

Elektroshock, tussen hoogspanning en kortsluiting

door J. Hofman

Wie zich ooit heeft verdiept in de misschien niet zo wetenschappelijke, maar zeer lezenswaardige publikaties van collega Conan Doyle, zal zich herinneren dat zijn onnavolgbare schepping Sherlock Holmes gedreven werd door de overtuiging, dat het grote zich in het kleine manifesteert. Men hoeft overigens niet de naam van deze grote detective te dragen om te weten dat dit verschijnsel vrij veel voorkomt. Met name in de sfeer van de ideologisch bepaalde conflicten komt het regelmatig voor dat een veelomvattend complex van normen en visies wordt verdicht tot een enkel duidelijk omschreven en herkenbaar element dat, alsof het geheel op zichzelf staat, in de strijd wordt geworpen. In de actualiteit vinden we daarvan treffende voorbeelden. Te denken valt aan de controversen rond de abortuskwestie, waar verschillende levensbeschouwingen in al hun complexiteit botsen, terwijl ook, maar dan op veel navranter wijze, de RAF een vergelijkbare functie vervult. Het detail dus is nooit detail alleen. Zij staat model en is symbool. Haar waarde wordt in hoge mate bepaald door datgene wat zij representeert.

Deze en soortgelijke gedachten drongen zich aan mij op, toen ik geconfronteerd met de controversen rond de ECT-behandeling, trachtte mijn positie te bepalen in het grote gebied dat zich uitstrekt tussen de voor- en tegenstanders van deze behandelingswijze. Daarbij stond, zoals uit het voorgaande kan worden begrepen, de vraag centraal: worden de bezwaren tegen ECT uitsluitend bepaald door de aard van deze therapievorm als zodanig of moet men haar zien als een uitingsvorm van een dieperliggend en algemener conflict, waarin een afwijzing van wat ik voor het gemak maar even wil noemen 'de medische psychiatrie' in het geding is?

Iets minder polariserend (en polemiserend) stelde ik mij tenslotte de vraag: in hoeverre moeten de bezwaren tegen ECT worden gezien als een manifestatie van de op zijn minst sluimerende controverse medisch model/sociaal model.

Laat ik vooropstellen niet de illusie te koesteren deze vraag zonder meer te kunnen beantwoorden, al is het alleen maar omdat zij voor een ieder die zich een oordeel over de betreffende materie vormt, anders beantwoord moet worden. Dit sluit evenwel niet uit dat men terwille van een evenwichtige oordeelsvorming althans moet trach-

ten enig inzicht te krijgen in alle denkbare factoren, die binnen een bestaande controverse van betekenis kunnen zijn. Dat men daarbij een scheiding van eigenlijke en oneigenlijke argumenten, of beter misschien een kwaliteitsgradatie van argumenten nastreeft, spreekt wel vanzelf. Om tot een beoordeling van de eerder gestelde vraag te komen, lijkt een benadering vanuit een beperkt historisch perspectief zinvol. Bezien we de ontwikkeling van de psychiatrie over een betrekkelijk willekeurig gekozen tijdsperiode van 10 jaar, dan kan naast het vele andere wat heeft plaatsgevonden, worden gezegd dat de rol van de traditionele psychiater wat bescheidener is geworden. Misschien is het beter te zeggen: wat beperkter; van 'allesweter' is hij geworden tot deskundige, met inachtneming van de grenzen, die nu eenmaal aan deskundigheid zijn gesteld.

De positieverandering van de psychiater wordt in sterke mate bepaald door het feit dat niet medisch geschoolde, doch anderszins op de menswetenschappen georiënteerde disciplines een belangrijke plaats in het veld van de geestelijke volksgezondheid zijn gaan innemen. Bovendien is het terrein van psychiatrische bemoeienissen verbreed, met name in die zin, dat zij zich in toenemende mate is gaan bezighouden met vormen van psychosociale problematiek, waarvoor een meer medisch georiënteerde aanpak minder relevant is, althans ter discussie staat, hetgeen tot gevolg heeft, dat de psychiater op deze terreinen veelal vervangbaar is, of op zijn minst vervangbaar wordt geacht.

