

# Psychiatrie in de geneeskunde

door Leon Eisenberg

Ik voel me zeer vereerd dat men mij heeft uitgenodigd om op deze jaarlijkse bijeenkomst van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie de Pieter Baan Lecture te verzorgen. Deze uitnodiging heeft voor mij een zeer persoonlijke betekenis. Prof. Baan was een oude en goede vriend van mij. Ik ken veel collega's in de psychiatrie en de pediatrie in Holland. Ik bewonder dit land allang om zijn geschiedenis vol tolerantie, zijn betrokkenheid bij de democratie en zijn wetenschappelijke traditie. Het doet me erg veel dat ik hier kan zijn.

Ik ontmoette Pieter voor de eerste maal tijdens een reis naar Nederland waar ik het internationale congres voor Kinderpsychiatrie zou bijwonen in de zomer van 1962. Ik had het voorrecht een gezellige en productieve avond mee te maken in zijn huis te Utrecht. Toen Pieter voorzitter werd van de Mental Health Unit van de World Health Organization, nodigde hij mij uit om als lid deel te nemen aan de eerste wetenschappelijke groep voor onderzoek op het gebied van de geestelijke gezondheid, samen met collega's uit heel de wereld. Het was een buitengewone ervaring om de rustige kundigheid te zien waarmee Pieter werkte met medische autoriteiten uit veel landen om hen er toe te brengen het chauvinisme van de nationale belangen op te geven ten behoeve van de hogere doelen van de wereldgezondheidszorg. Toen Pieter als hoofdinspecteur van de geestelijke volksgezondheid in januari 1969 naar Nederland terugkeerde deelde ik de hoge verwachtingen over wat hij van deze functie zou maken. Uw droefenis was de mijne bij zijn vroegtijdig overlijden. Pieter had de visie dat een psychiater, als dokter, de taak heeft om belemmeringen weg te nemen voor de volledige ontplooiing van de menselijke mogelijkheden. Ik denk dat hij het heel erg eens zou geweest zijn met de nadruk van deze lezing op de relatie tussen psychiatrie en genees-

---

Schrijver is hoogleraar in de psychiatrie aan de Harvard Medical School in Boston Massachusetts U.S.A.

Dit artikel werd oorspronkelijk gebracht als 'Pieter Baan Lecture' op het voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, op 7 april 1978, te Lunteren. Vertaling: P. J. Jongerius.

kunde; mijn eigen overtuigingen ontleen ik in niet geringe mate aan de inspiratie die hij me gaf.

Er is waarschijnlijk geen psychiater in mijn gehoor die niet meer dan eens onaangenaam getroffen is door een onplezierig commentaar van een collega. De faculteitsleden van andere disciplines – en veel medische studenten net zo goed – kennen de psychiatrie een lage status toe te midden van de medische specialismen. Al te veel van hen hebben, blind voor het feit dat zij zelf ook het slachtoffer zullen worden van dergelijke aanvallen, plezier in de uitgebreide kritieken die de psychiatrie en zijn beoefenaars ten deel vallen.

Wanneer we onszelf aangevallen voelen is het verleidelijk om de motieven van onze critici verdacht te maken, hun onbewuste beweegredenen te 'analyseren', hun mentale perversies te diagnostiseren, en wat dies meer zij. Dat doet me denken aan de opmerking die een patiënt, die het beu werd, enkele jaren geleden tegen me maakte: 'Ik ben misschien paranoïd, maar ik ben paranoïd uit ervaring!' Paranoia kan voor psychiaters gemakkelijk een beroepsvorming worden, die, hoewel begrijpelijk, alles behalve geschikt is om jezelf te verduidelijken. Meer dan met een 'jij-bak' te antwoorden op onze critici, is het nodig om de zaken van fundamenteel belang, die ten grondslag liggen aan de geuite onvrede met de geneeskunde en z'n specialismen, te identificeren.

Zowel wij, als onze medische collega's hebben de neiging om anachronistisch te reageren; alsof de onderwerpen van vandaag dezelfde zijn als die uit het verleden. Het tegendeel is echter waar, we staan aan het begin van een nieuwe periode, één waarin de psychiatrie bezig is het paradigma-specialisme voor de gehele geneeskunde te worden. De aard van ons werk en de richting waarin het ons heeft gevoerd, hebben ons tot bliksemafleiders gemaakt voor de kritieken, die vooruit liepen op de kritiek die nu gericht wordt op de hele medische onderneming, ondanks zijn verschillen in vormgeving. Als de geneeskunde van de toekomst gesmeed wordt uit de tegenstellingen van het heden zal datgene wat de psychiatrie in zijn beste vorm heeft geboden opgenomen worden in de grote stroom van de zorg voor de patiënt. Dit zal dan ten goede komen aan de patiënten uit het hele gebied van de geneeskunde inclusief de psychiatrie, die maar al te vaak zijn medische afkomst heeft verloochend. Als het zo boud gesteld wordt zal mijn optimisme u wel ongefundeerd voorkomen; ik hoop u ervan te overtuigen dat dat niet zo is.

In de hedendaagse klachten over de geneeskunde ligt een inherente paradox vervat. Veel van de onvrede met de medische zorg komt juist voort uit de triomfen van de moderne therapeutische middelen. Het publiek verlangt nostalgisch terug naar de huisarts uit vroeger dagen, ondanks zijn onmacht ten aanzien van veel van de ziekteprocessen die wij met de geneeswijzen van vandaag de baas kunnen. Men kan er lang en breed over discussiëren of het sentimentele beeld van de aardige oude huisarts ooit karakteristiek is geweest voor het merendeel van onze voorgangers, maar dat

romantische portret is het ikoon tegen de achtergrond waarvan de dokter van vandaag gewogen en te licht bevonden wordt. Veel van onze collega's stoten zich aan deze oneerlijke vergelijking. Zij voeren aan dat de artsen precies dat doel hebben bereikt waar het publiek bij voortduring om vraagt: verlenging van leven, en dat de geneeskunde meer successen boekt dan ze ooit heeft gedaan. En toch worden we juist op deze successen veroordeeld.

Maar de beoordeling of een ingreep geslaagd is of niet verloopt niet zo rechtlijnig als men wel zou denken. Denk maar eens aan de dilemma's die deze therapeutische macht oplevert. Waar de dokters van weleer veroordeeld waren om hulpeloos naast het bed van een patiënt met een pneumococce pneumonie te wachten op de genezing van deze ziekte via een crisis, hebben we nu de machtige antibiotica die meestal een doorslaggevend verschil in resultaten bewerkstelligen. Zeker, dit is een buitengewone prestatie. En dat is het inderdaad als het gaat om het leven van een jong iemand – of van een ouder iemand trouwens, als het leven waar het om gaat er een is van een bepaalde kwaliteit. Maar hoe wordt onze prestatie beoordeeld als de pneumonie die we onderschept hebben die is, die Sir William Osler 'The Old Man's Friend' noemde – de terminale ziekte die een genadig eind maakte aan een vegetatief bestaan?

