

PSYCHIATRIE IN DISCUSSIE

De voorjaarsvergadering van de afdeling Psychiatrie — op 29 april 1972 in 'Zon en Schild' te Amersfoort — was gewijd aan het thema PSYCHIATRIE IN DISCUSSIE.

De tevoren door een viertal leden geponeerde stellingen werden ter vergadering uitvoerig toegelicht, waarna een discussie volgde.

Een weergave van de stellingen en de toelichtingen alsmede een samenvatting van de discussie vormen pièce de résistance van deze aflevering. De bijdrage van Prof. Poslavsky valt buiten die vergadering maar past wel in de sfeer.

Dit ter verantwoording.

STELLINGEN VAN J. WAAGE (PSYCHIATER VERBONDEN AAN EEN ALGEMEEN ZIEKENHUIS)*

I. WEERKLANKEN

Stellingen

1 — Naarmate de instrumentele behandelingsmogelijkheden in de geneeskunde verder zullen worden uitgebreid en geperfectioneerd, zal het *Catweazle-syndroom* voorlopig nog in intensiteit en frequentie toenemen.

2 — Een patiënt heeft recht op antwoord.

Citaten

'Waarom keerden wij terug tot deze tijd, Tikker?' vroeg Catweazle aan de pad. 'Waarom verlieten wij de wereld der elekhekserij?'

Tikker wist het ook niet.

Richard Carpenter: *Catweazle*

En toen, op een dag... kwam die man... een dokter, denk ik... de hoofddokter... een heel nette man... of misschien ook niet. Ik moest bij hem komen. Hij vertelde me... dat ik iets had. Hij zei dat ze hun onderzoek voltooid hadden. Zo zei hij het. Hij liet me een stapel papieren zien en vertelde me dat ik iets had, een aandoening. Wist ik nog maar wat het was... ik heb geprobeerd me te herinneren... Hij zei, dat zei hij tegen me, zie je... Je hebt... die... dit heb je dus. En nou hebben we besloten, zei hij, dat ons, in je eigen belang, maar één ding te doen staat. Hij zei... maar ik kan het me... niet meer herinneren... hoe hij het precies zei... Hij zei, we gaan iets aan je hersens doen. Hij zei... als we dat niet doen, dan moet je hier je hele verdere leven blijven, maar als we het wel doen, dan maak je een kans. Dan kan je weer naar huis, en... word je weer net zo goed als iedereen. Wat wilt u dan doen aan mijn hersens, zei ik tegen hem.

* Santpoort

3 — De huidige A-opleiding vormt geen zusters, maar verpleegmaniaken, die soms zelfs een ooeivaar halen.

4 — De vele tijd, die een aantal psychiaters besteedt aan routinematig lichamelijk onderzoek, kan beter benut worden; het is echter de vraag, of deze psychiaters dit kunnen.

5 — Een zogenaamd vrij gevestigde status is in strijd met de maatschappelijke rol van de psychiater.

6 — Wanneer het waar is, dat de psychiatrie een wetenschap is, die nog in de kinderschoenen staat, komt dit mede doordat vele volwassen psychiaters geen stappen durven te ondernemen.

Maar hij herhaalde alleen maar wat hij al gezegd had. Ik was natuurlijk óók niet gek.

Harold Pinter: *De huisbewaarder* (vertaling G. K. van het Reve)

Vrij naar Meindert het Paard

Het persoonlijke onderhoud dat hem in staat moest stellen — de diepste geheimen van mijn ziel te doorgronden — (de formule is niet van mij), duurde welgeteld vijftientwintig minuten. Zoal niet le temp d'un sein nu entre deux chemises, dan toch hoop en al de tijd om tussen twee pilsjes een partijtje vogelpik te spelen.

In tegenstelling met wat men geredelijk zou mogen veronderstellen, werd er gedurende die vijftientwintig minuten weinig of niet over psychische aangelegenheden gesproken. Er kwam wat klassiek klopf- en luisterwerk aan te pas met het hamertje en de stethoscoop; mijn curriculum vitae, inclusief de onvermijdelijke kinderziekten en de al even onafwendbare schoolrapporten, werd in vogelvlucht overschouwd; er werd nogal onbescheiden navraag gedaan betreffende mogelijke gevallen van uitgesproken idiotie onder mijn levende en reeds overleden familieleden tot in de derde graad; en nadat ik nog even mijn broek had laten zakken, was de vertoning compleet.

Roger v. d. Velde: *Recht op antwoord*

Het krankzinnige is, dat de rol die ik speel, dat ik dat ben.

Gerard Kornelis van het Reve

Wat een toestanden maken die lui, dacht Ivan. De geroutineerde ogen van de hoofddarts, vlogen door het dossier. "Hm, hm," bromde hij en wisselde een paar zinnen in een taal die niet erg bekend klonk met zijn gevolg. Nu spreekt-ie nog Latijn ook, net als Pontius Pilatus, dacht Ivan melancholiek. Toen hoorde hij een woord dat hem deed huiveren en dat was het woord *schizofrenie*, dat die

vervloekte vreemdeling de vorige dag ook al had uitgesproken bij de vijver en nu hier werd herhaald door professor Stravinsky. Dus ook dat wist-ie al vooruit! dacht Ivan, zwaar veront-rust.

De geneesheer-directeur huldigde ken-nelijk de stelregel het eens te zijn met en zich te verheugen over alles wat zijn volgelingen te berde brachten en dit te bekrachtigen met het stop-woord: 'Fameus, fameus ...'

'Fameus!' zei Stravinsky. Hij gaf het dossier terug en wendde zich tot Ivan: 'U bent dichter?'

'Ja', antwoordde Ivan grimmig en opeens voelde hij voor het eerst een soort onverklaarbare weerzin te-gen de poëzie. Wat hij zich van zijn eigen verzen op dit moment herin-nerde kwam hem opeens bijzonder on-aangenaam voor.

Op zijn beurt vroeg hij met een lelijk gezicht aan Stravinsky: 'U bent pro-fessor?'

Hoffelijk knikte Stravinsky ter beves-tiging.

Michail Boelgakov: *De Meester en Margarita*

(vertaling van Marko Fondse)

TOELICHTING

Psychiatrie in discussie — Vandaag in de afdeling psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, sedert langere tijd daarbuiten: het boek van Foudraine heeft daartoe niet in de laatste plaats bijgedragen.

Namens het bestuur werd mij gevraagd vanuit mijn huidige werkterrein een aantal stellingen te poneren; deze *mochten* provocerend zijn.

Dat ik er maar liefst zes heb geformuleerd, is mijn verantwoordelijk-heid. Deze aanvaard ik gaarne, maar wijs deze af ten aanzien van de aankondiging, dat ik zelfstandig werkend zenuwarts te Santpoort zou zijn.

In de voorbespreking voor deze voorjaarsvergadering werd door mij expliciet gesteld, psychiater te zijn, verbonden aan een algemeen zieken-huis te Haarlem.

Ik moet dit releveren, niet alleen omdat ik anders met mijn eigen stellingen in de war zou raken, maar nu ook om de vraag op te werpen of het misschien niet pathognomonisch zou zijn voor deze vereniging,

dat men iemand een rol zou willen opleggen, die deze zelf niet wenst te bekleden.

Psychiater verbonden aan een algemeen ziekenhuis — Volgens de geneeskundige inspectie voor de geestelijke volksgezondheid wordt de psychiatrie gerekend te behoren tot de basisspecialismen van het algemeen ziekenhuis, dat zonder dit basisspecialisme de aanduiding 'algemeen' niet verdient. Psychiatrie als specialisme heeft niet alleen met kunst en leven te maken, maar is tevens een wetenschap, die zich vooral ook bezighoudt met stoornissen in de menselijke communicatie, die van dien aard kunnen zijn, dat onze zogenaamde technische termen, die ons tot op heden ter beschikking staan, in vele gevallen slechts pover uitdrukken, wat door kunstenaars reeds lang beter is gezegd. Zij hebben een eigen deskundigheid, althans voor mij. Vandaar hun citaten.

Psychiatrie als een wetenschap, die zich vooral bezighoudt met stoornissen in de menselijke communicatie.

Er mag geen enkel misverstand over bestaan, dat ik de mening zou zijn toegedaan dat deze communicatie plaats zou vinden in een neurofysiologisch vacuüm en dat het niet een essentiële taak zou zijn eventuele somatogene determinanten van deze stoornissen te diagnostiseren en te behandelen.

Wil de psychiater echter de historisch gegroeide integratie van de psychiatrie in de traditionele geneeskunde op krampachtige wijze blijven continueren en geen aandacht besteden aan de interactionele ontstaansvoorwaarden van communicatiestoornissen in een sociale context, dan is hij niet integer en belemmert hij de differentiatie van de psychiatrie, die dan als een pseudo-medische onderneming wordt gefossiliseerd.