Daarnaast heeft de opleiding tot psychiater zich, mede door de loskoppeling van de neurologie, in een richting geëvolueerd, waarin het accent relatief minder dan voorheen op de somatische aspecten van ziekten of stoornissen ligt. Genoemde factoren leiden tot een dusdanige versmalling van de somatische- en nosologische inbreng c.q. benaderingswijze dat zij niet alleen in de werkwijze van vele psychiaters niet of nauwelijks meer herkenbaar is, maar er bovendien toe bijdraagt dat bij velen de vraag rijst of zij binnen de psychiatrie nog wel enig noemenswaardig bestaansrecht heeft. Het stellen van deze vraag hangt samen met het besef dat het juist deze medische aspecten zijn, die de psychiater een unieke sleutelpositie in het veld van de geestelijke volksgezondheid verschaffen, omdat de daarvan deel uitmakende behandelingswijzen de enige zijn, waarbij met kracht van wet de bevoegdheid is vastgelegd. Bedenken wij bovendien dat de psychiater, mogelijk mede door zijn optreden, wordt gezien als een vertegenwoordiger van de niet zelden als autoritair en elitair beleefde 'medische stand', hetgeen ook tot uitdrukking komt in of bevestigd wordt door zijn vaak leidende positie en gemiddeld hoger inkomen, dan mag het geen verbazing wekken, dat er een sfeer van wantrouwen kan ontstaan, die extra wordt versterkt door een algemeen maatschappelijk klimaat, waarin begrippen als 'autoriteit' en 'deskundigheid' wel een zeer negatief etiket krijgen opgeplakt en waarin met name het 'geneesherendom' aan een spervuur van kritiek wordt blootgesteld. Voegen wij daarbij, dat de arbeidsmarkt voor niet medische maar anderszins potentiële werkers in de geestelijke gezondheidszorg verre van

rooskleurig is, dan behoeft men geen profet te zijn om te voorspellen, waartoe dit leidt, nl. een aanval op de laatste post waarop het alleenrecht van de psychiater steunt, zijn medische kennis en bevoegdheid. De controverse medisch model/sociaal model is van deze situatie niet los te denken. Op deze controverse zelf wil ik verder niet ingaan, althans niet verder dan met de misschien wat lapidaire opmerking nog nooit een psychiater ontmoet te hebben die uitsluitend het medisch model hanteert, in welke van de vele betekenissen dan ook gebruikt. Wel wil ik er nog aan toevoegen een parallel te zien aan een meer algemene maatschappelijk polariserende tendens, in zoverre dat het begrippenpaar medisch model/sociaal model gevoelsmatige relaties vertoont met tegenstellingen zoals rechts-links, autoritair-permissief, hard-soft en zelfs kwaad-goed. Terwille van de duidelijkheid moet ik er nog aan toevoegen, dat niet zozeer de medische kennis van de psychiater als zodanig ter discussie staat maar de relevantie van deze kennis gegeven het arbeidsveld.

Van belang is nu, om ons af te vragen, hoe de psychiater op dit alles reageert. In de eerste plaats moet dan worden gesteld, dat 'de psychiaters' geen gesloten front vormen. Onder haar geledingen treft men fervente voorstanders van het sociaal model aan. Op het eerste gezicht mag dit misschien enige verbazing wekken, al doende hangt men immers een lange, inspannende en kostbare opleiding min of meer aan de wilgen, maar het feit bestaat nu eenmaal en moet zelfs in principe verklaarbaar zijn. Laat ik wat dat betreft met enkele opmerkingen volstaan.

