

Van psychosomatiek naar liaison-psychiatrie

door H.G.M. Rooymans

Inleiding

Toen ik in 1970 begon met het opzetten van een psychiatrische consultatieve dienst in het Academisch Ziekenhuis Groningen had ik geen uitgesproken belangstelling voor de psychosomatiek noch een speciale kennis op dit gebied. Wat mij aantrok was de uitdaging die ligt besloten in het uitoefenen van een vak op een buitenpost. En wat de wederzijdse beïnvloeding van lichaam en geest betreft, ging mijn interesse iets meer uit naar de invloed die het soma heeft op de psyche dan andersom. De alledaagse consultatieve praktijk leidde ook niet automatisch tot de noodzaak mij meer te gaan verdiepen in de psychosomatische literatuur: ik werd zelden geraadpleegd bij patiënten met zogenaamde psychosomatosen (Rooymans, 1972). Later bleek mij dat dit verschijnsel zich niet beperkte tot het Academisch Ziekenhuis te Groningen, maar zich ook elders voordeed, in binnen- én buitenland (Lipowski, 1967). In de literatuur leek de consultatieve psychiatrie (de term 'liaison-psychiatrie' was nog niet in zwang) op het eerste oog weinig tot niets te maken te hebben met de klassieke psychosomatiek. Het waren gescheiden terreinen. De termen 'psychosomatisch' of 'psychosomatiek' vielen zelden, werden in feite opvallend vermeden. Pas bij nadere studie bleek hoe hecht de historische banden waren tussen de psychosomatiek en de liaison-psychiatrie. Die sterke verwantschap lag natuurlijk ook voor de hand.

Ik vertel dit omdat het de dubbelzinnige verhouding laat zien tussen de klassieke psychosomatische geneeskunde en de psychiatrie in het algemene ziekenhuis: historisch met elkaar verknoot, maar men zwijgt er dikwijls over. Is het een liaison waarvoor men zich schaamt?

Gêne over eigen afkomst is meestal misplaatst, en bovendien zel-

Schrijver is hoogleraar klinische psychiatrie, Rijksuniversiteit Leiden.

De tekst van een voordracht gehouden op de lustrum-bijeenkomst van de sectie Liaison- en PAAZ-psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie in Amersfoort op 20 november 1982.

den verstandig. Dat geldt ook voor een tak of subdiscipline van een specialisme, zeker als men deze – vanwege het grote belang voor de psychiatrie en de rest van de geneeskunde – verder wil ontwikkelen. Er zijn duidelijke overeenkomsten tussen sommige aspecten van de vroegere psychosomatiek en bepaalde verschijnselen in de liaison-psychiatrie. In een samen met Hengeveld geschreven artikel spraken wij over 'oude wijn in nieuwe zakken' (Rooymans en Hengeveld, 1980). Psychosomatiek loopt nu voor een belangrijk deel in de bedding van de liaison-psychiatrie.

In de loop der jaren is de belangstelling van psychiaters en psychologen voor de zogenaamde psychosomatosen duidelijk afgenomen. De klassieke opvattingen van de psychosomatici hebben ook nooit echt ingang gevonden bij internisten en andere somatische specialisten. Het is van groot belang na te gaan wat daarvan de redenen zijn. De opkomst en (relatieve) teruggang van de klassieke psychosomatiek zou de liaison-psychiatrie iets te zeggen kunnen hebben. Weliswaar herhaalt de historie zich nooit helemaal, maar dikwijls toch wel in zódanige mate dat men er goed aan doet zich de lessen van de geschiedenis ter harte te nemen.

Wat was/is psychosomatiek?

'Psychosomatisch' verwijst niet naar een af te bakenen groep van ziekten of klachtenpatronen, maar duidt op een manier van kijken, een benadering. Centraal staat de notie dat psychische en sociale factoren een rol (kunnen) spelen bij het ontstaan of blijven bestaan van lichamelijke aandoeningen en stoornissen van allerlei aard. In principe is geen ziekte of klachtenpatroon daarbij uitgezonderd. In de klinische praktijk is het begrip in feite identiek met de door Querido (1955) geïntroduceerde term 'integrale geneeskunde'. Qua onderwijs houdt 'psychosomatiek' vooral in dat men de gevoeligheid van artsen en aanstaande medici probeert te vergroten voor de rol die psychische en sociale factoren spelen bij ziekte en gezondheid. In het psychosomatische wetenschappelijk onderzoek tracht men op vele verschillende manieren de betekenis van psychische en sociale factoren in etiologie, pathogenese en verloop van lichamelijke stoornissen, en de implicaties daarvan voor de therapie, nader te preciseren.

