



# **Terugblik op mijn loopbaan in de psychiatrie**

*– Voordrachten, geselecteerde teksten en een autobiografische schets –*

Harry G.M. Rooijmans

# Terugblik op mijn loopbaan in de psychiatrie

– *Voordrachten, geselecteerde teksten en een autobiografische schets* –

Harry G.M. Rooijmans

## **Uitgave verzorgd door**

Nel Rooijmans  
Albert M. van Hemert  
Jan P. Vandenbroucke

## Colofon

© Harry G.M. Rooijmans.

Terugblik op mijn loopbaan in de psychiatrie: voordrachten, geselecteerde teksten en een autobiografische schets / Harry G.M. Rooijmans  
Bewerkt door en met voorwoord van: Nel Rooijmans / Albert M. van Hemert / Jan P. Vandenbroucke  
Eerste uitgave 2016 / Nederlands / eboek : PDF zonder DRM  
Oegstgeest: Jelgersma Open Access Publicaties, 2016 - [www.jelgersma.openaccesspublicaties.nl](http://www.jelgersma.openaccesspublicaties.nl)

Tevens uitgegeven als paperback (ISBN 978-94-021535-1-4), epub (ISBN 978-90-825791-3-0) en mobipocket (ISBN 978-90-825791-4-7).  
Hoofdstuk 9 is apart uitgegeven als paperback (ISBN 978-90-825791-2-3) , pdf (ISBN 978-90-825791-0-9), epub (ISBN 978-90-825791-5-4) en  
mobipocket (ISBN 978-90-825791-6-1) onder de titel: Rooijmans HGM. Terugblik op mijn professionele leven. Een autobiografische schets.  
Oegstgeest : Jelgersma Open Access Publicaties, 2016.

ISBN/EAN: 978-90-825791-1-6

Trefwoorden: psychiatrie (NUG 875) / geschiedenis / biografie



# INHOUD

<b>Voorwoord .....</b>	<b>5</b>
<b>Inleiding.....</b>	<b>6</b>
<b>Psychiatrisch denken in de 20e eeuw .....</b>	<b>11</b>
1. Lichaam, ziel en samenleving .....	12
<i>Inleiding – De grenzen van de psychiatrie – Ontwikkeling van de psychiatrie in de 20e eeuw – De Nederlandse universitaire psychiatrie – Psychosomatiek – Slotopmerkingen</i>	
<b>Grenzen aan het ziektebegrip.....</b>	<b>27</b>
2. De betekenis van het werk van H.C. Rümke voor de huidige psychiatrie .....	28
<i>Inleiding – Descriptie – De grenzen tussen ziek en gezond</i>	
3. De grenzen van de psychiatrische bemoeienis .....	37
<i>Inleiding – De grenzen van het psychiatrisch domein – De grenzen van ons kunnen – De grenzen van ons doen en laten – Slotopmerkingen</i>	
4. Irrationale elementen in de diagnostiek.....	52
<i>Inleiding – Wat is diagnostiek (en wat niet)? – Ziek of niet ziek? – Welke stoornis? – Waarneming van symptomen – De diagnosticus – Slotopmerkingen</i>	
<b>Psychosomatiek.....</b>	<b>64</b>
5. Stokvis en de psychosomatiek.....	65
<i>Inleiding – Stokvis – De “klassieke” psychosomatiek – De Leidse visie – Verschillen tussen Stokvis en Groen – Slotopmerkingen</i>	
6. Het begrip “specificiteit” in de psychosomatische geneeskunde .....	72
<i>Inleiding – Begripsbepaling – Ontbrekende definities – Een stukje geschiedenis – Wat bedoelden Alexander en medewerkers? – Wát is specifiek? – Specifieke (typische) verbanden bij ulcus pepticum – Slotopmerkingen</i>	
7. Samengaan van lichamelijke en psychische aandoeningen.....	86
<i>Inleiding – Voorkomen van co-morbiditeit – Leiden somatische ziekten tot psychiatrische stoornissen? – Leiden psychische stoornissen tot lichamelijke ziekten? – Slotopmerkingen</i>	

<b>Epicrise</b> .....	<b>96</b>
8. Psychiatrie: een ouderwets medisch vak .....	97
<i>Wat kan de psychiatrie leren van de andere medische vakken? – Wat kan de psychiatrie betekenen voor de overige medische disciplines?</i>	
9. Terugblik op mijn professionele leven .....	109
<i>Studie en militaire dienst – Opleiding (1965-1970) – Consulent psychiatrie (1970-1976) – Mijn Leidse tijd I (1976-1987) – Mijn Leidse tijd II (1987-1999) – RGO en daarna (1999 – )</i>	
<b>Index</b> .....	<b>156</b>

## Voorwoord

Prof. dr. Harry G.M. Rooijmans (1937-2013) bezette gedurende 23 jaar – van 1976 tot 1999 – de leerstoel klinische psychiatrie in Leiden. Eerst alleen in het AZL/LUMC, later ook in de Jelgersmakliniek. Vanaf zijn opleidingstijd in de zestiger jaren heeft zich in de psychiatrie een verschuiving voltrokken van het heersende paradigma. De alles bepalende invloed van het psychoanalytisch denken van weleer is vrijwel geheel naar de achtergrond geraakt, om plaats te maken voor de *evidence-based* praktijk van vandaag. Voor diegenen die met de derde en latere edities van de classificatie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) zijn opgeleid is het “oude denken” nauwelijks meer voorstelbaar.

Harry Rooijmans was zich als geen ander bewust van de veranderingen en hij heeft er ook zijn steentje aan bijgedragen. Stevig opgeleid in het oude paradigma zag hij steeds ook kritisch de beperkingen daarvan en zocht hij naar empirische onderbouwing van het vakgebied. In die zoektocht was hij wars van iedere opsmuk of valse pretenties. Hij ergerde zich aan pseudodiepzinnigheid; voor hem was de nuchtere realiteit van de alledaagse zorg voor de patiënten de leidraad. Of, zoals hij in zijn afscheidscollege zegt: ”Het moge niet altijd gemakkelijk zijn om verder te kijken dan je neus lang is, maar misschien is het wel even moeilijk om te zien wat zich onder je neus afspeelt. *‘To see what is in front of one's nose needs a constant struggle’* zei George Orwell”.

Modellen en classificaties zijn niet meer dan abstracties die helpen om een complexe realiteit te ordenen. Zijn grote kennis van de geschiedenis van de psychiatrie hielp hem om hypes en modes te ontmaskeren. Gedurende zijn lange loopbaan heeft hij niet alleen een groot aantal promovendi begeleid, hij heeft ook bestuurlijk vele ontwikkelingen rond de Leidse en landelijke psychiatrie in goede banen geleid. Zonder hem zou de consultatieve psychiatrie in Nederland niet op de huidige wijze tot volle wasdom zijn gekomen. Zijn Leidse school van “Nuchtere Psychiatrie” heeft haar sporen nagelaten in het grote aantal psychiaters, bestuurders en hoogleraren die in zijn geest zijn opgeleid.

Dit boek bestaat vooreerst uit een door hemzelf gemaakte selectie van voordrachten en publicaties waarin hij zijn visie op verschillende aspecten van de ontwikkeling van de psychiatrie weergeeft. Vervolgens is er een autobiografische schets van zijn professionele leven, die apart als

boek is uitgegeven, en die als laatste hoofdstuk ook in deze bundel is opgenomen.<sup>\*)</sup> Deze twee delen van dit boek hebben een verschillende oorsprong. De autobiografische schets was vrijwel af ten tijde van zijn plotse overlijden, door een noodlottig ongeval in 2013. Het veel oudere manuscript met zijn selectie van voordrachten en publicaties, met een aparte inleiding, werd later gevonden door zijn vrouw Nel Rooijmans. De autobiografische schets had hij eerder besproken met de beide andere verzorgers van deze uitgave. De schets was bewust gericht op het professionele leven, en hield wat afstand van het persoonlijke. Het is een kader waarin de voordrachten en publicaties hun plaats krijgen. Vandaar dat wij besloten om deze twee manuscripten samen in het boek op te nemen. Als zodanig is het een belangrijk tijdsdocument over de evolutie van de Nederlandse psychiatrie van iemand die door de jaren heen voortdurend op de zin en onzin van de psychiatrie in Nederland reflecteerde.

In het boek hebben wij ons enkele ingrepen in de tekst veroorloofd – dingen die we Harry zouden hebben aangeraden als hij het ons nog had kunnen vragen. Wij hebben de titel van het boek wat aangepast en wij hebben de volgorde van de hoofdstukken, die eerst chronologisch was, aangepast aan een indeling die ons logisch leek, en die de lezer behulpzaam kan zijn. Ook om de lezer behulpzaam te zijn hebben we bij elk hoofdstuk enkele steekwoorden vermeld, en een trefwoordenlijst toegevoegd. Wij danken prof. dr. J. Vijselaar voor het meelesen en zijn adviezen.

Wij wensen de lezer die wil begrijpen hoe de Nederlandse psychiatrie geworden is zoals ze heden is, veel leesplezier – en vele ontdekkingen die huidige inzichten en meningen zullen verduidelijken.

Leiden, augustus 2016

Nel Rooijmans  
Albert M. van Hemert  
Jan P. Vandenbroucke

---

<sup>\*)</sup> Rooijmans HGM. Een terugblik op mijn professionele leven. Een autobiografische schets. Oegstgeest: Jelgersma Open Access Publicaties, 2016 - [www.jelgersma.openaccesspublicaties.nl](http://www.jelgersma.openaccesspublicaties.nl).

## Inleiding

In 1999 legde ik mijn hoogleraarschap in de psychiatrie aan de Leidse Universiteit neer. Met het verstrijken van de tijd ontstond bij mij de behoefte aan een terugblik. Waar ging het mij om? Hoe vormde zich mijn kijk op de psychiatrie? Wat heb ik vooral willen overdragen?

Het leek mij dat de beste vorm voor zo'n terugblik een selectie zou zijn uit mijn publicaties en voordrachten, naast een autobiografische schets. Bij het maken van een keuze heb ik mij vooral laten leiden door het criterium dat in de stukken een eigen geluid moest doorklinken. Daarmee viel veel uit de boot, vooral gepubliceerde artikelen. Die dragen veelal een minder persoonlijk stempel. Bovendien was ik de laatste 10 à 15 jaar van mijn carrière slechts zelden eerste, of enige, auteur.

Vrijwel van meet of aan is het belangrijkste thema in mijn werk de verwevenheid geweest van de psychiatrie met de rest van de geneeskunde. Als ik een ding in mijn onderwijs wilde overbrengen was het dat de psychiatrie een "gewoon" medisch vak is. Anders, maar niet zoveel anders, dan de andere medische disciplines, en minder diepzinnig dan op het eerste oog lijkt. Er was (en ten dele is) veel pseudo-diepzinnigheid in de psychiatrie. Niet verwonderlijk dus dat verschillende aspecten van de relatie van de psychiatrie met de andere medische specialismen in deze selectie aan de orde komen: somatiseren, kritiek op de klassieke psychosomatiek, het samengaan van psychische en lichamelijke aandoeningen.

De ruim veertig jaar die zijn verstreken sinds ik met mijn opleiding in de psychiatrie begon vormden een roerige tijd in de psychiatrie: de opkomst en ondergang van de antipsychiatrische beweging, de onttroning van de psychoanalyse als dominante visie in de psychiatrie, de toenemende belangstelling voor de biologische psychiatrie, de geleidelijke "verwetenschappelijking" van het vak. Over die thema's en van de discussies daarover treft men maar weinig in dit boek aan, alleen zijdelings. Dit boek is geen geschiedenis van de psychiatrie in de laatste decennia. Daar is wel enige literatuur over: over de antipsychiatrie schreef Gemma Blok een interessant proefschrift, en in 2008 is een uitvoerige studie verschenen over de GGZ in de 20e eeuw onder redactie van Harry Oosterhuis en Marijke Gijswijt-Hofstra.<sup>1,2</sup> Achteraf bezien, heb ik mij vooral aan de zijlijn bewogen. Dat heeft alles te maken met mijn positie in de psychiatrie. Toen ik in 1970 psychiatrisch consulent werd in het academisch ziekenhuis Groningen was ik een van de weinige psychia-



ters die intensief contact hadden met de andere medische disciplines. Ik ben dat intensieve contact trouw gebleven. De selectie die ik heb gemaakt legt daar, zoals gezegd, getuigenis van af: vier van de acht stukken hebben op enigerlei wijze te maken met de band tussen de psychiatrie en de overige medische specialismen.

Om de stukken goed te kunnen plaatsen, is enige toelichting wellicht zinvol. De bijdrage in deze bundel die ik het eerste schreef is een artikel dat in 1974 werd gepubliceerd in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* over het begrip "specificiteit" in de psychosomatische geneeskunde (hoofdstuk 6). Hoewel de klassieke psychosomatiek, d.w.z.: de vooral psychoanalytisch geïnspireerde visie op het ontstaan van bepaalde interne ziektebeelden als het ulcus, astma en essentiële hypertensie, in die jaren al over zijn hoogtepunt heen was, bleven ideeën hierover, zeker in Nederland, zeer populair. Met het begrip "specificiteit" werd bedoeld dat lijders aan een van de als psychosomatisch betitelde ziektebeelden hen typerende psychologische karakteristieken vertoonden. Het was een kernbegrip in de klassieke psychosomatiek. Ik werd geconfronteerd met het psychosomatische gedachtegoed toen ik als consulent werkte – overigens niet zozeer door mijn klinische werkzaamheden want ik zag betrekkelijk weinig patiënten met psychosomatische ziektebeelden. De psychosomatiek kwam echter wel aan de orde in discussies met mijn medische collegae, en ik verdiepte mij daarom grondig in de literatuur.

Met de klassieke psychosomatiek had ik weinig op. Mij ergerden niet alleen de pseudodiepzinnigheid en de veronachtzaming van vragen rond verifiëring of falsifiëring van vooronderstellingen, maar meer nog het moralisme in de opvattingen, soms verhuld soms vrijwel onverhuld als bij astma bronchiale waar moeders de schuld van kregen. De "dikke bult eigen schuld" visie heeft de psychiatrie jarenlang vergiftigd, niet alleen de psychosomatiek. Men hoeft maar te denken aan populaire opvattingen over autisme en schizofrenie in de jaren zeventig, of aan het hoogtij van de gezinstherapie.

Het artikel riep nauwelijks reacties op. Prof. Groen, dé protagonist van de psychosomatiek, die ik leerde kennen na mijn komst naar Leiden in 1976, liet zich er niet over uit. Prof. Bastiaans, eveneens bekend psychosomaticus en hoogleraar psychiatrie in Leiden, typeerde mijn artikel later als een "flauwe" kritiek op de psychosomatiek. Interessant is overigens dat bij voortduring in dit stuk impliciet wordt verwezen naar begrippen als "sensitiviteit" en "specificiteit" zonder dat deze

inmiddels niet meer weg te denken methodologische begrippen maar één maal expliciet worden benoemd. Ook de redactie van het NTVG ontging dat blijkbaar. Zo kort geleden is het nog dat de klinische epidemiologie haar triomftocht begon!

Het artikel is uiteraard gedateerd. In de loop der jaren zijn de opvattingen in de psychiatrie over de rol die psychische factoren spelen in de etiologie van lichamelijke ziektes drastisch gewijzigd, en aanzienlijk bescheidener geworden. In de officiële psychiatrische classificaties zijn de psychosomatosen verdwenen of naar de rond gedrukt. Men hoeft daarvoor maar de verschillende edities van DSM-II, -III, -III-R en -IV naast elkaar te lezen. Maar ik hecht aan dit stuk omdat het mijn eerste publieke "afrekening" was met de klassieke psychosomatiek.

In deze bundel heb ik nog een psychosomatisch artikel opgenomen: een in 1994 gepubliceerde hommage aan dr. B. Stokvis waarin ik betoog dat deze Leidse lector in de medische psychologie meer gelijk had en heeft gekregen dan Groen (hoofdstuk 5). Op dit stuk heb ik meer (merendeels instemmende) reacties gekregen dan ik ooit tevoren of daarna op een publicatie mocht ontvangen!

De overige stukken die betrekking hebben op de relatie tussen psychiatrie en de rest van de geneeskunde behoeven minder toelichting. Ik heb een voordracht opgenomen over het samengaan van lichamelijke en psychische ziekten uit 1989, over welk thema ik o.a. in 1983 in het NTVG een tweedelig artikel publiceerde (hoofdstuk 7).<sup>3</sup> Met "somatiseren" heb ik mij veel beziggehouden. Ik wijdde er ook mijn oratie in 1977 aan.<sup>4</sup> En tenslotte mijn afscheidscollege uit 1999 waarin ik heb geprobeerd aan te geven wat de psychiatrie kan leren van de rest van de geneeskunde, en andersom (hoofdstuk 8).

Ik ving mijn wetenschappelijke carrière aan met een proefschrift over "vooroordelen" in de psychiatrische diagnostiek.<sup>5</sup> Problemen rond diagnostiek en classificatie hebben mij altijd geboeid. In deze bundel heb ik een voordracht uit 1995 opgenomen over *bias* in de diagnostiek (hoofdstuk 4).

Naast een historisch stuk (hoofdstuk 1) heb ik tenslotte twee voordrachten opgenomen die mij na aan het hart liggen: over de betekenis van het werk van H.C. Rümke (hoofdstuk 2) en over grenzen van de psychiatrie (hoofdstuk 3). De eerste is een bewerking van de inleiding die ik schreef in een door S.J. Nijdam (toentertijd hoogleraar psychiatrie in Nijmegen) en mijzelf in 1981 bezorgde bloemlezing uit de opstellen van Rümke.<sup>6</sup> Ik betoog daarin dat zijn werk zijn belang

vooral blijft ontleen aan zijn beschouwingen over de grenzen van ons vak. Dat thema komt ook aan de orde in de andere genoemde voordracht.

Al met al geven de stukken tezamen een beeld van wat mij als psychiater bezighield. Bij herlezing constateerde ik met genoegen dat ik er in hoofdlijnen nog steeds achtersta – al had ik soms wel moeite de neiging te onderdrukken er wijzigingen in aan te brengen. Ik heb dat niet gedaan (behoudens enkele kleine redactionele veranderingen), en ook de soms aanwezige overlap tussen de stukken (sommige tekstpassages komen in meerdere bijdragen voor) heb ik gelaten voor wat hij was. De laatste voordracht (mijn afscheidscollege) is afgedrukt zonder de persoonlijke slotwoorden.

Tenslotte. Eén ding is de behoefte de rekening op te maken van een kleine veertig jaar werkzaam zijn in de psychiatrie, een ander is de wens daar anderen deelgenoot van te maken. Nieuwe wetenschappelijke inzichten of vergezichten treft men, vrees ik, in deze bundel niet aan. Toch vlei ik mij met de gedachte dat sommige stukken (of delen daarvan) nog steeds actueel zijn, of tenminste de moeite waard om er kennis van te nemen. Maar dat oordeel is natuurlijk aan de lezer.

## Noten

1. Blok G. Baas in eigen brein "Antipsychiatrie" in Nederland 1965-1985. Amsterdam: Nieuwezijds, 2004 (proefschrift).
2. Oosterhuis H, Gijswijt-Hofstra M. Verward van geest en ander ongerief. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005). Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum, 2008.
3. Rooymans<sup>\*)</sup> HGM. De verwevenheid van somatische en psychische ziekten. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 2323-31.
4. Rooymans HGM. Zijn het zenuwen? – Over de psychiatrische diagnostiek van lichamelijke klachten. Leiden: Universitaire Pers, 1977.
5. Rooymans HGM. Oordeel en vooroordeel in psychiatrische diagnostiek. Groningen, 1969 (proefschrift).
6. Nijdam SJ. Rooymans HGM (red). Vorm en Inhoud – een keuze uit de essays van H.C. Rümke. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1981.

---

<sup>\*)</sup> Tot 1986 spelde ik mijn naam als Rooymans, hoewel ik "officieel" Rooijmans heet.

# **Psychiatrisch denken in de 20e eeuw**

1. Lichaam, ziel en samenleving in de psychiatrie (1987)

## **1. Lichaam, ziel en samenleving**

Voordracht gehouden in Boerhaavecursus Verdeelde geneeskunde – laboratorium, kliniek en gedragswetenschap. Leiden, 10-11 september 1987.

*Inleiding – De grenzen van de psychiatrie – Ontwikkeling van de psychiatrie in de 20e eeuw – De Nederlandse universitaire psychiatrie – Psychosomatiek – Slotopmerkingen*

### **Inleiding**

Deze voordracht handelt over het etiologisch denken in de psychiatrie, en meer in het bijzonder over de veranderingen die zich daarin in de loop van deze eeuw hebben voorgedaan. De oorzaken van de belangrijkste psychiatrische ziektebeelden zijn grotendeels onbekend. In grote trekken geldt hetzelfde voor de pathogenese: de wijze waarop die oorzaken tot psychische stoornissen leiden, al weten we daar tegenwoordig meer van dan vroeger. Het gebrek aan kennis over etiologie en pathogenese van psychische stoornissen heeft artsen door de eeuwen heen niet verhinderd hierover na te denken en te speculeren, integendeel, daartoe eerder gestimuleerd. Van liefdesverdriet tot erfelijkheid, van door de opvoeding in de jeugd veroorzaakte innerlijke conflicten tot de invloed van oorlogstrauma's, sociale ellende en samenlevingsstructuren. Over de betekenis die aan lichamelijke, psychische en sociale factoren bij de veroorzaking van psychische aandoeningen moet worden toegekend, is wisselend gedacht en heftig gedebatteerd, soms zodanig dat men van een richtingenstrijd zou kunnen spreken. Er lijkt in de loop van de tijd een zekere pendelbeweging te onderkennen in het etiologisch denken. Als ik mij niet vergis is de pendel weer iets tot rust gekomen – maar daarmee loop ik vooruit op mijn betoog.

Bij de bespreking van mijn onderwerp moet ik mij enige beperkingen opleggen. De eerste is al genoemd: ik beperk me tot de veranderingen in het etiologisch denken in deze eeuw. Naast in tijd zal ik mij ook in plaats beperken: ik zal, na een globale schets van de ontwikkeling van de psychiatrie in deze eeuw, vooral ingaan op de Nederlandse psychiatrie, en de gedachten over etiologie van psychische stoornissen bespreken van enkele hoogleraren, te weten: Jelgersma, Rümke, Carp, Kraus en Kuiper. Tenslotte zal ik het betoog toespitsen op gedachten over de oorzaken van bepaalde ziektebeelden. Ik zal aandacht besteden aan de schizofrenie, een aandoening die tot de "harde kern" van de psychiatrie kan worden gerekend, en zal voorts het een en ander opmerken over het psychiatrisch denken over bepaalde lichamelijke aandoeningen, de zogenaamde psycho-

somatosen.

Om te beginnen lijkt het aangewezen iets te zeggen over de grenzen van de psychiatrie. Wijzigingen in het etiologisch denken hebben alles van doen met wijzigingen in opvattingen over wat tot de psychiatrie moet worden gerekend, en wat niet.

### **De grenzen van de psychiatrie**

Het terrein van de psychiatrie is moeilijk te markeren. Zeker is echter wel dat het tegenwoordig veel groter is dan vroeger. De grote vormen van krankzinnigheid zijn altijd wel onderkend, zij het vaak anders ingedeeld. Men denke aan eeuwenoude termen als manie, melancholie, delier – waarbij overigens wel aangetekend dient te worden dat de betekenissen van deze termen in de loop der tijd wel aan verschuivingen onderhevig zijn geweest. Krankzinnigheid werd ook voordat de psychiatrie zich als een aparte discipline in de achttiende eeuw uitkristalliseerde. tot het domein van de geneeskunde gerekend, zij het dat medici bepaald niet het alleenrecht hadden. en hun plaats moesten delen met filosofen en theologen. Anders ligt het bij allerlei tegenwoordig onderscheiden niet-psychotische stoornissen. Ongelukkig zijn is van alle tijden, maar het is een betrekkelijk recent fenomeen dat een (belangrijk) gedeelte daarvan als "ziekte" wordt aangeduid. Over het algemeen kan men stellen dat stemmingsstoornissen (angst, depressiviteit van niet-psychotische aard) die nu een belangrijk deel uitmaken van de psychiatrie, betrekkelijk recent (19e eeuw) door de psychiatrie zijn "ontdekt". Tot dan toe werd het kenmerkende van een psychische stoornis veel meer gezien in een stoornis van het denken. Ook de tegenwoordig zo belangrijke verslavingen worden nog niet lang tot de psychiatrie (resp. de geneeskunde) gerekend.

Voor de uitdijning van de psychiatrie buiten haar oorspronkelijke grenzen, zoals deze zich met name in de 20e eeuw heeft voorgedaan, lijkt vooral de psychoanalyse verantwoordelijk. Tot dan toe niet als ziekte of stoornis benoemde gedragspatronen en karakterformaties kwamen binnen het blikveld van de psychiatrie te liggen. De grens tussen ziekte en gezondheid vervaagde. In deze ontwikkeling past ook de opkomst in Amerika in de jaren dertig van de zgn. psychosomatiek: de studie van mogelijke psychische oorzaken van lichamelijke ziekten als astma en essentiële hypertensie. De psychosomatische beweging in Amerika werd vooral geleid door analytisch gevormde psychiaters. Ook op het Europese continent kreeg de psychosomatiek veel aandacht (in Engeland



veel minder). In de laatste decennien is een duidelijke neergang te bespeuren in de psychiatrische belangstelling voor de genoemde lichamelijke aandoeningen. Deze neergang hangt nauw samen met het tanen van de invloed van de psychoanalyse. De opkomst en neergang van de psychosomatiek laat goed de wijzigingen zien in de gedachtenvorming over de etiologische rol van psychische factoren. Ik kom daarop uitvoerig terug.

De grenzen van de psychiatrie zijn in de loop der tijd verschoven, maar liggen vanzelfsprekend ook nu niet vast. De ene psychiater zal die grenzen ruimer trekken dan een ander. De overgangen tussen ziekte en gezondheid zijn vloeiend. Hoe scheidt men het bij *la condition humaine* horend leed van ziekte en handicap? Verschillen in opvatting hierover spelen bijv. een belangrijke rol bij de discussie rond oorlogstrauma's. Dat brengt ons op de sociale factoren in de etiologie van psychische aandoeningen. De belangstelling daarvoor is vrij recent, vooral daterend van na de Tweede Wereldoorlog. De geleidelijk opgetreden medicalisering van de samenleving uit zich ook in de trend allerlei maatschappelijk veroorzaakte gevoelens van onvrede en onlust tot het psychiatrisch domein te rekenen.

### **Ontwikkeling van de psychiatrie in de 20e eeuw**

Het hoort (gelukkig) niet tot mijn opdracht een uiteenzetting te geven over het etiologisch denken over psychische stoornissen voor deze eeuw. Dat zou ook geen gemakkelijke opgave zijn. Ik merkte al op dat psychiatrie zich als een apart vak uitkristalliseert in de 18<sup>e</sup> eeuw, maar dat ook daarvoor sprake was van medische bemoeienis met gestoord gedrag en beleven, zij het dat medici niet het alleenrecht hadden. De tot in de 18e eeuw doorwerkende humoraalpathologie gold ook voor geestesziekten – men denke aan de term melancholie. Zo gezien lijkt er een accent te liggen op lichamelijke oorzaken, maar anderzijds is er ook altijd veel aandacht geweest voor psychische oorzaken als liefdesverdriet, heimwee, rouw. Men zie bijv. het beroemde boek van Robert Burton "The Anatomy of Melancholy" uit het begin van de zeventiende eeuw. De psychogenese heeft oude papieren! De humoraalpathologie was vooral een theorie over de pathogenese.

In het begin van de 19e eeuw speelt zich een strijd af tussen de zgn. somatici en psychici, tussen de natuurwetenschappelijke en de geesteswetenschappelijke benadering van psychische stoornissen, ten dele samenvallend met de rivaliteit tussen de visies van medici en filosofen. In de loop

van de 19e eeuw wordt het pleit beslecht in het voordeel van de natuurwetenschappelijke benadering. Vaak wordt in dit verband verwezen naar Wilhelm Griesinger, aan wie het gezegde "geestesziekten zijn hersenziekten" wordt toegeschreven. Overigens besteedt Griesinger in zijn voor het eerst in 1845 verschenen leerboek vele pagina's aan een bespreking van de psychische oorzaken van psychiatrische ziekte.<sup>1</sup>

Was de psychiatrie in het begin van deze eeuw stevig verankerd in de natuurwetenschappen, in de loop van de eeuw begint zich in het denken over oorzaken van psychische stoornissen een tweedeling of te tekenen. Deze tweedeling krijgt geleidelijk scherper contouren. Er lijkt soms een afgrond te gopen tussen de meer natuurwetenschappelijke en de meer geesteswetenschappelijke psychiatrie. Op zichzelf beschouwd hoeft daar natuurlijk geen tegenstelling tussen te bestaan. De natuurwetenschappelijke benadering is uit op "Erklären" (causaalanalyse), de geesteswetenschappelijke op "Verstehen" (zinsanalyse). De benaderingen sluiten elkaar niet uit, maar vullen elkaar in principe aan. Toch ziet men dat sommige auteurs vooral nadruk leggen op de natuurwetenschappelijke, "objectieve" benadering, andere veel meer op begrijpelijke verbanden en psychogenie.

Voor de aangeduide tweedeling kunnen Kraepelin en Freud symbool staan. De betekenis van het werk van Freud kan bekend worden verondersteld. De psychoanalyse is niet de enige, maar wel de meest invloedrijke geesteswetenschappelijke stroming in de psychiatrie. Over Kraepelin iets meer.

Kraepelin, geboren in 1856, was vanaf 1903 tot zijn dood in 1926 hoogleraar in München. In zijn (regelmatig herzien en steeds omvangrijker geworden) leerboek legde hij de grondslag voor de nog steeds gebruikte indeling van psychiatrische ziekten. Het Kraepeliniaanse stramien valt ook in de huidige in zwang zijnde Amerikaanse classificatie (DSM-III) moeiteloos terug te vinden. In zijn zoeken naar af te grenzen ziekte-eenheden stelde Kraepelin zich op een uitdrukkelijk medisch standpunt. Hij hechtte veel betekenis aan biologische determinanten van psychiatrische stoornissen. Kraepelin kan model staan voor de zgn. objectiverende, natuurwetenschappelijk georiënteerde psychiatrie, zoals Freud dat kan voor de geesteswetenschappelijke.

Het Kraepeliniaanse erfgoed is vooral bewaard gebleven in de Europese psychiatrie. De geschiedenis van de psychiatrie in Amerika laat een wat ander beeld zien. Mede als gevolg van de reis van Freud (en Jung) naar Amerika in 1909 nam de psychoanalyse aldaar een grote vlucht en

werd toonaangevend. (Het is interessant op te merken dat de invloed van de psychoanalyse op het psychiatrisch denken in Amerika veel groter is geweest dan in Europa, al zijn er wat dat betreft verschillen tussen diverse Europese landen. In de Nederlandse psychiatrie is die psychoanalytische invloed vrij groot geweest. Ik kom daar nog op terug.) Naast de psychoanalytische psychiatrie, bedreven in privé-praktijken, bestond in Amerika de psychiatrie van de "state hospitals", de massale inrichtingen die vooral als opberginstituten fungeerden. Tussen beide psychiatrische culturen gaapte een kloof.

Zo'n 10 jaar geleden nam de Amerikaanse psychiatrie een opmerkelijke wending. De psychoanalyse werd als dominerende stroming onttroond, en er deed zich een stormachtige groei voor van de biologische psychiatrie: de studie van somatische determinanten van psychische stoornissen. Een en ander ging gepaard met grote aandacht voor de betrouwbaarheid en validiteit van de indeling van psychiatrische ziektebeelden. Zonder heldere en ondubbelzinnige omschrijvingen van de onderscheiden stoornissen is immers biologisch onderzoek naar etiologie en pathogenese onmogelijk. Er ontstond een hernieuwde belangstelling voor Kraepelin. Er wordt wel gesproken van neo-Kraepelinianen.

Over het geheel genomen valt in onze eeuw een zekere pendelbeweging, te constateren in het etiologisch denken in de psychiatrie. De uitslagen van de pendel zijn in de Amerikaanse psychiatrie het duidelijkst. Het beeld in Europese landen is wat minder heftig, maar sinds de Tweede Wereldoorlog is de Amerikaanse psychiatrie wel toonaangevend, zeker in Nederland. Aanvankelijk wortelde de psychiatrie hecht in de medische traditie, en legde men een sterk accent op lichamelijke oorzaken. Met de opkomst van de psychoanalyse expandeerde het psychiatrisch domein, en verschoof het zwaartepunt naar psychische oorzaken, later ten gevolge van sociale ontwikkelingen ook naar sociale factoren. In de laatste decennia lijkt de pendel weer terug te slaan.

In de Nederlandse psychiatrie is de aangestipte tweedeling zeker ook aanwijsbaar, maar de kloof tussen de klassieke klinische psychiatrie en de psychoanalyse is minder diep geweest dan in sommige andere landen. De psychoanalyse werd in Nederland betrekkelijk snel geaccepteerd. Van een echte "vestigingsstrijd", zoals door analytici wel eens naar voren is gebracht, is nauwelijks sprake geweest.<sup>2</sup> In 1914 hield de toenmalige hoogleraar in de psychiatrie te Leiden, Jelgersma, in zijn functie van rector van de Universiteit, een beroemd geworden rede over de psychoanalyse, waarmee deze richting voor het eerst in Europa "officiële" universitaire erkenning kreeg. Dezelfde

Jelgersma is echter bekend wegens zijn neuro-anatomische onderzoeken, en voelde zich volgens zijn opvolger Carp het meest op zijn plaats achter het microscoop!<sup>3</sup>

Psychoanalyse en "klassieke" psychiatrie waren weliswaar twee werelden, maar er was toch wel van wederzijds contact sprake. In de jaren zestig nam de invloed van de psychoanalyse op de Nederlandse psychiatrie toe met de benoeming van diverse, als psychoanalyticus gevormde hoogleraren psychiatrie (Bastiaans in Leiden, Van Dijk in Groningen, Kuiper in Amsterdam en Ladee in Rotterdam). Deze hoogleraren-generatie is de laatste jaren afgelost, en vervangen door niet- of niet uitgesproken analytici. Ook de al even genoemde psychosomatiek kreeg in Nederland relatief veel aandacht, vooral door het werk van de internist Groen, die in de jaren zestig ook korte tijd hoogleraar was in Leiden in de psychobiologie.

### **De Nederlandse universitaire psychiatrie**

Het leek mij nuttig een beschouwing over de Nederlandse psychiatrie wat meer reliëf te geven door de inzichten te bespreken van enkele toonaangevende hoogleraren psychiatrie. Na een korte schets van hun plaats in de psychiatrie zal ik aandacht besteden aan hun zienswijze op de oorzaken van schizofrenie. Ik zal het hebben over Jelgersma, eerste hoogleraar psychiatrie te Leiden van 1899 tot 1930; zijn opvolger Carp, die de leerstoel bezette tot 1963; Rümke, hoogleraar psychiatrie te Utrecht van 1937 tot 1964; Kraus, werkzaam in Groningen van 1950 tot 1956; en Kuiper, hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam van 1962 tot 1984. Alle vijf schreven veel gebruikte leerboeken over hun vak, waardoor hun invloed verder reikte dan hun eigen medewerkers en studenten.

Als eerste dan Gerbrandus Jelgersma, geboren in 1859. Voordat hij werd benoemd tot hoogleraar in Leiden, werkte hij in Meerenberg (het huidige provinciaal ziekenhuis Santpoort ) en in een inrichting voor zenuwlijders in Velp. Van meet af aan ging zijn interesse uit naar de neuro-anatomie. Het was tenslotte de tijd waarin de krankzinnige pas werkelijk interessant werd voor de wetenschap na zijn dood. De instelling van de leerstoel waarop in 1899 Jelgersma werd benoemd was het feitelijke begin van de universitaire psychiatrie in Nederland. (Strikt geredeneerd valt deze eer te beurt aan Utrecht waar in 1893 Winkler werd benoemd. Deze richtte zich echter veel meer op de neurologie dan de psychiatrie. Beide vakken waren overigens in die tijd minder en anders

gescheiden dan nu.) Jelgersma bezette de leerstoel tot 1930. Hij overleed in 1942. In 1914 bekleedde hij het rectoraat van de universiteit. In die functie hield hij de al even genoemde rede over de psychoanalyse onder de titel "Ongeweten geestesleven". Op grond hiervan is Jelgersma nogal eens "ingelijfd" door analytici. In feite was hij echter een uitgesproken natuurwetenschappelijk georiënteerd psychiater. De eerste zin van zijn driedelig leerboek luidt: "psychiatrie is de leer der hersenziekten".<sup>4</sup> Hoewel hij met enige sympathie schrijft over de psychoanalyse, en ook wel aanneemt dat psychiatrische ziekten mede ten gevolge van psychische oorzaken kunnen ontstaan, stelt hij dat de psychiatrie veel meer te danken heeft aan de natuurwetenschappen dan aan de geesteswetenschappen.

Alvorens zijn zienswijze op de schizofrenie te bespreken, lijkt het nuttig in het kort iets te vertellen over schizofrenie. Schizofrenie is een ernstige, invaliderende aandoening, die niet zo weinig voorkomt. De life-time prevalentie is haast 1 op 100. De ziekte is voor het eerst systematisch beschreven en in verschillende vormen onderverdeeld door Kraepelin, zij het onder een andere naam: dementia praecox. De term "schizofrenie" stamt van Mettler. Hoewel de symptomatologie bepaald niet uniform is, kan men over het algemeen stellen dat de ziekte is gekenmerkt door (soms bizarre) waanideeën, hallucinaties, verwardheid, en een vreemd, onvoorspelbaar gedrag. De patiënt verliest het contact met zijn sociale omgeving, isoleert zich. Op den duur doet zich een ernstig verval voor van de hele persoonlijkheid. De ziekte verloopt episodisch: een bloeiende psychose gaat meestal binnen enkele maanden over, maar er blijft vaak een defect achter, zich vooral uitend in emotionele vervlakking. Bij veel patiënten doet zich na kortere of langere tijd weer een recidief voor.

Vrijwel vanaf de introductie van het ziektebeeld is veel geschreven en gediscussieerd over de vraag op grond van welke afwijkingen men de diagnose stelt. Hierover bestond geen enigheid. Lange tijd hanteerde men in Amerika een veel ruimer schizofrenie-begrip dan in Europa. Met de invoering in de psychiatrie van diagnostische criteria en daarop gebouwde classificatie-systemen als de DSM-III, is daaraan een einde gekomen en bestaat er weer een zekere consensus over de afgrenzing van het ziektebeeld.

De oorzaken van schizofrenie zijn nog steeds niet opgehelderd. Het is ook de vraag of er van een ziekte sprake is. Men is in de laatste tijd gewend twee typen te onderscheiden: de "bloeiende" psychotische vorm gekenmerkt door wanen en hallucinaties, en type II, gekenmerkt door zgn. ne-

gatieve symptomen als sociale teruggetrokkenheid. Bij het eerste type zijn vrij consistente afwijkingen gevonden in de concentraties van bepaalde, voor de prikkeloverdracht in de hersenen noodzakelijke stoffen: neurotransmitters. Ook bij type II zijn afwijkingen in de hersenen gevonden, o.a. vermindering van activiteit in bepaalde hersendelen. Zeker is inmiddels wel dat schizofrenie, of beter gezegd de aanleg daartoe, mede erfelijk is bepaald. Waarschijnlijk is ook dat heftig emotionerende gebeurtenissen, of sterke emotionele uitingen van familieleden, er toe kunnen leiden dat men opnieuw psychotisch wordt. Zeker is tenslotte dat, afgezien van deze uitlokkende werking van psychische factoren, psychogenie geen rol speelt. Vroegere gedachten over schizofrenogene moeders of dito gezinnen zijn definitief verlaten. Men neemt tegenwoordig aan dat de stoornis vooral bestaat uit een tekort schieten van de noodzakelijke filterfunctie van de hersenen bij de verwerking van informatie, waardoor de patiënt met informatie wordt overspoeld.

Na dit korte intermezzo terug naar Jelgersma. Jelgersma deelt de schizofrenie in bij wat hij noemt de intoxicatiepsychosen. Schizofrenie zou berusten op een auto-intoxicatie: het lichaam ontwikkelt door interne secretie stoffen die schadelijk inwerken op het hersenweefsel. Hij denkt daarbij met name aan de schildklier. (De gedachte dat er bij schizofrenie endocriene stoornissen bestaan, heeft in de loop der jaren aanleiding gegeven tot zeer veel onderzoek – zonder dat dit consistente bevindingen heeft opgeleverd.)

Ruim een maand na het afscheidscollege van Jelgersma houdt zijn opvolger Carp zijn oratie. Hij bezet de leerstoel tot 1963. Carp is in 1983 op 88-jarige leeftijd overleden. Evenals Jelgersma schrijft ook Carp een leerboek, bestaande uit vijf delen, en opgedragen aan zijn leermeester. Carp was überhaupt zeer productief. Hij publiceerde vele boeken en artikelen. Ook verder zat hij niet stil: bij zijn afscheid had hij in totaal 52 promoties op zijn naam staan.

Hoewel de benoeming van Carp in psychoanalytische kring niet met instemming werd begroet (geen pur sang analyticus, en bovendien rooms-katholiek), was Carp in feite meer psychotherapeutisch ingesteld dan Jelgersma. Hij bouwde Rhijngeest (door hem herdoopt tot de Jelgersmakliniek) uit tot een toonaangevend psychotherapeutisch centrum. Uit zijn leerboek blijkt dat hij meer betekenis hechtte aan psychogenie dan zijn voorganger. In het voorwoord van zijn boek over de neurosen schrijft hij: “Terwijl nog slechts enkele tientallen jaren geleden de waardering van oor-



zakelijke psychische factoren nog zeer gering was en de belangstelling voor deze factoren met het odium van onwetenschappelijkheid en als “metaphysisch” gebrandmerkt werd, is dit thans geheel anders geworden”.<sup>5</sup> Hij vervolgt met een verwijzing naar de psychosomatiek, waarover straks meer.

Over de oorzaken van schizofrenie merkt Carp op dat het, zoals bij alle psychiatrische stoornissen, gaat om een complex van oorzaken: endogeen, somatogeen, psychogeen. Hij besteedt overigens weinig aandacht aan psychische factoren. Zij kunnen zijns inziens wel de ziekte uitlokken, maar schizofrenie is toch vooral organisch bepaald. Carp deelt de schizofrenie in bij wat hij de “deficiëntiepsychosen” noemt. Er is sprake van een “tekort”, in die zin dat er een stoornis is in de opname of verwerking van noodzakelijke voedingsbestanddelen. Dit tekort kan het mogelijk maken dat op zichzelf onschadelijke stoffen een schadelijke uitwerking hebben: een auto-intoxicatie dus. Daarmee sluit Carp zich aan bij de inzichten van zijn leermeester Jelgersma.

Derde in de rij is H.C. Rümke, waarschijnlijk de meest toonaangevende psychiater in Nederland. Hij was van 1936 tot 1963 hoogleraar psychiatrie in Utrecht, en overleed in 1967. Met zijn veelgelezen driedelig leerboek, en zijn studies en opstellen, heeft hij een grote invloed uitgeoefend op de Nederlandse psychiatrie.

Rümke begon zijn carrière als een vooral geesteswetenschappelijk (fenomenologisch) geïnteresseerd psychiater. Fenomenologie betekende voor hem met name de zorgvuldige beschrijving van psychopathologische fenomenen. In zijn oratie uit 1937 sprak hij uit dat de psychiatrie zowel geestes- als natuurwetenschap is.<sup>6</sup> Hij stelde deze scherp tegenover elkaar. Geleidelijk schuift hij op in natuurwetenschappelijke richting. In 1954 schrijft hij dat de ervaring hem heeft geleerd het zwaarste accent te leggen op de natuurwetenschap.<sup>7</sup> Anderzijds is hij zijn fenomenologische oriëntatie trouw gebleven door vast te houden aan een fenomenologisch criterium voor het stellen van de diagnose schizofrenie: het zgn. praecoxgevoel, het typisch oninvoelbare dat de onderzoeker beleeft in het contact met de schizofrene patiënt. Rümke acht psychogenie bij de belangrijkste psychiatrische ziekten niet van grote betekenis (wel bij wat hij de “psychische stoornissen van de gezonde mens” noemt). Hij wijst er keer op keer op dat spanningen en leed bij het normale menselijk leven horen. “Het psychische leven van de gezonde mens kan zeer gestoord zijn zonder dat er van ziekte sprake is. De mens kent schier onverdraaglijke spanningen, hoge geestelijke verrukkingen, mystiek extatische belevingen, maar ook diepe verslagenheden, schuld en berouw, gemis aan

ondervonden liefde, gekrenkt eergevoel, diep invretend lijden om het gemis van geliefde mensen. Dit is het niet aflatend tourment: de strijd met zijn gebrokenheid, zijn angst, zijn trots, het is de strijd van het altijd weer gevaarlijke leven en de onberekenbaarheid van het mensenlot. Laten we ons er voor hoeden dit alles een ziekte te noemen. Het is een aantasting van de menselijke waardigheid".<sup>8</sup>

De oorzaak van schizofrenie ziet hij vooral liggen in een mede erfelijk bepaalde aanlegstoornis, een stoornis in het systeem der drijfveren. De precieze aard van de afwijkingen is niet bekend. Hij speculeert over een auto-intoxicatie en over endocriene afwijkingen. De bijdrage van de psychoanalyse aan het begrijpen van de ziekte acht hij gering: "alles wat door psychoanalyse in de schizofrenie is te begrijpen, is nog juist niet de kern van de schizofrenie".

De volgende te bespreken hoogleraar is Gerard Kraus, die in 1950 op 52-jarige leeftijd Van der Scheer opvolgde als hoogleraar in Groningen. Eerder was hij Van der Scheers opvolger als directeur van het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort. Hij bezette de leerstoel maar kort, tot zijn dood in 1956. Postuum verscheen zijn leerboek, in omvang aanzienlijk bescheidener dan de boeken van de eerder genoemde hoogleraren. Het is vanwege zijn compacte, heldere betoogtrant een veelgebruikt boek geworden.<sup>9</sup> Daarom heb ik ook Kraus in mijn rijtje opgenomen, hoewel zijn wetenschappelijk oeuvre in omvang veel geringer is dan van Jelgersma, Carp, en Rümke, en ook van de nog te bespreken hoogleraar Kuiper. (Kuiper werkte overigens enige tijd als chef de clinique bij Kraus.)

Kraus spreekt liever dan van oorzaken van oorzakelijke voorwaarden. "De" oorzaak van een bepaalde ziekte bestaat niet. Hij is überhaupt zeer kritisch over het bestaan van aparte ziekte-eenheden á la Kraepelin, en hanteert consequent in zijn leerboek de term "reactievormen". De psychische oorzakelijke voorwaarden zijn zijns inziens zowel onder- als overschat. Ze zijn vrijwel altijd wel aanwezig, maar zelden of nooit voldoende om de ziekte te veroorzaken. De gezonde mens wordt niet "gestoord" door psychotrauma's, zo is zijn opvatting. Hij deelt deze visie met Rümke. Schizofrenie ziet hij als een vooral organisch bepaalde ziekte. Erfelijkheid speelt een belangrijke rol. Kraus acht het echter ook "geenszins onwaarschijnlijk" dat psychische verwaarlozing iemand kwetsbaarder kan maken voor de ziekte. Voorts kunnen emotioneel geladen belevenissen de ziekte uitlokken.

Spreekt Kraus nog voorzichtig over de mogelijkheid van een psychische predispositie, bij de laatste te bespreken hoogleraar, P.C. Kuiper, is dit een zekerheid geworden. Kuiper was, zoals al vermeld, chef de clinique bij Kraus, werd later in Groningen lector, en werd in 1962 benoemd tot hoogleraar psychiatrie aan de Universiteit van Amsterdam, welke functie hij vervulde tot 1984.

Kuiper heeft veel geschreven. Zijn "Neurosenleer" werd en wordt veel gelezen, en beleefde druk op druk. Hetzelfde geldt voor zijn leerboek (ten dele aanvulling op de -Neurosenleer-), de "Hoofdsom der psychiatrie", waarvan de eerste druk dateert uit 1973.<sup>10</sup>

Kuiper is een duidelijke vertegenwoordiger van een vooral op de psychoanalyse geschoeide psychiatrie. Dit klinkt door in zijn beschouwingen over schizofrenie. Hij erkent geen aparte ziekte-eenheid schizofrenie, maar spreekt liever van een ernstige psychotische decompensatie. Bij de predispositie spelen schadelijke invloeden waaraan het kind gedurende zijn opvoeding is blootgesteld een belangrijke rol. Hij heeft veel aandacht voor de mogelijkheid dat bepaalde gezinssituaties iemand predisponeren voor schizofrenie. Hij erkent wel dat erfelijke factoren van belang zijn, maar is daarover aanzienlijk kritischer dan over hypothesen met betrekking tot psychogenie. Het schizofrene defect acht hij niet zozeer bij de ziekte horend als wel veel meer een artefact als gevolg van hospitalisatie, veroorzaakt door de afstompende inrichtingsomgeving.

Kuiper heeft met zijn boeken veel invloed gehad, ook buiten Amsterdam. Als men zich realiseert dat de "Hoofdsom" dateert uit 1973, en vele herdrukken nadien beleefde, beseft men hoe snel de geschiedenis kan gaan. Van de veronderstelling dat er een mogelijke psychische predispositie zou bestaan, heeft onderzoek niet veel heel gelaten. Erfelijke factoren zijn weer "reçu". Het onderzoek naar biologische determinanten beleeft een stormachtige groei.

## **Psychosomatiek**

Na de tour d'horizon langs de Nederlandse universitaire psychiatrie kom ik op mijn laatste thema: de psychosomatiek. De genoemde hoogleraren zijn op dit terrein weinig actief geweest. Bij de term "psychosomatiek" dient men in Nederland vooral te denken aan het werk van de internist J.J. Groen en voorts aan psychiaters als Bastiaans en Musaph.

