

Wet Arbeidsongeschiktheid en Psychotherapie: het grote misverstand*

door Dr A. A. Fischer**

Inleiding

Het doel van de *Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering*, die sinds 1 juli 1967 van kracht is, is de afhankelijke, loontrekkende beroepsbevolking te verzekeren tegen geldelijke gevolgen van langdurige arbeidsongeschiktheid wegens ziekte of gebrek.

De uitvoering van de W.A.O. berust bij de bedrijfsvereniging.

Het adviseren omtrent de mate van arbeidsongeschiktheid en inzake de voorzieningen is de taak van de Gemeenschappelijke Dienst, die voor alle bedrijfsverenigingen als adviesorgaan optreedt. De Gemeenschappelijke Medische Dienst heeft hiertoe in dienst verzekeringsgeneeskundigen en arbeidsdeskundigen. Men kan pas recht op een W.A.O.-uitkering doen gelden na eerst een jaar wachttijd in de ziektewet doorlopen te hebben. Na dit jaar wordt men door de bedrijfsvereniging bij de Gemeenschappelijke Medische Dienst gemeld. Daarnaast bestaat de mogelijkheid in het zgn. ziektewet-jaar 'spontaan' aan de G.M.D. gemeld te worden. Dit gebeurt om belanghebbenden, die daarvoor in aanmerking komen, reeds vroegtijdig voorzieningen te verschaffen.

Dit laatste i.v.m. het feit, dat de ziektewet alleen verzekering tegen loonderving wegens ziekte is, terwijl de wet arbeidsongeschiktheid daarnaast ook de mogelijkheid van voorzieningen te verschaffen geeft.

De groep die onder de eventuele zorg van de Gemeenschappelijke Medische Dienst valt, is een specifieke populatie en geen aselekte steekproef van de nederlandse bevolking. De W.A.O. heeft tot doel de nederlandse afhankelijke, loontrekkende beroepsbevolking te beschermen. Dit heeft de volgende gevolgen:

- de verzekerden vallen in de leeftijdskategorie van 16 jaar (jongeren zijn schoolplichtig) tot 65 jaar (ouderen zijn pensioengerechtigd);
- de W.A.O. geldt alleen voor de afhankelijke, loontrekkende beroepsbevolking, dus zelfstandigen, huisvrouwen en studerende kinderen boven de leerplichtige leeftijd vallen erbuiten;
- alvorens aanspraken op de W.A.O.-uitkeringen en W.A.O.-voorzieningen te kunnen maken, moet men als regel eerst een jaar

* Voordracht gehouden op het voorjaarscongres van de Ned. Ver. voor Psychiatrie (19 en 20 april 1974)

** Zenuwarts, lector medische psychologie en psychotherapie

ziektewet doorlopen hebben (voorzieningen kunnen in het ziekte-wet-jaar via een spontane melding aangevraagd worden);

— *de arbeidsongeschiktheid moet het gevolg zijn van ziekte of gebrek.*

Het overgrote deel van de G.M.D.-populatie wordt gevormd door oudere, ongeschoolde arbeiders. Ze zijn overgebleven na een selectieproces tijdens het ziektewetjaar. Bij dit selectieproces spelen de volgende zaken een rol:

— leeftijd: hoe hoger de leeftijd, hoe groter de kans op langdurige ziekte en hoe kleiner het vermogen op herstel;

— opleiding: bij geringe opleiding zal de arbeid voornamelijk of geheel lichamelijk van aard zijn; geheel of gedeeltelijk verlies van de fysieke capaciteiten betekent ongeschiktheid voor alle fysieke arbeid zonder veel mogelijkheden tot omscholing tot een ander beroep;

— waarde op de arbeidsmarkt: de oudere half- en ongeschoolde arbeider kan te weinig bieden om een veel gevraagde kracht op de arbeidsmarkt te zijn; dit zal zijn kans op inschakeling in het arbeidsproces na ziekte of ongeval aanmerkelijk verkleinen;

— motivatie: de half- en ongeschoolde arbeiders verrichten het minst aantrekkelijke (?) en laagst betaalde werk; de motivatie tot werkhervatting na ziekte zal dan vaak niet bijzonder hoog zijn.

Men heeft bij de G.M.D. duidelijk onderkend, dat in de konstellatie van de verzuimdeterminanten psychosociale factoren vaak een belangrijke plaats innemen. Dikwijls wordt 'ziekteverzuim' niet, of althans niet in de eerste plaats, door een ziekteproces, ongeval of een gebrek veroorzaakt, maar is het veeleer het gevolg van, alsook symptomatisch voor, psychische en/of sociale problematiek. Ook heeft men bij de G.M.D. onderkend, dat bij een langdurig verzuim door ziekte of ongeval allerhande nadelige repercussies voorkomen, zowel op de psychische gesteldheid van de betrokken persoon en die van zijn naasten, als op hun onderlinge relaties. Men is dan ook duidelijker gaan onderkennen het grote belang van de psychosociale zorg en revalidatie, de mogelijkheden daarvan en de grenzen daarvan.

Volgens artikel 60 van de W.A.O. is de bedrijfsvereniging bevoegd de verzekerde, al dan niet op diens verzoek, in aanmerking te brengen voor voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid en voor genees- en heelkundige voorzieningen.

Bovendien kan de bedrijfsvereniging binnen het bovenstaande bedoelde personen al dan niet op hun verzoek in aanmerking brengen voor voorzieningen, welke strekken tot verbetering van hun levensomstandigheden.

Tot nu toe heeft men een aantal beperkingen gesteld aan de toekenning van deze volgens artikel 60 toe te wijzen voorzieningen. Men heeft nl. alleen tot behoud of herstel van de arbeidsgeschiktheid en niet ter bevordering van de levensomstandigheden deze genees- en heelkundige voorzieningen gegeven.

Artikel 60 van de W.A.O. geeft de G.M.D. de mogelijkheid om psychotherapie te verstrekken als een voorziening tot behoud en herstel van de arbeidsgeschiktheid. De tekst van artikel 60 geeft geen restricties t.a.v. het verstrekken van psychotherapie als voorziening. De G.M.D. echter maakt op grond van interne beleidsoverwegingen de volgende restricties:

- het dient aannemelijk te zijn, dat de psychotherapie nodig is voor behoud of zal leiden tot verbetering c.q. herstel van de arbeidsgeschiktheid;
- de psychotherapie dient in handen te zijn van een psychiater, of anders door een psychiater te worden begeleid;
- om voor vergoeding van de psychotherapie in aanmerking te komen, moet de belanghebbende over een goede intelligentie beschikken en tot introspektie in staat zijn.

Op het Instituut voor Medische Psychotherapie te Utrecht werden in het jaar 1973 148 patiënten behandeld voor rekening van de Wet Arbeidsongeschiktheid, op een totaal aantal patiënten van 503. (In 1973 kwamen 25 nieuwe patiënten voor rekening van de W.A.O. in behandeling.) Van deze 148 patiënten waren 2 jonger dan 20 jaar, 80 patiënten waren uit de leeftijdsgroep van 20-30 jaar, 52 patiënten uit de leeftijdsgroep 30-40 jaar, 14 patiënten uit de leeftijdsgroep 40-50 jaar en 6 patiënten uit de leeftijdsgroep 50-60 jaar.

