

# **‘Onze moeite met sociale psychiatrie’: een weerbarstige praktijk en haar wetenschappelijk fundament**

*door B.P.R. Gersons*

**Gepubliceerd in 1994, Thema**

## **Samenvatting**

**Deze bijdrage schetst de betekenis van Rob Giel als voortrekker van de sociale psychiatrie in het voetspoor van Querido en Trimbos. De sterk verschillende accenten van deze gangmakers wijzen juist op de bijzondere complexiteit van de sociale psychiatrie. Maar juist omwille van deze complexiteit en ten gevolge van een groeiende ‘mythe van de klinische psychiatrie’ dreigt de sociale psychiatrie in Nederland structureel en wetenschappelijk haar identiteit te verliezen.**

## **Inleiding**

Het afscheid van Rob Giel, nestor van de sociale psychiatrie (Giel 1990), de psychiatrische epidemiologie (Giel 1982), de transculturele psychiatrie (Giel 1984), consultant van de WHO op talloze terreinen en daarnaast begaafd essayist en scherpzinnig waarnemer, markeert tevens het einde van een eerste vruchtbare periode van de sociale psychiatrie in Nederland. Dat betekent onder andere, zo hopen wij, dat de psychiatrische epidemiologie niet opnieuw van de grond getild zal hoeven worden. De transculturele aandacht in de psychiatrie, actueel en noodzakelijk, verslapt niet en de evaluatie van sociaal-psychiatrische experimenten wordt verder uitgebouwd. Zo denken en wensen wij dat ons, maar tegelijkertijd scheidt zijn vertrek onzekerheid juist over de voortzetting van al deze belangrijke aandachtspunten. Zeker is dat de combinatie en daarmee integratie van deze kennisgebieden niet snel door een ander gereproduceerd kunnen worden. Daarom is afscheid nemen van een hoogleraar van het formaat van Giel niet alleen het vertrek van een beminlijk mens en een bekwaam docent, maar ook een bezinning over hoe zijn werk kan worden voortgezet. Daarover bestaat enige zorg, waarover aan het einde van dit artikel meer gezegd zal worden. Die zorg heeft te maken met de betekenis van het veld van de sociale psychiatrie voor de psychiatrie als geheel. Wordt het belang van deze richting in de psychiatrie voldoende onderschreven en komt dit tot uiting in het hooglerarenbeleid van de Medische Faculteiten in ons land?

## **Sociaal-psychiatrische voortrekkers**

Het is daarom goed stil te staan bij de contouren van de sociale psychiatrie. Het vertrek van Giel markeert ongetwijfeld de afsluiting van een eerste periode van grote bloei van de sociale psychiatrie in Nederland. Die grote bloei bestaat uit:

1. de enorme expansie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, middels de RIAGG-vorming, en de meer recente sociaal- psychiatrische transformatie van het psychiatrisch ziekenhuis (Gersons e.a. 1992);
2. de toename van sociologische analyses met betrekking tot de geestelijke gezondheid en haar voorzieningen; en

### 3. het tot stand komen van het wetenschappelijk, empirische onderzoek op dit gebied.

Echter om een overzicht van deze eerste succesvolle periode te verkrijgen, is het wenselijk om de voortrekkers, die ieder met één van deze aandachtsgebieden het meest van doen hadden, in het kort de revue te laten passeren. Voor mij persoonlijk betekent het schrijven van deze bijdrage het derde luik in een triptiek van de Nederlandse voortrekkers van de sociale psychiatrie. In 1981 schreef ik ter gelegenheid van de zeventigste verjaardag van Querido een artikel over diens bijdrage aan de psychiatrie (Gersons 1981). In 1990 verscheen een tweede bijdrage na Trimbos' overlijden over diens betekenis voor onze geestelijke gezondheidszorg (Gersons 1990). Met het schrijven van de derde bijdrage naar aanleiding van het emeritaat van Giel heb ik het gevoel daarmee werkelijk drie wezenlijk verschillende benaderingen van de sociale psychiatrie in kaart te hebben gebracht. Opmerkelijk verschillend, maar daardoor in hun gezamenlijkheid een rijker geheel.