De veranderingen die in de laatste honderd jaar plaatsvonden in de leeftijdssamenstelling van de populatie in de westerse landen, als resultaat van meer dan alleen medische vooruitgang, maar toch ook van deze afkomstig, voorspellen een steeds toenemend aantal oudere personen. In de U.S.A. bijvoorbeeld zijn er dit jaar meer dan 23 miljoen mannen en vrouwen ouder dan 65 jaar; in het jaar 2000 zullen het er 30 miljoen zijn; en in het dertigste jaar van de volgende eeuw zullen het er, zonder toename van levensduur, 50 miljoen zijn.<sup>1</sup> Deze projecties impliceren een groter aantal personen met chronische hersensyndromen, een onvermijdelijke consequentie van het ouder worden, die we niet bij machte zijn te voorkomen. Antibiotica hebben door de mogelijkheid die zij bieden om terminale infecties bij senielen te bestrijden een specifiek effect op hun overlevingskans, waardoor het aantal geestelijk gehandicapte ouderen in de populatie nog meer oploopt. Het is dit wat professor Gruenberg zo treffend heeft genoemd 'The failure of succes'<sup>2</sup>. Is dan de medische grootheid wel zo groots als men meent – of pas als er op een verstandiger wijze mee wordt omgegaan? Nogmaals de mogelijkheid van cardiopulmoir hulp die het behoud van een vegetatief bestaan tot bijna in het oneindige kan rekken heeft de maatschappij geconfronteerd met ethische dilemma's die geheel nieuw zijn in de geschiedenis van de mens. Toen de dood onvermijdelijk was, was het de rol van de dokter om deze dood zo pijnloos mogelijk te doen zijn en om de familie te troosten bij de dood van de patiënt. Daarvoor verdiende hij – en terecht – dankbaarheid, hij zorgde dat het levenseind zo waardig mogelijk verliep. Maar hoe welkom is een technologie, die de dood van een natuurgebeuren omvormt tot een menselijke beslissing. De familie

mijdt de verantwoordelijkheid; zelfs als de dokter die wil dragen, voorkomt de wet dat. In een onlangs genomen beslissing heeft het Hoger Gerechtshof in Massachusetts de uitspraak gedaan dat het in leven houden van iemand niet mag beëindigd worden op geleide van het oordeel van de dokter en de toestemming van de familie van de patiënt (tenzij de criteria voor hersendood aanwezig zijn), maar dat deze aan een hof moeten worden voorgelegd ter beoordeling<sup>3</sup>.

Dokters mogen niet langer 'geen beademing' schrijven op de hospitaalkaart van patiënten met een fatale ziekte om hun de verdere onwaardigheid van de herhaalde malen uitgestelde dood te besparen. De artsen in de eerste hulp kamer aarzelen tegenwoordig om ernstig gewonde patiënten op de beademing aan te sluiten, omdat ze misschien niet de mogelijkheden zullen hebben om dit weer ongedaan te maken – toch, zelfs het aarzelen maakt dat zij in strijd met de wet handelen. Vroeger had de natuur soms medelijden; daarna hadden dokters het soms; nu hebben alleen gerechtshoven de macht om dit te tonen. Of ze dat ook zullen doen zal de tijd ons leren. Ik bijvoorbeeld betwijfel dat. Het structurele imperatief om het gebruik van de technologie uit te breiden buiten de grenzen van zijn oorspronkelijke bedoelde toepassing heeft zelfs de dood tot een beslissing gemaakt, een beslissing waar iedereen voor terugschrikt. De geneeskunde als boodschapper van slechte tijding is net zo welkom geworden als het nieuws zelf.

De voortgang van geneeskunde heeft dergelijke problemen geschapen bij het begin van een leven; heroïsche chirurgie en verfijnde systemen om het leven op gang te houden maken het overleven van kinderen met multipale handicaps mogelijk. De artsen die zich met de pasgeborenen bezig houden hebben dagelijks de pijn van de beslissing wanneer ze maatregelen om zeer ernstig gestoorde zuigelingen in leven te houden niet moeten nemen of mogen onderbreken<sup>4</sup>. Hoe moeten we de technische virtuositeit van de operaties bij meningomyelocele beoordelen als daardoor voor ieder relatief normaal kind dat blijft leven er drie dubbel-incontinente, verlamde en geestelijk defecte kinderen in leven blijven – als dit tenminste leven genoemd mag worden –<sup>5</sup>.

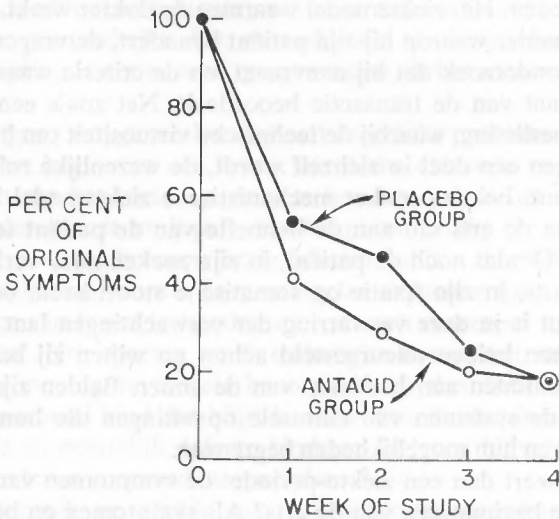
Het onderzoek op afwijkingen van het ruggemergskanaal door middel van het bepalen van het verhoogde alpha-fetoproteïne gehalte in het moederlijk serum en in de amnionvloeistof gevolgd door een therapeutische abortus, lijkt een meer humaan alternatief te vormen;<sup>6</sup> toch woeden ook hier de publieke debatten over het geoorloofd zijn van abortus bij een defectieve foetus<sup>7</sup>. Dit debat heeft een specifiek kenmerk: degenen die belijden dat zij opkomen voor de rechten van de foetus zijn niet degenen die te lijden zullen hebben onder de consequenties van hun geboorte, noch zullen zij de lasten van hun afwijkingen behoeven te delen<sup>8</sup>. Tegen de wil van de ouders en de bereidheid van de artsen om niet tussenbeide te komen in hebben de gerechtshoven gestaan op acute chirurgie voor kinderen met aangeboren afwijkingen ongeacht het feit of er

tegelijkertijd defecten zijn in het centrale zenuwstelsel, die de mentale functies ernstig zullen belemmeren. Toen de geneeskunde niet de mogelijkheden bezat voor zulke forse ingrepen, was geen beslissing te nemen, noch door de dokters noch door de familie noch door het Gerechtshof. Zij die voorop gegaan zijn in het ontwikkelen van deze nieuwe methoden bedoelden daarmee redding te brengen voor levens die het leven waard zouden zijn. Maar als de geest eenmaal uit de fles is heeft zijn ontdekker er geen macht meer over. Als de resultaten niet zijn wat de bedoeling was, deelt de ontdekker in de schuld hoewel hij niet langer controle heeft over de consequenties.