Hoewel daar de laatste jaren gelukkig wel enige verandering in is gekomen, is de medische opleiding overwegend natuurwetenschappelijk gericht. De wat objectiverende houding die daarbij past en vaak door de behoefte tot afweer en ontkenning wordt versterkt, kan, wanneer het stadium van de concrete patiëntenconfrontatie is bereikt, als afstotend worden ervaren, wanneer zij gesteld wordt naast het lijden van patiënten of hun meer algemene levensproblematiek, al of niet mede bepaald door het ziek zijn. Enerzijds kan dit leiden tot een intense belangstelling voor de (schijnbaar) verwaarloosde psychosociale aspecten van het ziek zijn, anderzijds tot een verwerping van het als inhumain ervaren eenzijdig natuurwetenschappelijk denken, min of meer met voorbijzien aan de vraag, waarvan het belang van de patiënt afhankelijk is.

Een ander aspect van de medische opleiding is de voor velen belangstige nabijheid van de (zieke) medemens in zijn fysieke hoedanigheid. Aanrakingstaboes en angst iemand zijn lichamelijke integriteit te doorbreken, zeker ook ten dele cultureel bepaald, spelen daarbij een belangrijke rol. In een vergadering van een onderwijscommissie van de Medische Faculteit te Utrecht kwam deze materie onlangs nog eens aan de orde en het viel mij op hoe eenstemmig bijna alle docenten waren in het onderkennen van dit klaarlijk voor vele studenten bestaande probleem.

Men kan zich voorstellen dat genoemde ervaringen mede bepalend zijn voor het kiezen van het specialisme psychiatrie, het minst

medische van alle specialismen. Dit is niet zo maar een slag in de lucht, doch een neerslag van vele gesprekken die ik met psychiaters in opleiding heb gevoerd, meestal naar aanleiding van situaties, waarbij de indruk bestond, dat om andere dan louter medisch-psychiatrische redenen, al of niet met rationalisaties omkleed, het lichamelijk onderzoek werd vermeden. Het behoeft verder wel geen betoog, dat in vele vormen van psychiatrisch werkzaam zijn het lichamelijk onderzoek goeddeels geëlimineerd is. Dit kan ertoe leiden dat het substraat gerichte denken nog meer vervaagd of verdrongen wordt. Voelt men daarnaast toch de behoefte zichzelf te zien als een algemeen psychiater, althans iemand die het vak in zijn totaliteit beheerst, dan leidt dit tot de overtuiging geworden wensgedachte, dat lichamelijke factoren, c.q. onderzoeken, c.q. behandelingswijzen voor 'de psychiatrie' geen of weinig relevantie meer hebben. Dat men zich op dat terrein ook niet meer competent voelt, zal deze overtuiging niet zelden versterken, temeer ook omdat de confrontatie met een eventueel nuttig rendement niet of zelden plaatsvindt. Overschrijdt het aantal psychiaters, waarvoor de bovengenoemde situatie geldt een zeker minimum, dan vormen zij een groep of, afhankelijk van hun intenties, een beweging, waarbinnen, zoals trouwens in alle groepen, het mechanisme van onderlinge versterking en rechtvaardiging van de standpunten in werking treedt. Er ontstaat dan een patroon waarin bijvoorbeeld een overigens niet altijd onterechte afwijzing van het gebruik van psychofarmaca herkenbaar wordt. Een afwijzing van ECT past eveneens in dit patroon, temeer ook omdat men daar nog schijnbaar sterkere argumenten tegen kan aanvoeren, die bovendien worden ondersteund door opvattingen van een breder publiek (dat op zijn beurt weer de invloeden ondergaat van de standpunten van deskundigen). Zoals dat zo vaak gebeurt, dreigt in een dergelijke vicieuze cirkel, gelardeerd met complexe processen van wederkerige bevestigingen het kritisch denken tot een benauwend dieptepunt te dalen. Laten we er overigens geen doekjes om winden, het woord 'shock' met alle denkbare negatieve associaties, is ook niet direct een term, waarvan men, zeker niet vanuit een onbevangen positie, als vanzelfsprekend alle heil verwacht. Wordt men bovendien primair of uitsluitend afhankelijk van de rol van bepaalde informatiemedia, te denken valt aan films als 'Een Kind van de zon' of 'One flew over the Cuckoo's Nest', of televisieprogramma's, waarin bijvoorbeeld geshockte patiënten aan het woord komen, dan mag worden verwacht dat een bestaande emotionele afwijzing door de al of niet verdraaide feiten wordt bekrachtigd.