Dit leidt niet alleen volgens Szasz tot een wetenschappelijke zelfsterilisatie en professionele zelfvernietiging, maar ook wordt de zogeheten patiënt dan exponent in een geperverteerd medisch spel en gereïficeerd. Tot een ding gemaakt en vervreemd wordt hij versteend in een Procrustus-bed.

De mythe van de geestesziekte als hersenziekte wordt in stand gehouden door de psychiater, die de interactionele problematiek van 'zijn' patiënt' wenst te loochenen en in zijn contrafobische attitude zelf lijdende is aan de ziekte van Kraepelin, waarbij de patiënt fungeert als sociale tranquillizer.

Reïficatie in een ziekenhuis — Volgens Koolhaas is een ziekenhuis onpeilbaar treurig, maar in zekere zin ook ontembaar grotesk met al die door dokters en verpleegsters gehanteerde brekebenen. Het plotseling gehanteerd worden als een plaspop doorbreekt alle denkbare magische cirkels rondom de persoonlijke waardigheid en maakt iedereen tot lot-

genoot van het door de medische stoomwals platgereden imago.

De mensen liggen er. Voedsel wordt erin gebracht, ontlasting komt eruit; thermometers worden er in gestoken, wikkels er omheen gedaan en wie dood gaat krijgt een scherm om zijn bed, of het nu nummer dertien, elf of achtentachtig is.

De mensen liggen er.

Ik zou mijn stellingen nu willen toelichten aan de hand van een geval, beter gezegd: een mens, wie een *ongeval* overkwam. In de gevolgen daarvan was niet alleen hij als individu betrokken, maar ook zijn omgeving: in het ziekenhuis en thuis, met name zijn vrouw. Ik meen dat dit geval niet alleen anekdotische waarde heeft, maar illustratief is voor een welhaast procesmatig beloop, waarvan ik vele andere voorbeelden zou kunnen geven. Dat ik niet het minstzeggende voorbeeld koos, is mij niet euvel te duiden.

Toen een hardwerkende, zeer intelligente academicus met zijn auto tegen een boom gereden was, werd hij in soporeuze toestand opgenomen op een afdeling intensive care, waar na zeer zorgvuldig onderzoek werd geconcludeerd tot het bestaan van:

- 1 een traumatische hernia diafragmatica,
- 2 een femurschachtfractuur links,
- 3 een schedeltrauma, door de neuroloog, mede gezien de bevindingen in de daarop volgende dagen geduid als een commotio cerebri met een kortdurende fase van hersenoedeem.

Twee dagen na het ongeval werd patiënt onderworpen aan een:

- 1 thoracotomie, waarbij repositie van de bestaande hernia diafragmatica plaatsvond,
- 2 osteosynthese van de femurschacht door middel van een Küntscherpen,
- 3 miltexcisie,
- 4 bronchoscopie,
- 5 tracheotomie.

Postoperatief vond gedurende één week beademing plaats, welke werd gestaakt op de dag waarop patiënt beschreven werd als geheel helder van bewustzijn en bijzonder coöperatief. Zonder dat men een woord met hem behoefde te wisselen, deed deze zogenaamd ideale patiënt wat van hem werd verwacht; op sporadisch door hem gestelde vragen omtrent details van het gebeurde, het hier en nu en zijn toekomst, werd bij herhaling hetzelfde gezegd: nl. dat het goed met hem ging, dat hij flink was en dankbaar moest zijn.

Acht dagen na het ongeval werd spoedconsult van de psychiater gevraagd: patiënt zou — ondanks progressieve vooruitgang van de algehele somatische toestand — 'volkomen psychotisch' zijn en incontinent voor zowel urine en faeces.

Bij het eerste contact zag ik een angstige, verbijsterde, radeloze man,

verward in zijn denken, de tijd en zijn perceptie: hij zag althans zijn omgeving als een witte massa, waaruit vele instrumenten staken. Zijn bewustzijn was helder en de verwardheid na een half uur durend gesprek, waarin werd ingegaan op alle door hem gestelde vragen geheel verdwenen.

Het symptomencomplex werd geïnterpreteerd als een 'intensive care syndroom', waarbij de bestaande psychopathologie *causaal* werd gede-termineerd door:

- 1 Het zich — bij volkomen helder bewustzijn — realiseren van zowel zijn toestand (resp. de eventuele gevolgen vandien: 'hoe is het met mijn bovenkamer?' was een van de eerste vragen van deze man), als zijn afhankelijkheid;
- 2 uiteraard: doodsproblematiek,
- 3 slaapstoornissen: patiënt verwoorde waakzaam te willen blijven en 'niet weer het bewustzijn te willen verliezen',
- 4 relatieve deprivatie van normale zintuiglijke prikkels, maar vooral:
- 5 relatieve deprivatie van adequaat en menselijk contact.

Wel zeer plotseling geworpen van de ene situatie in de andere (ook: van de ene tijd in de andere), deed deze patiënt mij denken aan Catweazle. Maar zijn symptomatologie was ook *finaal* geconditioneerd; later zei hij zelf dat hij door zijn zogenaamd regressieve gedrag:

- a zichzelf bewees 'niet helemaal afhankelijk' te zijn. Letterlijk geciteerd (van decorumverlies was geen sprake): 'als ik in mijn bed piste en kakte, was ik het tenminste die iets deed',
- b eindelijk in werkelijk gesprek kwam met een ander, in dit geval een psychiater, die hem recht op antwoord toestond.

Men versta mij wel: ik bedoel niet: te allen tijde een direct antwoord geven op expliciet gestelde vragen, maar eerst luisteren, — ook met het derde oor, met alle adequate empathie, echtheid en niet-bezittende warmte, die in ons is — naar wat eventueel impliciet wordt gevraagd. Vaak wordt vergeten, dat: 'ik weet het op dit moment niet', soms ook een antwoord kan zijn.

Mijn consultatieve functie beperkte zich niet tot de individuele patiënt, maar ook tot de verwijzer en de op de afdeling werkzame verpleegkundigen, die zich er zelf over beklaagden niet goed te zijn opgeleid en te worden gesteund bij hun relationele taken in tegenstelling tot de technisch-verpleegkundige taken. Zowel zij als wij medici werden bijna exclusief opgeleid tot behandelen en genezen; *niet* tot steunen, troosten, communiceren, samenwerken en voorlichten. (De ooevaar in mijn derde stelling is symbool voor inadequate voorlichting).

Het kunnen vervullen van deze taken mag echter wel van ons worden verwacht, zo niet geëist.

In de loop van de daarop volgende tijd continueerde ik de situatieconsultatie, had regelmatig gesprekken met onze patiënt, die een zonder meer aardige, maar pre-existent buitengewoon koppige en eigen-

zinnige man bleek, die vooral afhankelijkheids- en passiviteitsproblematiek altijd krampachtig had afgeweerd, en richtte vooral mijn aandacht ook op de bestaande maritale problematiek: de partners communiceerden gevoelsmatig onvoldoende, met name werd er nauwelijks gesproken over de intrapsychische en relationele gevolgen van een ernstig auto-ongeval dat de vrouw in haar adolescentie overkwam, waarbij zij haar beste vriendin verloor. Zelf behield zij het leven, maar verloor haar gezicht, dat grotendeels verbrandde. Nadien onderging zij bij herhaling plastisch-chirurgische ingrepen (overigens met fraai resultaat).

Diepgaande insufficiëntiegevoelens, hierdoor gedetermineerd, waren nooit ter sprake gekomen, noch de fobisch-obsessief getinte vrees haar man 'aan een mooiere vrouw te verliezen'.

In een aantal gesprekken à trois werd op deze thematiek en beider houding daartegenover ingegaan, hetgeen gepaard ging met heftige emotionele ontladingen, die als 'bevrijdend' werden ervaren. Dit nadat de vrouw in de voorafgaande tien jaar tweemaal een psychiater had geconsulteerd. Tweemaal werden haar hersenzenuwen intact bevonden, doch de crisissituatie, waarin zij zich bevond, niet als zodanig herkend; het rouwproces nam een verder pathologisch verloop toen het verdriet gesmoord werd in valium en verwerd tot een depressie, die voorkomen had kunnen worden.

Deze vrouw kreeg niet het antwoord waarop zij recht had. Zij vroeg niet om een lichamelijk onderzoek, zeker niet routinematig, op welk adjectief ik de nadruk zou willen leggen om misverstand over mijn vierde stelling te voorkomen.

Wanneer de psychiater volhardt in zijn houding de ontstaansvoorwaarden van alle psychisch gestoord functioneren te externaliseren en somatiseren en ook in de opleiding te veel of soms zelf exclusief de nadruk wordt gelegd op een somatotherapeutische oriëntatie als behandelingsideologie, kan dit pathogeen zijn: de mens zelf in interactie met zijn vroegere of huidige omgeving wordt vergeten, welke verwaarlozing ernstige psychopathologie tot gevolg kan hebben of pre-existente psychopathologie kan verergeren.

