

INTERNISTISCHE ERVARINGEN UIT EEN PSYCHIATRISCHE INRICHTING

door Dr. F. M. MEIJERS, internist te Diepenveen

In het Tijdschrift voor Psychiatrie van oktober 1972 staan enige ontboezemingen over een psychiatrie die, in de branding van dit culturele overgangstijdperk, nogal moeite lijkt te hebben om niet te kapseizen. Daarin komen alleen psychiaters of a.s. psychiaters aan het woord. Misschien is het ook aan een buitenstaander, ex-internist aan een psychiatrische inrichting, toegestaan om *zijn* duit in het zakje te gooien. Aangezien hij zich, evenals de huisarts rekent tot het befaamde 1e echelon in de psychiatrie, mag hij daarop ook wel enige aanspraak maken. Temeer omdat hij in de loop van een 7-jarige ervaring er meer en meer van overtuigd is geraakt dat somatiek en psychiatrie dikwijls veel nauwer met elkaar verstrengeld zijn dan hij eerder had vermoed; en hij durft daaraan thans toe te voegen: ook veel nauwer dan de psychiater blijkbaar vermoedt.

Uit de aard der zaak kan hier in hoofdzaak slechts gesproken worden uit een begrensde persoonlijke ervaring, zij het ook hier en daar gelardeerd met de uitkomsten van gedachtenwisselingen met anderen. Ik zal dan maar voorbijgaan aan het feit dat de internist in de psychiatrische inrichting tevens klusjesman is die zich mag bezighouden met haemorrhoiden, strontjes in het oog, beenzweren en dergelijke zaken. Ik heb dat gaarne in de koop meegenomen. Mijn eigenlijke taak begon met het zgn. algemeen lichamelijke onderzoek van de pas opgenomen patiënten. Ik moet daar onmiddellijk aan toevoegen, dat die nogal eens arriveren met een vracht geneesmiddelen (voor de somatiek) van elders, maar zonder behoorlijke en dikwijls geheel zonder inlichtingen. De strijd die ik daar zeven lange jaren tegen gestreden heb, heb ik glansrijk verloren. Naast dat algemeen lichamelijk onderzoek werden er als routine bij iedereen een aantal 'zekeringen' aangelegd. Behalve urine-onderzoek en luesreacties, noem ik: Hb, BSE, leucocyten, nuchtere bloedsuiker, creatinine, totaal bloedeiwit, alkalische fosfatase, thymoltest, cholesterol. En natuurlijk ook een thoraxfoto. Andere onderzoeken gebeurden alleen op (nogal ruime) indicatie. Alles bij elkaar genomen kwam er dan al veel vaker iets abnormaals uit de bus dan ik had verwacht. Het is echter een hele andere vraag in hoeverre vondsten die van het normale afwijken, ook pathologisch genoemd mogen worden. Soms bleken zij van snel voorbijgaande aard te zijn. Dat komt vooral veel voor bij bejaarden en het heeft mij soms veel hoofdbrekens gekost. Zonder in details te willen treden komt men op die manier toch niet al te zelden op het spoor van klachtenvrije chronische urineweginfecties achter welke het een of ander nierlijden schuil blijkt te gaan, achter nephrogene hypertensies, lever- of galwegenaandoeningen, foliumzuur