Ten aanzien van geïnterviewde patiënten, die mededelen dat zij als gevolg van ECT ernstig zijn verslechterd, zou ik nog een enkele opmerking willen maken. Het is een algemene menselijke eigenschap, dat men zijn al dan niet vermeende falen, vooral als daarbij schuldgevoelens in het geding zijn, tracht toe te schrijven aan externe factoren, althans factoren waarvoor men niet verantwoordelijk kan worden gesteld. Het lijkt mij redelijk te veronderstellen, dat deze eigenschap ook voor 'psychiatrische patiënten' geldt, mis-

schien zelfs wel in sterkere mate. Het is immers bekend dat m.n. depressieve mensen niet zelden of mogelijk bijna als regel in sterke mate aan schuldgevoelens lijden en dat zij deze trachten te delgen door de oorzaak van hun eventuele dysfunctioneren toe te schrijven aan een behandelingswijze, die op zijn zachtst gezegd ter discussie staat, is dan ook zeer begrijpelijk. Daarmede is overigens niet gezegd dat men hun mededelingen niet serieus moet nemen, alleen maar dat men genoemd mechanisme niet over het hoofd mag zien. Een ander complex van bezwaren hangt zonder twijfel samen met onze onwetendheid over het werkingsmechanisme van ECT en een bijna instinctieve afkeer van manipulaties aan het brein, dat in meer dan louter materiële zin het specifieke menselijke vertegenwoordigt en symboliseert. Dit resulteert in een angst onherstelbare schade aan te richten.

Alles overziende mag het geen verbazing wekken, dat velen, waaronder artsen, patiënten en anderszins professioneel betrokkenen, ECT ervaren als wreed, dehumaniserend, ouderwets, repressief en associëren met een ambiance van gesloten deuren, steriele klinieken of sombere gestichten, waarin streng autoritaire principes worden gehandhaafd, mede omdat zij zich aan de controle van de gemeenschap (kunnen) onttrekken. Er ontstaat dan een sfeer van afwijzing, die treffend wordt geïllustreerd door een artikel in de *American Journal of Psychiatry* van juni 1975 (*Depression: Schism in Contemporary Psychiatry* van A. M. d'Agostino), waarin de auteur, zelf psychiatrisch assistent, de lotgevallen van zijn vader beschrijft, wanneer deze als gevolg van een involutiedepressie in de mallemlolen van de psychiatrie belandt. Ondanks kortere of langere opnameperioden in 3 verschillende psychiatrische ziekenhuizen van uitstekende reputatie, waar hij werd behandeld met psychotherapie, gezinstherapie, farmacotherapie en volgens principes van de 'community psychiatry', werd de toestand alleen maar slechter. In alle gevallen werd het slechte therapeutische resultaat toegeschreven aan gebrek aan motivatie. Tenslotte nam de echtgenote het heft in handen en liet haar man, tegen de uitdrukkelijke wens van haar zoon, de auteur, in, opnemen in een ziekenhuis van marginale reputatie, waar men alras besloot tot ECT en bovendien de wijsheid had, een bestaande reserpinemedicatie (i.v.m. hypertensie) te beëindigen. Het resultaat was een dramatisch herstel van blijvende aard. De auteur maakt ons deelgenoot van zijn verbazing, in laatste instantie niet zozeer om het therapeutische resultaat, als wel om de confrontatie met de wijze waarop hij klaarblijkelijk was geïndoctrineerd door een algemeen klimaat van afwijzing van een dergelijke behandelingswijze. Laatstgenoemd punt lijkt mij overigens ook het belangrijkste thema van het artikel, medisch gezien heeft het slechts de beperkte waarde van iedere exemplarische casuïstiek; zo is het in het gegeven geval een open vraag of en in hoeverre er een relatie bestaat tussen ECT en remissie. Denkbaar is immers, dat het vooral het termineren van de reserpinemedicatie is geweest, waaraan het herstel moet worden toegeschreven, terwijl in principe ook een spontaan herstel kan zijn opgetreden, al of niet beïnvloed door

de beëindiging van inadequate of mogelijk averechts werkende be-
moeienissen in de psychotherapeutische sfeer.