Om de betekenis van de drie genoemde voortrekkers te kunnen schetsen, is het belangrijk te beseffen dat ieder van hen een onontgonnen veld voor zich zag. Dat veld zag er ongeveer als volgt uit: een ommuurde psychiatrische inrichting met daarom heen een 'leeg', ambulante veld. De inrichting gold daarbij als een 'medisch' domein, terwijl het in feite een sociale oplossing inhield voor mensen die zich in de maatschappij niet meer konden handhaven. Immers, de voorgangers van deze markante figuren hadden het asiel geschapen als toevluchtsoord voor de psychiatrisch en sociaal ontredderde medemens. Alleen, zoals Querido dat beschreef, bestond er vanuit dat toevluchtsoord geen weg terug meer. Het werd een muizegat, waarin de patiënt voorgoed gevlucht was. Querido was ervan overtuigd dat dit niet anders getypeerd kon worden dan een verkeerde oplossing. Zoals Querido ontdekte dat Rembrandt in de 'Anatomische les' een spieraanhechting niet volgens de werkelijkheid geschilderd had maar de aanwijzingen in het anatomieboek voor waar aangenomen had, zo geloofde, aldus Querido, de psychiater dat het asiel de juiste oplossing vormde voor het probleem van de psychiatrische patiënt. Querido heeft, in vervolg op andere pioniers zoals Barnhorn (1958), deze oplossing 'te vuur en te zwaard' bestreden door sociaal-psychiatrische diensten in het leven te roepen. In de jaren vijftig kwam 'de hele wereld' in Amsterdam kijken om te zien hoe deze 'psychiatrie d'urgence' in zijn werk ging. Voor Engelse psychiaters als Bennett (1991) vormde dit mede de inspiratie om de ziekenhuizen aldaar open te breken en vervolgens te sluiten, iets wat in Nederland toen juist niet plaatsvond. Belangrijk is het te beseffen dat men vanuit de hele wereld naar Querido's werk kwam kijken om met eigen ogen te zien dat psychiatrische patiënten ook buiten de ziekenhuizen konden leven. Het eerste neurolepticum chloorpromazine heeft daar wel aan bijgedragen, maar vormde niet de oorzaak van deze beweging naar buiten toe, zoals wel beweerd wordt. Het middel kwam in 1953 op de markt, ruim nadat de sociale psychiatrie in Nederland al goed op gang was gekomen.

De bijdrage van Trimbos aan de sociale psychiatrie is een heel andere geweest. Hoewel ook hij aanvankelijk werkzaam was in de sociaal-psychiatrische dienst, lag zijn aandacht niet primair bij de in de ziekenhuizen vaak voor het leven opgenomen patiënten. Trimbos kan niet los gezien worden van sociologische thema's als 'de emancipatie van het ka tholieke volksdeel', gezinsvragen en seksuele bevrijding. De 'RIAGG om de hoek' is het directe gevolg van zijn ontwerp voor de geestelijke gezondheidszorg, beschreven in zijn proefschrift, toegankelijk voor de vragen van 'gewone' mensen. Het is opmerkelijk dat men dit omvangrijke deel van onze geestelijke gezondheidszorg nauwelijks buiten ons land aantreft als een op grote schaal georganiseerde voorziening. Trimbos hield zich bezig met de samenleving in brede zin, het lijden van mensen onder complexe sociale processen, onder werk en werkloosheid, in gezinnen en ten aanzien van levensvragen. In internationaal opzicht sloot hij zich aan bij de brede beweging van de antipsychiatrie. Een beweging die de poorten van de inrichting op weg terug naar de samenleving geopend heeft. De medewerkers van zijn Rotterdamse instituut hebben zich daarom gericht op maatschappelijke processen en op taal als het belangrijkste medium in de intermenselijke contacten. Het sluiten van de inrichtingen had zeker (vooral in de laatste jaren) de belangstelling van Trimbos, maar hij was niet als Querido een aandrager van in de praktijk werkzaam

blijkende oplossingen.