Nierdialyse<sup>9 10</sup>, massieve chemotherapie voor leukemie<sup>11</sup> en coronaire shunt chirurgie<sup>12</sup> geven ieder voor zich aanleiding tot debatten over de kosten-baten ratio van de biochemische technologie. Toch, hoe dramatisch zij ook mogen zijn, deze ingrepen hebben slechts invloed op een klein gedeelte van de patiënten. Veel minder sensationeel, maar in velerlei opzicht zelfs belangrijker voor de gemiddelde patiënt bij het gewone spreekuur bezoek, is de wijze waarop de medische visie steeds meer beheerst wordt door het beeld van ziekte als een fout in de machinerie van het lichaam, in plaats van dat men de patiënt ziet als een persoon in moeilijkheden. Het ziektemodel waarmee de dokter werkt, modelleert de manier waarop hij zijn patiënt benadert, de vragen die hij stelt, het onderzoek dat hij aanvraagt, en de criteria waarmee hij het resultaat van de transactie beoordeelt. Net zoals een onverstandige beslissing, waarbij de technische virtuositeit om het leven te verlengen een doel in zichzelf wordt, de wezenlijke rol van de arts ontkent, belemmert het mechanistische ziektemodel het vermogen van de arts om aan de behoefte van de patiënt te beantwoorden. Omdat noch de patiënt, in zijn zoeken naar verlichting, noch de arts, in zijn fixatie op somatische stoornissen, begrijpen wat er fout is in deze verwarring der verwachtingen laat de ontmoeting hen beiden teleurgesteld achter en wijten zij beiden de slechte resultaten aan het falen van de ander. Beiden zijn zij ingebed in de systemen van culturele opvattingen die hun gedrag beheersen en hun mogelijkheden begrenzen.

Wat definieert dan een ziekte-periode: de symptomen van de patiënt of de bevindingen van de arts? Als symptomen en bevindingen in tijd en ruimte samenvatten en als zij beide op rekening kunnen geschoven worden van een veranderde fysiologie, is er geen vuiltje aan de lucht. Maar wat mogen we eigenlijk concluderen als er weinig overeenkomst tussen deze beiden is? Illustratief voor het dilemma is een recent uitstekend klinisch onderzoek betreffende de behandeling van het ulcus pepticum. Daar vroegere gegevens er op wezen dat de conventionele doses antacida veel te homoeopatisch waren om het maagzuur te neutraliseren, besloten Peterson en zijn medewerkers<sup>13</sup> om te bepalen of een regime van massieve toediening van antacida maagzweren zou genezen. Om opgenomen te worden in het onderzoek, moest de patiënt niet alleen het klinische syndroom van de maagzweer hebben, maar

moest daarnaast zijn ulcus duodeni direct gevisualiseerd worden door endoscopie. Eenenzestig mannelijke patiënten werden in het onderzoek betrokken, drieëndertig zouden een placebo krijgen en achtentwintig een hoge dosis van antacida, op de basis van een dubbel blind protocol. De twee patiëntengroepen waren in alle opzichten te vergelijken, inclusief de 'maat' van hun ulcus. Aan het eind van de achtentwintig dagen durende behandeling was 78 % van degenen die met antacida werden behandeld genezen, tegenover ongeveer 45 % van de placebo groep. Dat verschil is significant op een nivo kleiner dan 0.005. Op deze wijze werd de hypothese dat antacida in een juiste dosering toegediend effectief zouden zijn bij de behandeling van een ulcus pepticum bevestigd. De onderzoekers registreerden ook de symptomatische resultaten. De gegevens over de vier weken durende behandeling worden diagrammatisch weergegeven in fig. 1. Aan het einde van de vierweekse behandeling, tonen beide groepen patiënten een duidelijke verbetering van de symptomen met geen enkel verschil tussen de placebogroep en de medicamentengroep. Het was opvallend dat de helft van de patiënten met chronische ulcera symptomvrij werden, ongeacht de behandelingsgroep.



*Figuur 1*

Fig. 2 laat in een grafische vorm zien hoe beperkt de relatie is tussen de toestand van het ulcus (genezen, kleiner, gelijk gebleven of groter) en de uiteindelijke symptoomscore (van 0 tot 4+). Zoals de schrijvers aantekenen 'het verdwijnen van de ulcus symptomen garandeerde geen genezing van het ulcus, noch een vermindering in omvang'. Kortom, hoewel de dokter de behandeling als succesvol zou beschouwen daar de laesie (i.c. 'de ziekte') genezen was, zou de patiënt zichzelf nog als ziek beschouwen, omdat zijn symptomen bleven bestaan: en omgekeerd zou de patiënt de behandeling, dankbaar voor zijn genezing, kunnen verlaten, terwijl de dok-





de meeste chronische ziekten een duidelijke discrepantie is tussen persoonlijk lijden, functionele belemmeringen en structurele abnormaliteit<sup>16</sup>. De klinische realiteit van de medische praktijk kan niet gevangen worden in ziektemodellen die zich beperken tot biologische fenomenen. Het is noodzakelijk dat wij onze klinische horizon verbreden, zodat deze zowel de ervaringen van de patiënt als de patho-fysiologische veranderingen omvat. Alleen zo'n verbrede kijk zal ons in staat stellen om een coherent begrip van het therapeutisch proces te bereiken en adequaat beantwoorden aan de noden en verwachtingen van de patiënten. Om het verschil tussen het professionele- en het lekenstandpunt aan te geven, is het handzaam om een onderscheid te maken tussen 'ziekte' (disease) en 'ziek zijn' (illness),<sup>17</sup> hoewel deze termen in het dagelijks taalgebruik synoniem zijn. Dit onderscheid bedoelt het verschil samen te vatten in de wijze waarop niet-gezond-zijn (sickness) – dat beide begrippen omvat – wordt opgevat door de dokter en door de patiënt. Ziekten, in het bio-medische model, zijn abnormaliteiten in de structuur en/of functie van de organen en systemen; ziek zijn, in de wereld van de patiënt, is het ervaren van veranderingen ten kwade in zijn zijns-toestand en in zijn sociaal functioneren. De patiënt die zich ziek voelt omdat hij kortademig is, omdat zijn enkels gezwollen zijn en omdat hij niet kan werken raadpleegt een arts die een 'backward failure' tengevolge van een arteriosclerotische hartaandoening diagnostiseert.