Psychosomatiek is een betrekkelijk vage term. Men kan grofweg twee betekenissen onderscheiden. Als eerste duidt psychosomatiek op een holistische visie op ziekte en gezondheid. Uiteraard heeft deze visie een lange historie, maar hij werd opnieuw populair in de jaren dertig. Ziekte wordt benaderd vanuit een integrale zienswijze, waarbij de scheiding tussen lichaam en geest principieel wordt afgewezen. Men zet zich af tegen de medische technologie. Deze psychosomatische benadering heeft vooral wortel geschoten in de huisartsgeneeskunde – men denke aan de grote invloed die het werk van Michael Balint heeft gehad. De tweede betekenis van de term "psychosomatiek" verwijst naar gedachten over mogelijke psychische oorzaken van bepaalde lichamelijke ziekten als astma, maagzweer, en andere. Ik ga hierop nader in.

Zoals al werd opgemerkt is de psychiatrische belangstelling voor deze ziekten vooral te begrijpen tegen de achtergrond van een expanderende, psychoanalytisch geïnspireerde psychiatrie – zoals ook de later opgetreden neergang in interesse voor deze ziekten binnen de psychiatrie alles te maken heeft met de onttroning van de psychoanalyse. De gedachte dat psychische factoren een rol spelen bij het ontstaan van lichamelijke ziekten is eeuwenoud, maar kwam opnieuw voor het voetlicht door het werk van Franz Alexander en medewerkers. Amerikaanse psychoanalytisch gevormde psychiaters, in de jaren dertig en veertig. Wat betoogden de psychosomatici? In grote lijnen kwam hun visie er op neer dat lijders aan lichamelijke ziekten als astma in feite neurotisch waren. Bij oppervlakkige beschouwing leken ze weliswaar psychisch normaal, maar met een psychoanalytisch geoefend oog was te ontdekken dat zij geplaagd werden door onopgeloste, infantiele conflicten. Bij iedere ziekte hoorde een specifiek conflict. Zo zouden maagzweepatiënten een conflict hebben rond de polen activiteit/passiviteit: sterke, onbewust aanwezige, kinderlijke behoeften aan koestering en verzorging zouden worden afgeweerd en omgezet in actief of hyperactief gedrag. Het uitbreken van de ziekte, of een verergering daarvan, zou worden geluxeerd door gebeurtenissen die bij deze conflicten pasten als een sleutel in een slot.

De groep ziekten waarvoor deze beschouwingen zouden gelden is niet scherp omschreven. Sommige auteurs (bijv. Alexander) spraken van zeven stoornissen, andere auteurs noemden een groter aantal.

Als men de psychosomatische geschriften uit de "bloeitijd" leest, wordt men getroffen door de stelligheid van de uitspraken. Voor twijfel lijkt weinig plaats te zijn. Dit valt te meer op als men zich realiseert dat men zich baseerde op onderzoeken van kleine, en vaak ook nog geselecteerde

groepen patiënten. Voorts klinkt in de publicaties een opmerkelijk therapeutisch optimisme door: aandacht voor de psychische wortels van de ziekte en daarop aansluitende behandeling (analytisch geïnspireerde psychotherapie) zou de ziekte kunnen genezen.

Tenslotte valt op hoe vaak men in biologische metaforen spreekt: onbewuste conflicten worden vergeleken met micro-organismen, de psychoanalyse met een microscoop.

Zoals al werd opgemerkt is de psychiatrische interesse in deze ziektebeelden de laatste 10 a 20 jaar sterk verminderd. Er zijn voor deze ontwikkeling meerdere redenen aan te wijzen. Aangestipt werd al dat de psychoanalyse haar dominerende positie in de (Amerikaanse) psychiatrie verloor. De aandacht verschoof van intrapsychische onbewuste conflicten naar waar te nemen gedrag en de invloed van feitelijke gebeurtenissen in het leven van patiënten. Het is een ontwikkeling van "binnen" naar "buiten" en van de "diepte" naar de "oppervlakte". Het therapeutisch optimisme werd niet bewaarheid. Met psychotherapeutische interventies kon wel wat worden bereikt, maar de resultaten waren mager in vergelijking met de verwachtingen. *Last but not least* moet vermeld worden dat, naarmate het empirisch onderzoek geavanceerder werd, er steeds minder overbleef van de klassieke inzichten. Specifieke conflicten werden niet aangetoond, en over het algemeen is de specificiteitstheorie dan ook verlaten. Ook van de gedachte dat lijders aan deze ziekten neurotisch zouden zijn, bleef niet veel heel. Aangetoond werd dat psychische abnormaliteiten vaak niet zo zeer de oorzaak als wel het gevolg waren van de ziekte, respectievelijk van het als patiënt worden geïdentificeerd (zoals bij hypertensie). Met dit alles wil niet gezegd zijn dat psychische factoren niet in sommige gevallen een rol kunnen spelen bij het ontstaan van bepaalde ziekten, maar hun rol is over het geheel genomen kleiner en a-specifieker dan eerder werd aangenomen. Binnen de psychiatrie is interesse blijven bestaan voor lichamelijke ziekten, maar deze geldt meer de psychische gevolgen van lichamelijke ziekten, en het frequent samen voorkomen van psychische en lichamelijke aandoeningen dan de klassieke psychosomatische opvattingen.

### **Slotopmerkingen**

In onze eeuw is de dominante visie op de etiologie van psychische stoornissen meermalen gewijzigd. Ik sprak van een pendelbeweging: aanvankelijk dacht men vooral somatisch, later verschoof de aandacht meer naar psychische factoren, en in de laatste decennien is een terugslag in biolo-

gische richting te bespeuren. Bij de verschuiving in de richting van psychische oorzaken heb ik het met name gehad over de invloed van de psychoanalyse. Vanzelfsprekend is dat niet de enige oorzaak. De in brede kring gevoelde, vage afkeer van de zich sterk ontwikkelende medische technologie schoot ook wortel in de psychiatrie. Men keerde zich geleidelijk af van de geneeskunde. In de jaren zestig deden psychiaters vrijwel allen hun witte doktersjas uit. Een gedetailleerde studie van dat proces zou uitermate interessant zijn. In het veld van de geestelijke gezondheidszorg stroomden psychotherapeuten/niet-psychiaters binnen. Aan het eind van de jaren zestig kwam de psychiatrie ook nog onder het spervuur te liggen van de zgn. antipsychiatrie. Ideeën dat samenlevingsstructuren de oorzaak waren van door individuen vertoonde stoornissen werden populair. Dit alles leidde tot een steeds grotere verwijdering tussen de psychiatrie en de rest van de geneeskunde. In de laatste 10 a 15 jaar lijkt de psychiatrie weer in de moederschoot terug te keren.

De oorzaken van de belangrijkste geestesziekten waren vroeger onbekend, en zijn dat in feite nu nog. We weten er wel meer van dan vroeger. Misschien is het beste wat wij geleerd hebben dat wij beter weten wat wij niet weten. Naarmate de psychiatrie is geëvolueerd van een "literair" vak naar een meer wetenschappelijk verantwoorde discipline, verdwijnt de vroegere "schoolvorming", en rijpt het inzicht dat het altijd gaat om een ingewikkeld samenspel van lichamelijke, psychische en sociale factoren. Niet lichaam, ziel of samenleving, maar lichaam, ziel en samenleving.

## Noten

1. Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aertze and Studierende. 2<sup>e</sup> Auflage. Stuttgart: Krabbe, 1861.
2. Brinkgreve Chr. Psychoanalyse in Nederland – een vestigingsstrijd. Amsterdam: Synopsis, 1984.
3. Carp EADE. Jelgersma, leven en werken van een verdienstelijk Nederlander. Lochem: De Tijdstroom, z.j
4. Jelgersma G. Leerboek der Psychiatrie. Amsterdam: Scheltema & Holkema, 1911.
5. Carp EADE. De Neurosen, 2<sup>e</sup> herziene druk. Amsterdam: Scheltema & Holkema, 1939.
6. Rümke HC. Psychiatrie als geestes- en natuur-wetenschap. In: Studies en Voordrachten over Psychiatrie. Amsterdam: Scheltema & Holkema, 1943.
7. Rümke HC. Een bloeiende psychiatrie in gevaar. In: Derde bundel studies en voordrachten over psychiatrie. Amsterdam: Scheltema & Holkema, 1958.



8. Rümke HC. De neurotische doublures van menselijk lijden. In: Derde bundel studies en voordrachten over psychiatrie. Amsterdam: Scheltema & Holkema, 1958.
9. Kraus G. Leerboek der Psychiatrie, 3<sup>e</sup> druk. Leiden: H.E. Stenfert Kroese, 1964.
10. Kuiper PC. Hoofdsom der Psychiatrie. Utrecht: Bijleveld, 1973.

## **Grenzen aan het ziektebegrip**

2. De betekenis van het werk van H.C. Rümke voor de huidige psychiatrie (1992)
3. De grenzen van psychiatrische bemoeienis (1995)
4. Irrationele elementen in de diagnostiek (1995)

## **2. De betekenis van het werk van H.C. Rümke voor de huidige psychiatrie**

Voordracht op het symposium ter gelegenheid van de presentatie van de H.C. Rümke groep te Zeist, 27 maart 1992.

*Inleiding – Descriptie – De grenzen tussen ziek en gezond*

### **Inleiding**

De Nederlandse psychiatrie kan niet beticht worden van een overdreven verering van haar erflaters. Er zijn maar weinig inrichtingen of ziekenhuizen vernoemd naar beroemde psychiaters. Bij het herdoopen van instituten, nodig geworden of geacht in verband met fusies of andere ingrijpende organisatorische veranderingen, grijpt men naar andere namen. Zo werd Sancta Maria Langeveld, nam het samenwerkingsverband Schakenbosch – Ursulakliniek de naam aan van Robert-Fleury (de maker van het beroemde schilderij waarop Pinel de krankzinnigen van hun ketenen bevrijdt), en siert het Psychiatrisch Centrum Venraij zich sinds kort om ondoorgrondelijke redenen met de naam Vincent van Gogh-instituut. Het zal U duidelijk zijn dat ik, deels werkend in een kliniek die naar een van de groten in ons vak is genoemd (Jelgersma), blij ben dat Uw samenwerkende instellingen hebben besloten een H.C. Rümke groep te vormen.

Nu tien jaar geleden schreef ik een opstel over de betekenis van het werk van H.C. Rümke voor de huidige psychiatrie, als inleiding op een bloemlezing uit zijn artikelen.<sup>1</sup> Ik begon met de zinnen: "Rümke is een begrip in de Nederlandse psychiatrie. Of moet ik zeggen: was?" De tweede zin zou ik nu weglaten. Wat mij in de laatste jaren is opgevallen is hoezeer Rümkes werk in bepaalde kringen populair is gebleven, getuige de zoektochten van verschillende mij bekende psychiaters in antiquariaten naar exemplaren van zijn driedelige "Psychiatrie". (De bloemlezing die ik samen met S.J. Nijdam samenstelde, kwam overigens in de ramsj terecht.)

Waarom blijft Rümke populair bij psychiaters? Over die vraag zal ik eerst het een en ander opmerken. Daarna ga ik wat uitvoeriger in op zijn mogelijke betekenis voor de huidige psychiatrie. Die betekenis valt niet zonder meer samen met de reden van zijn populariteit.

## Descriptie

De blijvende appreciatie van Rümke is, lijkt me, vooral toe te schrijven aan de kwaliteit van zijn beschrijvingen van ziektebeelden. Die beschrijvingen zijn evocatief, fascinerend, en dragen een persoonlijk stempel. Rümke achtte zorgvuldige descriptie van groot belang, en beoefende die kunst ook op hoog niveau.

Op veel plaatsen in zijn werk heeft Rümke naar voren gebracht dat de klinische psychiatrie staat of valt met een goede descriptie. De nadruk die hij hierop legde, vloeide voort uit zijn visie dat psychische stoornissen vooral stoornissen zijn in de vorm, niet in de inhoud. Het pathologische schuilt niet zozeer in wat men denkt, voelt of beleeft; het gaat er om hoe wordt gedacht, gevoeld of beleefd. Dit inzicht is al te vinden in zijn proefschrift over geluksgevoel, en is als rode draad in zijn werk te vervolgen. In veel psychiatrische geschriften van zijn tijd meende Rümke een zekere minachting te bespeuren voor descriptie. Dit was volgens hem te wijten aan de populaire gedachte dat de “diepte” meer zegt over de mens dan zijn “oppervlakte”. In zijn rectorale rede “Een bloeiende psychiatrie in gevaar” somt Rümke een aantal verzoeken op waaraan de psychiater blootstaat.<sup>2</sup> Een van die verzoeken is de gegevens van de dieptepsychologie voor “dieper” te houden dan die uit wat men “oppervlakte-psychologie” zou kunnen noemen. Ik citeer:

De vraag moet kort en bondig worden gesteld: graaft de dieptepsychologie dieper dan de psychologie van het bewuste leven? Onder “oppervlakte” van het psychische leven van de mens versta ik: zijn lichamelijke oppervlakte en gestalte en het voor ieder zichtbare van zijn psychische persoonlijkheid, zijn psychomotoriek, zijn stem, de woorden die hij spreekt, de daden die hij doet, de liefde die hij geeft of niet geeft, de gevoelens die hij uit of niet uit. De mens openbaart zich in zijn oppervlakte, die tegelijkertijd zijn vorm is. De oppervlakte is het meest eigene, de oppervlakte is zijn individuele kenmerk. Wanneer men mij vraagt: wat is de mens eigenlijk? – zou ik willen antwoorden: zijn gevormde oppervlakte. Al weten wij nog zoveel van zijn diepte, zijn oppervlakte kunnen wij daaruit niet begrijpen. Maar, zult gij zeggen, gij verwacht de schijn met het wezen. Ik antwoord: in de schijn openbaart zich het wezen. Gij zult zeggen: schijn bedriegt. Ik antwoord: schijn bedriegt niet; wanneer wij maar goed leren kijken, onthult zich de onwaarachtigheid van het wezen in de zogenaamde bedrieglijke schijn. Maar om dit te kunnen zien, moeten wij aan de oppervlakte dezelfde liefdevolle aandacht geven, die wij voor de “diepte” zo gemakkelijk over hebben.

Het aanzien van de dieptepsychologie is in de laatste decennia fors gekelderd. Er is nu meer aandacht voor de rol van emotionerende gebeurtenissen dan voor die van innerlijke conflicten. Er is ook meer aandacht voor "objectivering" van waarneming middels beoordelingsschalen. In die zin is er in de psychiatrie sinds Rümke wel het een en ander veranderd, en is ons vak "oppervlakker" geworden. Toch vrees ik dat in de dagelijkse praktijk de zorgvuldige beschrijving niet die aandacht krijgt die zij verdient, en blijft Rümkes pleidooi actueel.

Rümke kon goed beschrijven, ik zei het al. Ik denk dan vooral aan zijn geschriften over schizofrenie, een ziektebeeld dat hem bleef intrigeren en waarover hij veel heeft geschreven.

Als men iets van schizofrenie wil weten en begrijpen, blijft het aanbeveling verdienen het aan deze ziekte gewijde hoofdstuk in zijn leerboek te lezen of te herlezen. Ik ken in de Nederlandse psychiatrische literatuur geen betere beschrijving.

Het zojuist gegeven citaat is ook een goed voorbeeld van Rümkes stijl: levendig, prikkelend, maar ook brokkelig, wat slordig, voor onze oren soms wat gemaniëreed en een tikkeltje pretentius (wie zou hem toch ooit gevraagd hebben: wat is de mens eigenlijk?). Dat neemt niet weg dat zijn stijl persoonlijk is, niet uitwisselbaar met die van anderen. Hij heeft kortom, "stijl", en zijn werk blijft daardoor veel leesbaarder dan de geschriften van de meeste van zijn – soms veel schrijvende – directe voorgangers en tijdgenoten als Carp, Van der Horst en Prick.

Veel van Rümkes publicaties zijn meer als literaire dan als wetenschappelijke producten te kenschetsen. Om misverstanden te vermijden: de psychiatrie was in zijn tijd een meer "literair" vak dan nu. Dat is zo gebleven tot zeker in de jaren zestig. Natuurlijk bestond er wetenschappelijke nieuwsgierigheid, maar de neiging om overgeleverde inzichten systematisch te onderwerpen aan empirische toetsing is een in de Nederlandse psychiatrie relatief nieuw fenomeen. Hoezeer Rümke dus ook kind van zijn tijd was, dat neemt niet weg dat het "literaire" karakter bij hem wel sterk uitgesproken was, en door hem ook werd gekoesterd. Hij zou de kenschetsing "meer literair dan wetenschappelijk" zelf overigens meer als lof dan als blaam hebben opgevat. Rümke wilde naast psychiater schrijver zijn, en misschien wel vooral schrijver. Vandaar zijn mateloze bewondering en identificatie met Frederik van Eeden. Hij schatte deze schrijver hoger dan Couperus. In mijn opstel van tien jaar geleden stelde ik dat dit oordeel op zijn zachtst gezegd vreemd is, omdat het niet past bij de rest van zijn literaire waardenschaal. Iemand die Tolstoj boven Dostojewski

plaatst, en een grote bewondering heeft voor het epische werk van Thomas Mann, zo iemand kan niet in werkelijkheid Van Eeden stellen boven de schrijver van de "Boeken der kleine zielen". Tenzij men aanneemt dat er andere criteria dan de kwaliteit aan zijn oordeel ten grondslag liggen.

Met zijn schrijver willen zijn heeft Rümke niet veel succes gehad in de zin van publieke erkenning. Weliswaar won hij met zijn essay over Van Eeden's "Van de koele meeren des doods" een literaire prijs, maar hij is overigens niet echt als schrijver erkend. Naar ik vermoed tot zijn verdriet.

Hoe goed ook zijn beschrijvingen zijn, de betekenis die Rümke heeft, en naar ik meen blijft houden, voor de psychiatrie, ligt op een ander vlak. Zijn geschriften blijven van waarde wegens zijn uiteenzettingen over de grenzen van de psychiatrie, en nog niet eens zozeer om wát hij zegt, maar veeleer om de motieven die hem er toe dreven zich daar steeds weer me bezig te houden.

### **De grenzen tussen ziek en gezond**

Het thema van de grenzen tussen ziek en gezond heeft Rümke vrijwel vanaf het begin van zijn loopbaan geboeid. In zijn gedachten hierover komen zijn visie op het verschil tussen "vorm" en "inhoud", waar ik zojuist al op duidde, op het belang van het negatieve symptoom van Jackson, op de breukvlakken tussen de levensstijlperken, enzovoorts, moeiteloos samen. Rümke scheidde ziekte en gezondheid scherp van elkaar, al erkende hij wel dat het in de praktijk moeilijk kon zijn om te differentiëren. Het kenmerk par excellence van gezondheid was wat hij noemde "het wordende", het "in beweging zijn". Bij ziekte is de beweging gestold, wordt het leven verstarde, blijft de naald in dezelfde groef steken. Bij het gezonde leven hoort een ritmisch proces van openen en sluiten, bij de geesteszieke gaat het om óf voortdurend afgesloten-zijn óf juist continu open-liggen. Vrijwel alle psychopathologische fenomenen kan men ook bij gezonden tegenkomen, maar ze gaan daar over. Gezonden kunnen zich (spontaan) herstellen, ze beschikken over een regelmechanisme dat bij zieken ontbreekt of defect is geraakt.

Het gaat volgens Rümke bij gezondheid en ziekte om verschillende integratieniveau's. Vandaar dat er zijns inziens geen vloeiende overgangen zijn: niveau's lopen niet vloeiend in elkaar over.



Het ontbrekende of defecte mechanisme is volgens Rümke een (aangeboren of verworven lichamelijk verankerde stoornis. Gezonde mensen kunnen het ook erg moeilijk hebben, in crisis raken (bijv. op de overgang tussen levensstijdperken), en stoornissen gaan vertonen, maar ze zijn daarom niet zonder meer ziek. Rümke schrijft:

Het psychische leven van de gezonde mens kan zeer gestoord zijn zonder dat er van ziekte sprake is. De mens kent schier onverdraaglijke spanningen, hoge geestelijke verrukkingen, mystiek-extatische belevingen, maar ook diepe verslagenheden, schuld en berouw, gemis aan ondervonden liefde, gekrenkt eergevoel, diep invretend lijden om het verlies van geliefde mensen. Dit is het niet aflatend tourment: de strijd met zijn gebrokenheid, zijn angst, zijn trots, het is de strijd van het altijd weer gevaarlijke leven en de onberekenbaarheid van het mensenlot. Laten wij ons er voor hoeden dat alles ziekte te noemen. Het is een aantasting van de menselijke waardigheid.<sup>3</sup>

En in een andere studie:

Een groot deel van de psychische stoornissen (...) ontstaat doordat de mens onvoldoende toegerust is of toegerust raakt tot het voeren van deze strijd. Dan zien wij het grote menselijke conflict in pathologische vorm. Dan is hij ziek.<sup>2</sup>

Beroemd is het gezegde: "Wanneer koning Oedipus aan een Oedipus-complex lijdende was geweest, was zijn levenslot geen tragedie maar een ziektegeschiedenis".<sup>3</sup> Rümke zelf stelde dat hij in deze zin de vrucht van jarenlang nadenken had samengevat.

Het betreft ongetwijfeld een fascinerende zin, maar het is niet zo gemakkelijk om aan te geven waarom. Als koning Oedipus wel leed aan het naar hem genoemde complex (even aannemend dat dit überhaupt bestaansrecht heeft), *so what?* Is een ziektegeschiedenis niet soms een tragedie? Wat moeten we met die zin – en wat moeten we in het algemeen met Rümkes beschouwingen over de grens tussen ziekte en gezondheid?

Er zijn nogal wat gaten te schieten in Rümkes betoog over de grens tussen ziekte en gezondheid. Zijn ideeën zijn scherpzinnig en fascinerend, maar vaak niet uitgewerkt. Het logisch opgebouwd betoog waarin argumenten op een rij worden gezet, ligt hem duidelijk niet.

Voor het niet bestaan van vloeiende overgangen voert hij nauwelijks steekhoudende argumenten aan. Luxerende en predisponerende oorzakelijke factoren worden niet scherp onderscheiden. Het lijkt er vaak op dat het Rümke vooral gaat om de predispositie, de kwetsbaarheid, maar duidelijk is hij hierover niet. Dat een crisis, bijvoorbeeld op het breukvlak tussen twee levensstijlperken, kan leiden tot integratie op een hoger niveau, meer "gezond worden", moge waar zijn, maar is op zichzelf geen argument om zo'n crisis niet een ziekte te mogen noemen. Mensen die een hartinfarct hebben doorgemaakt, geven wel eens aan door deze ervaring te zijn gerijpt, maar dat houdt niet in dat het hartinfarct geen ziekte genoemd zou mogen worden. Het postuleren van een defect in onze biologische mechanismen als grondslag voor ziekte is natuurlijk niet zo'n vreemde gedachte, maar zolang het niet lukt om bij talrijke psychische stoornissen aan te tonen wat er precies mis is, biedt een dergelijke zienswijze te weinig houvast om er een betoog over de scherpe grenzen tussen ziekte en gezondheid aan op te hangen. Tenslotte wordt ziekte als medische categorie (men kan een ziekte hebben zonder er zich van bewust te zijn) niet onderscheiden van ziek-zijn of zich ziek voelen als patiëntgebonden begrip.

In de afgelopen decennia hebben nogal wat psychiaters zich het hoofd gebroken over de vraag wat psychische ziekte, en in het algemeen: ziekte is. Die discussie werd in belangrijke mate losgemaakt door de opkomst van de antipsychiatrie. In Nederland is te denken aan de vroegere hoogleraar psychiatrie te Groningen, W.K. van Dijk, die ziektecriteria ontwierp.<sup>4</sup> Hoe interessant ook, zij hebben meer betrekking op het ziek-zijn (*illness*) dan op ziekte (*disease*). De discussie is geleidelijk gaan liggen, en dat lijkt me geen verlies. Het is niet aannemelijk dat er een goede definitie van ziekte valt te geven. Wie even om zich heen kijkt, en maar iets weet van de geschiedenis van de geneeskunde, kan constateren dat wat ziekte wordt genoemd, wisselt. De grenzen worden nu ruimer getrokken dan vroeger. Ziekte berust ten dele op afspraken. en die afspraken worden wel eens bijgesteld. Denk bijv., om in de algemene geneeskunde te blijven, aan de afspraak bij welke hoogte van de bloeddruk men van hypertensie spreekt, of aan de introductie van de hypercholesterolemie als "nieuwe" ziekte, om maar te zwijgen van de vele andere nieuwe ziekten die in de laatste 20 a 30 jaar zijn "ontdekt". In de psychiatrie hebben wij gezien dat de nicotineverslaving in de DSM-III-R als ziekte is gecodificeerd. Mogelijk zal in de DSM-IV de koffie-afhankelijkheid worden opgenomen. Het areaal van psychische stoornissen is überhaupt in deze eeuw sterk uitgebreid. Ik constateer dit zonder er een oordeel over te geven. Op de vraag of die ontwikkeling goed of

slecht is, valt geen ondubbelzinnig antwoord te geven. De vraag of bijv. nicotineverslaving een ziekte of een slechte gewoonte is, lijkt me niet zo interessant. Relevanter is de vraag hoe zinvol het is iets een ziekte te noemen, wat dat betekent in termen van bestrijding en/of voorkomen.

De vraag naar waar precies de grens ligt tussen ziekte en gezondheid brengt ons niet veel verder. Interessanter is zich af te vragen waarom het belangrijk zou kunnen zijn zich met die vraag bezig te houden. Wat is de betekenis van die vraag, en waar ging het Rümke om?

Iemand met een ziekte moet naar de dokter, iemand die geen ziekte heeft liever niet, of hij moet althans niet in het medisch circuit blijven hangen. Gezonden worden dan blootgesteld aan de risico's van diagnostische en therapeutische ingrepen, en dat is niet in hun belang. Anderzijds behoeft het nauwelijks betoog hoe schadelijk het kan zijn in termen van lengte en kwaliteit van leven als een ziekte wordt "gemist". Om beide klippen te vermijden, is het dus in de praktijk nodig te onderscheiden tussen ziekte en gezondheid. In de geneeskunde prevaleert het voorkomen van de fout iemand die een ziekte heeft voor gezond te houden boven de fout bij iemand die gezond is een ziekte aan te nemen. Dat geldt ook in de psychiatrie. De verruiming van het psychiatrisch ziektebegrip, zoals gecodificeerd in de DSM-III-R, wijst daar al op, maar men kan ook denken aan de expliciete of impliciete oproepen om zich, als men iets ergs heeft meegemaakt, onder professionele behandeling te stellen. Ik krijg niet de indruk dat men zich altijd in voldoende mate afvraagt wat hiervan de nadelen zouden kunnen zijn. Over het algemeen denk ik dat de psychiatrische hulpverlening te weinig oog heeft voor de risico's en ongewenste effecten van de toegepaste diagnostische procedures en therapeutische ingrepen. (Met als uitzondering dan de ECT. Men zou wensen dat dezelfde zorgvuldige aandacht die aan deze therapie wordt besteed, ook van toepassing zou zijn bij andere, tenminste even ingrijpende psychiatrische therapieën.)

Terug naar Rümke. Rümke lijkt meer bezorgd te zijn over het gevaar dat men psychisch gezonden voor ziek houdt dan voor het omgekeerde. Bij hem geen uiteenzettingen over de verborgen psychiatrische morbiditeit, het grote verschil tussen het aantal mensen dat een psychische stoornis vertoont en het aantal dat professionele hulp ontvangt, maar steeds weer de waarschuwing menselijke nood en ellende niet te gauw als ziekte te bestempelen. Zijn argumentatie daarvoor is niet zo zeer gelegen in het vermijden van de concrete risico's van diagnostische en therapeutische ingrepen. Steeds weer voert hij aan dat het als ziek bestempelen van bij *la condition humaine* horend leed een aantasting is van de menselijke waardigheid. Daar ging het Rümke om. Ik voel met hem

mee – maar waarom? Waarin tast het dan de menselijke waardigheid aan?

Iets "ziek" noemen betekent dat de dokter er weet van heeft: wat het is, hoe het komt, en hoe het verloopt. Het individuele lot wordt tot iets wat de arts in algemene categorieën vat. De grilligheid en onvoorspelbaarheid van *la condition humaine* wordt (of verwordt) tot een ziektebeeld met een voorspelbare prognose, iets wat de dokter wèl en de patiënt niet of maar ten dele weet. Als wij verdriet, leed, bij het leven horende spanningen of strijd als depressie of neurotische conflicten benoemen, doen wij iets wat tekort doet aan respect voor de ander: wij menen ons gevoelens toe te kunnen eigenen waar wij geen recht op hebben. Dat is slecht toegepaste macht, en het is hoogmoed. Hoogmoed omdat in de benoeming als "ziekte" impliciet de belofte meeklinkt van genezing, mits men zich maar schikt naar het medisch regiem. En daarmee pleegt men vaak bedrog. Een mens in nood heeft dikwijls een ander nodig met een willig oor, hij heeft niet zonder meer een dokter nodig die onder het mom van hulpverlening het leed een "ziekte" noemt, iemand afhankelijk maakt, en impliciet de belofte geeft van "genezing".

Daar ging het Rümke, denk ik, uiteindelijk om. Om respect voor de ander, en om de wetenschap dat wij bescheidenheid aan de dag moeten leggen in ons bezig zijn. Het menselijk lot is niet of maar gebrekkig te vangen in psychiatrische of psychologische categorieën. "Wij kennen de mens niet" – met die zin besloot Rümke zijn afscheidscollege.

Sinds Rümke's tijd is de psychiatrie aanzienlijk veranderd. Van een vooral literair vak werd het een meer empirische discipline. De psychoanalyse verloor haar dominante positie, de biologische psychiatrie ontwikkelde zich in hoog tempo, evenals de epidemiologie. We weten meer dan hij van etiologie en pathogenese van bepaalde stoornissen – al weten wij ook nog heel veel niet. Wij kunnen therapeutisch meer, ook psychotherapeutisch – al blijft er veel te wensen over, en wordt steeds duidelijker hoeveel stoornissen in feite chronisch zijn, en hoezeer care belangrijker is dan cure.

Veel inzichten van Rümke zijn achterhaald. Zijn psychiatrie is nog maar zeer ten dele de onze. De waarde van zijn werk voor de huidige psychiatrie ligt eigenlijk niet eens zozeer op psychiatrisch gebied in engere zin, hoe interessant zijn inzichten ook zijn. De waarde is vooral dat hij er ons op wijst de grenzen in het oog te houden, de grens tussen ziekte en gezondheid, d.w.z.: de grens tussen met wie we ons mogen en moeten bemoeien en voor wie wij moeten zorgen, en de-

genen van wie wij af moeten blijven. In een tijd van uitdijende psychische hulpverlening is die boodschap onverminderd actueel.

## Noten

1. Rooijmans HGM. De betekenis van het werk van H.C. Rümke voor de huidige psychiatrie. in: Nijdam SJ, Rooijmans HGM (red). Vorm en Inhoud – een keuze uit de essays van H.C. Rümke. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1981.
2. Rümke HC. Een bloeiende psychiatrie in gevaar. In: Nijdam SJ, Rooijmans HGM (red). Vorm en Inhoud – een keuze uit de essays van H.C. Rümke. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1981.
3. Rümke HC. De neurotische doublures van menselijk lijden. In: Nijdam SJ, Rooijmans HGM (red). Vorm en Inhoud – een keuze uit de essays van H.C. Rümke. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1981.
4. Dijk WK van. Het medisch model in sociale context. In: Rümke C, Boeke PE, Dijk WK van (red). Van kindanalyse tot y-chromosoom. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1973.

### **3. De grenzen van de psychiatrische bemoeienis**

Voordracht gehouden op het voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie te Lunteren, 30 maart 1995.

*Inleiding – De grenzen van het psychiatrisch domein – De grenzen van ons kunnen – De grenzen van ons doen en laten – Slotopmerkingen*

#### **Inleiding**

Vorig jaar (in 1994) verscheen in de American Journal of Psychiatry een artikel onder de titel "An overview of sexual harassment".<sup>1</sup> Het vormt een goede inleiding op mijn verhaal. Niet vanwege het onderwerp zelf – want ik zal het niet hebben over seksueel wangedrag – maar vanwege het feit dat een leidend psychiatrisch tijdschrift dit thema belangrijk genoeg vindt om er 8 pagina's aan te besteden. Seksueel wangedrag is ongetwijfeld een maatschappelijk probleem waar vroeger wellicht te gemakkelijk over werd gedaan. Maar iets geheel anders is het als een psychiatrisch probleem te bestempelen. In de conclusie van het artikel wordt gesteld dat de psychiatrie een "invaluable role" kan spelen, niet alleen bij de behandeling van slachtoffers, maar ook bij het begrijpen van achtergronden, en in de noodzakelijke voorlichting en opvoeding. Is dat zo? Ik betwijfel dat sterk. Het lijkt me een aanzienlijke overschatting van ons vak. Nogmaals: seksueel wangedrag is een probleem waarvan ik de ernst niet wil onderschatten, maar men bewijst er noch de slachtoffers noch de psychiatrie een dienst mee als men het probleem inlijft bij de psychiatrie.

Publicatie van een dergelijk artikel in een van de meest prestigieuze psychiatrische tijdschriften laat zien dat de psychiatrie expandeert. Het laat ook zien dat de psychiatrie niet vrij is van pretenties. En dat zijn precies de thema's waarover ik het wil hebben.

De psychiatrie – of, beter gezegd: de geestelijke gezondheidszorg – expandeert . Het terrein waarover wij menen iets te zeggen te hebben dijt uit, de grenzen worden verlegd. Die ontwikkeling is natuurlijk niet van vandaag of gisteren; hij verloopt met ups en downs, in golven. We zitten nu, denk ik, weer in zo'n golf. Natuurlijk is zoiets niet alleen toe te schrijven aan expansiezucht van de psychiatrie. De samenleving schuift steeds meer problemen op ons bord. Maar de opstelling van de psychiatrie speelt natuurlijk wel een rol. Zoals er in onze samenleving sprake is van "medicalisering", zo bestaat er ook "verpsychiatisering" of "verpsychologisering". Echtelijk geruzie wordt tot "relatieproblematiek", ellende, verdriet en pech tot problemen waarvoor men zich

tot de GGZ kan wenden. Gedrag patronen die vroeger als "normaal" werden beschouwd (zij het lastig of eigenaardig) worden nu als psychiatrische stoornissen gezien. Men kan bijvoorbeeld denken aan het begrip "sociale fobie". Pas in 1980 werd deze stoornis als een eigenstandig ziektebeeld beschreven. Inmiddels is het een van de meest voorkomende psychiatrische ziektebeelden, met een volgens de Amerikaanse National Comorbidity Survey jaarprevalentie van 7,9% en een lifetime prevalentie van 13,3%.<sup>2</sup>

Het tweede thema dat ik wil aansnijden heeft betrekking op de grenzen van ons kunnen, op de kloof tussen pretenties en realiteit. Het kost weinig moeite om in psychiatrische geschriften voorbeelden van pretenties aan te treffen, zowel met betrekking tot inzichten in de ontstaanswijze van psychiatrische stoornissen als met betrekking tot de effectiviteit van ons therapeutisch handelen.

Tenslotte wil ik kort aandacht besteden aan de grenzen en mogelijke grensoverschrijdingen in ons feitelijk doen en laten.

De drie genoemde thema's hangen vanzelfsprekend nauw met elkaar samen. Wat wij doen wordt mede bepaald door wat wij denken te kunnen doen. En onze pretenties bepalen uiteraard weer mede de grenzen van het psychiatrisch domein.

### **De grenzen van het psychiatrisch domein**

Psychiatrische stoornissen komen veel voor. Ik zeg daarmee niets nieuws. Maar wat is veel? In Tabel 1 laat ik enkele kerngetallen zien uit de vorig jaar gepubliceerde National Comorbidity Survey in de V.S., betrekking hebbende op 14 veel voorkomende DSM-III-R-stoornissen.<sup>2</sup> Het gaat hier om een populatiestudie van 15-54 jarigen waarbij gebruik is gemaakt van de CIDI. Niet alle psychiatrische stoornissen zijn in dit onderzoek gedekt; zo ontbreken bijv. dementie en andere organische beelden, somatoforme stoornissen en de meeste persoonlijkheidsstoornissen, maar hetzij wegens de lage frequentie van voorkomen in de onderzochte leeftijdsgroep, hetzij wegens de in de DSM-III-R ingebakken co-morbiditeit zal dit geen grote invloed hebben op de totaalcijfers van (lifetime) 48% resp. 29,5% (jaarprevalentie).

TABEL 1

Enkele kerngetallen uit de National Comorbidity Survey.

	life-time prevalentie		jaarprevalentie	
	%	SE	%	SE
any affective disorder	19,3	0,7	11,3	0,7
any anxiety disorder	24,9	0,8	17,2	0,7
any substance abuse/ dependence	26,6	1,0	11,3	0,5
any NCS disorder	48,0	1,1	29,5	1,0

Ontleend aan Kessler RC et al. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 8-19.<sup>2</sup>

Het is interessant om de getallen te leggen naast de resultaten van de enkele jaren eerder uitgevoerde ECA-study, waarin de prevalentie van grotendeels dezelfde ziektebeelden werd onderzocht, en men op totaalcijfers kwam van life-time 32% en een jaarprevalentie van 20%.<sup>3</sup> Op mogelijke verklaringen van het opvallend verschil ga ik hier niet in – al moet natuurlijk wel vermeld worden dat in de ECA-study alle leeftijdsgroepen waren vertegenwoordigd, en in de NCS-study alleen 15-54 jarigen. En psychiatrische stoornissen komen meer voor bij jongeren dan bij ouderen. Ook ga ik niet in op de vraag wat een soortgelijke studie in Nederland zou opleveren.

De getallen zijn indrukwekkend, en zouden vroeger als ongeloofwaardig zijn beschouwd. Wat is er aan de hand? Komen psychiatrische stoornissen meer voor dan vroeger? Kijken we beter? Of worden moeilijkheden, ellende, ongemakken meer dan vroeger door mensen als psychiatrische stoornissen verwoord, resp. door onderzoekers zo benoemd?

Dat bepaalde psychiatrische stoornissen meer voorkomen dan vroeger is zeker waar (men denke alleen al aan alcoholmisbruik), maar deze verklaring is op zijn best een gedeeltelijke. Hetzelfde geldt voor het "beter kijken", d.w.z.: gebruik van beter instrumentarium. Mij lijkt het belangrijkste dat er iets is gebeurd in de wisselwerking tussen samenleving en GGZ: moeilijkheden worden als "problematiek" beschouwd waaraan professioneel iets valt te doen resp. als psychiatrische stoornissen.



nissen waarvoor behandelingen bestaan.

De psychiatrie is in opmars. Werd de jaarprevalentie van sociale fobie in de NCS-studie nog bepaald op 7,9%, onlangs verscheen een artikel in de Archives waarin werd gesteld dat vroegere schattingen te laag waren, en dat meer dan 10% van de bevolking aan sociale fobie lijdt.<sup>4</sup> De auteurs roepen klinici op alert te zijn op "subthreshold cases", en hun behandelingsaanbod niet te beperken tot patiënten met "obvious impairment". Eveneens zeer recent pleitten Stein e.a. ervoor angst voor spreken in het openbaar op te nemen als een aparte subcategorie van de sociale fobie.<sup>5</sup> Angst voor spreken in het openbaar komt weliswaar veel voor, zeggen ze, maar je kunt er zeer door gehinderd worden. En wie zal dit kunnen tegenspreken? Met wat sleutelen aan de criteria komen zij tot een prevalentie van sociale fobie van maar liefst 18,7%.

De "subthreshold"-discussie beperkt zich natuurlijk niet tot de sociale fobie. In een recent artikel in de American Journal of Psychiatry werd de prevalentie van depressies besproken bij terminale kankerpatiënten.<sup>6</sup> Een kleine verlaging van het afkappunt op twee items van het gebruikte instrument (de SADS) resulteerde in een verdubbeling van de prevalentie (Tabel 2). Wat men deed was op het item "stemming" in plaats van score 4 ("voelt zich meestal depressief") score 3 ("voelt zich vaak depressief") nemen, en op het item "verlies van interesse" in plaats van score 5 ("almost all activities are less interesting") score 4 ("most activities are less interesting"). In het decembernummer van de American Journal of Psychiatry wordt door Sherbourne et al. een pleidooi gehouden voor het onderkennen van "subthreshold depression".<sup>7</sup>

Als laatste voorbeeld van de expansie de persoonlijkheidsstoornissen. In een in 1981 uitgevoerd, maar pas in 1994 verschenen Amerikaans onderzoek bleek de prevalentie in de bevolking 5,9% te bedragen (inclusief mogelijke gevallen 9,3%).<sup>8</sup> Men baseerde zich toen nog op de DSM-III criteria. Ik twijfel er niet aan dat de prevalentie inmiddels wel hoger zal zijn. Meestal wordt het getal van tenminste 10% genoemd.<sup>9</sup> Ik voorspel een gouden wetenschappelijke toekomst aan diegenen onder u die zich willen bezighouden met "subthreshold personality disorders".

TABEL 2

Prevalence of Major and Minor Depression in 130 Terminal Cancer Patients According to the Research Diagnostic Criteria (RDC) and the Endicott Criteria<sup>a</sup> at Low and High Diagnostic Thresholds.

Diagnosis	Research Diagnostic Criteria				Endicott Criteria			
	Low-Threshold		High-Threshold		Low-Threshold		High-Threshold	
	Diagnosis	Diagnosis	Diagnosis	Diagnosis	Diagnosis	Diagnosis	Diagnosis	Diagnosis
	N	%	N	%	N	%	N	%
Major Depression	22	16,9	12	9,2	14	10,8	12	9,2
Minor Depression	12	9,2	5	3,8	16	12,3	5	3,8
Total	34	26,1	17	13,0	30	23,1	17	13,0

Ontleend aan Chocinov HM et al. Am J Psychiatry 1994; 15: 537-40.<sup>6</sup>

a) In the Endicott system the four RDC symptoms most likely to be caused by the neoplastic process are replaced by four nonsomatic alternatives.

De expansie van de psychiatrie blijkt niet alleen uit wat psychiaters schrijven maar ook uit wat mensen doen. Het is u ongetwijfeld bekend dat zich in de laatste decennien een forse groei heeft voorgedaan in het aantal patiënten/cliënten van de GGZ. Tussen 1980 en 1992 nam het aantal opnames in psychiatrische ziekenhuizen toe met ruim 50%. Het aantal patiënten dat in behandeling is bij een Riagg is tussen 1986 en 1992 meer dan verdubbeld.<sup>10</sup> Het ziekte- of hulpzoekgedrag is veranderd. Velen juichen deze ontwikkeling toe, en zien het toegenomen beroep op de GGZ, als een teken van vooruitgang in onze beschaving;<sup>11</sup> tenslotte valt het aantal mensen dat hulp zoekt nog in het niet bij de velen die met psychiatrische of ernstige psychosociale problemen kampen, en is er, vergeleken met de somatische geneeskunde, sprake van een soort inhaalslag. Anderen, bijvoorbeeld Giel en medewerkers, plaatsten kritische kanttekeningen: het lijkt hun zeer aannemelijk dat het bij de Riagg-stijging vooral gaat om patiënten met minder ernstige stoornissen of problemen, van wie een aantal ook spontaan zou herstellen, zonder professionele hulp.<sup>12</sup>

De samenleving psychiatriseert of psychologiseert. Er kan geen aangrijpend geacht programma op de TV komen of er verschijnen nadien telefoonnummers van hulpverleningsinstellingen op het scherm, of men wordt geadviseerd zich tot de huisarts of Riagg te wenden. Ook als men van mening zou zijn dat die ontwikkeling een goede is, omdat de drempel voor hulpzoeken is verlaagd, dan nog kan het geen kwaad zich eens af te vragen of er niet ook een schaduwzijde is. Zoals er – alle winst van de modern geneeskunde ten spijt – een schaduwzijde is aan medicalisering.

Waarom zijn wij bezorgd over de medicalisering? Als ik het goed zie, zijn er twee belangrijke redenen. De ene is vooral feitelijk van aard, de andere meer fundamenteel. Medische diagnostiek en therapie zijn niet zonder risico's. De geneeskunde is een tweesnijdend zwaard. Mensen kunnen er baat bij hebben, maar zij kunnen er ook schade door ondervinden. Dit is niet alleen theorie. Men denke aan complicaties bij chirurgische interventies, ernstige bijwerkingen van geneesmiddelen, fouten of ongevallen bij de toepassing van diagnostische technieken. Het is daarom van belang ziekte te scheiden van gezondheid, al is die grens soms vloeiend en arbitrair. Iemand met een ziekte moet naar de dokter, iemand die geen ziekte heeft liever niet. In elk geval dient er op gelet te worden dat hij of zij niet in het medisch circuit blijft "hangen". Hij kan er geen baat bij hebben, en loopt de kans schade te ondervinden.

De tweede meer fundamentele reden is naar het mij voorkomt even belangrijk. Medicalisering leidt tot hulpeloosheid en staat daarmee haaks op zelfstandigheid, eigen verantwoordelijkheid, vertrouwen in eigen kunnen. In een gemedicaliseerde samenleving wordt bovendien de suggestie gewekt dat lijden, pijn, ongemak, onvolkomenheden te verhelpen zijn, zo niet nu dan wellicht later, als we maar genoeg, geven bij de collectes. De maakbare samenleving waarin voor alles wordt gezorgd, tot en met de zelfverkozen zachte dood.

Ligt het bij de "psychiatrisering" anders? Ik denk van niet. Psychiatrische diagnostiek lijkt onschuldig; bestaat voornamelijk uit vragen en luisteren. Dat kan toch weinig kwaad? Natuurlijk is dat zo, op voorwaarde dat men de patiënt respectvol bejegt, en zich realiseert dat vragen heel indringend kunnen zijn. Als men wil weten hoe gevaarlijk psychiatrische diagnostiek kan zijn, is het aan te raden om kennis te nemen van het "repressed memory"-debat in Amerika: overijverige therapeuten helpen hun cliënten met psychische aandoeningen of onlustgevoelens van allerlei aard bij het zich "herinneren" van traumatische seksuele gebeurtenissen in hun vroege jeugd (tot satanisch misbruik toe), gebeurtenissen die eerder totaal niet herinnerd werden.<sup>13</sup> De gevolgen laten

zich raden: aanklachten, slepende juridische procedures, leed voor de beschuldigde familieleden, en leed voor de betrokkene zelf. Als de patiënt zich ondanks inspanningen niets herinnert, is dat een aanwijzing dat het heel erg moet zijn geweest: de afweer immers is dan immens. (De naïeve gedachten over de werking van ons geheugen laat ik nu maar onbesproken.)

We zijn godlof in Nederland nog niet zo ver voortgeschreden, maar bij overijverige diagnostiek van multipelen persoonlijkheidsstoornissen tekenen zich analoge risico's af. Seksueel misbruik bestaat, en komt ongetwijfeld veel meer voor dan we vroeger dachten. "Dissociatie" is een in principe zinvol concept om bepaalde fenomenen te begrijpen. Dit impliceert echter niet dat men voorbij kan gaan aan de rol die suggestie kan spelen in het arts-patiënt-contact, en aan verschillen in "aantrekkelijkheid" tussen diagnostische etiketten. MPS is een "nette" diagnose waar men mee voor de dag en zelfs op de TV kan komen. Men kan er tenslotte niets aan doen, men is slachtoffer, en slachtofferschap is tegenwoordig "in". Een diagnose als borderline persoonlijkheidsstoornis is minder aantrekkelijk, heeft toch nog de geur van het oude begrip psychopathie. Het lijkt me nogal naïef te veronderstellen dat zo'n verschil geen invloed heeft op wat iemand vertelt. Met enig heimwee denk ik soms terug aan de jaren zeventig, waarin de gevaren van diagnostische "labeling" breed (zij het soms te breed) werden uitgemeten.

Dan iets over de risico's van ons therapeutisch handelen. De ongewenste neveneffecten van psychofarmaca krijgen terecht veel aandacht en de toepassing van ECT is met talloze waarborgen omgeven. Rond de risico's van psychotherapeutische procedures echter bestaat een discreet stilzwijgen. Ze zijn er natuurlijk wel en er is ook wel het een en ander over bekend.<sup>14-16</sup> In de psychiatrie-opleiding, wordt – terecht – veel tijd uitgetrokken voor onderwijs in de psychotherapie, maar ik vrees dat het onderwerp "risico's en complicaties" weinig aandacht krijgt – zo het al wordt behandeld. Het zou interessant zijn om eens een poging te doen psychotherapie-bijsluiters te ontwerpen.