De bijdrage van Giel is weer een heel andere geworden. Zijn maatschappelijke belangstelling is zeer duidelijk tot uitdrukking gekomen in zijn transculturele werk. Hij kende heel andere samenlevingen dan de Nederlandse, zoals in Nieuw-Guinea en Ethiopië. Hij probeerde ze te vergelijken met bij voorbeeld een Nederlands dorp. Hij zag daarmee een veel grotere veelheid aan verschijnselen behorend tot of verwant aan de psychiatrie. Het meest getroffen werd hij uiteindelijk door de overeenkomsten in morbiditeit, ondanks alle andere verschillen. Meer dan de andere twee bleef hij een dokter. Hij wilde vaststellen wat er aan de hand was - de diagnose - en wat er aan gedaan zou kunnen worden. Op basis van een gedegen epidemiologische opleiding in Edinburgh heeft hij zich ingezet voor de objectivering van hetgeen evident en zichtbaar leek. Hij heeft zich daarbij zeer geïnteresseerd getoond voor opvattingen en ideologie, voor sociologie en crisistheorie, maar meer nog werd hij 'geplaagd' door de vraag wat zich nu precies voordeed. Net als in andere medische disciplines heeft hij middels de epidemiologie geprobeerd de gehele psychiatrie een wetenschappelijke basis te geven. Internationaal heeft hij daarmee groot respect verworven. Samen met collega's als Wing en Sartorius heeft hij zich toegelegd op de gestructureerde diagnostiek (PSE, SCAN), op de daarmee samenhangende 'disabilities', en heeft hij ook deelgenomen aan de prestigieuze WHO-schizofrenie beloopstudie. Daarmee is hij niet 'de man van de ideeën' geworden, zoals vooral Trimbos dit werd, of de praktische sociaal-psychiater, zoals Querido, maar de empirist die steeds in maat en getal iedere opvatting aan strenge wetenschappelijke normen wenste te toetsen. 'Waar hebben wij het eigenlijk over?', lijkt zijn belangrijkste vraagstelling te zijn geworden. Om de strijd tegen psychiatrische ziekten te kunnen aanvangen, zal men eerst alles in kaart moeten brengen. De psychiatrische epidemiologie is daarmee het meest zijn 'handelsmerk' geworden. Wie zich de tijdsvolgorde van de drie pioniers realiseert, zal zich hier niet zozeer over verbazen.

### **Sociale psychiatrie, wat is dat?**

De geschetste veelzijdigheid van deze sociaal-psychiatrische voortrekkers in hun gezamenlijkheid roept natuurlijk vragen op over de identiteit van de sociale psychiatrie. Een studie van de vele definities (die ik hier niet wil herhalen) laat dat ook duidelijk zien. Is geestelijke gezondheidszorg hetzelfde als sociale psychiatrie? Moet sociale psychiatrie onderscheiden worden in een praktijkveld met eigen methodieken en in een wetenschapveld met eigen methoden? Is sociale psychiatrie eigenlijk 'hetzelfde' als psychiatrische epidemiologie, zoals Giel zelf wel eens gesuggereerd heeft? Wat is sociale psychiatrie eigenlijk? Zo luidde ook de titel van het boek van Romme e.a. (1981), waarin op een uitvoerige wijze op deze vraag werd ingegaan.