Opvallend is dat juist van die leeftijdsgroep van de beroepsbevolking in loondienst, die het grootste probleem voor de G.M.D.'s vormt, nl. de ouderen, weinig in psychotherapeutische behandeling zijn.

Van deze 148 patiënten waren slechts 3 verwezen door de bedrijfsverenigingen, 40 patiënten waren verwezen door de huisarts, 30 door de zenuwarts, 20 patiënten waren verwezen door een psychiatrisch ziekenhuis, 6 patiënten waren verwezen door de Sociaal Psychiatrische Dienst en de Gemeentelijk Geneeskundige Dienst, 14 patiënten waren op eigen initiatief gekomen. De overigen werden verwezen door andere medische specialisten, een asthmacentrum, een arbeidsbureau, een medisch opvoedkundig bureau, bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden, etc. Slechts 3 patiënten, nl. die verwezen waren door de bedrijfsverenigingen, waren langer dan een jaar arbeidsongeschikt. Voor de anderen werd gebruik gemaakt van de mogelijkheid van de zg. spontane aanmelding in het ziektejaar.

Van deze 148 patiënten waren 54 werkzaam in de administratieve sektor; 31 in de dienstverlenende; 7 patiënten waren academici; 13 werkende studenten. Opmerkelijk is dat slechts 4 patiënten tot de groep ongeschoolde arbeiders behoorden, en slechts 3 tot de groep geschoolde arbeiders, wanneer ik de 14 patiënten buiten beschouwing laat die tot de middel- en hogergeschoolde technische beroepen behoorden.

Van deze 148 patiënten waren 11 werkende, gehuwde vrouwen. Men kan deze cijfers niet extrapoleren. Zij betekenen geen representatieve steekproef over de nederlandse bevolking. Wel valt op

dat deze groep patiënten voor het grootste deel niet behoort tot de oudere groep loontrekkenden, dat zij niet behoren tot de laagst geschoolde en ongeschoolde beroepsbevolking en dat zij merendeels nog geen jaar in de ziektewet hebben gelopen.

Voor diegenen onder u wier dagelijkse zorg is het vinden van oplossingen voor oudere arbeiders, merendeels ongeschoold of laaggeschoold, die langer dan een jaar in de ziektewet hebben gelopen, is de psychotherapie, althans zoals deze nu op het Instituut voor Medische Psychotherapie wordt gegeven, verder een onbelangrijk detail. Toch meen ik, dat deze cijfers aangeven, dat de psychotherapie juist voorziet in een bepaalde behoefte. Een belangrijke doelstelling van de Wet Arbeidsongeschiktheid is immers om preventief te werken. D.w.z. dat een belangrijke doelstelling is om juist te voorkomen, dat werknemers al of niet op oudere leeftijd blijvend arbeidsongeschikt worden.

Jammer daarbij is echter wel, althans volgens de indruk die deze cijfers geven, dat van de ongeschoolde en laaggeschoolde arbeiders nog weinigen op deze wijze geholpen worden.

De betekenis van de psychotherapie in de uitvoering van de W.A.O. is voor iedereen nog een bron van veel onduidelijkheden en misverstanden.

Welke bijdrage kan de psychotherapie leveren als voorziening die kan leiden tot herstel van arbeidsongeschiktheid of ter voorkoming van arbeidsongeschiktheid. Naar de psychotherapeut worden veel mensen verwezen met bestaande of dreigende arbeidsongeschiktheid, die hij niet helpen kan. Daartegenover komen bij hem mensen met bestaande of dreigende arbeidsongeschiktheid, die wegens heel andere klachten naar hem verwezen zijn.

Daar waar de psychotherapeut consultatief optreedt — iets wat helaas nog zelden gebeurt — blijkt dat hij mogelijkheden ziet waar andere instanties en deskundigen in het geheel niet gedacht hadden aan de mogelijkheid van psychotherapeutische behandeling.

In overleg en in briefwisseling tussen psychotherapeuten en andere medici blijken de gesprekspartners elkaar opvallend vaak niet of heel slecht te verstaan. Er wordt een andere taal gesproken. Vaak leidt dit tot emotionele vooroordelen. De psychotherapeut kan verleid worden tot het vooroordeel, dat de arts 'alleen maar' kijkt naar de lichamelijke afwijkingen en dat hij geen oog heeft voor de levensomstandigheden, werksituatie, gezinssituatie, woonomstandigheden, psychische problemen. De arts, niet-psychotherapeut, kan verleid worden tot het idee, dat de psychotherapeut vaag is, veel praat zonder duidelijke resultaten, die lang op zich laten wachten. Psychotherapeutische behandelingen duren vaak lang, maanden tot jaren, en kosten daardoor veel geld. Veel patiënten worden toch arbeidsongeschikt en blijven dat. De arts is best bereid om de psychotherapeut een kans te geven — inderdaad gaat het vaak om de instelling: 'een kans geven'. De psychotherapeut moet zich voor de met gemengde gevoelens toekijkende omstanders nog bewijzen. Maar helaas geeft de arts deze kans in de regel alleen pas als hijzelf geen mogelijkheden meer ziet. 'Laat de psychothera-

peut het dan maar eens proberen.' En als de psychotherapeutische behandeling lang duurt of de patient komt in die periode terug met klachten bij de arts, dan volgt snel de reactie: 'zie je wel.' Vooroordelen worden makkelijk door een enkel voorval versterkt.

Ook het omgekeerde komt voor, nl. dat de arts heel hoge verwachtingen koestert van de psychotherapie en dan makkelijk teleurgesteld wordt. Maar deze (te) hoge verwachtingen ziet men maar zelden.

Een andere bron van ergernis is, dat de psychotherapeut vaak zeer terughoudend lijkt met het geven van informatie. De behandelende (huis)arts wil weten hoe het met zijn patient is. Hoe ziek is de patient nog, hoe lang zal het nog duren. De controlerend geneesheer moet een beslissing nemen over het al of niet voortzetten van de betaling, over afkeuring, etc. De psychotherapeut kan dan, gemeten naar de verwachtingen, vaak irriterend vaag blijven. Waarom? De vraag naar bijv. de prognose is toch simpel en duidelijk? Waarom dan geen konkreet antwoord?

Dit zijn een aantal ervaringen uit de praktijk. Voor mij, en voor vele anderen met mij, is steeds weer opvallend welk een grote rol vooroordelen, en dan meestal sterk emotioneel geladen vooroordelen, spelen. Het zijn de toppen van een omvangrijke ijsberg, die ik het 'grote misverstand' ben gaan noemen. Een misverstand dat zich zeker niet beperkt tot de relatie W.A.O./G.M.D. enerzijds en psychotherapie anderzijds, maar een misverstand dat voortdurend optreedt waar ziektekunde en psychotherapie elkaar ontmoeten. Dit 'grote misverstand' heeft drie determinanten, die ik achtereenvolgens wil bespreken, t.w.:

a — het wetenschappelijk misverstand;

b — het sociale misverstand;

c — het misverstand bij de hulpvrager.