In het voorgaande zijn enkele overwegingen naar voren gekomen
met betrekking tot de vraag of er factoren zijn te vinden die op on-
eigenlijke wijze medebepalend kunnen zijn voor een negatieve hou-
ding t.a.v. ECT.

Wat betreft de voorstanders van ECT dient men redelijkerwijs even-
eens deze vraag te stellen, al lijkt deze op dit moment minder ac-
tueel, vooral daarom, omdat emoties een aanzienlijk belangrijker
aandeel lijken te hebben in de aanval dan in de verdediging. Dit
sluit evenwel niet uit, dat de verdedigers, althans voor zover het
diegenen betreft die deze behandeling in principe ook toepassen, in
sterke mate in hun oordeelsvorming kunnen worden bepaald door
vrees voor aantasting van hun beroepsidentiteit, zeker wanneer een
voorkeur voor biologische behandelingsmethoden samenhangt met
een gevoel van onmacht in emotioneel gekleurde intermenselijke
contacten, hetgeen de drempel tot een poging tot psychotherapeu-
tische interventie als regel verhoogt. Medebepalend kunnen ook
zijn een afkeer van betutteling en het hek-van-de-dam syndroom,
terwijl het eigen standpunt kan worden versterkt, als element van
verdediging, zeker wanneer men het gevoel heeft dat de aan de orde
zijnde controversie primair van ideologische aard is, al of niet in de
zin van een gemaskeerd machtsconflict.

Hoewel het in de eerste plaats mijn bedoeling is een bijdrage te le-
veren tot het inzichtelijk maken van het decor, waartegen de ECT-
controversie moet worden beoordeeld, om aldoende tot een meer
zuivere vraagstelling en oordeelsvorming te komen, wil ik toch vol-
ledigheidshalve de kwestie zelf niet helemaal ongemoeid laten.

In de *British Journal of Psychiatry* (1977) 131, blz. 261-72, treft
men een memorandum aan van 'The Royal College of Psychia-
trists', samengesteld naar aanleiding van vergelijkbare discussies
rond het ECT-vraagstuk in Engeland, waaraan ik puntsgewijs de
volgende conclusies ontleen:

(1) Er bestaat overtuigend bewijs dat ECT een effectieve behande-
lingswijze is in geval van ernstig depressieve toestanden, vooral van
het 'endogene' type, dat het effect ten minste zo groot is als van
antidepressieve medicatie en het resultaat sneller wordt bereikt.

(2) De vraag of er depressieve toestandsbeelden zijn, die uitsluitend
op ECT reageren, moet vooralsnog onbeantwoord blijven.

(3) Een gunstig effect bij manie of schizofrenie is discutabel c.q.
beperkt.

(4) Het staat nagenoeg vast, dat het opwekken van een convulsie
noodzakelijk is voor het verkrijgen van een therapeutisch effect van
ECT.

(5) De mortaliteit van ECT ligt in de orde van 3 tot 9 per 100.000
behandelingen, d.w.z. even hoog als wanneer uitsluitend narcose
wordt gegeven. De mortaliteit is aanzienlijk hoger in de categorie
van inadequaet behandelde depressieve toestandsbeelden.

(6) Hoewel voortgezet onderzoek gewenst lijkt, zijn tot op heden
geen langdurige of blijvende geheugenstoornissen aangetoond. Wat

betreft kortdurende geheugenstoornissen bestaat de indruk, dat deze vooral voorkomen in geval van een onvolledig genezingsproces. Dit correleert met de onderzoekbevinding, dat depressieve symptomen, met name wanneer agitatie en angst daarvan deel uitmaken, correleren met stoornissen in de geheugenfunctie.

Ten aanzien van punt 4 moet nog worden opgemerkt dat suggestieve en conditionerende effecten, alsmede de bevrediging van een eventuele strafbehoefte klaarblijkelijk van weinig therapeutische betekenis zijn.