U allen kent de naam van H.C. Rümke, en velen van U kennen, hoop ik, zijn geschriften. Rode draad in zijn oeuvre is zijn gefascineerd-zijn door het probleem van de grenzen tussen ziekte en gezondheid. Hij heeft daarover dingen beweerd die mijns inziens geen stand houden, of leiden tot vruchteloze discussies. Want de vraag wat ziekte "is", brengt ons, vrees ik, niet veel verder. Belangrijker is zich of te vragen waarom Rümke zich dit soort vragen stelde, waarom dit soort vragen van belang is. Rümke maakte zich vooral zorgen over het gevaar dat men psychisch gezonde

mensen voor ziek hield, niet zozeer over het omgekeerde. Bij hem geen uiteenzettingen over de verborgen psychiatrische morbiditeit, "topje van de ijsberg", enzovoorts, maar steeds weer de waarschuwing menselijke nood en ellende niet te gauw als ziekte te bestempelen. Dit zou, zo zegt hij meermalen, een aantasting zijn van de menselijke waardigheid. Maar waarom dan? Enkele jaren geleden schreef ik een stuk over Rümke, waaruit ik nu een passage aanhaal:

“Iets "ziek" noemen betekent dat de dokter er weet van heeft: wat het is, hoe het komt, en hoe het verloopt. Het individuele lot wordt tot iets wat de arts in algemene categorieën vat. De grilligheid en onvoorspelbaarheid van *la condition humaine* wordt (of verwordt) tot een ziektebeeld met een voorspelbare prognose, iets wat de dokter wél en de patiënt niet of maar ten dele weet. Als wij verdriet, leed, bij het leven horende spanningen of strijd als depressie of neurotische conflicten benoemen, doen wij iets wat tekort doet aan respect voor de ander: wij menen ons gevoelens toe te kunnen eigenen waar wij geen recht op hebben. Dat is slecht toegepaste macht, en het is hoogmoed. Hoogmoed omdat in de benoeming als "ziekte" impliciet de belofte meeklinkt van genezing, mits men zich maar schikt naar het medisch regiem. En daarmee pleegt men vaak bedrog. Een mens in nood heeft dikwijls een ander nodig met een willig oor, hij heeft niet zonder meer een dokter nodig die onder het mom van hulpverlening het leed een "ziekte" noemt, iemand afhankelijk maakt, en impliciet de belofte geeft van "genezing". Daar ging het Rümke, denk ik, uiteindelijk om”.<sup>17</sup>

### **De grenzen van ons kunnen**

Met de zojuist genoemde “hoogmoed” zijn we gekomen op het tweede thema: de grenzen van ons kunnen, de kloof tussen pretenties en realiteit. Het mankeert de psychiatrie niet aan pretenties. Ik ontleen twee voorbeelden aan het "presidential address" van John McIntyre, president van de APA 1993-1994.<sup>18</sup> Onder de titel “Four principles are now firmly established, and from these four principles flows a clear conclusion” schrijft hij o.m.: "Mental illnesses are reliably diagnosed. No longer can the nay-sayers point to our work and say that our diagnoses are “soft” and that we can never agree. Our DSM-IV is a criteria based nomenclature that is a model for the rest of medicine", en:

"We have specific treatments for specific disorders, and these treatments work! An NIMH study last year convincingly demonstrated that treatments for major mental disorders work as well as, or better

than, treatments in the rest of medicine. This work documents that there is a 60%-80% efficacy rate for treatment of major mental disorders, while the efficacy rate for many other commonly used medical treatments, such as angioplasty, are less than 50%".

Ik heb minder neiging de loftrumpet te steken over ons classificatiesysteem, en evenmin over de effectiviteit van ons handelen. McIntyre wil vooral laten zien dat men ook bij de "medische club" hoort. Ik zal de laatste zijn om te betwisten dat de psychiatrie een legitieme plaats heeft binnen de geneeskunde, maar het lijkt me beter dit anders te argumenteren – zo dat al noodzakelijk wordt geacht.

Men kan dit soort geluiden natuurlijk terzijde schuiven als typisch Amerikaans, maar ik denk dat dat onterecht zou zijn. Er zijn meer voorbeelden van pretenties, ook in Nederland. Ik kies er twee: één uit biologisch-psychiatrische hoek en één dat meer ligt op psychotherapeutisch terrein.

Enkele jaren geleden verscheen een rapport over biologische psychiatrie, samengesteld door de Kerngroep Biologische Psychiatrie, op initiatief van de Hoofdinspectie Geestelijke Volksgezondheid.<sup>19</sup> De publicitair belangrijkste boodschap van dit (overigens lezenswaardige) rapport was de met een tabel ondersteunde stelling dat 425.000 mensen in Nederland ten onrechte niet met psychofarmaca werden behandeld. In een commentaar in het NTVG heb ik erop gewezen dat dit getal, zacht gezegd, wel erg matig was onderbouwd.<sup>20</sup> In een weerwoord van de opstellers van het rapport werd ik gemaand aan te nemen dat het getal echt klopte overigens zonder nadere adstructie.<sup>21</sup>

Ik vond en vind dit pretentieuze uitspraken over de effectiviteit van onze medicamenteuze mogelijkheden. Ik ga daar verder niet op in: kortgeleden is dit gedaan door Van den Burg in het MGZ.<sup>22</sup> Hij concludeerde dat de aanbeveling voor een massale toepassing van antidepressiva als "een ernstig geval van professionele zelf-overschatting en blikvernaauwing (moet) worden beschouwd".

Mijn tweede voorbeeld betreft de psychotraumatologie. Bij rampen klinkt de laatste tijd steeds duidelijker de roep om snelle hulp door psychiatrische/psychologische hulpverleners. Expliciet of impliciet wordt gesuggereerd dat men daarmee latere problemen geheel of gedeeltelijk kan voorkomen. Is dat zo? Hoe weten we dat? Laat ik geen misverstanden laten ontstaan: natuurlijk is het goed dat GGZ-hulpverleners worden ingeschakeld, hetzij voor directe hulp hetzij als adviseurs op de achtergrond. Dat hoeft mijns inziens niet in een empirisch onderzoek te worden bewezen.

Evenmin hoeft van mij aangetoond te worden dat iemand die door een ramp is getroffen, vaak baat heeft bij de mogelijkheid om over ervaringen en daarbij horende emoties te vertellen. Wat echter wel onderzocht zou moeten worden is of vrijwel iedereen actieve professionele aandacht behoeft, en vooral dat die hulp snel moet worden gegeven, en niet eens even kan worden afgewacht.

Geleidelijk is het beeld ontstaan dat een psychotrauma een soort rafelige wond is die noopt tot een snel, door deskundigen uitgevoerd wondtoilet. Ik denk dat het wat anders ligt. In een recente editorial in de *British Journal of Psychiatry* wordt ook gewezen op het nagenoeg ontbreken van gegevens die wijzen op de meerwaarde van snelle hulp door professionals.<sup>23</sup>

Als ik hier spreek van niet waar te maken pretenties, wil dat niet zeggen dat ik dat alleen of voornamelijk de GGZ, in de schoenen schuif; het past naadloos bij het beeld dat de samenleving graag wil hebben van psychologische/psychiatrische hulpverlening. Maar ik denk wel dat we wat meer bescheidenheid aan de dag zouden kunnen leggen.

### **De grenzen van ons doen en laten**

Tot zover over grenzen en grensoverschrijdingen in wat wij zeggen of suggereren te kunnen. Tot slot wil ik nog iets kwijt over grenzen en grensoverschrijdingen in ons feitelijk doen en laten. Dat thema hangt natuurlijk nauw samen met de voorgaande punten. Het denken over de grenzen van ons domein brengt ons als vanzelf op de vraag of wij doen wat wij moeten doen – en laten wat wij niet hoeven. Doen wij wat wij kunnen? Bespiegelingen over pretenties en zelfoverschatting leiden tot de vraag of we ook feitelijk niet verder springen dan onze polsstok lang is. Kunnen wij wéérkelijk wat wij doen?

Niemand zal betwijfelen dat de zorg voor chronische psychotische patiënten behoort tot de kern van ons vak. Door Wiersma uit de afd. Sociale Psychiatrie te Groningen werd kortgeleden een onderzoek gepresenteerd over noden en behoeften van een groep patiënten die na een eerste opname wegens een functionele niet-affectieve psychose 15 jaar werden gevolgd.<sup>24</sup> Eén op de drie patiënten bleek een of meer onvervulde zorgbehoeften te hebben, zoals ontbreken van adequate medicatie, structurerende begeleiding, huisbezoek en dergelijke. Een onvervulde zorgbehoefte betekent dat er in principe een effectieve interventie bestaat die echter niet wordt toegepast. Dit wordt onderscheiden van een niet te vervullen behoefte, waarvan sprake is als de patiënt bijvoorbeeld wei-

gert contact te onderhouden. Dat was bij 1 op de 4 patiënten het geval. Onvervulde behoeften kwamen zowel voor bij patiënten die in behandeling waren bij de GGZ (in totaal 64% van de groep) als ook (en relatief wat meer) bij patiënten die alleen bij de huisarts liepen of geen behandeling/begeleiding kregen. Er valt nog veel te doen.

Het is interessant dit soort gegevens te leggen naast een artikel dat ik las in Trouw vorig jaar waarin werd bericht over een Riagg die de boer opging met een groepstherapie voor mannen met een midlife-crisis.<sup>25</sup> Het is niet mijn bedoeling dit te ironiseren, want ook ik vind dat de GGZ een taak heeft bij het zoveel mogelijk voorkomen dat mensen met een psychiatrisch label in de WAO terechtkomen. Waar ik wel mijn ogen bij uitwreef was dat de geïnterviewde Riagg-medewerker op de tegenwerping dat men vooral aantrekkelijke groepen selecteerde, antwoordde: "Elke instelling selecteert toch?"

Überhaupt geeft de Riagg-hulpverlening veel stof tot nadenken. Aan het in 1992 gepubliceerde onderzoek "Vraag en aanbod in de Riagg" ontleen ik dat de feitelijke hulp nogal fors afwijkt van de geplande.<sup>26</sup> Voor  $\pm 80\%$  van de cliënten wordt een serie van meer dan 10 gesprekken gepland, maar in werkelijkheid ontvangt niet meer dan de helft 10 of meer gesprekken. Het karakter van de gesprekken is meer steunend en structurend, en minder inzichtgevend dan de hulpverleners wilden. Zij willen "de diepte" in, de cliënt heeft liever een minder intensieve, meer op concreet advies en steun gerichte behandeling. Dergelijke bevindingen geven een krachtige ondersteuning voor een opzet als uitgetoet in de Riagg Westelijk Utrecht: het vijf-gesprekken-experiment.<sup>27</sup> Eerst kortdurende therapie, en langerdurende therapie pas als dat nodig blijkt. Ik kan niet overzien of het voorbeeld inmiddels massaal navolging heeft gekregen, maar kan mij anderzijds niet aan de indruk onttrekken dat er op het punt van doelmatigheid van hulp in de Riagg (en in andere instituten voor GGZ-hulpverlening) wel wat te verbeteren is. Heeft doelmatigheid ook met grenzen te maken? Ik denk van wel. Het gaat erom grenzen te trekken tussen wie wel en wie niet moeten geholpen worden in een specialistische instelling, en om grenzen tussen wie wel en wie niet langerdurende hulp nodig hebben. Het hulpaanbod van de GGZ is vaak diffuus, en sluit niet altijd aan op wat patiënten willen en/of nodig hebben.

De tweede vraag: springen wij niet verder dan onze polsstok lang is? In het jaarverslag 1993 van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid wordt met zorg gewag gemaakt van uit de hand gelopen indringende psychotherapeutische methodieken in het alternatieve



hulpverleningscircuit.<sup>28</sup> Ook in het reguliere circuit lopen, zoals wij allen weten, therapieën wel eens uit de hand. Het gaat mij er nu niet om dat dit gebeurt. Waar gehakt wordt vallen spaanders, en iedere beroepsgroep heeft zijn beoefenaren die het niet zo goed doen, of er zelfs een potje van maken. Ook gaat het mij nu niet om de vraag hoe in deze situaties, indien bekend, gehandeld moet worden. Mij gaat het om een andere vraag: de vraag of in de procedures voorafgaande aan de intensieve, op "cure" gerichte psychotherapie voldoende waarborgen zijn ingebouwd om het aantal ongelukken te kunnen reduceren.

Intensieve psychotherapie is een potentieel ingrijpende behandeling die kan baten maar ook kan schaden. Het is in de geneeskunde usance om daar zorgvuldig en uitgebreid onderzoek aan te laten voorafgaan, waarbij mogelijke baten tegen mogelijke schade worden afgewogen in het licht van eventueel aanwezige andere opties. Hoe ingrijpender de behandeling, hoe zorgvuldiger en uitgebreider dit onderzoek, inclusief beoordeling door meerdere deskundigen. Hoe is de situatie op dit punt in de psychotherapeutische hulpverlening? Ik weet het niet, kan niet in de spreekkamers kijken, en wil graag aannemen dat het vaak goed gebeurt. Toch kan ik mij niet aan de indruk onttrekken dat er vaak gehandeld lijkt te worden vanuit de gedachte "baat het niet, dan schaadt het niet" – in weerwil van de realiteit. Misschien zie ik spoken, maar vooralsnog denk ik dat er op dit punt wel wat te verbeteren valt, zeker als het gaat om solistische praktijken, maar ook in instellingen.

Mijn tweede voorbeeld betreft het veel besproken onderwerp van hulp bij suïcide. Ik ga daar geen principiële uitspraken over doen, zeker niet in de laatste minuten van een voordracht. Aan meningen en beschouwingen hierover bestaat bovendien geen gebrek. Ook past het mij niet een oordeel uit te spreken over de casus die bekend staat als de zaak-Chabot. Wat mij in deze zaak vooral heeft beziggehouden is dat meerderen van mijn vakbroeders en -zusters het blijkbaar niet nodig vonden iemand zelf te zien alvorens een oordeel uit te spreken over de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van leed, resp. over (on)behandelbaarheid. Misschien hebben sommigen dat gewild, maar werd het door betrokkene geweigerd maar in elk geval heeft het hen niet verhinderd hun oordeel te geven. Ik vind dat schokkend. Het is een goede gewoonte om als een therapie niet zo loopt als verwacht eens een collega te vragen de patiënt te zien. Het is verplicht een collega te vragen de patiënt te onderzoeken als het gaat om een dwangopname. En als het letterlijk gaat om dood of leven, gebeurt het niet. Is onze diagnostiek dan zo betrouwbaar, zo "hard"? Wordt de be-

oordeling van therapeutische mogelijkheden en onmogelijkheden niet mede gekleurd door de interactie tussen patiënt en arts? Ik ga daar verder niet op in, omdat dat door anderen al gedaan is, recent nog in een voortreffelijk, onopgesmukt artikel van twee arts-assistenten in het MGV.<sup>29</sup> Ik laat het bij de vaststelling dat de gang van zaken mijns inziens een voorbeeld is van wat de Grieken "Hubris" noemden.

### **Slotopmerkingen**

Ik heb u in het voorgaande wat bespiegelingen voorgelegd over de grenzen van ons vak, van ons kunnen, en van ons doen en laten. Het zal duidelijk zijn dat ik niet zo gelukkig ben met de tendenzen tot psychiatrisering of psychologisering, maar ik koester niet de gedachte dat we die ontwikkelingen kunnen keren. Dat zou pas met recht zelfoverschatting kunnen worden genoemd. Wel denk ik dat we er goed aan doen eens een stapje opzij te doen, ons niet kritiekloos te laten meesleuren, en meer bescheidenheid en nuchterheid te tonen.

Het waren bespiegelingen. Veel meningen, weinig feitelijke gegevens. Veel vragen, weinig zekerheden. Het voordeel daarvan is dat u het dan ook niet met mij eens hoeft te zijn. Misschien is het belangrijkste ook niet waar we precies grenzen trekken, maar dat wij erbij stilstaan dat er soms grenzen moeten worden getrokken. In die zin hoop ik dat ik U stof tot nadenken heb gegeven.

### **Noten**

1. Charney DA, Russell RC. An overview of sexual harassment. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 10-17.
2. Kessler RC et al. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
3. Robins LN, Regier DA. *Psychiatric disorders in America – the Epidemiological Catchment Area Study*. New York: The Free Press, 1991.
4. Davidson JRT, Hughes DC, George LK, Blazer DG. The boundary of social phobia exploring the threshold. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 9775-83.
5. Stein MB, Walker JR, Forde DR. Setting diagnostic thresholds for social phobia: considerations from a community survey of social anxiety. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 408-12.

6. Chocinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. Prevalence of depression in the terminally ill: effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgments. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 537-40.
7. Sherbourne CD et al. Subthreshold depression and depressive disorder: clinical characteristics of general medical and mental health specialty outpatients. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1777-84.
8. Samuels JF et al. DSM-III personality disorders in the community. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1055-62.
9. Brink W van den, Velden K van der. Persoonlijkheidsstoornissen. In: Vandereycken W, Hoogduin CAL, Emmelkamp PMC (red). *Handboek Psychopathologic dl I (2<sup>e</sup> dr.)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994.
10. Jacobs CMVW et al. *Jaarboek geestelijke gezondheidszorg 1994*. Utrecht: De Tijdstroom/NcGV/NZi, 1994.
11. Bijl RV. Hoe schrikbarend is de toekomst van de RIAGG? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1993; 48: 51-4.
12. Giel R, Sytema S, Brook FG. Hoe schrikbarend is de toekomst van de RIAGG? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1992; 47: 1236-41.
13. Loftus E, Ketcham K. *The myth of repressed memory – false memories and allegations of sexual abuse*. New York: St Martin's Press, 1994.
14. Bergin AE, Garfield SL. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley and Sons, 1994.
15. Vandereycken W. Hoe schadelijk is psychotherapie? *Gedragstherapie* 1990; 23: 29-40.
16. Scholing A, Velden K van der. Mislukkingen en teleurstellingen in de psychotherapie. *Directie Therapie en Hypnose* 1994; 14: no. 4 (themanummer).
17. Rooijmans HGM. De betekenis van het werk van H.C. Rümke voor de huidige psychiatrie. Voordracht ter gelegenheid van de presentatie van de H.C. Rümke groep 27 maart 1992.
18. McIntyre JS. Presidential address: our heritage, our future. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1257-62.
19. *Biologische psychiatrie: een ontbrekende schakel. Rapport van de Kerngroep Biologische Psychiatrie*. Rijswijk, 1992.
20. Rooijmans HGM. Biologische psychiatrie. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1992; 136: 1635-6.
21. Slooff CJ. Biologische psychiatrie. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1993; 137: 43.
22. Burg W van den. De werkzaamheid van antidepressiva. *Blikvernuwing in de biologische psychiatrie. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1994; 49: 1195-1210.
23. Bisson JI, Deahl MP. Psychological debriefing and prevention of post-traumatic stress. More research is needed. *Brit J Psychiatry* 1994; 165: 717-20.
24. Wiersma D. Schizofrenie – noden en behoeften: een sociaal-psychiatische reflectie. Voordracht afscheidssymposium Robert Giel. Groningen 23 september 1994.

25. Riagg de boer op met midlife-crisis. Trouw, 26 oktober 1994.
26. Sande R van der, Hoof F van, Hutschemaekers G. Vraag en aanbod in de Riagg. Utrecht: NcGV, 1992.
27. Stoffer R. Het vijf-gesprekleeen experiment. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1994; 49: 142-58.
28. Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. Jaarverslag 1993. Rijswijk: 1994.
29. Asmus FP, Schoevers RA. De rol van de psychiater bij zelfdoding. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 1995; 50: 131-42.

#### **4. Irrationele elementen in de diagnostiek**

Voordracht op het symposium ter gelegenheid van het 100-jarig bestaan van het Psychiatrisch ziekenhuis –Dennenoord– te Zuidlaren, 16 november 1995.

*Inleiding – Wat is diagnostiek (en wat niet)? – Ziek of niet ziek? – Welke stoornis? – Waarneming van symptomen – De diagnosticus – Slotopmerkingen*

##### **Inleiding**

Het is mij een eer en een genoegen om hier het woord te mogen voeren, en ik dank dan ook de organisatoren voor de uitnodiging. Dennenoord is voor mij vertrouwde grond. Ik volgde hier in 1967 in het kader van mijn opleiding een stage inrichtingspsychiatrie, en ik heb hier zelfs, samen met mijn vrouw (die gedurende vele jaren als huisarts in deze inrichting werkzaam was), enkele maanden gewoond op twee kamers in het Noordersanatorium. Tijdens mijn stage schreef ik, tussen de klinische werkzaamheden door, aan mijn proefschrift, getiteld “Oordeel en vooroordeel in psychiatrische diagnostiek”.<sup>1</sup> waarop ik in 1969 in Groningen promoveerde. Met een voordracht vandaag over ditzelfde thema is de cirkel rond!

Mijn proefschrift handelde over vooroordelen, beter gezegd: over snel gevormde diagnostische ideeën die de waarneming beïnvloeden. Diverse onderzoeken van het diagnostisch proces (niet alleen mijn onderzoek, en ook niet alleen vanuit de psychiatrie)<sup>2</sup> hebben laten zien dat artsen over het algemeen weinig informatie en weinig tijd nodig hebben om een eerste, tentatieve diagnose te stellen; voorts dat zij een eenmaal gevormde mening moeilijk kunnen loslaten. De tentatieve diagnose wordt gehanteerd als een werkhypothese, een leidraad bij het verder verzamelen van informatie. Een klinicus werkt selectief bij het vergaren van informatie. Hij moet dat ook wel als hij verbanden wil leggen, want verbanden zien vooronderstelt schiften, wegen, interpreteren. Observatie en interpretatie lopen door elkaar heen, hoezeer we ze ook van elkaar zouden willen scheiden. De diagnosticus kan niet zonder een bril, maar er kunnen wel problemen ontstaan als men nalaat de glazen eens te verwisselen. Het noodzakelijke voorlopige oordeel kan dan overgaan in een vooroordeel; de diagnosticus raakt "gebiased".

In mijn proefschrift heb ik laten zien met welke factoren "biasing" kan samenhangen. Het diagnostisch verwachtingspatroon is natuurlijk van groot belang, samenhangend met de setting waarin men werkt (een huisarts heeft bijv. een ander idee over de waarschijnlijkheid of onwaar-

schijnlijkheid van ziektebeelden in zijn praktijk dan een superspecialist in de populatie van patiënten die hij/zij ziet), maar dat niet alleen. Een uitgesproken interesse voor bepaalde ziektebeelden, de neiging zich te conformeren aan eerder gestelde diagnoses, zeker als die afkomstig zijn van een autoriteit (het "kleren van de keizer"-syndroom)<sup>3</sup>, ideeën over therapeutische mogelijkheden, gevoelens van sympathie of antipathie jegens de patiënt, zij allen kunnen een subtiele maar ook substantiële invloed uitoefenen op hoe en wat wij waarnemen, en dientengevolge op ons diagnostisch oordeel. Diagnostiek is minder "objectief" dan wij zouden wensen. De diagnose is een mening; de diagnosticus zelf is niet uit het diagnostisch proces weg te denken. Subjectieve, intuïtieve elementen (deze adjectieven zijn misschien meer op hun plaats dan het wat pejoratief klinkende "irrationeel") kunnen een belangrijke rol spelen, en doen dat in elk geval vaker dan ons lief is.

"Biasing" is inherent aan diagnostiek in het algemeen, maar in de psychiatrie heeft men er om voor de hand liggende redenen meer mee te maken dan in de andere medische vakken. Maar nogmaals: het probleem is niet exclusief. Men zou kunnen zeggen dat men in de psychiatrische diagnostiek het bias-probleem als het ware door een vergrootglas ziet.

Ik schreef mijn proefschrift in het pre-DSM tijdperk. Van diagnostische criteria hadden wij toen nog weinig weet, en hetzelfde geldt voor gestructureerde interviews, beoordelingsschalen en vragenlijsten. Diagnoses waren notoir onbetrouwbaar. Men sprak in de antipsychiatrie-golf smalend over etiketteren en botaniseren. (Ik kan niet nalaten op te merken dat het botaniseren van toen zich verhoudt tot het DSM-gebruik van nu als het bezig-zijn in de eigen tuin versus het verzorgen van een hortus botanicus, maar dat terzijde.) Is het probleem van vooringenomenheid van de diagnosticus nu dan bevredigend opgelost? Het antwoord moet (zoals vaak) luiden: deels ja, deels nee. Met classificatie aan de hand van criteria en met de introductie van diagnostische instrumenten is natuurlijk grote winst geboekt.

Classifierische uitspraken zijn betrouwbaarder (d.w.z.: er bestaat een grotere graad van overeenstemming tussen diagnostici) dan vroeger. De bereikte overeenstemmingsgraad wijkt niet erg meer af van wat in andere vakken wordt gevonden (waar het vaak ook minder ideaal is dan men wel eens denkt). Anderzijds: die instrumenten worden in de "gewone" praktijk maar zeer beperkt gebruikt, en bovendien: de betrouwbaarheid van het waarnemen van verschijnselen (en dat

zijn de "bouwstenen") laat nogal eens te wensen over.<sup>4</sup> Ogenscheinlijk ziet het er prachtig uit: een bibliotheek met DSM- en ICD-literatuur. Als men echter wat beter kijkt, is de situatie evenzeer als vroeger problematisch. Er is weinig aandacht voor benoeming en gradering qua ernst van symptomen. Er bestaat een sterke neiging diagnostische rubrieken op te vatten als "echt" bestaande entiteiten. Dus toch maar, anno 1995, een uiteenzetting over diagnostiek. Ik zal ingaan op enkele zwakke plekken in onze diagnostiek, waardoor vooroordelen ruim baan kunnen krijgen, en op de vraag met welke aan de diagnosticus gebonden factoren die vooroordelen samenhangen. Teneinde die zwakke plekken aan te kunnen geven, schets ik eerst in grote lijnen een beeld van de diagnostiek zoals dat, vrees ik, bij velen in meer of mindere mate bestaat.

### **Wat is diagnostiek (en wat niet)?**

De patiënt vertelt zijn/haar verhaal, de dokter luistert. Hij probeert nadere bijzonderheden te weten te komen, vraagt op geleide van het verhaal naar aan- of afwezigheid van bepaalde klachten of verschijnselen. Ondertussen kijkt hij goed. Op grond van dit alles maakt de dokter uit of de patiënt "iets heeft" d.w.z.: of de patiënt iets mankeert, en zo ja, wat. Zijn steun en toeverlaat daarbij is de DSM-IV. De ziektes liggen als het ware klaar om "ontdekt" te worden, maar het ontdekken ervan is uiteraard een professionele bezigheid. Het stellen van de juiste diagnose is van groot belang met het oog op de behandeling en het doen van prognostische uitspraken.

Klopt dit beeld met de realiteit? Helaas op veel punten niet, of niet helemaal. Het klopt niet of niet helemaal op het punt van de anamnese, want die wordt in aanzienlijke mate gestuurd door de ideeën die de dokter al snel heeft gevormd over wat er aan de hand zou kunnen zijn. Zijn/haar vragen zijn niet "neutraal", en omdat dokters wel eens verschillen in die eerste ideeën, verschilt de manier van vragen en verschilt soms ook het antwoord. Het klopt niet (of niet helemaal) op het punt van het kunnen uitmaken of de patiënt iets mankeert, want het ziektebegrip in de psychiatrie is, zacht gezegd, nogal elastisch en flexibel. Het klopt niet (of niet helemaal) op het punt van de aard van de eventueel aanwezige stoornis, want ziektes zijn geen entiteiten die klaarliggen om "ontdekt" te worden maar onze constructen. Het klopt niet (of niet helemaal) op het punt van de betekenis voor de therapie en de prognose, want individuele kenmerken van de patiënt zijn over het algemeen hiervoor van groter belang dan de rubricering volgens DSM-categorieën.

Op al die punten kunnen gemakkelijk vooroordelen binnensluipen: bij het navragen van klachten en het vaststellen van verschijnselen, bij het wegen van de ernst ervan en daarmee het uitmaken of de patiënt "iets heeft", bij het doen van therapeutische en prognostische uitspraken. Ik ga nu nader op enkele punten in, te beginnen met de grens ziek/niet ziek: heeft de patiënt een stoornis?

### **Ziek of niet ziek?**

In 1973 verscheen van de hand van Rosenhan een artikel in *Science* onder de titel "On being sane in insane places".<sup>5</sup> In dit artikel worden de ervaringen weergegeven van 8 pseudopatiënten die zich in verschillende psychiatrische inrichtingen in de V.S. aanmeldden voor opname met het verhaal dat zij stemmen hoorden. Overigens gaven zij geen klachten aan. De levensverhalen werden waarheidsgetrouw verteld. Allen werden opgenomen. Vanaf het begin van hun verblijf klaagden de patiënten niet meer, en vertoonden zij geen gedragsafwijkingen. Zij hielden wel gedetailleerd aantekening bij van hun belevenissen, iets dat nogal argwaan wekte bij medepatiënten. Door de staf werd echter niemand ontmaskerd. Na een gemiddelde opnameduur van 19 dagen werden de patiënten ontslagen onder de diagnose "schizophrenia in remission". De conclusie van Rosenhan luidde: "The normal are not detectably sane".

Het is niet overdreven te stellen dat het artikel insloeg als een bom. De conclusies vonden snel hun weg naar de gewone pers. Het stuk ontketende ook een vloed van ingezonden brieven, die tenminste even lezenswaard zijn als het artikel zelf. Er is – terecht forse kritiek op het artikel uitgeoefend. De juiste conclusie had moeten luiden: psychiaters zijn niet in staat een onderscheid te maken tussen psychisch gestoorden en mensen die een psychische stoornis voorwenden, als zij geen aanvaardbare reden weten waarom men zou simuleren. Dat neemt niet weg dat het artikel een uitstekende illustratie is van de stelling dat men ziet wat men verwacht te zien. Bepaalde gedragingen werden geïnterpreteerd als symptoom van ziekte; zo werd het bijhouden van aantekeningen in de verpleegrapporten aangeduid als "writing behavior".

Zien wat men verwacht te zien (of horen wat men verwacht te horen) beperkt zich natuurlijk niet tot de psychiatrie. Uit andere vakken zijn daar ook voorbeelden van te geven. Maar de psychiatrie is kwetsbaarder, omdat we daar vrijwel uitsluitend op onze oren en ogen moeten afgaan, en de steun moeten ontberen van paraklinische gegevens die in andere medische vakken een (vaak



belangrijke) rol spelen. Ons ziektebegrip is veel minder "hard" – *n'en deplaise* de DSM-criteria. Het is elastisch, dilt uit of krimpt in, mede op geleide van de tijdgeest. In mijn voordracht op het laatste voorjaarscongres over de grenzen van de psychiatrie wees ik hier ook op. Ik liet enkele kerngetallen zien uit de in 1994 gepubliceerde National Comorbidity Survey in de V.S., betrekking hebbend op 14 veel voorkomende DSM-III-R stoornissen.<sup>6</sup> Het ging om een populatiestudie van 15-54 jarigen waarbij gebruik werd gemaakt van de CIDI. Niet alle psychiatrische stoornissen waren gedekt (zo ontbraken bijv. dementie, somatoforme stoornissen en de meeste persoonlijkheidsstoornissen), maar hetzij wegens de lage frequentie in deze relatief jeugdige populatie, hetzij wegens de in de DSM-III-R ingebakken co-morbiditeit zal dit geen grote invloed hebben gehad op de totaalcijfers (hoogstens een onderschatting): een jaarprevalentie van 29,5% en een life-time prevalentie van maar liefst 48%! Meer dan een kwart van de bevolking is psychisch gestoord (resp. was dat op enig moment in het jaar voorafgaand aan de meting), en de helft is dat of is dat geweest op enig moment in hun leven. Deze cijfers geven niet alleen aanleiding tot verontrusting over de geestelijke gezondheid van de Amerikaanse bevolking, maar geven dat ook (of zouden dit moeten doen) over onze diagnostiek, preciezer gezegd: over ons ziektebegrip. Het uitdijen van ons ziektebegrip is goed te illustreren aan de trend in prevalentiecijfers van de sociale fobie. Extreme verlegenheid is natuurlijk van alle tijden, maar de sociale fobie als eigenstandig ziektebeeld is een relatief nieuw verschijnsel. Hij werd pas gecanoniseerd in 1980 in de DSM-III. In de al aangehaalde NCS-studie werd de jaarprevalentie gesteld op 7,9%.<sup>6</sup> Korte tijd later verscheen in hetzelfde tijdschrift een artikel waarin een cijfer werd genoemd van meer dan 10%, en weer iets later konden we vernemen dat de prevalentie 18,7% was.<sup>7,8</sup> De auteurs van het laatste artikel pleitten er ook voor angst voor spreken in het openbaar op te nemen in de classificatie als subcategorie van sociale fobie. Het komt, zo zeggen ze, weliswaar veel voor, maar je kunt er in onze samenleving zeer door worden gehinderd, en wie zal dat laatste tegenspreken?

Waarom deze aandacht voor de uitdijning van de psychiatrie? Om u duidelijk te maken dat hiermee een ideale voedingsbodem wordt gecreëerd voor "gebiasede" waarneming. Een sprekend voorbeeld van wat kan gebeuren haal ik uit een eveneens recent artikel over de prevalentie van depressies bij terminale kankerpatiënten.<sup>9</sup> Een kleine verlaging van het afkappunt op twee items van het gebruikte instrument (de SADS) resulteerde in een verdubbeling van de prevalentie. Wat men deed was op het item "stemming" in plaats van score 4 ("voelt zich meestal neerslachtig")

score 3 (“voelt zich vaak neerslachtig”) nemen, en op het item “verlies van interesse” in plaats van score 5 (“almost all activities are less interesting”) score 4 (“most activities are less interesting”). Het verschil tussen “meestal” en “vaak” resp. tussen “vrijwel alle” en “meeste” is nogal subtiel. Men heeft weinig verbeeldingskracht nodig om zich voor te stellen dat uitspraken van de diagnosticus hierover wel eens "gebiased" zouden kunnen zijn, bijv. omdat men voor een wetenschappelijk onderzoek graag depressies ziet. De anamnese is niet een bij de patiënt klaarliggend verhaal dat met een druk op de knop wordt geproduceerd. Het is een verhaal dat in samenspraak tussen patiënt en arts vorm krijgt, en dan ook door beiden wordt beïnvloed.

Er bestaat enige literatuur over de invloed van voor-informatie op de observatie, bijv. het laten zien van een video-opname van een interview nadat is verteld dat het om een patiënt gaat dan wel om een sollicitant, of nadat werd meegedeeld dat iemand wel of niet een psychiatrische voorgeschiedenis had.<sup>10,11</sup> Het zal u niet verbazen dat die invloed soms aanzienlijk is. Ik ga daar verder niet op in. Het punt waar het mij om gaat is: of gedragingen, uitingen, belevingen "ziek" worden genoemd hangt mede af van wat de diagnosticus verwacht of wenst. Het feit dat de DSM-IV nu bij veel rubrieken expliciet eist dat er sprake moet zijn van duidelijk lijden en/of een significante verstoring van het sociaal functioneren biedt daartegen slechts weinig bescherming. Ook ervaring beschermt ons niet tegen "biasing". Ervaring bevestigt soms ook hardnekkige vooroordelen. De gedachte dat dit wel gebeurt bij je collegae maar niet bij jezelf, is welliswaar geruststellend maar helaas niet erg waarschijnlijk.

### **Welke stoornis?**

Ziekten bestaan niet als zodanig, het zijn – ik zei het al – onze constructen, wat weidser gezegd: producten die stoelen op de medische traditie en de medische wetenschap. Ziekten komen en gaan tot op zekere hoogte met de tijd. Er komen "nieuwe" ziekten bij, “echte” nieuwe (die er vroeger niet waren), bijv. Aids, maar vaker is "nieuwheid" meer schijn dan werkelijkheid, omdat het gaat om afsplitsingen van al bestaande entiteiten, of om een nieuwe naam voor al bekende beelden.<sup>12</sup> In alle gebieden van de geneeskunde vindt regelmatig herschikking plaats van syndromen als gevolg van veranderde inzichten in etiologie en pathogenese. De mode speelt soms ook een rol. Toen ik werd opgeleid in de neurologic was het scalenus-syndroom populair. Je hoort er nu weinig meer

van. Een ziekte die "in" is, is "whiplash". Ieder vak kende en kent zijn mode-diagnoses, gevoed door de opkomst van nieuwe inzichten, die later al dan niet juist blijken te zijn. "In" is ook het chronisch vermoeidheidsyndroom. Een echte nieuwe ziekte? Niemand die het zeker weet, maar het is wel opvallend dat beschrijvingen van symptomatologie en ideeën over mogelijke etiologische factoren opmerkelijk veel lijken op wat in het *fin de siècle* geschreven werd over neurasthenie.<sup>13</sup>

Hoe is het in de psychiatrie? In 1981 hield ik eveneens een voordracht over "biasing", en noemde toen als mode-diagnose het hyperventilatie-syndroom. De kranten stonden er toen vol van. Men kreeg de indruk dat de ene helft van de bevolking eraan leed, en de andere helft met plastic zakjes in de weer was om de patiënten te helpen. Men hoort daar tegenwoordig weinig meer van. Hyperventilatie heeft weer zijn plaats ingenomen als symptoom van wat nu "paniekstoornis" heet, en vroeger als angst- of hartneurose werd benoemd. Een ziekte die "in" is (je komt er zelfs mee op de TV) is MPS, nu "dissociatieve identiteitsstoornis" genoemd. Er vinden verhitte discussies plaats over de vraag of de ziekte "bestaat". Zeker is dat de diagnose vooral wordt gesteld in Amerika en in Nederland. "Bestaat" MPS? Zo gesteld is dit een zinledige vraag. Er bestaan patiënten die, in samenspraak met hun diagnosticus, vertellen over bepaalde belevenissen en gedrag vertonen die de diagnosticus (althans diagnostici die er om welke reden dan ook op gespist zijn) ertoe brengen die diagnose te stellen. De vraag is niet of MPS bestaat; de vraag moet luiden of het een zinvol concept is waardoor we beter begrijpen wat in sommige patiënten omgaat en een concept dat richting kan geven aan ons handelen. Ik heb daar geen uitgesproken mening over, maar ik heb wel mijn twijfels als ik zie dat sommige patiënten de diagnose lijken te koesteren. Het is ook een "nette" ziekte, immers, de oorzaak is gelegen in seksueel misbruik, iets dat men heeft ondergaan. Men is slachtoffer, en slachtofferschap is "in". MPS klinkt ook heel anders dan persoonlijkheidsstoornis, dat nog de geur van het oude psychopathie-begrip heeft. Het inzicht uit de antipsychiatrie-beweging dat diagnostische etikettering invloed kan uitoefenen zowel op wat iemand vertelt als op hoe iemand zich gedraagt lijkt helaas vrijwel helemaal te zijn vergeten.

Nu de term MPS wordt vervangen door de (veel minder interessant klinkende) term "dissociatieve identiteitsstoornis", is te verwachten dat de prevalentie gaat dalen. Hoewel: ik moet nog zien of het lukt de inmiddels populaire term "multipole persoonlijkheidsstoornis" uit te bannen, en zelfs als dat lukt is het de vraag of de stoornis niet frequent zal blijven worden gediagnostiseerd vanwe-

ge de directe koppeling met seksueel misbruik in de jeugd.

Dat brengt mij op een laatste punt in dit verband: de met de tijdgeest samenhangende verschuivingen in onze zienswijze op de etiologie van bepaalde klachtenpatronen. Ziekte is vaak het product van een interactie tussen een schadelijk agens en bepaalde karakteristieken van een persoon, laat ons zeggen: zijn/haar kwetsbaarheid. Het gaat om "le grain et le terrain" om met Claude Bernard te spreken. Het is maar zelden of-of, veel vaker en-en. In de huidige opvattingen over de oorzaken van neurotische (en daarmee verwante) stoornissen is veel nadruk komen te liggen op "le grain": invloeden van recente of vroeger doorgemaakte ervaringen, opgedane kwetsuren. enzovoorts. Men denke aan de opkomst (en uitdijning!) van het begrip "posttraumatische stressstoornis", en de neergang van een begrip als "renteneurose", dat veel meer verwijst naar de persoon van de lijder. Het gaat er niet om wat waarheid is; er is niet één waarheid, want het is vaak niet of-of maar en-en. Het gaat er mij uitsluitend om te benadrukken dat in onze visie op de etiologie van bepaalde stoornissen de tijdgeest een duchtig woordje meespreekt. In een vak dat vrijwel uitsluitend symptoom- of syndroom-diagnoses kent, en waar de kennis van etiologie en pathogenese, zacht gezegd, nogal lacunair is, bestaan ruime mogelijkheden om verbanden te zien die men verwacht of wenst te zien, voor "gebiasede" diagnostiek.

### **Waarneming van symptomen**

Dat bij de waarneming van symptomen *bias* kan insluipen, ligt zó voor de hand dat dit nauwelijks toelichting behoeft. Indertijd bleek bij een betrouwbaarheidsstudie van de Nederlandse editie van de PSE dat zelfs na een gedegen training van interviewers de onderlinge overeenstemming over observatie-items (of gedragsitems) niet hoger was dan een kappawaarde van 0,40.<sup>4</sup> Iedereen die wel eens in een groep klinici naar een videoband kijkt, zal dit niet verbazen. Men kan zeker leren om waar te nemen, en daarmee de onderlinge overeenstemming, te verhogen, maar het niveau blijft altijd onder wat men zou willen, en ook onder wat men verwacht. Hetzelfde geldt voor fysieke diagnostiek, neurologisch onderzoek, interpretaties van Röntgenfoto's, ECG's, coupes, enzovoorts. Het ligt voor de hand dat verschillen in waarneming te maken hebben met vooringomenheid op basis van anamnestiche gegevens en al bestaande ideeën over wat er aan de hand is. Een fraai voorbeeld uit de neurologie biedt het onderzoek van Van Gijn over de waarneming van

voetzoolreflexen.<sup>14</sup> De door voor-informatie gewekte verwachting een pathologische reflex te zien bleek de waarneming sterk te beïnvloeden. Als het gaat om de grens tussen wat nog normaal en wat afwijkend is, lopen de meningen nogal eens uiteen, en evenzo over de ernst van de afwijkingen. Vooropgezette ideeën krijgen dan ruim baan.

## **De diagnosticus**

Tot nu toe besprak ik enkele zwakke punten in het diagnostisch proces, evenzovele voedingsbodems voor de bevestiging van snel gevormde idées préconcu's. Ik ga nu in op de diagnosticus zelf: welke eigenschappen van hem/haar, of welke karakteristieken van zijn/haar interactie met de patiënt, spelen een rol bij biasing? Ik bespreek er enkele, allereerst de neiging tot conformering aan wat anderen hebben gezegd. Gross beschreef in 1971 het "kleren van de keizer"-syndroom.<sup>3</sup> Hij zag het vooral optreden bij co-assistenten/studenten, o.a. op afdelingen voor cardiologie. De chef maakt zijn klinische ronde en hoort een soufflé. Daarna hoort iedereen hem, eventueel vergezeld door de mededeling dat hij erg zacht is of alleen intermitterend aanwezig.

Uit de psychiatrie blijft het inmiddels klassieke onderzoek van Temerlini de aandacht waard.<sup>5</sup> Hij liet een aantal psychiaters, psychologen en studenten een bandopname beluisteren van een interview met een gezonde man (een beroepsacteur). Voordat men de band afdraaide werd meegedeeld dat een ervaren psychiater (resp. psycholoog voor de psychologen) het interview zo interessant vond omdat "the patient looked neurotic but actually was quite psychotic". Na afluisteren van de band diagnostiseerden 15 van de 25 psychiaters een psychose, 10 een neurotische stoornis, en niemand achtte hem gezond. In een groep van 21 proefpersonen werd geen suggestie tevoren gegeven; het resultaat was dat 12 de man gezond vonden, en 9 hem neurotisch achtten. In een derde groep werd gesuggereerd dat de patiënt gezond was. Alle 20 proefpersonen sloten zich bij deze mening aan.

Een oud onderzoek, met een audiobandje, zeker. Maar Lange en Van der Valk lieten in een vergelijkbaar onderzoek met een videoband ook zien dat voor-informatie een duidelijke invloed had, zij het minder dramatisch dan bij Temerlin.<sup>11</sup>

Neiging tot conformering komt voort uit ontzag of angst voor de autoriteit (in het medisch circuit niet ongewoon), maar soms ook gewoon uit luiheid. Het is gemakkelijker elkaar na te praten

dan zelf kritisch te kijken, en het kost vaak ook minder tijd. Tijdens mijn opleiding verrichtte ik een klein onderzoekje op de polikliniek neurologie, waarbij ik de statussen lichtte van patiënten die als lijders aan epilepsie te boek stonden. Het waren patiënten die al sinds jaar en dag trouw ieder half jaar ter controle kwamen. Helaas ben ik het verslag kwijt, maar wat ik wel weet was de conclusie: nogal wat zogenaamde epileptici hadden waarschijnlijk nooit aan epilepsie geleden, maar wel jaar in jaar uit medicatie voorgeschreven gekregen. Een vrij klassieke gang van zaken was dat de patiënt zich met "toevallen" presenteerde. In de eerste brief werd geopperd dat er mogelijk van epilepsie sprake was. Een vervolgens gemaakt EEG sloot dit niet uit, maar bevestigde dit vermoeden ook niet. Hoewel in het verdere beloop toevallen uitbleven, bleef de diagnose rondspoken, eerst als mogelijke epilepsie, later als epilepsie *tout court*. Men kan een trits oorzaken noemen voor een dergelijke gang van zaken, die vermoedelijk niet alleen optreedt bij epileptici: drukte op de polikliniek waardoor weinig, tijd beschikbaar was om een dossier eens door te nemen (soms wordt alleen de laatste brief gelezen), wisseling van arts-assistenten, en *last but not least* luiheid.

Een tweede niet onbelangrijke factor is interesse in bepaalde ziektebeelden, gevoed door wetenschappelijke belangstelling of ideeën over therapeutische mogelijkheden. Dit kwam al eerder ter sprake toen ik het had over modieuze ziekten.

Als derde en laatste punt noem ik de invloed die gevoelens van sym- of antipathie kunnen uitoefenen op onze diagnostiek. Een studie van enkele jaren geleden waarin case-vignettes worden voorgelegd aan psychiaters, liet zien dat het wel of niet aangeven van het gegeven dat de patiënt eerder was gediagnostiseerd als hebbende een persoonlijkheidsstoornis een aanzienlijke invloed uitoefende op de visie van psychiaters op het gedrag van de patiënt en zijn houding tegenover de behandeling.<sup>16</sup> De veelzeggende titel luidde: "Personality disorder: the patients psychiatrists dislike". In de studie-opzet waren de gevoelens van antipathie gevolg van de gestelde diagnose, maar het vergt weinig verbeeldingskracht om zich voor te stellen dat in de realiteit de relatie ook andersom kan liggen. Gevoelens van sym- of antipathie ontstaan vaak snel, iemand antipathiek vinden kan een bias geven in de richting van de diagnose persoonlijkheidsstoornis. Praktisch belangrijker is wellicht dat gevoelens van sympathie en gecharmeerd worden ertoe kunnen leiden dat een persoonlijkheidsstoornis niet wordt onderkend. De charmante psychopaat komt weliswaar niet als zodanig voor in onze classificatie, maar het type bestaat wel!

## Slotopmerkingen

Wat heb ik willen betogen? Irrationele elementen in onze diagnostiek bestaan en spelen een grotere rol dan ons lief is. Diagnostici zijn of raken soms snel bevooroordeeld. Het proces van diagnosticeren is minder rationeel dan wij wel eens plegen te denken. De grond is niet zo erg vast. “Drijfzand” is misschien een te sterke uitdrukking, maar dat het gaat om een terrein vol voetangels en klemmen is duidelijk. Een totale bescherming tegen vooroordelen is er niet; wij worden er allen door bedreigd. Maar het scheelt in elk geval of we er ons van bewust zijn.

## Noten

1. Rooymans HGM. Oordeel en vooroordeel in psychiatrische diagnostiek. Groningen. 1969 (proefschrift).
2. Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. Medical problem solving; an analysis of clinical reasoning. Cambridge (Mass.): Harvard University Press, 1978.
3. Gross F. The emperor clothes syndrome. *New Engl J Med* 1971; 285: 863.
4. Slooff CJ, Mulder-Hajonides van der Meulen WREH, Hoofdakker RH van den. De Nederlandse vertaling van de Present State Examination 9<sup>e</sup> ed. I. Betrouwbaarheidsaspecten. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1983; 25: 151-63.
5. Rosenhan DL. On being sane in insane places. *Science* 1973; 250-8.
6. Kessler RC et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
7. Davidson JRT, Hughes DC, George LK, Blazer DO. The boundary of social phobia: exploring the threshold. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 975-83.
8. Stein MB, Walker JR, Forde DR. Setting diagnostic thresholds for social phobia; considerations from a community survey of social anxiety. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 408-12.
9. Chocinov HM, Wilson KG, Inns M, Lander S. Prevalence of depression in the terminally ill: effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgments. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 537-40.
10. Langer EJ, Abelson RP. A patient by any other name. *J Consult Clin Psychology* 1974; 42: 4-9.
11. Lange A, Valk F van der. Labelingsprocessen in het oordeel van psychotherapeuten: een experimenteel onderzoek. *Ned Tijdschr Psychologie* 1983; 38: 286-300.
12. Vandenbroucke JP. Opkomst en ondergang van ziekten. In: Rigter RBM (red). *Overheid en gezondheidszorg in de twintigste eeuw*. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1995.

13. Wessely S. Old wine in new bottles – neurasthenia and ME. *Psychol Med* 1990; 20: 35-53.
14. Gijn J van. The plantar reflex. Rotterdam, 1977 (proefschrift).
15. Temerlin MK. Suggestion effects in psychiatric diagnosis. *J Nerv Ment Dis* 1968; 147: 349-52.
16. Lewis G, Appleby L. Personality disorder; the patients psychiatrists dislike. *Brit J Psychiatry* 1988; 153: 44-9



## **Psychosomatiek**

5. Stokvis en de psychosomatiek (1994)
6. Het begrip "specificiteit" in de psychosomatische geneeskunde (1974)
7. Samengaan van lichamelijke en psychische aandoeningen (1989)

## **5. Stokvis en de psychosomatiek**

Gepubliceerd in Ned Tijdschr Geneeskd 1994; 138: 26 1 1-14.

*Inleiding – Stokvis – De “klassieke” psychosomatiek – De Leidse visie – Verschillen tussen Stokvis en Groen – Slotopmerkingen*

### **Inleiding**

Roept het woord "psychosomatisch" tegenwoordig vooral associaties op met lichamelijke klachten zonder somatisch substraat, tot nog niet zo lang geleden verwees deze term naar bepaalde interne ziektebeelden, waarbij psychische factoren etiologisch van groot belang werden geacht. Te noemen zijn: asthma bronchiale, ulcus ventriculi/duodeni, colitis ulcerosa, essentiële hypertensie. In Nederland werd de psychosomatische visie op deze ziekten vooral uitgedragen door dr. J. Groen. Als er één persoon is met wie de "klassieke" psychosomatiek kan worden vereenzelvigd, dan is hij dat.