We kunnen deze determinanten wel afzonderlijk bespreken, maar niet los van elkaar zien.

Het wetenschappelijk misverstand

Om duidelijk te maken wat ik hiermee bedoel, nodig ik u uit om een paar stappen met mij mee te gaan in het gebied dat wetenschapstheorie heet. Of anders gezegd: in de wetenschap die zich bezighoudt met de vraag wat wetenschap is, wat de verschillende en overeenkomstige kenmerken zijn van diverse vormen van wetenschappelijk denken, wat de mogelijkheden zijn van een bepaalde vorm van wetenschappelijk denken en wat de beperkingen daarvan zijn. Op grond van deze wetenschapstheorie kunnen wij een aantal dingen stellen:

Voorafgaand aan het wetenschappelijk denken is er de wereld waarin wij leven, die wij be-leven. Ik leef in een wereld met een groot aantal dingen, planten, dieren, mensen, waar ik met een grote vanzelfsprekendheid mee omga. Een wereld waar van alles mee gebeurt, om mij heen, in mijzelf. Daar zijn de bomen waarvan ik de ruwe schors ken, en het water waarvan ik de smaak proef. De geur van het gras, het schijnsel van de sterren, de geluiden van de nacht. Ik voel de pijn in mijn lichaam en beleef de angst van de

ander. En ik, als levende mens, beleef dat met dit alles, in dit alles een heleboel gebeurt. Dingen, mensen, planten, dieren, blijven hetzelfde of veranderen, maar steeds op een bekende wijze. Maar ik niet alleen, wij allemaal gaan op eenzelfde wijze, op eenzelfde vanzelfsprekende wijze, met deze wereld en het gebeuren in deze wereld om. Deze wereld *is er* voor ons allen, net zo op dezelfde wijze in zijn gelijk blijven of zijn veranderen. Laten wij dit de voorwetenschappelijke leefwereld noemen.

Wanneer wij ons nu op wetenschappelijke wijze met deze leefwereld gaan bezighouden, doen wij dat met een zeer speciale bedoeling. Wij willen deze leefwereld grijpen, be-grijpen. Wij willen begrijpen hoe samengaande gebeurtenissen wellicht samen kunnen hangen. Wij willen het verband kennen. Ik weet uit de dagelijkse ervaring, dat mijn rozenstruik harder groeit als het warm is en de zon schijnt. Maar nu wil ik weten of, en hoe, het groeien van mijn rozenstruik samenhangt met het schijnen van de zon. Ik wil dit verband kennen. Daarbij gaat het mij er niet alleen om te weten wat er *nu* met mijn rozenstruik gebeurt. Ik wil de wetmatigheid kennen tussen de groei en de zonnestraling, waardoor ik ook voorspellingen voor de toekomst kan doen. Ik wil kunnen voorspellen volgens een wetenschappelijke wetmatigheid dat *alle* planten, en niet alleen mijn rozenstruik, zóveel zullen groeien, volgend jaar en alle daaropvolgende jaren, wanneer zij zóveel zonne-energie krijgen. Maar ik wil niet alleen de groei van de planten op deze wijze begrijpen en kunnen voorspellen, ik wil deze wetmatigheden kennen voor alles wat er in mijn leefwereld gebeurt. Ik wil de regels begrijpen waarom het ene voorwerp op water drijft en het andere niet, en ik wil deze regels kunnen gebruiken om voorspellingen te maken. Zo wil ik ook de regels of wetmatigheden kennen die horen bij een bepaalde soort pijn op een bepaalde plaats, waar iemand over klaagt.

Wij komen zo aan de *basishypothese* van alle natuurwetenschappen, die van de *universele causaliteit*. Wij nemen aan, dat alles wat er op deze wereld gebeurt, inclusief de mens zelf, in wetmatigheden te vangen is. Daarmee bedoelen wij niet simpelweg, dat elke oorzaak een gevolg heeft, maar dat er in alles wat er in onze wereld en in onszelf gebeurt, systematische samenhangen te vinden zijn die zich steeds zullen herhalen, dan in de ene situatie, dan in de andere, dan op de ene plaats, dan op de andere, waardoor het ons mogelijk wordt voorspellingen te gaan doen over wat er kan gebeuren. Maar dit idee van wetmatigheden is slechts voor een heel klein deel een (wetenschappelijk) feit, en grotendeels een hypothese. We gaan graag met dit idee van overal en altijd bestaande systematische samenhangen om of dit zo is, maar het blijft een veronderstelling. Natuurlijk hebben we al veel wetmatigheden kunnen vinden. Disciplines zoals fysica, chemie, maar ook ziektekunde, beschikken over grote kennis en kunnen heel veel. Maar er is nog veel en veel meer wat er in onze wereld gebeurt, waar we deze wetmatigheden helemaal niet van weten, hoogstens kunnen vermoeden.

Er is nog een tweede aspekt van het wetenschappelijke denken,

dat ik, uit het vele dat erover te zeggen zou zijn, hier wil noemen: dat van de zgn. *objektiviteit*. Wetenschappelijk gezien is het gebruik van het woord objektiviteit een hachelijke zaak, omdat het in vele betekenissen gebruikt en misbruikt wordt. Beter is het om te spreken van *intersubjektieve eenduidigheid*. Het blijkt dat wij mensen het alleen wetenschappelijk onbetwistbaar met elkaar eens kunnen zijn, wanneer het gebeuren dat wij onderzoeken of iets daaruit, te 'vertalen' is in de dimensies tijd en ruimte. Bijvoorbeeld: als twee artsen de patient de pols voelen om vast te stellen hoe hoog de bloeddruk is (zoals vroeger gebeurde), kunnen zij veel van mening blijven verschillen, zonder dat iemand kan zeggen wie gelijk heeft. Zodra wij de bloeddruk gaan 'vertalen' d.m.v. een bloeddrukmeter, waarbij een kwikkolom een bepaalde hoogte (dimensie ruimte) bereikt, en eventueel ook nog met de wisseling in de tijd (systolische en diastolische bloeddruk) kan iedereen hetzelfde zien en is er geen discussie over meningen nodig. Natuurwetenschappen en ook de geneeskunde zijn voortdurend bezig met het zoeken naar dit soort vertalingsmogelijkheden in dimensies, tijd en ruimte. Zonder dat kunnen we eigenlijk maar bitter weinig intersubjectief eenduidig vaststellen. De geneeskunde is juist van kunst tot kunde geworden doordat we inmiddels een groot aantal van dit soort zgn. objektieve gegevens hebben ontdekt; voor een groot deel met behulp van fysica en chemie, waardoor wij röntgenfoto's, E.C.G.'s, laboratoriumbepalingen, etc. tot onze beschikking hebben.

