

Psychiatrie in sociaal perspectief: de betekenis van Trimbos

R. GIEL

SAMENVATTING In vogelvlucht wordt de ontwikkeling van het sociaal-culturele perspectief in de psychiatrie gedurende de laatste veertig jaar geschetst tegen de achtergrond van een artikel van Trimbos uit 1972. Geconstateerd wordt dat de aanvankelijke rijkdom ervan is verkeerd in pure armoede. De psychiater is tot een medisch specialist geworden door middel van de vernauwing van zijn blik binnen het biomedische model. De toekomst zal leren dat de verschillende modellen onverbrekkelijk met elkaar verbonden zijn.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 1, 29-33]

TREFWOORDEN sociaal-cultureel perspectief, Trimbos

In 1972 beschreef Trimbos in dit tijdschrift in bloemrijke bewoordingen de toenmalige voortgang in de psychiatrie (Trimbos 1972). Hij vond dat deze zich over zo'n breed front voltrok dat het onmogelijk was voor een enkele psychiater om het gehele gebied te overzien. Hij onderscheidde vier wetenschappelijke benaderingssystemen of referentiekaders met elk zijn eigen domein van informatie: het culturele, het sociale, het medisch-biologische en het persoonlijkheidssysteem. In zijn artikel belichtte hij alleen het culturele en het sociale referentiekader.

Trimbos was indertijd een van onze zowel meest gezaghebbende als opstandige sociaal-psychiaters. Van 1951 tot 1966 was hij directeur van de Katholieke Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid in Amsterdam, van 1966 tot 1968 hoofd van de afdeling Studie en Documentatie van het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg en van 1968 tot aan zijn overlijden in 1988 hoogleraar in de sociale en preventieve psychiatrie in Rotterdam.

Na zijn succesvolle kruistocht via de Katholieke Radio Omroep tegen de maatschappelijke taboes op het terrein van de seksualiteit, vooral bij het katholieke volksdeel, was Trimbos

vol optimisme geraakt, met name over de vorderingen binnen de culturele en sociale referentiekaders van de psychiatrie. Het was de tijd van de psychohygiëne, de crisiscentra, de antipsychiatrie, de idee van de pathogene invloed van de normerende maatschappij en de angst voor de psychiatrie als handhaver van de maatschappelijke orde door toekenning van psychiatrische etiketten door middel van de psychiatrische diagnose. In theoretisch opzicht waren de sociologie en de culturele antropologie bezig het begrip 'geestesziekte' te ondergraven, daarmee de psychiatrie als medische wetenschap in twijfel trekkend.

DE ROL VAN DE PSYCHIATER

De psychiater werd onttroond als de natuurlijke leider van het team van hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg. Psychologen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en sterk gemotiveerde vrijwilligers van allerlei aard stonden klaar om in te springen. Maar de verlichte psychiaters, sommigen in de rol van de goeroe, dachten alle levensproblemen wel aan te kunnen. Daarvoor was een psychiatrische diagnose onnodig en zelfs verdacht, omdat deze het individu in zijn rol van

afhankelijke patiënt zou bevestigen. De psychiatrie kreeg de pretentie veel menselijk leed te kunnen voorkomen. Trimbos stelde zich vierkant achter deze ontwikkelingen.

Wel was het zo dat in die tijd de traditionele opdracht van de sociale psychiatrie, die van de steunpilaar van de chronisch ernstig geestelijk gestoorde mens en zijn familie, enigszins in de verdrukking kwam. Dit aspect was goed voor een achterhoedegevecht waarvoor de sociale psychiatrie toen eigenlijk geen tijd had.

HET PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIS

Daar kwam bij dat de psychiatrische ziekenhuizen als totalitaire instellingen werden ontmaskerd in plaats van als toevluchtsoord voor mensen die nergens anders een plaats konden vinden. Men lonkte naar de bevrijding van de langdurig opgenomen psychiatrische patiënten, zoals deze onder de inspirerende leiding van Basaglia in Triëste had plaatsgevonden, ook al waren daar indertijd heel andere maatschappelijke krachten in het spel dan in Nederland, zoals de zeer armoedige intramuraal voorzieningen en een grotendeels van uitkeringen afhankelijke stadsbevolking. In Nederland kwam het net zo uit dat er nieuwbouw moest plaatsvinden in de verouderde psychiatrische ziekenhuizen. De zogenaamde ‘moratoriumbeweging’, waaraan Trimbos meedeed, wist deze nieuwbouw enige tijd op te houden, maar als gelegenheid om veel chronische patiënten in de maatschappij te doen terugkeren was deze beweging geen succes.