De sociale psychiatrie is - althans in mijn opvatting - een dimensie van de psychiatrie, naast andere zoals de psychologische en de biologische. Maar het is wel een zeer complexe dimensie, met als gevolg een veelheid aan definitorische problemen. Persoonlijk ben ik voorstander van een brede definitie, namelijk dat *de sociale psychiatrie zich bezighoudt met de wisselwerking tussen psychiatrie en samenleving*, zowel in praktische als wetenschappelijke zin. In mijn Utrechtse oratie (Gersons 1985) heb ik daarom gesproken over 'De gecompliceerde verhouding tussen psychiatrie en samenleving'. Voor sommigen is dat misschien wel begrijpelijk te veel om te overzien. De wisselwerking impliceert onder andere de studie van de macro-beleidsprocessen, de verhouding tussen gezin en patiënt, maar bij voorbeeld ook de sociobiologie, om er maar enkele te noemen. Maar geldt die uitgebreidheid niet evenzeer voor het enorme gebied van de neurobiologie (Kahn 1994)?

De sociale psychiatrie laat zich daarom moeilijk afgrenzen. Een poging daartoe, door velen in het recente verleden gedaan, is om allereerst de sociale psychiatrie af te grenzen tot een praktijkdomein. Die praktische sociale psychiatrie was ook tot voor kort afgrensbaar en beschrijfbaar. Het gaat dan om het domein van de 'psychiatrie buiten de muren', of in meer hedendaagse termen de afdeling

Volwassenenzorg of Sociale Psychiatrie van een RIAGG. Met de transformatie van de intramurale psychiatrie (ook wel transmuralisering genoemd) wordt deze domeinbeschrijving al meer problematisch (Gersons e.a. 1992). Ook om andere redenen acht ik een beschrijving van de sociale psychiatrie op deze wijze nu niet meer goed houdbaar. We vergeten dan immers dat ons uitgangspunt was, dat sociaal niet meer is dan een dimensie van de psychiatrie. Zo treft men nogal eens de verwarring aan dat 'sociaal-psychiaters' werkzaam in de RIAGG's zichzelf ook graag voorzien van stethoscoop, bloeddrukmeter, oogspiegel, reflexhamer en thermometer tijdens het huisbezoek en dat zij waarschijnlijk de groep zijn die de meeste psychofarmaca voorschrijven. Het vaak ten onrechte getamboereerde thema van de 'tegenstelling' tussen het sociale en het biologische, zou de sociaal-psychiater tot een gemankeerde 'dokter' maken. Een drogbeeld dat vraagt om empirisch onderuit gehaald te worden! Een argument voor een dominantie van het ambulante veld voor de sociale psychiatrie is natuurlijk wel correct. Het is een feit dat de wisselwerking tussen psychiatrie en samenleving daar uiteraard het meest tastbaar is en dus ook het meest beïnvloedbaar.

Opmerkelijk is dat de sociale psychiatrie als wetenschappelijk terrein het meest last heeft van haar complexe karakter. Querido benaderde de sociale psychiatrie met een van oorsprong fysiologische theorie; die van de homeostasis. De toepasbaarheid in wetenschappelijk onderzoek hiervan was beperkt. Het is misschien beter het daarom een visie te noemen, hoewel het paradigma van Engel (1980) - het biopsychosociale model - er een rechtstreekse uitwerking van vormt. Maar het probleem van dit paradigma is dat het alles omvat. Trimbos maakte gebruik van de sociologie; het analyseren van maatschappelijke en culturele processen in relatie tot de psychiatrie. Bekende 'navolgers' hiervan zijn De Swaan, Schnabel en Brinkgreve. Giel heeft duidelijk een empirische route gekozen. Velen beperken wetenschap tot het verrichten van empirisch onderzoek. Duidelijk is echter dat maatschappelijke analyse nodig is voor de theorievorming. Door middel van de psychiatrische epidemiologie is door Giel geprobeerd in ieder geval het veld van de psychiatrie in kaart te brengen en een eerste relatie aan te brengen in de sociale verbindingen daarmee. Voorbeelden hiervan zijn de studie naar het beloop van schizofrenie en vooral de sociale beperkingen op basis van de roltheorie (Wiersma e.a. 1983). De relatie met armoede, zoals bij voorbeeld door Brown en Harris (1980) bestudeerd, is in ons land nog nauwelijks van de grond gekomen.