Wel kan een medicus, die zich van deze strategie bedient, zo zijn vrees voor een professionele identiteitsdiffusie afweren door niet alleen tegenover zichzelf als tegenover de ander de illusie te handhaven, dat hij de macht heeft menselijke kwalen te cureren, maar bovendien hoeft hij zich dan niet te involveren in de psychische problematiek van de ander.

Ware ik niet in dienstverband werkzaam, maar vrij gevestigd specialist geweest, dan had ik juist niet of minder de vrijheid mij bezig te houden met referee consultation, situation consultation (in het begin zeer tijd-

rovend, maar op den duur niet alleen tijdsbesparend, maar vooral bijdragend tot een wezenlijke attitudeverandering), maritale therapie en kon ik zeker niet deelnemen aan een project, i.c. een onderzoek naar de mogelijkheden van psychosociale begeleiding in een groot algemeen ziekenhuis, gericht op de preventie van psychiatrische stoornissen en het tijdig herkennen van crisissituaties.

Het huidige honoreringssysteem door met name de ziekenfondsen beperkt ons in onze rolvariabiliteit: het is alleen gericht op de *behandeling* van de *individuele patiënt*. U kunt hierover richtlijnen vinden in de tarieven 1972 voor de honorering van specialistische hulp: zij staan ingeklemd tussen de betaling van enerzijds electroshock, anderzijds orthoptische behandeling. Dat geen aandacht wordt besteed aan enig relationeel aspect, zelfs niet aan mental health consultation, is mijns inziens in strijd met de maatschappelijke rol, die de psychiater zou dienen te vervullen. Wij moeten ons niet door een bepaald honoreringssysteem laten dwingen tot een min of meer statische rolfixatie als bijv. van tranquillizerautomaat.

Ook psycho-analyse zonder maatschappelijke consequenties is volgens Kuiper een vorm van dubbele boekhouding.

Mijn laatste stelling vloeit voort uit het voorafgaande:

- 1 — Er dient meer tijd en geld ter beschikking te komen voor wetenschappelijk onderzoek.
- 2 — Wij dienen in groter verband te gaan samenwerken (bijv. in een streekcentrum) met allen, die zich bewegen op het terrein van de geestelijke volksgezondheid, ook zgn. paraprofessionele krachten.
- 3 — Onze aandacht moet zich vooral ook richten op vraagstukken van preventie en organisatie. De problemen, waarvoor de gezondheids- en welzijnszorg in het algemeen en de psychiater in het bijzonder zich nu geplaatst ziet, zijn niet meer op te lossen met zgn. vakdeskundigen. Het worden steeds meer politieke vraagstukken.
- 4 — Het huidige honoreringssysteem van psychosociale hulpverlening dient *op korte termijn* te worden herzien, *eventueel* middels nationalisering van de geestelijke gezondheidszorg, zo niet onder auspiciën, dan in samenwerking met het Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk.
- 5 — In de opleiding dient de persoonlijkheidsvorming centraal te staan.
- 6 — Dit alles impliceert mijns inziens de oprichting van een zelfstandige vereniging voor psychiatrie, waarbij ik overigens de mening blijf toegedaan, dat aan zgn. juniorleden, d.w.z. artsen in opleiding, stemrecht dient te worden verleend.

LITERATUUR, o.a.:

Foudraïne, J.
Frying-

1971 *Wie is van hout* . . . Ambo, Bilthoven.
1970 'Medische begeleiding van de psychische ontwik-

- Schreuder, E. C. M. keling van het kind: goedkope preventie?' *Ned. T. Geneesk.* 114: 1080-1085.
- Koolhaas, A. 1972 'Schateren bij het ziekbed.' *Vrij Nederland*, 15 april 1972.
- Kuiper, P. C. 1972 'Interview.' *Student*, 8 : 6.
- van Mansvelt, J. 1972 Inleiding voor het landelijk congres over de organisatie en financiering van de gezondheidszorg op 22 april 1972 in Bussum.
- Nota betr. de 1972 Geneeskundige inspectie voor de geestelijke
psychiatrische afdeling volksgezondheid, Leidschendam
van het algemeen
ziekenhuis
- Quint, J. C. 1965 'Institutionalized practices of information control.' *Psychiatry*, 28: 119-132.
- van Ravenzwaaij, J. F. 1972 *Konsultatie in de geestelijke gezondheidszorg.* Boom, Meppel.
- Rooymans, H. G. M. 1972 'Consultatieve psychiatrie.' *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 14: 19-37.
- Szasz, T. S. 1961 *The myth of mental illness.* Harper & Row, New York.
- Truax, C. B. et al. 1966 'Therapist empathy, genuineness, and warmth and patient outcome.' *Journal of consulting psychology*, 30: 395-401.
- Vereecken, J. L. Th. M. 1965 'Emotionele reacties van de arts op suicide.' *Ned. T. Geneesk.*, 109: 2382-2385.

STELLINGEN VAN B. E. CHABOT (JUNIORLID)*

'De psychiatrie — zoals belichaamd in de afdeling Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie — staat voor mij ter discussie omdat:

1. Zij geen eigen (verenigings-) lichaam heeft;
2. Zij daardoor haar eigen ontwikkeling tot een organisatie met samenhangende, maar zeer verschillend gespecialiseerde cellen, blokkeert.
3. Mijn (onbescheiden?) utopie is, dat de psychiatrie — zoals belichaamd in een zelfstandige en gedifferentieerde 'Vereniging voor Psychiatrie' — als *Vereniging een gezicht zal durven laten zien, met de ogen wijd geopend.*

TOELICHTING — ENKELE OPMERKINGEN OVER DE STRUCTUUR VAN DE AFDELING PSYCHIATRIE EN DE PSYCHIATRIEOPLEIDING IN NEDERLAND

Men heeft mij gevraagd hier te spreken als juniorlid, als aankomend psychiater, als aanstaand collega, of met welke eufemismen u mijn gediscrimineerde status in uw vereniging ook wilt verdoezelen. Gediscrimineerd, omdat ik blijkens de uitnodiging van uw bestuur wel recht van spreken heb, maar geen stemrecht; omdat juniorleden wel als waarnemer in commissies zitting kunnen hebben, maar niet volwaardig daarin mogen meedenken en beslissen: niet in uw bestuur en niet in het

* Destijds in Rotterdam, nu in Londen (Maudsley Hospital).

consilium psychiatricum, om de twee belangrijkste te noemen. De niet-universitair werkenden onder u hebben misschien even moeite met het idee van een assistent in het consilium psychiatricum. De overigen zijn al enigszins vertrouwd geworden met de door de minister ingestelde realiteit, dat assistenten in een medische faculteitsraad zitten, waar zij meebeslissen over de besteding van tonnen gelds en de organisatie van toekomstige onderwijs-structuren. Beslissingen die vaak verder strekken — en ik hoop dat ik niemand op de tenen ga staan als ik dat zeg — dan datgene waarover uw afdelingsbestuur of het Consilium Psychiatricum beslist!

Mijn mondigheid beperkt zich hier dus, om het even in modieus jargon te zeggen, tot het geven van een vrijblijvende mening zonder daadwerkelijke inspraak. Dat moet een geruststelling zijn voor diegenen onder u die zich door mijn stellingen in het nauw gebracht voelen. Maar het is de vraag of dat met veel van u het geval is, gezien het feit dat ik u heb opgescheept met een aantal wel erg *banale* stellingen. Misschien dat velen van u daar een beetje teleurgesteld over zijn. Vooral als u tot diegenen behoort, die van een zogenaamde 'jongere' een aantal kritische of modern klinkende stellingen verwacht hadden. Ik heb voor banale stellingen gekozen, simpelweg omdat banale zaken soms vooraf moeten gaan aan grootsere dingen.

Mijn *eerste* stelling: 'De psychiatrie zoals belichaamd in de Afdeling Psychiatrie staat ter discussie, omdat zij *geen eigen lichaam heeft*'. Het is een overbekende, gortdroge stelling. Een soort parafrasering van een basisgegeven uit de ontwikkelingspsychologie: via de ontwikkeling van het eigen lichaam ontwikkelt het kind een stuk identiteit. De afdeling psychiatrie heeft geen eigen verenigingslichaam met als consequenties, voor de enkelen onder u die het nog niet weten: Deze vergadering kan niets beslissen maar slechts 'aanbevelen'; het bestuur van deze afdeling kan geen mond open doen zonder toestemming van het hoofdbestuur, óók niet in zaken waarin zij competent is. Even een zeer recent voorbeeld, de abortuswetgeving, waaraan u kunt zien hoe ver dit gaat. Destijds heeft een commissie van de Afdeling Psychiatrie hierover een glashelder rapport opgesteld. Dit is door de Afdeling Psychiatrie goedgekeurd. Het rapport is aan de minister voorgelegd. Nu komt de minister met een wetsontwerp, dat dwars tegen bepaalde aanbevelingen van dit rapport ingaat en de commissie wil zich hierover, via het afdelingsbestuur, tot de minister richten. Dat had de commissie gedacht: dat 'kan toch niet', aldus het hoofdbestuur! In tweede instantie, na persoonlijk overleg tussen de voorzitter van uw Afdelingsbestuur en de voorzitter van het Hoofdbestuur blijkt de houding van het Hoofdbestuur, hoe had het anders gekund, op een 'misverstand' te berusten. U ziet het: geen eigen verenigingslichaam . . ., dus geen eigen identiteit, en de grootste moeite om iets van een eigen gezicht te laten zien.