Groen (1903-1990) was internist. Tijdens zijn onderduikperiode in de oorlogsjaren was hij in de gelegenheid uitvoerige gesprekken te voeren met patiënten met "psychosomatische" ziektebeelden. Op grond hiervan ontwikkelde hij zijn ideeën over de zijns inziens belangrijke rol van de psyche bij het ontstaan of het verergeren van lichamelijke ziekten. Kennisneming na de oorlog van publicaties van Amerikaanse psychoanalytici (F. Alexander en medewerkers) bevestigde hem in zijn opvattingen. Met steun van de Rockefeller Foundation richtte hij na de oorlog een psychosomatische werkgroep op, die gehuisvest was op het terrein van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam. Groen was (en bleef) een onvermoeibaar pleitbezorger voor de psychosomatiek, ook nadat hij in 1968, na een verblijf van 12 jaar in Israël, in Leiden werd benoemd tot buitengewoon hoogleraar in de "Methodologie van psycho-biologisch onderzoek". De ontvangst van zijn met verve uitgedragen meningen was gemengd. Binnen de interne geneeskunde reageerde men nogal eens afwijzend. Veel minder bekend is dat hij ook vanuit de psychiatrische professie werd bekritiseerd. Daarbij is vooral te denken aan dr. B. Stokvis uit Leiden.

Stokvis is onder psychiaters en psychotherapeuten vooral bekend wegens zijn werk op het gebied van de hypnose. Hij was echter van 1952 tot zijn overlijden in 1963 ook leider van de Leidse psychosomatische werkgroep, en heeft veel gepubliceerd over psychosomatische thema's, onder andere in dit tijdschrift. Stokvis heeft van de geschiedenis meer gelijk gekregen dan Groen. Dit

feit op zichzelf rechtvaardigt al dat aan zijn visie aandacht wordt besteed.

## **Stokvis**

Berthold Stokvis (1906-1963) werd opgeleid bij prof. Carp in Leiden, en promoveerde bij hem in 1937 op een psychologisch proefschrift over hypertensie.<sup>1</sup> Hij kreeg in 1938 de leiding over het psychologisch laboratorium van de universiteitskliniek (het bij de psychiatrische inrichting Endegeest horende sanatorium "Rhijngeest", in 1950 herdoopt in "Jelgersmakliniek"). Hij overleefde de oorlog, werd in 1948 benoemd tot conservator van de kliniek en in 1959 tot lector in de experimentele medische psychologie. Stokvis was gedurende vele jaren Carps tweede man.

De interesse in de psychosomatiek dateert bij Stokvis (en bij Carp) al van voor de oorlog, maar pas in 1952 kreeg deze organisatorisch vorm door de oprichting van het Leidse Psychosomatische Centrum, onder verantwoordelijkheid van de hoogleraren psychiatrie, neurologie, inwendige geneeskunde en endocrinologie. Stokvis kreeg de dagelijkse leiding. In het centrum, gevestigd in de Jelgersmakliniek, werden psychosomatische patiënten uitvoerig, onderzocht en zo nodig (psychotherapeutisch) behandeld, eventueel ook klinisch. De patiënten werden overwegend verwezen door de afdeling Inwendige Geneeskunde van het Academisch Ziekenhuis Leiden (AZL). Daarnaast zag men ook regelmatig patiënten uit de Amsterdamse (!) kliniek voor Allergische Ziekten toentertijd onder leiding staande van dr. P.J. van der Werff. De onderzoeken waren gedegen: behalve dat anamnese en heteroanamnese werden opgenomen en psychiatrisch onderzoek werd gedaan, vond vaak ook testpsychologisch onderzoek plaats en werd op grond van huisbezoek een sociaal rapport opgesteld. De aan de verwijzers gestuurde verslagen waren meestal uitvoerig (10-15 pagina's). Ook vond natuurlijk mondeling overleg plaats met de verwijzer.

Vanaf 1952 tot aan het overlijden van Stokvis in 1963 werden circa 1000 patiënten onderzocht. (Na diens dood bleef het centrum bestaan, maar geleidelijk aan werd de eerder gevolgde onderzoeksprocedure losgelaten. Enkele jaren later werd een psychosomatische polikliniek op het AZL opgericht.) Niet alle patiënten hadden een zogenaamde psychosomatose; er werden ook wel patiënten gezien met onbegrepen lichamelijke klachten. Toch was het aantal patiënten met ziektebeelden zoals astma en ulcus aanzienlijk (zeker enkele honderden).

Blijkens de oprichtingsakte stelde het centrum zich ten doel psychosomatische vraagstellingen te bestuderen "op grond van de hedendaagse, algemeen-geldende, doch mede op grond van de in

Leiden verworven inzichten" (E.A.D.E. Carp, schriftelijke mededeling, Jaarverslag der Leidse Psychiatrische Universiteits-kliniek (Jelgersmakliniek) over het jaar 1952). Wat was dat specifiek-Leidse inzicht, afwijkend van de dominante Amerikaanse, en ook door de Amsterdamse groep rond Groen gehuldigde opvatting? Om dat duidelijk te maken keer ik terug naar de "klassieke" visie, zoals die werd uitgedragen door onder anderen Groen en de zijnen.

### **De "klassieke" psychosomatiek**

Uiteraard versimpeld, komt de klassieke psychosomatische theorie erop neer dat lijdens aan de psychosomatisch genoemde ziekten neurotici zijn, hoewel zij geen (psychische) neurotische symptomen vertonen. Er zijn echter bij hen intrapsychische conflicten aantoonbaar, die identiek zijn aan die bij "echte" neurotici. Die conflicten kunnen "getriggerd" worden door gebeurtenissen, werkend als een sleutel in een slot. Dan treedt de ziekte op of verergeren de symptomen ervan. Pièce de resistance van de klassieke psychosomatische opvattingen was de specificiteitstheorie: de veronderstelling dat bij iedere ziekte een specifiek conflict hoorde.

Hoewel het begrip "specificiteit" nergens precies werd gedefinieerd,<sup>2</sup> wordt uit de klassieke psychosomatische geschriften onomwonden duidelijk dat men de veronderstelde relaties tussen intrapsychische conflicten en ziekten even specifiek achtte als tussen (bepaalde) bacteriën en (bepaalde) infectieziekten. "De samenhang tussen gemoedsbeweging en ziekte (is) even specifiek als wij dit b.v. bij de bacteriologische ziekteoorzaken kennen", schreven Groen en Bastiaans.<sup>3</sup> Ook Alexander vergeleek onbewuste conflicten met micro-organismen en de psychoanalyse met een microscoop.<sup>4</sup> Hierbij paste het geheel dat men zeer optimistisch gestemd was over de mogelijkheden die de psychoanalyse zou bieden voor een effectieve behandeling van patiënten met psychosomatische ziektebeelden.

### **De Leidse visie**

In de oprichtingsakte van het Leids psychosomatisch centrum wordt gesteld "dat het niet zozeer de aard is van het psychotrauma, als wel de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt, die de psychosomatische afwijking determineert" (E.A.D.E. Carp, schriftelijke mededeling. Jaarverslag der Leidse Psychiatrische Universiteits-kliniek (Jelgersmakliniek) over het jaar 1952). Het verschil met de Amsterdamse visie lijkt subtiel, alleen iets voor fijnproevers. Duidelijker is dat men al in

de eerste psychosomatische artikelen waarschuwt voor dogmatisch denken.<sup>5</sup> De specificiteitstheorie wordt maar tot op beperkte hoogte onderschreven. Stokvis onderscheidt twee groepen: de astma-ulcus-colitisgroep, waarbij het zou gaan om frustratie van infantiele tederheidsbehoeften enerzijds, anderzijds de groep van onder anderen hypertensie- en hyperthyroïdiepatiënten, bij wie verdrongen agressieve impulsen van groot belang zouden zijn.<sup>6</sup> Bij alle psychosomatische patiënten zou sprake zijn van een infantiele persoonlijkheid.

In de volgende jaren neemt Stokvis steeds meer afstand van de visie van Groen cum suis. In niet alle gevallen van psychosomatosen is zijns inziens een emotionele oorzaak aan te wijzen.<sup>7</sup> De specifiek geachte conflicten komen niet alleen ook voor bij andere ziekten dan waarbij het conflict werd beschreven, maar ook bij gezonden.<sup>8</sup> In de psychosomatische literatuur treft men gedachtesprongen en metafysische uitspraken aan die de helderheid niet ten goede komen.<sup>8</sup> De waarde van de biografische anamnese als instrument om samenhangen op te sporen wordt volgens Stokvis overschat. Ook als men zou willen stellen dat iedere ziekte een "zin" heeft, dan impliceert dat nog niet dat iedere ziekte is op te vatten als een soort existentiële neurose.<sup>8</sup>

Een relatief nieuw element in de ontwikkeling van zijn visie is de in 1962 uitgesproken gedachte dat psychische eigenaardigheden ook wel eens het gevolg zouden kunnen zijn van (langdurig) ziek-zijn.<sup>9</sup> Bij een poging tot empirische onderbouwing vindt Stokvis (gedeeltelijk) steun voor zijn opvatting dat geconstateerde verschillen in persoonlijkheidsstructuur samenhangen met de duur van de ziekte.<sup>10</sup>

De dagelijkse praktijk wil wel eens afwijken van uitgedragen meningen. Ik verrichtte daarom een oriënterend onderzoek in de patiëntendossiers van het Psychosomatisch Centrum, waarbij ik mij beperkte tot de dossiers van patiënten met astma. In totaal bleken 129 dossiers min of meer compleet aanwezig. In meerderheid (59%) waren de patiënten verwezen vanuit de afdeling Inwendige Geneeskunde van het AZL. Van de 129 patiënten hadden 90 (70%) al vanaf hun jeugd of tenminste meer dan 10 jaar klachten. Wanneer wij afgaan op de geformuleerde conclusies van de rapporten, bestond in 62 gevallen (48%) een ondubbelzinnig verband met psychische factoren; bij nog eens 37 (29%) werd gesproken van psychische "codeterminatie" (naast bijvoorbeeld een allergische factor). Bij 11 patiënten (8%) werden geen aanwijzingen gevonden voor een psychische etiologie, en bij 19 (15%) was de conclusie onduidelijk. Als men zich realiseert dat het ging om een geselecteerde groep patiënten, bij wie de behandelend internist vaak al een psychische etiologie vermoedde, valt het op dat Stokvis vrij voorzichtig was in zijn conclusies. Dat past bij de door

hem uitgedragen visie.

Het is niet goed mogelijk na te gaan welke argumenten Stokvis precies gebruikte om psychogenie waarschijnlijk of onwaarschijnlijk te achten. In veel dossiers is sprake van "gefrustreerde tederheidsbehoeften", maar een dergelijke vaststelling leidde niet altijd tot het aannemen van een psychosomatisch verband. Duidelijk is wel dat Stokvis veel waarde hechtte aan het testpsychologisch onderzoek, met name aan de toen populaire Szondi-test, terwijl Groen cum suis zich veel meer baseerden op de biografische anamnese.

Het is opvallend dat afgezien van een wat bitse woordenwisseling tussen de Leidse en Amsterdamse groep in dit tijdschrift in 1954, er nauwelijks discussies is geweest tussen Stokvis en Groen. Zij halen elkaar zelden of nooit aan en lijken elkaar te negeren.<sup>11</sup>

### **Verschillen tussen Stokvis en Groen**

Hoe kan men de verschillen in visie tussen Stokvis en Groen verklaren? Zagen zij andere patiënten, gebruikten zij andere onderzoeksmethoden, of zijn er andere factoren in het spel?

Beiden hebben veel patiënten gezien. Groen als internist, Stokvis tijdens zijn jarenlange psychosomatische carrière. Ongetwijfeld ging het om een geselecteerde groep, die niet representatief kan worden geacht voor alle patiënten met de diverse psychosomatische ziektebeelden – maar dat gold voor beiden. Het is niet erg waarschijnlijk dat Groens groep zoveel anders was samengesteld dan die van Stokvis.

Zoals aangeduid, steunde Groen vooral op de biografische anamnese, die vanuit psychoanalytische optiek werd geduid. Stokvis veel meer op testpsychologisch onderzoek. Stokvis stelde terecht dat de waarde van de biografische anamnese gemakkelijk kon worden overschat, maar anderzijds was de basis van zijn onderzoek (het psychologisch testonderzoek) ook niet erg sterk. De Szondi-test gaf ruime mogelijkheden tot verreikende psychoanalytische speculaties.

Het lijkt waarschijnlijk dat het verschil in visie vooral is terug te voeren op verschillen in karakterstructuur van de protagonisten en op verschillen in de context waarin zij werkten. Groen kwam tot zijn opvattingen in eenzaamheid, op grond van gesprekken met een klein aantal patiënten. Hij had het gevoel op de drempel te staan van een verrassend nieuw inzicht: een doorbraak in het begrip van de etiologie van sommige lichamelijke ziekten. Het feit dat Amerikaanse psychiaters/psychoanalytici, naar hem later bleek, tot dezelfde inzichten waren gekomen als hij (internist,

niet-psychiater of psycholoog) heeft hem gestijfd in zijn visie. Hij bewonderde de psychoanalyse. De psychiater (ook psychoanalyticus!) Stokvis had van meet af aan enige twijfel. Al in zijn proefschrift over hypertensie betoogde hij dat psychische factoren niet altijd de belangrijkste waren. Naarmate hij meer patiënten zag, groeide zijn scepsis.

Men ziet tot op zekere hoogte wat men wil zien, en uiteindelijk gaat het misschien vooral om het verschil in karakterstructuur: de expansieve Groen versus de introverte twijfelzuchtige Stokvis.

Rest de vraag waarom Groens visie dominant werd en Stokvis in de schaduw kwam. Stelligheid spreekt meer aan dan twijfel en de gedachte dat een lichamelijke ziekte (onverschillig of dat astma is, ulcus, kanker of een hartinfarct) "eigenlijk" is terug te voeren op de psyche, heeft een grote aantrekkingskracht, mogelijk samenhangend met primitieve noties over de relatie tussen ziekte en straf. En ten slotte, en niet in de laatste plaats, was Groen ongetwijfeld als begenadigd spreker een betere propagandist dan Stokvis!

### **Slotopmerkingen**

De ironie van de geschiedenis wil dat Carp in 1964 in Leiden werd opgevolgd door Bastiaans, eerder lid van de Amsterdamse psychosomatische werkgroep. Het in 1963 na het overlijden van Stokvis vrijgekomen lectoraat werd in 1968 benut voor de aanstelling van Groen. "Amsterdam" had "Leiden" overgenomen.

De opvattingen over de rol die psychische factoren spelen in de etiologie van bepaalde lichamelijke ziekten zijn inmiddels drastisch gewijzigd en aanzienlijk bescheidener geworden.<sup>12</sup> In de officiële psychiatrische classificaties zijn de "psychosomatosen" verdwenen of naar de rand gedrukt. Men hoeft daarvoor maar de verschillende edities van de "international classification of diseases" (ICD-8, -9, -10) en van het Amerikaanse classificatiesysteem van psychiatrische stoornissen (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*: DSM-II, -III, -III-R en -IV) naast elkaar te leggen. Stokvis had meer gelijk dan Groen.

### **Noten**

1. Stokvis B. Bijdrage tot de kennis van de psychologie en de hypnotherapie van lijders aan essentiële hypertensie met behulp van de automatische, indirecte, ononderbroken bloeddrukregistrering. Leiden: Universiteit van Leiden, 1937.
2. Rooymans HGM. Het begrip "specificiteit" in de psychosomatische geneeskunde. Ned Tijdschr Geneeskd 1937; 61: 1-10.

schr Geneeskd 1974; 11S: 121-7.

3. Groen J, Bastiaans J. Over psychosomatische specificiteit. In: Groen J, Horst I, van der, Bastiaans J (red). Grondslagen der klinische psychosomatiek. Haarlem: Bohn, 1951.
4. Alexander F. Psychosomatic Medicine. Its principles and applications. London: Allen & Unwin, 1952.
5. Carp EADE, Stokvis B. Problemen der psychosomatische geneeskunde. Ned Tijdschr Geneesk 1953; 97: 213-8.
6. Stokvis B. Het probleem van de "specificiteit" in de psychosomatische geneeskunde, structuur-analytisch benaderd. Ned Tijdschr Geneesk 1953; 97: 3043-9.
7. Welman AJ, Stokvis B. Catamnestic onderzoek naar de resultaten van psychosomatische therapie. Ned Tijdschr Geneesk 1957; 101: 1908-12.
8. Stokvis B. Kritische Ueberlegungen über den heutigen Stand der psychosomatische Medizin. Aktuelle Fragen der Psychotherapie / Topical Problems of Psychotherapy 1962; 3: 121-34.
9. Stokvis B, Bolten MP. Das Problem der Organspezifität in der Sicht der Psychosomatik. Zeitschrift für Psychotherapie and Medizinische Psychologie 1962; 12: 138-43.
10. Bolten Mr, Stokvis B. Een empirisch onderzoek naar de invloed van de ziekteduur op de persoonlijkheidsstructuur van astmalijders. Ned Tijdschr Geneesk 1963; 107: 201-6.
11. Bastiaans J, Barendregt IF. De specificiteit in de psychosomatische geneeskunde. Ned Tijdschr Geneesk 1954; 98: 312-6.
12. Rooymans HGM. Psychosomatosen en psychosomatiek. Ned tijdschr Geneesk 1983; 127: 2337-8.



## **6. Het begrip "specificiteit" in de psychosomatische geneeskunde**

Gepubliceerd in Ned Tijdschr Geneeskd 1974; 118: 121-27.

*Inleiding – Begripsbepaling – Ontbrekende definities – Een stukje geschiedenis – Wat bedoelden Alexander en medewerkers? – Wát is specifiek? – Specifieke (typische) verbanden bij ulcus pepticum – Slotopmerkingen*

### **Inleiding**

In de ontwikkeling van de psychosomatische geneeskunde neemt het begrip "specificiteit" een centrale plaats in. Er is in vroeger jaren veel over geschreven, door zowel voor- als tegenstanders van de specificiteitstheorie. In de laatste 10 jaar is daarin duidelijk verandering gekomen. Het thema is geleidelijk uit de aandacht verdwenen. Het lijkt geen twijfel dat het pleit is beslecht in het voordeel van de tegenstanders.<sup>1,2,3</sup> Toch blijft het begrip rondspoken, zowel in de psychosomatische literatuur als daarbuiten. Het leerstuk van de psychosomatische specificiteit blijkt op velen een fascinerende aantrekkingskracht uit te oefenen.

In dit overzicht over de specificiteitstheorie worden in hoofdzaak de opvattingen van Alexander over psychosomatische specificiteit kritisch besproken. Alexander kan immers beschouwd worden als de prominentste onderzoeker in de "klassieke" psychosomatiek en als de promotor van de specificiteitsgedachte. Aangezien door vóór- en tegenstanders van de specificiteitstheorie nogal eens langs elkaar heen wordt gepraat, gaat dit artikel vooral in op de volgende twee vragen:

1. Wat betekent de term specificiteit precies, met andere woorden: wat bedoelen Alexander en anderen ermee?
2. Waar slaat het begrip op, wat is specifiek? Men veronderstelt een verband tussen een bepaalde ziekte en een bepaalde psychologische factor. Hoe omschrijven Alexander en andere onderzoekers die factor?

Bij de bespreking van deze twee vragen wordt het ulcus pepticum als voorbeeld genomen; deze ziekte is tenslotte een van de bekendste en meest onderzochte uit de groep van de zgn. psychosomatosen.

## **Begripsbepaling**

Het begrip "specifiek" of "specificiteit" wordt gebruikt om iets te zeggen over een verband tussen twee grootheden. Noem de grootheden A en B dan is daartussen een tweeledig verband mogelijk, afhankelijk ervan of men zijn uitgangspunt kiest bij A: geen A zonder B, of B: geen B zonder A. Er bestaat bijvoorbeeld een specifiek verband tussen zwangerschap (A) en zwelling in de onderbuik (B). Dit kan alleen maar betekenen: een specifiek kenmerk van zwangerschap is zwelling in de onderbuik (geen A zonder B). Het omgekeerde kan men niet stellen. Zwelling in de onderbuik (B) komt ook bij niet-zwangeren voor, bijv. als gevolg van een tumor.

De twee hier onderscheiden richtingen van een specifiek verband gaan in de praktijk nogal eens samen, vooral als de eis wordt losgelaten dat specificiteit een volledige correlatie impliceert. Ze kunnen beide in wisselende "zwaarte" (graad) een rol spelen. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat beide betekenis-richtingen een 100%-correlatie impliceren: het verband wordt dan aan twee zijden vast verankerd: geen A zonder B en tegelijkertijd geen B zonder A. Het is ook mogelijk dat in beide of in een van de betekenis-richtingen de correlatie(s) kleiner is (zijn) dan 100%. Een voorbeeld daarvan is het specifieke verband tussen levercirrose (A) en spider naevi (B). A gaat in circa 25% van de gevallen gepaard met B, maar B wijst, indien aanwezig, in ongeveer 75% van de gevallen op A.

In de voorgaande alinea werd een graad van specificiteit geïntroduceerd. Om begripsverwarring te voorkomen, zou men bij correlaties die kleiner zijn dan 100%, wellicht beter de term typisch (met als bijbehorend neologisme "typiciteit") kunnen gebruiken dan het woord specifiek (specificiteit).

## **Ontbrekende definities**

In welke zin gebruikt men nu in de psychosomatiek (ik gebruik deze term hier als synoniem van psychosomatische geneeskunde) het begrip specificiteit, in het bijzonder in verband met het ulcus pepticum? Verrassenderwijs vindt men in de psychosomatische literatuur op deze vraag, geen duidelijk en ondubbelzinnig antwoord. Het probleem is niet zozeer dat er geen communis opinio bestaat onder de verschillende onderzoekers, maar veeleer dat het begrip in zijn verscheidene betekenissen vrijwel nergens wordt gespecificeerd. Het ontbreken van een operationele definitie is één

van de verklaringen waardoor er nogal eens langs elkaar heen lijkt te worden gepraat. Men zoekt ook in het werk van Alexander tevergeefs naar een ondubbelzinnige uitleg van het begrip. Terecht merkt Weiner op dat Alexanders "intuitive, and, at times, inspired formulations leave much to be desired from both a scientific and conceptual point of view".<sup>4</sup> Wel valt natuurlijk uit de context waarin Alexander en medewerkers het begrip gebruiken, veel op te maken over de betekenis die zij eraan hechten. Hoewel beide betekenis-richtingen in Alexanders opvattingen een rol spelen – het ulcus gaat in principe altijd gepaard met het specifiek geachte psychische conflict, resp. bij aanwezigheid van het specifiek geachte conflict is er altijd sprake van een ulcus ligt de nadruk duidelijk op de eerste.

Ook in overzichtspublicaties of in de bekende psychiatrische leerboeken vindt men opvallend weinig precieze definities.<sup>1,2,5</sup> Van de gangbare leer- en handboeken uit het Angelsaksische, Duitse en Franse taalgebied biedt alleen het handboek van Freedman en Kaplan enige duidelijkheid: "But, above all, according to Alexander's school of thought, peptic ulceration cannot develop in the absence of this specific conflict: this is essentially what is meant by 'specificity' ".<sup>6</sup> De schrijvers van deze passage legden in een eerder artikel ook het accent op de andere betekenis-richting.<sup>7</sup>

Het ontbreken van een operationele definitie is natuurlijk geen toeval. Het begrip specificiteit werd niet door Alexander en medewerkers ingevoerd, maar was al sinds eeuwen in de geneeskunde gangbaar en had daardoor allerlei, ten dele impliciete, bijbetekenissen gekregen. Ideeën over de specificiteit der ziekten "as expressed in Virchowian pathology and Freudian psychoanalytic psychology" hebben een belangrijke invloed gehad op de ontwikkeling van de specificiteitstheorie in de psychosomatiek.<sup>7</sup>

### **Een stukje geschiedenis**

Specificiteit in de geneeskunde wijst in algemene zin op de eigensoortigheid van de ziekten.<sup>8</sup> Men kan ook zeggen: specificiteit wijst op de notie dat er "ziekten" bestaan met een eigen wetmatigheid in beeld en verloop. Het begrip vormt als zodanig de vooronderstelling van elke nosologie.

Het concept specificiteit had aanvankelijk geen duidelijke etiologische implicaties. Het was een klinisch begrip: het sloeg in principe op beeld en verloop. Trousseau breidde in de 19e eeuw de specificiteitsleer uit met de idee van de specifieke oorzaak<sup>8</sup>. De etiologische specificiteit won

sindsdien door de ontwikkeling van de bacteriologie snel aan betekenis. Vanaf die tijd roept specificiteit onvermijdelijk associaties op met de naam Koch, die in 1882 de criteria formuleerde waaraan moest worden voldaan voordat een micro-organisme als specifieke verwekker van een ziekte kon worden beschouwd. In de naar hem genoemde postulaten werd de etiologische specificiteit verankerd in de beide richtingen die een specifieke relatie hebben kan.

De etiologische specificiteit ging geleidelijk het oorspronkelijke, syndromale begrip overschaduwen. Ziekten werden in toenemende mate ingedeeld naar oorzaak, hoewel een zelfde oorzaak sterk van elkaar verschillende ziektebeelden als gevolg kan hebben (en omgekeerd verschillende micro-organismen tot identieke ziektebeelden kunnen leiden).

De opmars van het etiologische specificiteitsbegrip vindt uiteraard zijn legitimering in het therapeutische handelen. De speurtocht naar het specifieke geneesmiddel werd vooral bij infectieziekten met succes bekroond. De ontwikkeling van de antibiotica, en verwante geneesmiddelen, neemt een aanvang in de jaren dertig en veertig. In dezelfde tijd formuleerde Alexander zijn ideeën over psychosomatische specificiteit. Men hoeft geen aanhanger te zijn van metabletische theorieën om tussen beide fenomenen verband te zien. De vergelijkingen die Alexander maakt van onbewuste conflicten met micro-organismen en van de psychoanalyse met een microscoop zijn hiervan een levendig bewijs. Groen en Bastiaans stelden dat “de samenhang tussen gemoedsbeweging en ziekte even specifiek (is) als wij dit bijv. bij de bacteriologische ziekte-oorzaken kennen”.<sup>9</sup> Het nogal koortsige therapeutische optimisme van de psychosomatiek in haar beginfase past hier trouwens ook goed bij.

Tenslotte nog iets over de psychoanalytische invloed. Het lijkt geen twijfel dat Freud aanvankelijk als typisch medicus dacht in termen van specifieke ziekten met specifieke etiologie, getuige bijv. zijn uit 1895 daterend artikel over angstneurose en neurasthenie. In de in 1938 geschreven *Abriss der Psychoanalyse* blijkt hij de specificiteitsgedachte geheel te hebben losgelaten.

Resumerende: het concept specificiteit verwees ten tijde van Alexander vooral naar het verband tussen een (specifieke) oorzaak en een ziektebeeld. Deze causale relatie werd specifiek geacht in de beide eerder besproken betekenis-richtingen: geen A zonder B en tegelijkertijd geen B zonder A. Terugkerende naar de psychosomatiek zijn nu drie vragen te stellen: (1) Bedoelden Alexander en de zijnen met het door hen veronderstelde specifieke verband tussen een ziekte en een psycho-

logische variabele, ook een causale relatie? (2) Was naar hun mening deze relatie eveneens naar twee zijden specifiek? (3) Hadden zij specifieke, d.w.z. volledige correlaties op het oog, dan wel typische correlaties (kleiner dan 100%)?

### **Wat bedoelden Alexander en medewerkers?**

“Every emotional state has its own physiological syndrome”.<sup>10</sup> Deze vóóronderstelling is het fundament van Alexanders opvattingen over specificiteit in de psychosomatiek. Normaliter verdwijnen de specifieke fysiologische verschijnselen als de emotionele situatie zich wijzigt. Langdurig bestaande emotionele spanningen kunnen echter leiden tot chronisch worden van de fysiologische "responses", waardoor tenslotte morfologische afwijkingen kunnen optreden, de zgn. psychosomatosen.

De vraag of Alexander en de zijnen een etiologische relatie tussen “emotie” en “ziekte” veronderstelden, kan zonder enige twijfel bevestigend worden beantwoord. Al hun publicaties getuigen daarvan.

Tweede vraag: wordt, evenals in de bacteriologie, een naar twee zijden vastgelegde specificiteit bedoeld? Ook op deze vraag kan het antwoord voor de school van Alexander in principe “ja” luiden. De klemtoon valt echter in het algemeen meer op de betekenis dat men bij een bepaalde ziekte (bijv. het ulcus) altijd het specifiek geachte conflict vindt, dan op de andere betekenis (het bepaalde conflict komt uitsluitend voor bij die bepaalde ziekte). Voor deze tweede betekenis-richting zou de term “typisch” meer op zijn plaats zijn. In 1968 spreken Alexander en medewerkers zich duidelijker uit dan vroeger: “Each of the seven disorders (t.w. ulcus duodeni, astma bronchiale, reumatoïde artritis, colitis ulcerosa, essentiële hypertensie, neurodermatitis, hyperthyreoïdie) is associated with a typical psychological configuration that is characteristic for (though not unique to) the specific disease”.<sup>11</sup> Dat een bepaalde, specifieke psychologische configuratie ook buiten de desbetreffende ziekte “mag” voorkomen, hangt samen met de opvatting van Alexander dat een bepaald conflict wèl in principe als een noodzakelijke voorwaarde is te zien voor het ontstaan van bijv. een ulcus, maar niet als voldoende voorwaarde: er is meer nodig om een ulcus of andere psychosomatose te krijgen: "vulnerability of a specific organ or somatic system" wordt hierbij voorondersteld.<sup>11</sup>

De derde vraag (bedoelen Alexander en de zijnen volledige correlaties, of nemen zij ook met minder genoegen?) is ten dele in het bovenstaande al beantwoord. Vooral voor de relatie waarbij de emotionele constellatie het uitgangspunt is, geldt dat de term typisch meer op zijn plaats is dan het woord specifiek. Het feit dat het voor ulcuspatiënten specifiek geachte conflict ook bij anderen dan ulcuspatiënten voorkomt, achtten Alexander en medewerkers in het algemeen niet in strijd met hun hypothese – hoewel zij wel een typisch verband blijven veronderstellen, getuige bijv. hun eigen onderzoek.<sup>11</sup> Tegenwerpingen dat niet bij alle ulcuspatiënten het bepaalde conflict voorkomt, worden door Alexander en medewerkers in principe ernstiger opgenomen. Zoals wij nog zullen zien, beijvert Alexander zich zeer deze specificiteitsbetekenis staande te houden.

### **Wát is specifiek?**

Een geschiedenis van de psychosomatische specificiteitsgedachte pleegt te beginnen met Dunbar. Zij introduceerde in de jaren dertig het "persoonlijkheidsprofiel". Op basis van klinische gegevens beschreef zij de persoonlijkheidsprofielen behorende bij acht ziektecategorieën (het ulcus is daar overigens niet bij). Een profiel is opgebouwd uit een grote hoeveelheid gegevens van sterk uiteenlopende aard. De relatie tussen een persoonlijkheidsprofiel en een bepaalde ziekte zou specifiek zijn in die zin dat men bij een bepaalde ziekte het beschreven profiel vrijwel altijd zou vinden (volgens Dunbar in 80-90% van de gevallen). Uitdrukkelijk wordt vermeld dat van specificiteit in de andere betekenis, het uitsluitend voorkomen van het persoonlijkheidsprofiel bij een bepaalde ziekte, geen sprake is.<sup>12</sup>

De theorie van Dunbar is al snel verlaten. De profielen waren te vaag-algemeen; er bestonden nogal was overeenkomsten tussen de verschillende profielen. De stelling dat men bij een bepaalde ziekte het beschreven profiel in een grote meerderheid van de gevallen zou vinden, bleek bij later onderzoek ook niet houdbaar.

Ook Alexander heeft zich in zijn werk kritisch uitgelaten over de persoonlijkheidsprofielen. Hij achtte ze te oppervlakkig en te "statisch".<sup>13</sup> In Alexanders opvattingen gaat het om een (bij een bepaalde ziekte specifiek geacht) conflict, d.w.z.: een dynamisch, in principe intrapsychisch krachtenspel tussen (grotendeels of geheel) onbewuste drift impulsen en het zich hiertegen verweerende Ik. Beide conflict-"partners" worden vanzelfsprekend beïnvloed door de buitenwereld. Het

voor ulcus pepticum specifiek geachte conflict is de strijd tussen "Triebe mit passiven Ziele" (de wens verzorgd, geliefd, enz. te worden) en het onder regie van het Ideaal-Ik en Super-Ego staande Ik dat deze infantiele behoeften niet tolereert. De passieve wensen, waarin zowel libidineuze als agressieve componenten meespelen, zijn genetisch terug te voeren op orale fixatie of regressie. Essentieel voor het optreden van een ulcus is frustratie van deze infantiele, passieve behoeften. Het Ik gebruikt als afweermechanismen tegen de passieve wensen zowel verdringing als reactieformatie. Het gedrag van de ulcuspatiënt wordt dikwijls gekenmerkt door (pseudo-)onafhankelijkheid, uitgesproken ijver en toewijding en een grote mate van sociale energie.

Alexander ontkomt echter zelf niet aan de constatering dat er ook ulcuspatiënten te vinden zijn die zich passief-afhankelijk gedragen. Hij acht hiermee echter zijn theorie niet weerlegd. Hun passieve behoeften worden gefrustreerd door de buitenwereld: "The significant correlation is between the wish to receive love and help and the activity of the stomach, no matter whether this wish is thwarted through external circumstances or by pride which prevents a person from accepting external help".<sup>10</sup>

Formeel lijkt op het eerste gezicht tegen deze redenering weinig in te brengen. Bij nader toezien blijkt echter dat Alexander het begrip "conflict" in verschillende betekenissen gebruikt, zonder deze duidelijk te onderscheiden. Enerzijds fungeert het begrip als een verklarende categorie: men kan gedrag, symptomen, enz. verklaren, verhelderen door de vooronderstelling dat er zoiets bestaat als een dynamisch, intrapsychisch krachtenspel, anderzijds als een meer beschrijvende categorie: passieve behoeften blijken in strijd te komen met de eisen van de buitenwereld. Beide betekenissen zijn op zichzelf beschouwd legitiem binnen de psychoanalytische theorie; ze hangen natuurlijk erg met elkaar samen, maar men dient wel te proberen ze van elkaar te onderscheiden. Het gevaar van redeneringen als van Alexander is nl. dat het bestaan van feitelijke situaties, die met de theorie in strijd zouden zijn, wordt uitgesloten; de theorie verliest daardoor haar wetenschappelijk karakter. In de psychoanalytische theorie wordt niet vastgelegd hoe "diep" men moet kijken. Aangezien iedere laag gevoelens ten dele als afweer kan worden beschouwd van een daaronder schuilgaande laag, kan men desgewenst altijd wel passieve behoeften vinden. Dit gecombineerd met het feit dat met wat goede wil in iedere levenssituatie aanknopingspunten te vinden zijn voor frustratie van passieve wensen (de buitenwereld pleegt infantiele behoeften meestal niet te gratificeren) doet de theorie altijd kloppen. Het gevaar wordt vergroot door Alexanders – op zich-

zelf beschouwd terecht – beroep op de multicausaliteit en daarmee op de wisselende etiologische relevantie van het conflict: “I assumed that in some cases the psychological factors may be etiologically significant, in others less so”.<sup>11</sup> Afgezien van het feit dat het beroep op multicausaliteit niet zo overtuigend klinkt als het gedaan wordt door iemand die emotionele conflicten als “the ultimate cause” beschouwt van bepaalde somatische en psychische aandoeningen, begeeft men zich hiermee in principe op glad ijs.<sup>10</sup> Voor wie dat wil, biedt het concept van de multicausaliteit, resp. wisselende etiologische relevantie, altijd wel een ontsnappingsweg waarlangs men zijn theorie in veiligheid kan brengen.<sup>14</sup>

In Nederland heeft met name Groen zich beijverd om de psychosomatische zienswijze uit te dragen. Zijn inzichten met betrekking tot specificiteit zijn verwant met die uit de school van Alexander, maar zijn daarmee niet geheel identiek. Weliswaar acht ook Groen het conflict van grote betekenis, maar hij geeft een uitbreiding aan de theorie van Alexander door te eisen dat bij een ulcus niet alleen frustratie van passieve wensen moet bestaan, maar bovendien onvoldoende bevrediging in het (vaak als afweer van de passieve wensen functionerende) onafhankelijke, actieve gedrag, met andere woorden: een dubbelconflict.<sup>15,16</sup> Hieruit blijkt al dat Groen waarde blijft toekennen aan een min of meer typische persoonlijkheidsstructuur, of beter gezegd: aan een min of meer kenmerkend gedragspatroon. Hij onderkende het probleem dat patiënten met verschillende psychosomatische aandoeningen "in de diepte" erg op elkaar leken en sprak dan ook in dit verband van het “démasqué der specificiteit”.<sup>9</sup>

Volledigheidshalve is tenslotte nog het concept van de specifieke attitude te vermelden.<sup>17</sup> Met attitude wordt bedoeld een door de patiënt zelf te geven beschrijving hoe hij zich voelde toen het psychosomatische symptoom optrad. Het door Graham en medewerkers verrichte onderzoek betrof voornamelijk de vóóronderstelde attitude bij urticaria en de ziekte van Raynaud; het werd verricht bij normale proefpersonen die onder hypnose waren gebracht.<sup>18,19,20</sup> Aanvankelijk leken de resultaten steun te geven aan de gestelde hypothesen. Bij later onderzoek echter bleken hypnose-effecten hiervoor bovenal verantwoordelijk.<sup>21,22</sup>

### **Specifieke (typische) verbanden bij ulcus pepticum**

De psychosomatische literatuur is vrij arm aan goed opgezet, gecontroleerd onderzoek naar speci-



fieke of typische verbanden tussen bepaalde psychologische factoren en het ulcus pepticum. Dat "stress" in algemene zin van grote betekenis is, wordt niet bestreden: de rol van stress is ook goed gedocumenteerd in dier-experimenteel onderzoek.<sup>23,24</sup> Ook gaat het hier niet om de vraag of ulcuspatiënten neurotischer zijn dan gezonden, waar wel aanwijzingen voor zijn.<sup>25</sup> Onder patiënten met gastro-intestinale klachten en afwijkingen komen in het algemeen veel psychiatrische stoornissen voor.<sup>26</sup> Ter discussie staat hier alleen de vraag, hoe sterk de argumenten zijn voor het aannemen van een specifieke dan wel typische relatie tussen een bepaalde emotionele constellatie (een conflict in de zin van Alexander) en de ulcusziekte.

De schaarste aan goed onderzoek hangt nauw samen met een aantal ten dele algemene, ten dele specifieke methodologische problemen waarvoor een onderzoeker zich op dit gebied gesteld vindt.<sup>4</sup> Te noemen zijn: problemen bij de definiëring van de te onderzoeken ziekte (ulcus duodeni wordt nogal eens samen genomen met ulcus ventriculi, hoewel er nogal wat verschillen bestaan tussen beide, o.a. in vóórkomen), problemen bij de definiëring van de psychologische factor en de betrouwbaarheid in de waarneming daarvan; vervolgens het probleem van de "observer bias" (de onderzoeker weet gemeenlijk tevoren de diagnose van de patiënt) en de eventueel aanwezige "bias" bij de patiënt (de meeste patiënten weten dat een maagzweer nogal eens als psychosomatisch bepaald wordt gezien: dit kan, bewust of onbewust, meespelen in de informatie die zij geven en de wijze waarop zij zich presenteren); tenslotte, voor hen die een causale relatie willen leggen tussen emotionele constellatie en ziekte, het "oorzaak-gevolg" probleem (wat men aan psychologische characteristicata vindt, kan ook, geheel of gedeeltelijk, de reactie zijn van de patiënt op zijn ziekte).

In 1968 verscheen het uitvoerige verslag van een zich over jaren uitstrekkend onderzoeksproject van Alexander e.a.<sup>11</sup> Hierin werd gepoogd een aantal van de genoemde "pitfalls" te vermijden door een blinde analyse toe te passen. Onderzocht werd een groep van 83 patiënten die allen leden aan een van de zeven bekende zgn. psychosomatosen. De patiënten werden geïnterviewd door psychoanalytici. Een onderzoeksgroep, gevormd door analytici (gem. 9 man), trachtte, louter op basis van de bewerkte interview-protocollen en gebruikmakend van tevoren vastgestelde formuleringen van de specifiek geachte conflicten, de ziekte waaraan de patiënt leed te diagnostiseren. De protocollen waren tevoren zorgvuldig door medische redacteurs (internisten) ontdaan van somatische of algemeen medische aanknopingspunten. Met dezelfde vraagstelling (welke diagnose?) werden de patiënten protocollen voorgelegd aan een controlegroep bestaande uit internisten.

(Zij zagen 70 van de 83 protocollen.)

De behaalde resultaten liepen voor de verschillende ziekten nogal uiteen. Gemiddeld (alle proefpersonen tezamen en alle zeven ziekten tezamen) stelden de analytici in 38% van de gevallen de juiste diagnose, de internisten in 24%. Voor ulcus duodeni was de graad van succes (gerekend over de 70 gevallen die ook gezien werden door de controlegroep) 50% bij de (10) mannelijke ulcuspatiënten en 16% bij de (6) vrouwelijke patiënten. De corresponderende percentages voor de controlegroep waren 40 en 10. Mede gelet op de behaalde resultaten bij de andere ziektecategorieën deden de analytici het bepaald aanzienlijk beter dan hun collegae-internisten.

Opmerkelijk is de discrepantie tussen mannelijke en vrouwelijke ulcuspatiënten: het gemiddeld aantal juiste diagnoses wijkt bij de vrouwelijke patiënten niet af van wat men op grond van het toeval zou mogen verwachten. Men kan slechts gissen naar de verklaring van dit sekseverschil, dat men ook ziet in de controlegroep.

De bevindingen bij de mannelijke patiënten pleiten zeker voor een typisch verband tussen de ziekte en het gepostuleerde conflict. Specifiek in engere zin kan men het toch bezwaarlijk noemen, daarvoor zijn de resultaten toch te weinig indrukwekkend. (Het is dan ook wellicht geen toeval dat het in het vooruitzicht gestelde tweede deel van het boek van Alexander e.a. – waarin de implicaties van het onderzoek voor de theorie zouden worden besproken – nog steeds niet is verschenen.)

Argumenten ten gunste van Alexanders opvattingen kunnen ook geput worden uit het onderzoek van Weiner e.a., door Kimball aangeduid als "perhaps the most classical investigation in psychosomatic medicine".<sup>2,27</sup> Door een prospectieve opzet kon men het oorzaak-gevolg probleem oplossen, terwijl tevens rekening werd gehouden met een somatische predisponerende factor (hoge pepsinogeen-secretie) en met een in principe voor iedereen identieke stress-situatie.

Bij ruim 2000 rekruten werd het pepsinogeen gehalte in het bloed bepaald. De hoogte van de pepsinogeenspiegel zou correleren met de pepsinogeenproductie in de maag, en die weer met het ontstaan van ulcera. (Deze correlaties zijn later nogal aangevochten).<sup>28</sup> Geselecteerd werden 63 proefpersonen met een hoge pepsinogeenspiegel (hypersecretors) en 57 met een lage (hyposecretors). Deze proefgroep van 120 man werd bij het begin van de militaire training uitvoerig röntgenologisch en psychologisch onderzocht. Een herhaling van dit onderzoek vond plaats tussen de 8e en de 16e week van de basisopleiding. De psychologische gegevens werden voorgelegd aan drie

onafhankelijke beoordelaars (een psycholoog, twee psychiaters) die niets wisten van de medische gegevens van de proefpersonen. Zij probeerden vast te stellen welke proefpersonen hypersecretor en welke hyposecretor waren. Het gebruikte criterium was nauw verwant met, hoewel niet identiek aan het door Alexander geformuleerde conflict. Vóórondersteld werd dat in de testprotocollen van de hypersecretors ("ulcus-prone patients") duidelijke aanwijzingen te vinden waren voor orale behoeften en daarmee samenhangende conflicten. De beoordelaars slaagden erin 61% van de proefpersonen juist in te delen (71% van de hypersecretors en 51% van de hyposecretors). Zij selecteerden tenslotte, nog steeds alleen op grond van psychologische gegevens, een groep van 10 personen, van wie waarschijnlijk werd geacht dat zij een ulcus tijdens de opleiding hadden gekregen. Criterium voor deze selectie was, behalve de al genoemde orale trekken, een zeer duidelijke angst voor liefdesverlies, zich o.a. uitende in een gedrag dat erop gericht was bij hoger geplaatsten in het gevlj te komen. De diagnoses bleken in 7 van de 10 gevallen juist. De drie foutieve diagnoses betroffen twee hypersecretors en een hyposecretor.

Hoewel er ook studies zijn met negatieve uitkomsten, lijkt het bij het overzien van de literatuur als geheel waarschijnlijk dat er een typisch verband bestaat tussen de ulcusziekte en een bepaalde emotionele constellatie.<sup>25</sup> Deze emotionele constellatie komt niet bij alle ulcuspatiënten voor en is bovendien ook bij anderen te vinden. Men kan zeker niet spreken van een specifieke relatie.

Het blijkt erg moeilijk deze emotionele constellatie scherp te omschrijven. Zeker is dat de door Alexander gegeven formuleringen te vaag-algemeen zijn.<sup>29</sup> Van centrale betekenis is het concept oraliteit (orale trekken, orale conflicten). De verhoogde maagsapsecretie, die vaak als "basis" dient voor het optreden van een ulcus, zou men als de fysiologische keerzijde daarvan kunnen aanmerken. Oraliteit kan zich echter op verschillende manieren in het gedrag uiten. Van een uniform gedragspatroon is geen sprake.

### **Slotopmerkingen**

Specificiteit bestaat niet in de psychosomatiek, tenzij men ermee zeggen wil dat er soms sprake is van typische verbanden tussen bepaalde psychologische variabelen en een bepaalde ziekte. Soms gaat het om een bepaald type van psychische conflicten (zoals bij ulcus), soms om een bepaald gedragspatroon. Een goed voorbeeld van dat laatste is de relatie tussen coronaire aandoeningen en

een "typische" levensstijl, die in zorgvuldig prospectief onderzoek van Rosenmann e.a. werd aangetoond.<sup>30,31</sup> Aan het vóórkomen van een bepaald gedragspatroon (type A-behavior) bleek een belangrijke prognostische betekenis te kunnen worden toegekend. De etiologie en pathogenese van ziekte(gedrag) is ook te complex om specifieke verbanden als door Alexander en medewerkers gepostuleerd, te verwachten. Ziekte is niet iets statisch, maar het voorlopige eindproduct van een innig samenspel van somatische, psychische en sociale factoren, die elkaar bij voortduring beïnvloeden. Lineaire causale relaties daartussen zijn zelden of nooit aanwezig.

De specificiteitsgedachte past bij het denken in een gesloten systeem-model; het psychisch functioneren verloopt min of meer autonoom, invloeden vanuit de buitenwereld zijn wel van belang, maar meer als lont voor het kruitvat. Wellicht is, als men let op de regelmatige verwijzingen naar de bacteriologie, het beeld van een abces meer op zijn plaats: één prik (stress) en de onbewuste conflicten maken zich als microben meester van het weerloze lichaam. In de opvattingen van Alexander en geestverwanten is de psyche eigenlijk ziekteverwekkend: sociale factoren spelen slechts een luxerende rol. De werkelijkheid is anders; zowel veiliger als bedreigender.

## Noten

1. Lipowski ZJ. Review of consultation psychiatry. III. Theoretical issues. *Psychosom Med* 1968; 30: 395.
2. Kimball CP. Conceptual developments in psychosomatic medicine. 1939-1969. *Ann Intern Med* 1970; 73: 307.
3. Schmale AH, Meyerowitz S, Tinling DC. Current concepts of psychosomatic medicine. In: Hill OW, ed. *Modern trends in psychosomatic medicine. II*. London: Butterworths, 1970.
4. Weiner H. Current status and future prospects for research in psychosomatic medicine. *J psychiatr Res* 1971; 8: 479.
5. Wittkower ED, Lipowski ZJ. Recent developments in psychosomatic medicine. *Psychosom Med* 1966; 28: 722.
6. Kaplan HS, Kaplan HI. Current concepts of psychosomatic medicine. In: Freedman AM, Kaplan HI, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1967.
7. Kaplan HI, Kaplan HS. A psychosomatic concept. *Am J Psychotherapy* 1957; 11: 16.
8. Lindeboorn GA. Uit de geschiedenis van het begrip specificiteit. *Ned tijdschr Geneeskd* 1957; 101: 357.
9. Groen J, Bastiaans J. Over psychosomatische specificiteit. In: Groen J, Horst L van der, Bastiaans J (red). *Grondslagen der klinische psychosomatiek*. Haarlem: Bohn, 1951.

10. Alexander F. Psychosomatic Medicine. Its principles and applications. London: Allen & Unwin, 1952.
11. Alexander F, French Th M, Pollock GH. Psychosomatic specificity. Vol I. Experimental study and results. Chicago: University of Chicago Press, 1968.
12. Dunbar F. Emotions and bodily changes. A survey of literature on psychosomatic interrelationships 1910-1953. 4th ed. New York: Columbia University Press, 1954.
13. Alexander F, Szasz ThS. The psychosomatic approach in medicine. In: Alexander F, Ross H, eds. Dynamic psychiatry. Chicago: University of Chicago Press, 1952.
14. Armstrong FH. The specificity hypotheses of psychosomatic medicine: Koch's postulates revisited. *Am J Med* 1958; 24: 323.
15. Groen J. De psychopathogenese van het ulcus ventriculi en duodeni: karakterstructuren en emotionele belevenissen en hun betekenis voor aetiologie en therapie. Amsterdam: Scheltema & Holkema, 1947.
16. Groen J. The psychosomatic specificity hypothesis for the etiology of peptic ulcer. *Psychother Psychosom* 1971; 19: 295.
17. Grace WJ, Graham DT. Relationship of specific attitudes and emotions to certain bodily diseases. *Psychosom Med* 1952; 14: 243.
18. Graham DT, Stern JA, Winokur G. Experimental investigation of the specificity of attitude hypothesis in psychosomatic disease. *Psychosom Med* 1958; 20: 446.
19. Stern JA, Winokur G, Graham DT, Graham FK. Alterations in physiological measures during experimentally induced attitudes. *J psychosom Res* 1961; 5: 73.
20. Graham DT, Gabler JD, Graham FK. Physiological response to the suggestion of attitudes specific for hives and hypertension. *Psychosom Med* 1962; 24: 159.
21. Graham FK, Kunish NO. Physiological responses of un hypnotized subjects to attitudes suggestions. *Psychosom Med* 1965; 27: 317.
22. Peters JE, Stern RM. Specificity of attitudes hypothesis in psychosomatic medicine; a re-examination. *J psychosom Res* 1971; 15: 129.
23. Ader R. Experimentally induced gastric lesions. Results and implications of studies in animals. In: Weiner H, ed. Duodenal ulcer. Advances in psychosomatic medicine vol 6. Bazel: Karger, 1971.
24. Weiss JM. Psychological factors in stress and disease. *Scientific American* 1972; 226: 104.
25. Yager I, Weiner H. Observations in man; with remarks on pathogenesis. In: Weiner H, ed. Duodenal ulcer. Advances in psychosomatic medicine vol 6. Bazel: Karger, 1971.
26. Philips AE, Cay EL. Psychiatric symptoms and personality traits in patients suffering from gastro-intestinal illness. *J psychosom Res* 1972; 16: 47.
27. Weiner H, Thaler M, Reiser MF, Mirsky IA. Etiology of duodenal ulcer. 1. Relation of specific psychological characteristics to rate of gastric secretion (serum pepsinogen). *Psychosom Med* 1957; 10: 1.