De wetenschapstheorie levert ons nog een ander belangrijk gegeven, dat wij vandaag nodig hebben om het wetenschappelijk misverstand waar wij hier over spreken te verduidelijken, nl. dat er *niet één vorm van wetenschap*, en niet één vorm van natuurwetenschappelijk denken bestaat, maar vele verschillende, vaak zeer aanzienlijk verschillende vormen. Zo kon de natuurkunde veel nieuwe ontdekkingen doen toen de wet van behoud van energie werd gepostuleerd, ontdekkingen die tevoren niet mogelijk waren. Zo heeft ook Einstein's relativiteitstheorie opnieuw deuren geopend voor ontdekkingen die tevoren niet mogelijk waren. Anders gezegd: wij kunnen naar een bepaalde soort gebeurtenis van onze voorwetenschappelijke leefwereld op verschillende manieren kijken, iedere manier van bezien op grond van een ander theoretisch kader. Er is een direkte samenhang tussen *wat* wij aan een bepaalde gebeurtenis zien en *hoe* wij kijken. Hoe wij kijken bepaalt wat wij kunnen zien. Het standpunt van waaruit wij zien, bepaalt onze gezichtshoek. Deze gezichtshoek kan groot zijn of klein, wij kunnen veel zien of weinig. Maar er is altijd een begrenzing aan wat wij kunnen zien, afhankelijk van het theoretisch kader van waaruit wij zien.

De medicus gebruikt in zijn wetenschappelijk denken ook zo'n theoretisch kader, zo'n gezichtshoek met bepaalde mogelijkheden, maar ook met bepaalde begrenzing, nl. het ziektekundige denken. Wanneer wij een bepaald gebeuren vanuit het ziektekundige denken als ziekte beschouwen, veronderstellen wij daarbij een toestandbeeld, een oorzakelijke faktor, een eindtoestand en een bepaald verloop. Het toestandbeeld wordt bepaald door specifieke

klachten die de persoon in kwestie uit, en bepaalde afwijkingen die we bij het onderzoek kunnen vaststellen. We veronderstellen daarbij verder dat er bepaalde gebeurtenissen zijn geweest, die deze klachten en afwijkingen hebben veroorzaakt (aetiologie) en wij veronderstellen voorts, dat bepaalde oorzakelijke gebeurtenissen en bepaalde toestandsbeelden gepaard gaan met bepaalde voorstelbare verloopvormen, die kunnen leiden tot volledig herstel, tot de dood, of tot een blijvende beschadigingstoestand. Het is duidelijk dat hierbij de bovengenoemde systematische samenhangen op grond waarvan voorspellingen gedaan kunnen worden, verondersteld worden. Natuurlijk hoort daarbij dat we proberen middelen te vinden om een dergelijk wetmatig gebeuren te doorbreken en in gunstige zin om te buigen, ook weer volgens wetmatigheden, die we dan therapie noemen.

Het is misschien wel zinnig om hier te onderstrepen, dat ziekten geen oorspronkelijk in onze leefwereld bestaande dingen zijn, maar gepostuleerde of aangetoonde wetmatigheden, die wij wetenschappelijk hebben gevonden. Strikt genomen bestaan er in onze voorwetenschappelijke leefwereld geen ziekten, maar alleen mensen die lijden, pijn hebben, moe zijn, bang zijn, etc. Daar moet dan wel aan toegevoegd worden, dat doordat de wetenschap dit soort wetmatigheden is gaan vinden, die wij ziekte kunnen noemen, dit begrip ziekte wel een bestaan heeft gekregen in ons maatschappelijk bestel en in ons niet-wetenschappelijk denken. Ik kom hier later nog op terug.

Laten wij nu eens bezien hoe de psychotherapeut denkt. Dan valt direkt op, dat hij niet één theoretisch kader gebruikt maar meerdere, en dat deze kaders in bepaalde opzichten sterk verschillen van het ziektekundige denken. Wanneer men de verschillende vormen van psychotherapie terugbrengt tot hun fundamentele denkwijze, dan kan men twee theoretische kaders onderscheiden, nl.

a — het psychodynamische denken, en

b — het leertheoretische denken,

die onderling ook weer aanzienlijk verschillen.

Ik bepaal mij vandaag tot het beschrijven van een aantal kenmerken van het psychodynamische denken om een vergelijking met het ziektekundige denken mogelijk te maken. Een soortgelijk betoog, maar dan over de kenmerken van het leertheoretische kader zou ook mogelijk zijn.

Het psychodynamische denken gaat uit van de hypothese van het bestaan van verschillende behoeften of strevingen in de mens (Freud, de grondlegger van deze wijze van denken, sprak van drijven en driftrepresentanten). Om buiten een begrippenstrijd te blijven, gebruik ik hier verder liever het woord behoeften. Het vergt weinig verbeeldingskracht om te stellen, dat de mens verschillende behoeften heeft: de behoefte om lief te hebben, liefde te krijgen, agressief te zijn, agressie van anderen te vermijden, afhankelijk te zijn, onafhankelijk te zijn, zich te laten gelden b.v. in arbeid, etc. Deze behoeften kunnen wij ons voorstellen als *krachten* die werkzaam zijn, dus kwantitatief. Deze behoeften kunnen met elkaar in konflikt komen. De psychodynamische theorie stelt nu dat *altijd* in

ieder mens en tussen mensen tegenstrijdige behoeften bestaan, en er dus ook altijd conflicten bestaan. Ieder mens zoekt onwillekeurig naar een zeker evenwicht tussen verschillende behoeften in zichzelf. Twee of meer samenlevende mensen (gezin, een werkgroep) zoeken naar evenwichten tussen verschillende behoeften. Een dergelijk evenwicht is nooit statisch, maar dynamisch. Er is een voortdurende beweging waarin evenwichten tussen behoeften *in* mensen en *tussen* mensen, verstoord worden en nieuwe evenwichten gezocht worden, zonder ooit tot rust te komen zolang mensen leven. Conflicten ontstaan, spanningen ontstaan en worden weer opgelost in een voortdurende beweging. Lang niet altijd is de tegenspeler van een behoefte een andere behoefte. Een conflict kan bijv. ontstaan wanneer mijn behoefte aan erkenning in een werksituatie weerstreefd wordt door (naar verhouding) te weinig lichamelijke kracht.

Wanneer evenwichten *te* zeer verstoord worden, wanneer conflicten tussen behoeften *te* groot worden, wanneer ze onoplosbaar worden, kan de mens moe worden, depressief worden, angstig worden, psychische klachten dus. Hij kan ook somatische klachten gaan vertonen, en hij kan ook relatieproblemen en algemener: sociale aanpassingsstoornissen gaan vertonen.