U weet dat de commissie Ladee op korte termijn voorstellen zal doen

over de herstructurering van de Vereniging. Aan die voorstellen zal een aparte vergadering worden gewijd. Maar ook op die vergadering zal niet gestemd kunnen worden over de toekomst van de Afdeling Psychiatrie; alleen meningspeilingen zijn mogelijk. De leden van de Afd. Psychiatrie kunnen dus niet over hun eigen toekomst beslissen. Aan de mate van bevoogding af te lezen, zou men veronderstellen hier met een gezelschap 'jongeren' van doen te hebben.

Misschien dat ook u, als u zich dit realiseert, één bange vraag bekruipt: wat gebeurt er als een meerderheid van de afdeling psychiatrie zich vóór zelfstandig uitspreekt, maar dit op een vergadering van de Ned. Ver. voor Psychiatrie en Neurologie wordt afgestemd? Het is maar een vraag. Misschien dat nu de toelichting bij mijn tweede stelling u al iets duidelijker wordt: zolang de Afdeling Psychiatrie de helft is van een Siamese tweeling, die geen stap kan zetten zonder goedvinden van zijn 100-jarig broertje, zólang blijven alle fraaie ontwerpen voor de ontwikkeling van de psychiatrie als zelfstandig specialisme woordenspinsels, luchtkastelen.

Als overgang naar mijn *tweede stelling*, over de ontwikkeling van de psychiatrie, wil ik u een verzuchting overbrengen van een van de oudere stafneurologen van de afdeling Neurologie in Dijkzigt waar ik momenteel werk: hij constateerde ietwat gelaten, dat de ontwikkeling van zijn vak hier in Nederland wordt tegengehouden door de huidige vorm van de opleiding tot neuroloog; een opleiding die tot zijn grote ergernis mede gedictieerd wordt door ... door u, psychiaters van de Ned. Ver. voor Psychiatrie en Neurologie. U herkent in hem een leerling van Prof. Ter Braak, die al tien jaar geleden voor splitsing was. Houdt u dit punt even in gedachten, terwijl ik het spiegelbeeld van zijn verzuchting probeer uiteen te zetten. De essentie zit hem in de ontwikkeling van ons vak, die wordt beknot door een bepaalde opleiding. Een opleiding die pretendeert vaklieden te vormen die zich bezighouden met stoornissen in menselijk gedrag; maar die tegelijk deze prentie te niet doet door een enorme beperking op te leggen aan de instrumenten waarmee dat gestoorde gedrag bestudeerd kan worden.

U weet allemaal hoe die opleiding sinds kort in elkaar zit: verplicht twee jaar klinische en poliklinische psychiatrie; verplicht een jaar neurologie en een keuzejaar. Laten we even onder de loupe nemen het meest vanzelfsprekend 'verplichte' deel, de twee jaar klinische en poliklinische psychiatrie. Als assistent krijgt men het overgrote deel van zijn praktijkopleiding van medici. Nu geloof ik dat het u ónduidelijk is wat voor een aanslag daarmee gedaan wordt op het tegenwoordig beschikbare arsenaal aan instrumenten waarmee gestoord menselijk gedrag benaderd kan worden. Ik moet dat hier heel beknopt proberen duidelijk te maken, dus vangt u me niet op een woord.

Het is overbekend, dat de richting waarin de oplossing van een

probleem gezocht wordt, bepaald wordt door de begrippen en bijbehorende denkkaders waarin dat probleem geformuleerd wordt. Medici hebben geleerd om de oplossing van een gedragsprobleem — b.v. koorts, braken, een loopstoornis — te verwoórd in termen van respectievelijk een cybernetisch thermostaatmodel, cumulatie van prikkels in bepaalde zenuwcentra, aantasting van microscopische structuren enz. Problemen worden aldus automatisch verwoord in termen van ingenieuze en op diverse gebieden vruchtbaar gebleken basisbegrippen. En om u gelijk te confronteren met andere even ingenieuze verwoordingen van problemen betreffende gestoord gedrag, die u veel minder bekend in de oren zullen klinken: verwoordingen in termen van b.v. vermijdingsleergedrag, van rolverwachtingen, van beslissingsprocedures. Dit zijn begrippen die de kern vormen van bepaalde therapeutische benaderingen of van onderzoeksmethodieken: b.v. vermijdingsleergedrag als basisbegrip voor Token Economy, de strategie waarmee de aanpak van de door psychiaters verwaarloosde groep der oligofrenen in een stroomversnelling terecht is gekomen; rolverwachtingen als sleutelbegrip voor de dóórlichting van gezinsstructuren; beslissprocedures als techniek voor het ontrafelen van psychiatrische problemen (zoals Rooymans heeft gedaan t.a.v. psychiatrische diagnostiek).

Dit zijn ontwikkelingen die, met uitzondering van het begrip rolverwachting, binnen de Nederlandse psychiatrische praktijk *niet*, of in het gunstigste geval incidenteel, toegepast worden. Daarmee *komt de patiëntenzorg ernstig in de knel*, in die zin dat belangrijke ontwikkelingen in Nederland niet of nauwelijks van de grond komen.

Hiermee zeg ik niets nieuws. Er zijn in feite gelukkig vrij veel directeurs van psychiatrische ziekenhuizen, hoogleraren en andere beleidsvormers die dit ook wel inzien. Al zullen ze dit inzicht — qualitate qua — niet altijd in even duidelijke termen aan de goegemeente prijsgeven, enkele gelukkige uitzonderingen zoals Meyering daargelaten. Maar — en nu kom ik tot het kernpunt waar mijn mening zich afsplitst van die van velen van u — zij zoeken de oplossing voor het probleem, dat de psychiatrie tekort schiet bij het verder ontwikkelen en toepassen van nieuwe inzichten uit de sociale wetenschappen, in de verkeerde richting. Zij proberen n.l. het gat te vullen door het aantrekken van psychologen en sociologen. Misschien dat u nu even het spoor bijster bent: ben ik dan een tegenstander van het aantrekken van psychologen en sociologen in universitaire klinieken of psychiatrische ziekenhuizen? Natuurlijk niet. Zij zijn in mijn ogen voor de psychiatrie even onmisbaar als histologen, biochemici of fysiologen. Maar ik bestrijd de denkfout dat het gat daarmee gevuld wordt: dat het tekortschieten van de Nederlandse psychiatrie bij het toepassen van nieuwe inzichten uit de gedragswetenschappen verholpen wordt door het aantrekken van sociologen en psychologen. Dat is helaas een lapmiddel (al is een lap in de broek beter dan niets!)

U kunt dit zelf onmiddellijk inzien m.b.v. een eenvoudige analogie-redenering: het aantrekken van nog zoveel biochemici en neurofysiologen brengt de biologisch-psychiatrische ontwikkeling van de behandeling van patiënten niet of nauwelijks vooruit, zolang de psychiaters in zo'n centrum niet ook zelf hun problemen kunnen verwoorden in basisbegrippen van die hulpwetenschappen. Eén voorbeeld: Hoe kan een neuro-endocrinoloog vruchtbaar samenwerken met een biochemicus, als de klinische werkelijkheid en de reageerbuis niet verbonden zijn door een gemeenschappelijk begrippenkader van de catecholaminestofwisseling? Evenzo kan een psychiater die zich niet heeft leren thuis voelen bij begrippen uit de gedragswetenschappen, niet vruchtbaar de inbreng van psychologen en sociologen toepassen.

Het gevolg van deze situatie heeft u, wat betreft de psychologen, gezien: velen zijn tot een soort wetenschappelijk statussymbool van hun kliniek geworden, en hebben zich teruggetrokken achter een testbatterij; waarvan u het vuurwerk bewondert . . . of naast u neerlegt, al naar gelang het u uitkomt. In de academische psychiatrische centra is men al weer een stapje verder: daar neemt men sociologen of methodologen in dienst, en op een enkele uitzondering na is dit voldoende om het wetenschappelijk geweten tot zwijgen te brengen. Die enkele uitzondering betreft de psychiater die zich zelf moeizaam inwerkt in besliskunde, in leertheorie of een ander gebied, om vervolgens, samen met de gedragswetenschapper, onderzoek op te zetten. Meestal gebeurt het omgekeerde: de gedragswetenschapper verliest in de loop der jaren het contact met de ontwikkelingen in zijn eigen vak en leert het klinisch jargon over te nemen, wat wel de plezierige samenwerking bevordert, maar niet nieuwe inzichten in de psychiatrie tot ontwikkeling brengt.