deficiënties, lichte hypo- of hyperthyreoïdieën, Klinefeltersyndromen, diabetes mellitus enz. Hier mag ik ook niet vergeten om iatrogene aandoeningen van velerlei aard apart te noemen. Men moet dus steeds op zijn 'qui vive' blijven en temeer waar de anamnese vaak onbetrouwbaar is of geheel in de steek laat. Voor wie uit het voorgaande de indruk mocht krijgen van het zoeken naar een speld in een hooiberg, kan ik alleen maar daartegen inbrengen, dat die hooiberg toch meer spelden bevat dan men zou denken. Bijzonder boeiend is het als men ziet hoe een verbetering in de somatiek een gunstige invloed lijkt te hebben op het psychiatrische beeld. Datzelfde is het geval bij pogingen om uiteen te rafelen wat bij een patiënt puur tot het psychiatrische beeld behoort en wat er overblijft aan 'naakte' somatiek. Zo is het mij enkele malen gelukt om bij een astmalijder de daarop betrekking hebbende medicatie — en dat is soms nogal wat! — langzaam af te breken zonder schadelijke gevolgen. Ik denk ook aan een 'gestoorde' patiënt met een alcoholische levercirrhose, welke hem soms in de buurt van een coma hepaticum had gebracht, tot het staken van de psychiatrische medicatie (Serenase) in enkele dagen een ander mens van hem maakte. Een enkele maal loopt men ook tegen patiënten aan die helemaal niet in een psychiatrische inrichting thuis horen, maar die zich op het eerste gezicht als psychiatrisch presenteren: een pre-coma uraemium onder een verwardheidsbeeld; een emphysematicus die hallucineerde mede door zijn cor pulmonale en/of zijn respiratoire acidose. Tenslotte, maar zeker niet ten laatste, ben ik nogal onder de indruk gekomen van de ongewenste nevenwerkingen van sommige psychofarmaca. De prijs, die er betaald moet worden — die de patiënt betaalt — voor hun overigens niet te missen invloed is soms toch wel erg hoog.

Ik ben zo langzamerhand genaderd tot het meest delicate deel van dit opstel: de respons op dit alles van de psychiater. Dat was een verbijsterende ervaring waarover ik heel wat hoofdbrekens heb gehad, om maar te zwijgen over gevoelens van gefrustreerdheid. R. Horst schrijft in dit tijdschrift (juli/augustus '72) op pagina 277 over de psychiatrie o.a.: 'Ook is zij langzamerhand vervreemd van alle bèta-wetenschappen'. Ik ben het daar volledig mee eens, met dien verstande dat het evenzeer een groot en vermoedelijk toenemend aantal psychiaters treft. Ik kan niet nalaten hier enkele voorbeelden te geven.

Omstreeks zes jaar geleden behandelde ik een epileptica die een megaloblastaire anaemie had ontwikkeld tengevolge van de therapie met anti-convulsiva. Toen ik dat met een wat kinderlijke trots aan de psychiater vertelde, raadde die mij dringend aan om dat geval te publiceren. En toen ik hem zei, dat deze zaak al sinds 1952 bekend is, kreeg ik ten antwoord: 'Ik ben er van overtuigd dat geen 10% van de psychiaters dat weet'. Tweede voorbeeld: Tijdens een patiëntenbespreking (waarbij ik alleen aanwezig ben als ik meen dat er ook iets somatisch

aan de hand is, dat voor de psychiatrische therapie van belang kan zijn) werd een man besproken die leed aan het syndroom van Klinefelter. Dat was duidelijk terra incognita, het maakte nauwelijks indruk en het leek mij, dat het ook niet de minste verandering bracht in de bepaling van het therapeutisch beleid. Toen ik daarover later eens mijn verwondering uitsprak tegenover een psychiater elders, kreeg ik ten antwoord dat de psychiatrie met zo een diagnose op zich niets beginnen kan. Dat is mij nog steeds onbegrijpelijk, in aanmerking genomen: 1 – dat deze patiënten hoogstwaarschijnlijk aan een meer of minder sterk uitgesproken debilitas mentis lijden, 2 – dat een seksuele problematiek bij hen vermoedelijk een grote rol zal spelen en 3 – dat er *daardoor* allerhand contactstoornissen kunnen ontstaan in het sociale vlak. Dat deze mensen niet een individuele therapeutische aanpak van node zouden hebben, maar door dezelfde molen gaan als alle anderen, dat wil er bij mij toch niet goed in.

Zo zou ik, zij het ook met wat minder sterk uitgesproken voorbeelden, nog enige tijd kunnen doorgaan. Het is nog een geluk, dat er in de psychiatrie een vuistregel schijnt te bestaan die zegt: 'De somatiek gaat vóór'. Maar daarmee is de kous toch niet af. Dit is wezenlijke psychosomatiek of 'somato-psychiek'. Naar het mij voorkomt wezenlijker dan de man met maagpijn die blijkt niets aan zijn maag te mankeren. Overigens heb ik bij anorexia nervosa nog wel eens inbreuk zien maken op die vuistregel.