Het syndroom van de cardiale stuwung komt dicht bij het ziektegevoel van de patiënt. De arteriosclerotische hartaandoening niet; deze kan nog gediagnostiseerd worden nadat de symptomatologie van de patiënt is verminderd, en kan zelfs gezien worden bij een a-symptomatisch individu. Zelfs een objectieve maat voor de ernst van de 'backward failure' voorspelt, behalve in extreme gevallen, niet accuraat de graad van het subjectieve gevoel ziek te zijn. Twee patiënten met dezelfde bevindingen kunnen andere klachten hebben. Ziekte en ziek zijn, op deze manier gedefinieerd, komen niet op een lineaire wijze met elkaar overeen. Dezelfde graad van orgaanpathologie kan aanleiding geven tot totaal verschillende klachten.

In een vergelijking van patiënten met dezelfde tekenen van mid-denooraandoeningen, blijkt b.v. dat Italiaanse patiënten meer klachten hebben dan Ierse patiënten<sup>18</sup>. Beecher<sup>19</sup> vond bij zijn studie van mensen met femur fracturen dat men bij ongevallen bij militairen minder vaak morfine nodig had om de pijn te verlichten dan bij slachtoffers van burger auto-ongelukken. Bij een onderzoek van vrijwillige bloeddonors, die het type HLA/W27 histocompatibele antigenen hadden bleek dat een aantal hunner een via röntgenonderzoek aantoonbare ankylospodylitis had, zonder dat zij daarvoor ooit medische behandeling gezocht hadden<sup>20</sup>. Aan het andere einde van het spectrum staat een aanzienlijk aantal patiënten dat ons consulteert vanwege ziektegevoelens zonder dat zij een aantoonbare biologische basis voor dit lijden hebben<sup>21</sup>. Dit leidt in een oncomfortabel aantal gevallen tot een spraakver-



warring tussen patiënten en artsen. De patiënt weet dat hij zich ziek voelt; hij voelt zich nog onplezieriger als de dokter hem vertelt 'dat er niets mis is'. Wat de dokter bedoelt is dat hij geen organische pathologie kan ontdekken; in die zin, dat er, afgezien van fouten in zijn onderzoek niets mis is in de anatomische structuur. Toch is er kennelijk iets mis met de patiënt. De fout ligt in de in het te beperkte medische gezichtsveld. Het blikveld van de patiënt die alleen het aan den lijve ervaren lijden waarneemt is eveneens te nauw en kan leiden tot de tegenovergestelde dwaling. Laten we b.v. eens kijken naar de gezonde patiënt die bij de arts komt voor zijn jaarlijkse onderzoek. De dokter ontdekt dat die patiënt een diastolische bloeddruk heeft hoger dan 110. Zich bewust van het feit dat een effectieve behandeling van die hypertensie de kans op cardiovasculaire en cerebrale complicaties aanzienlijk vermindert, zet de dokter de patiënt op medicatie. De patiënt, die het spreekuur met het gevoel gezond te zijn binnenkwam, zou nu weleens vermoeidheid kunnen gaan voelen, depressief kunnen worden of aan verlies van libido gaan lijden op grond van de effecten van het medicament. Hij is nu voor het eerst ziek, zelfs al is zijn ziekte misschien aanzienlijk verbeterd. Verlaging van de dosering van het medicament of verandering van medicatie kan de neven-effecten verminderen. Toch kunnen deze, in een gemitigeerde vorm de onvermijdelijke prijs zijn voor een behandeling die op de lange duur z'n vruchten afwerpt. De patiënt kan echter moeite hebben om zich te houden aan het therapeutische regime, omdat hij de realiteit van de ziekte niet accepteert bij afwezigheid van het ziektegevoel. Pas als de ziekte een beroerte of uitval van functies ten gevolge heeft en hij zich ziek voelt, zijn hij en de arts in staat om tot een overeenstemming te komen dat er ziekte aanwezig is. Dan echter is het te laat voor optimale resultaten.

Deze verklaring voor de slechte overeenstemming tussen de uitgangspunten van de arts en van de patiënt is vanzelfsprekend een oversimplificatie. In de werkelijke wereld van de medische zorg overlappen de leken-opvatting van ziek zijn en de medische opvatting van ziekte elkaar en beïnvloeden ze elkaar. Medische overtuigingen worden onderdeel van de algemene cultuur; zij veranderen het ziektegevoel doordat ze de verwachtingen van de leek over aard en verloop van de ziekte veranderen<sup>22</sup>. De wisselvalligheden in de zorg voor de patiënt vragen van de arts dat hij een breder vanzelfsprekend begrip opbrengt voor het klinisch proces dan in de medische dogmata is gegeven.

Niettemin kan de dichotomie tussen ziekte en ziek zijn dienen om de beperkingen aan te geven van het bio-medische ziektemodel<sup>23</sup>.

Hoewel zijn filosofische oorsprong kan teruggevoerd worden naar het Cartesiaans dualisme<sup>17</sup>, heeft het bio-fysische model zijn grootste invloed op de klinische praktijk gehad in de jaren na de tweede wereldoorlog. De steeds sneller toenemende produktiviteit van de medische research en het ontstaan van sub-specialismen in antwoord daarop mondden uit in een geleidelijke vernauwing van de

medische blik op de biologie van de ziekte. Om dit proces aan de perversiteit of de ongevoeligheid van de artsen toe te schrijven, zoals maar al te vaak wordt gedaan, is de fout van het omkeren van oorzaak en gevolg. Integendeel, het vernauwde blikveld kan het best begrepen worden als een neveneffect van de technische revolutie die in andere opzichten een enorme weldaad voor de gezondheidszorg is geweest. Juist omdat deze specialisatie ontstond uit en ook bijdroeg tot een grote therapeutische macht is deze de professionele ideologie gaan beheersen. Er zijn geen redenen om te betwijfelen of de bio-medische research toenemend productief zal blijven<sup>23a</sup>.

Het zou absurd zijn om datgene wat deze belooft af te wijzen. De ouderwetse huisarts kan al of niet aardig geweest zijn, hij was in elk geval incompetent in het aangezicht van ernstige ziekten. De werkelijke uitdaging is om een macroscopisch perspectief toe te voegen aan een microscopische visie teneinde in staat te zijn de patiënt, zowel als de ziekte aandacht te geven. Op dit punt kan de psychiatrie de medische zorg verrijken.