Het domein van de psychosomatiek is dus zeer breed, omvat in principe het gehele gebied van ziekte en gezondheid. Daar komt dan nog bij dat bij die benadering niet één methodiek van onderzoek wordt toegepast, maar een veelheid. Zowel psychoanalytische beschouwingen als neuroendocrinologisch en psychofysiologisch onderzoek kunnen onder de verzamelterm 'psychosomatisch' worden bijeengebracht. Daardoor is het begrip sterk uitgedijd, en heeft dienovereenkomstig aan communicatieve betekenis verloren. Als men hoort dat iemand psychosomatisch onderzoek verricht, weet men eigenlijk nog heel weinig.

Een blik op programma's van congressen bevestigt de breedheid en de vage begrenzing van het psychosomatisch terrein. Er wordt

gesproken over training van studenten en artsen in gespreksvaardigheden (met evenveel recht te betitelen als 'medische psychologie'), over bepaalde psychiatrische ziektebeelden (bijv. anorexia nervosa), over psychofysiologie van pijn, sexuologie, enzovoort, tot en met de liaison-psychiatrie. Allemaal heel belangrijk, en zonder twijfel hebben al die onderwerpen iets gemeen (de nauwe relatie tussen lichaam en geest), maar het is wél de vraag of een overkoepelende term veel zin heeft (of houdt) als erg veel wordt overkoepeld. Men kan zich dan ook goed de verzuchting voorstellen die ik kort geleden las in een bespreking van een psychosomatisch boek: psychosomatiek is 'a word in search of a meaning'. Vroeger, dat wil zeggen in de veertiger en vijftiger jaren, lag het wat eenvoudiger. Men associeerde de term 'psychosomatisch' met een beperkt aantal ziektebeelden. Men sprak van 'psychosomatosen'. De benaming vond plaats op grond van de veronderstelling dat psychische factoren bij deze ziekten een belangrijke oorzakelijke rol spelen. Het meest bekend werden de ideeën van Alexander en medewerkers, die hun aandacht vooral richtten op zeven ziektebeelden (spottenderwijs wel eens de 'holy seven' genoemd): ulcus ventriculi/duodeni, colitis ulcerosa, asthma bronchiale, essentiële hypertensie, ziekte van Graves (hyperthyreoidie), reumatoïde arthritis en neurodermatitis. Zij postuleerden dat bij ieder van deze ziekten een specifiek intrapsychisch conflict aanwezig was. De ideeën van Alexander zijn in Nederland vooral bekend geworden door het werk van Groen en de Amsterdamse psychosomatische werkgroep. Groen kwam overigens onafhankelijk van de Amerikaanse auteurs tot zijn bevindingen; pas later bleken ze ermee in overeenstemming te zijn.

In het rijtje van Alexander ontbraken de coronair-aandoeningen. Deze waren wél aanwezig in de van iets oudere datum zijnde opsomming van persoonlijkheidsprofielen (te onderscheiden van onbewuste conflicten) van Flanders Dunbar. Latere auteurs betitelden weer veel meer ziekten als psychosomatosen. Sommige opgaven lopen in de tientallen.

Het begrip 'psychosomatose' is vrijwel vanaf het begin omstreden geweest. Het criterium is dat psychische factoren een belangrijke oorzakelijke rol moeten spelen. Maar wat is 'belangrijk', anders gezegd: hoe groot moet de rol van psychische factoren zijn om de ziekte in de groep op te nemen? Ook het begrip 'oorzaak' is aanzienlijk minder eenduidig dan op het eerste gezicht lijkt. Er zijn velen typen oorzaken – ik ga daar nu niet verder op in. Naarmate men meer oog kreeg voor het feit dat psychische factoren bij heel veel ziekten een rol kunnen spelen, soms bij het ontstaan soms in het verloop van de ziekte, werd het onderscheiden van een aparte groep meer betwifelbaar. De term 'psychosomatose' is dan ook aan het uitsterven. Ik acht dat geen verlies. Ik kom op het afnemen van de belangstelling voor de psychosomatosen verderop nog terug.

Als men in de huidige tijd de term 'psychosomatisch' gebruikt, is er een grote kans dat de toehoorder dit associeert met functionele

klachten. Men spreekt ook wel van 'psychosomatische klachten'. Ik vind dat woordgebruik niet erg gelukkig. Het belangrijkste bezwaar is dat men, als men onbegrepen lichamelijke klachten bij voorbaat (zonder nauwkeurig psychiatrisch/psychologisch onderzoek) betitelt als 'psychosomatisch', het paard achter de wagen spant: de hypothese dat lichamelijke klachten in overwegende mate berusten op psychische stoornissen respectievelijk emotionele problematiek vereist een zorgvuldige argumentatie (Rooymans, 1977). Bovendien is de grens tussen wel en niet voldoende somatisch te verklaren klachten veel vager dan wel eens wordt gedacht.