De complexiteit van de sociale psychiatrie lijkt daarom voor sommigen tot terugtrekbewegingen aanleiding te geven. Kuiper (1973) heeft dat destijds het beste verwoord: 'Het is te veel'. 'We kunnen dit niet meer overzien'. Hij pleitte voor een soort 'generaal pardon'. Men kan het de psychiater niet kwalijk nemen, wanneer hij de sociologie niet ook nog tot zich neemt, zo luidde zijn redenering. 'Schoenmaker blijf bij je leest', zo lijkt de redenering dan te luiden. En als leest wordt uit traditie de kliniek gezien.

### **De mythe van de klinische psychiatrie**

De terugtrekbewegingen worden in gang gezet door de overtuiging dat de definitie van de psychiatrie als een biopsychosociaal domein inhoudt, dat elk overzicht van zoveel kennis niet realiseerbaar is. De psychiater die waarachtig beweert dat hij op basis van dit alles omvattend paradigma zijn psychiatrisch zieke medemens probeert te helpen, kan zichzelf niet anders schetsen dan een oppervlakkige 'verbinder' van zo diverse wetenschapsvelden. Of hij kiest voor een sterk reductionistische benadering, waarin één van de drie dimensies de boventoon voert. Zo zijn er psychiaters die zichzelf 'primair' psychotherapeut noemen. Zij beklemtonen hun vaardigheid in de gespreksvoering, in de methodische 'engineering' van levensgeschiedenis en interactie. Door zwijgen en luisteren komen ongekende verhalen en ervaringen aan de oppervlakte, waardoor iemands werkelijkheid ten principale anders wordt. Het gesprek tussen mensen wordt een vlechtwerk, dat na zorgvuldige beschouwing en na instructie een andere weefmethode gaat gebruiken. Psychotherapie, hoezeer grenzen hiervan ook zichtbaar geworden zijn, vormt een onvervreemdbaar medium van de psychiatrie. Maar hetzelfde

verhaal gaat op voor de biologisch geïnvolveerde psychiater. Natuurlijk zijn de psychologische processen niet los te zien van het brein als domein van ontvangst, interpretatie, opslag en verzending. Dat brein draagt niet alleen de ziel, maar voedt en beïnvloedt haar terdege. Over de sociale psychiatrie komen we wederom verderop te spreken.

Waarom dan de opmerking over de ‘mythe van de klinische psychiatrie’? Het argument daarvoor is dat de klinische psychiatrie niet meer is dan een begrijpelijke reactie op de enorme complexiteit van de psychiatrie. Klinische psychiatrie is, naar mijn mening, een begrijpelijke maar tegelijkertijd wanhopige poging om tenminste enig overzicht te houden van de psychiatrie door vensters naar buiten kleiner te maken of soms te blinderen. En dat is niet zonder nut. De kliniek, eventueel polikliniek, is een in de werkelijkheid geschapen domein geworden, waar de psychiater overzicht heeft, zijn diagnostiek kan voltrekken en waarbinnen behandeling zichtbaar kan plaatsvinden. En het is ook de plaats waar de patiënt zich kan verwoegen. Daar, de kliniek, is de werkplaats van de psychiater. Ik heb er alle respect en begrip voor, maar het kan niet anders dan een reductionistische en dus armoedige oplossing genoemd worden. Maar ze wordt tot op zekere hoogte gerechtvaardigd vanuit het gegeven dat de psychiater de velden van biologie, psychologie en sociologie (en misschien nog meer) voorlopig nog onvoldoende kan integreren. Die ultieme wens gaat nu nog niet in vervulling.