Het was tevens de tijd dat menig ouderpaar zich binnen het sociale referentiekader schuldig voelde aan, dan wel beschuldigd achtte van de psychose van hun kind.

DE ROL VAN TRIMBOS

Uit zijn artikel en uit zijn optreden in die tijd kwam Trimbos naar voren als een mens die twee uitersten in zich verenigde: hij was zowel idealist als realist. Zo was er zijn roerende

beschrijving van ‘de jonge moeder die in haar te gehorige en veel te hoge flat van ellende tegen de muren omhoog springt en daardoor haar kinderen voor het leven beschadigt’ (Trimbos 1972). Ook was hij enthousiast over de bijdrage van de sociale wetenschappen aan ons inzicht in de samenhang tussen psychische stoornissen en maatschappelijke factoren, zoals klasse. Maar tegelijkertijd deerde het hem niet als er in Nederlands onderzoek geen aanwijzingen werden gevonden voor het bestaan van zoiets als een ‘flatneurose’. Hij kon zowel wetenschappelijke argumenten negeren als enthousiast oprichter en eerste voorzitter zijn van een deelwerkgemeenschap voor sociale psychiatrie binnen het raamwerk van de Stichting ZWO (Zuiver Wetenschappelijk Onderzoek).

Al was Trimbos zelf voldoende realistisch om te beseffen dat de psychiatrie een uitgesproken modieus karakter heeft, toch stemt het thans treurig te onderkennen hoezeer het sociale perspectief van de psychiatrie aan het einde van de twintigste eeuw is ingekrompen, en hoe weinig er van de verwachtingen van Trimbos is uitgekomen of overgebleven. Eigenlijk was dit reeds af te lezen aan de positie van zijn Instituut voor Preventieve en Sociale Psychiatrie binnen de Rotterdamse medische faculteit. Vanwege zijn relatief geringe medische oriëntatie raakte hij geleidelijk aan geïsoleerd en viel met zijn medewerkers ten prooi aan de bezuinigingen die de Nederlandse universiteiten indertijd werden opgelegd.

DSM-III

De grote omslag in de brede oriëntatie van de psychiatrie en de inkrimping van het sociale perspectief kwam met het verschijnen van de DSM-III aan het begin van de jaren tachtig. Het leek alsof deze diagnostische classificatie de langzamerhand zeer kwetsbaar geworden psychiater, die niet werd geaccepteerd als medisch specialist noch geloofwaardig was als bevorderaar van het

welzijn van mens en maatschappij, een uitweg bood uit het moeras van zijn onvervulde preten-ties. Door zich te schikken in dit stelsel van nauwkeurige beschrijvingen van psychopathologische toestanden voelde hij zich weer aanvaardbaar geworden als medische professional. Daar hoorde echter bij dat de psychiater zijn rijkdom aan culturele, sociale, medisch-biologische en persoonlijkheidshypothesen, die tot dan toe grotendeels onbewezen waren gebleven, voorlopig moest laten vallen. Met de DSM-III of -IV in de hand kon hij thans laten zien dat zijn diagnose in dit stadium de enig juiste was, ook al had deze nog niet veel oorzakelijke betekenis. Als de psychiaters het onderling maar eens waren over de syndromen die ze onder ogen kregen, dan volgden de (intussen voornamelijk biomedische) werkhypothesen vanzelf wel. Die omslag was verantwoordelijk voor het herwonnen zelfrespect van de psychiater die in het team van hulpverleners de baas werd over de DSM-diagnostiek. De verschraling van de klinische werkelijkheid die deze omslag tot gevolg heeft gehad, werd en wordt op de koop toegenomen.

Misschien is de meest duidelijke winst dat met een onomstreden syndroom als uitgangspunt de ontwikkeling van vaste richtlijnen voor de behandeling mogelijk werd, liefst gebaseerd op de uitkomsten van gerandomiseerde klinische experimenten. Op den duur zal dan waarschijnlijk weer meer oog ontstaan voor het feit dat het volgen van een therapeutische richtlijn de manipulatie van de relatie tussen arts en patiënt vraagt. Naast inzicht in het toestandsbeeld behoeft de psychiater toch ook inzicht in de relatieproblemen van zijn patiënt.