Zoals de recente ontwikkelingen in de algemene geneeskunde de methodologische grondslagen van zijn praktijk helpen verklaren, kan de geschiedenis van de psychiatrie de paradigmata en de procedures die we gebruiken verhelderen. In de jaren na de oorlog, kon de klinische psychiatrie in de U.S.A. zich verheugen in een aanzienlijke uitbreiding wat betreft zijn vertegenwoordiging in de faculteit, wat betreft de tijd die zij toebedeeld kreeg in het medisch curriculum en wat betreft het aantal mensen dat daarin ging werken. Stimuli voor die groei waren o.a.: de constatering hoe groot de psychiatrische morbiditeit was geweest onder de dienstplichtigen en de militaire casualties; de 'mental hygiene movement' die streefde naar een betere verzorging van de patiënten in de State Hospitals; en, tengevolge daarvan, verhoging van overheids gelden voor training en research<sup>24</sup>. De methodieken van de psychiatrie waren in eerste instantie psychologisch; z'n afdelingen werden bemand door klinici; in de opleiding legde men de nadruk op de reconstructie van het verleden van de patiënten met therapeutisch gebruik van de dokter-patiënt relatie.

De psychiatrie werd zo vooral aantrekkelijk voor de klinisch georiënteerde medische student die daarin binnen het gebied van orgaan-georiënteerde geneeskunde een van de weinige specialismen aantrof met een voortdurende aandacht voor de patiënt als persoon. De huisartsenpraktijk, die een alternatief hiervoor zou kunnen bieden, trok steeds minder nieuwe beoefenaars vanwege zijn lage prestige, zijn moeilijke werkomstandigheden en zijn geïsoleerd zijn van de medische hoofdstroom; de interne geneeskunde was in toenemende mate uiteengevallen in sub-specialismen, als antwoord op de explosie van nieuwe kennis. De psychiatrie bood aan mensen met een klinisch gerichte belangstelling een onderkomen<sup>25</sup>.

In de laatste vijf tot tien jaar is de aandacht van het publiek en van

de professionals gericht geweest op de ongelenigde noden in de primaire zorg en de sociaal georiënteerde geneeskunde; nieuwe beroepsmogelijkheden werden geschapen. Met de wederopstanding van de persoonsgerichte en de gezinsgerichte geneeskunde is er een aanzienlijke terugval geweest in het aantal jonge artsen dat psychiatrie als beroep koos<sup>26</sup>.

Wat dit ook voor problemen mag meebrengen voor onze disciplines, in ieder geval actualiseert het de nauwe relatie tussen psychiatrie en de rest van de geneeskunde. Hoe is het mogelijk dat de psychiatrie een centrale belangstelling voor de individualiteit van de patiënt kon houden in een tijdperk waarin andere specialismen deze juist uit het oog verloren? Zijn wij dan meer medelijdend of humaan dan onze medische collega's? Het zou vleierend voor ons zijn om te geloven dat dit waar is. De werkelijke redenen zijn meer prozaïsch; men kan ze terugvinden in de aard van de problematiek waar wij mee te maken hebben en in de hoedanigheid van onze kundigheden. De psychiatrische patiënten dwingen ons aandacht te hebben voor de zaken die in de kern van de menselijke ervaring liggen. De symptomen die zij presenteren zijn stoornissen in het gevoel, het denken en het gedrag; de ziekte verstoort de continuïteit van het Zelf. De manifestaties van de geestelijke stoornis liggen ingebed in het net van cultuur en gezinsleven. Onze inspanningen om de karakteristieke betekenissen van de bizarre en verbijsterende metaforen die de patiënt hanteert te begrijpen, maken dat wij betrokken raken in een reconstructie van hun antecedenenten en in de opsporing van de gevolgen ervan. Ons succes in het verminderen van het lijden vindt plaats binnen de context van een intensieve dokter-patiënt relatie, die zelf het belangrijkste onderwerp van studie wordt. Onze methoden werden tot in een zeer nabij verleden noch verbeterd noch gehinderd door de technologie. Bij de eeuwwisseling leken twee opwindende en zeer uit elkaar liggende ontwikkelingen beloften in te houden omtrent verheldering van de aard van de geestelijke stoornissen. Enerzijds leken de briljante successen van bacteriologie en pathologie bij het ontrafelen van de duistere kern van de *dementia paralytica* gelijksoortige ontdekkingen te voorspellen voor andere psychosen; anderzijds ontcijferde de psycho-analytische psychologie de betekenissen van mentale geestelijke symptomen en stelde zij dat deze het best konden begrepen worden als het eindresultaat van afwijkingen en blokkades in de ontwikkeling. Toen de *dementia praecox* en de manische depressieve psychose ondoorgrondelijk bleven voor de microscoop en de reageerbuis, leidde de teleurstelling over de premature beloften praktisch tot staken van het zoeken naar hersenlaesies. De dieptepsychologie bood, hoewel deze slechts op beperkte successen bij de behandeling van psychosen kon bogen, een rationale voor het begrijpen van ernstige psycho-pathologie en bleek nuttig bij de ambulante behandeling van neurotische stoornissen. Diagnose en klassificatie, de kenmerken van de medische benadering werden bijna irrelevant voor de klinische praktijk, omdat psychotherapie, de voornaamste behandelingsmetho-

diek, meer te maken had met persoonlijke gegevens dan met syndromen of ziekten.

Zo kan men zeggen dat de psychiatrie een deugd heeft gemaakt van de gebreken van de bio-medische wetenschap en daarmee effectieve wijzen van diagnostiseren of behandelen heeft ontdekt. Waar de internisten leerden om op de orgaan patho-fysiologie te focussen, daar deze de basis bood voor het ontwerpen van specifieke geneeswijzen, bleven de psychiaters luisteren naar hun patiënten en hun sociale acties bestuderen, want dat was toch het-gene wat hun in staat stelde om het lijden te verminderen.

De ideologieën van beide specialismen zijn pragmatisch gedetermineerd. En precies op het moment waarop de rest van de geneeskunde gedwongen wordt om zijn horizon te verbreden, ten-einde psycho-sociale processen te kunnen omvatten, sturen de bevindingen van de therapeutische- en basis-research de psychiatrie terug in de bio-medische hoofdstroom. Voor de psychiatrie brengen deze ontwikkelingen zowel de belofte mee van grotere mogelijkheden, als het gevaar van de verzakelijking van de ziekte, die de vooruitgang in de andere medische specialismen ook heeft vergezeld.