'Trends' in de psychosomatiek

Als men wil begrijpen waarom de klassieke psychosomatiek 'uit' is geraakt, met name ook om met die kennis gewapend beter te kunnen zien op welke punten de liaison-psychiatrie risico's loopt, lijkt het nuttig in vogelvlucht enkele belangrijke ontwikkelingen die zich in de laatste decennia op psychosomatisch terrein hebben afgespeeld, te bespreken. Ik noem er drie: het geavanceerder worden van het wetenschappelijk onderzoek, de afgenomen belangstelling voor de zogenaamde psychosomatosen, en de verschuiving van aandacht van intra-psychische factoren naar fenomenen in de omgeving. De genoemde ontwikkelingen hangen uiteraard zeer nauw samen. Dat ik mij beperk tot drie heeft uiteraard iets willekeurigs. Er zijn er ongetwijfeld meer te noemen (Kimball, 1970; Lipowski, 1977), maar deze lijken mij wel van grote importantie.

De wellicht belangrijkste ontwikkeling is dat de onderzoeksmethodieken veel meer 'sophisticated' zijn dan in de veertiger en vijftiger jaren. Aanvankelijk baseerden psychosomatische onderzoekers hun theorieën voornamelijk op case-studies. Het betrof nogal eens patiënten die bepaald niet zondermeer representatief waren te achten voor de totale populatie van lijdende aan de onderzochte ziekte. Om precieze begripsbepalingen en operationalisering van gebruikte concepten bekommerde men zich niet erg. Een goed voorbeeld daarvan is dat in de bekende specificiteitstheorie van Alexander het kernbegrip 'specificiteit' niet helder werd gedefinieerd (Rooymans, 1974). Het gevolg daarvan was dat gedachtenwisselingen over specificiteit vaak meer het karakter kregen van een geloofsstrijd dan van een wetenschappelijke discussie. Tot op zekere hoogte geldt dat tot op de dag van vandaag – ik kom daarop nog terug. Het is weinig zinvol te debatteren of iets geheel, ten dele of niet bestaat, als men tevoren niet *precies* afspreekt wat dat 'iets' is. De meetinstrumenten waren meestal vrij grof; soms ging men af op niet goed gevalideerde tests of op de (veelal psychoanalytisch geschoolde) blik van de onderzoeker. Controlegroepen ontbraken veelal. Ook de precieze typering van de ziekte liet aanvankelijk wel eens te wensen over. Men veegde van elkaar verschillende (subtypen van) ziekten (bijv. ulcus ventriculi en ulcus duodeni) aanvankelijk op één hoop. Het oorzaak-gevolg-probleem (geconstateerde

abnormale psychische fenomenen kunnen een oorzaak zijn van de ziekte, maar ook het mogelijk gevolg) werd onvoldoende onderkend. Dat probleem is uiteraard alleen oplosbaar in prospectief onderzoek. Prospectieve onderzoeken zijn er helaas nog te weinig in de psychosomatiek, maar zijn bijvoorbeeld wel, en op vrij grote schaal, uitgevoerd bij coronair-aandoeningen.

Het huidige psychosomatische onderzoek vertoont veel minder methodische tekortkomingen dan vroeger het geval was. Daardoor is vanzelfsprekend veel van wat zeker leek onzeker geworden, en soms onwaarschijnlijk gemaakt. Dat is de gewone gang van zaken in de wetenschap. Zo is het leerstuk der specificiteit in de zin zoals oorspronkelijk door Alexander bedoeld niet houdbaar gebleken. Ook de idee dat *alle* lijdens aan zogenaamde psychosomaten neurotische karaktertrekken vertonen (impliciet in de klassieke theorie) moest worden herzien. Studies over bijvoorbeeld astma (Zeally, 1971; Benjamin, 1977), essentiële hypertensie (Goldberg e.a., 1980) en reumatoïde arthritis (Van der Ploeg, 1980) geven niet bepaald steun aan deze veronderstelling.

Dat alles wil *niet* zeggen dat er niets zou zijn 'overgebleven'. Er is tegenwoordig (als reactie op vroeger) wel eens sprake van een neiging het kind met het badwater weg te gooien. Zo is er (ik doe een greep) in prospectief onderzoek een duidelijk verband aange-toond tussen het optreden van een hartinfarct en het zogenaamde type-A-gedrag (zie o.a. Rosenmann e.a., 1975). Er bestaat een duidelijke correlatie tussen ulcus en 'oraliteit', al is het concept oraliteit buitengewoon moeilijk te omlijnen. De rol van stress bij (exacerbaties van) het ulcuslijden is onomstreden. Bij het optreden van astma-aanvallen speelt scheiding van geliefde personen soms een heel belangrijke rol. Enzovoorts. Enzovoorts. Een goed overzicht van de huidige stand van zaken vindt men in het monumentale boek van Weiner (1977).