### **Gevolgen voor de sociale psychiatrie**

Een niet meer te vermijden conclusie uit het voorgaande is dat elke psychiater die zich op een domein terugtrekt - of het nu de klinische psychiatrie, de sociale psychiatrie of de biologische psychiatrie betreft - wel degelijk een nuttig praktisch resultaat kan hebben, maar in wetenschappelijke zin vastloopt. In die zin doet het biopsychosociaal paradigma van Engel (1980) zijn werk. Domeinen verliezen steeds meer hun intrinsieke rechtvaardiging. De gevolgen hiervan worden steeds beter zichtbaar. Gekozen wordt voor nieuwe territoria waarbinnen het biopsychosociale paradigma tot zijn recht kan komen. Psychiaters en onderzoekers beperken hun domein nu steeds minder tot één van de dimensies, maar veel meer tot een beperkte groep stoornissen om deze volgens het brede paradigma te kunnen bestuderen.

Dit leidt tot multidisciplinair samengestelde onderzoeksgroepen met betrekking tot schizofrenie, angststoornissen, depressie en posttraumatische stress-stoornis (om er maar enkele te noemen). Dat laat zich goed verklaren, omdat de behoefte om het grensverkeer tussen de drie dimensies beter zichtbaar te maken, zich niet in de reactie op de voorgaande periode maar in vervolg daarop zeer begrijpelijk duidelijk manifesteert. De studie van hyperactieve kinderen of ‘attention deficit disorder’ vraagt om kennis van neuropsychologie, cognitie, neurobiologie, maar ook van verwaarlozing, sociale achterstand, geweld en misbruik. Laat men één van deze gebieden buiten beschouwing, dan is angst niet meer dan het bestudeerde verschijnsel van een rat in een van de bekende proefopstellingen.

Het zou echter een vergissing betekenen wanneer de conclusie zou luiden dat dit het einde van de dimensies zou inhouden in de psychiatrie. Het biopsychosociale model betekent nu een noodzakelijk *tussenstation* om de verbindingen tussen de dimensies weer zichtbaar te maken, in kaart te brengen en op basis van empirie te verhelderen. Maar daarmee is de betekenis van de dimensies op zichzelf geenszins verloren gegaan! Als we dat als psychiatrie ‘tijdelijk’ zouden verwaarlozen, zal de schade groot worden.

### **Onze moeite met de moeilijke sociale psychiatrie**

Voor de sociale psychiatrie als dimensie wil ik ten slotte een opsomming geven van actuele thema's. De wisselwerking tussen psychiatrie en samenleving spitst zich op een aantal gebieden toe. Zonder op de oorzaken daarvan in te gaan, zien we zorgelijke fragmentatieprocessen in de samenleving. Kansen op werk en inkomen worden toenemend ongelijk. De calculerende burger doet minder aan solidariteit

en liefdadigheid. Armoede dreigt weer een grimmig probleem te worden. Veel psychiatrische patiënten worden tevens slachtoffer van ongelijke kansen en uitzichtloze armoede. De renovatie van onze binnensteden kalft het goedkope woningbestand af en de straat biedt, behalve de mogelijkheid om niemand meer 'dank je wel' te hoeven zeggen, geen perspectief voor de dakloos geworden armen en psychiatrische patiënten. In dat kader wordt een 'neutrale' houding van de psychiatrie verwerpelijk. Dat geldt ook nu zichtbaarder wordt dat de privacy van het gezin niet per definitie de veilige broedplaats is voor de volwassenen van morgen, maar waar geweld en misbruik veel meer dan wij dachten huis houden. Hier treffen we de traditionele wortels van de sociale psychiatrie aan van opkomen voor verdrukten, bekend maken van onnodig leed aan de autoriteiten, betrokkenheid en vechten voor verbetering van de opvang van de levensomstandigheden voor chronisch psychiatrische patiënten. Dat geldt vooral voor onze betrokkenheid bij die psychiatrische patiënten, die per definitie langdurig hulpafhankelijk zijn. Giel heeft met zijn bekende artikel 'Onze moeite met moeilijke mensen', zowel begrip gevraagd voor de onvermijdelijke afstandelijkheid en een zeker onbegrip dat in het contact met deze mensen ontstaat, als voor de noodzaak dat de psychiater bij uitstek degene is die deze kloof moet overbruggen. De nieuwe zorgarrangementen voor de psychiatrie moeten daar creatieve oplossingen voor bieden. De patiënten- en familiebeweging vragen om onze steun. Te veel hebben psychiaters in hun onmacht zich almachtig gewaand door alle verantwoordelijkheid voor zorg en behandeling op zich te nemen. Het besef van een gedeelde verantwoordelijkheid tussen patiënten, familie en professionelen is van eminente betekenis voor de toekomst van de (sociale) psychiatrie.