28. State D. Peptic ulceration: physiological considerations. In: Weiner H. ed. Duodenal ulcer. Advances in psychosomatic medicine vol 6. Bazel: Karger, 1971.
29. Grinker RR. Psychosomatic research. New York: Grove Press, 1961.
30. Rosenmann RH, Freedman M, Straus R, Wurm M et al. Coronary heart disease in the Western Collaborative Study. J Am Med Ass 1966; 195: 86.
31. Rosenmann RH, Freedman M, Straus R, Wurm M et al. A predictive study of coronary heart disease (The Western Collaborative Group Study). J Am Med Ass 1964; 189: 15.

## **7. Samengaan van lichamelijke en psychische aandoeningen**

Voordracht op symposium VU over Hersenen, gedrag en immuunsysteem. Amsterdam, 21 april 1989.

*Inleiding – Voorkomen van co-morbiditeit – Leiden somatische ziekten tot psychiatrische stoornissen? – Leiden psychische stoornissen tot lichamelijke ziekten? – Slotopmerkingen*

### **Inleiding**

Lichamelijke en psychische ziekten gaan vaak samen. In een publicatie uit 1975 schatte Lipowski de grootte van de overlap op 30 à 40%.<sup>1</sup> Later uitgevoerde studies, met betere instrumenten, geven geen aanleiding dit cijfer drastisch te herzien. Zouden immunologische factoren bij deze co-morbiditeit een intermediërende rol kunnen spelen? In deze voordracht staat niet de vraag centraal óf dat zo is, en zo ja, wat er immunologisch mis zou kunnen zijn, maar veeleer welke gegevens mogelijk aanleiding geven tot deze gedachte.

Ik zal allereerst ingaan op de prevalentie van de co-morbiditeit, waarbij ik vooral aandacht zal besteden aan het voorkomen van psychiatrische stoornissen bij "somatische" patiënten. Daarna komt de vraag aan de orde naar de mogelijke causale verbanden, eerst de "somatopsychische" relatie (d.w.z.: leiden lichamelijke ziekten tot psychische stoornissen?), daarna de "psychosomatische" (leiden psychische stoornissen tot somatische ziekten?). Vooral bij dit laatste onderwerp doet zich de vraag voor of immunologische factoren een rol spelen.

### **Vóórkomen van co-morbiditeit**

Het spreken over een samengaan van lichamelijke en psychische ziekten kan gemakkelijk leiden tot betrekkelijk vruchteloos gepieker over de vraag wat eigenlijk een ziekte is. Wat is de situatie? Sommige lichamelijke ziekten uiteten zich voornamelijk en/of in eerste instantie in psychische verschijnselen, en worden zodoende soms gedurende lange tijd miskend. Dit kan zich bijvoorbeeld voordoen bij endocriene en bij neurologische aandoeningen. Men zou met enig recht kunnen zeggen dat het gaat om "vermomde" lichamelijke ziekten. Anderzijds verblijven deze patiënten wel vaak in het psychiatrisch circuit, en vertonen beelden die in een psychiatrische classificatie staan omschreven ("organische" beelden). Ze kunnen dus met recht psychiatrische patiënten worden ge-

noemd.

Ook het omgekeerde komt voor. Tal van patiënten hebben lichamelijke klachten, lopen van dokter naar dokter, maar lijden in feite aan een "vermomde" psychiatrische stoornis. Psychiatrisch-diagnostisch is te denken aan depressies, aan angststoornissen, en aan de groep van de zgn. somatoforme stoornissen. Toch worden deze patiënten vaak in eerste instantie als "somatische" patiënten beschouwd.

Het is dan ook juister bij de bespreking van de co-morbiditeit uit te gaan van de frequentie van voorkomen van somatische aandoeningen bij patiënten in het psychiatrisch circuit resp. van de frequentie van voorkomen van psychiatrische stoornissen bij patiënten in het somatische circuit.

De frequentie van voorkomen van somatische ziekten bij opgenomen psychiatrische patiënten ligt tussen de 30 en 50%.<sup>2</sup> Gedeeltelijk betreft het bekende, gedeeltelijk eerder nog niet gediagnosticeerde afwijkingen. Bij poliklinische patiënten blijken lichamelijke ziekten even frequent voor te komen als bij opgenomen patiënten.

De relatief hoge frequentie van somatische ziekten is niet alleen aangetroffen bij patiënten in het specialistisch circuit, maar ook bij psychiatrische patiënten in huisartsenpraktijken, en bij de in een bevolkingsonderzoek geïdentificeerde personen met psychiatrische stoornissen. De gevonden afwijkingen bestrijken in principe het gehele gebied van de geneeskunde, maar er springen wel bepaalde (groepen van) aandoeningen uit: hart- en vaatziekten, endocriene stoornissen, neurologische aandoeningen. Dit gegeven leidt tot enige nuancering van de betekenis van de hoge cijfers: het gaat nogal eens om ziekten die überhaupt veel voorkomen, en het gaat nogal eens om wat ik "vermomde" lichamelijke aandoeningen noemde. Wat de laatste groep betreft: bij  $\pm 10\%$  van de psychiatrische patiënten wordt hun stoornis direct veroorzaakt door een onderliggende somatische ziekte.<sup>2</sup> "Vermomde" lichamelijke ziekten komen dus nogal eens voor, maar verklaren de hoge co-morbiditeit toch maar voor een deel.

Over de ernst van de gevonden lichamelijke ziekten valt weinig met zekerheid te zeggen. vooral omdat "ernst" een meerduidig begrip is. In de diverse studies hanteert men vaak als criterium dat de ziekte bezorgdheid moet wettigen, en behandeling moet vereisen, maar dat zegt op zichzelf beschouwd niet zoveel. Het hardste criterium voor ernst van een ziekte is uiteraard de mortaliteit.



Er doet zich onder psychiatrische patiënten inderdaad oversterfte voor, d.w.z. hogere sterfte dan men op grond van leeftijd en sekse mag verwachten. Als men de normale sterfte op 1 stelt, is de sterfte onder alle psychiatrische patiënten tezamen genomen 1,3 tot 2,0.<sup>2</sup> Gedeeltelijk is de oversterfte toe te schrijven aan suïcides en ongevallen, maar niet geheel.

Vervolgens het voorkomen van psychiatrische stoornissen bij somatische patiënten. Hier zullen wij wat langer bij stilstaan. De opgaven in de literatuur lopen sterk uiteen: van 15 à 20% tot 70 à 80%.<sup>3</sup> De discrepantie is niet zo verwonderlijk als men zich realiseert dat de onderzoeken soms sterk van elkaar verschillen in impliciet of expliciet gebruikte diagnose-criteria en in gebruikte instrumenten. Ook de samenstelling van de onderzoekspopulatie is vanzelfsprekend belangrijk: zijn bijv. ernstig zieke patiënten wel of niet uitgesloten? Een recent gepubliceerd, zorgvuldig uitgevoerd onderzoek waarin gebruik werd gemaakt van de GHQ en de PSE leverde in een populatie van 453 opgenomen interne patiënten een totaal percentage op van 32.<sup>4</sup> De frequentie van voorkomen van psychiatrische stoornissen bij poliklinische somatische patiënten is zeker niet lager.<sup>5</sup> Zoals voor de hand ligt, worden bij oudere patiënten vaker psychiatrische stoornissen aangetroffen dan bij jongere.

Niet alleen bij ziekenhuis-patiënten, ook in een huisartsenpatiëntenpopulatie komen psychiatrische stoornissen relatief vaak voor. Een recente studie van Barrett e.a. vermeldt een totaalcijfer van 26,5%.<sup>6</sup> De grootste groep werd gevormd door depressies: volgens strikte RDC-criteria was 10% lijdende aan een depressie, en nog eens 11,2% aan depressieve verschijnselen zonder (geheel) te voldoen aan alle depressie-criteria. Dit getal (minimaal 10%) stemt overeen met andere gegevens uit de literatuur.<sup>7</sup> De prevalentie is tenminste 2x hoger dan onder de totale bevolking.

Bij welke ziekten komen psychiatrische stoornissen vaak voor? Bestudering van de literatuur leert dat hoge prevalenties worden gemeld voor patiënten met endocriene en neurologische aandoeningen (wij kwamen deze patiënten ook al in het psychiatrisch circuit tegen!), patiënten met oncologische aandoeningen, met dermatologische ziekten, gynaecologische aandoeningen en gastro-intestinale stoornissen, en deze opsomming is zeker niet uitputtend. Zeker bij de twee laatstgenoemde groepen zal het nogal eens gaan om "vermomde" psychiatrische stoornissen, d.w.z.: somatisch onverklaarde klachten die berusten op een psychiatrische stoornis (vaak een de-

pressie). Anderzijds is de hoge prevalentie van psychische stoornissen bij somatische patiënten zeker niet alleen hieraan toe te schrijven.

De drie meest voorkomende categorieën van psychiatrische stoornissen bij somatische patiënten zijn depressie, alcoholmisbruik en de zgn. organische beelden (zowel de acute als het delier als de meer chronische).

Op excessief alcoholgebruik ga ik niet verder in. Ik laat het bij de vaststelling dat dit vaak wordt miskend. Ten dele overlapt de groep patiënten met overmatig alcoholgebruik de twee andere genoemde groepen.

Over de frequentie van delieren is moeilijk iets met zekerheid te zeggen, omdat in de voor een dergelijke stoornis gebruikte diagnostische criteria geen bepaling is opgenomen met betrekking tot een minimale duur van de verschijnselen. Bepaalde symptomen van een delier zijn echter postoperatief "normaal" te noemen mits zij kort duren. In een recente, prospectieve studie bij 143 medical patients werd een prevalentie gevonden van 15%, hetgeen redelijk overeenkomt met eerdere schattingen.<sup>8,9</sup>

Wat langer moeten wij stilstaan bij de depressies. Er doen zich daar namelijk vragen voor rond de afgrenzing van normaal en gestoord, met betrekking tot de gebruikte instrumenten, met betrekking tot de ernst, en *last but not least* met betrekking tot de mogelijke etiologie.

De afgrenzing van een normaal te achten neerslachtigheid als reactie op ziek-zijn versus een (aanpassings)stoornis is uiteraard problematisch. De DSM-III(R) acht een stoornis aanwezig als de verschijnselen erger of langduriger zijn dan te verwachten valt, maar wat te verwachten valt is niet voor ieder individu gelijk. Aanpassingsstoornissen zijn te situeren in het schemerige tussengebied tussen normaliteit en ziekte. Ze worden vaak gediagnostiseerd. De door Derogatis e.a. gevonden hoge prevalentie van psychiatrische stoornissen bij patiënten met kanker (47%), bestond voor twee derde deel uit aanpassingsstoornissen met depressieve of gemengd-emotionele kenmerken.<sup>10</sup>

Een volgende probleem is het gebruikte instrumentarium. Veel gebruikte vragenlijsten (bijv. de BDI) zijn niet zo geschikt omdat zij nogal wat "somatische" items bevatten die ook positief worden beantwoord door lichamelijk zieke patiënten die niet depressief zijn.<sup>11,12</sup> Als men louter af zou gaan op vragenlijsten, zouden depressies voorkomen bij 25 tot 40% van de somatische patiënten. In het al eerder aangehaalde onderzoek van Feldman e.a., waarin gebruik werd gemaakt van de

PSE, werd een percentage vastgesteld van 14,6%.<sup>4</sup> Onderzoek uit de eigen afdeling, waarin DSM-III criteria werden gebruikt, wees op een prevalentie van rond 10%.<sup>13</sup>

Wat is er te zeggen over de ernst? Gedeeltelijk ligt het antwoord op deze vraag besloten in het gegeven dat "echte" depressies deel uitmaken van een continuüm waarvan de aanpassingsstoornissen met depressief coloriet het leeuwendeel vormen. Ook afgezien van die laatste groep, valt de ernst, gemiddeld over de gehele groep, waarschijnlijk mee. Van de depressieve patiënten uit het onderzoek van Feldman e.a. bleek bij follow-up 4 maanden na ontslag uit het ziekenhuis twee derde te zijn verbeterd.<sup>4</sup> Dat is meer dan men over het algemeen mag verwachten bij een groep ernstig-depressieve patiënten.

Vaak worden depressies bij somatische patiënten opgevat als begrijpelijke, zij het "doorgeschooten" reacties op het ziek-zijn resp. het opgenomen zijn. Is dat zo? Het antwoord op deze vraag komt aan de orde als wij het over causale verbanden hebben.

Resumerend: de overlap tussen psychische en somatische ziekten is groot. Nu dan de vraag welke causale verbanden er bestaan tussen de lichamelijke en psychische aandoeningen. Allereerst de somatopsychische relatie: leiden lichamelijke ziekten tot psychische stoornissen?

### **Leiden somatische ziekten tot psychiatrische stoornissen?**

Dat lichamelijke ziekten kunnen leiden tot psychische stoornissen behoeft geen uitvoerig betoog. Patiënten bij wie een psychische ontregeling een eerste en/of prominent symptoom is van een onderliggende lichamelijke ziekte kwamen al eerder ter sprake.

Bij de door een somatische ziekte veroorzaakte psychische stoornis denkt men vaak uitsluitend aan delieren en amnestische syndromen. Men vergeet wel eens dat ook de veelvuldig voorkomende depressies in een aantal gevallen verklaard kunnen worden in somatische zin, d.w.z.: als symptoom van de lichamelijke ziekte. Te vaak wordt bij depressies uitsluitend gedacht aan een psychologisch te duiden verband: de reactie op het ziek-zijn. Natuurlijk komt dit veel voor, maar naar mijn indruk wordt de frequentie van de "reactieve" etiologie overschat, en van de "somatische" etiologie onderschat. Veel mensen weten, hoe ellendig zij er ook aan toe zijn, hun psychisch evenwicht te bewaren, of dat weer snel te hervinden. Een enkele jaren geleden gepubliceerd onderzoek bij patiënten met een ernstige aandoening (o.a. kanker) liet zien dat de patiënten zich op

de diverse psychologische parameters nauwelijks onderscheiden van de normale bevolking.<sup>14</sup> Wel vond men nogal eens stoornissen bij mensen die recent ziek waren geworden.

Het is interessant om deze gegevens te leggen naast de recent gepubliceerde bevindingen van Rosenberg e.a. met betrekking tot depressies bij opgenomen somatische patiënten.<sup>15</sup> In hun groep van 71 patiënten bleek 38% depressief. Preciezer gezegd: scoorde 38% 13 of meer op de BDI. (Op de dubieuze waarde van de BDI met betrekking tot de prevalentie van "echte" depressies wees ik al.) Het merendeel van de depressieve patiënten bleek lijdende te zijn aan een chronische ziekte. Dit lijkt in tegenspraak met het zojuist vermelde gegeven dat chronisch zieken zich vaak psychisch goed weten te handhaven. Bij multiële regressie-analyse bleek het optreden van een depressie tijdens de ziekenhuis-opname samen te hangen met al eerder bestaande depressiviteit, resp. eerder doorgemaakte depressies.

Concluderend, en wat simplificerend: patiënten die ten gevolge van hun ziekte depressief worden zijn vaak patiënten die al tevoren depressief waren of daartoe neigden, algemener gezegd: psychisch niet al te stevig in elkaar zitten.

### **Leiden psychische stoornissen tot lichamelijke ziekten?**

Dat psychische stoornissen kunnen leiden tot lichamelijke klachten is buiten kijf al is de samenhang wel eens ingewikkelder en de diagnostiek moeilijker dan men vaak denkt.<sup>16</sup> Ook bepaalde lichamelijke ziekten zijn direct terug te voeren op een psychische stoornis (bijv. levercirrose ten gevolge van alcoholisme). Moeilijker ligt het bij die ziekten die men in Nederland vroeger wel aanduidde als "psychosomatosen". Het lijkt geen twijfel dat emotionele problemen bijv. een astma-aanval kunnen uitlokken of dat agressie kan leiden tot een tensieverhoging, maar dat wil nog niet zeggen dat ziekten als astma of essentiële hypertensie genoegzaam verklaard kunnen worden in psychische termen. Klassieke psychosomatische ideeën over een neurotische dispositie bij alle, of nagenoeg alle, lijdens aan de zgn. psychosomatosen zijn op grond van empirisch onderzoek inmiddels grotendeels verlaten.<sup>17</sup> Ook bij een in psychosomatisch perspectief veel en goed onderzochte ziekte als het coronair lijden is twijfel gegroeid over de rol van psychische factoren. De klassieke studies van Rosenmann e.a. leken weinig twijfel te laten over het belang van het type A-gedrag als risicofactor.<sup>18</sup> Inmiddels is meer en meer duidelijk geworden dat de relatie minder sterk

en minder eenvoudig is dan werd gedacht. In recente studies werd geen verband gevonden tussen type A-gedrag en sterfte ten gevolge van een hartinfarct.<sup>19,20</sup> Voorts lijkt het mogelijke verband specifiek: al eerder werd gevonden dat type A-gedrag meer voorkomt bij patiënten met pijn op de borst zonder coronairafwijkingen dan met afwijkingen.<sup>21,22</sup>

Over het algemeen is te stellen dat etiologische verbanden tussen psychische stoornissen (of algemener gezegd: emotionele factoren) en lichamelijke ziekten minder algemeen geldend en zeker veel minder specifiek zijn dan vroeger werd aangenomen – maar de relaties zijn er soms wel. Zo is nogal eens gevonden dat aan het optreden van een ziekte een periode van depressiviteit voorafgaat.<sup>23</sup> Bij verschillende vormen van kanker is onderzoek in deze richting verricht, met soms suggestieve, zij het niet altijd consistente, resultaten. Men kan zich natuurlijk de vraag stellen of de ziekte niet al ontstaan was, en de depressie daarvan een vroeg symptoom was. Daarover is geen uitspraak te doen.

Men heeft wel gespeculeerd dat bij depressie immunologische veranderingen optreden, die op hun beurt iemand vatbaarder maken voor (bepaalde) lichamelijke ziekten. Het verband tussen het optreden van life events (bijv. het verlies van een partner) en het ontstaan van een lichamelijke ziekte is hiermee wel in verband gebracht, in die zin dat life events zouden kunnen leiden tot een depressieve toestand (met daarbij horende immunologische verstoringen), die iemand vatbaarder maakt voor (bepaalde) lichamelijke ziekten.<sup>24</sup> Overigens is de eerder wel aangenomen relatie tussen verlies van een partner en verhoogde mortaliteit ten gevolge van een lichamelijke ziekte bij de achterblijvende weduwe of weduwnaar, zo al aanwezig, minder sterk dan werd gedacht.<sup>25</sup> Een recente studie bij Israëliëse ouders die een kind hadden verloren in de Yom Kippoer oorlog van 1973 liet geen verhoogde mortaliteit in deze groep zien.<sup>26</sup> *Last but not least* moet vermeld worden dat de bevindingen met betrekking tot de relatie tussen een depressieve toestand en immunologische verstoringen niet bepaald consistent zijn.<sup>27</sup>

Hoe ook de precieze aard is van de relatie tussen psychische stoornis en lichamelijke ziekte, dat er in sommige gevallen van een causaal verband sprake is lijkt toch wel erg waarschijnlijk. De meest overtuigende aanwijzingen hiervoor zijn te vinden in de studie van Valliant e.a..<sup>28</sup> Zij volgden een groep van 188 mannen gedurende ruim 30 jaar, vanaf een leeftijd van gemiddeld 18 jaar. Op geregelde tijden werd, onafhankelijk van elkaar, vastgesteld hoe de fysieke en de psychische gezondheidstoestand was. Met betrekking tot de psychische toestand gebeurde dat het laatst in

1967. Van de twee jaar later lichamelijk gezonde mannen werd in 1975 opnieuw de lichamelijke gezondheidstoestand vastgesteld. Er bleek een significante relatie te bestaan tussen een lage score op de psychische gezondheidsmaten in 1967 en een gebleken achteruitgang van de lichamelijke gezondheidstoestand in 1975 (zie Tabel).

Concluderend: er zijn zeker psychosomatische relaties, maar aard en sterkte daarvan zijn onduidelijk.

### Verband tussen psychische en lichamelijke gezondheid

<u>Lichamelijke gezondheid in 1975</u>	<u>Psychische gezondheid in 1967</u>		
	<i>Hoge score</i>	<i>Tussenscore</i>	<i>Lage score</i>
Goed (n=86)	37 (76%)	39 (67%)	10 (40%)
Achteruitgegaan sinds 1967 (n=46)	12 (24%)	19(33%)	15(60%)
Totaal	49	58	25

Ontleend aan Vaillant GE. N Engl J Med 1979; 301: 1249-54.<sup>28</sup>

### Slotopmerkingen

Aan het veelvuldig samengaan van psychische en somatische ziekten liggen zowel somatopsychische als psychosomatische relaties ten grondslag. Misschien is er (ook) wel een onderliggende oorzaak: een algemene vatbaarheid voor ziekten, zowel somatische als psychische.<sup>29</sup> Epidemiologisch onderzoek wijst uit dat ziekten van allerlei aard "clusteren", en bevestigt tot op zekere hoogte de notie dat sommige mensen "altijd wat hebben", en andere blaken van gezondheid. Eenvoudiger gezegd: sommige mensen zitten "zwak in elkaar", en dat uit zich zowel op lichamelijk als psychisch vlak. Is het te gewaagd om te speculeren dat dit te maken zou kunnen hebben met het immunologisch apparaat?

## Noten

1. Lipowski ZJ. Psychiatry of somatic disease. *Compreh Psychian* 1975; 16: 105-24.
2. Rooymans HGM. De verwevenheid van somatische en psychische ziekten. I. Somatische ziektebeelden. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 2323-7.
3. Rooymans HGM. De verwevenheid van somatische en psychische ziekten. II. Psychiatrische stoornissen bij lichamelijk zieke patiënten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 2327-31.
4. Feldman E et al. Psychiatric disorder in medical in-patients. *Quart J Med* 1987; 63: 405-12.
5. Mayou R, Hawton K. Psychiatric disorder in the general hospital. *Brit J Psychiatry* 1986; 149: 172-90.
6. Barrett JE et al. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1100-06.
7. Blacker CVR, Clare AW. Depressive disorder in primary care. *Brit J Psychiatry* 1987; 150: 737-51.
8. Thomas RI, Cameron DJ, Fahs MC. A prospective study of delirium and prolonged hospital stay. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 937-40.
9. Lipowski ZJ. *Delirium. Acute brain failure in man.* Springfield: Thomas, 1980.
10. Derogatis R et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *J Am Med Ass* 1983; 249: 751-7.
11. Clark DC, Ammon Cavanaugh S von, Gibbons RD. The core symptoms of depression in medical and psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 1983; 171: 705-13.
12. Emmons CA, Fetting JH, Zonderman AB. A comparison of the symptoms of medical and psychiatric patients matched on the Beck Depression Inventory. *Gen Hosp Psychiatry* 1987; 9: 398-404.
13. Ancion FAJM, Hengeveld MW, Rooijmans HGM. Resultaat van psychiatrische interventies bij patiënten met klachten van depressieve aard, opgenomen op afdelingen voor interne ziekten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1987; 131: 1523-6.
14. Cassileth BR et al. Psychosocial status in chronic illness. *N Engl J Med* 1984; 311: 506-11.
15. Rosenberg SJ et al. Depression in medical in-patients. *Br J Med Psychology* 1988; 61: 245-54.
16. Rooijmans HGM. Onbegrepen lichamelijke klachten en conversie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 2174-8.
17. Rooymans HGM. Psychosomatosen en psychosomatiek. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 2337-8.
18. Rosenmann RH et al. Coronary heart disease in the Western Collaborative Group – final follow up experience of 8½ year. *J Am Med Ass* 1975; 233: 872-5.
19. Case RB et al. Type A-behavior and survival after acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1985; 312: 737-41.
20. Ragland DR, Brand RJ. Type A behavior and mortality from coronary heart disease. *N Engl J*

Med 1988; 318: 65-69.

21. Ahnve S et al. Type A behaviour in patients with non-coronary chest pain admitted to a coronary care unit. *Psychosom Res* 1979; 23: 219-23.
22. Bass C. Type A behaviour in patients with chest pain. *J Psychosom Res* 1984; 28: 289-300.
23. Luborsky L, Docherty JP, Penick S. Onset conditions for psychosomatic symptoms. *Psychosom Med* 1973; 35: 187-204.
24. Murphy E, Brown GW. Life events, psychiatric disturbance and physical illness. *Br J Psychiatry* 1980; 136: 326-38.
25. Creed F. Life events and physical illness. *J Psychosom Res* 1985; 29: 113-23.
26. Levv et al. An epidemiological study of mortality among bereaved parents. *N Engl J Med* 1988; 319: 457-61.
27. Scheifer SJ et al. Major depressive disorder and immunity. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 81-7.
28. Vaillant GE. Natural history of male psychological health. *N Engl J Med* 1979; 301: 1249-54.
29. Thurlow HJ. General susceptibility to illness. *Canad Med Ass J* 1967; 97: 1397-1404.



## **Epicrise**

8. Psychiatrie: een ouderwets medisch vak (1999)

9. Terugblik op mijn professionele leven (2016)

## **8. Psychiatrie: een ouderwets medisch vak**

College bij het afscheid als hoogleraar in de klinische psychiatrie aan de Universiteit Leiden, 24 september 1999.

*Wat kan de psychiatrie leren van de andere medische vakken? – Wat kan de psychiatrie betekenen voor de overige medische disciplines?*

Mijnheer de Voorzitter van de Raad van Bestuur van het Leids Universitair Medisch Centrum,  
Mijnheer de Decaan van de Faculteit der Geneeskunde, Zeer gewaardeerde toehoorders,

Op 20 september 1899, vandaag vrijwel op de kop af 100 jaar geleden, sprak Gerbrandus Jelgersma in deze zaal zijn oratie uit. Jelgersma was de eerste hoogleraar in de psychiatrie aan deze Universiteit, en eigenlijk ook de eerste in Nederland. Weliswaar doceerde Cornelis Winkler, die al in 1893 was benoemd in Utrecht, naast de neurologie ook de psychiatrie, maar Winkler beschouwde zichzelf toch vooral als neuroloog.

U begrijpt dat ik deze datum met zorg heb uitgekozen. Toch zal ik het niet hebben over 100 jaar Leidse universitaire psychiatrie. Het geven van een overzicht daarvan in maximaal 45 minuten gaat boven mijn macht. Daarvoor is er teveel gebeurd. Bovendien: ik heb de geschiedenis al beschreven in een eind vorig jaar verschenen boek "Negenennegentig jaar tussen wal en schip". Als U dat niet kent, raad ik U aan U naar de boekhandel te spoeden. Het is nu nog verkrijgbaar.

Geen historisch exposé dus. Maar ook geen blik in de toekomst, over hoe het allemaal wordt of zou moeten worden. Daar zou ik mijn opvolger en de bestuurderen maar mee voor de voeten lopen. Een afscheidscollage is er in mijn ogen voor om de rekening op te maken, samen te vatten wat men eerder heeft gedaan, gezegd of heeft willen uitdragen. Had ik een boodschap?

Mijn visie op de psychiatrie is wel eens aangeduid als "no-nonsensepsychiatrie". Daar zit wel wat in, al vind ik de uitdrukking toch ook niet helemaal gelukkig want te zakelijk klinkend. Maar wat klopt is dat ik uit was op helderheid en nuchterheid, dat ik wars was van moralisme (dat in de psychiatrie welig tierde), en dat zorgvuldige aandacht voor de "oppervlakte" mij meer lag dan het schouwen in diepe diepten. Het moge niet altijd gemakkelijk zijn om verder te kijken dan je neus lang is, maar misschien is het wel even moeilijk om te zien wat zich onder je neus afspeelt. *'To see what is in front of one's nose needs a constant struggle'*, zei George Orwell. Bij mijn afscheid van

de afdeling op het LUMC zei een van mijn medewerkers dat ik hooggeleerd was in "het gewone". Ik voel dat als een groot compliment.

Helderheid en nuchterheid dus, maar dat is een beetje weinig voor 23 jaar hoogleraarschap. Waar ging het mij inhoudelijk om? De echte rode draad in mijn werkzaamheden was duidelijk te maken dat psychiatrie een gewoon medisch vak is, wel anders – en op sommige punten vrij essentieel anders – dan de andere medische disciplines, maar toch. Ik geef toe dat dit een weinig opzienbarende stelling is, maar hij werd vroeger wel betwist, zowel binnen de psychiatrie, in de jaren dat ik begon met de uitoefening van dat vak, als in de *'mainstream'* van de geneeskunde. Psychiatrie werd – en wordt – nogal eens gezien als vreemde eend in de medische bijt.

Het medische karakter van de psychiatrie houdt voor velen een verwijzing in naar wat men tegenwoordig "biologische psychiatrie" noemt, d.w.z.: de studie van in biochemische, fysiologische of anatomische termen te beschrijven determinanten van psychische stoornissen. Ik onderschat het belang daarvan geenszins, maar in mijn pleidooi voor een medische psychiatrie ging het me eigenlijk om iets anders. Het ging me vooral om een zienswijze: de zienswijze dat de psychiatrie er baat bij kan hebben als zij zich in wijzen van denken en handelen zoveel mogelijk spiegelt aan de andere medische disciplines. Maar er waren én zijn ook markante verschillen tussen de psychiatrie en de overige medische specialismen. Geleidelijk ben ik gaan beseffen dat bij sommige van die verschillen oude medische waarden in het spel zijn.

Ik heb gedurende mijn vrijwel gehele professionele leven het vak uitgeoefend in nauw contact met andere medische specialismen. Dat gold de patiëntenzorg: enkele maanden nadat ik mijn specialistenbriefje had gekregen, werd ik psychiatrisch consulent in het Academisch Ziekenhuis te Groningen. Na mijn komst naar Leiden in 1976 lag een zwaar accent op de consultatieve en liaisonwerkzaamheden. Het gold ook het wetenschappelijk onderzoek van medewerkers waaraan ik leiding heb mogen geven en dat vaak betrekking had op de verwevenheid van lichamelijke en psychische aandoeningen. *Last but not least* heb ik mij in mijn bestuurlijke en organisatorische bezigheden zeker niet beperkt tot het terrein van de psychiatrie.

Ik prijs me gelukkig dat ik op het snijvlak van psychiatrie en andere medische disciplines heb kunnen werken, want ik heb mijn werk niet alleen met genoeg gedaan, ik heb ook veel geleerd,

eerst in Groningen, later in Leiden. Op grond van die ervaringen wil ik het hebben over het medische karakter van de psychiatrie. Het wordt een persoonlijk getint (en daarmee toch ook wat historisch!) verhaal. Ik ga op twee vragen in. De eerste is: wat kan de psychiatrie leren van nauw contact met de andere medische vakken? Wat preciezer, en ook wat minder pretentius, gezegd: wat heb ik zelf als psychiater van die nauwe contacten opgestoken? De tweede vraag is: wat heeft de psychiatrie te bieden aan de andere medische vakken? Waar 'staat' zij voor? Ik hoop duidelijk te kunnen maken dat in het eigene van een psychiatrie-op-haar-best oude medische inzichten schuilgaan. Psychiatrie als een ouderwets medisch vak dus; zo heb ik dit college dan ook genoemd.

### **Wat kan de psychiatrie leren van de andere medische vakken?**

Toen ik in 1970 de functie op mij nam van psychiatrisch consultant in het Groningse Academisch Ziekenhuis, was ik toegerust met nagenoeg alle vooroordelen over de specialistische somatische geneeskunde die in die tijd binnen de spraakmakende gemeente en ook binnen de psychiatrie in zwang waren. Sommigen onder U zullen zich nog wel het een en ander herinneren. Het was bon ton af te geven op het medische establishment: de in een ziekenhuis beoefende geneeskunde was objectiverend, dehumaniserend, en wat men verder voor slechts kan bedenken. Gevoed door de geest van de tijd en door antipsychiatrische ideeën deden sommige psychiaters daar dapper aan mee (ikzelf niet uitgezonderd) – zonder zich altijd voldoende te realiseren dat hun blazen op het punt van bejegening van patiënten ook niet zonder smetten was. Nogal wat psychiaters geneerden zich een beetje voor hun medische professie.

De werkelijkheid bleek toch wat anders te zijn. Natuurlijk waren er botte specialisten die alleen aandacht hadden voor afwijkingen en niet voor de zieke. Natuurlijk waren er de collegae die niets van emoties en de rol die deze bij ziek-zijn kunnen spelen wilden weten. Maar het totaalbeeld was niet zo zwart-wit. Veel specialisten bleken wél begaan met hun patiënten. Aangevangen met de gedachte dat de psychiaters hen moesten leren hoe zij met hun patiënten moesten praten kwam ik tot de ontdekking dat ik op dat terrein ook wel iets van hun kon opsteken. Natuurlijk waren er collegae die van dat praten met patiënten niet zoveel terecht brachten, maar geleidelijk begon ik te zien dat de realiteit in de psychiatrie ook wel eens anders was dan men graag zou willen. Dat het verschil tussen de psychiatrie en de andere medische vakken op het punt van omgang met patiën-

ten minder groot was dan ik dacht impliceert natuurlijk niet dat het allemaal zo goed ging. Het kon – en moest – veel beter. Het kan zeker nog beter, maar er is ook veel gewonnen in de laatste 20 à 30 jaar. De omgang met patiënten is zowel binnen de psychiatrie als daarbuiten respectvoller dan vroeger. Dat is te danken aan de grote maatschappelijke omslag die zich begin jaren zeventig voordeed en aan de antipsychiatrie. Daarom, zeer vrij naar E.M. Forster: *'one cheer for antipsychiatry (one is quite enough; there is no occasion to give two)'*. Dit moest ik even kwijt. Terug nu naar het algemeen ziekenhuis.

Niet alleen de dokters waren anders dan ik dacht, ook de patiënten beantwoordden lang niet altijd aan de mij voorgespiegelde stereotypen. Ik zag veel patiënten met niet goed te duiden lichamelijke klachten met de vraag of het 'psychisch' zou kunnen zijn. Ik verwachtte dat deze patiënten daar niets van zouden willen weten, zich afwerend zouden opstellen. Die gedachte was gemeengoed in de psychiatrie. Afwerende patiënten waren er zeker, maar zij vormden een minderheid. De meerderheid stelde zich open op, en toonde zich dankbaar voor de geboden gelegenheid eens te kunnen 'praten'. Soms zag ik ook patiënten die volgens de toen vigerende leer in de psychiatrie leden aan een zgn. psychosomatose (bijv. astma of maagzweer). Ik vond nogal eens dat met hen psychisch minder mis was dan mij was geleerd. Misschien, zo overwoog ik aanvankelijk, keek ik niet 'diep' genoeg. Hoe dit ook zij, met de klassieke psychosomatische inzichten kon ik niet goed uit de voeten. Ik was zeker niet de enige. Het doet mij goed hier in Leiden te kunnen zeggen dat de lector Berthold Stokvis al in de jaren vijftig fundamentele kritiek liet horen op de klassieke psychosomatische zienswijzen. Het is de laatste decennien rond die zgn. psychosomatosen stil geworden in de psychiatrie – terecht.

Ik heb kortom veel afgeleerd. Ik heb daarnaast ook bijgeleerd. Wat ik daarover zal zeggen zal op velen onder U de indruk maken van het opentrappen van open deuren. U moet maar van mij aannemen dat die deuren in de psychiatrie van die dagen niet zo open stonden.

De werelden van de Interne Kliniek (want daar werkte ik vooral als psychiatrisch consulent) en de Psychiatrie verschilden sterk van elkaar. Achteraf gezien trof mij, geloof ik, als belangrijkste verschil dat in de Interne Kliniek mensen dingen aan het uitzoeken waren, wetenschappelijk bezig waren, dat het vak kortom empirischer was. In de psychiatrie lag dat toch wat anders. Tot diep in de jaren zestig was psychiatrie, zeker in Nederland, een overwegend literair vak. Het gebouw was eigenlijk klaar. Het casco was van Kraepelin, meubilering en stoffering overwegend van Freud. Er

werd natuurlijk wel gesteggeld over schilderbeurten en kleine verbouwingen – op zichzelf beschouwd fascinerende activiteiten! -, maar het inzicht dat tal van aannames zich in principe (hoe moeilijk soms ook) leenden voor empirisch onderzoek, dat inzicht was niet ruim verspreid. Natuurlijk waren er lovenswaardige uitzonderingen, zeker, maar grosso modo was dit de situatie. De dagelijkse klinische praktijk werd door het onderzoek niet wezenlijk beroerd. Sindsdien is veel veranderd in de psychiatrie. De psychiatrie is empirischer geworden maar daarover zal ik het nu niet hebben.

Rondlopend in de Interne kliniek en andere somatische klinieken troffen mij meer punten van verschil. Op twee ervan wil ik nader ingaan; allereerst de scheiding tussen ziek en gezond.

Het vaststellen of een patiënt iets (ernstigs) mankeert is een van de eerste taken van de arts. Als men "niets heeft", wordt men gezond verklaard. Daar werd in de psychiatrie in mijn begintijd nog al eens smalend over gesproken: met een klop op de schouder werd de patiënt met zijn klachten het bos ingestuurd. En soms was – en is – dat ook zo. Anderzijds kan een gezondverklaring een grote therapeutische betekenis hebben – dat weet iedereen die wel eens klachten heeft gehad. In de psychiatrie kwam – en komt – het zelden tot gezondverklaring. Iedereen "heeft wat", zo lijkt het. Dat is begrijpelijk: een patiënt met hartklachten is waarschijnlijk opgelucht als hij hoort dat er met zijn hart niets mis is, een patiënt die verteld heeft hoe somber hij is, hoe moeilijk hem het leven valt, zou zich, als ik alleen zou zeggen "U mankeert niets", terecht miskend en afgewezen voelen. Schnabel vestigde hier in zijn oratie uit 1987 de aandacht op, en merkte in dit verband ook op dat niet-behandelen in de lichamelijke gezondheidszorg als een positieve prestatie van het zorgsysteem wordt beschouwd, maar in de geestelijke gezondheidszorg niet.<sup>1</sup> Het ligt ongetwijfeld op dit punt anders in de psychiatrie dan in de rest van de geneeskunde, maar toch: ik denk dat het ook in de psychiatrische zorg bevrijdend kan werken als men zegt dat de vertoonde reacties niet abnormaal zijn. Zo heb ik het althans ervaren naarmate ik dit eenvoudige medische inzicht begon toe te passen in mijn psychiatrisch bezig-zijn.

Het trekken van de grens tussen ziek en niet-ziek is natuurlijk niet alleen van betekenis voor de individuele patiënt. In een groot, diffuus afgegrensd en nogal expanderend domein als de psychiatrie (resp. de GGZ) is het van zowel theoretisch als praktisch belang te proberen "ziekte" van "gezondheid" te scheiden – ook al zijn de grenzen natuurlijk vloeiend omdat veruit de meeste psychiatrische aandoeningen kunnen worden opgevat als liggend op een continuüm van normaal naar

abnormaal, en gouden standaarden veelal ontbreken.

In de jaren zeventig is, mede als reactie op de antipsychiatrie, veel gediscussieerd over de vraag wat het begrip "psychische ziekte" inhoudt. Achteraf gezien denk ik niet dat zo'n discussie veel zin heeft. Zinvoller is het zich af te vragen wat de implicaties zijn als men iets tot "ziekte" bestempelt, wat dat in de praktijk betekent. Bepaalde vormen van gedrag of beleven als ziekte bestempelen heeft voordelen, maar ook nadelen. In het jargon van deze tijd: er hangt een prijskaartje aan, en niet alleen in materiële zin. In navolging van H.C. Rümke ben ik altijd van mening geweest dat men zich in de psychiatrie te weinig realiseert dat hulpzoeken in de geestelijke gezondheidszorg, evenals in de lichamelijke gezondheidszorg, onvermijdelijke risico's en bezwaren met zich meebrengt.<sup>2</sup> Niet iedereen die tobt, angstig is, of iets zeer ingrijpends heeft meegemaakt is gebaat bij een psychiatrisch contact. Zelfs als er sprake is van een duidelijke psychiatrische aandoening kunnen de nadelen van hulpverlening wel eens groter zijn dan de voordelen. Het in twijfelgevallen vaststellen of men er goed aan doet iemand als ziek of gestoord te beschouwen en een psychiatrische behandeling aan te bieden is lang niet altijd eenvoudig, en kan ook zeker niet altijd plaatsvinden bij de voordeur van de GGZ. Maar wat wél moet, en ook kan, is dat de behandelaars zich in het voorportaal de voor- én de nadelen van hun bemoeienis blijven realiseren. Er is in onze samenleving een sterke neiging ontstaan tot psychiatrisering of psychologisering van moeilijkheden, pech of ellende, als onderdeel van de algemene medicalisering. Die ontwikkeling heeft ongetwijfeld zijn goede kanten – maar ook zijn kwade. Het kwade zit er, lijkt mij, vooral in dat de suggestie wordt gewekt (soms expliciet, vaker impliciet) dat alle lijden, pijn, en onvolkomenheden door "deskundigen" te verhelpen zijn.

Ik heb lang uitgeweid over het eerste punt; wat korter nu over een tweede dat ik eigenlijk al aanduidde: de verplichting bij behandelingen zorgvuldig voor- en nadelen tegen elkaar af te wegen.

Geneeskunde doet veel goeds, maar ook kwaad. De kunst is het een tegen het ander af te wegen. Naarmate een behandeling ingrijpender is, zijn de potentiële gevaren groter, en moet die afweging zorgvuldiger plaatsvinden. Dat houdt in dat men nog eens extra hulponderzoeken laat verrichten, en in elk geval ook nog eens de mening vraagt van een collega of collegae. Ik zag dat ook (soms, lang niet altijd!) gebeuren in de somatische klinieken, en vond de situatie in de psychiatrie op dat punt hierbij over het algemeen wat magertjes afsteken. Ik heb er geen behoefte aan om te

idealiseren: ik heb lang genoeg met ogen en oren open rondgelopen in een interne of chirurgische kliniek om enig idee te hebben hoe het gaat, en hoe het soms ook misgaat. Maar toch: de notie van de noodzaak van die afweging was, zo had ik de indruk, meer aanwezig dan in de psychiatrie. Natuurlijk dacht men ook in de psychiatrie na over ongewenste bijwerkingen van behandelingen (in het bijzonder medicatie), maar er bestond weinig aandacht voor de soms aanzienlijke negatieve effecten die een klinische opname kan hebben, ook als het verblijf in de kliniek niet lang duurt. Er leek een vrijwel blinde vlek te bestaan voor het ingrijpende karakter van psycho-therapeutisch bezig-zijn, hetzij voor de patiënt hetzij voor zijn/haar verwanten. Praten kan geen kwaad, zegt men, en vaak is dat natuurlijk ook zo. Maar het geldt niet voor intensief en langdurig "praten". Gelukkig is er veel verbeterd op dit terrein, hoewel: voor de ongewenste bijwerkingen van psychotherapie bestaat tot op de dag van heden niet opmerkelijk veel interesse.

Psychiatrie is een nogal subjectief vak. Hulponderzoeken spelen slechts een zeer bescheiden rol. We moeten het vooral van onze ogen en oren hebben. Men zou verwachten dat als het ergens wenselijk is de eigen mening te toetsen aan die van een collega, het in de psychiatrie is. Toch is dat minder de praktijk dan men zou denken. Natuurlijk, er worden intercollegiale consulten verricht, soms door wet- of regelgeving afgedwongen, maar naar mijn indruk niet opvallend veel.

Tot zover over wat ik heb opgestoken in mijn contacten met wat in de psychiatrie de "somatische vakken" heet. Er zou veel meer te zeggen zijn, bijv. over de achterstand van de psychiatrie op het gebied van standaarden en richtlijnen (het zou daarbij om méér moeten gaan dan alleen farmacotherapie!), over het relatieve gebrek aan naturalistische behandelstudies (er wordt wel veel onderzocht in de psychiatrie, maar vrijwel altijd betreft dit sterk geselecteerde patiëntengroepen), maar het is voldoende voor mijn stelling: manieren van denken en handelen in de psychiatrie kunnen worden bevrucht door goed te kijken hoe het in andere vakken toegaat, en door te zoeken naar analogieën. De psychiatrie kan daar alleen (nog) beter van worden.

Geldt dat ook andersom? Kunnen de andere medische disciplines er beter van worden als zij nauw contact hebben met de psychiatrie?

### **Wat kan de psychiatrie betekenen voor de overige medische disciplines?**

Bij lichamelijk zieke patiënten komen psychische stoornissen vaak voor. Het is van groot belang



deze te herkennen en zo nodig te behandelen, sowieso om onnodig lijden te verlichten, maar ook omdat zij de presentatie van de bij de lichamelijke ziekte horende klachten, het beloop hiervan en de therapietrouw kunnen beïnvloeden. In de Amerikaanse literatuur werden in de jaren zestig en zeventig hoge prevalentie-cijfers van psychische stoornissen genoemd, tot tientallen procenten toe. Dat strookte niet met mijn ervaringen. Niet iedereen die tobt heeft een depressie, niet iedereen die piekert over wat hem of haar mankeert is hypochonder. Naarmate in de afgelopen decennia betere meetinstrumenten ter beschikking kwamen, werden de getallen naar beneden bijgesteld. Desalniettemin: de prevalentie van psychische stoornissen in een ziekenhuispopulatie is hoger dan in de algemene bevolking, gemiddeld anderhalf à twee keer zo hoog. Dat geldt in het bijzonder voor de (vele) patiënten die bij onderzoek geen ons bekende lichamelijke aandoening blijken te hebben, mensen bij wie men vroeger sprak van "functionele klachten" en nu van "somatiseren".

Herkenning van psychische stoornissen bij lichamelijk zieke patiënten is dus van groot belang. Vaak heeft men het dan over de veel voorkomende, maar nogal eens miskende depressies en angststoornissen, maar herkenning van persoonlijkheidsstoornissen is ook belangrijk. Ik denk dat de psychiatrie inzichten te bieden heeft hoe men met patiënten met moeilijk gedrag om kan gaan, wat men wèl en vooral ook wat men niet moet doen.

Hoe belangrijk die herkenning/behandeling van psychische stoornissen bij lichamelijk zieken ook is, toch is dat niet waar ik aan dacht toen ik opmerkte dat in het eigene van de psychiatrie oude medische waarden schuilgaan. Het eigene van de psychiatrie is wat men het "individuele perspectief" zou kunnen noemen: wat minder aandacht voor apart te onderscheiden ziektes dan in andere medische vakken, en wat meer voor zieke individuen. De relatie tussen patiënt en arts is, gemiddeld gesproken, van groter therapeutisch belang. Bij dat individuele perspectief en de arts-patiënt-relatie gaat het om Hippocratische waarden – ik zei het al: psychiatrie is een ouderwets medisch vak. Ik wil eerst iets zeggen over ouderwetse geneeskunde (zeg: geneeskunde van vóór de 19e eeuw); daarna komt de vraag aan de orde hoe de psychiatrie zich hiertoe verhoudt. Ik sluit af met wat de mogelijke betekenis hiervan kan zijn voor de 20e-eeuwse geneeskunde als geheel.

Het centrale concept in de geneeskunde van vóór de 19e eeuw was de notie dat het menselijk organisme is op te vatten als een systeem dat in voortdurende interactie staat met zijn omgeving, en waarin de diverse functies zeer nauw met elkaar zijn verweven. Gezondheid weerspiegelde een balans, een evenwicht. Dat evenwicht liep echter voortdurend gevaar te ontregelen. *'The body was*

*a city under constant threat of siege*'.<sup>3</sup> Een stoornis in een bepaalde functie had onvermijdelijk gevolgen voor andere functies; een welomschreven lijkende orgaanstoornis weerspiegelde altijd een algemene verstoring van het evenwicht. Het idee van specifieke ziektes was wel aanwezig, maar die specifieke ziektes waren a.h.w. ingebed in het algemene concept.<sup>4</sup> *Illness*, als het individuele ziek-zijn, en *disease*, als ziekte die los kan worden gezien van de patiënt, waren nog nauw met elkaar verweven. De grote vooruitgang in de geneeskunde in de 20e eeuw is, kort gezegd, vooral toe te schrijven aan het scheiden van zieke en ziekte: de moderne geneeskunde slaagde er geleidelijk steeds beter in door de verwarrende verhalen en verschijnselen van individuele patiënten heen te kijken, bepaalde ziektes te ontdekken, en daarvoor specifieke geneesmiddelen te ontwikkelen.<sup>5</sup>

Terug naar vroeger. Het organisme had, zo veronderstelde men, een natuurlijke tendens tot herstel van het evenwicht, maar moest daarbij wel geholpen worden, en dat gebeurde vooral door de intree en de uitgang te bewaken en te reguleren: zorgen voor goed voedsel, regelmatig leven met betrekking tot allerhande prikkels van lichamelijke, psychische en sociale aard; anderzijds laxeren, zorgen voor een goede diurese, aderlaten. En natuurlijk waren er de geneesmiddelen, waarvan wij nu weten dat hun werkzaamheid meestal berustte op zgn. placebo-effecten – zo zij al effectief waren, want er zijn waarschijnlijk meer mensen doodgegaan ten gevolge van de behandelingen dan beter geworden.