Het antwoord op de vraag of wat is 'overgebleven' van de klassieke inzichten veel is of weinig, hangt af van hoe men kijkt. Ik vind zelf dat heel veel bekend is geworden over de rol die psychische en sociale factoren spelen bij lichamelijke ziekten. Vergeleken echter met de vroegere uitspraken valt de discrepantie op met de (tot nu toe gevonden) werkelijkheid. Teleurstelling is onvermijdelijk als men de klassieke opvattingen koestert als geloofsartikelen. Dat was nogal eens het geval. Dan zal men zich bedreigd voelen door afbrokkeling van oude zekerheden. Men doet zijn voorgangers in de wetenschap echter geen recht en geen goed als men hun inzichten als sacrosanct beschouwt. Geloof in plaats van een nuchtere en kritische houding komt helaas nog wel voor in de psychosomatiek, zoals ook in de gehele psychiatrie. In een recent artikel van Kimball (1982) over specificiteit is in het begin te lezen: 'There is specificity!'. Twee pagina's verder omschrijft hij dit begrip op een andere, en in elk geval aanzienlijk ruimere manier dan Alexander deed, en eindigt dan weer twee pagina's verder met de volgende passage: 'Until we can identify the specific number of these (factors), the critical index coefficient of each and their sequential arrangement

with one another in time and configuration, we shall fail in our quest for specificity'. Een dergelijke zienswijze op psychosomatische specificiteit is vanuit wetenschappelijk oogpunt verre van bevredigend.

Zoals al werd opgemerkt, is de klassieke psychosomatiek er niet in geslaagd vaste voet te krijgen in de somatische klinieken, in elk geval niet in Nederland en de Angelsaksische landen. Psychiaters pleegden ter verklaring hiervan nogal eens te verwijzen naar 'weerstand' bij de somatische collegae. Die verklaring moge een kern van waarheid bevatten, ze heeft echter ook iets banaals. Op zijn minst zou men zich kunnen afvragen of de klassieke psychosomatiek die weerstanden ook niet mede zelf opriep door wat opgeblazen pretenties over het belang van de bevindingen en de therapeutische mogelijkheden. Er was in het hoogtij van de psychosomatiek sprake van een nogal koortsig therapeutisch optimisme. Mij lijkt het feit dat de klassieke psychosomatiek niet echt ingang heeft gevonden bij internisten in elk geval mede terug te voeren op de ervaring dat dit therapeutisch optimisme onvoldoende werd gelegitimeerd door de feiten (Kellner, 1975; Hill, 1977). Tenslotte is de 'proof of the pudding in the eating'. Om misverstanden te vermijden: ik beweer *niet* dat psychotherapie bij patiënten met zogenaamde psychosomatosen niet heilzaam zou kunnen zijn. Er is het interessante (en tegen de achtergrond van het bovenstaande wat paradoxaal aandoende) gegeven dat het nut van psychotherapie juist ook waarschijnlijk is gemaakt in onderzoek bij patiënten met zogenaamde psychosomatosen (Luborsky e.a., 1975)! Waar het om gaat is de discrepantie tussen de vroegere ideeën en de (tot nu toe gevonden) feiten.

In de psychiatrie is de belangstelling voor de zogenaamde psychosomatosen ook duidelijk getaand. Illustratief in dit verband is dat een ziekte als astma, in de ICD-8 nog vermeld onder de rubriek 'physical disorders of presumably psychogenic origin', in de ICD-9 is verhuisd naar de veel algemenere categorie 'psychic factors associated with diseases classified elsewhere'. Op een zelfde wijze kan een patiënt met astma in de DSM-III, zo dit noodzakelijk blijkt, gerubriceerd worden in de categorie 'psychological factors affecting physical condition'.

Over het geheel genomen wordt in de psychosomatische tijdschriften minder exclusief gepubliceerd over de klassieke psychosomatische stoornissen dan vroeger het geval was. Er verschijnen nog wel veel publikaties over coronair-aandoeningen (zoals al opgemerkt, vielen deze aanvankelijk buiten de groep), maar minder over bijvoorbeeld colitis ulcerosa, en over klassieke psychosomatische opvattingen over de psychogenie van hyperthyreoïdie komt men vrijwel nooit meer iets tegen. Wel wordt tegenwoordig weer veel geschreven over bijvoorbeeld kanker.