De enige uitweg is dan ook: náást het aantrekken van sociologen en psychologen de gelegenheid scheppen dat er psychiaters opgeleid worden die hun taal enigszins hebben leren spreken. En die gelegenheid is er zodra de gedachte wordt losgelaten dat wij allen, in welke sector we ook willen gaan werken in de geestelijke gezondheidszorg, toch alle maal twee jaar klinische en poliklinische psychiatrie en een jaar neurologie gemeenschappelijk moeten hebben.

In een ook maar enigszins ontwikkeld organisme kunnen nu eenmaal niet alle gedifferentieerde organen een vrijwel identieke ontwikkeling achter de rug hebben. Tenzij het een primitief organisme wil blijven! De ontwikkeling *binnen* het psychiatrisch organisme tot gedifferentieerde cellen zou mogelijk zijn door b.v. slechts een jaar klinische psychiatrie als verplicht gemeenschappelijk te stellen. En de overige drie jaar naar keuze te laten samenstellen al naar gelang iemand biologisch psychiater wil worden, of gedragstherapeut of kinderaanalyticus, of consultant psychiater in de sociale sector.

De angst dat het belang van de psychiatrische ziekenhuizen of de sociaal-psychiatrische diensten bij een verruiming van specialisatie-

mogelijkheden niet gediend zou kunnen worden, is ongegrond. Kijkt u maar hoe bij voorbeeld het bedrijfsleven de samenstelling van de post-kandidaats keuzepakketten in Delft beïnvloedt door haar eisen bekend te maken, waaraan iemand moet voldoen wil hij in dienst genomen worden. Op dezelfde manier kunnen psychiatrische inrichtingen b.v. eisen dat iemand een bepaalde periode neurologie gedaan moet hebben, wil het verantwoord zijn om hem als afdelingsgeneesheer aan te stellen.

Ik pleit er dus voor om:

- 1 — een grote verscheidenheid aan keuzepakketten toe te staan, welke gelden voor de psychiatrische specialisatie; waarbij dus alleen één jaar klinische psychiatrie als verplichte gemeenschappelijke basis overblijft;
- 2 — deze gevarieerde keuzepakketten in te voeren, opdat iedere assistent bewust kan kiezen van welke hulpwetenschappen, of combinatie van hulpwetenschappen hij zich de basisbegrippen eigen maakt, waarmee hij menselijk gedrag gaat bestuderen; zodat ontwikkelingen uit zeer verschillende basiswetenschappen, die zich met de analyse van menselijk gedrag bezig houden, niet blijven liggen of moeizaam ingang vinden, maar door de klinicus zelf in de klinische praktijk beproefd en tot groei gebracht worden; iets wat voor de biologische basiswetenschappen reeds vanzelfsprekend is;
- 3 — een regulerende invloed op de samenstelling van deze keuzepakketten uit te laten oefenen (niet door een opleiding waarvan 75% als keurslijf gedicteerd wordt, maar) door de behoeften vanuit de psychiatrische praktijk in zijn bonte verscheidenheid.

Daarbij moeten wel *organisatorische blunders* voorkomen worden. Het woord blunder klinkt kras, maar ik weet gewoon geen ander woord voor het feit dat voor het huidige verplicht gestelde jaar neurologie, reeds op het moment van invoering van de nieuwe opleiding in Amsterdam en omgeving géén voldoende plaatsingsmogelijkheden zijn. Met als gevolg een vertraging die door de snel oplopende wachttijden ontstaat bij de druppelsgewijze aflevering van psychiaters op de gloeiende plaat van de geestelijke gezondheidszorg. Dit sterkt mij overigens in de verwachting dat aan de huidige vorm van de opleiding geen lang leven beschoren kan zijn.

Tenslotte mijn *derde stelling*, dat de 'Vereniging voor Psychiatrie' een eigen gezicht moet laten zien. Daarover zal ik kort zijn, omdat eenvoudige waarheden niet verstikt moeten worden in veel omhaal van woorden. Deze stelling doelt op een fundamentele verandering van attitude van u allen als afdelingsleden tegenover welk probleem dan ook. Als individu heeft u ongetwijfeld wel uw meningen, die u straks bij de lunch of thuis verkondigt. Maar heeft u ook als afdelingslid de instelling om die mening via de 'Vereniging voor Psychiatrie' te vertalen in 'be-

leid' met alle gezamenlijke discipline die daarvoor nodig is? De durf van het bestuur is daarbij natuurlijk essentieel; zij moet haar nek durven uitsteken bij het stelling nemen tegenover ontwikkelingen in of rond ons vak. Voor mij is *niet* het belangrijkste of zij daarbij haar nek uitsteekt in progressieve of conservatieve richting. Het belangrijkste is dat zij haar nek uitsteekt en een gezicht presenteert. Dat zij dit kan is gebleken tijdens de abortusdiscussie. Maar er is weinig beschaamder dan een afdeling psychiatrie die tijdens een Dennendaal-affaire *niets* van zich laat horen. Hoe moet je de gezichts-loosheid goed praten van de afdeling Psychiatrie tegenover de recente ontwikkelingen bij de inspectie van de geestelijke volksgezondheid? Wat durf je dan anders verwachten dan gezichts-loosheid tegenover de door het Rapport van de Club van Rome (ook) naar de psychiatrie uitgeworpen handschoen? Wanneer zal er een begin gemaakt worden met het afleggen van de houding van collectieve 'belle indifférence'? Gezien tegen het perspectief van de (volgens velen) duistere toekomst blijft het psychiatrisch katertje vooralsnog griezelig grauw.

STELLINGEN VAN P. J. STOLK (ZENUWARTS IN PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS)*

- 1 — Aan de behandeling van psychosen dient een diagnostisch onderzoek vooraf te gaan, dat zowel de somatische als de psychische toestand betreft.
- 2 — Bij de behandeling van psychosen is in de meeste gevallen de toediening van psychofarmaca van meer primair belang dan psychotherapie.
- 3 — Het invoeren van alternatieve termen voor woorden als 'patiënt' en 'ziekte' is, wanneer het psychotische stoornissen betreft, misleidend en dus schadelijk; hetzelfde geldt voor het gebruik van woorden als 'patiënt' en 'therapie' in situaties die het karakter hebben van maatschappelijke hulpverlening.
- 4 — Het is te bevorderen, dat los van de psychiatrische ziekenhuizen (centra) instituten ontstaan voor psychiatrische hulpverlening van andere aard.

TOELICHTING

1 *Aan de behandeling van psychosen dient een diagnostisch onderzoek vooraf te gaan, dat zowel de somatische als de psychische toestand betreft* — Ik meen dat het Wittgenstein was die heeft gezegd: ieder die spreekt moet voor het moment eenzijdig worden. — Mijn eigen eenzijdigheid volgt nu.

Psychosen, het is u bekend, worden in zeldzame gevallen wel eens veroorzaakt door aantoonbare lichamelijke aandoeningen. Dit alleen verplicht ons al tot diagnostisch onderzoek. Want hoe plausibel op het eerste gezicht psychogenie kan zijn, ook iemand die het moeilijk heeft

* Poortugaal.

kan ziek worden, en ook vertrouwde psychosyndromen kunnen door exogene oorzaken worden opgeroepen. Hoe dikwijls dit het geval blijkt te zijn, hangt af van de intensiteit waarmee u ernaar zoekt.

Ik onderschrijf de vierde stelling van collega Waage, want ik stel me zo'n onderzoek wel een beetje gericht voor. Bij een reactieve depressie is het niet mijn eerste zorg, het ademgeruis te beluisteren; aan de andere kant lijkt me dat bij een delier niet overdreven. Zo ziet u, dat het psychiatrische toestandsbeeld de vraagstelling bepaalt, en dat is nu juist de reden waarom dit onderzoek niet zonder meer aan de somaticus kan worden overgelaten.

In een veel groter deel van de gevallen leveren somatische factoren een aandeel in het geheel van klachten en verschijnselen. Zo kan het herstel van een simpele anaemie net de vitaliteit teruggeven, die iemand nodig heeft om een desintegratietoestand te boven te komen. Begrijpelijk: het is een mens, die psychotisch is, geen astrale ziel.

Er is nog een derde argument voor mijn stelling: wie medicamenten voorschrijft zonder van de lichamelijke toestand van zijn patiënt op de hoogte te zijn, zal vroeg of laat ongelukken zien gebeuren. Ik kom hiermee op mijn tweede stelling:

2 *Bij de behandeling van psychosen is in de meeste gevallen de toediening van psychofarmaca van meer primair belang dan psychotherapie* — Dit klinkt sommigen van u misschien als een vloek in de oren; toch leert de praktijk ons niet anders. Het bleek onlangs nog eens duidelijk uit het overzicht, dat collega Van den Eerenbeemt gaf van de literatuur over de individuele psychotherapieën van psychosen; verrassenderwijs maakt dit overzicht vooral één ding duidelijk, nl. de onmisbaarheid van de psychofarmaca. Dat dit bij de gezinstherapie wezenlijk anders zou zijn, is in ieder geval nog verre van bewezen. In dit verband is het interessant te weten dat van de patiënten van Cooper (u weet wel, van de anti-psychiatrie; zij vormden op zichzelf al een streng geselecteerde groep) het merendeel een tijd lang met psychofarmaca werd behandeld.