In de vijftiger jaren openden een verbazingwekkende serie van toevallige ontdekkingen de mogelijkheden voor aanzienlijke veranderingen in de behandeling van psychosen. De anti-psychotische eigenschappen van reserpine werden ontdekt bij het bestuderen van de toepassing bij hypertensie; het 'tranquilizing' effect van chloorpromazine kwam naar voren uit de research voor de anaesthesie; de euphoriserende werking van isoniazid werd voor het eerst vastgesteld bij de behandeling van tuberculose. Hoewel de ontdekking van de tricyclische anti-depressiva en van lithium in zoverre daarvan verschilde dat deze het resultaat was van systematisch laboratoriumonderzoek, hadden beide soorten van middelen onverwachte eigenschappen. Het nieuwe therapeutische arsenaal heeft vérstrekkende gevolgen gehad voor de psychiatrische praktijk en theorie. Het bood een weg om acute psychotische episodens af te breken en terugval te verminderen. Het wekte de studie van de hersen bio-chemie uit zijn slaap. Daar recidieven in een vrij kort tijdsbestek teruggedrongen konden worden, begon de zorg voor de psychotische patiënt te verschuiven naar de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en naar de poliklinieken. Omdat de nieuwe middelen relatief 'ziekte-specifiek' waren, werden diagnose en klassificatie, die voordien maar een klein aantal onderzoekers hadden bezig gehouden, weer belangrijker voor een doeltreffende behandeling van de patiënt<sup>27</sup>. Het werd mogelijk om voorlopige theorieën te formuleren waarbij afwijkend functioneren in verband gebracht werd met bio-chemische stoornissen in de centrale neurotransmitters. 'Anti-schizophrenie' geneesmiddelen binden zich aan de post-synaptische dopamine receptoren en verdrijven de daar aanwezige natuurlijke transmitters<sup>28</sup>. Er is een opmerkelijk goede overeenkomst tussen de therapeutische werking van 'neuroleptic drugs' en hun affiniteit

voor de dopamine receptor,<sup>29</sup> die de bio-chemische 'pathologie' van schizofrenie aannemelijk maakt. Op gelijke wijze is aangetoond dat de anti-depressieve geneesmiddelen invloed hebben op de biogene beschikbaarheid van amine bij de synapsen<sup>30</sup>.

Daarnaast zijn er provocerende aanwijzingen dat er een bio-chemische heterogeniteit bestaat bij depressieve toestanden, een heterogeniteit die zowel klinische als therapeutische implicaties zou kunnen hebben<sup>31, 32</sup>.

Deze ontdekkingen, tesamen met de toenemende waarschijnlijkheid van erfelijke overdracht van psychosen, hebben een wedergeboorte van de biologisch gefundeerde psychiatrie bewerkstelligd. Met elke maand die voorbij gaat bereiken ons nieuwe 'kandidaat' chemische-psychotogenen: endorfinen, neuropeptiden en wat dies meer zij.

Al deze zaken hebben een opwekkend effect op de wetenschap van de psychiatrie. Niet de geringste van de weldaden van de psychopharmacologie is de ontwikkeling geweest van de methodologie voor dubbel-blind onderzoek van nieuwe geneesmiddelen, of het nu geneesmiddelen betreft of sociale c.q. psychologische behandelingsmethodieken<sup>33</sup>. In hoeverre houdt deze enorme belofte ook een gevaar in?

Laten we voor het moment de inkompleetheid van de gegevens voor de voorhanden neuro-chemische theorieën en de onmogelijkheid om een volledig overtuigend genetisch model voor de erfelijkheid te construeren negeren. Dit geeft waarschijnlijk deels iets weer van de heterogeniteit van de schizofrenieën en de affectieve stoornissen en deels van de beperkingen van de huidige methoden van onderzoek. Laten we eens veronderstellen dat de psychosen eerdaags de klinische expressies blijken te zijn van genetisch overgebrachte fouten in het metabolisme, getriggerd door ter zake doende provocatie. Het gevaar is dan dat de psychiatrie zich uitsluitend gaat richten op de hersenen als orgaan en de ervaring van de patiënt als persoon over het hoofd gaat zien. We zouden dan de eenzijdigheid van de 'hersenloze' psychiatrie uit het verleden hebben ingeruild voor 'geestloze' psychiatrie van de toekomst. Ook al verschaft het bio-medische model van geestesziekte ons een gemakkelijke wijze van praten met onze medische collega's, dan zal de conversatie toch nutteloos blijken, als we niet meer van hen te onderscheiden zijn i.p.v. in samenklank met hen te streven naar een gezamenlijk begrijpen van de psycho-biologie van ziekte en ziek zijn<sup>34</sup>. Het is een grote winst dat we beschikken over medicatie die symptomen kan verlichten door de biologie van de ziekte te veranderen. Maar het ongemak van de ervaring van ziek te zijn strekt zich ver uit buiten de veranderde fysiologie. Klerman en Weisman en hun medewerkers hebben eenduidig aangetoond dat anti-depressieve middelen doeltreffender zijn dan een placebo of dan psychotherapie wat betreft het verlichten van de symptomen van de depressie<sup>35</sup>. Daar het uitreiken van tabletten 'handzaam' is in de medische praktijk, is het verleidelijk om de patiënt weg te stu-

ren met een receptje en de zaak daarmee als afgedaan te beschouwen. Hoe goed dit de arts uitkomt wordt duidelijk uit de abnormaal toenemende mate waarin psychotrope medicatie wordt voorgeschreven<sup>36</sup>. Wat even opmerkenswaard is in de 'Yale studies' is de demonstratie dat psychotherapie meer effectief is dan medicatie alleen waar het gaat om het verbeteren van sociale vaardigheid<sup>37</sup>. Het zou van slecht vakmanschap getuigen om een middel dat het lijden kan verzachten niet te verstrekken; het zou evenzeer van slecht vakmanschap getuigen om deze zelfde patiënt niet de middelen te verstrekken waarmee hij leert zijn interpersoonlijk onvermogen te verminderen. Psychiaters die uitsluitend psychogeen of somatisch gericht zijn zullen uit de aard der zaak ongeschikt zijn voor de taak om een samenhangende zorg te verlenen. Of aan de mogelijkheid om schizofreen te worden een aangeboren afwijking van het metabolisme ten grondslag ligt of niet, de klinische toestand van de schizofrene patiënt is buitengewoon gevoelig voor de invloed van de sociale omgeving. Deterioratie is de onvermijdelijke consequentie van opsluiting in de grote, gezichtsloze en 'geregimenteerde' instellingen<sup>38</sup>. Reeds lang voordat de psychotrope geneesmiddelen werden ontdekt bleek menselijke zorg en een moreel verantwoorde behandeling van de geesteszieken, de kans op genezing te vergroten<sup>27</sup>. De prognose op de korte duur is veranderd door de medicatie, de resultaten op de lange duur blijven afhankelijk van de levensomstandigheden. Bezie daarvoor maar de resultaten van de World Health Organisation International Pilot Study of Schizophrenia<sup>39</sup>. De daaraan deelnemende research-klinici bleken het eens te kunnen worden over de gemeenschappelijke essentiële criteria voor de diagnose van de kerngroep van schizofrene patiënten in elk van de negen samenwerkende landen. Toch verschilde het klinisch verloop van deze patiënten, ondanks hun gemeenschappelijke symptomatologie, aanzienlijk van land tot land bij een 2- en een 5-jarige follow-up evaluatie.