Het psychosomatische onderzoek werd aanvankelijk vrijwel uitsluitend verricht door psychoanalytici. Psychoanalytische begrippen en methoden domineerden. De aandacht ging vooral uit naar onbewuste intrapsychische conflicten. Eerder (Rooymans, 1974)

typeerde ik het klassieke psychosomatische denken als een gesloten systeem: 'Het psychisch functioneren verloopt min of meer autonoom, invloeden uit de buitenwereld zijn wel van belang, maar meer als lont voor het kruitvat. Wellicht is, als men let op de regelmatige verwijzingen naar de bacteriologie (namelijk in de specificiteitstheorie), het beeld van een abces meer op zijn plaats: één prik (stress) en de onbewuste conflicten maken zich als microben meester van het weerloze lichaam'.

Afgezet tegen dit (uiteraard versimpeld) beeld, zijn er verschillende met elkaar samenhangende verschuivingen te constateren. Evenals het geval was in de gehele psychiatrie, brokkelde de dominerende positie van de psychoanalyse af. In toenemende mate werden inzichten ontleend aan de leertheorie, en werden gedrags-therapeutische technieken aangewend. De interesse voor onbewuste conflicten nam af. Men kreeg meer belangstelling voor de *bewuste* gevoelens vóór het optreden van de klachten, respectievelijk uitbreken van de ziekte. Een groot aantal studies maakt waarschijnlijk dat ziekten van allerlei aard iets te maken hebben met tevoren aanwezige sterke emoties, met name gevoelens van wrok, vijandigheid, gedeprimeerdheid en angst (zie Luborsky e.a., 1973). In deze groep van studies past bijvoorbeeld het werk van Engel en zijn groep over het zogenaamde giving-up given-up syndroom, dat als voorstadium wordt beschreven van allerlei ziekten (waaronder carcinomen) (Engel, 1968). Als men hun beschrijvingen leest, blijkt het in feite te gaan om een depressieve toestand. Schmale en Iker (1964) konden bij vrouwen die een cervix-uitstrijkje kregen op basis van psychologische gegevens (met name het zogenaamde giving-up given-up syndroom) beter dan op grond van toeval voorspellen bij welke vrouwen de uitstrijkje suspect was. Onbekend blijft hoe men zich de geconstateerde relatie tussen de gemoedstoestand en de ziekte moet voorstellen.

Zou men de bovenstaande ontwikkeling kunnen typeren als een van 'diepte' (onbewuste conflicten) naar 'oppervlakte' (overté gevoelens), een daarnaast spelende, en belangrijker verschuiving in interesse is die van 'binnen' (intrapsychische fenomenen) naar 'buiten'. Ik denk daarbij aan de rol die emotionerende gebeurtenissen ('life-events') (kunnen) spelen bij het optreden van ziekten van allerlei aard. De literatuur hierover is inmiddels zeer omvangrijk. 'Life-events' zijn niet alleen van belang bij somatische aandoeningen, maar ook bij zuiver psychiatrische beelden (bijvoorbeeld depressies). Murphy en Brown (1980) sloegen een brug tussen 'life-events' en de betekenis van een depressie als mogelijk predisponerende factor voor het optreden van een somatische ziekte. Kort gezegd, komt het er op neer dat zij veronderstellen dat de relatie tussen 'life-events' en somatische ziekte een indirecte is, verlopend via een tussenschakel 'depressie'. 'Life-events' vergroten de kans op een depressie, en deze vergroot op haar beurt weer de kans op het optreden van somatische ziekten.

Het is overigens van belang op te merken dat de life-events-literatuur (evenals de literatuur over de relatie tussen bepaalde gemoed-

stoestanden en het optreden van ziekten) veel meer wijst op het bestaan van *aspecifieke* verbanden tussen psychische/sociale fenomenen en lichamelijke ziekten dan op specifieke koppelingen. Dat sluit niet uit dat bij bepaalde subgroepen van patiënten sprake is of kan zijn van vrij typische verbanden (Rooymans, 1974). Ik noemde al het voorbeeld van de relatie tussen type-A-gedrag en coronair-aandoeningen en tussen 'oraliteit' en het ulcuslijden.

Als men de balans van de psychosomatiek opmaakt, is als positivum te vermelden dat in de loop der jaren vele interessante relaties zijn gevonden tussen lichamelijke ziekten en psychische fenomenen. Ook al is nogal wat herzien, de klinische waarnemingen van de psychosomatici van het eerste uur zijn bepaald niet zonder vrucht gebleven. Het werk van Groen dient in dit verband met ere te worden genoemd. De psychosomatiek als *benaderingswijze* blijft onverminderd van grote betekenis. Negatieve punten echter zijn dat men te pretentief was (waardoor onnodige weerstanden werden opgeroepen resp. aanwezige weerstanden werden versterkt), dat sommigen de leer te veel koesterden als een geloof, en dat men zich aanvankelijk ook te weinig zorgen maakte over de vraag of de bevindingen werkelijk therapeutisch relevant waren, algemeen gezegd: rendeerden.