Het is mogelijk dat de klachten zich op meerdere gebieden uiten. Dus psychisch en/of somatisch en/of sociaal. Dit is zelfs meer regel dan uitzondering. Voorts stelt het psychodynamische denken dat de klachten, psychisch, lichamelijk of sociaal, meestal niet in een direkt begrijpelijk verband staan met het conflict. De ervaring leert ons ook, dat het conflict zelf voor de betrokkene(n) gewoonlijk niet bewust of maar voor een zeer klein deel bewust is. Maar het conflict en de betrokken behoeften zijn wel begrijpelijk en emotioneel begrijpbaar te maken, waardoor oplossingen mogelijk worden. Dit is nu hetgene waarnaar in de psychotherapie gestreefd wordt. Essentie van het psychodynamische denken is het bestaan van verschillende behoeften (die ook verschillend omschreven kunnen worden), die als krachten werkzaam zijn (in mensen, tussen mensen) en die altijd en onvermijdelijk tot kleine en grote conflicten aanleiding geven. U ziet dat deze psychodynamische denkmethode in hoge mate anders is dan het ziektekundige denken. Na deze lange aanloop en uitweiding, is het nu mogelijk een aantal wetenschappelijke misverstanden aan te geven.

Wanneer de medicus, die het ziektekundige denken hanteert, aan de psychotherapeut vraagt naar ziektekundige criteria, zoals etiologie, toestandsbeeld, verloop en eindtoestand, dan moet de psychotherapeut het antwoord schuldig blijven, eenvoudig omdat deze criteria in het psychodynamische denken geen functie hebben. Natuurlijk kan de psychotherapeut de klachten van de patient noemen, maar daarmee is nog niet voldaan aan de ziektekundige eisen van het toestandsbeeld, te weten aanwijsbare afwijkingen van het normale functioneren. Natuurlijk kan de psychotherapeut een vermoeden uitspreken over de verhoudingen van de in het (gepostuleerde achterliggende) conflict werkzame behoeften, bij de aanvang van een psychotherapie, hoewel deze behoeften ook voor de

therapeut gewoonlijk pas in het verloop van de psychotherapie duidelijk worden. Maar dit is heel wat anders dan de ziektekundige eis van etiologie, factoren die de afwijkingen veroorzaken.

Natuurlijk kan de psychotherapeut ook een vermoeden uitspreken over het eventuele sukses (of niet) van een psychotherapie. D.w.z. hij kan een schatting doen over de mogelijkheden om uit de konfliktimpasse te komen. Maar dit is heel wat anders dan de vraag in ziektekundige zin of iemand weer normaal zal gaan functioneren.

We komen hiermede aan het tweede wetenschappelijke misverstand: het probleem van het koppel normaal-abnormaal. Het ziektekundige denken gaat uit van het idee, dat er zoiets is als een normaal functioneren en normale lichaamsverhoudingen. We hebben duidelijke ideeën over wat een normale bloeddruk en wat een normale temperatuur is en de symptomen die wij vinden, zijn steeds afwijkingen van dit soort normen. Wat wij ziekte noemen, hangt nauw samen met wat wij als afwijkend, abnormaal of pathologisch beschouwen. Wij onderkennen grenzen en wanneer die overschreden zijn, is er sprake van symptomen en ziekte. Het klinkt erg vertrouwd en vanzelfsprekend, maar toch blijft het een wetenschappelijke afspraak. Er is heel goed een andere, even wetenschappelijke afspraak mogelijk, waarbij geen norm en geen abnormaliteit wordt gesteld, maar bijvoorbeeld een meer of minder.

Het psychodynamische denken gebruikt deze ziektekundige normkriteria niet. Ik heb al gesteld, dat de psychodynamische theorie ervan uitgaat dat behoeftenkonflikten altijd en overal in mensen en tussen mensen voorkomen. De psychotherapeut biedt zijn hulp, wanneer een konflikt zo hoog oploopt of zo 'vastzit', dat daardoor klachten, lijden en de vraag om hulp ontstaat. Maar iets wat de draagkracht van de een te boven gaat (om met Bastiaans te spreken, die de verhouding draagkracht-draaglast onderstreept) hoeft bij de ander geen klachten of lijden te doen ontstaan. M.a.w.: de psychodynamische theorie kent geen algemene criteria. De psychotherapeut laat zich leiden door de klachten van het individu en deze bepalen of het individu, uitsluitend gemeten aan het individu zelf, hulp nodig heeft. Het is eigenlijk niet de psychotherapeut die bepaalt, maar het is de hulpvragende zelf, die zich t.o.v. zichzelf meet. Zo zal de psychotherapeut nooit kunnen bepalen of angst normaal of abnormaal is volgens algemene criteria, maar uitsluitend kunnen stellen dat een bepaald iemand zo angstig is, dat hij daaronder lijdt. Daarbij wetend dat bij een ander dezelfde angst de draagkracht niet te boven hoeft te gaan. De verschillen hierbij zijn enorm. Waar de een onder lijdt, is voor de ander goed te dragen. Er is geen algemene norm die bepaalt wat dragelijk is. (In tegenstelling tot de ziektekunde, die bijv. zeer duidelijk volgens algemene criteria kan bepalen in hoeverre een nierfunctie binnen of buiten de norm valt.) Vraagt nu de medikus aan de psychotherapeut hoe ziek iemand is die zich depressief voelt, dan moet de psychotherapeut daarop het antwoord schuldig blijven. Hij gebruikt gewoon een ander denksysteem.

Een volgend misverstand. Het ziektekundige denken heeft altijd

het individu als primair object van onderzoek gehad. Het is een iemand die ziek is. Dat wil niet zeggen, dat de omgeving daarbij vergeten wordt, integendeel. Maar deze omgeving is wel secundair. Wanneer bijvoorbeeld de geneeskunde, zeer terecht, grote aandacht is gaan besteden aan de hygiëne, is dat nog steeds geweest om het individu of een verzameling van individuen voor ziekte te beschermen. De psychodynamische denkwijze daartegenover heeft niet noodzakelijk het individu als primair object van onderzoek. Ik zeg: 'niet noodzakelijk', omdat de psychoanalyse aanvankelijk is uitgegaan van het *intra*-psychisch konflikt. Het probleem lag volgens deze denkvorm primair in het individu, of: de patient lag met zichzelf overhoop. Eventueel, maar dan secundair, met consequenties voor zijn relaties met de omgeving.

