psychiatrisch denken gemeengoed geworden. Voordien werd in de psychiatrische diagnostiek uitsluitend rekening gehouden met de drie criteria: symptomatologie, verloop en etiologie. Het postulaat der biochemische typeerbaarheid van psychiatrische syndromen veronderstelt dat ook het begrip pathogenese hiertoe een bijdrage kan leveren. Conceptueel betekende dit een nieuwe dimensie in het psychiatrisch denken. Praktisch gesproken werd een nieuwe brug geslagen tussen psychiatrie en medisch-biologisch georiënteerde geneeskunde.

De tweede conceptuele ontwikkeling die ik noemen wil ligt besloten in het begrip functionele psychopathologie dat wij in 1975 hebben geïntroduceerd. De bouwstenen van de psychiatrische classificatie zijn de ziekte-eenheden zoals depressie, schizofrenie, angstneurose en andere, begrippen waarin gegevens over verschijningsvorm, etiologie en verloop zijn verdisconteerd. Het biologische onderzoek heeft zich in eerste instantie aan deze manier van rubriceren geconformeerd.

Langzamerhand komen er echter steeds meer gegevens dat dit niet het goede uitgangspunt is voor biologisch psychiatrisch onderzoek. Dat biologische functiestoornissen zich waarschijnlijk beter laten correleren met psychologische functiestoornissen dan met complexe ziektebeelden – syndromen of nosologische eenheden – die uit een veelheid van dergelijke functiestoornissen zijn opgebouwd. Als voorbeeld: bepaalde biologische stoornissen zoals die bij depressies zijn gevonden (i.c. stoornissen in de monoaminen huishouding) lijken niet zozeer gerelateerd te zijn aan het (vitaal) depressieve syndroom als zodanig, als wel aan bepaalde psychologische functiestoornissen die binnen dit syndroom voorkomen maar hiervoor allerminst specifiek zijn. Ik denk hierbij aan de stoornissen in de huishouding van de neurotransmitters dopamine en serotonine die gerelateerd lijken te zijn aan stoornissen in motorische respectievelijk agressieregulatie, sterker dan aan het syndroom van de (vitale) depressie op zichzelf.

Onder functionele psychopathologie versta ik de ontleding van psychiatrische syndromen in de samenstellende psychologische functiestoornissen. Een dergelijke functionele psychopathologie zal in nauwe samenwerking met de experimentele klinische psycholoog moeten worden opgebouwd. Het lijdt weinig twijfel dat deze ontwikkeling voor alle psychiatrische sub-disciplines, niet alleen voor de biologische psychiatrie, maar evenzeer voor de sociaal en psychodynamisch georiënteerde psychiatrie van groot belang zal zijn.

Vervolgens, in vogelvlucht, twee therapeutische ontwikkelingen in de biologische psychiatrie.

Tot voor kort waren alle psychopharmaca toevallsbevindingen, geen produkten van gerichte, dat wil zeggen op bepaalde hypothesen gerichte, research. Hierin begint thans verandering te komen, met name op het terrein der anti-depressiva. Op basis van onderzoek in de kliniek aan depressieve patiënten verricht, wordt gericht gezocht naar verbindingen die bepaalde biochemische processen in een bepaalde richting beïnvloeden. Een kenmerkend voorbeeld is het 5-hydroxytryptofaan, een stof waar wij sinds het eind van de 60-er jaren veel mee geëxperimenteerd hebben. Het is een voorstadium van de neurotransmitter serotonine en wordt in de hersenen in serotonine omgezet. Onlangs is het in Duitsland en Frankrijk als antidepressivum op de markt gekomen. 5-Hydroxytryptofaan is geen lichaamsvreemde stof en geen toevallsbevinding, maar een natuurlijke stof, onderzocht op basis van een hypothese over de pathogenese van depressies. Een fundamentele stap voorwaarts. Als laatste voorbeeld: het moderne receptorwerk. Sinds enige jaren zijn methoden ontwikkeld om bepaalde receptoren uit de hersenen te isoleren en te onderzoeken. Receptoren zijn eiwitmoleculen zodanig geconfigureerd, dat er zich een bepaalde werkstof aan kan hechten waarna een bepaalde werking optreedt. Al spoedig kwam vast te staan dat in de hersenen receptoren voorkomen met grote affiniteit voor lichaamsvreemde psychofarmaca: zoals de opiaten en de benzodiazepines. Voor deze lichaamsvreemde stoffen kunnen ze niet geschapen zijn. Daarom werd een speurtocht ondernomen naar de natuurlijke kandidaten voor deze receptoren. Voor de opiaat-receptor werd dit zoeken met succes bekroond met de isolatie en identificatie van de zogeheten endorfinen. De natuurlijke kandidaat voor de benzodiazepine receptoren is nog niet bekend. Het ligt in de reden dat uit dit type onderzoek belangrijke nieuwe therapeutische ontwikkelingen kunnen voortkomen. Het onderzoek dat op onze afdeling, in nauwe samenwerking met het Rudolf Magnus Instituut voor Farmacologie, wordt verricht naar de mogelijke betekenis van bepaalde endorfinenfragmenten voor de behandeling van psychosen van het schizofrene type, moet binnen dit raam worden gezien.