Met deze kennis in het achterhoofd kijken wij naar de opkomst van de liaison-psychiatrie.

Liaison-psychiatrie

De interesse voor de liaison-psychiatrie is goed te begrijpen vanuit de snelle groei van het aantal psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen. In de Verenigde Staten had in 1939 nog geen 4% van de algemene ziekenhuizen een psychiatrische afdeling. Een snelle groei deed zich voor in de zestiger en zeventiger jaren. In 1970 waren er 750 psychiatrische afdelingen, in 1978 1203 (Lipowski, 1981). In Nederland is er een zelfde ontwikkeling opgetreden. Liaison- en PAAZ-psychiatrie zijn in elk geval historisch nauw met elkaar verbonden!

Vanzelfsprekend werd, toen de psychiater eenmaal vaste voet had gekregen in het ziekenhuis, vaak een beroep op hem gedaan door zijn medische collegae voor problemen die zij met hun eigen patiënten hadden. Anderzijds ontdekte de psychiater het ziekenhuis als een milieu waarin veel psychische stoornissen voorkomen. De getallen lopen uiteen, maar zorgvuldige studies (bijv. Maguire e.a. 1974) komen uit op $\pm 30\%$ van de opgenomen patiënten. Het betreft vaak – ook dat is van belang – niet zo ernstige respectievelijk goed behandelbare pathologie (met name veel depressies). Dat laatste verklaart mede dat de consult-percentages veel lager liggen: ook psychische stoornissen gaan soms vanzelf over, of kunnen soms evengoed door de eigen arts worden behandeld.

Wat de klassieke psychosomatiek niet goed was gelukt, namelijk vaste voet te krijgen in de klinieken, leek nu wel te lukken door de snelle toeneming van het aantal PAAZ-en. Daarnaast is van groot

belang dat psychiaters er, in het licht van de anti-psychiatrie-beweging en de snelle groei van de 'zachte' sector, meer behoefte aan kregen zich als medici te presenteren.

Het is tegen deze achtergrond begrijpelijk dat in de literatuur over liaison-psychiatrie, zeker in de wat oudere, onder en tussen de regels door wel eens wat euforie voelbaar is: men wordt eindelijk voor 'vol' aangezien door de collegae. Juist echter in een situatie waarin liaison-psychiatrie 'in' is, is het goed de lessen van de geschiedenis ter harte te nemen. Wat zijn die lessen?

Men dient te waken voor te grote pretenties, waardoor verwachtingen worden gewekt die niet waar kunnen worden gemaakt. Het begint al met het woord 'liaison-psychiatrie'. De term is lichtelijk hoogdravend, en bovendien niet zonder meer duidelijk voor niet-psychiaters. Ik prefereer de algemene uitdrukking 'ziekenhuis-psychiatrie' (als vertaling van de Amerikaanse term 'general hospital psychiatry'), al kleven ook aan deze term bezwaren. Al de direct met het psychiatrisch consult samenhangende activiteiten kan men betitelen als consultatieve psychiatrie. Als men de term 'liaison-psychiatrie' wil handhaven, doet men er het beste aan deze te reserveren voor de *niet* aan de individuele patiënt gebonden activiteiten als: meelopen met visites, groepsbesprekingen met verpleging, geven van algemene psychohygiënische adviezen, enzovoorts.

Bij het opzetten van liaison-programma's dient men nuchter te werk te gaan, en zendingsdrang in te tomen. Men klaagt snel over weerstanden in de somatische klinieken, maar vraagt zich niet altijd voldoende af of die andere afdelingen wel behoefte hebben aan de boodschap die men wil uitdragen. Ook als de afdeling zelf vraagt om systematische begeleiding, is het van belang daar niet klakkeloos op in te gaan, maar nauwkeurig te onderzoeken wat men met inschakeling van een psychiater of psycholoog wil bereiken. Niet alle moeilijkheden van de afdelingsstaf zijn op te lossen door een psychiater of psycholoog. Men dient er op alert te zijn dat problemen van ethische aard (bijv. weigering van een intensieve behandeling) soms als psychiatrische problemen worden gepresenteerd (Perlen Shelp, 1982). In dergelijke gevallen is het van groot belang de eigen positie helder te markeren. Liaison-programma's zijn erg belangrijk – maar juist daarom dient de eis te worden gesteld dat zij degelijk worden uitgevoerd, niet te ambitieus zijn (omdat het gevaar van mislukken anders levensgroot is), en dat de grenzen van het vak psychiatrie in het oog worden gehouden. Wat 'aanrommelen' doet vaak meer kwaad dan goed.