In dit opzicht is het psychodynamische denken vergelijkbaar met het ziektekundige. Maar het psychodynamische denken heeft ook, daarnaast, een andere invalshoek gekreëerd. Wanneer iemand mijn hulp komt vragen, kan ik uitgaan van het idee, dat er in de interacties in het milieu waarin die iemand is, spanningen zijn ontstaan die ondragelijk zijn geworden. Ik kan nu dit milieu en die spanningen in dat milieu als primair object van onderzoek nemen en het individu als secundair. Ik kan mij voorstellen, dat er in dat milieu zich een heel complex netwerk van 'heen en weers' afspeelt, waarin zich alles ontwikkelt wat er gebeurt, wanneer mensen met elkaar omgaan. (Ik kan kiezen of ik de dingen in dat milieu er ook bij betrek of niet. Mensen gaan ook met dingen om; dingen hebben ook hun invloed op de mensen, zoals huizen. Of ik dat aspect erbij betrek, zal afhangen van het feit of het bruikbaar is voor mijn doelstellingen.) Als primair onderwerp van onderzoek kan ik nu die interacties, dat netwerk van heen en weers, kiezen, niet meer het individu en niet meer zijn lichaam. Dit klinkt wellicht als een nuanceverschil, maar het is het niet. Voorts kan ik mij deze interacties voorstellen als zeer complexe evenwichten, niet statisch maar dynamisch, als een complex van voortdurende bewegingen, terwijl het totaal van deze bewegingen ook weer een beweging is. Voortdurend zijn er invloeden, grotere en kleinere, die deze bewegingen uit hun evenwicht kunnen brengen. Nu kan er iets gebeuren waardoor evenwichten dusdanig verstoord worden, dat het de draagkracht van de mensen die daarin zijn, te boven gaat en zij hulp gaan vragen. Wanneer nu bijvoorbeeld iemand wegens hoofdpijnklachten hulp komt vragen, kan ik enerzijds volgens het ziektekundige model of het intrapsychische, psychologische model onderzoeken, maar ik kan ook daarnaast (vooral niet in plaats van!) gaan onderzoeken volgens dit interactiemodel. Ik kan gaan onderzoeken of in de interacties in het milieu waar die iemand deel van uitmaakt, interactie-evenwichten zodanig zijn verstoord en konflikten zijn ontstaan, dat ze de draagkracht te boven zijn gegaan. En ik kan dan pogen om tot een herstel van oude of tot het bereiken van nieuwe relaties en interacties te komen.

Tenslotte nog dit: primair object van onderzoek in de ziektekunde is niet het individu als totaal, maar zijn lichaam; of liever gezegd: dat deel van iemand, dat duidelijk zintuigelijk waarneembaar en

als zodanig toegankelijk voor onderzoek is. Het is juist het lichaam, waarover de geneeskunde heel veel wetenschappelijke wetmatigheden heeft kunnen vinden, hoewel ook daarbij voorlopig nog genoeg open vragen blijven. (Denk bijvoorbeeld aan het kankervraagstuk.) Maar een mens is meer dan zijn zintuigelijk waarneembare lichaam, bijv.: stemmingen, belevingen, denken, temperament, communicatievormen met anderen, etc. Over die aspecten van de mens heeft de ziektekunde uiterst weinig wetmatigheden kunnen verzamelen. Het onderzoek hiervan is veel moeilijker en de onderzoeksmethoden die daarvoor noodzakelijk zijn, zijn veel complexer. Dit is met name het probleem waar de psychiatrie zich voor ziet gesteld. Ook de psychotherapie bemoeit zich met dit soort complexe fenomenen, die moeilijk op eenvoudige wijze zintuigelijk waarneembaar zijn, of zijn te maken. Vraagt de arts aan de psychotherapeut naar aantoonbaarheid in de zin van directe zintuigelijke waarneembaarheid, zoals hij dat vanuit de ziektekunde gewend is, dan moet de psychotherapeut in de regel het antwoord schuldig blijven. Ook hier geldt weer, dat in zo'n geval eisen gesteld worden die binnen de ene vorm van denken geldigheid hebben, maar in de andere vorm van denken (nog) niet.

Het sociale misverstand

Op basis van het ziektekundige denken is een groot gebied ontstaan van kennis en kunde over menselijk lijden en hulpverlening, de behandeling daarvan. Gaan wij na wat de geneeskunde tegenwoordig kan, dan is dat zeer veel. De ziektekunde is daardoor in het leven van de mens in onze maatschappelijke structuur een grote rol gaan spelen. Er zijn tal van instituties ontstaan op verschillende sociale niveaus om de ziektekundige kennis en kunde bereikbaar te maken voor de mens in deze samenleving.

Achter de huisarts zijn de ziekenhuizen gekomen, de consultatiebureaus, de sanatoria, etc. Er zijn instanties gekreëerd voor preventie. De hygiëne is een essentiële rol gaan spelen in de wijze waarop wij wonen en leven. Achter deze praktische uitvoerende instanties zijn instanties gekomen die de medische zorg organisatorisch en financieel mogelijk maken. Gemeentelijke en provinciale diensten voor de volksgezondheid, ziekenfondsen en ziekteverzekeringen (meso-sociaal niveau). Achter deze organisatorische en financiële instanties zijn instanties gekreëerd die op makrosociaal niveau de gezondheidszorg waarborgen. Er zijn wetten ontstaan: de ziektewet, de algemene wet bijzondere ziektekosten, de wet arbeidsongeschiktheid. Er is een ministerie ontstaan dat deze wetten moet uitvoeren en bewaken.

Zo is op basis van een hele specifieke methodische vorm van denken en het daarop gebaseerde kennisgebied een sociaal systeem gegroeid, dat zeer ver ingrijpt in de wijze van leven en de sociale normen daarvoor. Ik onderstreep hier nogmaals dat ziekten geen gegevenheden zijn van onze voorwetenschappelijke leefwereld, die wij zijn gaan ontdekken (zoals ontdekkingsreizigers die rivieren en bergen in onbekende landen ontdekken). Ziekte is primair een wetenschappelijk begrip dat secundair en alleen secundair een

belangrijke maatschappelijke betekenis is gaan krijgen.

Het ziektekundige denken heeft maatschappelijke systemen doen ontstaan. Maar omgekeerd bekrachtigt het maatschappelijk systeem nu het ziektekundige denken. Bij de hantering van maatschappelijke voorzieningen worden criteria gesteld, die inhaerent zijn aan het ziektekundige denken. Zo schrijft de toenmalige minister van sociale zaken en volksgezondheid, dr. G. M. J. Veldkamp, in zijn memorie van toelichting bij het ontwerp van de wet inzake arbeidsongeschiktheidsverzekering, dat de twee grondbeginselen die voor deze vorm van sociale verzekering gelden, zijn:

a — het recht van ieder mens op zelfontplooiing, en

b — het recht van ieder mens op gelijke kansen.

Maar als het criterium voor de hantering van de voorzieningen op grond van de wet arbeidsongeschiktheidsverzekering geldt, dat deze arbeidsongeschiktheid het gevolg moet zijn van ziekte of gebrek. Het beoordelingscriterium is ziekte. Vooral tegenwoordig is er wel degelijk het sociale besef, dat men met 'ziekte' alleen niet uitkomt. Zo stelt artikel 60 van de W.A.O.:

1 — de bedrijfsvereniging is bevoegd de verzekerde (degene die verzekerd is geweest, degene die de wachttijd van 52 weken bedoeld in artikel 19 doormaakt, alsmede degene die in het genot is of geweest is van arbeidsongeschiktheidsuitkering) al dan niet op diens verzoek in aanmerking te brengen voor voorzieningen tot behoud, herstel of tot bevordering van de arbeidsgeschiktheid, en voor genees- en heelkundige voorzieningen, een en ander voor zover deze voorzieningen onverminderd het bepaalde in de artikelen 25 en 28 onder a. en c., geschieden met instemming van de betrokkene of diens wettelijke vertegenwoordiger;

2 — bovendien kan de bedrijfsvereniging in het vorige lid bedoelde personen, al dan niet op hun verzoek, in aanmerking brengen voor voorzieningen, welke strekken tot verbetering van hun levensomstandigheden.