*Een vierde ontwikkelingslijn.* De opkomst van wat genoemd wordt: liaison-psychiatrie. Dat gedeelte van de psychiatrie dat zich bezig houdt met de diagnostiek van niet-lichamelijke oorzaken van lichamelijke klachten, stoornissen en ziekten en met de behandeling daarvan. Een bijzonder belangrijke ontwikkeling, gezien het grote aantal patiënten met lichamelijke bezwaren bij wie geen primair lichamelijke oorzaken worden gevonden. In onze afdeling heeft het een hoge prioriteit gekregen. In sommige Amerikaanse ziekenhuizen zijn er reeds speciale units opgericht voor wat genoemd wordt behavioural medicine, waarin internisten, psychiaters en psychologen intensief op het genoemde terrein samenwerken. De klassieke psychosomatiek beperkte het veld der psychologisch-

bepaalde ziektevormen tot een beperkt aantal met name genoemde syndromen: zoals asthma, ulcus vertriculi, colitis ulcerosa en enkele andere. In het begrip liaison-psychiatrie ligt de opvatting besloten dat psychologische factoren bij vele lichamelijke ziektebeelden een rol kunnen spelen en derhalve meer (deskundige) aandacht verdienen dan zij gewoonlijk krijgen. Het is mijn stellige overtuiging dat het gebied van de behaviourale medicene een veel grotere plaats moet gaan innemen in het medische curriculum dan thans het geval is. De psychiatrie zou hieraan een belangrijk aandeel kunnen leveren.

*Een vijfde ontwikkelingslijn.* Het vulnerabiliteitsonderzoek, dat is: het onderzoek naar de vraag waarom bepaalde mensen zoveel makkelijker decompenseren dan andere. Dit is overduidelijk aan het licht getreden door het moderne life event onderzoek. Hierbij wordt op systematische wijze nagegaan of verbanden kunnen worden aangetoond tussen bepaalde schokkende voorvallen in iemands leven en het optreden van bepaalde psychische of lichamelijke stoornissen. Bij dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van gestructureerde interviews dan wel van vragenlijsten die door de patiënt worden ingevuld. In Utrecht zijn wij bezig de merites van beide onderzoeksmethoden te vergelijken. Er zijn veel aanwijzingen dat life events pathogene betekenis kunnen hebben: voor een bepaalde categorie mensen. Wat maakt hen zo kwetsbaar? Deze vraag wordt thans op drie niveaus onderzocht: het sociale niveau: onderzoek naar factoren in de levenssituatie; het psychologische: onderzoek naar factoren gelegen binnen de persoonlijkheid en het biologische: onderzoek naar cerebrale factoren die voor de verhoogde kwetsbaarheid een verklaring kunnen geven. Het is hier niet de plaats de resultaten tot dusverre behaald, samen te vatten. Ik wil slechts wijzen op het principiële belang van dit onderzoek. Preventie is pas mogelijk als we de high-risk individuen van tevoren kunnen herkennen. Preventie bedrijven op een totale bevolking is immers een volslagen illusie.

*Een zesde ontwikkelingslijn,* betreft het gebied der psychotherapieën. Ik wil hier kort over zijn. Een ieder weet hoe exponentieel dit gebied groeide. Aan de psychodynamische therapievormen werden nieuwe technieken toegevoegd, zoals de gedragstherapie en de gestalttherapie. Bovendien werden naast de individuele aanpak nieuwe strategieën ontwikkeld: de niet-individuele, zoals de relatie-, de groeps- en de gezinsbehandeling.

Tenslotte, en zeker niet het minst belangrijk: er werd een begin gemaakt met de ontwikkeling van methoden geschikt om de resultaten van psychotherapie te evalueren. De toepassing ervan volgde. Eerst schoorvoetend, thans meer van harte. Eerst voornamelijk toegepast ten aanzien van gedragstherapie, thans ook bij andere behandelingsvormen.

Waar psychotherapie in het algemeen een ingrijpende en dikwijls kostbare behandelingsvorm is, kan de betekenis van deze laatste

ontwikkeling niet hoog genoeg worden aangeslagen. Psychotherapie research hebben wij dan ook opgevat als een belangrijk facet van ons onderzoeksprogramma.

De laatste hier te noemen *ontwikkelingslijn*, tenslotte, is de invoering van methoden ontleend aan de empirisch-toetsende wetenschappen in de psychiatrie. In feite lag deze ontwikkelingslijn besloten in alle andere die ik noemde. Rümke hield in 1954 een rectorale rede die hij de titel gaf: Een bloeiende psychiatrie in gevaar. Hij somde een aantal gevaren op. Hij noemde niet het gevaar dat ik destijds het grootste zou hebben gevonden, namelijk de wildgroei van hypothesen; de geringe mogelijkheden tot hypothesetoetsing maar ook: de geringe geneigdheid daartoe. Dit beeld veranderde in de afgelopen 25 jaar. De psychiatrie is zich aan het ontwikkelen van een overwegend theoretisch-speculatieve wetenschap tot een toegepast-empirische. Wij staan nog aan het begin van deze ontwikkeling, maar zij lijkt mij niet meer te stuiten.

De psychiatrie bloeit, overvloediger nog dan in Rümkes dagen, maar zij is mijns inziens uit de gevarezone gekomen.