Met een door Arieti gescherpte blik ontdekten velen van ons, een paar jaar geleden, bepaalde karakters trekken bij de moeders van schizofrenen; maar vorig jaar gaf Arieti te kennen dat hij bij nader inzien zijn theorie nog maar in hoogstens een kwart van de gevallen juist achtte. Laten we niet al te gretig nu weer overal storende gezinsrelaties ontwaren, met een ditmaal door Laing en Esterson gescherpte blik. Ik zeg dit met des te meer nadruk als ik zie, hoe Laing vooral in zijn latere geschriften blijk geeft van een ontstellende monomanie, een pseudo-diepzinnigheid waarbij het mij angstig te moede wordt.

Het lijkt op wat Nietzsche noemt een *Bemerkung für Esel*, maar ik wil toch zeggen dat ik niet beweer dat men bij de behandeling van psychosen volstaan kan met het verstrekken van een medicament; en evenmin pleit ik er voor, psychofarmaca toe te passen bij alle mogelijke psychi-

sche klachten en toestanden. Ook niet alle psychosen zijn hetzelfde: in het ene geval weegt de betekenis van psychotherapie veel zwaarder dan die van farmaca, in het andere geval is het andersom.

De bezwaren van psychofarmaca zijn mij niet onbekend; ze doen zich het duidelijkst voor bij het nonchalant toepassen ervan door psychiaters, die voor dit aspect van hun therapie weinig belangstelling hebben. Het duidelijke, maar vooral het selectieve effect van neuroleptica laat zich gemakkelijk verenigen met de gedachte, dat het zenuwstelsel bij de psychose, primair of secundair, een zekere rol speelt. Vandaar misschien de tegenzin om hun effect te erkennen bij velen die ze toch wel degelijk voorschrijven.

Overigens zal geen zinnig mens (zoals je herhaaldelijk toch verondersteld ziet) psychotische verschijnselen willen verklaren als de produkten van zieke hersenen; wie zich een biologisch psychiater zo voorstelt, heeft er waarschijnlijk nog nooit één gezien. Maar er zijn andere verbanden denkbaar. Als u bij de alcoholroes alleen let op wat de man zegt, en met zijn dronkenschap geen rekening houdt, dan beoordeelt u hem verkeerd. Zo ook, als u bij iemand met een zondewaan wel oog hebt voor zijn schuldgevoel, maar het ontgaat u dat dit schuldgevoel samenhangt met een depressie, dan beoordeelt u hem ook verkeerd.

Ook is het iets anders, b.v. een hallucinatie te begrijpen vanuit een conflict, dan te begrijpen wat een hallucinatie is. Ter vergelijking: de psycho-analyse heeft ons veel over de droom geleerd, maar niets over het feit dat we dromen kunnen; de eigenschappen van de REM-slaap zouden nooit door psycho-analyse aan het licht zijn gekomen. Nu kan men stellen, en met een zeker recht, de zin van de droom is toch het conflict. Maar dat conflict is pas op te sporen en te behandelen, wanneer de dromer wakker is geworden. Zo is het bij de psychose niet anders, en om uit een psychose te ontwaken zijn psychofarmaca soms onmisbaar.

Het is nl. niet vanzelfsprekend juist, dat een therapie moet aangrijpen bij de oorzaak van het lijden: de behandeling van de collumfractuur bestaat niet uit het oprapen van de bananeschil. Ook al is een psychose inhoudelijk doorzichtig — wat zelden het geval is —, dan nog is dit gewoonlijk niet therapeutisch te effectueren als de patiënt de werkelijkheid anders beleeft.

De onvoorselbare klimaatsverandering in de klinische psychiatrie is niet mogelijk geworden door psychotherapie, maar door psychofarmaca. Binnen dit gewijzigde klimaat is nu ruimte gekomen voor nieuwe inzichten en speculaties; het gerechtvaardigde enthousiasme daarvoor mag er niet toe leiden, dat men voor de betekenis van de psychofarmaca zijn kop in het zand steekt. De psychiater gedrage zich niet als de zendeling, die penicilline toedient en vervolgens verklaart dat het gebod tot de ware God voor de genezing heeft gezorgd.

3 – *Het invoeren van alternatieve termen voor woorden als 'patiënt' en 'ziekte' is, wanneer het psychotische stoornissen betreft, misleidend en schadelijk; hetzelfde geldt voor het gebruik van woorden als 'patiënt' en 'therapie' in situaties die het karakter hebben van maatschappelijke hulpverlening* – Een psychose kan ik niet zien als een rollenspel of een verdedigingstactiek, ik kan er alleen maar een ziekte in zien; een ziekte, die in sommige gevallen mede door factoren uit omgeving en gezin veroorzaakt werd, die dan ook de volle aandacht moeten hebben. Ik vind het verkeerd, om dit achter misleidende termen te verbergen: de situatie wordt er alleen maar onduidelijker door en niemand is er bij gebaat. Over het idee, patiënten leerlingen te noemen, schreef Jan Blokker in de Volkskrant: 'De gedachte is, sinds Orwell's dubbeldunk, niet nieuw; noem werklozen arbeidsreserve en de crisis komt nooit meer terug.' – Ik vrees overigens, dat alleen de manische patiënt van u zal willen geloven dat hij gezond is.

Mijn derde stelling heeft ook een keerzijde. De moderne geestelijke gezondheidszorg strekt zich veel verder uit dan tot de behandeling van psychosen en de psychotherapie van neurosen; de grenzen van de psychiatrie worden daarbij steeds vager. Bij het coachen van jongeren, het begeleiden bij levensmoeilijkheden, het beïnvloeden van maatschappelijke verhoudingen, is er van een arts-patiëntrelatie nauwelijks meer sprake. Vertegenwoordigers van andere menswetenschappen dan de medische moeten hier de ruimte krijgen die ze nodig hebben om zich te realiseren. Misschien ontstaat er daarbij behoefte aan een gespecialiseerde psychiater, die een ander soort opleiding vergt, maar die dan ook onder een eigen vlag zal moeten optreden.

4 *Het is te bevorderen, dat los van de psychiatrische ziekenhuizen (centra) instituten ontstaan voor psychiatrische hulpverlening van andere aard* – Welke rol zal het psychiatrisch ziekenhuis bij deze ontwikkeling moeten spelen? Er zal ook bij de laatst bedoelde maatschappelijke zorg behoefte bestaan aan een mogelijkheid tot opvang en intensieve behandeling. Die behandeling zal dan evenwel afgestemd moeten zijn op de specifieke behoeften van de cliënt, behoeften die dikwijls een ander klimaat vereisen dan dat, wat afgestemd is op de behandeling van psychosen. Ik pleit daarom voor verschillend gearde centra. We zagen ze al ontstaan voor forensische psychiatrie, voor verslaafden aan drugs, voor alcoholisten. Ik denk verder b.v. aan crisis-interventiecentra, aan suïcide-units die gekoppeld zijn aan een algemeen ziekenhuis.

Uiteraard moeten al deze instituten worden gecoördineerd. Maar ik word niet zo gelukkig bij de gedachte aan een alzijdig psychiatrisch centrum; deze gedachte lokt mij even weinig aan als het idee, om het bureau voor levens- en gezinsmoeilijkheden onder te brengen bij de psychiatrische polikliniek.

De rol van het psychiatrisch ziekenhuis zal zodoende, naar ik hoop, wat

bescheidener worden; maar het zal helaas niet overbodig worden. Psychosen hebben altijd bestaan, in iedere maatschappijvorm, en overal ter wereld; er is geen reden om te veronderstellen dat dit spoedig zal veranderen, of dat klinisch onderzoek en klinische behandeling er bij zullen kunnen worden gemist. Integendeel is er de laatste jaren juist een geweldig werkterrein bijgekomen: de psychische stoornissen bij bejaarden, — ook al vragen deze voor een deel weer een aparte werksfeer. Maar misschien zegt u tegen al deze mensen: ga vooral niet naar een psychiatrisch ziekenhuis, want daar doen ze het verkeerd, ze beschouwen je als geestesziek en geestesziekten bestaan niet eens, wij weten immers maar al te goed wat je dwars zit. — Ik, op mijn beurt, zou dan tegen hen zeggen met een parafrase op de woorden van John Eccles: als er iemand naar je toekomt die zegt, dat hij begrijpt wat er in je omgaat, geloof hem dan niet.