Tot nu toe heeft men een aantal beperkingen gesteld aan de toekenning van deze voorziening. Men heeft nl. alleen tot behoud of herstel van de arbeidsgeschiktheid en niet ter bevordering van de levensomstandigheden deze genees- en heelkundige voorzieningen gegeven. Men heeft binnen deze wet wel meer ruimte willen kregen, maar het beoordelingscriterium blijft ziekte.

Iedereen van ons die werkzaam is in de praktijk, hetzij kuratief, hetzij kontrolerend, weet uit ervaring dat veel menselijk lijden, veel klachten, hetzij somatisch, hetzij psychisch, hetzij sociaal, niet in termen van ziekte te vatten is, en niet ziektekundig te behandelen of te beoordelen is. Daarom bestaat terecht een grote bereidheid om andere vormen van hulpverlening in te schakelen. Maar wat ziet men nu gebeuren: die andere vormen van hulpverlening, zoals de psychotherapie, worden door het sociale systeem gedwongen ziektekriteria te hanteren, criteria die in het andere denksysteem, zoals het psychodynamische, geen geldigheid hebben, maar die wel gebruikt moeten worden om de sociale voorzieningen te kunnen benutten.

De psychotherapeut die werkt op basis van het psychodynamische

denken, beschouwt degene die zijn hulp vraagt niet als ziek, maar hij moet wel criteria leveren die een ziekte (moeten) motiveren. Hij beschouwt de klachten van de hulpvrager niet als ziekte, maar hij wordt wel gevraagd naar ziektekundige criteria voor een toestandsbeeld. Daardoor worden deze klachten in sociale zin tot ziektekriteria, of de therapeut dit nu wil of niet, of de hulpvrager dit wil of niet. Als zijn klachten niet als ziek worden beschouwd, kan hij geen financiële hulp krijgen. De psychotherapeut kent geen aetiologie, zoals de ziektekunde. Maar door deze eis krijgen eventuele moeilijkheden in de ontwikkeling van de hulpvrager, die aanleiding gaven tot een konflikt en klachten, de sociale betekenis van ziekteverwekkende factoren.

Nog klemmender ligt dit probleem bij de beoordeling van de resultaten van de psychotherapie. Het al of niet optimaal functioneren van nieren is d.m.v. laboratoriumbepalingen nauwkeurig na te gaan. Of een maagulcus nog bestaat is duidelijk na te gaan. Wij kunnen zelfs foto's maken van het maagslijmvlies. In de ziektekunde zijn wij gewend geraakt aan het feit, dat wij hoge eisen kunnen stellen aan objectieve (liever: intersubjektieve eenduidige) zintuigelijk waarneembare gegevens over al of niet bestaande afwijkingen van een norm, hoewel dat ook niet altijd even ideaal mogelijk is. Maar de psychotherapeut kan geen röntgenfoto's maken, of laboratoriumbepalingen doen om het konflikt dat zijn onderwerp van zorg is, zichtbaar te maken. Hij beschikt niet over iets dat vergelijkbaar is met de bloeddrukmeter, om aan criteria van objectiviteit in dergelijke zin te voldoen. Hij kent geen algemene normcriteria waaraan hij de toestand kan afmeten. Begaat men nu de voor de hand liggende methodische onjuistheid om de resultaten van de psychotherapie te beoordelen volgens maatstaven die in het ziektekundige denken gerechtvaardigd zijn, dan kan de psychotherapie niet anders dan schromelijk tekort schieten.

Wat de psychotherapeut wel kan zeggen, is: of de patient (niet de psychotherapeut!) het gevoel heeft, dat zijn klachten verminderd, verdwenen of veranderd zijn. Maar als een beoordelend of behandelend arts, die het ziektekundige denken hanteert, van de psychotherapeut hoort, dat een patient die lijdt onder eenzaamheidsproblematiek na enkele jaren psychotherapie een vriendschapsrelatie heeft opgebouwd, zal hij makkelijk zijn schouders ophalen en zich afvragen wat de zin ervan is dat de Wet Arbeidsongeschiktheid (of een andere subsidiërende instantie) zoveel jaren daarvoor heeft betaald; gewend als hij is aan eisen die hij vanuit het ziektekundige denken kan stellen. Een mislukte hartoperatie, die zoals u weet tienduizenden guldens kost, zal niemand doen vragen naar de zin van hartoperaties. Een psychotherapie, die gewoonlijk veel minder kost, al duurt deze ook jaren, roept direkt dit soort twijfel op, vooral wanneer het sukses niet direkt eclatant is. Herhaaldelijk krijg ik bij een verzoek om financiële voorzieningen voor een psychotherapie de (wrevelige) vraag naar statistische gegevens over resultaten van psychotherapie. Deze bestaan; bijvoorbeeld Truax en Carkhuff geven een overzicht van verrichte onderzoekingen. Het is duidelijk dat psychotherapie ef-

fekt heeft (natuurlijk soms ook in negatieve zin). Maar het is wetenschappelijk, methodisch, onjuist om daarbij de maatstaven van objectiviteit, zintuiglijke waarneembaarheid en normcriteria van de ziektekunde aan te leggen. De psychotherapie hoeft zich niet waar te maken, gemeten naar criteria uit een ander denksysteem. (Bij de beoordeling van de resultaten van prostaatoperaties is nog nooit als criterium genomen het al of niet bevredigend zijn van de seksuele relatie na de operatie. Zou men dit als criterium nemen voor het succes van de prostaatoperatie, dan zou men tot zeer ongunstige uitkomsten komen.)

Het misverstaan bij de (potentiële) hulpvrager

Hierover zal ik kort zijn. Dit probleem hangt ten nauwste samen met het voorgaande. Het ziektebesef is zo zeer deel geworden van ons Westeuropese maatschappelijk bestel, dat ook de hulpvrager, de patient, die als een vanzelfsprekendheid beschouwt. Wanneer hij klachten heeft, wendt hij zich tot de arts, die hem (natuurlijk) ziektekundig onderzoekt. Onderzoeken in de huisartsenpraktijk hebben echter uitgewezen, dat in 20-60% geen somatische afwijkingen te vinden zijn, maar wel zgn. psychosociale problematiek. Een opvallend groot aantal hulpvragenden blijkt emotionele problematiek in lichamelijke klachten te vertalen. Men mag hieruit niet zonder meer de konklusie afleiden dat *dus* in al deze gevallen door het bestaande maatschappelijke ziektebesef deze vertaling in somatische klachten heeft plaatsgevonden. Maar ook wanneer wij voorzichtig blijven, kunnen wij vermoeden dat de invloed hiervan zeer groot zal zijn.