Wat heeft de 20e-eeuwse psychiatrie hiermee van doen? Ik denk tamelijk veel. De psychiatrie is (nog) niet zo ver gevorderd op de weg van het scheiden van zieke en ziekte. Met het vinden van in termen van paraklinische gegevens te definiëren ziektes wil het niet zo erg vlotten – niettegenstaande de bloei van de *neurosciences*. De meeste psychiatrische stoornissen zijn alleen te definiëren in termen van beleven en gedrag. Men is druk in de weer geweest met het ontwerpen en uitbouwen van betrouwbare diagnostische classificatiesystemen à la DSM-IV, maar de betekenis ervan voor therapie en prognose in het individuele geval is relatief beperkt. Het is bovendien zeer de vraag of die steeds fijnmaziger wordende classificatie ons met betrekking tot inzicht in etiologie en pathogenese veel verder heeft geholpen. Ik ben het in dit opzicht geheel eens met Van Praag die zich dikwijls heeft gekeerd tegen de indelingswoede zoals deze zich in de DSM-IV weerspiegelt.<sup>6</sup>

De therapie in de psychiatrie is maar zeer beperkt ziekte-specifiek. De geneesmiddelen waar-

over wij beschikken zijn niet gericht op ziektes maar op symptomen resp. syndromen. Op voortsnog niet geheel opgehelderde wijze beïnvloeden zij onderliggende basale functies; stoornissen daarin kunnen tot een variëteit van psychiatrische beelden leiden. Voor psychotherapeutische interventies geldt dat zij, onverlet de winst die de laatste jaren is geboekt in een zekere uniformering, qua precieze aard en zeker qua dosering meer worden gedicteerd door de eigenschappen van het individu dan door de veronderstelde ziekte. Evidence-based-medicine in de vorm zoals dit begrip nu wordt opgevat is maar beperkt mogelijk (maar wij zouden, denk ik, al heel ver zijn als er meer disbelief-based-medicine was!) Bij het gros van de patiënten spelen algemene therapeutische maatregelen als ordenen en structureren een heel grote rol. Het bevorderen van diurese en stoelgang moge dan niet meer zo belangrijk zijn, in algemene zin is het bewaken en reguleren van "prikkel" met het oog op het handhaven van het evenwicht nog steeds van het grootste belang. Het zou goed zijn als men dit niet alleen zag als een rudiment uit vroeger tijden, als een betreurenswaardige achterstand – maar daarover dadelijk.

*Last but not least:* de placebo-effecten, verweven met en ingebed in de relatie tussen arts en patiënt. Met de term "placebo" wordt bedoeld op het gegeven dat als therapie geafficheerde middelen of procedures een heilzaam effect kunnen hebben, hoewel zij, op grond van onze inzichten in de functies van het organisme, niet werkzaam zijn. Men spreekt ook wel van niet-specifieke factoren. Bij specifieke therapieën kunnen placebo-factoren een toegevoegde waarde hebben. Het gaat dan om zaken als de hoop en verwachting van de patiënt, de overtuigingskracht van de dokter, het bieden van een verklaring (een rationale) voor de klachten, enzovoorts. Placebo-factoren spelen in de psychiatrie een grote rol. Uit onderzoek is gebleken dat de werkzaamheid van psychotherapie voor een groot deel berust op niet-specifieke factoren. Men heeft wel gesteld dat psychotherapie de ultieme placebo is.<sup>7</sup> Ook bij medicamenteuze therapie zijn placebo-factoren van groot belang. De aan de specifieke werking toe te schrijven meerwaarde van bijv. antidepressiva is geringer dan men vaak denkt.<sup>8</sup> Ik bedoel dit alles niet denigrerend, integendeel. De praktijk der geneeskunde kan niet zonder placebo-effecten, ook niet in de 20e eeuw. En daarmee kom ik op de laatste vraag die ik stelde: wat kan dit alles voor de geneeskunde van nu betekenen?

De 20e-eeuwse geneeskunde is voor velen een zegen. Er is geen reden voor nostalgie, want die ouderwetse geneeskunde was, zacht gezegd, niet bepaald succesrijk. Dat neemt niet weg dat met name op het gebied van therapie ouderwetse inzichten, zoals die o.a. bewaard zijn gebleven in de

psychiatrie, van waarde blijven. (Ik zeg o.a.: ik claim natuurlijk geen exclusiviteit voor de psychiatrie).

Ik sprak zojuist over de heilzaamheid van algemene therapeutische maatregelen, en denk dan aan zaken als registreren van klachten, geven van uitleg, ontwerpen van een dagstructuur, enzovoorts, kortom: ordenen en structureren. In het bijzonder mensen met onbegrepen lichamelijke klachten, maar ook patiënten met een duidelijke lichamelijke aandoening, kunnen hier baat bij hebben. Men cureert er geen ziektes mee, maar men kan ermee wel zieken helpen. Naar mijn indruk besteedt men in de specialistische somatische geneeskunde hier minder aandacht aan dan gewenst is. Dat heeft veel te maken met het feit dat placebo-effecten in een kwade reuk staan. Bij wetenschappelijk onderzoek van behandelingen gaat het om een hinderlijke ruis; in de praktijk van de geneeskunde echter zijn ze, ik zei het al, van groot belang. Ik voer natuurlijk geen pleidooi voor het geven van nep-pillen resp. sham-treatments. Waar ik wél voor pleit is het maximaliseren van de altijd met specifieke behandelingen verweven placebo-effecten. Waar ik ook voor pleit is placebo-effecten te beschouwen als fenomenen die wetenschappelijk onderzoek, zowel vanuit fysiologische als psychologische gezichtshoek, meer dan waard zijn. Men heeft wel geprobeerd placebo-effecten te verklaren vanuit de klassieke conditioneringstheorie, maar daar pleit wel het een en ander tegen (o.a. dat geen extinctie optreedt).<sup>9</sup> Er is meer aan de hand. Aan het ontrafelen van de werkzame componenten bij placebo-effecten zouden psychiatrie en psychologie (ik ben zo vrij deze samen te nemen) wel eens een heel belangrijke bijdrage kunnen leveren. Het gaat immers om de psychotherapeutische ingrediënten in het therapeutisch handelen.

Wat heb ik willen betogen? Op 20 september 1899 eindigde Jelgersma zijn oratie met de zinsneden: "De psychiatrie is (-) door hechte banden aan de algemeene medische wetenschap verbonden; (--). De medische wijze van onderzoeken en de medische wijze van denken hebben haar gemaakt tot wat zij thans is."<sup>10</sup> Hierin ligt een opdracht besloten. Continue voeding met 20e-eeuwse wijzen van onderzoek en denken kan geen kwaad; de psychiatrie heeft zeker een achterstand in te lopen. Maar het zou jammer zijn als bepaalde ouderwetse inzichten die in de psychiatrie nog een belangrijke rol spelen daarbij zouden sneuvelen. Die zijn en blijven van belang, niet alleen voor de psychiatrie, ook voor de gehele geneeskunde. Psychiatrie is een ouderwets medisch vak in de dubbele betekenis die het woord "ouderwets" heeft.

## Noten

- 1 Schnabel P. Het eigene en het aardige van de geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: NcGv, 1987.
- 2 Rooijmans HGM. De betekenis van het werk van H.C. Rümke voor de huidige psychiatrie. In: Nijdam SJ en Rooijmans HGM (red). Vorm en inhoud – een keuze uit de essays van H.C. Rümke. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1981.
- 3 Rosenberg Ch E. The therapeutic revolution: Medicine, meaning, and social change in nineteenth-century America. In: Explaining Epidemics and other studies in the History of Medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
- 4 Temkin O. The scientific approach to Disease: specific Entity and Individual Sickness. In: The Double Face of Janus and other essays in the History of Medicine. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1977.
- 5 Neve M. Conclusion. In: Conrad LI, Neve M, Nutton V, Porter R, Wear A. The Western Medical Tradition 800 BC to AD 1800. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
- 6 Van Praag HM. "Make-believes" in Psychiatry or the Perils of Progress. New York: Brunner-Mazel, 1993.
- 7 Zie o.a. Van Dyck R. Psychotherapie, placebo en suggestie. Leiden, 1986 (proefschrift).
- 8 Moncrieff JJ, Wessely S, Hardy R. Meta-analysis of trials comparing antidepressants with active placebos. *Brit J Psychiatry* 1998; 172; 227-31.
- 9 Zie o.a. Harrington A (ed). The Placebo Effect- an interdisciplinary exploration. Cambridge (Mass.): Harvard University Press, 1997.
- 10 Jelgersma G. Psychologie en Pathologische Psychologie. Leiden: S.C. van Doesburgh, 1899.

## **9. Terugblik op mijn professionele leven**

Gepubliceerd als paperback en eboek; Jelgersma Open Access Publicaties, 2016<sup>\*)</sup>

*Studie en militaire dienst – Opleiding (1965-1970) – Consulent psychiatrie (1970-1976) – Mijn Leidse tijd I (1976-1987) – Mijn Leidse tijd II (1987-1999) – RGO en daarna (1999 – )*

### **Studie en militaire dienst**

Geboren in 1937 in Amsterdam, bezocht ik aldaar het gymnasium van het Ignatiuscollege waar ik in 1955 eindexamen deed. Dat ik daarna zou gaan studeren stond vast. Dat was een vanzelfsprekendheid in ons gezin. Mijn vader en moeder hadden geen universitaire opleiding. Mijn vader was aanvankelijk onderwijzer, haalde vervolgens M.O.-aktes in geschiedenis en Frans, en was toen ik werd geboren al vele jaren geschiedenisleraar, eveneens aan het Ignatiuscollege. Mijn moeder was voor haar huwelijk onderwijzeres. Ik was de jongste in het gezin. Mijn broer en zussen waren ook een universitaire studie gaan volgen.

Studeren dus, maar wat? Hoewel ik een gymnasium-beta-diploma had, ging mijn interesse tenminste evenzeer uit naar alfa-vakken. Ik dacht over Nederlands – maar dan zou ik nog een colloquium doctum voor het alfa-diploma moeten volgen. Ook overwoog ik psychologie te gaan studeren. Mijn vader vond dat ik dan naar Nijmegen zou moeten want psychologie studeren aan de goddeloze Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam stuitte bij hem als traditioneel rooms-katholiek op ernstige bezwaren. Eventueel zou ook de VU een optie zijn geweest. Uiteindelijk werd het medicijnen. Je kon daar tenslotte, zoals men zei, vele kanten mee op. En dat is ook zo. Een beroepsbeeld (dokter worden) vormde geen primair motief. Maar ik ben het wel geworden – met hart en ziel.

En zo begon ik in 1955 met mijn studie geneeskunde aan de GU(nu UvA). De studie verliep vlot, al boeide de stof mij zeker in de eerste jaren niet overmatig. Het was veel stampen, maar dat ging mij redelijk goed af. In de doctoraalfase kreeg ik interesse in de psychiatrie. Dat kwam niet zozeer door de colleges van de toenmalige hoogleraar in de psychiatrie, prof. dr. L. van der Horst. Die begreep ik maar half. (Van der Horst was overigens zowel hoogleraar aan de GU als aan de VU.) Gelukkig waren er de repetitiecolleges, gegeven door dr. P. Th. Hugenholtz. Ik had zelf de leerboeken van prof. dr. H.C. Rümke aangeschaft, en die vond ik fascinerend. Achteraf denk ik:

---

<sup>\*)</sup> zie: [colofon](#).

vooral door de literaire kwaliteiten ervan. Vanaf de middelbare schooltijd was lezen mijn passie. Die bewondering voor Rümkes werk heb ik gehouden. Sommige van zijn inzichten blijven in mijn ogen van waarde. In 1981 maakte ik samen met Syds Nijdam (toentertijd hoogleraar psychiatrie in Nijmegen) een keuze uit de opstellen van Rümke.<sup>1</sup> In de inleiding op deze bloemlezing betoogde ik dat Rümkes werk zijn belang vooral blijft ontleen aan de beschouwingen over de grenzen van ons vak. Rümke was bezorgd over het risico dat men psychisch gezonden voor ziek houdt dan voor het omgekeerde. Hij waarschuwde er keer op keer voor menselijke nood en ellende niet te snel als ziekte te bestempelen, omdat dat een aantasting zou zijn van de menselijke waardigheid. Ik kwam daarop ook uitgebreid terug in een plenaire lezing op het voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie in 1995, getiteld "De grenzen van de psychiatrische bemoeienis", waarin ik de pretenties van de psychiatrie hekelde.

In mijn studiejaren ontwikkelde ik ook interesse in de geschiedenis van de geneeskunde. Die historische belangstelling had ik niet van een vreemde: zoals vermeld was mijn vader geschiedenisleraar. De twee verplichte scripties tijdens de co-assistentschappen verloskunde en chirurgie handelden over resp. "Historische opvattingen over de menstruatie" en "Reizende meesters". Toen ik heel veel later, in de jaren tachtig, prof. dr. G.J. Kloosterman, tijdens mijn studietijd hoogleraar gynaecologie en verloskunde, persoonlijk ontmoette, was ik als een aap zo trots dat hij zich mijn scriptie herinnerde. Hij was een hoogleraar die ik bewonderde, vooral vanwege de wijze waarop hij tijdens zijn colleges met patiënten omging. Die stak nogal of bij de neerbuigende, en in mijn ogen soms ronduit botte, manier waarop sommige andere hoogleraren dat deden. De interesse in de geschiedenis heb ik behouden, maar in de loop der jaren vooral toegespitst op de psychiatrie.

Al mijn co-assistentschappen volgde ik in het Wilhelminagasthuis (WG) en Binnengasthuis (BG). In Paviljoen III (Psychiatrie) liepen de patiënten toentertijd nog in gestichtskleding rond. Als co-assistent bracht je veel tijd door op de zolder waar een pingpongtafel stond. Om daar te komen was niet zo eenvoudig. Prof. van der Horst hield er namelijk niet van dat co-assistenten van de lift gebruik zouden maken. Het kon goed gaan als je je (lange) witte jas optrok tot het niveau van het korte jasje van broeders. Broeders mochten namelijk wel in de lift. De overlevering wilde dat Van der Horst wat kippig was. Het waren overigens de laatste dagen van Van der Horst als hoogleraar. Rond zijn opvolging ontstond in de Amsterdamse pers enig rumoer. Hugenholtz zag zichzelf als de aangewezen opvolger, maar het liep anders. Benoemd werd dr. P.C. Kuiper, tot dan lector in Groningen.

In 1962 kreeg ik bij mijn semi-artsexamen twee onvoldoendes (voor interne geneeskunde en kindergeneeskunde). In principe zou ik dan gezakt moeten zijn en drie maanden gekregen moeten hebben, maar de voorzitter van de examencommissie, prof. dr. J.G.G. Borst, zei dat hij dit niet van mij had verwacht en gaf mij twee herexamens. In 1963 behaalde ik zonder problemen mijn arts-examen.

In de jaren van mijn co-schappen besloot ik psychiatrie te willen gaan doen. Of misschien neurologie – ook dat vak trok me, vooral vanwege het gepuzzel om op grond van bepaalde symptomen de plaats te kunnen vinden in de hersenen of ruggenmerg waar iets mis was. Een definitieve keuze daartussen hoefde ik echter nog niet te maken, want de opleiding tot zenuwarts omvatte beide. Ik solliciteerde bij prof. Kuiper, en werd aangenomen. Ik kon beginnen na afloop van mijn militaire diensttijd. Ik hoefde ook niet eerst in psychoanalyse, iets waar enkele studiegenoten die ook hadden gesolliciteerd nogal van opkeken want de mare ging dat Kuiper dat altijd als eis stelde. Mogelijk speelde een rol dat ik aangaf er niet op uit te zijn later vooral als psychotherapeut te gaan werken.

Het beeld van het sollicitatiegesprek staat mij nog redelijk scherp voor ogen: een grote kamer in Paviljoen III van het Wilhelminagasthuis, Kuiper en ik gezeten in twee makkelijke stoelen, en in een hoek van de kamer, achter ons, een wat nors kijkende, forse man die zich niet met het gesprek bemoeide. Dat bleek dr. Jan Bastiaans te zijn, toentertijd verbonden aan de Amsterdamse kliniek. Later in mijn professionele leven, in mijn Leidse tijd, zou ik nog veel met hem te maken krijgen. Waarom hij bij het sollicitatiegesprek aanwezig was weet ik niet.

In augustus 1963 trad ik in militaire dienst. Ik had er van de verplichte 21 maanden al vier opzitten: tijdens mijn studiejaren had ik in de zomermaanden al 2x twee maanden gediend (de zgn. medische regeling). Ik kwam terecht bij de sectie GGZ van de Inspectie Militair Geneeskundige Dienst in Den Haag. Vanaf 1 januari 1964 werd ik districtopsychiater Noord, met als standplaats Assen. Het feit dat ik geen psychiater was werd voor een dergelijke functie niet als belemmering gezien, integendeel. Men zou daardoor, zo zei mijn chef, beter contact kunnen hebben met de onderdeelartsen die immers jaargenoten waren.

Het was fascinerend werk. Ik hield zowel spreekuur in Assen, in het portiersgebouwtje van het Gewestelijk Militair Hospitaal als in de legerplaats te Harderwijk. Ik zag voornamelijk dienstplichtigen die afgeknapt waren dan wel dreigden dat te doen. Het waren geen recruten meer; zij



behoorden tot wat men toen noemde "de parate hap". Ik probeerde hen te helpen met een of enkele gesprekken, met medicijnen of met andere maatregelen. Ik beschikte weliswaar niet over veel psychiatrische of psychotherapeutische kennis, maar met *common sense* komt men een heel eind, en al doende leert men. Soms probeerde ik een overplaatsing te realiseren. En in een niet onaanzienlijk aantal gevallen kwam het tot een voordracht bij de Herkeuringsraad voor afkeuring (S5). Ik reisde ook heel wat rond, want het district Noord omvatte ook enkele legerplaatsen op de Veluwe, en zelfs in Duitsland (Hahne, Seedorf).

Het was een zeer leerzame tijd.<sup>2</sup> Ik heb veel opgestoken van mijn voorganger (Haiko Jonkhoff). Zo leerde hij mij een aanpak voor de behandeling van bedwateren, iets wat nogal eens voorkwam. Zoals voor de hand ligt, leden bedwateraars erg ander hun kwaal. Zij werden vaak 's nachts gewekt door de sergeant van de week die dan klossend de slaapzaal op kwam. Jonkhoff had een eigen therapie ontwikkeld die vooral als kern had dat de patiënten een geloofwaardige, maar overigens niet erg reële verklaring (rationale) voor hun klachten werd aangereikt. Na een tekening te hebben voorgelegd van het urogenitaal apparaat was de hamvraag: "hoe vaak moet je overdag plassen?" Als men antwoordde "een paar keer", zei hij: "geen wonder dat je 's nachts plast". Het mag verbazing wekken, maar het ging er in als koek. De patiënt kreeg een plastraining voorgescreven ("als een hondje leren plassen") – naast enkele algemene therapeutische maatregelen. Eigenlijk was het directieve therapie *avant la lettre*. Met de directieve therapie zou ik later uitgebreid kennismaken in Leiden. Jonkhoff had er overigens meer succes mee dan ik! Met zijn gestalte en zijn baard straalde hij een natuurlijk gezag uit. Voor zover ik weet is hij huisarts geworden.

Ik deed het werk niet in m'n eentje. Ik werd eerst bijgestaan door een psycholoog (Cees Struycker Boudier), later een socioloog (Joost Muller). Vooral met de laatste kon ik het zeer goed vinden. Ook kon ik terugvallen op een tweetal consultants, dr. Jaap de Wilde en dr. Jan Venema, beiden verbonden aan de psychiatrische inrichting Dennenoord te Zuidlaren.

Dankzij De Wilde kreeg mijn loopbaan een andere draai. Hij overtuigde mij er van dat het misschien beter was als ik me in Groningen zou gaan specialiseren. Dat viel bij mijn vrouw en mij (wij waren in 1964 getrouwd) in goede aarde want het beviel ons in het Noorden erg goed. En dus solliciteerde ik bij de kort tevoren benoemde hoogleraar psychiatrie aldaar, prof. dr. Kuno van Dijk, en bij prof. dr. Jan Droogleever Fortuyn (neurologie). Ik werd door beiden aangenomen. Ik schreef een brief aan prof. Kuiper dat ik afzag van mijn opleidingsplaats bij hem. Hij nam mij dat niet in dank af, hij was duidelijk gekrenkt. In later jaren kwam hij er wel eens op terug. Overigens

nodigde hij mij in 1968 wel uit om een voordracht te houden over mijn promotie-onderzoek op een van hun stafbijeenkomsten. Kuiper was zonder twijfel een ijdele man, zoals ook pregnant naar voren komt in zijn in 1988 verschenen boek over zijn depressie, "Ver heen".<sup>3</sup> Maar ik was wel een bewonderaar van sommige van zijn geschriften. Dat gold vooral zijn in 1976 uitgekomen boek "De mens en zijn verhaal", over de inhoud waarvan wij voor de publicatie een gesprek hadden bij hem thuis.<sup>4</sup> Hij gaf mij toen de drukproeven ter lezing mee, hetgeen mij natuurlijk nogal streefde. Dit boek heeft, naast een artikel uit 1969 van W.F. van Leeuwen "het psychoanalytisch minimum" (waar ik nog op terugkom), zeker bijgedragen aan mijn visie op het psychoanalytisch gedachten-goed.

Het was oorspronkelijk de bedoeling dat ik met de neurologie-opleiding zou beginnen. Ik zou dan starten met wetenschappelijk werk. Prof. Droogleever Fortuyn vond mij daarvoor wel geschikt. Op grond waarvan hij dat dacht weet ik niet, maar het vleide mij wel. Ik zou gestationeerd worden op de afdeling Ontwikkelingsneurologie van dr. Heinz Prechtl, alwaar ik mij dan bezig zou houden met electro-encefalografische studies van proefdieren. Het liep anders: op de Psychiatrie was eerder plaats – althans, dat leek zo (zie verder).

In de herfst van 1964 kreeg ik van mijn militaire chefs de vraag voorgelegd of ik bereid was de laatste vier maanden van mijn diensttijd als arts werkzaam te zijn in het Psychopatenasiel te Avereest (Balkbrug). Men had tekort aan artsen in die sector, en het Departement van Justitie had een beroep gedaan op het ministerie voor Volksgezondheid om een arts af te staan. Half oktober trad ik in dienst bij Justitie. Ik reed iedere dag heen en weer tussen Zuidlaren (waar wij toen woonden) en Balkbrug, een afstand van ongeveer 70 kilometer, maar je kwam in die dagen soms maar enkele auto's tegen! De bijna vier maanden die ik in Avereest heb doorgebracht hebben mij in elk geval enig inzicht gegeven in de problemen bij de behandeling van psychisch gestoorde delinquenten. Op 1 februari 1965 begon ik met mijn formele opleiding in de psychiatrie.

### **Opleiding (1965-1970)**

In Groningen was ik tweemaal eerder in mijn leven geweest, het academisch ziekenhuis (APSAZ: Algemeen Provinciaal Stads- en Academisch Ziekenhuis) kende ik niet, en uiteraard evenmin de Psychiatrische Kliniek. Ik voelde me dan ook als een kat in een vreemd pakhuis. Daar kwam bij dat op 1 februari geen assistentenplaats in de kliniek beschikbaar was. Prof. van Dijk zei dat ik maar moest beginnen met wetenschappelijk werk. Dat zou goed uitkomen, omdat de opleiding

inmiddels van vier tot vijf jaar was verlengd. Daar zou heel goed een wetenschappelijke stage in passen. (Die verlenging werd overigens na enkele jaren weer ongedaan gemaakt.) Dat wetenschappelijk onderzoek zou moeten bestaan uit een studie hoe een psychiater tot zijn beslissingen kwam, onder leiding van de toenmalige lector in de medische psychologie, dr. Pieter Boeke. Directe aanleiding tot deze vraag was een scriptie van een psychologisch student naar de invloed van een psychologisch rapport op de beslissingen van een psychiater. Die invloed bleek – niet verbaazingwekkend – zeer gering.

En zo kwam ik terecht op een kamertje op de zolderverdieping van de kliniek, met om mij heen allerlei literatuur over *decision-making*. Eerlijk gezegd, werd ik daar niet veel wijzer van. Met steun van Boeke en diens medewerkster Dien Schut, statistica, lukte het mij een paar eenvoudige experimenten (vraag- en antwoordspelletjes) op te zetten. Dat is de basis geworden van mijn proefschrift. Ik ben met het werken daaraan doorgegaan, maar was wel dolblij toen ik op 1 mei van dat jaar in de kliniek mocht gaan werken. Ik kwam terecht op de afdeling voor neurotische vrouwen. Op het onderzoek voor mijn proefschrift kom ik verderop terug.

De opleiding was doortrokken van psychoanalytische inzichten – zoals trouwens vrijwel de gehele Nederlandse academische psychiatrie in die jaren. We kregen twee psychoanalytische seminars per week (en een in de Rogeriaanse therapie), en verrichtten in het verloop van de opleiding twee a drie gesuperviseerde therapieën. De therapie "on analytic lines" had een frequentie van 3x per week. De gedragstherapie was toen net in opkomst. In mijn opleidingsjaren bezocht ik een bijeenkomst in Heiloo waar Joseph Wolpe, een van de grondleggers, een lezing gaf.

Mijn eerste analytische therapie (geheel klassiek: de patiënt op de divan en de therapeut in een stoel daarachter) liep uit op een drama. De patiënt (een depressieve student) pleegde suïcide tijdens een tijdelijke stop van de therapie. Die pauze, ingelast op advies van mijn supervisor, vond plaats, omdat ik, door het overlijden van mijn vader in augustus 1966, mijn hoofd er niet helemaal bij had. Natuurlijk besef ik dat het wellicht ook zou zijn gebeurd als ik met de therapie was doorgegaan, maar de gedachte dat ik het anders had moeten aanpakken (na een goede uitleg van mijn situatie tijdelijke vermindering van de contacten tot bijv. 1x per week) heeft mij nooit losgelaten. Later, in de jaren dat ik psychiatrisch consultant was, heb ik veel patiënten gezien die een suïcidepoging gedaan hadden. Soms liet je hen, na wikken en wegen, gaan. Het is ongetwijfeld wel eens misgelopen, maar dat is mij minder bijgebleven dan die eerste suïcide.

De psychoanalytische leer boeide me wel, maar niet overmatig. Om het modieus te zeggen: ik kon er niet veel mee. Toch moet ik zeggen dat ik van mijn supervisor, de toenmalige hoofdassistent Jan Pols, leerde hoezeer een psychoanalytisch *frame-work* behulpzaam kan zijn bij het begrijpen van een persoon en zijn of haar klachten. Hij schreef korte, heldere beschouwingen over de patiënten op de afdeling vanuit analytisch perspectief. Bij de psychoanalyse als geheel echter had ik een wat ongemakkelijk gevoel, en dat gevoel is in de loop der jaren eerder sterker dan zwakker geworden. Het gold vooral de metapsychologie, d.w.z.: de wijze waarop men zich voorstelt dat het psychisch apparaat is opgebouwd en werkt. Wat mij vooral tegen stond was dat men teveel wilde "verklaren". Ik meen dat Renate Rubinstein eens in een van haar columns opmerkte dat in de psychoanalyse geen mus van het dak kan vallen zonder dat daar een betekenis achter zit. Het wereldbeeld was ook erg gesloten: voor sociale invloeden was weinig plaats. Zij waren eigenlijk vooral van belang als de lont in het kruitvat, waarmee heftige, maar grotendeels onbewuste, intrapsychische conflicten konden worden losgewoeld.

Een eye-opener was voor mij een artikel van W.F. van Leeuwen in het Hollands Maandblad uit 1969 over "Het psychoanalytisch minimum".<sup>5</sup> Van Leeuwen onderscheidde scherp twee soorten verklaringen of hypothesen in de psychoanalyse die hij aanduidde als A- en B-hypothesen. De A-hypothesen hadden betrekking op motieven en betekenissen ("Verstehen"), de B-hypothesen op causale mechanismen of processen van een hypothetisch psychisch apparaat ("Erklären"). De laatste behoren tot de metapsychologie, en kunnen volgens van Leeuwen in een analyse gemist worden. En – voeg ik er aan toe – eigenlijk ook grotendeels in psychiatrische diagnostiek. Ze zijn naar mijn indruk nogal eens onnodig gecompliceerd. Van Leeuwen omschrijft de A-hypothesen als zoekschema's, die van een geheel andere orde zijn dan universele wetenschappelijke hypothesen van het type "alle zwanen zijn wit" (te falsifiëren door het vinden van een zwarte zwaan). De minimum-theorie die hij ontvouwt berust op een paar eenvoudige uitgangspunten, te weten: we zijn ons niet altijd bewust van onze motieven, behoeften, verlangens; motieven etc. zijn soms onbewust met elkaar in conflict met als resultante dat sommige worden "afgeweerd"; onze motieven etc. zijn gebaseerd op vroegere ervaringen. Op basis van deze uitgangspunten gaat men in het universum van die ene persoon "op zoek" naar zinvolle samenhangen en betekenissen. Ik besef dat ik met deze uiterst korte samenvatting van de visie van Van Leeuwen hem niet helemaal recht doe, maar dit was voor mij de essentie. Zijn publicatie heeft mij indertijd zeer geïnspireerd.

Mijn tweede stage speelde zich af op de afdeling voor psychotische mannen. Ik was daar hoofdassistent en had de dagelijkse leiding. Ik leerde daar ook "shocken", netter gezegd: elektroconvulsietherapie toepassen. Dat gebeurde toen zonder narcose. Veel problemen deden zich overigens niet voor. Ik herinner mij vooral dat sommige ernstig depressieve patiënten vroegen om (weer) geshockt te worden omdat zij daarmee eerder goed geholpen waren. ECT werd ook eigenlijk alleen toegepast bij ernstig depressieve patiënten. Daarnaast werd ruim gebruik gemaakt van neuroleptica, met name chlorpromazine, vaak in een cocktail gegeven met phenergan en een barbituraat. En, niet te vergeten, het kort tevoren geïntroduceerde antidepressivum imipramine. De opleiding mocht dan doortrokken zijn van psychoanalytische inzichten, dat betekende niet dat we wars waren van "biologische" behandelmethoden. Ook werden wel roborerende insulinekluren gegeven (een afgezwakte vorm van de insulincomatherapie), en een enkele maal ook koolzuurinhalietherapie bij patiënten met "vastzittende" neurotische conflicten. Het was ook de tijd dat iedere opgenomen psychiatrische patiënt recht had op een lumbaalpunctie en een EEG! In mijn eerste stage leerde ik lumbaal te punteren van een mede-assistent die al neurologie had gedaan. Die onderzoeken leverden zelden iets op. De EEG's vertoonden nogal eens "temporale onregelmatigheden", maar die hadden volgens de neurofysioloog geen klinische betekenis.

Na mijn klinische stages werkte ik nog geruime tijd op de polikliniek, en daarna parttime zes maanden in de kinderpsychiatrie (parttime, omdat ik de rest van de tijd besteedde aan het schrijven van mijn proefschrift). De stage kinderpsychiatrie bestond uit drie maanden polikliniek en drie maanden observatiekliniek. De polikliniek stond toentertijd onder leiding van een orthodoxe psychoanalyticus, J.H. Hokse. Ik herinner mij dat alle patiëntjes drie maal werden gesproken en/of geobserveerd, en er driemaal een gesprek met de ouders plaatsvond. Dat was een ijzeren wet – evenals het vervolg op de diagnostiek: alle kinderen werden op de wachtlijst geplaatst voor psychotherapie. Dat hield ongeveer twee jaar wachten in. Ik vond dat een nogal merkwaardige gang van zaken, en vroeg mij af of de mate van uitvoerigheid van de diagnostiek en de aard van de therapie niet meer aangepast konden worden aan wat het kind mankeerde. Men vond dat een beetje een ongepaste vraag.

De observatiekliniek werd geleid door dr. Jannie Sanders-Woudstra, die later hoogleraar zou worden in Rotterdam. Van haar heb ik veel geleerd, o.a. het belang van de ontwikkelingsstadia. Zij was ook analytica, maar had een heldere, nuchtere blik op kinderen. Bovenal was zij een wijze vrouw, met humor en relativiseringsvermogen. Ik bewonderde haar, en heb later, toen ik naar het

Westen was afgereisd, nog regelmatig contact met haar gehad.

Nadien volgde nog een zes maanden durende stage in een psychiatrische inrichting, Dennenoord te Zuidlaren, waar mijn vrouw werkzaam was als algemeen arts voor de somatische zorg. Ook daar heb ik veel opgestoken, zeker van mijn supervisor, Harry den Olde. Hij verstond als geen ander de kunst van zorgvuldige beschrijving van psychopathologische fenomenen. Die kunst is helaas in de psychiatrie grotendeels verloren gegaan.

De verplichte sociaal-psychiatrische stage werd mij vanwege mijn werk tijdens de militaire dienstperiode kwijtgescholden. Op 1 april 1968 ging ik over naar de Neurologie.

Zoals te doen gebruikelijk in die tijd, begon ik met een drie maanden durende stage op het Ademcentrum waar patiënten lagen die beademd moesten worden. Ik voelde mij aanvankelijk in het diepe gegooid, stond met twee linkerhanden. Maar het was zeer leerzaam – en soms emotionerend. Zo herinner ik mij nog goed dat er een meisje was opgenomen dat een (niet eens zo ernstige) suicidepoging had gedaan waar zij achteraf spijt van had. Zij ontwikkelde longcomplicaties waaraan zij uiteindelijk overleed.

Nadien volgde een stage van 6 maanden op een klinische afdeling. De neurologische diagnostiek van de jaren zestig is niet te vergelijken met die van nu. Als hulponderzoeken hadden we het EEG (en EMG), het voor patiënten soms heel vervelende pneumoencefalogram (PEG), het nog niet zo lang tevoren geïntroduceerde echo-apparaat, de schedelfoto (waar je zelden iets aan had), in incidentele gevallen angiografie, en natuurlijk de lumbaalpunctie. Maar het belangrijkste was het neurologische "handwerk": een zorgvuldige anamnese en het "gewone" neurologische onderzoek. Die zijn natuurlijk ook het belangrijkste gebleven! Wat mij in mijn herinnering vooral naar boven komt is iets dat ik heb geleerd van de chef de clinique, Ebo Blokzijl. Een "leermoment", zagezegd. Ik had uitvoerig een patiënt onderzocht die voor nadere diagnostiek was opgenomen. Ik kwam er niet uit, en vertelde dat aan Ebo. Die keek mij aan, en zei: "denk je dat wij hem hadden opgenomen als het zo eenvoudig was?" Hij raadde mij aan de volgende dag nog eens opnieuw de anamnese op te nemen. Hij had natuurlijk gelijk. Opgevoed met de gedachte dat de zon niet mag ondergaan voordat je een diagnose hebt gesteld, was ik veel te ongeduldig.

Na deze stage werkte ik één jaar op de polikliniek. Ik was daar hoofdassistent, en in die functie had ik ook de taak neurologische consulten op de afdeling Interne Geneeskunde te verrichten. Dat werk boeide mij zeer: je moest snel je een oordeel vormen of er sprake was van een neurologische

aandoening, helder communiceren met de aanvrager, en zo mogelijk praktische adviezen geven. Mijn ervaringen hiermee hebben de basis gelegd voor mijn interesse in de consultatieve psychiatrie.

Prof. Droogleever Fortuyn, had niet veel bemoeienis met het dagelijkse klinische werk, al leidde hij wel de wekelijkse klinische demonstratie. Hij was, geloof ik, nogal op mij gesteld, en ik zeker op hem. Het was een heel spirituele man. Hij was ook aanwezig bij mijn oratie in Leiden in 1977 en op het feest daarna bij mij thuis, en gaf mij een boekje met als aantekening er in: "13 mei 1977 – bevrijdingsdag van de psychosomatiek". Ook stond er een opdracht in: '*à l'élève le plus protestant*'. Ik heb lang gepiekerd waar dit op sloeg. Ik denk: niet op mijn opleidingstijd, waarschijnlijk op mijn actieve opstelling in de democratiseringsdiscussie van eind jaren zestig. We waren toen allemaal wat aangestoken door het 1968-virus. Zo herinner ik mij nog goed discussies in de bibliotheek van de P.N.K. (Psychiatrisch-Neurologische Kliniek) waarin wij (arts-assistenten) er bij Droogleever op aandrongen de Amsterdamse neuroloog dr. Hans Oosterhuis naar Groningen te halen als lector. Waarom wij dat zo graag wilden weet ik niet meer. Ik kende Oosterhuis overigens goed. Hij was een dispuutsgeenoot van me geweest in Amsterdam. Ik had hem vroeger ook geholpen bij zijn promotie-onderzoek over myasthenie. Oosterhuis werd later (in 1976) inderdaad lector, maar toen was ik al vertrokken naar Leiden.

*Last but not least*: mijn proefschrift.<sup>6</sup> Aanvankelijk voerde ik experimentjes met vraagantwoordspelletjes uit om enige grip te krijgen op de beslissingsstrategie van de psychiater. Die strategie is te zien als een sequens van beslissingen: te nemen maatregelen (opname ja of nee; zo ja, open of gesloten afdeling), aanvragen van hulponderzoek, uitspraken, enzovoorts. Veel verder kwam ik daar niet mee, ook niet met een vrij ingewikkeld life-experiment, waarbij een psychiaterproefpersoon alle beslissingen over een reële patiënt zou moeten nemen, maar alleen op geleide van door hem gevraagde informatie, en zonder de patiënt in kwestie ooit te zien. Ik perkte daarom het onderzoeksveld in tot de vraag welke informatiestrategie gevolgd wordt om tot een classificatorische diagnose te komen. Ik deed dat vooral omdat in de spelletjes was gebleken dat vrijwel alle proefpersonen er op gespist waren zo snel mogelijk een classificatorische diagnose te stellen. Geen wonder zal men nu zeggen, maar in die tijd werd vaak smalend gesproken over "labels". Veel belangrijker was de doorschouwing van de individuele patiënt, bij voorkeur vanuit psychoanalytisch perspectief (Terzijde: de psychiatrie kende in die tijd nog geen uniform classificatiesys-

teem, laat staan diagnosecriteria. Een eerste aanzet daartoe werd geleverd door Feighner en medewerkers in 1972.<sup>7</sup> De Groninger kliniek boekte zo goed en zo kwaad als dat ging volgens het A.P.A.-systeem, d.w.z. de eerste editie van de DSM uit 1952.) Ik onderzocht die informatiestrategie wederom in een soort spelsituaties waarbij de proefpersonen gedoseerd brokjes informatie kregen voorgeschoteld waarna zij steeds een (door mij zelf vervaardigde) diagnoselijst moesten invullen. Slechts zelden waren de proefpersonen het eens over de informatieve waarde van de gegevens, maar voor vrijwel iedereen gold dat men heel snel een diagnose in het hoofd had, en zich niet van de wijs liet brengen door later verstrekte, ook belangrijk lijkende gegevens. Men raakte snel ge-bias-ed; men keek als het ware door een gekleurde bril. Die bevinding kon ik repliceren in een experiment tijdens een intake-bespreking.

Op grond hiervan besloten we dat "kijken met een gekleurde bril" te gaan onderzoeken. Op basis waarvan ontstaat die eerste diagnostische mening? Natuurlijk de hoofdklacht, resp. reden van verwijzing, maar wellicht waren ook andere elementaire gegevens van belang. En een tenminste even belangrijke vraag was: welke kenmerken of eigenschappen van de diagnosticus liggen mede ten grondslag aan die "biasing"?

Het onderzoek van factoren die van belang zijn bij het snel ontstaan van diagnostische meningen (vooroordelen) is het meest oorspronkelijke deel van mijn proefschrift. Het heeft toen ook wel enige aandacht getrokken in de algemene pers. Bij de diagnosticus gaat het om zaken als ervaring (wij vonden al eerder vrijwel geen verschil tussen assistenten met 1 jaar ervaring en stafleden), opvattingen over het onderscheid tussen verschillende stoornissen, verwachtingspatroon (o.a. afhankelijk van de context waarin de diagnosticus werkt), en wellicht ook het doel waartoe hij diagnostiseert. Wij gingen bij dat laatste uit van het vermoeden dat bij iedere behandelende arts – in tegenstelling tot een keurend arts – ideeën over therapeutische mogelijkheden bij de hem aangeboden patiënten een rol spelen bij zijn diagnosestelling: de dokter wil tenslotte graag iets "doen".

Het experiment bestond er uit dat schriftelijke informatie over tien patiënten werd voorgelegd aan twee groepen psychiaters/psychiatrische assistenten. De ene groep (de "praktijk-groep") werd verzocht diagnoses te stellen zoals zij dat in de dagelijkse routine gewend waren te doen; de andere groep kreeg in groepsverband de ziektegeschiedenissen voorgelegd met het verzoek hierop diagnoses te stellen alsof zij examenkandidaten waren die er van blijk moesten geven hun leerboeken te kennen. Ter wille van de geloofwaardigheid werd door de hoogleraar (die de sessie leidde) meegedeeld dat dit proefexamen plaats vond in het kader van de ontwikkeling van nieuwe exa-



mentechnieken. Men was vrij in zijn diagnostische formuleringen. Na afloop werd de verzameling diagnoses – zonder rekening te houden met de groepsindeling omgezet in classificatorische diagnoses.

Er bleken bij drie patiënten verschillen aanwezig tussen de twee groepen in voorkeursdiagnose. Teneinde onze vooronderstelling te toetsen dat dit zou samenhangen met therapeutische attitude legden wij geruime tijd later de twee meest gestelde diagnoses bij iedere patiënt voor aan een aantal psychiaters, met de vraag aan te geven welke diagnose van iedere twee het meest therapeutisch beïnvloedbaar was. Daarover bestond grote overeenstemming. Onze hypothese werd bevestigd (voorzover dat mogelijk is in een exploratief onderzoek!): de praktijkgroep bleek in de drie gevallen gekozen te hebben voor de therapeutisch meer beïnvloedbare diagnose.

Een tweede experiment had betrekking op de informatieve waarde van elementaire gegevens. Geven die een *bias* in een bepaalde richting? We kozen voor leeftijd en beroep (als indicator van sociale laag). We vervaardigden acht ziektegeschiedenissen in vier variaties (lage versus hogere leeftijd en lage versus hoge sociale klasse) en legden die voor aan in totaal 16 psychiaters op zodanige wijze dat steeds vier proefpersonen dezelfde variatie kregen. Bij iedere ziektegeschiedenis moesten zij vijf gegeven diagnostische alternatieven rangschikken naar graad van waarschijnlijkheid.

De resultaten stelden mij toch wat teleur. Leeftijd bleek belangrijk, dat lag ook voor de hand, maar sociale klasse leek er, in tegenstelling tot onze verwachting, niet veel toe te doen.

Ik promoveerde in december 1969 bij Kuno van Dijk en Pieter Boeke, enkele weken voordat ik mijn erkenning als specialist kreeg. Vooral aan Boeke en zijn medewerkster Dien Schut ben ik veel dank verschuldigd. Pieter is een goede, vaderlijke vriend van mij geworden. In de jaren tachtig, tijdens mijn Leidse tijd, heb ik bij hem en zijn vrouw Tine nogal eens steun gezocht, en gevonden.

Mijn proefschrift was mijn eerste wetenschappelijke publicatie.<sup>8</sup> Achteraf heb ik wel betreurd dat ik over mijn bevindingen niet meer heb gepubliceerd in tijdschriften. Wel schreef ik er een algemeen artikel over voor het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.<sup>9</sup> Ik bood een artikel aan over de therapeutische "bias" aan de *Archives of Psychiatry*, maar de hoofdredacteur vond het te lang. Als ik het zeer aanzienlijk zou bekorten, "he would be glad to reconsider". Dat heb ik – helaas – niet gedaan. Ik heb de afwijzingsbrief altijd bewaard – om er over te vertellen aan promo-

vendi als zij ontmoedigd waren door een eerste afwijzing van hun pennevrucht. Overigens heb ik het bewuste artikel later toch gepubliceerd in *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia*, toentertijd het officiële blad van de Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie.<sup>10</sup>

Hoe kijk ik terug op mijn training als psychiater? Het was een gedegen opleiding waarin ik de heel verschillende kanten van het vak goed heb leren kennen. Hoewel er wel een sterk psychotherapeutisch stempel op de opleiding lag (alleen al in de hoeveelheid tijd besteed aan seminars en gesuperviseerde therapieën), was hij zeker niet eenzijdig. Prof. Rob Giel (toen nog lector) werkte in de afdeling, en in 1966 deed Herman van Praag (de latere hoogleraar biologische psychiatrie) zijn intrede. Je nam, zij het op beperkte schaal, kennis van hun inzichten, maar als ik eerlijk ben, werd de kliniek door al dat door hen en hun medewerkers verricht wetenschappelijk onderzoek niet erg beroerd. Kuno van Dijk was een uitstekend leider van de afdeling, een prima diagnosticus en een goede docent. Enige ijdelheid was hem niet vreemd, maar dat verhinderde hem niet ruimte te kunnen geven aan medewerkers. Ik had regelmatig contact met hem, ook nadat ik uit Groningen weg was, en kon het goed met hem vinden, al bleef hij altijd een beetje afstandelijk. Hij had zeker interesse in empirisch onderzoek, maar stimuleerde dat niet erg. Hij was daarin kind van zijn tijd. Psychiatrie was in die jaren vooral een literair, zo men wil filosofisch vak. Empirisch onderzoek drong maar mondjesmaat door. Ik heb wel eens de vergelijking gemaakt met een gebouw. Dat gebouw was "klaar", opgetrokken op de fundamenten die Kraepelin, Freud en andere grote erflaters hadden gelegd, al moest er soms wel eens een kleine verbouwing plaatsvinden of een nieuw verfje aangebracht. Er bestond wel enige wetenschappelijke nieuwsgierigheid, maar de neiging om overgeleverde inzichten systematisch aan empirische toetsing te onderwerpen was niet opvallend aanwezig. Ik denk dat dat eigenlijk pas echt veranderd is in de jaren tachtig. In later jaren toen ik als consulent psychiatrie kind aan huis was in de Interne Kliniek viel mij pas goed op hoe groot het verschil was met bijv. de opleiding in de inwendige geneeskunde. De daar werkzame assistenten (natuurlijk niet alle, maar wel een aantal) lazen de grote medische bladen, en praatten daar soms ook over. De bibliotheek van de afdeling Psychiatrie was goed voorzien, maar het aantal medewerkers dat met enige regelmaat kennisnam van de inhoud van de grote psychiatrische tijdschriften was zeer gering, en ik herinner mij niet dat ooit een van de stafleden mij attendeerde op een recent artikel.

## **Consulent psychiatrie (1970-1976)**

Op 1 januari 1970 trad ik in dienst als wetenschappelijk medewerker bij de Psychiatrische Kliniek in Groningen. Na enkele maanden als supervisor te zijn opgetreden van een van de klinische afdelingen, werd ik op 1 juni van dat jaar vaste consulent voor de overige klinieken van het ziekenhuis. Als consulent neurologie in de Interne Kliniek had ik uiteraard wel eens zijdelings te maken gehad met psychiatrische consulten. Die werden verricht door een parttime staf lid met een klassieke psychosomatische interesse. Het "klikte" niet altijd zo goed tussen hem en de somatische collegae. Dat had veel te maken met het uiteenlopen van wat men wilde en wat men kreeg. Men wilde praktische adviezen, men kreeg vaak psychoanalytisch getinte beschouwingen. Nogal eens zag men daarom of van consultaanvragen. Ik denk niet dat de situatie in Groningen heel anders was dan in andere academische ziekenhuizen. Service verlenen aan andere klinische afdelingen stond niet hoog in het vaandel van de psychiatrie. Psychiaters werden in die tijd door hun somatische collegae beleefd als vreemde eenden in de medische bijt. Zij werden gezien als warhoofden, of op zijn best als diepzinnige denkers, maar voor het praktische werk had je niet zoveel aan hun. Helemaal ongelijk hadden die somatische collegae niet. De psychiatrie muntte niet bepaald uit in helderheid.

Ik nam de taak van consulent met graagte op me. Ik wilde er iets van "maken", duidde mijzelf aan als hoofd van de (aanvankelijk alleen uit mijzelf bestaande) afdeling consultatieve psychiatrie. Later kreeg ik ook een assistent onder mijn hoede. In vergelijking met mijn voorganger was ik minder geïnteresseerd in de "diepte" van mensen maar meer in hun "oppervlakte" en wat daar vlak onder ligt. Met de klassieke psychosomatiek had ik niet zoveel op, al verdiepte ik me wel in de literatuur hierover. Ik kom hier verder op terug.

Ik ging aan de slag zonder veel kennis van de literatuur over consultatieve psychiatrie, maar met gezond verstand en interesse in de andere medische disciplines. Die literatuur bleek er overigens wel te zijn, vooral afkomstig uit de V.S. Ruim een jaar later hield ik daar een referaat over voor de staf van de Psychiatrische Kliniek, met daaraan gekoppeld een systematisch overzicht van mijn bevindingen en ervaringen tot dusver. Van meet of aan had ik een goed archief bijgehouden van wat ik vond en deed met behulp van "naaldkaarten" waarop ik, middels het inknippen van gaatjes, gegevens vastlegde over de kliniek waar ik de patiënt zag, zijn/haar diagnose, de reden van consultaanvraag, mijn diagnose en wat ik had gedaan. Dat "naaldkaarten"-systeem is de basis geweest van de later (ook landelijk) ingevoerde computerregistratie van consulten. Ik bewerkte dit referaat tot een artikel dat in 1972 werd gepubliceerd in het *Tijdschrift voor Psychiatrie* – de eerste

Nederlandstalige publicatie over consultatieve psychiatrie.<sup>11</sup> In later jaren noemde James Strain, een Amerikaans consultatief psychiater, mij een keer "de vader van de Nederlandse consultatieve psychiatrie".

Mijn ervaringen als consulent psychiatrie in Groningen zijn bepalend geweest voor mijn loopbaan. Mijn terrein werd de consultatieve en liaison-psychiatrie (later *general hospital psychiatry* of ziekenhuis-psychiatrie genoemd). Hoewel er natuurlijk verwantschap is met de (klassieke) psychosomatiek, zijn er duidelijke verschillen, en ik heb mij in de loop der jaren zeer beijverd deze in woord en geschrift uit te dragen. Het belangrijkste verschil was dat de ziekenhuis-psychiatrie "gewoner" was. Dit vergt enige uitleg. Wat ontdekte ik?