We zouden verwacht hebben dat de beste resultaten zouden worden gevonden in landen met de meest moderne psychiatrische hulpverleningsdiensten, het tegendeel bleek waar te zijn. De resultaten bij patiënten in de minder ontwikkelde landen bleken significant beter dan die bij patiënten in de meest ontwikkelde<sup>40</sup>. Het blijft een taak voor toekomstige research om de preciese factoren te bepalen in de socioculturele omgeving, die de grootste invloed op de resultaten hebben. Maar in deze discussie betreffende de ziekte als sociaal fenomeen verdient vooral de omvang van het effect de nadruk te krijgen. Zo wordt net als in de vroegere voorbeelden van het ulcus pepticum,<sup>13</sup> de otitis media,<sup>18</sup> de pijn bij fracturen<sup>19</sup> en de ankylospandylitis,<sup>20</sup> het klinisch verloop van de affectieve aandoeningen en de schizofrenieën beïnvloed door de sociale matrix van de patiënt. Welk orgaan ook aangedaan is (duodenum, middenoor, femur, ruggemerg of hersenen) en wat ook de meest voor de hand liggende oorzaak van de pathologie is (hypersecretair, infectieus, traumatisch, auto-immuun of biochemisch), sociale interacties en verwachtingen, inclusief die van het medische



systeem, blijven de voornaamste determinanten van verloop en resultaat. Ziekte is een socio-biologisch proces, één dynamisme in dat proces is de mate waarin dokter en patiënt het eens zijn over behoefte aan of geschiktheid voor een bepaald behandelingsregime.

Pas in de laatste paar jaar zijn de artsen zich bewust geworden van de mate waarin de patiënten 'non-compliant' zijn met de behandeling die hun voorgeschreven wordt<sup>41</sup>. Een groot aantal mislukkingen van behandelingen zijn mislukkingen om een behandeling te doen aanvaarden. Het voorschrijven van een geneesmiddel, een dieet of een oefening is nutteloos, tenzij men er zich aan houdt. De redenen voor mislukkingen wat betreft 'compliance' zijn complex, maar de term compliance zelf zou wel eens onderdeel van het probleem kunnen zijn. Het wordt gedefinieerd als 'toegeven aan een wens, een verzoek of een eis'. In de traditionele medische opvatting beveelt de dokter, de patiënt gehoorzaamt. Er zijn patiënten die zich oriënteren op autoriteiten en die graag voorgeschreven krijgen wat ze moeten doen. Er zijn er veel meer die willen begrijpen wat er fout is, die de mogelijkheden om dit te corrigeren willen overzien en die een persoonlijke keus willen doen, nadat ze erover nagedacht hebben. Wat nodig is, is een proces van onderhandelen tussen dokter en patiënt dat leidt naar een gezamenlijk doel<sup>42</sup>. Het verhelderen van 'wat er mis is', is een belangrijke eerste stap in dit proces; dit vereist een uitwisseling van gezichtspunten, die het beide partijen mogelijk maakt om het eens te worden over de criteria waarmee vooruitgang kan gemeten worden. Het leerproces dat daarmee gepaard gaat is bilateraal; de dokter moet leren wat de patiënt 'gelooft' en de patiënt wat de dokter 'gelooft'<sup>43</sup>. Het resultaat hoeft niet noodzakelijkerwijze een gemeenschappelijk gezichtspunt te zijn. Men kan het er over eens worden waar men het niet met elkaar over eens is, maar er moet wel enige gemeenschappelijke grond zijn voor samenwerking; anders wordt de medische consultatie een oefening in nutteloosheid. Ik heb er de nadruk op gelegd op hoeveel manieren de traditionele opvattingen van de psychiatrie relevant zijn voor de andere medische specialismen.

Al doende heb ik toch het misschien wel het meest voor de hand liggende verdonkermaand; namelijk de mate waarin artsen niet-psychiaters de meerderheid van de patiënten met de minder invaliderende psychiatrische stoornissen van een diagnose voorzien en in zekere zin ook behandelen<sup>44</sup>. Overzichten over huisartsenpraktijken laten zien dat de meeste van deze individuen niet verwezen worden en op een weinig gespecificeerde manier behandeld worden, waarschijnlijk zwaar leunend op de psychotrope medicatie. De omvang van deze patiënten-populatie maakt duidelijk dat de beschikbare diensten voor de geestelijke gezondheidszorg overbelast zouden raken als zij de zorg voor al deze personen op zich zouden moeten nemen. Daarom is het niet alleen de taak van de psychiater om betere en meer effectieve behandelingsmethoden te ontwikkelen, maar ook om de andere professionals in de gezond-



heidszorg te leren wat van de beschikbare methoden de meest bruikbare zijn, daar deze professionals noodzakelijkerwijze door zullen moeten gaan om het leeuwendeel van de ambulante hulpverlening voor hun rekening te nemen.

Samengevat geven deze observaties grond aan het optimisme van mijn inleidend commentaar dat, als de geneeskunde van de toekomst gesmeed wordt uit de contradicties van het heden, datgene wat de psychiatrie heeft vertegenwoordigd – in zijn beste momenten – opgenomen zal worden in de hoofdstroom van de medische zorg. Het is natuurlijk helemaal niet vanzelfsprekend dat dit zal gebeuren. Daarvoor zullen structurele veranderingen in organisatie van de medische zorg nodig zijn: aanmoedigingen om eerder voor de patiënt te zorgen dan voor de afwikkeling van procedures; het op zich nemen van de verantwoordelijkheid voor de instandhouding van de gezondheid van een bepaalde populatie, in plaats van zich te beperken tot de behandeling van ziekte-episoden; en het aanbieden van de volledige scala van de geestelijke gezondheidszorg in de context van de huisartsenpraktijk, in plaats van in geïsoleerde ziekenhuizen en klinieken. Daarvoor zal nodig zijn dat de psychiaters hun medische rol weer op zich nemen: de behandeling van ernstig gestoorde patiënten, liaisonwerk op medische en chirurgische afdelingen; en het onderwijzen van psychiatrische principes aan degenen die medische zorg moeten verschaffen, zelfs al hebben de psychiaters van hun te leren hoe ze hun medische competentie moeten vergroten. Daarvoor is ook nodig dat het biologische ziektemodel dienovereenkomstig verbreed wordt, zodat het ook de sociale en psychologische determinanten van gezondheid en ziek zijn omvat. De uitdaging is duidelijk. Ons antwoord op deze uitdaging zal de toekomst van de psychiatrie vormen. En ik ben zo brutaal om daar aan toe te voegen dat dit antwoord ook de toekomst van de geneeskunde zal helpen bepalen.