Dit vermoeden wordt versterkt door ervaringen uit de psychotherapeutische praktijk. Er bestaat een sterk maatschappelijk waardeoordeel. Wanneer ik door een ziekte niet kan werken, wordt dit algemeen aanvaard, bekrachtigd door financiële voorzieningen. Wanneer ik onder invloed van emotionele problemen in mijzelf, emotionele problemen in mijn gezin, onvoldoende presteer, zal men, afhankelijk van spanningen op de arbeidsmarkt, wel enig geduld willen opbrengen. Maar iemand met moeilijkheden moet je liever niet in je bedrijf hebben. En een arts zal, om mij te helpen, wel moeten verklaren dat ik bijv. een depressie heb, of aan een chronische migraine lijd, of hij zal een ander ziektebeeld moeten bedenken. De hulpvrager moet voor een groot deel, mede onder invloed van financiële en organisatorische, maatschappelijke systemen en onder invloed van hiermee nauw samenhangende maatschappelijke waardesystemen, zijn moeilijkheden 'verpakken' als ziekte. Wanneer hij dit niet zelf doet, moet de arts het als zodanig 'verpakken', wil hij kunnen helpen. De arts doet dit vaak bewust, eenvoudig om te kunnen helpen. Doet de hulpvrager dit bewust, dan wordt hem dit ernstig kwalijk genomen. Probeert de psychotherapeut een lichamelijke klacht 'uit te pakken' om het terug te brengen tot een onderliggend emotioneel konflikt, dan wordt hem dit vaak ernstig kwalijk genomen.

Het grote misverstaan moet in stand blijven.

Samenvatting

Ziekte is geen gegeven uit onze voorwetenschappelijke leefwereld. Ziekte is een begrip dat zijn betekenis heeft gekregen met de ontwikkeling van het ziektekundige denken en in de daarop gebaseerde kennis en kunde. Ziektekunde is een bepaalde vorm van methodisch, wetenschappelijk denken. Iedere wetenschappelijke denkvorm is gebaseerd op een bepaalde wijze van beschouwen van (een deel van het) gebeuren in onze leefwereld. Iedere wetenschappelijke denkvorm is vergelijkbaar met een bepaald gezichtspunt en met een bepaalde gezichtshoek. Binnen die gezichtshoek kunnen wij een gebeuren op bepaalde wijze doorzien (diagnose).

Maar iedere wetenschappelijke methode heeft zijn gezichtsveld, waarmee aangegeven is dat er begrenzingen zijn.

Dit geldt ook voor de ziektekunde. Ook al is de hoeveelheid kennis en kunde die hierop gebaseerd is, zeer groot. Voor de ziektekunde gelden bepaalde criteria van objectiviteit, zintuigelijke waarneembaarheid en normcriteria met een hoge mate van algemeenheid. Deze zijn niet exclusief voor ziektekunde. Het psychodynamisch denken is een andere vorm van methodisch denken dan de ziektekundige. Het gaat uit van een ander gezichtspunt, heeft een ander gezichtsveld en een andere begrenzing. Hiervoor gelden andere criteria dan voor het ziektekundige denken. De hoge eis van zintuigelijke waarneembaarheid kan hier niet gesteld worden, evenmin als de normcriteria van het ziektekundige denken.

Doordat de ziektekunde een grote mate van toepassingsmogelijkheden, bruikbaarheid heeft, heeft het een grote sociale geldigheid gekregen, gekoncretiseerd op mikro-, meso- en makro-sociaal niveau. Deze sociale betekenis is zo groot, dat welhaast gesproken kan worden van de enige maatschappelijk geldige denkvorm waar het gaat om hulpverlening. Andere vormen van hulpverlening, zoals de psychodynamische, worden niet beoordeeld volgens bij die denkvorm behorende criteria, maar volgens ziektekundige. Doordat deze eis niet mogelijk is, methodisch gezien ongeldig, en dit probleem gewoonlijk niet onderkend wordt, ontstaat de maatschappelijke attitude van onbruikbaarheid van andere hulpverleningsmethoden dan ziektekundige. Er is een misverstaan met alle emoties en vooroordelen van dien. Vaak van beide kanten. Men is niet vertrouwd met het gebruik van verschillende denkvormen en daarop gebaseerde hulpverleningsmethoden *naast* elkaar. Men is gewend alleen ziektekundige hulpverleningsmethoden te gebruiken en alleen wanneer deze werkelijk niet helpen, andere hulpverleningsmethoden in te schakelen, en dan alleen nog maar soms. Overigens zonder veel verwachtingen.

Zelden komt men op het idee om verschillende hulpverleningsmethoden naast elkaar te gebruiken, terwijl de zinnigheid hiervan meer regel dan uitzondering is, ook bij lijden dat duidelijk ziektekundig te verklaren en te behandelen is.

Ook de (potentiële) hulpvrager, dus wij allemaal, wordt door het maatschappelijk systeem, gebouwd op het ziektekundige denken, 'gericht'. Wanneer mijn klachten, mijn moeilijkheden of lijden aan

ziektecriteria voldoen, kan ik rekenen op financiële en andere voorzieningen, anders nog nauwelijks.

Ook de Wet Arbeidsongeschiktheid gebruikt ziekte als criterium voor voorzieningen bij arbeidsongeschiktheid. Door het systeem is een ziekteattitude ontstaan. Hulpvrager en hulpverlener zullen altijd weer, bewust of onbewust, lijden in termen van ziekte vertalen, terecht of ten onrechte. Met veronachtzaming van andere wijzen van benadering. Deze hebben immers nauwelijks sociale geldigheid.

De cirkel is gesloten; wetenschappelijk misverstaan, sociaal misverstaan en individueel misverstaan bij hulpvrager en hulpgever, houden elkaar in stand.

Summary

In the Netherlands psychotherapeutic help is made financially possible a.o. by the Disablement Insurance Act of 1967.

Since social institutions are offering financial help in an organized way the problem of criteria has arisen.

What is the value of psychotherapy for restoring capacity for labour. Who can be helped by psychotherapeutic method(s), who not.

In the medical profession a lot of misconceptions and biases about psychotherapy exist. On the other hand, between psychotherapists there are many misconceptions and biases about m.d.'s handling psychosocial problems.

In this article it is pointed out that there are 3 interrelated roots on which misconceptions and biases are based.

Scientifically

a — Basic concepts underlying psychotherapeutic methods and underlying medical strategies are in many ways different. As a rule these differences in basic concepts are not explicit to workers in the two fields. Discussions are severely troubled by this.

Socially

b — Indication for psychotherapy and value of psychotherapy are judged by criteria related to the concept of disease. Psychotherapeutic concepts as a rule do not implicate these criteria like symptoms, causes, prognosis.

As social institutions offering financial help use these criteria, psychotherapists are urged to use them, although they have no value in their way of thinking and strategies.

Individually

c — Patients are urged, consciously or unconsciously, to 'translate' their troubles and problems in terms of (somatic or psychic) disease.

It has become an implicit social value that disease will be accepted for help, psychic or social problems hardly. This attitude is reinforced by social systems using only disease as criterium for financial help.

A plea is made to formulate criteria for financial help derived from the scientific concepts underlying special techniques for example like those used in psychotherapy.