Het is de moeite waard vast te stellen dat het principe van de nauwkeurige beschrijving en classificatie van stoornissen intussen ook binnen het sociale perspectief wordt toegepast, namelijk op het gebied van de sociale-rolfunctiestoornissen. Maar hun classificatie is helaas nog geen vast onderdeel van de diagnostiek.

DE SOCIALE PSYCHIATRIE

In de jaren zeventig, vooral toen de crisiscentra nog bloeiden, was de drempel naar de psychiatrie laag. Niet alleen was er gedurende 24 uur per etmaal poliklinische hulp beschikbaar, maar ook was een opname van enkele uren of dagen mogelijk. De huisarts hoefde maar te kikken en zelfs zonder zijn bemiddeling was contact met de geestelijke gezondheidszorg mogelijk. Deze situatie heeft echter niet lang geduurd. De sociaal psychiatrische diensten werden omgezet in de RIAGG's, die veel meer een psychotherapeutische oriëntatie kregen. Psychiatrische staf was moeilijk te winnen voor 24 uur ambulante en poliklinische hulp. Geleidelijk aan werd trouwens duidelijk dat onder veel van de crises chronische problematiek schuilging, en dat de crisis bestond uit de al dan niet tijdelijke uitputting van de omstanders, onder wie de huisarts. Er volgde een verschuiving van de drempel terug naar de huisarts. Hij werd degene die bij de geestelijke gezondheidszorg om raad moest vragen. Veelal coördineerden de psychiatrische ziekenhuizen de crisisfunctie; meestal gebeurde dit via fusies met de RIAGG en via decentralisatie van het ziekenhuis. Het psychiatrische ziekenhuis moest zich met zijn bedden in aantal terugtrekken, maar het kwam in andere functies en vormen terug, bijvoorbeeld in de vorm van opnamevervangende behandelwijzen aan de voordeur, of van intensieve thuiszorgprogramma's aan de achterdeur. Met andere woorden, het psychiatrische ziekenhuis is veel socialer geworden; het heeft functies geadopteerd die vroeger in de toenmalige vormen van begeleiding aan de sociaal-psychiatrische dienst plachten toe te vallen.

Misschien zou Trimbos hiervan gruwen als hij nog in leven was geweest. Aan de andere kant wordt thans een beroep gedaan op deskundigheid betreffende de chronische patiënt op de plaats waar deze deskundigheid ook te vinden is.

DE ORGANISATIE VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Op de grens van het jaar 2000 zijn de organisatorische veranderingen in de totale geestelijke gezondheidszorg misschien het meest opmerkelijk. Ik schetste reeds de medische professionalisering van de psychiater met zijn alleenrecht op het opstellen en afwerken van het behandelprotocol. De dokter is voor de volle honderd procent verantwoordelijk; de andere disciplines uit het voormalige behandelteam zijn naar de zijlijn geschoven. Dit lijkt me een kwalitatieve verarming tot gevolg te hebben. De last die de zieke en zijn of haar familie door de ziekte moeten torsen, is wat uit het zicht geraakt.

Veel ingrijpender nog lijkt me de fusiegolf die de instellingen in de geestelijke gezondheidszorg heeft overspoeld. De fusies zijn voornamelijk het resultaat van ingewikkelde onderhandelingen op het niveau van het management met economische motieven als leidraad. Terwijl de managers het meer en meer eens zijn geworden, lijken de werkers het spoor enigszins bijster te zijn geraakt. In het verleden ontleenden ze hun identiteit niet alleen aan hun opleiding, maar ook aan hun plaats binnen een overzichtelijke instelling met een herkenbare doelstelling. Dit is een voorwaarde voor het goed en verantwoordelijk functioneren van de individuele werker. Thans raakt men verloren in een gigantisch proces waarin men vooral gehouden is zo zuinig mogelijk met zijn tijd om te gaan.