Gaat dit alles nu voorbij aan wetenschappelijk onderzoek? Geenszins. De enorme toegenomen mogelijkheid van dataverzameling met gevalideerde instrumenten en biostatistiek maakt het veel sneller uitvoerbaar te vragen naar 'wat doet zich voor?' (diagnostiek) en 'welke interventie plegen we?' (behandeling), maar maakt ook onderzoek naar complexe interacties en sociologische processen mogelijk. Iedere inspanning - en vele zijn nodig in de sociale psychiatrie - vraagt om gedegen voorbereiding ('wat doet zich voor?') en om toetsing van het resultaat. Sociale psychiatrie kan niet zonder empiristen.

### **Hoogleraren**

En dat laatste heeft een zekere mate van actualiteit. Er bestaat zorg in de kring van de sociale psychiatrie, en zelfs binnen het bredere veld van de geestelijke gezondheidszorg, over de representatie van de sociale psychiatrie aan onze universiteiten. De sociale psychiatrie lijkt een vertrekkende discipline. In Groningen zelf komt de leerstoel vacant en bestaat er discussie over de invulling meer in de richting van psychiatrische epidemiologie of psychiatrische sociologie. Leiden, Rotterdam en Utrecht hebben de leerstoel vanuit prioriteitsmotieven opgeheven. Maastricht is teruggegaan van twee naar één. Amsterdam/VU heeft een leerstoel, met alle respect, niet primair sociaal-psychiatisch ingevuld. Nijmegen en Amsterdam/UvA hebben nooit echt een leerstoel sociale psychiatrie gehad. Daarnaast zijn een tweetal voormalige hoogleraren sociale psychiatrie (Schudel en Gersons) opgeschoven naar de positie van centrale hoogleraren psychiatrie, terwijl ook Nijmegen nu een centrale leerstoelhouder (Kortman) kent met een duidelijke transculturele signatuur. Ten slotte kan zeker niet gesteld worden dat de overige centrale leerstoelhouders Van Tilburg en Van den Bosch geen sociaal-psychiatische belangstelling tonen. Beiden zetten zich in voor de revalidatie van chronische respectievelijk schizofrene patiënten buiten de ziekenhuismuren. En ook Van Praag heeft ondanks zijn sterk biologische interesse veel inzet getoond in zijn Newyorkse tijd (onder andere) voor sociaal-psychiatische vraagstukken. Alleen in Utrecht zien we nu het aantreden van een rechtlijnig biologisch psychiater, Kahn (1994), die in zijn oratie als voorbeeld van de omgevingsfactor een biologisch agens noemde.

Al deze bewegingen, die op zijn minst multifactoreel bepaald zijn, roepen natuurlijk veel vragen op over de identiteit van de sociale psychiatrie en over de continuïteit aan de Nederlandse Universiteiten. Minder zorgelijk lijkt dat op het eerste gezicht misschien wanneer 'sociaal-psychiaters' in meer of mindere mate de centrale leerstoelposities innemen. Maar wanneer 'biologen' naar datzelfde midden opschuiven dringt de vraag 'waar is de sociale psychiatrie gebleven' met een meer klemmende urgentie zich op. En de troost van het pendulum van de tijdgeest is dan niet afdoende. De sociale psychiatrie is een uiterst omvangrijk en belangrijk praktijkveld, dat zeker haar representatie in het hoglerarenbestand moet vinden. In en vanuit dit veld moeten toekomstige artsen, psychiaters, maar ook verpleegkundigen worden opgeleid. Het psychiatrisch epidemiologisch onderzoek mag aan geen faculteit ontbreken. Het is acceptabel wanneer het sociaal-psychiatrische wetenschappelijk onderzoek per faculteit nader gedifferentieerd wordt.