Het geheel overziende en aangevuld met eigen ervaringen, die zeker niet beperkt en onverdeeld gunstig zijn, meen ik voor mijzelf te moeten concluderen dat, hoewel een zekere terughoudendheid ten aanzien van ECT op zijn plaats is, deze behandeling zeker niet ontoelaatbaar moet worden geacht zoals met name door de N.A.S.A. wordt gesteld.

Wat betreft de terughoudendheid het volgende ook met inachtname van een aantal voorwaarden, die vanzelf zouden moeten spreken en betrekking hebben op indicatiegebied, contraïndicaties, een afweging van voor- en nadelen in meer algemene zin, de techniek de vrijwilligheid en voorbereiding c.q. begeleiding, is het denkbaar, dat de behandelaar in zijn oordeelsvorming wordt medebepaald door een negatieve attitude t.a.v. de patiënt, die vertaald in wetenschappelijke rationalisaties te gemakkelijk de balans naar ECT doet omslaan. Men behoeft daarbij niet primair te denken aan de onbewuste behoefte van de behandelaar zijn patiënt te straffen of wraak te nemen; veel eerder zal er sprake zijn van een streven het contact te vermijden of te verkorten en dienovereenkomstig een behandelingswijze te kiezen met een te verwachten snel resultaat. Ik noem deze mogelijkheid slechts als voorbeeld van een van de vele denkbare, die op een vertroebelende wijze de indicatiestelling kunnen beïnvloeden.

Het zou derhalve aanbeveling kunnen verdienen te overwegen de eis te stellen, dat meerdere personen, bij voorkeur onafhankelijk van elkaar in een gegeven geval hun oordeel geven en er volgens bepaalde vastgestelde regels een beslissing wordt genomen. Een bezwaar is dan echter, dat ECT binnen het geheel aan behandelingsmethoden in de geneeskunde een uitzonderingspositie gaat innemen, met alle bezwaren van dien.

Gegeven de sterk voortschrijdende medische technologie, die het mogelijk maakt ingrepen van verstrekkende aard te realiseren, lijkt de tijd gekomen om nadrukkelijker dan thans het geval is, ons te bezinnen op de noodzaak en vormgeving van procedures, die patiënten een optimale garantie geven om binnen de grenzen van het menselijk mogelijke, zo goed mogelijk behandeld te worden. Vooral wanneer er sprake is van therapievormen, die ter discussie staan, van min of meer experimenteel karakter of sterk mutilerend zijn, of een groot risico met zich meebrengen, lijkt dit een dwingende eis, temeer ook omdat in de geneeskunde heden ten dage nog overwegend solistisch wordt gewerkt.

Binnen een dergelijk algemeen kader lijkt het zeer wel mogelijk

eisen te formuleren, waaraan moet worden voldaan alvorens een ECT kan worden gerealiseerd.

Tot slot nog een opmerking, waarmee ik dit artikel had kunnen beginnen. Het valt mij op hoe disproportioneel de geopperde bezwaren tegen ECT zijn in vergelijking tot het nagenoeg stilzwijgen rond toch zeker zo controversiële behandelingswijzen als de slaapkuur en de LSD-psychose. Het wil mij voorkomen, dat in dit contrast het hoofdthema van deze overwegingen op onmiskenbare wijze naar voren komt; wat is eigenlijk en wat is oneigenlijk in de discussie.

Literatuur

- Agostino, A. d' (1975), Depression: Schism in Contemporary Psychiatry. *Am. J. Psychiatry* 132: 6 (629-636).
- Ree, F. van, (1977), Problemen rond de e.c.t. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 9, blz. 591-599.
- The Royal College of Psychiatrists' Memorandum on the Use of Electroconvulsive Therapy. *Brit. J. Psychiatry* (1977) 131, 261-272.
- Sand Strömngren, L. (1977), The influence of depression on memory. *Acta psychiat. scand.* 56, 109-128.
- Squire, L. R., P. M. Chace (1975), Memory functions use to nine months after electroconvulsive therapy. *Arch. Gen. Psych.* Vol. 32, 1557-1564.