CULTUUR EN GEESTESZIEKTE

In de tijd van Trimbos had de term 'cultuur' in relatie tot geestesziekte een ander accent dan thans. Het ging toen meer om de cultuurfilosofische constructie van de omgang met deviantie als geestesziekte. De theoretische beschouwing van het begrip 'geestesziekte' en de eventuele maatschappelijke gevolgen daarvan stonden op de voorgrond. De kwestie van de schuldvraag over het ontstaan van geestesziekte is niet meer aan de

orde. In tegendeel zelfs, de familieleden van patiënten hebben zich verenigd in hun aanklacht tegen de gebrekkige zorg.

Aan het einde van de twintigste eeuw is de multiculturele samenleving in Nederland een feit. We zouden ons meer dan ooit bezig moeten houden met de consequenties van cultuur en taal voor het ziekte- en hulpzoekgedrag van de allochtone bevolking. De praktijk van de geestelijke gezondheidszorg vraagt erom. Toch blijft de belangstelling voor de transculturele aspecten van de psychiatrie voornamelijk een hobby van slechts enkelen.

In de Verenigde Staten is de culturele belangstelling in de psychiatrie een verbazingwekkend, maar misschien niet geheel onverwacht spoor gaan volgen, namelijk dat van mogelijke verschillen in het hersenmetabolisme van de diverse ethnische groeperingen. *Cross-cultural psychiatry* is daar gericht op de verschillen tussen de rassen in de verwerking in de hersenen van psychotrope stoffen. Daarbij spelen culturele verschillen in ziekte- of hulpzoekgedrag slechts een bijrol.

CONCLUSIE

De betekenis van Trimbos indertijd was die van de knuppel in het hoenderhok. Hij zou thans niet veel moeite meer hebben om het sociale perspectief te overzien: er is niet veel van overgebleven. Maar waarschijnlijk zou hij ons voorspiegelen dat het lage sociaal-culturele tij in de psychiatrie onherroepelijk weer in vloed zal verkeren.

Het valt te betreuren dat we zullen moeten wachten tot de psychiatrie voorlopig weer is uitgekeken op de biomedische aspecten van de psychische stoornissen, omdat alle winst die er viel te behalen, is genomen. Het is jammer dat er een wetmatigheid in de wetenschap is te onderkennen die luidt dat wetenschappelijke richtingen zich veelal ontwikkelen ten koste van elkaar en niet naast elkaar.

Als het laatste wel het geval was geweest,

hadden we niet de spraakverwarring hoeven te ondergaan die is opgetreden rond de gevolgen van de Bijlmerramp, waarbij de ene partij discussie voerde over gezondheidsklachten (ziektegedrag), terwijl de andere het had over medisch-wetenschappelijk omschreven ziekten. De zin van een dergelijk onderscheid uit de jaren zestig en zeventig is een voorbeeld van de teloorgang van verhelderend inzicht. De betekenis ervan was overigens in 1996 alweer opgehaald door de Nederlandse psychiater Havenaar in zijn proefschrift *After Chernobyl*. De deskundigen betrokken bij de hulpverlening na de Bijlmerramp, hadden niet naar de Verenigde Staten hoeven reizen voor het laatste nieuws. Havenaar schreef: 'De toename van gezondheidsklachten na de Tsjernobylramp onder de getroffen bevolking kan beter vanuit angst voor straling worden verklaard dan vanuit de vrijgekomen radioactiviteit zelf.

Mijn conclusie is dat de belangstelling voor de sociaal-culturele aspecten van psychische stoornissen toch spoedig zal herrijzen, vooral als

het gaat om het begrijpen van de bevindingen van de psychiatrische epidemiologie, die nog altijd actief is.

Wat de toekomst is van de psychiater in de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg vind ik minder voorspelbaar. Hij zal zich toch ergens thuis willen voelen binnen het grote verband?

LITERATUUR

- Havenaar, J.M. (1996). *After Chernobyl. Psychological factors affecting health after a nuclear disaster*. Utrecht.
- Trimbos, C.J.B.J. (1972). *Psychiatrie in sociaal perspectief*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 165-172.

AUTEUR

R. GIEL is emeritus hoogleraar sociale psychiatrie RU Groningen.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-9-1999.

SUMMARY Socio-cultural perspective of psychiatry in question – R. Giel – *The socio-culturally rich picture of psychiatry the famous Dutch psychiatrist Trimbos could paint in 1972, no longer fits reality. The psychiatrist as a biomedical specialist presently dominates the field. The chances are that the tide will turn in the near future.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 1, 29-33]

KEYWORDS socio-cultural perspective, Trimbos