Ik trof andere patiënten aan dan ik had verwacht, de dokters waren anders dan mij was voorgespiegeld, en de "cultuur" van de klinieken waar ik als consulent kwam verschilde van die welke ik gewend was uit de psychiatrie.

Allereerst de patiënten. Ik werd zelden geconsulteerd voor patiënten met ziektebeelden die in de psychiatrie "psychosomatisch" werden genoemd, zoals astma bronchiale of colitis ulcerosa. Dat was niet onverwacht: de toentertijd in de psychiatrie heersende visie was dat dat te maken had met "weerstand" bij de somatisch werkende artsen. Al snel echter werd mij duidelijk dat het toch wel wat genuanceerder lag. Natuurlijk waren er artsen die niets wilden weten van de rol die psychische factoren soms spelen bij lichamelijke ziektes, maar ik ontdekte ook dat de klassieke opvattingen over psychische predispositie en luxering bij de "psychosomatosen" voor een hooguit zeer beperkt deel van de patiënten enige geldigheid hadden. En bovendien was er dan nog de vraag wat men daar feitelijk aan had. De geconstateerde psychische fenomenen bij bijvoorbeeld astmatici waren op een eenvoudiger manier te verklaren. Ik ontwikkelde een soort "psychosomatische minimum-theorie", waarover ik een referaat hield op de vergadering van de Nederlandse Vereniging voor Longartsen, en vond overwegend instemming. Astma-lijdens zijn niet "neurotischer" dan andere ziekten, zo betoogde ik, en voor een specifieke persoonlijkheidsstructuur bestaat geen evidentie. Astma-aanvallen kunnen soms wel door emotionerende gebeurtenissen worden uitgelokt. Ook is zeer wel mogelijk dat een bepaald klachten- en/of gedragspatroon door de reacties van familieleden en anderen wordt versterkt. De klachten krijgen dan een "functie". Dat is niet specifiek voor astma, maar komt ook voor bij andere ziekten en bij onbegrepen lichamelijke klachten. De "overbezorgde moeder", in de klassieke psychosomatische literatuur vaak gezien als de boosdoenster, bestaat wel, maar de overbezorgdheid is een natuurlijke reactie op de klachten van het kind, zoals

die ook voorkomt bij andere ernstige lichamelijke ziektes.

Welke patiënten zag ik wel? Veel patiënten die een suïcidepoging hadden gedaan, en bij wie ik moest beslissen of zij opgenomen zouden moeten worden in de psychiatrische kliniek. Vervolgens patiënten met postoperatieve delieren, patiënten met een depressie, en vooral veel patiënten met onbegrepen lichamelijke klachten. Die laatste groep patiënten boeide mij vooral vanwege het diagnostisch probleem: hoe kun je vaststellen dat de klachten "psychisch" zijn? Ik wijdde mijn oratie als hoogleraar in Leiden in 1977 aan dat onderwerp, en heb hierover ook nadien vaak gesproken en gepubliceerd.<sup>12</sup>

Kon ik iets doen voor de patiënten die ik in consult zag? Het antwoord is ja, zij het natuurlijk niet voor iedereen. So wie so waren patiënten vaak dankbaar voor de geboden gelegenheid eens te kunnen "praten". Dat gold zeker ook voor patiënten met onbegrepen lichamelijke klachten. Ik was gewend, na mij als psychiater te hebben voorgesteld, hun altijd de vraag voor te leggen of het hun inziens mogelijk was dat de klachten met spanningen of "zenuwen" te maken hadden. Ruim 1/3 deel van deze patiëntengroep antwoordde daar bevestigend of althans niet ontkennend op.<sup>13</sup> Men had opvallend weinig moeite met die vraag. Ik had dat niet verwacht: juist deze patiënten zouden "afwerend" zijn. Last hebben van "zenuwen" klinkt ook wat beter dan "psychisch". De uitdrukking heeft een wat lichamelijke geur. Van "zenuwen" heeft iedereen wel eens last.

Vervolgens dan de dokters – die anders waren dan ik had verwacht. In het begin van de jaren zeventig was het *bon ton* af te geven op het medisch establishment en de specialistische geneeskunde: de geneeskunde was objectiverend, dehumaniserend, en wat niet al. Gevoed door antipsychiatrische ideeën en natuurlijk ook door de algemene maatschappelijke onrust ("de structuren moeten om") deden sommige psychiaters (waaronder ook ik zelf) daar dapper aan mee – zonder zich altijd te realiseren dat zij evenzeer als hun somatische collegae behoorden tot het "bolwerk der beterseters" (de titel van een boekje van mijn Groningse collega Rudi van den Hoofdakker)<sup>14</sup>, en dat hun blazen op het punt van de bejegening van patiënten ook niet zonder smetten was. Maar we trokken wel onze witte jas uit – al heb ik er zelf nog wat langer mee rondgelopen dan mijn collegae in de kliniek.

Psychiaters geneerden zich eigenlijk een beetje voor hun medische professie. De realiteit in de somatische klinieken was toch wat anders, zo merkte ik geleidelijk. Natuurlijk waren er botte specialisten met alleen aandacht voor afwijkingen en niet voor de zieke, maar er waren ook andere. Vele consultvragers bleken begaan met hun patiënten, al sprongen zij wel eens onhandig om met

hun en eigen emoties. Maar laten we eerlijk zijn: in de psychiatrische hulpverlening gaat het he-  
laas ook wel eens anders toe dan men zou willen.

Wat mij voorts opviel bij consulten in de Interne Kliniek was dat men vooral aandacht leek te hebben voor de uitkomsten van hulponderzoekingen, en veel minder voor de anamnese. Psychiaters moeten het echter vooral van die anamnese hebben. Ook kwam het nogal eens voor dat ik door het zorgvuldig doornemen van het dossier bijzonderheden op het spoor kwam die eerder aan de aandacht waren ontsnapt.

En tenslotte: de cultuur was wetenschappelijker dan in de psychiatrie. Men was daar dingen aan het uitzoeken, het vak was empirischer. Ik merkte dat al op.

Het moge duidelijk zijn dat ik mij op mijn plaats voelde in de Interne Kliniek. Ik hing er veel rond, ook als er geen directe aanleiding voor was, praatte met deze en gene, en gaf klinische lessen aan de verpleegkundigen. Mijn werk werd op prijs gesteld, en dat streelt natuurlijk de ijdelheid. Nogal eens kreeg ik te horen dat ik niet leek op een "echte" psychiater. Bedoeld als compliment, was ik niet zo gelukkig met de dubbele bodem in die boodschap. Het is natuurlijk leuk om te horen dat je werk wordt gewaardeerd, maar anderzijds knaagde het dat het niet lukte om stereotiepe vooroordelen over de psychiatrie te doorbreken.

### *Klassieke psychosomatiek*

Zoals ik al opmerkte, had ik niet zoveel op met de klassieke psychosomatiek. Die behoort nu (nagenoeg) tot het verleden, reden om er toch even bij stil te staan.

Met "klassieke psychosomatiek" doel ik op de psychoanalytisch geïnspireerde visie op het ontstaan van bepaalde interne ziektebeelden als het ulcuslijden, colitis ulcerosa, astma en essentiële hypertensie. Hoewel die visie in het begin van de jaren zeventig al over zijn hoogtepunt heen was, bleven ideeën er over, zeker in Nederland, nog lange tijd zeer populair. De protagonisten waren de internist prof. Juda Groen en de psychiater prof. Jan Bastiaans. Een kernbegrip was de "specificiteit". Daarmee werd bedoeld dat lijders aan een van de als psychosomatisch betitelde ziektebeelden bij dat ziektebeeld horende psychologische karakteristieken vertoonden die hen vatbaar maakten voor de betreffende ziekte. (Die verschillende psychologische profielen leken overigens nogal op elkaar!) In 1974 publiceerde ik in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* een artikel over het begrip "specificiteit".<sup>15</sup> Ik wees daarin vooral op de onduidelijkheden in de definiëring van het begrip en op de veronachtzaming van vragen rond verifiëring of falsifiëring van vooronderstellin-

gen. Dat was overigens niet het enige punt waar ik bezwaar tegen had. Wat mij ook ergerde in de klassieke psychosomatiek (maar niet in het betreffende artikel aan de orde kwam) was het moralisme in de opvattingen, soms verhuld soms vrijwel onverhuld als bij astma bronchiale waar moeders de schuld van kregen. Ik stipte dat al even aan. De "dikke bult eigen (of moeders) schuld" visie heeft de psychiatrie jarenlang vergiftigd, bepaald niet alleen de psychosomatiek. Men hoeft maar te denken aan eertijds populaire opvattingen over autisme en schizofrenie. Er is in de jaren zestig en zeventig veel gezegd en geschreven in de psychiatrie waar men zich diep voor zou moeten schamen.

Het bewuste artikel riep nauwelijks reacties op. Prof. Juda Groen (hem leerde ik kennen en waarderen – na mijn komst naar Leiden in 1976) liet er zich tegenover mij niet expliciet over uit, al moet hij wel teleurgesteld zijn geweest. Bastiaans typeerde mijn artikel later als een "flauwe" kritiek op de psychosomatiek. Het is overigens interessant dat bij voortduring in het stuk wordt verwezen naar begrippen als "sensitiviteit" en "specificiteit" zonder dat deze inmiddels niet meer weg te denken methodologische begrippen maar eenmaal expliciet worden benoemd. Ook de redactie van het NTVG maakte mij hier niet op attent. Zo kort geleden is het nog dat de klinische epidemiologie haar triomftocht begon.

Ik kan niet nalaten enkele woorden te wijden aan Groen. Hij was tenslotte het boegbeeld van de klassieke psychosomatiek. Groen was van origine internist. Tijdens zijn onderduikperiode in de oorlogsjaren was hij in de gelegenheid uitvoerige gesprekken te voeren met patiënten met "psychosomatische" ziektebeelden. Op grond hiervan ontwikkelde hij zijn ideeën over de zijns inziens belangrijke rol van de psyche bij het ontstaan of verergeren van bepaalde lichamelijke ziektes. Kennisneming na de oorlog van publicaties van Amerikaanse psychoanalytici bevestigde hem in zijn opvattingen. Met steun van de Rockefeller Foundation richtte hij in 1947 een psychosomatische werkgroep op die gehuisvest was in het Wilhelminagasthuis te Amsterdam. Van 1958 tot 1968 was hij hoogleraar interne geneeskunde in Jeruzalem. Daarna keerde hij terug naar Nederland om benoemd te worden tot buitengewoon hoogleraar in de "methodologie van het psychobiologisch onderzoek" in Leiden. Hij bleef hardnekkig vasthouden aan de specificiteitsgedachte, hoewel het empirische onderzoek, zacht gezegd, niet bepaald steun gaf aan deze hypothese. Het is voor niemand gemakkelijk standpunten los te laten die men met veel vuur heeft verdedigd, maar bij Groen kwam daar nog iets bij. Hij was in eenzaamheid tot zijn visie gekomen, en had het gevoel op de drempel te staan van een verrassend nieuw inzicht, een doorbraak in het begrip van de

etiologie van sommige lichamelijke ziektes. Het feit dat Amerikaanse psychiaters, naar hem later bleek, tot dezelfde inzichten waren gekomen als hij (internist, geen psychiater of psycholoog) heeft hem gestijfd in zijn visie. Hij bewonderde de psychoanalyse.

In weerwil van dit alles was Groen een heel aardige man, warm in het contact met patiënten en anderen en belangstellend in hun wel en wee. Typerend was een antwoord dat hij mij gaf toen ik hem eens vroeg of het niet tijd werd zijn memoires te schrijven. Hij kon namelijk veel smeulige anecdotes vertellen. Hij zei toen: "dat moet ik maar niet doen; dan moet ik te onaardig zijn voor bepaalde mensen". Hij was ook een begenadigd spreker, het gehoor hing vaak aan zijn lippen. Als voorzitter van bijeenkomsten waar hij sprak had men het overigens niet gemakkelijk: hij was in zijn woordenstroom moeilijk te stoppen! Hij werd daarbij een handje geholpen door zijn hardhorendheid. Als hij sprak zette hij zijn gehoorapparaat uit, en hield het tijdens de discussie als ware het een microfoon in zijn hand.

Waren er dan geen tegenstemmen te horen over de klassieke opvattingen? Die waren er wel maar kregen aanzienlijk minder aandacht. Zo dient de naam genoemd te worden van dr. Berthold Stokvis, psychiater en lector medische psychologie in Leiden vanaf 1959 tot zijn vroege dood in 1963. Hij hekelde al in de jaren vijftig de pretenties van de klassieke psychosomatiek, maar er heeft nooit een behoorlijke discussie tussen Groen/Bastiaans enerzijds en Stokvis anderzijds plaatsgevonden.<sup>16</sup> De kritiek van Stokvis is niet erg doorgedrongen. Groen was ook een veel betere propagandist dan de introverte Stokvis. Bovendien blijkt de gedachte dat een lichamelijke ziekte (onverschillig of dat astma is, ulcus, kanker of een hartinfarct) "eigenlijk" is terug te voeren op de psyche, een geheimzinnige aantrekkingskracht te hebben. Wellicht hangt dit samen met primitieve noties over de relatie tussen ziekte en straf.

In de loop der jaren zijn de opvattingen over de rol die psychische factoren spelen in de etiologie van lichamelijke ziektes drastisch gewijzigd en aanzienlijk bescheidener geworden. In de officiële psychiatrische classificatiesystemen zijn de psychosomatosen verdwenen dan wel op zijn minst naar de rand gedrukt. Men hoeft daarvoor maar de verschillende edities van de *Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders* (DSM) naast elkaar te leggen.

#### *Overige werkzaamheden in mijn Groningse periode*

Het doen van consulten mocht dan het hoofdbestanddeel zijn van mijn werkzaamheden, ik deed



vanzelfsprekend ook het een en ander aan onderwijs, wetenschappelijk werk en bestuur. Ik gaf in het reguliere onderwijsprogramma een aantal colleges over het samengaan van lichamelijk en psychische aandoeningen, en leidde werkgroepen in het keuze-onderwijs. Mijn wetenschappelijke interesse richtte zich vooral op de onbegrepen lichamelijke klachten. Samen met Herman van Praag redigeerde ik een boek over depressies, waaraan ik een bijdrage leverde over wat men toen "gemaskeerde depressie" noemde.<sup>17</sup> Ook was ik zeer gefascineerd door de soms felle discussies over de antipsychiatrie. Ik heb daar vooral met mijn collega Rudi van den Hoofdakker heel wat over afgepraat, en schreef over de antipsychiatrie in 1972 een artikel in het *Tijdschrift voor Psychiatrie*, waarin ik o. a. de opvattingen van prof. Kees Trimbos kritiseerde.<sup>18</sup> Dat leidde tot een telefoontje van Trimbos aan mijn chef, Kuno van Dijk, met het verzoek mij terecht te wijzen. De verhoudingen waren toen anders dan nu!

Mijn houding tegenover de antipsychiatrische beweging is altijd enigszins ambivalent geweest. Mede dankzij de antipsychiatrie is de bejegening van patiënten sterk verbeterd. Dat was hoognodig. Men spreekt wel eens van revoluties in de psychiatrie, zoals de introductie van de arbeidstherapie in het begin van de 20e eeuw en van de psychofarmaca in de jaren vijftig en zestig. De omslag in de omgang met patiënten in de jaren zeventig en daarna is tenminste even belangrijk. Maar ik ergerde mij ook aan de grootspraak, de irrationaliteit en vooral de valse romantiek rond psychosen, zoals uitgedragen door Laing en Cooper in hun geschriften. Her en der plaatsvindende experimenten met een totaal andere bejegening leidden soms tot verwaarlozing van de zorg voor patiënten. Het was de tijd waarin alles werd verwacht van psycho- en sociotherapeutische interventies, hoe ingrijpender hoe beter.

*Last but not least* de bestuurswerkzaamheden. Ik zat namens de Medische Faculteit in de organisatie van de staf aan de universiteit ("stafconvent") , en kruiste de degen met zowel de studenten als de hoogleraren. De wetenschappelijke staf zat daar vaak tussen in. Het waren woelige tijden toen, rond de geboorte van de WUB (Wet Universitaire Bestuurshervorming). Enkele jaren maakte ik, aanvankelijk als bijzitter, deel uit van het faculteitsbestuur. Later, toen de WUB was ingevoerd, was ik lid van een driemanschap van stafleden dat gedurende enkele maanden als een interim-bestuur van de faculteit optrad omdat er aanvankelijk geen hoogleraar bereid werd gevonden om als dekaan op te treden. Nadien werd ik lid van de faculteitsraad, en voorzitter van het wetenschappelijk "smaldeel" (dat bezette toen de helft van de zetels, de overige waren bestemd voor de studenten en het technisch-administratief personeel).

In 1974 werd ik vanuit Leiden benaderd of ik daar een nieuw ingestelde hoogleraarsplaats wilde bezetten. In Leiden was de psychiatrie buiten het academisch ziekenhuis gelocaliseerd, in de Jelgersmakliniek, behorend tot de psychiatrische inrichting Endegeest te Oegstgeest. (Een van de stafleden verrichtte de consulten bij opgenomen patiënten in het AZL. Hij leidde ook een kleine polikliniek die als "polikliniek psychosomatiek" werd aangeduid.) Dat moest anders worden: in het nieuw te bouwen academisch ziekenhuis zou de psychiatrie een volwaardige plaats moeten krijgen. Ik zou een soort kwartiermaker worden. Voorts speelde een rol dat de relatie van de Faculteit met de hoogleraar Jan Bastiaans tot een dieptepunt was gedaald. Een en ander heb ik uitvoerig beschreven in mijn boek over de geschiedenis van de Leidse universitaire psychiatrie, en is ook gedocumenteerd in het in 2009 verschenen proefschrift van Enning "De oorlog van Bastiaans".<sup>19,20</sup> De benoemingscommissie was niet over één nacht ijs gegaan. Later bleek me dat men met een delegatie naar Groningen was afgereisd om inlichtingen over mij in te winnen, overigens zonder mij dat tevoren te vertellen. Met ingang van 1 september 1976 werd ik benoemd tot hoogleraar klinische psychiatrie, en hoofd van de nieuwe afdeling Psychiatrie (afdeling Psychiatrie 2; de Jelgersmakliniek werd aangeduid als afdeling Psychiatrie 1, met als hoofd prof. Bastiaans). Mijn publicatielijst omvatte toen welgeteld 13 publicaties, waarvan twee Engelstalig. Dat is tegenwoordig wel anders! Die publicaties verschenen overigens onder de naam Rooymans, want zo spelde ik in navolging van mijn vader, maar wel ten onrechte – mijn naam tot midden jaren tachtig. (Waarom mijn vader dat deed, weet ik niet, en ik kan het ook niet meer aan hem vragen.)

Met moeite vertrokken wij uit Groningen, want als niet-noorderlingen hadden wij het in het Noorden zeer naar onze zin. Het werk beviel mij goed, en datzelfde gold voor mijn vrouw. Wij hadden inmiddels twee kinderen geadopteerd. Wij woonden in een fraaie, oude Saksische boerderij in Zeijen (bij Vries). En wij hadden veel vrienden gemaakt. Hoewel geen Noorderlingen, maar Amsterdammers, voelden wij ons in het Noorden erg thuis. Ik zag ook wel tegen de nieuwe functie op, twijfelde of ik niet te jong was, maar de "uitdaging" (zoals dat tegenwoordig heet) trok, en Kuno van Dijk en anderen zeiden: "Je kunt het".

### **Mijn Leidse tijd 1 (1976-1987)**

Ik bezette de leerstoel klinische psychiatrie van 1 september 1976 tot 1 mei 1999, en hield op 24 september 1999 mijn afscheidscollege. Omdat het gaat om een lange (en ook woelige) periode,

heb ik mijn herinneringen aan mijn Leidse tijd gesplitst in twee delen.

De afdeling Psychiatrie 2 was klein, en werd gehuisvest in gebouw 5 (nu het Pieter de la Court gebouw van de Faculteit Sociale Wetenschappen). De afdeling omvatte aanvankelijk alleen een polikliniek en een consultatieve dienst voor respectievelijk poliklinische en opgenomen patiënten van andere afdelingen van het AZL. De bij mijn aantreden toegezegde noodbedden, bestemd voor kortdurende opvang van patiënten die een suïcidepoging hadden gedaan, kwamen er pas in 1981: vier in totaal, in een zeer bescheiden accommodatie, eveneens gehuisvest in gebouw 5. Ik kreeg een aantal formatieplaatsen mee: drie plaatsen voor wetenschappelijk medewerkers, drie assistentenplaatsen, een plaats voor een maatschappelijk werkster en enkele plaatsen voor administratief personeel. De plaatsen voor medewerkers werden bezet door Frans Zitman, Roselien Vecht-van den Bergh (halve plaats), en de psycholoog Henk van der Ploeg (die al werkzaam was in de Jelgersmakliniek, maar voor de helft overging naar de afdeling 2). Zowel Frans Zitman als Roselien Vecht kwamen met mij mee uit Groningen. De derde plaats werd in 1978 definitief bezet door Michiel Hengeveld, afkomstig uit Amsterdam. Frans Zitman leidde de polikliniek, waar vooral veel patiënten werden gezien met chronische pijn en onbegrepen lichamelijke klachten. Michiel Hengeveld leidde de consultatieve dienst voor opgenomen patiënten. Roselien Vecht zou na enkele jaren vertrekken om zich verder aan de kinderpsychiatrie te gaan wijden. Zij had enige tijd de leiding over de kinderpsychiatrische kliniek Curium.

De afdeling stond formeel los van de Jelgersmakliniek (afdeling Psychiatrie 1), maar er waren natuurlijk afspraken gemaakt over het onderwijs (colleges, en examens die toentertijd nog mondeling werden afgenomen).

In de eerste weken veroorzaakte ik enige opschudding door zelf een consult te doen op de Acute Opname-afdeling van de Interne Kliniek bij een patiënt die een suïcidepoging had gedaan. Dat had men nog zelden meegemaakt: een hoogleraar die zelf consulten deed! Dat heeft er zeker een beetje toe bijgedragen dat ik in het AZL met open armen werd ontvangen. Men was tot die tijd niet erg verwend met psychiatrische hulp.

De consultatieve psychiatrie zou het terrein blijven waarvoor ik de meeste interesse had. In 1984 redigeerde ik een boek "De psychiater in het algemeen ziekenhuis", geheel gevuld met bijdragen van stafleden van mijn afdeling en mijzelf.<sup>21</sup> In 1978 hield ik op het voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie een plenaire lezing over "psychiatrie als medisch specialisme", later als tweedelig artikel gepubliceerd in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskun-*

de.<sup>22</sup> Het is een beschouwend stuk, waarin ik inging op het samengaan van psychiatrische en somatische ziektes, op overeenkomsten en verschillen tussen de psychiatrie en de rest van de geneeskunde op het punt van het trekken van de grens tussen ziek en gezond, ter zake van de betrouwbaarheid van diagnostische uitspraken en bij problemen rond de therapietrouw van patiënten. Ik eindigde de samenvatting van het artikel met de zin: "Psychiatrie op haar best, die haar grenzen kent, kan er toe bijdragen dat elementaire medische waarden niet verloren gaan". Die boodschap is vrijwel woordelijk ook te vinden in mijn afscheidscollege uit 1999.

Op het samengaan van psychiatrische en somatische ziektes kwam ik enkele jaren later uitvoeriger terug in een eveneens in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* gepubliceerd artikel.<sup>23</sup> De directe aanleiding om mij meer in dit onderwerp te verdiepen was gelegen in de discussie binnen de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie over de opleiding. Ik was begin jaren tachtig voorzitter van een commissie die een oplossing moest zien te vinden voor het nijpend tekort aan opleidingsplaatsen voor de verplichte stage neurologie – ondanks het feit dat inmiddels zelfs plaatsen in een niet-opleidingsinrichting voor neurologie werden goedgekeurd. Aanvankelijk bestond die oplossing uit het mogelijk maken van andere somatische stages in plaats van de neurologie en door een experiment met zogenaamde "bruggenhoofden", dat wil zeggen: geïntegreerde neurologie-opleiding binnen een viertal opleidingen psychiatrie. Vrij kort daarna werd definitief gekozen voor afschaffing van de verplichting een jaar neurologie te doen; de opleiders psychiatrie kregen zelf de verantwoordelijkheid toebedeeld voor de wijze waarop de assistenten de noodzakelijke kennis en kunde ten aanzien van de somatische aspecten van de psychiatrie zouden kunnen verwerven, de basisopleiding psychiatrie werd in verband hiermee van twee jaar verlengd tot drie jaar. Die oplossing mocht dan uit nood geboren zijn (gebrek aan neurologieplaatsen), dat neemt niet weg dat het voor mij een weloverwogen, principiële keuze was. Als het bij de neurologiestage ging om voor de psychiater noodzakelijke kennis, is het zacht gezegd wat vreemd om daarvoor leentjebuurtje te spelen bij een ander vak en vaak geheel andere patiënten te zien dan men in de psychiatrische praktijk zou tegenkomen. De gedachte dat men in de neurologiestage relevante kennis zou opdoen over bouw en functie van het centrale zenuwstelsel was dikwijls meer ideaal dan realiteit. Het somatische aspect van de opleiding was in mijn ogen gelijkwaardig aan het psychologische en het sociale. Ik achtte het van het grootste belang geen "gelovigen" te kweken in een of andere richting (onverschillig of deze biologisch, psychologisch of sociaal is), maar veeleer "agnostici". In de preambule bij het opleidingsplan schreef ik dat de doelstelling van de opleiding zou

moeten zijn de vorming van allround psychiaters met een medische attitude en een wetenschappelijke grondhouding. Ik zou het nog steeds zo schrijven, en heb in de loop der jaren geprobeerd mijn steentje bij te dragen aan zowel de versterking van de relatie van de psychiatrie met de rest van de geneeskunde als aan het kweken van wetenschappelijke nieuwsgierigheid.

Uit het voorgaande blijkt genoegzaam dat de opleiding mij altijd na aan het hart heeft gelegen. Ik was in de jaren tachtig enige tijd voorzitter van het Consilium Psychiatricum (de opleidingscommissie van de Vereniging), en ook lid en later enige jaren voorzitter van het Centraal College voor Erkenning en Registratie van Medische Specialististen.

Terug nu naar Leiden. De opleiding aldaar (met als hoofdopleider prof. Jan Bastiaans) was zeer deficiënt. De Jelgersmakliniek was vooral een kliniek voor neurotische stoornissen, met alle riten die daarbij in die jaren hoorden. Gelukkig volgden de meeste assistenten ook een stage op de opname-afdeling van Endegeest, dat een aparte B-opleiding had (d.w.z.: bevoegdheid om assistenten voor één jaar op te leiden). De visitatie vanwege de Specialisten Registratie Commissie was jaar op jaar uitgesteld, maar vond in 1979 toch plaats. Men kreeg verlenging voor twee jaar maar met de opdracht de opleiding fundamenteel te verbeteren. Na uitvoerig overleg werd besloten een driejarig circuit in te voeren met voor alle assistenten vier stages van 9 maanden in de Jelgersmakliniek, de opname-afdeling van Endegeest, de Jelgersmapolikliniek en het AZL. Het plan was niet afkomstig van Bastiaans, maar hij verklaarde er zich wel accoord mee. In 1980 startten de eerste assistenten van het "Leidse circuit". Ik was toen nog niet de formele opleider (dat werd ik pas op 1 januari 1984), maar beschouwde mijzelf wel als zodanig, en werd ook door de circuit-assistenten zo gezien. De gekozen constructie wrong aanvankelijk nogal met de officiële eisen, maar paste later wonderwel bij de nieuwe opleidingseisen die in 1984 van kracht werden. De invoering er van was ook het begin van een geleidelijke fusie van de twee afdelingen Psychiatrie en van een nieuwe samenwerking met Endegeest.

De organisatorische situatie in de Leidse psychiatrie was inmiddels, om het met één woord te zeggen, complex geworden. Eind jaren zeventig werd steeds duidelijker dat de plannen voor de toekomst van de universitaire psychiatrie drastisch zouden moeten worden herzien. Door de temporisering van de nieuwbouw van het AZL – pas in 1980 werd begonnen met de bouw van de eerste tranche – en de beslissing de Psychiatrie pas in de derde (of vierde) tranche op te nemen, verdween het wenkend perspectief van een geografisch ongedeelde afdeling geleidelijk achter de ho-

rizon. Omdat restauratie van de verkrotte Jelgersmakliniek niet meer uitvoerbaar was, werd besloten tot nieuwbouw. De nieuwe kliniek werd aanpalend aan het oude gebouw gepland. De opening vond plaats in 1982. In weerwil van het werk van diverse commissies was de 'ontkoppeling' van de Jelgersmakliniek van Endegeest en invoeging in de AZL-organisatie niet tot stand gekomen. Ik deed het voorstel althans de Jelgersmapolikliniek over te brengen naar het AZL en te fuseren met de polikliniek aldaar, maar Bastiaans verzette zich hiertegen. (Overigens had Bastiaans vrijwel geen contact met de polikliniek, en ook weinig met de kliniek. Hij was vooral actief in de klasseafdeling, gehuisvest in een aparte villa, waar hij zich bezig hield met de behandeling van met name oorlogsslachtoffers.) Gevolg was een patstelling. De Faculteit stelde, zoals te doen gebruikelijk in een dergelijke situatie, een commissie in die als opdracht kreeg na te gaan hoe de vroegere besluitvorming rond de Psychiatrie zou kunnen worden geactualiseerd. Die commissie stond onder leiding van de hoogleraar Heelkunde, prof. dr. M. Vink.

Niet onvermeld mag blijven dat ik in die jaren lid was van het faculteitsbestuur. Ik heb die positie zeker gebruikt om aandacht te vragen voor de situatie van de Psychiatrie. Ik deed dat zonder gene, en niemand heeft mij dat ook kwalijk genomen. Tenslotte was er – zeker in die tijd – geen sprake van een conflict tussen Bastiaans en mij, maar van een al veel langer bestaand conflict tussen Bastiaans en de Faculteit resp. het AZL. Dat was ook een van de redenen geweest om mij te benoemen.

Het in december 1981 uitgebrachte rapport van de commissie-Vink luidde een conflictueuze periode in. Het meest in het oog springende voorstel was de twee afdelingen Psychiatrie organisatorisch samen te voegen onder één hoofd. Faculteitsbestuur en AZL directie besloten conform. Het lag in de bedoeling aan Prof. Bastiaans (inmiddels 64 jaar) een persoonsgebonden ordinariaat aan te bieden voor psychotraumatologie. De commissie had de indruk gekregen dat hij hiertoe bereid was, maar het pakte anders uit. Bastiaans verzette zich, en had zich inmiddels voorzien van juridische bijstand. Hij had in zijn ogen een "symboolfunctie" voor oorlogsslachtoffers, verklaarde nog enkele jaren nodig te hebben om een "opvolger" op te leiden en kon daarom zijn functie nog niet opgeven.

Per 1 januari 1983 werd ik door het College van Bestuur benoemd tot directeur van de Jelgersmakliniek. Vanaf dat moment fietste ik iedere dag heen en weer tussen het AZL en de Jelgersmakliniek. Ik had daarmee in elk geval veel tijd om na te denken.

Het zou te ver voeren om een uitvoerig exposé te geven van de vele verwickelingen die zich in 1983 en volgende jaren voordeden; daarvoor verwijs ik naar het al genoemde boek van Enning en de door mij geschreven geschiedenis.<sup>19,20</sup> Maar zij hebben mij, om het zacht te zeggen, bepaald niet onberoerd gelaten. Ik denk dan aan de stroom artikelen in de kranten waarvan de teneur meestal was dat het schande was dat men zo'n unieke man als Bastiaans niet in staat wilde stellen zijn werk voort te zetten. (Geleidelijk verschoof de aandacht van zijn vertrek als hoogleraar-directeur van de Jelgersmakliniek naar zijn zorg voor oorlogsslachtoffers.) Ik werd nogal eens gezien als de kwade genius, of tenminste als iemand die onverschillig stond tegenover het leed van door de oorlog getraumatiseerde mensen. Dan was er de anonieme dreigbrief van "enkele verzetsgepensioneerden". Toen ik die aan Bastiaans liet zien, zei hij: "ik heb nog zo gezegd dat zij dit niet moesten doen". Als klap op de vuurpijl was er een briefje dat de secretaresse van Bastiaans mij later overhandigde. Daaruit bleek dat Bastiaans, respectievelijk een fan van hem, bij het Rijksinstituut voor Oorlogsdocumentatie had laten nagaan of familieleden van mij lid waren geweest van de NSB. Dat laatste schokte mij diep. Mijn oudste broer was in 1945 omgekomen in Dachau. Bastiaans wist dat.

Het was mij soms zwaar te moede. Ik heb in de jaren '83 tot '85 meermalen gespeeld met de gedachte weg te gaan. Ik had in Utrecht benoemd kunnen worden als opvolger van Herman van Praag die naar de VS vertrok. Van Praag, de dekaan en de staf van de afdeling Psychiatrie drongen daar op aan. Een andere mogelijkheid was Groningen, als opvolger van Kuno van Dijk. De hoogleraren Rob Giel en Rudi van den Hoofdakker hadden dat graag gezien. Ik heb het niet gedaan – om meer dan één reden. De belangrijkste was dat ik niet wilde opgeven. Ik zou dat als een nederlaag hebben ervaren. Ik voelde mij ook niet alleen staan. In de eerste plaats niet binnen de vakgroep Psychiatrie. Het deed mij zeer goed dat de vakgroep in een vergadering in 1984 over een eventuele verlenging van de aanstelling van Bastiaans als hoogleraar (inmiddels was de wet van kracht geworden dat hoogleraren op hun 65-ste jaar gepensioneerd worden) mij vrijwel unaniem steunde – in weerwil van het feit dat Bastiaans in de discussie opmerkte dat "groepen van getergde en gewapende mensen achter hem stonden". Ook voelde ik mij gesteund door de opstelling van het Faculteitsbestuur, de directie van het AZL (met name de medisch directeur, Dolf Schweizer) en ook individuele leden van de Faculteit. Het bestuur van het AZL, toentertijd onder leiding van Jo Hendriks, toonde echter niet veel *Zivilcourage*. Men had mij zowel mondeling als schriftelijk laten weten het volste vertrouwen in mij te hebben, maar toen ik vroeg dit ook te laten weten aan

Bastiaans gaf men niet thuis. Dat zou "olie op het vuur" zijn, zei men. Het College van Bestuur hield echter zijn rug recht. De voorzitter, Kees Cath, overhandigde in de laatste dagen van december 1982 persoonlijk aan Bastiaans zijn ontslagbrief als directeur van de Jelgersmakliniek.

Al in het voorjaar van 1983 dreigde ik er de brui aan te geven. Bastiaans was inmiddels een juridische procedure tegen mij begonnen. Aanleiding daartoe was dat hij op colleges patiënten demonstreerde uit de "hoofdkliniek" met onder het gehoor patiënten uit de Villa – zonder dat de gedemonstreerde patiënt daarvan op de hoogte was. Na een – vruchteloos – gesprek verbood ik de kliniekpsychiaters patiënten aan te zoeken voor zijn colleges. De stafleden hadden overigens al meerdere malen bezwaar aangetekend tegen de geschetste gang van zaken. Ik stuurde een brief aan het College van Bestuur met het verzoek mij te ontheffen van mijn taak als directeur van de Jelgersmakliniek. Kees Cath riep mij bij zich, en sprak mij vaderlijk toe. Hij behoedde mij voor een stap waar ik zeker spijt van zou hebben gekregen. Ik trok mijn brief in. De klacht van Bastiaans werd overigens later niet ontvankelijk verklaard.

De aanstelling van Bastiaans als hoogleraar werd in de loop van 1984 verlengd tot 1 juni 1985. Na veel gesteggel kreeg hij toestemming patiënten te blijven behandelen in de accommodatie waar hij tot dan toe werkte (de "Villa") – maar nu onder verantwoordelijkheid van Centrum '45. Hij bleef daar werkzaam tot 1 januari 1988. Toen scheidden zich de wegen van Bastiaans en de Leidse Psychiatrie definitief.

Wie was Bastiaans?<sup>†)</sup> Het zal geen verbazing wekken dat mijn oordeel niet bepaald gunstig is. Maar laat ik met iets positiefs beginnen. Hem komt de eer toe dat hij onvermoeibaar heeft geijverd voor de erkenning van het door de oorlog veroorzaakte leed, en zich als een van de eersten heeft ingezet voor de behandeling van getraumatiseerde patiënten. Hij heeft daarmee ongetwijfeld in een aantal gevallen succes geboekt. Bastiaans kreeg er een vrijwel onaantastbare positie mee. Bastiaans en erkenning/behandeling van oorlogsleed werden onverbreeklijk met elkaar verbonden. Zijn LSD-therapie had overigens meer gemeen met de "primal scream"-methode zoals die in de jaren zeventig enige opgang maakte dan met een door psychoanalytische gezichtspunten gedicteerde behandeling. Toen in 1987 bleek dat het door de overheid uitgezette wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van zijn therapie niet mogelijk was, omdat de dossiers, voor zover aan-

---

<sup>†)</sup> Deze episode van de Leidse Psychiatrie wordt uitvoeriger besproken in het boek "99 jaar tussen wal en schip"



wezig, zeer slecht waren bijgehouden, viel Bastiaans definitief van zijn voetstuk. Het onderzoek zou op instigatie van Bastiaans worden uitgevoerd door de tot de vakgroep behorende psycholoog Henk van der Ploeg. Typerend was Bastiaans' reactie op het niet doorgaan van het onderzoek. De onderzoeker kreeg de schuld: "Dankzij mij heeft hij carrière gemaakt en nu laat hij mij in de val lopen". Toch was het weinig wetenschappelijke karakter van zijn behandeling niet het grootste probleem. Erger was dat hij in zijn machtsstrijd, toen zijn positie begon te wankelen, zijn patiënten "gebruikte" ten eigen bate en ter eigen glorie. Hij duidde hen ook vaak als "mijn medewerkers". De term "fans" zou niet misplaatst zijn. Het feit dat hij zich in interviews in het begin van de jaren tachtig als "ernstig getraumatiseerd" aanduidde (terwijl zijn vertrek op grond van zijn leeftijd ontkoombaar was), was in feite een klap in het gezicht van mensen die werkelijk ernstig zijn verwond door de oorlog.

Zijn eigenlijke medewerkers waren vaak een beetje bang voor hem. Zijn forse gestalte speelde daarbij een grote rol, evenals zijn somtijds wat broeierige blik. Toch kon hij wel charmant zijn – behalve als iemand hem in de weg stond. Dan kwamen kwaadaardige trekjes naar boven. Hij was weinig betrouwbaar in zijn afspraken, en wisselde nogal eens van opinie. Men kan daar van diverse voorbeelden vinden in het boek van Enning.<sup>20</sup> Niet voor niets wist de Faculteit al in het begin van de jaren zeventig geen raad met hem.

Genoeg over de perikelen rond Bastiaans. Er waren ook organisatorische problemen die veel energie slorpten. De inpassing van de Jelgersmakliniek in de AZL-organisatie ging definitief niet door; de kliniek bleef deel van Endegeest als zgn. sector IV, waardoor de universitaire psychiatrie gekoppeld bleef aan de inrichting. De constructie had voordelen – maar ook nadelen die in de komende jaren zouden blijken. Maar mijn tijd ging – gelukkig – niet alleen heen met getob over organisatorische problematiek. Ik beperk mij in het navolgende vooral tot die activiteiten waar ik zelf een belangrijke rol bij speelde. Allereerst de opleiding.

Tezamen met andere A-opleiders in de regio ontwierp ik het plan voor een gezamenlijke opleiding: het HLOCP (Haags- Leids OpleidingsConsortium Psychiatrie), dat in 1985 van start ging. Aanleiding hiertoe was de zorg van de Vereniging voor Psychiatrie over een mogelijk overschot aan psychiaters, dit op grond van een in 1982 uitgebracht rapport van Schnabel.<sup>24</sup> Men drong aan op een aanzienlijke reductie van het aantal assistenten en op regionale samenwerking. (Overigens bleek al na enkele jaren dat de voorspelling onjuist was!) Er kwam een nauwe samenwerking tot

stand tussen de Leids-Oegstgeestse opleiding (De aparte B-opleiding in Endegeest was inmiddels samengevoegd met de universitaire A-opleiding) en de opleidingen in de Haagse regio (de psychiatrische ziekenhuizen "Bloemendaal" en "Rosenburg" te Den Haag en de Ursula kliniek te Wassenaar) . Later werd het opleidingscluster nog uitgebreid met de RIAGG's van Den Haag en het psychiatrisch ziekenhuis "Joris" te Delft. Assistenten werden gezamenlijk aangenomen, kregen gezamenlijk onderwijs en volgden allen een opleidingsroute door tenminste twee instituten. Motief daarachter was onze overtuiging dat het voor een brede opleiding goed was dat assistenten zouden kennismaken met de psychiatrie zoals die in verschillende soorten instituten (liefst een universitaire en een niet-universitaire instelling) wordt beoefend. Het HLOCP was uniek in Nederland, en is dat gebleven, totdat het in deze vorm werd opgeheven in de eerste jaren van deze eeuw, zij het met behoud van een gezamenlijk onderwijsprogramma.

In de jaren tachtig begon de "verwetenschappelijking" van de Nederlandse psychiatrie (dat wil zeggen: een geleidelijke wending naar empirisch onderzoek) langzaam maar zeker op gang te komen, ook in Leiden. Zoals al opgemerkt, was de psychiatrie in de tijd dat ik mijn opleiding begon vooral een beschouwend vak. De academische psychiatrie werd gedomineerd door de psychoanalyse. Gepromoveerd werd er weinig.<sup>24, 25</sup> In de jaren zeventig werd de psychiatrie vooral beheerst door de discussie rond de antipsychiatrie die ook niet bepaald "wetenschappelijk" was. Het proces van "verwetenschappelijking" laat zich natuurlijk niet vastpinnen op een moment, maar als er een feit is waaraan men kan zien dat er veranderingen op til waren is dat het ontstaan van een deelwerkgemeenschap "Psychiatrie" binnen Medigon (later Mw-NWO, dat weer later fuseerde met ZON (Zorgonderzoek Nederland) tot ZonMw). Ik juichte die ontwikkelingen uiteraard van harte toe. Vooral Frans Zitman (als eerste voorzitter van de deelwerkgemeenschap, en als voorzitter van de wetenschapscommissie van de Vakgroep) heeft zich hiervoor organisatorisch zeer ingezet. Frans Zitman was in 1982 bij mij gepromoveerd – mijn eerste Leidse promotie.<sup>26</sup> Een jaar later promoveerde Michiel Hengeveld, en in 1986 Richard van Dyck, hoofd van de Jelgersmapoliekliniek.<sup>27,28</sup> Het proefschrift van Van Dyck brengt mij op de directieve therapie waarmee ik in Leiden in aanraking kwam.

De directieve therapie werd door de club van Richard van Dyck en verwante zielen (waaronder sommige oud-assistenten uit Leiden) met enthousiasme en gedrevenheid uitgedragen. Ik gebruik met opzet het woord "club": ik heb de groep directieve therapeuten wel eens aangeduid als een

"jongensclub"! Waar "directieve therapie" voor stond, behoefde in de jaren tachtig geen toelichting. De boeken over directieve therapie, waarvan deel 1 en 2 verschenen in resp. 1977 en 1980, vonden gretig aftrek onder psychotherapeuten van allerlei snit.<sup>29,30</sup> Nu is wellicht enige uitleg op zijn plaats. Directieve therapie was niet een therapievorm, en berustte ook niet op een theorie. Het ging om een manier van kijken en behandelen, waarin elementen van gedragstherapie, gezins- en systeemtherapie, en suggestieve technieken een rol speelden, naast een behoorlijke dosis gezond verstand. Het heette directieve therapie omdat men relatief onbekommerd patiënten adviezen gaf, iets wat in de courante psychotherapeutische hoofdstromingen (psychoanalyse en Rogeriaanse therapie) als een doodzonde werd gezien.

Ik voelde veel sympathie voor de grondhouding, al had ik ook reserves, die ik heb uiteengezet in een artikel in het lijfblad van de directief therapeuten.<sup>31</sup> Ik gaf daarin de directieve therapie een aantal kwalificaties mee als "waarom moeilijk doen als het eenvoudig kan", "problemen zijn er om op te lossen" (met de daarbij behorende geneigdheid snel te handelen), naïef-optimistisch over veranderingsmogelijkheden, betrekkelijk a-historisch, intuïtief, creatief, voorkeur voor het ongewone. Ik eindigde mijn artikel met: "Directieve therapie is een jongensachtige therapie".

De directieve therapie-beweging heeft een grote rol gespeeld bij de verspreiding van de gedragstherapie, en vooral ook bij de opkomst van de cognitieve therapie in Nederland. Cognitieve therapie, waarin de aandacht niet zozeer uitgaat naar (al dan niet verborgen) emoties maar naar opvattingen (cognities), was iets nieuws aan het eind van de jaren zeventig/ begin jaren tachtig. Het boek van Beck verscheen in 1976.<sup>32</sup> Het heeft geleid tot een (nog steeds aanzwellende) stroom van empirisch onderzoek. Het is de best onderzochte vorm van psychotherapie, die werkzaam is gebleken bij een variëteit van aandoeningen en klachtenpatronen: depressies, angsttoestanden, psychosen, maar ook onverklaarde lichamelijke klachten. Het is tot nu toe de enig werkzame behandeling bij het chronische vermoeidheidssyndroom. Onwillekeurig bekruipt je wel eens de gedachte dat het een panacee is geworden voor alle kwalen.

De opkomst van de cognitieve therapie is in mijn ogen een heel belangrijke ontwikkeling geweest. De psychiatrie heeft op dit punt veel te danken aan de klinische psychologie, want het waren aanvankelijk vooral psychologen die zich in de cognitieve therapie bekwaamden. Overigens: cognitieve therapie leek nieuw, maar was in feite niet zo nieuw. Ik kan niet nalaten op te merken dat er een opvallende gelijkenis is met wat Dubois in het begin van de 20e eeuw beschreef als "traitement moral", door Rümke in zijn leerboek aangeduid als "persuasie-therapie".<sup>33,34</sup> Hoewel

Beck aan een van de hoofdstukken in zijn boek een citaat uit het boek van Dubois meegeeft, lijkt hij zich hiervan niet bewust.

Wat mij ook boeide in de directieve therapie was de aandacht voor de a-specifieke factoren in de psychotherapie. Allerlei vormen van psychotherapie lijken elkaar in werkzaamheid nauwelijks te ontlopen – hetgeen berust op factoren die zij gemeen hebben ("common factors"). Ik vond dat fascinerend, vooral omdat het in feite gaat om iets dat in de gehele geneeskunde een belangrijke rol speelt: het placebo-effect. De placebo-werking wordt vaak als "ruis" gezien, en is dat ook in wetenschappelijk onderzoek, maar is een zegen in de zorg voor patiënten. Ik heb meermalen be-toogd (ook in mijn afscheidscollege) dat de psychiatrie en psychologie met de ontrafeling van het placebo-effect (waardoor hopelijk een betere hantering daarvan mogelijk wordt) een uitermate be-langrijke bijdrage zouden kunnen leveren aan de praktijk van de geneeskunde. In 1986 merkte ik in de laudatio tijdens de promotie van Richard van Dyck op: "Als het waar is dat psychotherapie in werkzaamheid een geloofwaardige placebo-conditie niet overtreft, dan is dat geen degradatie van psychotherapie, maar is, of zou moeten leiden tot, opwaardering van de placebo-functie, waar vaak zo geringschattend over wordt gesproken". Overigens: sommige psychotherapie-vormen, met name de cognitieve therapie, overtreffen in effectiviteit wel degelijk de placebo-conditie. Maar het "placebo-effect" blijft van eminent belang.

### **Mijn Leidse tijd II (1987-1999)**

De Psychiatrie stond er in 1987 niet zo slecht voor. Zij was ingebed in zowel het AZL als Endegeest. Binnen het AZL verhuisde de daar gevestigde afdeling eind 1985 naar de eerste tranche van de nieuwbouw. Er kwam een kliniek van in totaal 9 bedden, nog steeds bestemd voor acute op-vang van patiënten, maar aanzienlijk beter ingericht dan de wel erg sobere, en ook relatief onveili-ge accomodatatie in gebouw 5. De Psychiatrie rustte dus op twee pijlers, maar in volgende jaren zou eerst de AZL-pijler en daarna die van Endegeest wankelen. Daarover verderop meer.

In 1988 vond een herordening plaats van de wetenschappelijke activiteiten binnen de vakgroep. Het belangrijkste project, gericht op de verwevenheid van psychische en somatische ziektes, kreeg een krachtige stimulans door een subsidie vanuit de Stimuleringsregeling Gezondheidsonderzoek (SGO). We konden in samenwerking met de afdeling Epidemiologie een epidemioloog aantrek-ken. Dat werd Bert van Hemert, toen (nog) geen psychiater. Hij begon zijn psychiatrie-opleiding in 1994, en werd nadien (opnieuw) staflid van de afdeling.

Eind jaren tachtig werden diverse medewerkers van de vakgroep benoemd tot hoogleraar. Henk van der Ploeg, in 1980 gepromoveerd in Amsterdam bij prof. dr. J.T. Barendregt en mijzelf, werd in 1987 benoemd tot bijzonder hoogleraar namens de Stichting Onderzoek Psychosociale Stress, en in 1989 tevens tot bijzonder hoogleraar in de psychotraumatologie namens de Stichting Slachtoffers van Geweld.<sup>35</sup> In 1991 vertrok hij naar de VU waar hij was benoemd tot hoogleraar medische psychologie. Richard van Dyck werd in 1987 hoogleraar sociale en ambulante psychiatrie, eveneens aan de VU. Frans Zitman werd in 1988 hoogleraar biologische psychiatrie aan de Katholieke Universiteit van Nijmegen. In 2000 zou hij terugkeren naar Leiden om mij op te volgen. Michiel Hengeveld werd in 1989 benoemd tot bijzonder hoogleraar in de seksuologie in Utrecht namens de Stichting Medische Seksuologie. Hij bleef echter voor het grootste deel van zijn tijd in Leiden werkzaam tot zijn vertrek in 2000 naar Rotterdam, waar hij later werd benoemd tot hoogleraar psychiatrie.