STELLINGEN VAN W. G. MULDER (SOCIAAL PSYCHIATER)*

- 1 — Sociale psychiatrie is psychiatrie, dat wil zeggen een medisch specialisme.
- 2 — De behandeling in de sociale psychiatrie is gericht op situaties en verhoudingen en niet op individuen.
- 3 — De levensloop van de mens levert een aantal te voorspellen crisissituaties op, die een verhoogd risico op psychische stoornissen geven.

TOELICHTING

De uitspraak dat sociale psychiatrie een medisch specialisme is, verwijst naar het probleem van gezondheid en ziekte, van normaliteit en abnormaliteit.

Nog niet zo lang geleden was ik betrokken bij een discussie over de levensomstandigheden van een huisvrouw met een aantal kinderen in een te kleine woning op driehoog achter in Amsterdam. Naar mijn mening heeft een vrouw in een dergelijke situatie een zwaar bestaan en loopt daardoor een grotere kans psychisch te decompenseren dan onder gunstiger levensomstandigheden.

Een ervaren collega merkte hier tegenover op, dat dit uitsluitend geldt voor psychasthene vrouwen. In feite kwam zijn betoog erop neer dat alleen die mensen klagen die klagen en dat alleen die mensen ziek worden die ziek worden. Als zodanig gaf hij een treffende beschrijving van wat SCHEFF het deterministisch ziektemodel noemt. In dit model wordt ziekte opgevat als een vaststaand, onvermijdelijk voortschrijdend proces dat zich onafhankelijk van de sociale context afspeelt in het lichaam of de constitutie van het individu. Het valt niet te betwisten

* Amsterdam.

dat er dergelijke ziekten bestaan en dan is medisch ingrijpen zonder meer geïndiceerd.

In het verdere verloop van de discussie kwam de vraag aan de orde of het wenselijk zou zijn de sociale en psychiatrische hulp dichter bij de mensen te brengen. Dezelfde collega was hier niet voor. Daardoor zou er een te grote afhankelijkheid ten opzichte van de hulpverlener ontstaan met als mogelijk gevolg daarvan weer een systematisering van een ziekelijk gedragspatroon. De medicus geneest blijkbaar niet alleen; als hij niet oppast maakt hij ziekten of houdt ze op zijn minst in stand. In iedere discussie blijkt, dat de problematiek van gezondheid en ziekte, normaliteit en abnormaliteit twee aspecten vertoont. Er is zowel sprake van een waardebegrip als van een zijnsbegrip. Het gaat erom of een bepaald gedrag aan een norm voldoet of dat het normaal is; of een symptoom moet worden opgevat als een schending van een sociaal bepaalde gedragsnorm of als de uitdrukking van een zonder meer bestaande zijns-werkelijkheid.

Nu is het zijnsbegrip in de psychiatrie betrekkelijk vaag en onzeker. Het psychische uit zich in de eerste plaats in beweging, motief en emotie. Dit zijn allemaal begrippen die iets trachten weer te geven van de zich ontwikkelende en in beweging zijnde persoonlijkheid. Alle 'zijn' in meer statische zin moet dan ook telkens weer vanuit deze beweging worden gerelativeerd. De ernst van de ziekte wordt niet alleen bepaald door de symptomen, maar ook door de wijze waarop arts en patiënt op elkaar inwerken en het sociaal-culturele kader waarin de diagnostiek en de behandeling plaats vinden.

Deze relativering en relationering van het ziektebegrip wordt bevestigd door een aantal bevolkingsonderzoeken. In het Manhattan-onderzoek bij voorbeeld werd in een betrekkelijk willekeurige bevolking bijna 25% ernstige psychische gestoordheid gescoord. Een mens kan blijkbaar vrij veel psychische stoornissen vertonen zonder psychisch ziek te zijn. Dat wil zeggen op voorwaarde dat hij niet onder medische behandeling komt.

Deze dingen worden tegenwoordig, voor zover ik het kan overzien, wel algemeen erkend. Merkwaardig is echter dat tegenover deze relativering van het ziektebegrip een gezondheidsbegrip wordt gehanteerd dat alle kenmerken vertoont van een idealistische zijns-werkelijkheid. De resultaten van het Manhattan-onderzoek en die van naar ik meen Loon op Zand in ons land worden dan ook gebruikt om aan te tonen, hoe ziek de westerse samenleving wel is. Nu wil ik best toegeven dat de westerse cultuur in een ernstige crisissituatie verkeert, maar deze gevolgtrekking is niet aan de bovengenoemde studies te ontleen. De enige conclusie die hieruit terecht naar mijn mening kan worden getrokken, is, dat gezondheid niet mag worden beschouwd als een toestand van absolute harmonie.

Zowel door de arts als door de patiënt wordt gezondheid beschouwd

als de toestand, waarin de mens de vrije beschikking heeft over zijn verstandelijke vermogens, de werkelijkheid zuiver ervaart, een innerlijk welbevinden geniet, een prettig contact kan onderhouden met de medemens en zowel lichamelijk als geestelijk kan genieten en liefhebben. Maar relativering van ziekte houdt onvermijdelijk relativering van gezondheid in. Beide begrippen zijn onverbrekkelijk met elkaar verbonden. Relativering van een onderscheid wil echter nog niet zeggen dat het verschil is opgeheven. Gezondheid en ziekte is niet hetzelfde. Zonder enige twijfel leert de bestudering van ziekteprocessen het een en ander over gezondheid, maar zij wordt er niet door verklaard. CHOMSKY merkt op, dat een belangrijk kenmerk van het normale taalgebruik is gelegen in zijn coherentie en doeltreffendheid in de taalgebruikssituatie. Letterlijk zegt hij in dit verband dat normaal taalgebruik kan worden onderscheiden van het raaskallen van een waanzinnige en van de produktie van een computer die in het wilde weg zinnen maakt. En hij meent dat de vraag: wat maakt dat de mens kan spreken op een manier, die zich steeds weer vernieuwt, die niet wordt beheerst door externe prikkels en die coherent en doeltreffend is, uiteindelijk door de psycholoog en de bioloog onder ogen moet worden gezien en niet kan worden weggepraat met een verwijzing naar 'gewoontevorming', 'conditionering', of 'natuurlijke selectie'.

Een term die op pregnante wijze de relatie tussen ziekte en gezondheid aangeeft is 'crisis'. In de klinische praktijk is de conceptie van de 'breakdown' of crisis als reactie op een ernstige stresssituatie zowel bij neurotici als bij psychotici een bekend verschijnsel. Bij romanschrijvers en dramaturgen daarentegen wordt de crisissituatie meer beschreven als een keerpunt in het leven, waarna de held van het verhaal over onvermoeide krachten en talenten blijkt te beschikken. Crisis kan dan ook worden beschouwd als een voorbijgaande periode die het individu enerzijds gelegenheid biedt als persoonlijkheid te groeien en uit te rijpen, anderzijds een verhoogd risico op psychische stoornissen oplevert.

Erikson onderscheidt in dit verband tussen ontwikkelingscrises die inherent zijn aan de levensloop van de mens en crises als accidenten, die samenhangen met de wisselvalligheden van het menselijk bestaan. Als 'natuurlijke', dat wil zeggen voor vrijwel ieder mens onvermijdelijke crisissituaties moeten worden genoemd de puberteit, het huwelijk, de zwangerschap, de menopauze, de intrede in het leger, het beroep, de school of de universiteit. Sommige van deze situaties zijn verbonden met ingrijpende veranderingen in de sociale rol, terwijl andere meer zijn gekoppeld aan wijzigingen in het interne fysische milieu, met name biochemische verschuivingen. Onder onvoorziene crisistoestanden, die als het ware per accident optreden, moeten worden gerekend ongevallen, ziekten, operaties en verlies van een geliefd persoon door scheiding of dood.

Elk van deze perioden biedt een verhoogde kans op het verwerven van psychische stoornissen. Zo is het een bekend feit, dat de meeste kinderen die naar een medisch-opvoedkundig bureau worden verwezen in de leeftijd verkeren die overeenkomt met het begin van de lagere schooltijd. De overgang van de kleuterschool naar het lager onderwijs is blijkbaar moeilijk te maken. Nu kan men wel doorgaan met het behandelen van kinderen die uit het systeem zijn gevallen, maar het is waarschijnlijker dat de oorzaak van hun falen is gelegen in het feit dat de overgang van het ene type onderwijs in het andere voor een bepaald percentage kinderen eenvoudigweg te groot is. Dezelfde problematiek treft men aan bij de andere onderwijssystemen. Het lijkt dan ook nuttiger iets aan deze systemen te doen in plaats van stug door te gaan met het behandelen, dat wil zeggen, tot patiënt maken van de slachtoffers van de onderwijsstructuur.

Een ander voorbeeld is te ontleen aan de problematiek van de druggebruikers. Een zeker percentage van de druggebruikers komt tot deze gewoonte om de moeilijkheden van de adolescentieperiode het hoofd te bieden. Het is een ingewikkelde en niet verkieslijke manier om volwassen te worden en grotendeels het gevolg van het feit dat er van een jeugdbeleid in onze samenleving vrijwel niets te bespeuren valt. In elk geval is een strikt medische aanpak alléén volmaakt onvoldoende en zelfs schadelijk.