Ik zei al, dat de patiënt dikwijls toch een erg hoge prijs moet betalen voor de psychiatrische medicatie. Ik wil het gebruik van de psychofarmaca geenszins wegwuiven als het leggen van een rookgordijn waar achter het essentiële toch maar verborgen zou blijven en onaangepast. Maar ook hier komt de vervreemding van de bèta-wetenschappen bij de psychiaters in het spel. Met name hun vervreemding van de farmacologie en de farmaco-dynamiek in het bijzonder. Ik bevind mij hier op glad ijs omdat ik op dat punt van de psycho-farmaca zelf zo goed als niets weet. Bovendien heb ik de indruk dat er nog te weinig van bekend is waaraan men voor de praktijk voldoende houvast heeft. Maar ik sta toch wel vreemd te kijken als ik zie hoe het geenszins een uitzondering is dat er bij één patiënt 3-5 psycho-farmaca op elkaar gestapeld worden. Blijkbaar zonder een al te duidelijke voorstelling – bestaat die überhaupt? – van hun onderling synergisme of antagonisme. En verder, zonder dat er individueel en systematisch gewerkt wordt met insluipings-, respectievelijk uitsluipingsmethoden en zonder een voortdurend alert zijn op schadelijke nevenwerkingen. Eerlijkheidshalve moet ik hieraan toevoegen dat wij somatici op dit punt evenmin vrijuit gaan. O. Wade: 'Adverse reactions to drugs' behoort dagelijks onder de hand te liggen van elke medicus die geneesmiddelen voorschrijft. Eigenlijk moest er aan iedere psychiatrische inrichting minstens één arts-psychiater (of neuroloog?) verbonden zijn die op dit punt een speciale opleiding

heeft ondergaan en er ook belangstelling voor heeft behouden.

In het voorgaande heb ik mij zoveel mogelijk beperkt tot zaken die de internist direct raken. De geheel andere patiënt-arts relatie bij de somatiek, vergeleken met die in de psychiatrie heb ik bewust achterwege gelaten. Evenzeer als een aantal andere zaken welke de somatiek in het geheel niet raken maar die ik voor de psychiater van eminent belang acht. Dat zou hier veel te ver voeren en ik ben er waarschijnlijk ook niet genoeg deskundig in. Intussen ben ik er wel van overtuigd geraakt dat de psychiatrie in beginsel niet of nauwelijks meer thuis hoort in de faculteit der geneeskunde, maar veeleer in die van de 'menswetenschappen'.

Samenvatting — Er wordt een algemeen beeld gegeven van wat de internist wacht die werkzaam is in een psychiatrische inrichting. Dat beeld wordt geïllustreerd met enkele voorbeelden. Er wordt iets dieper ingegaan op het feit dat, niet alleen de psychiatrie, maar ook de psychiater vervreemd is geraakt van de somatische geneeskunde.

De mening wordt uitgesproken dat de psychiatrie in beginsel niet meer thuishoort in de faculteit der geneeskunde, maar in die der menswetenschappen. Het hanteren van psychofarmaca zal begeleid moeten worden door artsen, die daarvoor een speciale opleiding hebben genoten.

SUMMARY

AN INTERNISTS' EXPERIENCES IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL

A general survey is given of what an internist belonging to the staff of a psychiatric hospital may expect concerning more or less hidden somatic abnormalities and diseases. A number of examples illustrate this view. Emphasis is laid on the opinion that not only psychiatry, but also the psychiatrist has become alienated from somatic medicine and its basic sciences in general. Psychiatric perse does not any more belong to the faculty of medicine but to the faculty of the 'human' sciences (psychology, sociology, andragogy). Therapy with psychopharmaca needs supervision of a physician (preferentially a neurologist) who has received a specific training.