De Leidse psychiatrie is een broedplaats geworden voor hoogleraren. Ik was/ben daar wel een beetje trots op. Natuurlijk waren het de eigen prestaties van de genoemde medewerkers, maar ik heb er toch een steentje aan bijgedragen. Afgezien van bovengenoemde personen vermeld ik nog Thea Heeren die na haar promotie in 1992 vertrok naar de H.C. Rümke groep in Den Dolder, en tevens werd benoemd tot bijzonder hoogleraar in de psychogeriatric in Utrecht; Philip Spinhoven, gepromoveerd in 1989 en in 1999 benoemd tot hoogleraar klinische psychologie in Leiden; Anne Speckens, in 1995 gepromoveerd binnen het SGO-project, en in 2006 benoemd tot hoogleraar psychiatrie in Nijmegen.<sup>36,37,38</sup>

Toen ik in 1999 afscheid nam van Leiden had ik 24 promoties gehad (soms als medepromotor) en was ik betrokken geweest bij drie promoties aan andere universiteiten. Na mijn vertrek volgden er nog drie. In totaal zijn van mijn promovendi er zeven gewoon hoogleraar geworden (waarvan één in België), en zijn twee enige jaren bijzonder hoogleraar geweest.

In 1989 deed een bezuinigingscommissie van het AZL het voorstel de afdeling Psychiatrie binnen het AZL op te heffen zij het onder handhaving van de consultatieve werkzaamheden. Ik vocht hier als een leeuw tegen. Zoals een van mijn medewerkers later tegen mij zei: "je bent op je best als je moet vechten!" Het lukte om het gevaar af te wenden (zij het met de prijs van een kleine bezuiniging), maar het maakte nog eens duidelijk hoe kwetsbaar de Psychiatrie binnen het AZL was. Die kwetsbaarheid had natuurlijk veel te maken met de geringe omvang van de afdeling (kleine afde-

lingen lopen nu eenmaal meer gevaar dan grote), maar het opheffingsvoorstel liet ook zien hoe het vak door sommige medici wordt beschouwd: een vreemde eend in de medische bijt. Wat voor andere medische vakken vanzelfsprekend is – een volwaardige plaats in een algemeen ziekenhuis — moet voor de psychiatrie (soms) worden bevochten.

De AZL-pijler mocht dan wankelen, de Endegeest-pijler leek heel stevig. In 1990 werd dr. Godfried van Kempen, klinisch chemicus binnen Endegeest, benoemd tot (onbezoldigd) parttime hoogleraar in de biochemische aspecten van de psychiatrie, en dr. Jaap Goekoop, psychiater in Endegeest, tot (eveneens onbezoldigd) universitair hoofddocent in de biologische psychiatrie. De bedoeling was het in Endegeest verrichte onderzoek nauwer te laten aansluiten bij dat van de vakgroep. Van Kempen zou in de volgende jaren een belangrijke rol spelen bij de verdere ordening van het onderzoeksprogramma van de vakgroep. De integratie van de universitaire psychiatrie met Endegeest leek gelukt, maar al vrij snel kwamen er barsten in de samenwerkingsconstructie.

In 1992 vond in Endegeest een reorganisatie plaats. De Jelgersmakliniek (en -polikliniek), tot dan toe een aparte sector (sector IV), werd samengevoegd met sector I (met o.a. de opname-afdeling). Ik stemde daarmee in omdat het een logische stap leek, zeker vanuit het oogpunt van patiëntenzorg en opleiding. Er kon zo meer samenhang worden gebracht in het beleid van de opname-afdelingen, en de opleiding vond zowel plaats in de Jelgersmakliniek/polikliniek als op de opname-afdeling van Endegeest. Ook vanuit het gezichtspunt van het wetenschappelijk onderzoek leek de fusie aantrekkelijk. In de plannen werd over de nieuwe sector gesproken als een "universitaire" sector met een leidinggevende plaats voor de hoogleraar. Dat laatste echter bleef bij woorden; het contract tussen de Universiteit en Endegeest ter zake van de Jelgersmakliniek bleef van kracht zonder dat formele verruiming van de universitaire bevoegdheid plaatsvond. De sectorleiding lag, evenals bij andere sectoren in Endegeest, bij een sectorhoofd en een sectorpsychiater. De hoofdverpleegkundige van de Jelgersmakliniek werd sectorhoofd, de chef de clinique sectorpsychiater. Omdat de plaats van de hoogleraar (tevens krachtens contract hoofd van de Jelgersmakliniek) niet formeel was geregeld, ontstond een nogal bizarre situatie. Dit gaf echter aanvankelijk geen grote problemen omdat de persoonlijke verhoudingen goed waren. Pas in 1994/1995 ontstonden in snel tempo fricties nadat een nieuwe directeur patiëntenzorg was aangetreden. Zowel voor hem als voor de algemeen directeur gold dat zij niet zo vertrouwd waren met de nogal complexe, historisch beladen relatie tussen Endegeest en de Universiteit. Pogingen om de situatie te verhelderen hadden geen resultaat maar leidden eerder tot verharding van standpunten. Hoewel de

directie van Endegeest aangaf prijs te stellen op een nauwe relatie met de Universiteit, leek zij niet bereid hiervoor een prijs te betalen in termen van bemoeienis met de organisatie.

Vanaf medio 1995 was de plaats van de universitaire psychiatrie binnen Endegeest, zacht gezegd, problematisch. De reorganisatie van 1992 had niet geleid tot versterking van de universitaire bemoeienis met Endegeest, maar eerder tot het omgekeerde: de Jelgersmakliniek werd meer een Endegeest-afdeling dan een kliniek met een universitair karakter. Ik voelde mij op een zijspoor gerangeerd. (Dat gold overigens veel minder voor de Jelgersma-polikliniek, mede omdat daar nogal wat universitair aangestelde personeelsleden werkten.) De beslissing de Jelgersmakliniek op te laten gaan in de grotere sector I heeft, gezien vanuit universitair oogpunt, meer na- dan voordelen gehad. Achteraf heb ik spijt gehad dat ik accoord was gegaan. Ik heb me laten paaien door mooie beloften zonder er op te staan dat er een behoorlijke regeling tot stand kwam.

Ook afgezien van de geschetste problematiek ging het in Endegeest niet goed. Er was veel onvrede over het doen en laten van de directie. Dit had uiteraard ook repercussies voor de opleiding van arts-assistenten. Bij de begin 1998 uitgevoerde visitatie vanwege de SRC kwamen deze op tafel, hetgeen leidde tot een zeer kritisch oordeel van de visitatiecommissie over het verlengen van de opleidingsbevoegdheid. De crisis kwam op een hoogtepunt nadat ook de Inspectie in een rapportage harde noten had gekraakt over de gang van zaken binnen Endegeest, en met name over het functioneren van de directie. Dit leidde uiteindelijk tot het ontslag van de medisch directeur.

In 1997 besloten de Faculteit en het AZL (korte tijd later bestuurlijk verenigd als LUMC) dat de (gehele) universitaire psychiatrie overgebracht zou moeten worden naar het AZL, resp. het AZL-terrein. Dit dan in samenwerking met Endegeest resp. de GGZ-partners (Endegeest ging fuseren met andere psychiatrische ziekenhuizen en de RIAGG). Ik heb dat zelf niet meer mogen meemaken. Inmiddels (in 2011) is het haast zover. Naast het Pieter de la Courtgebouw verrijst een grote nieuwe kliniek, onder uiteindelijke regie van "Rivierduinen" (de nieuwe naam voor de GGZ-organisatie). Al eerder was de RIAGG verhuisd naar het LUMC terrein.

De laatste jaren van mijn Leidse tijd zijn niet altijd gemakkelijk geweest. Eerlijk gezegd was ik geleidelijk moegestreden. Ik besloot om in 1999 weg te gaan. Ik legde de laatste hand aan mijn boek over de historie van de Leidse Psychiatrie.<sup>19</sup> Met ingang van 1 mei 1999 nam ik ontslag, en trad in dienst bij het ministerie van VWS als voorzitter van de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO). Op 24 september van dat jaar hield ik mijn afscheidscollege. Ik kom daarop nog terug.

In het voorgaande heb ik het vooral gehad over organisatorische beslommeringen. Daar ging ook veel tijd mee heen. En dan heb ik nog niet de inpassing van de Psychiatrie in de nieuwe beheersstructuur van Faculteit/AZL besproken. Aanvankelijk werd de Psychiatrie ondergebracht bij Divisie 3, later enige tijd bij Divisie 4, die vooral zgn. preklinische vakken omvatte. Dat leek gemakkelijker omdat het vakgroepssecretariaat gehuisvest was in de Jelgersmakliniek. Ik drong ook aan omdat ik het heel goed kon vinden met de toenmalige beheerder, Eduard Klasen. Enkele jaren later kwam de Psychiatrie weer terug bij Divisie 3.

Maar ik ben natuurlijk niet alleen bezig geweest met organisatie. Ik vond veel bevrediging in het geven van onderwijs, vooral aan kleinere groepen: co-assistenten en assistenten, ook van de Neurologie. Het geven van grote colleges ging mij over het algemeen goed af. Ze werden ook door de studenten gewaardeerd, maar mijn hart lag toch eerder bij kleinschalig onderwijs.

Eigen onderzoek is niet erg van de grond gekomen. Ik ben ook geen onderzoeker *pur sang*, eerder een onderwijzer. Ik heb vooral met veel genoeg onderzoekers begeleid, zowel promovendi als anderen.

*Last but not least* de patiëntenzorg. Uiteraard zag ik in supervisie veel patiënten, meestal samen met de behandelend arts-assistent, zowel in het AZL en de Jelgersmakliniek als op de opnameafdeling van Endegeest. Daarnaast heb ik ook altijd een kleine eigen praktijk gevoerd. Het merendeel van de patiënten die ik regelmatig zag waren eerder in behandeling geweest bij een van de arts-assistenten. Die wisselden uiteraard, en dat gaf wel eens problemen. Sommige patiënten hebben meer continuïteit nodig. Ik weet dat ik voor een aantal echt iets heb betekend.

Deze paragraaf zou niet compleet zijn als ik ook niet aandacht zou besteden aan de functies die ik binnen en buiten de Medische Faculteit heb bekleed, over het algemeen met veel genoeg. Van de facultaire commissies noem ik de Boerhaavecommissie voor postacademisch onderwijs, waar ik in 1982 lid van werd en in 1988 voorzitter (tot 1992). De Boerhaavecommissie was, voor zover ik weet, in die tijd de grootste landelijke organisatie voor postacademisch onderwijs. Zij organiseerde ongeveer 40 grote, 1 à 2 dagen durende cursussen per jaar, naast een aantal praktische cursussen. De taak van de commissie bestond vooral uit het beoordelen van cursusvoorstellen die uit de Faculteit/AZL afkomstig waren, en het benoemen van de cursusleiding. Na de goedkeuring nam die de leiding over, ondersteund door het bureau van de Boerhaavecommissie. Het was interessant werk.



Ook buiten Leiden was ik actief als lid van de Commissie van Bijstand van de Gezondheidsraad, en lid van de wetenschappelijke adviesraad van de Hersenstichting Nederland. Binnen NWO bekleedde ik diverse functies. Zo was ik gedurende meerdere jaren voorzitter van de beoordelingscommissie van een van de afdelingen van Medische Wetenschappen NWO, waarin wetenschappelijke projecten moesten worden beoordeeld. Ook was ik lid van de commissie Ontwikkelingsgeneeskunde, de voorloper van de commissie Doelmatigheidsonderzoek van ZonMw. Het ging daarbij om grote klinisch-wetenschappelijke onderzoeksprojecten waarover advies moest worden uitgebracht aan de Ziekenfondsraad die het geld fourneerde. Ik heb daar veel van geleerd, met name op epidemiologisch terrein. Het was veel leeswerk, maar het was een heel plezierige commissie. Ik was blij dat ik enige steun kon geven bij de indiening – en honorering – van de eerste grote projecten vanuit de psychiatrie. Vele jaren maakte ik daarnaast deel uit van de Commissie Beroeps- en bezwaarschriften van NWO.

Van 1989 tot 1991 was ik voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Er was een crisis uitgebroken waarbij het bestuur was afgetreden, in feite geïmplodeerd.<sup>39</sup> Ik was niet erg enthousiast, maar liet mij overhalen om de functie te bekleden, zij het voor twee jaar. In 1991 droeg ik het voorzitterschap over aan Frans Zitman die toen voorzitter was van de Commissie Wetenschappelijke Activiteiten van de Vereniging.

*Last but not least* het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, waarbij ik in 1992 in dienst trad als plaatsvervangend voorzitter van de hoofdredactie. Het Tijdschrift was mij bepaald niet onbekend. Van 1978 tot 1981 was ik redacteur geweest, en van 1986 tot 1992 lid van het bestuur van de Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde die het gelijknamige tijdschrift uitgaf. Ik bekleedde deze functie tot eind 2002, het jaar waarin ik 65 werd. Het was een geweldige tijd waarin ik het zeer naar mijn zin heb gehad, zowel door de aard van het werk als door de atmosfeer in de zetel van de Vereniging in Amsterdam. Ik voelde het als een warm thuis. Iedere maandag spoedde ik mij om 12 uur, na de vergadering van het dagelijks vakgroepsbestuur, op de fiets naar het station, zodat ik ongeveer om 13 uur op het Tijdschrift kon zijn voor de wekelijkse vergadering van de hoofdredactie. Ook ging ik er op vele donderdagmiddagen naar toe. En daarnaast was er natuurlijk in het weekend het leeswerk: de nieuwe stukken (ongeveer 20 à 25) die mij per post werden toegestuurd. De hoofdredactievergadering begon met een bespreking van het net verschenen nummer ("de autopsie"); daarna volgde een bespreking van de aangeboden manuscripten waarbij een aantal "van tafel" werd afgewezen en de andere naar referenten werden toegezonden.

den. Tenslotte vond een discussie plaats over stukken waar problemen mee waren. Spelenderwijs kreeg ik een aardig inzicht in de ontwikkelingen in de geneeskunde. Geleidelijk begon ik redelijk de kunst te beheersen om snel te kunnen beoordelen of een stuk iets was voor het Tijdschrift.

De voorzitter van de hoofdredactie was toentertijd Ad Dunning, een erudiet, scherpzinnig en geestig man. Hij had een broertje dood aan humbug die hij genadeloos kon doorprikken. Hij had snel (soms wel eens te snel) zijn oordeel klaar, leidde het Tijdschrift naar het leek uit de losse pols maar met vaste hand. Ik voelde mij zeer met hem verwant, met name ook wanneer het ging om de pretenties van de moderne geneeskunde. Hij kon zich daaraan zeer ergeren. Hij is een goede vriend van mij geworden, en ik heb hem in de jaren na mijn vertrek bij het Tijdschrift nog vaak opgezocht. Hij overleed in 2009; zijn foto staat op mijn bureau. Ik mis hem soms.

Ad Dunning werd in 1996 opgevolgd door de neuroloog Jan van Gijn. Ik heb dus nog vele jaren naast hem gezeten bij de hoofdredactievergadering. Jan was een andere man, tenminste even erudiet, maar ernstiger en zeer consciëntieus in de beoordeling van artikelen. Hij raakte niet snel uit de plooi, al kon hij soms ook wel heel geestig zijn. Ik kon het goed met hem vinden, en heb hem ook zeer gewaardeerd, maar het contact bleef toch altijd iets afstandelijks houden.

Ik heb een prachtige tijd gehad bij het Tijdschrift. Ik denk er met veel genoegen, en soms met heimwee, aan terug. Bij mijn afscheid hield ik een voordracht over Tsjechow als dokter, later ook gepubliceerd.<sup>40</sup> Tsjechow was (en is) een van de door mij meest bewonderde schrijvers. Ook als dokter is hij inspirerend. De geneeskunde van nu moge – gelukkig – weinig meer lijken op de geneeskunde in Tsjechows tijd, maar ondanks de grote vooruitgang kunnen wij bij tal van vooral chronische aandoeningen veel minder dan we zouden willen. In zijn medische werkzaamheden is Tsjechow een voorbeeld van realisme, zonder illusies en vooral ook zonder hubris.

Zoals vermeld hield ik op 24 september 1999 mijn afscheidscollege, getiteld "Psychiatrie: een ouderwets medisch vak", vrijwel exact 100 jaar na de oratie van de eerste hoogleraar psychiatrie in Leiden, Gerbrandus Jelgersma.<sup>41</sup> Geheel in stijl eindigde ik mijn verhaal met de slotwoorden van Jelgersma's oratie: "De psychiatrie is (---) door hechte banden aan de algemeene medische wetenschap verbonden; (---) De medische wijze van onderzoeken en de medische wijze van denken hebben haar gemaakt tot wat zij thans is".

Mijn afscheidsrede handelde vooral over de vraag wat de psychiatrie kan leren van nauw contact met de andere medische vakken (bescheidener gezegd: wat ik zelf als psychiater had geleerd

van die contacten), en andersom: wat een psychiatrie op haar best aan de andere medische vakken te bieden heeft. Bij dat laatste gaat het vooral om het individuele perspectief: wat minder aandacht voor apart te onderscheiden ziektes en wat meer voor zieke individuen. De grote vooruitgang in de geneeskunde is kort gezegd vooral toe te schrijven aan het scheiden van zieke en ziekte; de moderne geneeskunde slaagde er geleidelijk steeds beter in door de verwarrende verhalen en verschijnselen van individuele patiënten heen te kijken, bepaalde ziektes te ontdekken en daarvoor specifieke behandelingen te ontwikkelen. De psychiatrie is (nog?) niet zover gevorderd op de weg van het scheiden van zieke en ziekte. Met het vinden van in termen van paraklinische gegevens te definiëren ziektes wil het niet zo erg vlotten – niettegenstaande de bloei van de *neurosciences*. Men is druk in de weer (geweest) met het ontwerpen en uitbouwen van betrouwbare diagnostische classificatiesystemen à la DSM-IV, maar de betekenis er van voor therapie en prognose in het individuele geval is relatief beperkt. Het is bovendien zeer de vraag of een steeds fijnmaziger wordende classificatie ons met betrekking tot inzicht in etiologie en pathogenese veel verder zal helpen. De therapie in de psychiatrie is maar zeer beperkt ziekte-specifiek. De geneesmiddelen waarover wij beschikken zijn niet gericht op ziektes maar op symptomen resp. syndromen. Op vooralsnog niet geheel opgehelderde wijze beïnvloeden zij onderliggende basale functies; stoornissen daarin kunnen tot een variëteit van psychiatrische beelden leiden. Voor psychotherapeutische interventies geldt dat zij, onverlet de winst die is geboekt met een zekere uniformering, qua aard en dosering meer worden gedicteerd door de eigenschappen van het individu dan door de veronderstelde ziekte.

Er is nog een belangrijk verschil tussen de psychiatrie en de andere medische disciplines. De relatie tussen arts en patiënt is gemiddeld gesproken van groter therapeutisch belang. Daarin ingebed spelen placebofactoren een grote rol. Ik had het daar al eerder over.

Bij het eigene van de psychiatrie gaat het om ouderwetse medische waarden. Men kan zeggen dat de psychiatrie achterloopt, maar daaraan moet worden toegevoegd dat een psychiatrie op haar best er aan kan bijdragen dat het individuele perspectief niet verloren gaat. Want het gaat in de praktijk van de geneeskunde uiteindelijk om zieken, niet om ziektes.

In 1999 sloot ik mijn loopbaan in de psychiatrie af (al bleef ik betrokken bij het wetenschappelijk onderzoek – zie volgende paragraaf). Wetenschappelijk heb ik de psychiatrie, vrees ik, niet erg vooruitgeholpen. Ik ben, in de voetsporen van mijn vader, vooral een leraar geweest. De meeste

voldoening heb ik gevonden in het opleiden van arts-assistenten en het begeleiden van promovendi. Ik heb meer geïnvesteerd in mensen dan in bedrukt papier. Wat heb ik willen overdragen?

Bij mijn afscheid van de afdeling typeerde een van mijn medewerkers, Bert van Hemert, mij als "hooggeleerd in het gewone". Ik vond dat een groot compliment. (Terzijde: Bert van Hemert heeft in 2011 Frans Zitman opgevolgd als hoogleraar psychiatrie en hoofd van de afdeling. Maar ik voel mij ook opgevolgd – voor de tweede maal!) Na mijn afscheidscollege boden mijn promovendi mij een liber amicorum aan onder de titel "Nuchtere psychiatrie".<sup>42</sup> Dat was de spijker op de kop. Ik heb mij ingezet voor een psychiatrie met beide benen stevig op de grond, zonder hoogvliegerij of (pseudo) diepzinnigheid. In mijn oratie haalde ik met instemming een uitspraak aan van Arthur Schnitzler, luidende: "Tiefsinn hat nie ein Ding erhellt, Klarsinn schaut tiefer in die Welt". (Overigens schreef ik het citaat toen abusievelijk toe aan Lichtenberg!) Ik was meestentijds skeptisch ten opzichte van *hypes* en modes, onverschillig of het ging om de snelle omarming in Nederland van de DSM-III en opvolgers als ware het Gods woord dat via Amerikaanse psychiaters tot ons was gekomen, nieuwe psychotherapeutische stromingen of het overdrijven van de betekenis van bevindingen uit het biologisch-psychiatrisch onderzoek voor de dagelijkse praktijk van de zorg. Een psychiatrie ook die zich iets laat gezeggen door empirisch onderzoek, die niet gedreven wordt door geloof maar door nieuwsgierigheid.

Op dat punt is gelukkig veel veranderd. In de laatste 20-25 jaar is de psychiatrie geleidelijk verwetenschappelijkt. Er wordt veel meer gepubliceerd en gepromoveerd, er zijn de laatste jaren richtlijnen ontwikkeld voor de diagnostiek en behandeling van diverse stoornissen, gebaseerd op wetenschappelijke evidentie. De dagelijkse praktijk wordt meer dan vroeger door de door wetenschappelijk onderzoek verworven kennis beïnvloed.

Goede ontwikkelingen dus, maar er zijn ook minder goede, althans in mijn ogen. Wat mij frappeert, en soms ook wat ergert, is dat men geobsedeerd lijkt met de DSM-classificatie en soms over het hoofd lijkt te zien dat zoiets niet de klinische werkelijkheid is maar een raster dat over die werkelijkheid wordt gelegd. Nuttig, zeker, maar toch niet meer dan een raster. Men beseft in mijn ogen onvoldoende dat de DSM-classificatie mede het product is van strijd tussen belangengroepen en van compromissen. De DSM-machinerie draait de laatste jaren weer op volle toeren. Men is doende met het maken van een vijfde editie. Ik houd mijn hart vast als ik hoor dat er een neiging is om ook subklinische vormen van stoornissen en zgn. at risk-syndromen in de classificatie op te nemen. De farmaceutische industrie spint daar mogelijk garen bij, maar ik waag ernstig te betwij-

felen of we daarmee meer begrip krijgen waarom en hoe psychische stoornissen ontstaan, of patiënten beter kunnen helpen. In een in het begin van dit geschrift al even aangestipte voordracht over de "grenzen van de psychiatrische bemoeienis" uit 1995 heb ik de uitdijing van de psychiatrie bekritiseerd. Ik knoopte toen mijn beschouwing daarover vast aan een kort tevoren verschenen, acht pagina's tellend artikel in de *American Journal of Psychiatry* over "sexual harassment", waarin o.a. werd betoogd dat de psychiatrie een "invaluable role" zou kunnen spelen, niet alleen bij de behandeling van slachtoffers maar ook bij het begrijpen van achtergronden.<sup>43</sup> Ik zei toen dat seksueel wangedrag een probleem is waarvan ik de ernst niet wilde onderschatten, maar dat men noch de mensen om wie het gaat noch de psychiatrie een dienst bewijst als men het probleem inlijft bij de psychiatrie. Ik vond en vind dat een voorbeeld van niet waar te maken pretenties, van hubris. In een expanderende psychiatrie zijn daarvan meer voorbeelden te vinden.

Er is nog een ontwikkeling waar ik vraagtekens bij zet, en die is aan te duiden met het slagwoord "bigger is better". Er worden in de laatste jaren grote verzamelingen aangelegd van patiëntgegevens van allerlei aard. Dat is uitermate waardevol, vooral om het beloop van stoornissen beter in kaart te kunnen brengen, en soms ook om meer zicht te krijgen op overeenkomsten en verschillen tussen de diverse typen stoornissen. Anders ligt het bij de "fishing expeditions" naar genetische factoren. In dat type onderzoek gaat heel veel geld om; ik vraag mij in toenemende mate af of dat ooit zal opbrengen wat men ervan verwacht. De basis van de indeling van de patiëntengroepen is – uiteraard – de DSM-classificatie. Die basis is, zacht gezegd, niet al te stevig. Dat feit alleen al zou tot (meer) bescheidenheid moeten nopen.

Genoeg nu over mijn zorgen over de huidige psychiatrie. Daar gaat dit geschrift niet over. Ik had het over de vraag wat ik tijdens mijn hoogleraarschap heb willen overdragen.

Ik stond ook voor een medische psychiatrie. Dat is iets anders dan je blindstaren op cerebrale structuren en functies. Ik ben gefascineerd door de ontwikkelingen in de *neurosciences*, maar ook – en over de jaren heen in toenemende mate – door de ontwikkelingen op het terrein van de psychotherapie. Ik hoop in het voorgaande duidelijk te hebben gemaakt dat die interesse mede werd gevoed door de mogelijke betekenis van die ontwikkelingen voor de gehele geneeskunde. Een "medische psychiatrie" was voor mij bovenal een psychiatrie die nauwe contacten heeft met andere medische specialismen, waardoor men parallellen (en verschillen) kan zien in ontwikkelingen en daaruit lering zou kunnen trekken. Ik heb zelf veel geleerd van mijn algemeen-medische werk-

zaamheden. Het was voor mij geen vreemde stap om, nadat ik mijn hoogleraarschap had neergelegd, de functie te aanvaarden van voorzitter van de Raad voor Gezondheidsonderzoek. Ik heb mij thuis gevoeld in de psychiatrie, maar mijn "huis" was evenzeer de gehele geneeskunde.

Ik vlei mij met de gedachte dat ik een bijdrage heb geleverd aan de verspreiding van een "nuchtere", meer wetenschappelijke psychiatrie en dat ik die houding, zo heb ik de indruk, heb kunnen overdragen op een aantal van mijn assistenten en promovendi. Met velen van hen heb ik nog steeds goede contacten.

### **RGO en daarna (1999 – )**

In de loop van 1998, nadat ik al besloten had als hoogleraar te vertrekken, kreeg ik het verzoek in 1999 het voorzitterschap van de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) op me te nemen. Ik voelde dat als een eer. Ik nam op 1 mei 1999 het stokje over van Ab Struyvenberg, oud-hoogleraar inwendige geneeskunde in Utrecht, die de RGO zes jaar had geleid. Vóór hem bekleedde Enno Mandema deze functie, vanaf het begin in 1987 tot 1993.

Enno Mandema was hoogleraar interne geneeskunde in Groningen in de tijd dat ik daar werkte. Ik heb hem toen goed leren kennen, en contact met hem gehouden nadat ik naar Leiden was vertrokken. Als ik zo nu en dan naar Groningen afreisde om oude vrienden op te zoeken ging ik vrijwel altijd ook bij hem langs. Ook sprak ik hem vaak op de vier maal per jaar plaatsvindende wetenschappelijke bijeenkomsten van het Tijdschrift. Hij kwam daar vrijwel altijd. Er zat een speciaal tintje aan ons contact: hij woonde in het huis waar de historicus Huizinga woonde in zijn Groningse tijd, en ik woonde (en woon) in Huizinga's Leidse huis. Maar dat is niet het belangrijkste. Ik bewonderde hem wegens zijn kennis, zijn scherpzinnigheid, en niet in de laatste plaats om de wijze waarop hij met zijn handicap (hij zag heel slecht) omging. Hij klaagde nooit. Enno was een spin in het web van het medisch-wetenschappelijk onderzoek. Hij was een heel aardige man, een echte Groninger, maar zeker niet stug of kortaf. Een warm mens, nieuwsgierig en met veel belangstelling voor anderen. En bovenal: volledig zichzelf gebleven, zonder een spoor van ijdelheid. Hij overleed in 2010. Ook zijn foto staat op mijn bureau.

Wat was de RGO? De RGO was een zgn. sectorraad. Er bestonden ook sectorraden voor onderzoek op het terrein van milieu en natuur, landbouw en ontwikkelingssamenwerking. (Verdere uitbreiding van het sectorstelsel was jaren in de pen, maar die ging uiteindelijk wegens bezuinigingen niet door.) De RGO gaf gevraagd en ongevraagd advies aan de overheid (ministerie van

VWS, O.C. en W, en soms ook Economische Zaken) over gewenst onderzoek, met name op relatief wat verwaarloosde terreinen van gezondheidszorg, en over de voor het wetenschappelijk onderzoek benodigde infrastructuur. De meeste adviezen gingen gepaard met een verzoek om een financiële stimulans, die ook dikwijls van overheidswege werd verstrekt, zij het in de jaren dat ik voorzitter was aanzienlijk minder vaak dan in de jaren daarvoor.

De (15) leden van de Raad waren zowel afkomstig uit de universiteiten als uit de samenleving, en werkzaam op diverse terreinen van gezondheidszorg. De Raad werd bijgestaan door een aantal wetenschappelijke secretarissen.

De RGO dient te worden onderscheiden van de Gezondheidsraad, al waren de werkterreinen zeer aan elkaar verwant. De Gezondheidsraad geeft de overheid advies over de wetenschappelijke stand van zaken op een bepaald gebied, de RGO geeft, zoals vermeld, advies over gewenst onderzoek en de onderzoeksinfrastructuur. De RGO was korte tijd ingebed in de Gezondheidsraad, maar werd al snel onafhankelijk. Vooral gedwongen door opgelegde bezuinigingen keerde zij echter later (rond en na mijn vertrek in 2006) terug in de schoot van de Gezondheidsraad, als "raadscommissie voor gezondheidsonderzoek".

Enkele dagen voor mijn aantreden als voorzitter bracht de RGO een doorwrocht rapport uit over onderzoek in de geestelijke gezondheidszorg, bij de voorbereiding waarvan ik overigens wel was betrokken. Op grond hiervan startte ZonMw in 2002 het onderzoeksprogramma "Geestkracht". Daar zou ik later veel mee te maken krijgen.

Er opende zich met mijn nieuwe functie een andere wereld voor mij. Ik kwam uit een wereld waarin wetenschappelijk onderzoek een vanzelfsprekendheid was waarvan het belang onbetwist was. Het behoeft geen verdediging. Dat was op het ministerie anders. Dat lag natuurlijk ook wel voor de hand, maar het was toch verrassend. Voor het eerst werd ik geconfronteerd met gedachten en uitspraken die er kortweg op neerkwamen dat er misschien wel genoeg onderzoek was verricht, maar dat het vooral aan toepassingen en benutting schortte. Implementatie was, of werd, een sleutelwoord. Zoiets zette je natuurlijk wel tot nadenken. Laat ik maar meteen zeggen: ik dacht het wel een beetje te begrijpen. Er is soms een grote afstand tussen theorie en praktijk, tussen ons weten hoe het beter zou kunnen en hoe het gaat. De oorzaken daarvan zijn menigvoud, het probleem is niet alleen af te doen met een verwijzing naar onwil, ongeïnteresseerdheid of traagheid van dokters. De oorzaken liggen soms ook op het vlak van organisatie, regelingen en territorium-

afbakeningen. Hoe meer ik er over nadacht, hoe meer mij duidelijk werd dat in het gepraat en getob over het achterblijven van implementatie ook sprake is van een hardnekkig misverstand als zou implementatie iets zijn dat op zichzelf staat, zoiets als het leveren van pakketjes onderzoeksresultaten die op een van de schappen kunnen worden gezet in de supermarkt van de gezondheidszorg.

Onderzoek is een zaak van lange adem als het gaat om de uiteindelijke resultaten (die bovendien vaak voorlopig blijven totdat nieuw onderzoek weer tot een andere visie leidt!) Maar onderzoek heeft ook neveneffecten die al meteen (kunnen) optreden, vanaf de formulering en precisering van de vraagstelling en het bedenken van de opzet. Onderzoek straalt uit, ook naar degenen die er niet direct bij zijn betrokken. Het brengt mensen er toe zaken *Im Frage* te stellen, ook ideeën en handelwijzen op andere terreinen dan waar het onderzoek betrekking op heeft. Het maakt enthousiast, en kweekt nieuwsgierige hulpverleners. Dit soort effecten vormt, hoewel niet in maat of getal uit te drukken, een waarde op zich, en is op termijn van tenminste even groot belang als de uiteindelijke antwoorden op de vraagstelling van het onderzoek. Als men alleen geïnteresseerd is in en ongeduldig wacht op de vruchten, ziet men de bloesem niet. Het kweken van nieuwsgierige hulpverleners is natuurlijk niet hetzelfde als implementatie, maar het laatste kan niet zonder het eerste.

Het eerste rapport dat onder mijn verantwoordelijkheid verscheen handelde over de werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis. Het gaat daarbij om de "academisering" van niet-universitaire instituten of delen daarvan, d.w.z.: het scheppen van een infrastructuur die het mogelijk maakt wetenschappelijk onderzoek te verrichten. Daarna volgden nog negentien andere, op zeer diverse terreinen van de gezondheidszorg. Ik doe een greep: antibioticaresistentie, pijnonderzoek, nieuwe toepassingen van genetische kennis in de gezondheidszorg, arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, gehooronderzoek. Het voorzitterschap van de RGO was een prachtbaan, al was het alleen maar omdat het mij de gelegenheid bood mij te verdiepen in tal van zaken waar ik tevoren weinig tot niets van wist. Ik heb op veel gebieden bijgeleerd.

In de loop van 2002 leken zich donkere wolken samen te pakken boven de RGO. De kort tevoren benoemde, nieuwe directeur-generaal volksgezondheid, Hans de Goeij, kwam met mij kennismaken, en deelde *en passant* mee dat het in het voornemen lag van de minister (Bomhoff) de RGO op te heffen. Zoiets kon natuurlijk niet op stel en sprong, maar het leidde wel tot onrust. Gelukkig



viel het kabinet kort nadien, en verdween het voornemen van tafel maar niet definitief, want enkele jaren later kwam men met het plan het hele sectorradenstelsel op te doeken. Ik kwam met het initiatief de RGO samen te voegen met de Gezondheidsraad, resp. daarin te integreren. De integratie kwam kort na mijn afscheid definitief tot stand. Ik was in 2006 nog opgevolgd door een aparte voorzitter, Paul van der Maas, hoogleraar Public Health in Rotterdam, maar toen deze vertrok in 2010 kwam de leiding van de raadscommissie te liggen bij de nieuw aangetreden voorzitter van de Gezondheidsraad, Louise Gunning-Schepers.

In de loop der jaren was het wel steeds moeilijker geworden de overheid er toe te bewegen gelden beschikbaar te stellen voor gewenst onderzoek. Toch, als ik overzie wat de impact is geweest van vele adviezen ben ik niet ontevreden. Soms duurde het wel wat langer voordat er iets gebeurde dan wij wensten.

Wat vooral ook heeft bijgedragen aan mijn tevredenheid was de bereidwilligheid van velen om mee te werken, Ik was altijd weer blij verrast als men bereid was op mijn uitnodiging lid te worden van een commissie in te gaan. Het aantal weigeringen dat ik in mijn jaren heb moeten incasseren was kleiner dan de vingers van één hand. En dat alleen voor een bescheiden vacatievergoeding. Het heeft mij altijd gefraspeerd dat men zich op het ministerie niet realiseerde hoe goedkoop in feite de adviezen waren/zijn van RGO en GR. Aan commerciële adviesbureau's, consultants en ad hoc adviseurs gaf men aanzienlijk meer uit.

Op 26 januari 2006 nam ik afscheid. Ik denk met veel genoegen terug aan mijn tijd bij de RGO. Daar was de Raad zelf, die ik zo'n vijftig keer heb mogen voorzitten. Ik heb zelden gezelschappen mogen voorzitten waarvan de leden zo actief aan de meningsvorming bijdroegen. Ik denk aan de goede contacten met andere organisaties, met name ZonMw. Ik denk vooral aan het "eigen nest": het bureau bestaande uit 9 à 10 mensen. We vormden een soort gezin, iedere week met z'n allen geschaard om een grote tafel ter bespreking van lopende zaken. Vergeleken met de nogal hiërarchisch georganiseerde Gezondheidsraad vormden wij een wat vrijgevochten bende. Ik voelde mij er thuis. Gelukkig hebben we zo nu en dan nog contact met elkaar.

Mijn professionele bezigheden in deze jaren bestonden niet alleen uit werkzaamheden voor de RGO. Daar was de eerste jaren natuurlijk ook de hoofdredactie van het Tijdschrift, waar ik al eerder over schreef. Voorts was ik nogal actief binnen ZonMw, deels samenhangend met mijn functie

als RGO-voorzitter, maar ook deels los daarvan. Ik had enkele malen zitting in evaluatiecommissies voor afgeronde onderzoeksprogramma's. Ik was lid van de programmacommissie GGZ die het programma "Geestkracht", gebaseerd op een RGO-advies uit 1999, moest optuigen. Op 1 januari 2007 nam ik het voorzitterschap van deze commissie op me. Daardoor kreeg ik weer veel meer te maken met de psychiatrie dan in de jaren daarvoor. Dat is een zeer succesrijk programma geworden dat in 2011 formeel afloopt. Succesrijk als men kijkt naar de wetenschappelijke vruchten (publicaties, promoties), naar de binnengehaalde extra subsidies waarvan het totaal aanzienlijk de primaire subsidie van VWS en NWO ten bedrage van 23 miljoen Euro overtreft, maar vooral doordat er samenwerkingsverbanden zijn gegroeid tussen universitaire afdelingen en niet-universitaire praktijkinstellingen. Het programma heeft onmiskenbaar een versnelling gegeven aan de "verwetenschappelijking" van de psychiatrie.

Geleidelijk zijn mijn professionele activiteiten sterk ingekrompen. Maar ik kijk met tevredenheid en veel genoeg terug op mijn professionele leven. Ik heb vrijwel steeds gewerkt op het grensvlak van de psychiatrie en de overige medische disciplines. Die positie bracht met zich mee dat ik mij in mijn vak op sommige momenten een relatieve buitenstaander voelde. Mijn van nature al aanwezige scepsis ten opzichte van modes en *hypes* werd daardoor waarschijnlijk wel versterkt. Hoe dan ook, het was een mooie tijd, niet in de laatste plaats omdat ik met zoveel aardige mensen heb mogen samenwerken. Dat was een voorrecht.

juli-november 2011

H.G.M. Rooijmans

## Noten

1. Nijdam SJ, Rooijmans HGM (red). Vorm en Inhoud – een keuze uit de essays van H.C. Rümke. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1981.
2. Over het werk van een districtpsychiater, zie: Bleeker JAC. Perifere militaire psychiatrie in Nederland. Amsterdam, 1971 (proefschrift).
3. Kuiper PC. Ver heen – verslag van een depressie. 's Gravenhage: SDU Uitgeverij, 1988.
4. Kuiper PC. De mens en zijn verhaal. Amsterdam: Athenaeum Poklak & van Genneep, 1976.
5. Leeuwen WF van. Het psychoanalytisch minimum. Hollands Maandblad 1969, no. 256; ook afgedrukt in: Cassee AP, Boeke PE, Barendregt JT (red). Klinische psychologie in Nederland dl I. Deventer Van Loghum Slaterus, 1973.
6. Ik volg hier de tekst van mijn artikel "Kijken met een gekleurde bril" in Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid 2011; 66: 253-57.

7. Feighner JP et al. Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. *Arc Gen Psychiatry* 1972; 26: 57-63.
8. Rooymans HGM. Oordeel en vooroordeel in psychiatrische diagnostiek. Groningen, 1969 (proefschrift).
9. Rooymans HGM. Voor-oordelen in de diagnostiek. *Ned Tijdschr Geneesk* 1970; 114: 1863-67.
10. Rooymans HGM, Schut T, Boeke P. A therapeutic bias in making psychiatric diagnosis. *Psychiatria Neurologia Neurochirurgia* 1972; 75: 359-70.
11. Rooymans HGM. Consultatieve psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1972; 14: 19-37.
12. Rooymans HGM. Zijn het zenuwen? – over de psychiatrische diagnostiek van lichamelijke klachten. Leiden: Universitaire Pers, 1977.
13. Rooymans HGM. Psychiatrische diagnostiek van onverklaarde lichamelijke klachten. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1977; 19: 155-74.
14. Hoofdakker RH van den. Het bolwerk van de beterswetters – over de medische ethiek en de status quo. Amsterdam: Van Gennep, 1970.
15. Rooymans HGM. Het begrip "specificiteit" in de psychosomatische geneeskunde. *Ned Tijdschr Geneesk* 1974; 118: 121-27.
16. Rooijmans HGM. Stokvis en de psychosomatiek. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 2611-14.
17. Praag HM van, Rooymans HGM (red). *Stemming en Ontstemming – theorie en praktijk bij de diagnostiek en de behandeling van depressies*. Amsterdam: Bohn, 1974.
18. Rooymans HGM. Alternatieve psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1972; 14: 389-408.
19. Rooijmans HGM. 99 Jaar tussen wal en schip – geschiedenis van de Leidse universitaire psychiatrie. Utrecht: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.
20. Enning B. *De oorlog van Bastiaans – de LSD-behandeling van het KZ-syndroom*. Maastricht, 2009 (proefschrift).
21. Rooymans HGM (red). *De psychiater in het algemeen ziekenhuis*. Utrecht: Bohn Scheltema & Holkema, 1984.
22. Rooymans HGM. Psychiatrie als medisch specialisme. *Ned Tijdschr Geneesk* 1979; 123: 380-83; 411-16.
23. Rooymans HGM. De verwevenheid van somatische en psychische ziekten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 2323-31.
24. Schnabel P. *De psychiater in beeld – een onderzoek in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie*. Utrecht: Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid, 1982.
25. Rooijmans HGM. Proefschriften van psychiaters in kaart gebracht. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1993; 35: 422-27.

26. Zitman FG. Trouw moet blijken – een onderzoek naar het voorspellen van bezoektrouw op een psychiatrische polikliniek. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1982 (proefschrift Leiden).
27. Hengeveld MW. Beyond the General Hospital Patient – investigation in consultation psychiatry. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1983 (proefschrift Leiden).
28. Dyck R van. Psychotherapie, placebo en suggestie. Leiden, 1986 (proefschrift).
29. Velden K van der (red). Directieve therapie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1977.
30. Velden K van der (red). Directieve therapie 2. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980.
31. Rooymans HGM. Het voor en tegen van directieve therapie. Tijdschrift Directieve therapie en hypnose 1981; 1: 204-12.
32. Beck AT. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press, 1976.
33. Dubois Dr. Les Psychonévroses et leur traitement moral. Patris: Masson & Cie, 1905.
34. Rümke HC. Psychiatrie dl III – Tussen psychose en normaliteit. Amsterdam: Scheltema & Holkema, 1967.
35. Ploeg HM van der. Persoonlijkheid en medische consumptie – een onderzoek naar de relatie van persoonlijkheidsfactoren en de frequentie van huisartsbezoek. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1980 (proefschrift UvA).
36. Heeren ThJ. Psychiatric Morbidity in the Oldest Old – the Leiden 85plus study. Leiden, 1991 (proefschrift).
37. Spinhoven P. Hypnosis and Pain Control. Leiden, 1989 (proefschrift).
38. Speckens AEM. Cognitive Behavioural Therapy for Unexplained Physical Symptoms. Leiden, 1995 (proefschrift).
39. Vos J. "Pleitbezorger van de psychiatrie" – de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 1871-2011. Utrecht: De Tijdstroom, 2011.
40. Rooijmans HGM. Tsjechow als dokter. Ned Tijdschr Geneeskd 2003; 147: 406-11.
41. Rooijmans HGM. Psychiatrie: een ouderwets medisch vak. Afscheidscollege Universiteit Leiden, 1999.
42. Hengeveld MW, Spinhoven Ph, Van Dyck R, Zitman FG (red). Nuchtere Psychiatrie. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1999.
43. Charney DA, Russell RC. An overview of sexual harassment. Am J Psychiatry 1994; 151: 10-17.

## Index

- Alexander, 25, 26, 70, 72, 76, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91  
Angststoornissen, 97, 116  
Antipsychiatrie, 7, 27, 36, 56, 61, 112, 113, 140, 150  
Astma, 8, 15, 25, 72, 73, 75, 101, 112, 135, 137, 139  
AZL, 71, 73, 141, 142, 143, 145, 146, 147, 149, 152, 153, 155, 156  
Balint, 25  
Bastiaans, 8, 19, 25, 75, 76, 91, 123, 138, 139, 141, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 167  
Bias, 9, 56, 62, 64, 87, 131, 132, 166  
Boeke, 39, 126, 132, 166  
Carp, 14, 19, 21, 22, 23, 28, 33, 71, 72, 73, 75, 76  
Classificatie, 9, 17, 20, 56, 59, 64, 96, 117, 159, 160, 161  
Consulent, 7, 8, 110, 111, 112, 126, 133, 134, 135  
Consult, 65, 136, 143  
Consultatieve psychiatrie, 130, 134, 143  
Depressie, 38, 48, 98, 99, 101, 102, 116, 125, 136, 140, 166  
Diagnostiek, 9, 10, 29, 46, 47, 52, 55, 56, 57, 59, 62, 64, 65, 101, 127, 128, 129, 160, 166, 167  
Dijk, 19, 36, 39, 124, 125, 132, 133, 140, 142, 147  
Droogleever Fortuyn, 124, 125, 130  
DSM, 9, 17, 20, 37, 42, 45, 48, 53, 56, 57, 58, 59, 60, 65, 76, 99, 117, 131, 140, 159, 160, 161  
Dyck, 120, 150, 151, 152, 167, 168  
Endegeest, 71, 141, 144, 145, 149, 152, 153, 154, 155  
Freud, 17, 18, 82, 112, 133  
Gijn, 62, 65, 158  
Groen, 8, 9, 19, 25, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 82, 86, 91, 138, 139  
Heeren, 153, 168  
Hemert, 1, 6, 152, 159  
Hengeveld, 104, 142, 150, 152, 167, 168  
Hypertensie, 8, 15, 26, 37, 70, 73, 75, 76, 83, 101, 137  
Jelgersma, 14, 18, 19, 21, 22, 23, 28, 31, 109, 119, 120, 154, 158  
Jelgersmakliniek, 21, 71, 72, 73, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 149, 154  
Klasen, 155  
Kraepelin, 17, 18, 20, 23, 112, 133  
Kraus, 14, 19, 23, 24, 28  
Kuiper, 14, 19, 23, 24, 28, 122, 123, 124, 166  
Lichamelijke aandoeningen, 7, 14, 16, 27, 97  
LUMC. *Zie* AZL  
Musaph, 25  
Nijdam, 10, 31, 39, 120, 121, 166  
NTvG, 9, 138  
Oratie, 9, 21, 22, 109, 113, 119, 130, 136, 158, 160  
Praecoxgevoel, 22  
Psychische aandoeningen, 14, 16, 46, 68, 86, 96, 100, 110, 140  
Psychoanalytisch, 8, 25, 125, 127, 131, 134, 137, 166  
Psychoanalytisch minimum, 125, 127, 166  
Psychogenie, 17, 21, 22, 24, 74  
Psychosomatici, 25  
Psychosomatiek, 7, 8, 9, 15, 19, 22, 25, 68, 70, 71, 72, 76, 79, 80, 81, 82, 83, 89, 91, 104, 130, 134, 135, 137, 138, 139, 141, 167  
Psychosomatische. *Zie* psychosomatisch  
Psychosomatische geneeskunde, 8, 68, 76, 79, 80, 167  
Psychosomatosen, 9, 15, 73, 79, 83, 87, 101, 112, 135, 140  
Rümke, 9, 10, 14, 19, 22, 23, 24, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 47, 54, 120, 121, 151, 153, 166, 168  
Schizofrenie, 8, 14, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 33, 138  
Somatiseren, 7, 9, 116  
Somatoforme stoornissen, 42, 59, 97  
Specificiteit, 8, 9, 68, 72, 76, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 90, 91, 138, 167  
Speckens, 153, 168  
Spinhoven, 153, 168  
Stokvis, 9, 68, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 112, 139, 167  
Trimbos, 140  
Ulcus, 8, 70, 72, 73, 75, 79, 80, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 139  
Vecht, 142  
Zitman, 142, 150, 152, 157, 159, 167, 168

Prof. dr. Harry G.M. Rooijmans (1937-2013) bezette gedurende 23 jaar – van 1976 tot 1999 – de leerstoel klinische psychiatrie in Leiden. Vanaf zijn opleidingstijd in de zestiger jaren heeft zich in de psychiatrie een verschuiving voltrokken van het heersende paradigma. De alles bepalende invloed van het psychoanalytisch denken van weleer is vrijwel geheel naar de achtergrond geraakt, om plaats te maken voor de *evidence-based* praktijk van vandaag. Voor diegenen die met de derde en latere edities van de classificatie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) zijn opgeleid is het “oude denken” nauwelijks meer voorstelbaar.

Harry Rooijmans was zich als geen ander bewust van de veranderingen en hij heeft er ook zijn steentje aan bijgedragen. Stevig opgeleid in het oude paradigma zag hij steeds ook kritisch de beperkingen daarvan en zocht hij naar empirische onderbouwing van het vakgebied. Zijn grote kennis van de geschiedenis van de psychiatrie hielp hem om hypes en modes te ontmaskeren. Zijn Leidse school van “Nuchtere Psychiatrie” heeft haar sporen nagelaten in het grote aantal psychiaters, bestuurders en hoogleraren die in zijn geest zijn opgeleid.

Dit eboek bestaat uit een selectie van voordrachten en publicaties waarin hij zijn visie op verschillende aspecten van de ontwikkeling van de psychiatrie weergeeft. Als zodanig is het een belangrijk tijdsdocument over de evolutie van de Nederlandse psychiatrie.