Een tweede nauw met het voorgaande samenhangende les is het inzicht dat wetenschappelijk onderzoek geen luxe is, maar een eerste levensbehoefte als men de ziekenhuis-psychiatrie verder wil ontwikkelen. In zijn rapport 'De psychiater in beeld' (1982) merkte Schnabel op: 'Psychiaters lijken vaak meer bezorgd over de erkenning van hun vak als medisch specialisme dan over de versterking van de wetenschappelijke grondslagen van het vak. En dat is toch niet minder belangrijk voor het bewaren van een eigen identiteit'.

Schnabel heeft gelijk. In de psychosomatische geneeskunde zijn interessante relaties gevonden tussen psychisch en somatisch dysfunctioneren, maar veel wacht nog op verder onderzoek, met name ook bij 'somatopsychische' stoornissen, waaraan nu, mede ten gevolge van de opbloei van de ziekenhuis-psychiatrie, meer wordt gedaan dan vroeger. De noodzaak van onderzoek geldt ook de diverse 'modellen' die men hanteert bij liaison-programma's (het bijwonen van een 'sociale visite', wekelijkse psychiatrische demonstraties ten behoeve van somatische afdelingen, psychiatrische visite, groepsbesprekingen met verpleging, en andere). Wat kan men het beste doen? Hoe effectief zijn deze activiteiten?

Dit laatste punt brengt mij op de derde les: de noodzaak van studies naar het rendement van de psychiatrische activiteiten in het algemene ziekenhuis. Dat terrein ligt nog grotendeels braak. Toch zal effectiviteitsonderzoek moeten worden uitgevoerd als men wil vermijden dat de geschiedenis van de klassieke psychosomatiek zich herhaalt. Dit klemt temeer in een tijd van dalende conjunctuur: als men wil proberen grote ziekenhuizen ertoe te brengen psychiaters in dienst te nemen voor het consultatieve- en liaison-werk respectievelijk hun psychiatrische mankracht met het oog hierop te vergroten, zal men tenminste moeten kunnen uitleggen waaróm dat zo wenselijk is. Inschakeling van psychiaters en psychologen is een tijd lang 'in' geweest, niet zozeer op basis van feitelijke argumentatie, maar veeleer omdat 'men' vond dat het goed was. Misschien is dat nog her en der het geval, maar tijden veranderen, en soms sneller dan velen lief is.

De waarde van psychiatrische consulten blijkt soms vanzelf uit de gevonden pathologie, die behandeling noodzakelijk maakt en/of invloed heeft op de somatische therapie en de prognose. Onder de rendementsstudies van de consultatieve psychiatrie in engere zin valt ook een onderzoek van Popkin en medewerkers (1982) over de 'opbrengst' van de door de psychiatrisch consultant verstrekte medisch-diagnostische adviezen (bijv. laboratorium-bepalingen, EEG, e.d.). Zij vonden dat 45% van de door de consultvrager opgevolgde diagnostische adviezen abnormale waarden opleverde. Het is van belang hierbij te vermelden dat dezelfde groep onderzoekers in een eerder onderzoek (Popkin, MacKenzie en Callies, 1980) vond dat slechts 51% van alle door de consultant gegeven adviezen volledig en correct was uitgevoerd.

Over het rendement van de (soms veel tijdsinvestering vragende) liaison-programma's is heel weinig bekend. Cohen-Cole (1980) kon in de literatuur slechts 9 algemene studies vinden, met een grote variëteit aan maten. Soms wordt als parameter voor veranderingen bij de consultvrager(s) het aantal consulten gebruikt. In verschillende studies wordt een toeneming daarvan gerapporteerd. Dat is op zichzelf beschouwd natuurlijk belangrijk. Het lijkt aanneemelijk dat er bij de consultvragers sprake is van een toegenomen bekendheid met en waardering van de psychiatrische activiteiten. Strikt genomen echter is een toeneming van het aantal consulten een weinig bevredigende maat als men de effectiviteit van liaison-

programma's wil bepalen. Men zal zich tenminste ook de vraag moeten stellen wat voor baat de *patiënten* hebben (of hebben gehad) van het liaison-werk. Als maten hiervoor is onder andere te denken aan lengte van opnameduur, mate van medische consumptie nadien, 'compliance', enzovoorts. De methodologie van dit type onderzoek is ongetwijfeld heel moeilijk. Studie hiervan is echter wel noodzakelijk.

Slotopmerkingen

Ziekenhuis-psychiatrie zit onmiskenbaar in de lift. Een dergelijke situatie bergt risico's in zich. De geschiedenis van de klassieke psychosomatiek laat deze zien. Maar een relatief 'nieuw' vak biedt ook kansen voor een goede ontwikkeling. De bereidheid tot samenwerking tussen verschillende centra (uiterst gewenst als men gedegen onderzoek wil opzetten) is meestal groter omdat er nog geen 'gevestigde posities' zijn. Het is te hopen dat die kansen worden aangegrepen.