## Literatuur

1. Bureau of the Census: Demographic Aspects of Ageing and the Older Population in the United States. *Current Population Reports: Special Studies*, Ser. P-23, No. 59. Washington, D.C., Government Printing Office, 1976.
2. Gruenberg, E., The failures of success. *Milbank Fund Mem. Quart/Health and Society*, 3-24, 1977.
3. Curran, W. J., The Saikewicz decision. *New Eng. J. Med.* 298:499-500, 1978.
4. Duff, R. S., Campbell, A. G. M., Moral and ethical dilemmas in the special care nursery. *New Eng. J. Med.* 289:980-894, 1973.
5. Laurence, K. M., Effects of early surgery for spina bifida cystica on survival and quality of life. *Lancet* i:301-304, 1974.
6. Kimball, M. E., Milunsky, A., Alpert, E., Prenatal diagnosis of neural tube defects III. A reevaluation of the alpha-fetoprotein assay. *Obstet. Gynecol.* 49:532, 1977.
7. Editorial: Neural-tube defects. *Lancet* i:312, 1978.
8. Eisenberg, L., The ethics of intervention: acting amidst ambiguity. *J Child Psychol. Psychiat.* 16:93-104, 1975.

9. Fox, R. C., Swazey, J. P., *The Courage to Fail: A Social View of Organ Transplants and Dialysis*. Chicago, University of Chicago Press, 1974.
10. Friedman, E. A., Delano, B. G., Butt, K. M. H., Pragmatic realitie in uremia therapy. *New Eng. J. Med.* 298:368-371, 1978.
11. Burge, P. S., Richards, J. D. M., Thompson, D. S. et al., Quantity and quality of survival in acute myeloid leukemia. *Lancet* ii:621-624, 1975.
12. Braunwald, E., Coronary artery surgery at the crossroads. *New Eng. J. Med.* 297:661-663, 1977.
13. Peterson, W. L., Sturdevant, R. A. L., Frankl, H. D. et al., Healing of duodenal ulcer with an antacid regimen. *New Eng. J. Med.* 297:341-345, 1977.
14. Palmer, R. H., Antacid therapy of peptic ulcer. *New Eng. J. Med.* 297:1293-1294, 1977.
15. Bodemar, G., Walan, A., Maintenance treatment of recurrent peptic ulcer by Cimetidine. *Lancet* i:403-407, 1978.
16. Engel, G., The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196:129-136, 1977.
17. Eisenberg, L., Diseases and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1:9-23, 1977.
18. Zola, I. K., Culture and symptoms: an analysis of patients' presenting complaints. *Amer. Social Rev.* 31:615-630, 1966.
19. Beecher, H. K., Relationship of significance of wound to the pain experienced. *J.A.M.A.* 11:1609-1613, 1966.
20. Calin, A., Fries, J. F., Striking prevalence of ankylosing spondylitis in 'healthy' W-27 positive males and females. *New Eng. J. Med.* 293:835-839, 1975.
21. Stoeckle, J., Zola, I. K., Davidson, G., The quantity and significance of psychological distress in medical patients. *J. Chronic Dis.* 17:959-970, 1964.
22. Kleinman, A. M., Medicine's symbolic reality. *Inquiry* 16:203-216, 1973.
23. Fabrega, H., Concepts of disease: logical features and social implications. *Persp. Biol. Med.* 15:583-616, 1972.
- 23a. Eisenberg, L., The social imperatives of medical research. *Science* 198:1105-1110, 1977.
24. Eisenberg, L., Developments in psychiatric postgraduate education in the United States. *Soc. Sci. and Med.* 7:99-102, 1973.
25. Funkenstein, D., *Medical students, medical school sand the issues facing psychiatry*. Working papers of the 1975 Conference on the Education of the Psychiatrist. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1976 (pp. 64-116).
26. *The crisis in Psychiatric Manpower: Toward a National Psychiatric Manpower Policy*. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1977.
27. Eisenberg, L., Psychiatric intervention. *Scient Amer.* 229:116-127, 1973.
28. Matthyse, S., Antipsychotic drug actions: a clue to the neuropathology of schizophrenia. *Fed. Proc.* 32:200-205, 1973.
29. Seeman, P., Lee, T., Chau-Wong, M., Wong, K., Antipsychotic drug doses and neuroleptic/dopamine receptors. *Nature* 261:717-719, 1976.
30. Schildkraut, J. J., Kety, S. S., Biogenic amines and emotion. *Science* 156:21-37, 1967.
31. Asberg, M., Traskman, L., Thoren, P., 5-HIAA in cerebrospinal fluid: a biochemical suicide predictor? *Arch. Gen. Psychiat.* 33:1193-1197, 1976.
32. Maas, J. W., Biogenic amines and depression: a biochemical and phar-

- macological separation of two types of depression. *Arch. Gen. Psychiat.* 32:1357-1361, 1975.
33. Klerman, G. L., Pharmacotherapy of schizophrenia. *Ann. Rev. Med.* 25: 199-217, 1974.
  34. Eisenberg, L., Psychiatry and society. *New Eng. J. Med.* 296:903-910, 1977.
  35. Klerman, G. L., Dimascio, A., Weissman, M. M. et al., Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *Am. J. Psychiat.* 131:186-191, 1974.
  36. Parry, H. J., Balte, M. B., Mellinger, G. D. et al., National pattern of psychotherapeutic drug use. *Arch. Gen. Psychiat.* 28:769-783, 1973.
  37. Weissman, M. M., Klerman, G. L., Paykel, E. S. et al., Threatment effects on the social adjustment of depressed patients. *Arch. Gen. Psychiat.* 30:771-778, 1974.
  38. Gruenberg, E. M., The social breakdown syndrome: some origins. *Am. J. Psychiat.* 123:1481-1489, 1967.
  39. *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia*, Vol. I. Geneva, World Health Organization, 1973.
  40. Sartorius, N., Jablinsky, A., Shapiro, R., Two year follow-up of the patients included in the World Health Organization International Pilot Study of Schizophrenia. *Psychol. Med.* 7:259-541, 1977.
  41. Sackett, D. L., Haynes, R. B., *Compliance With Therapeutic Regimes*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1976.
  42. Lazare, A., Eisenthal, S., Wasserman, L., The customer approach to patienthood: attending to patient requests in a walk-in clinic. *Arch. Gen. Pshyciat.* 32:553-558, 1975.
  43. Kleinman, A., Eisenberg, L., Good, B., Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann. Int. Med.* 88:251-258, 1978.
  44. Regier, D. A., Goldberg, I. D., Taube, C. A., The de facto U.S. mental health services system. *Am. J. Psychiat.* 1978, in press.