Ten slotte is het van belang te beseffen dat het grootste medische specialisme - de psychiatrie - juist ook vanuit de diversiteit van dimensies en ziekte terreinen in vergelijking met andere medische specialismen kwantitatief absoluut ondervertegenwoordigd is. Hier ligt een eerste punt van aandacht voor de centrale leerstoelhouders psychiatrie.

### Literatuur

#### **Barnhorn, J.G.J. (1958), *Sociaal-psychiatrische casuïstiek***

. Stenfert Kroese, Leiden.

Bennett, D.H., en H.L. Freeman (1991), *Community Psychiatry: the Principles*. Churchill Livingstone, Edinburgh.

Brown, G.W., en I. Harris (1980), *Social Origins of Depression*. Hogarth Press, Londen.

Engel, G.L. (1980), The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry* 137, 535-544.

Gersons, B.P.R. (1981), Querido's bijdrage aan de psychiatrie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 36, 780-793.

Gersons, B.P.R. (1985), De gecompliceerde verhouding tussen psychiatrie en samenleving. In: L.A.J.M. van Eck, B.P.R. Gersons en P.J. Jongerius, *Spanningsvelden in de psychiatrie*. Boom, Meppel.

Gersons, B.P.R. (1990), Preventie psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg; bestrijding of bevrijding? In: B.P.R. Gersons, T.E.D. van der Grinten en A.J. Heerma van Voss, *In het spoor van Kees Trimbos - denkbeelden over preventieve en sociale psychiatrie*. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Gersons, B.P.R., W. van der Graaf en R. Rijkschroeff (1992), The mental health care transformation process: the Amsterdam experience. *International Journal of Social Psychiatry* 38, 50-58.

Giel, R. (1982), *Waarom een psychiatrische diagnose?* Stafleu, Alphen aan den Rijn.

Giel, R. (1984), *Vreemde zielen, een sociaal psychiatrische verkenning in andere culturen*. Boom, Meppel.

Giel, R. (1990), Sociale evolutie en psychiatrie, bijna 20 jaar later. In: B.P.R. Gersons, T.E.D. van de Grinten en A.J. Heerma van Voss, *In het spoor van Kees Trimbos - denkbeelden over preventieve en sociale psychiatrie*. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Kahn, R. (1994), *Perspectief*. Inaugurale rede, Rijksuniversiteit Utrecht.

Kuiper, P.C. (1973), *Hoofdsom der psychiatrie*. Bijleveld, Utrecht.

Romme, M.A.J., H. Kraan en R. Rotteveel (1981), *Wat is sociale psychiatrie? Een inleiding*. Samsom, Alphen aan den Rijn.

Wiersma, D.A., A. de Jong, R. Giel en C.J. Slooff (1983), Sociale beperkingen ten gevolge van functionele psychosen II. Enkele bevindingen betreffende het model voor de ontwikkeling van sociale beperkingen. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg* 61, 168-174.

**Summary: Our problems with social psychiatry: an unruly practice and its scientific foundation**

**This paper sketches the significance of Rob Giel as pioneer of Dutch social psychiatry following in the footsteps of Querido and Trimbos. The widely differing views of these key figures point to the special complexity of social psychiatry. Due to this complexity together with the growing ‘myth of clinical psychiatry’ social psychiatry in the Netherlands is threatened, structurally and scientifically, with the loss of its identity.**

De auteur is hoogleraar en hoofd van de divisie Psychiatrie aan de Universiteit van Amsterdam.

Adres: Academisch Medisch Centrum, afdeling Psychiatrie, Postbus 22700, 1100 DE Amsterdam.