Literatuur

- Benjamin, S. (1977), Is Asthma a Psychosomatic Illness? *J. Psychosom. Res.*, 21, 463-482.
- Cohen-Cole, S.A. (1980), Training Outcome in Liaison Psychiatry; Literature Review and Methodological Proposals. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 2, 282-288.
- Engel, G.L. (1968), A Life Setting conducive to Illness. *Bull. Menn. Clin.*, 32, 355-365.
- Goldberg, E.L. e.a. (1980), Psychosocial factors and Blood pressure. *Psychol. Med.*, 10, 243-255.
- Hill, O.W. (1977), The Psychological Management of Psychosomatic Diseases. *Brit. J. Psychiatry*, 131, 113-126.
- Kellner, R. (1975), Psychotherapy in Psychosomatic Disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 32, 1021-1028.
- Kimball, Ch.P. (1970), Conceptual Developments in Psychosomatic Medicine. *Ann. Int. Med.*, 73, 307-316.
- Kimball, Ch.P. (1982), The Concept of Behavioral Specificity; three concepts. *Psychother. Psychosom.*, 38, 32-38.
- Lipowski, Z.J. (1967), Review of Consultation Psychiatry and Psychosomatic Medicine. II. Clinical Aspects. *Psychosom. Med.*, 29, 201-224.
- Lipowski, Z.J. (1977), Psychosomatic Medicine in the Seventies. An Overview. *Amer. J. Psychiatry*, 134, 233-244.
- Lipowski, Z.J. (1981), Holistic-medical Foundations of American Psychiatry; a Bicentennial. *Amer. J. Psychiatry*, 138, 888-895.
- Luborsky, L. e.a. (1973), Onset Conditions of Psychosomatic Symptoms; a Comparative Review of Immediate Observation with Retrospective Research. *Psychosom. Med.*, 35, 187-204.
- Luborsky, L., B. Singer and L. Luborsky (1975), Comparative Studies of Psychotherapies. Is it true that 'everyone has won and all must have prizes'? *Arch. Gen. Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Maguire, G.P. e.a. (1974), Psychiatric Morbidity and Referral on Two General Medical Wards. *Brit. Med. J.*, i, 268-270.
- Murphy, E. and G.W. Brown (1980), Life Events, Psychiatric Disturbance, and Physical Illness. *Brit. J. Psychiatry*, 136, 326-338.

- Perl, M. and E.E. Shelp (1982), Psychiatric Consultation masking Moral Dilemmas in Medicine. *New Engl. J. Med.*, 307, 618-620.
- Ploeg, F.A.E. van der (1980), *De psychologische aspecten van reumatoïde artritis*. Diss. RU Groningen.
- Popkin, M.K., R.B. MacKenzie and A.L. Callies (1980), Consultees' Concordance with Consultants' Recommendations for Diagnostic Action. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 168, 9-12.
- Popkin, M.K. e.a. (1982), Yield of Psychiatric Consultants' Recommendations for Diagnostic Action. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39, 843-845.
- Querido, A. (1955), *Inleiding tot een integrale geneeskunde*. H.E. Stenfert Kroese, Leiden.
- Rooymans, H.G.M. (1972), Consultatieve Psychiatrie. *T. voor Psychiatrie*, 14, 19-37.
- Rooymans, H.G.M. (1974), Het begrip 'specificiteit' in de psychosomatische geneeskunde. *Ned. Tijdschr. Geneesk.*, 118, 121-127.
- Rooymans, H.G.M. (1977), *Zijn het zenuwen? Over de psychiatrische diagnostiek van lichamelijke klachten*. Universitaire Pers Leiden.
- Rooymans, H.G.M. en M.W. Hengeveld (1980), *Liaison-psychiatrie of ziekenhuis-psychiatrie; oude wijn in nieuwe zakken? In: Het Medisch Jaar 1980* (red. P.G. Gerlings e.a.), Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht.
- Rosenmann, R.H. e.a. (1975), Coronary Heart Disease in the Western Collaborative Study. *J. Am. Med. Ass.*, 233, 872-877.
- Schmale, A.H. and H.P. Iker (1964), The Affect of Hopelessness in the Development of Cancer. *Psychosom. Med.*, 26, 634-636.
- Schnabel, P. (1982), *De psychiater in beeld*—een onderzoek in opdracht van de Ned. Vereniging voor Psychiatrie. Nat. Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid, Utrecht.
- Weiner, H. (1977), *Psychobiology and Human Disease*. Elsevier, New York.
- Zeally, A.K. (1971), Bronchial Asthma; a problem attributable to sampling when establishing its psychopathology. *Psychother. Psychosom.*, 19, 37-46.