Dat betekent niet dat er op dit gebied geen verslavingssyndromen voorkomen die een medische behandeling rechtvaardigen. Mijn betoog is er niet op gericht te ontkennen dat er ziekten bestaan die medisch ingrijpen vergen. Maar vooral de psychiater moet doordrongen zijn van het feit dat psychische symptomen de uitdrukking kunnen zijn van sociaal-culturele mistoestanden. De tijd lijkt rijp, dat hij de sociale rol van medische politieagent, die hem zoveel jaren door de samenleving is opgedrongen, kan inwisselen voor een attitude die meer gericht is op een kritische beschouwing van de sociaal-culturele verhoudingen. In de terminologie van SCHEFF betekent dit, dat hij even benauwd moet zijn ziekte over het hoofd te zien als ten onrechte ziekte te constateren.

Deze laatste uitspraak is niet zo vanzelfsprekend als op het eerste gezicht lijkt. Het is gebleken dat in ruim duizend behandelde gevallen van alcoholisme in de Jellinekkliniek te Amsterdam ongeveer 60% na één of tweemaal te zijn opgenomen hun alcoholproblematiek te boven zijn gekomen. De overige 40% recidiveert voortdurend. Het merkwaardige is nu, dat iedereen zich werpt op de 60%, of het nu alcoholisten, neurotici of psychotici betreft, terwijl het percentage dat méér weerstanden oplevert aan de therapie door vrijwel iedereen haast letterlijk het bos in wordt gestuurd.

Dit wordt duidelijk geïllustreerd door de ervaringen van Weyel en Rümke. WEYEL vermeldt dat van zijn spreekuurpopulatie ongeveer 60% tot de 'gewone' gevallen moet worden gerekend. Dat zijn mensen

die om een of andere reden in de knel zijn geraakt en onder de druk van de omstandigheden klachten van nerveuze aard vertoonden. RÜMKE, die de gegevens van de eerste 60 in december 1930 door hem behandelde patiënten nader beschouwde, kwam tot de conclusie dat 30 patiënten, dat wil zeggen 50% nauwelijks met een psychiatrische diagnose waren te omschrijven. Het gaat bij Rümke inderdaad ook grotendeels om mensen die te kampen hebben met moeilijkheden in het werk en vooral om diegenen die niet opgewassen zijn tegen de verwickelingen en de taak van het huwelijk.

SUMMARY

- 1 — *Social psychiatry is psychiatry, that is to say, it is a medical specialism.*
- 2 — *Treatment in social psychiatry should be focused on situations and relations and not on individuals.*
- 3 — *The human course of life produces a number of predictable crisis situations with an increased risk at psychical disturbances.*

LITERATUUR

- | | |
|----------------|--|
| Chomsky, N. | <i>Language and mind.</i> Ned. Vertaling: <i>Taal en mens.</i> van Loghum Slaterus - Deventer 1970. |
| Rümke, H. C. | 'Psychiatrie in de spreekkamer en Geestelijke hygiëne' in: <i>Studies en voordrachten over psychiatrie</i> blz. 309 Scheltema en Holkema - Amsterdam 1948. |
| Scheff, Th. J. | <i>Being mentally ill, a sociological theory.</i> Aldine - Chicago 1965. |
| Weyel, J. A. | <i>De mensen hebben geen leven.</i> De Erven Bohn - Haarlem 1970. |

SAMENVATTING VAN DE DISCUSSIE DOOR DR. W. J. SENGERS TE ROTTERDAM

1 *Opmerking vooraf* — De inleiders hebben met de toelichting op hun stellingen een zo lange reeks problemen aangewezen, dat daarop tijdens de vijf kwartier discussietijd onmogelijk diep kon worden ingegaan. Het hier volgende overzicht kan dan ook niet meer zijn dan een inventarisatie van onderwerpen waarvoor, buiten het door de inleiders opgemerkte, door een betrekkelijk klein aantal (14) uit de ongeveer 300 aanwezigen nader aandacht werd gevraagd.

2 *Overzicht van de problematiek* — 'Psychiatrie in discussie' bleek tijdens deze vergadering voornamelijk betrekking te hebben op de volgende vier aspecten: wetenschap en wetenschappelijk onderzoek, beroepsuitoefening, opleiding, verenigingstaken.

a *Wetenschap en onderzoek* — Gewezen werd op de betekenis voor de

psychiatrie van biologische wetenschappen, gedragswetenschappen (w.o. ecologische aspecten), maatschappijwetenschappen, taalwetenschappen en de filosofie. Met name kwam de noodzaak naar voren van een kritische bezinning op de in de psychiatrie gebruikelijke grondconcepten zoals de begrippen gezondheid, ziekte en stoornis: de criteria; de zgn. ziektemodellen: bv. medisch versus relatiemodel; theorieën over de (on) voorwaardelijke correlatie tussen organiciteit en gedrag). Onmiddellijk hierbij aansluitend deed zich de vraag voor naar de wijze van samenwerking tussen de genoemde disciplines, wat de psychiater zich van deze wetenschappen eigen zal moeten maken en wat hij van deze hulpwetenschappen wel en niet zal kunnen verwachten. Op wel alle deelgebieden van de psychiatrie bestaat de behoefte aan wetenschappelijk onderzoek. Te weinig is bekend wat er binnen het Nederlandse taalgebied aan wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot de psychiatrie gedaan wordt.

b Beroepsuitoefening — Onder dit aspect kunnen de opmerkingen samengebracht worden die betrekking hebben op de rol van de psychiater als hulpverlener enerzijds, op vraagstukken die samenhangen met zijn plaats binnen de (geestelijke) gezondheidszorg als georganiseerd sociaal-politiek systeem anderzijds. Wat de hulpverlening betreft gaat het om reflectie op ons zelf (m.n. onze attitude als persoon en als beroepsbeoefenaar), om de relatie tot de patiënten (c.q. het patiëntensysteem), de samenwerkingsvormen met andere werkers binnen de geestelijke gezondheidszorg en om de vraag of wij niet naast de eigenlijke op individu of kleine groep gerichte zorg evenzeer een taak hebben ten aanzien van ziekmakende of risicoverhogende samenlevingsstructuren (sociatrie). Politieke stellingname hangt hier nauw mee samen. Wat betreft de gezondheidszorg als systeem kwamen kwesties als het al dan niet nationaliseren (en zo ja, hoe?), de financiering der gezondheidswerkers, problemen aangaande het overleg met ziekenfondsorganisaties en de financiering van nieuwe taken zoals mental health consultation, aan de orde. Ter vergadering werd een motie ingediend waarin tot uitdrukking kwam dat het kunnen aantrekken van psychologen en maatschappelijk werkers van groter belang is dan een uitbreiding van de z.g. 45-urenregeling psychotherapie.

c Opleidingen — Een vraag was of de psychiater een specialist zoals de andere moet zijn, of dat hij meer op één lijn met de huisartsen moet staan. Hiermee samenhangend zijn de problemen met betrekking tot het opleidingspakket tijdens de specialisatie, m.n. of daarin niet een nadere differentiatie aangewezen raakt. Een relevant probleem was ook de kwestie hoe groot de behoefte aan psychiaters (en welke psychiaters?) heden ten dage is. Daarnaast is er het probleem van de bijdrage vanuit de psychiatrie aan andere opleidingen van gezondheids- en welzijnszorg.

d Verenigingstaken — Van groot belang werd geacht dat de psychiaters als verenigde groep uitspraken zouden doen over actuele maatschappe-

lijke problemen die de geestelijke gezondheidszorg nauw raken zoals abortus, wetgeving, de huidige situatie op de Inspectie enz. Bij herhaling werd gewezen op de onmondigheid die voortvloeit uit de huidige verouderde verenigingsstructuur. Ook werd aandacht gevraagd voor een betere coördinatie van de werkzaamheden der afdelingssecties ten opzichte van die van de afdeling als geheel.

3 *Conclusies* — I Wat in deze afdelingsvergadering aan de orde gesteld is over de hedendaagse psychiatrie in Nederland, blijkt een grote belangstelling van de zijde der leden te hebben. Het afdelingsbestuur zal zich op de consequenties daarvan moeten beraden.

II — Niemand van de aanwezigen heeft de noodzaak van het multiconditionele denken en handelen ontkend. Men zou daarom kunnen zeggen dat Rümke's betrekkingssysteem in volle bloei is. De centrale problematiek lijkt thans het fundamentele denken over de in de psychiatrie gebruikelijke begrippen en modellen.

III — Als men ervan uitgaat dat veranderingen binnen de onder 2 genoemde aspecten noodzakelijk zijn, dan is nog niet duidelijk geworden welke de alternatieven zijn en hoe die bereikt kunnen worden. Hiervoor zullen nog andere middelen dan plenaire bijeenkomsten zoals op deze dag gevonden moeten worden.