



Universiteit
Leiden

The Netherlands

Psychopathologie, over oorzaak en verwijt gesproken

Hoencamp, E.

Citation

Hoencamp, E. (2005). *Psychopathologie, over oorzaak en verwijt gesproken*. Faculty of Social and Behavioural Sciences, Leiden University. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/2000>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/2000>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Psychopathologie, over oorzaak en verwijt gesproken

Rede uitgesproken door

Prof. dr. Erik Hoencamp

bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar
op het gebied van klinische psychologie, met bijzondere
nadruk op de psychiatrische aspecten
aan de Universiteit Leiden,
op vrijdag 4 maart 2005

Meneer de Rector Magnificus,

Leden van het Bestuur van Parnassia Psycho Medisch Centrum,

Leden van het Curatorium van deze bijzondere leerstoel,

Zeer gewaardeerde toehoorders,

De kamerdeur openend op mijn werk begint plotseling een getatoeëerde man mij allerlei stevige verwensingen naar het hoofd te slingeren.

Ik deins even terug, maar maak hem vervolgens zeer duidelijk, dat ik niet gediend ben van zijn taalgebruik en zo niet wens te worden aangesproken. 'Ben je helemaal gek, donder nu op en waag het niet dit nog eens te doen'. Misschien niet iets om trots op te zijn. Wat had ik anders kunnen doen? De patiënt niet serieus nemen. Misschien wist hij niet wat hij zei, moest ik *niet* reageren of hem rustig als een echte dokter alleen vermanend toespreken?

Nee, ik sprak hem niet aan als patiënt, die vaker dit soort gedrag vertoonde, maar nam hem serieus als persoon. In hoeverre psychopathologie aan de basis lag van zijn verwensingen, was op dat moment niet aan de orde.

Tussen haakjes, ik zie patiënt nog regelmatig en we hebben een prima verstandhouding met wederzijds respect.

Wanneer kan men iemand nog aanspreken op zijn gedrag en de consequenties daarvan, als dit gedrag mogelijk een onderdeel is van of verklaarbaar is vanuit de psychopathologie van die persoon?

Over deze wisselwerking tussen de zieke mens met zijn ziekte en diens omgeving wil ik het met u hebben.

Tegenwoordig wordt veel onderzoek gedaan naar biologische en psychologische aspecten van psychopathologie.

Bij voorkeur dienen behandelinterventies 'evidence based' te zijn.

Terecht, dit is een prima benadering, maar er is een risico: psycho-pathologie ontwikkelt zich niet in een vacuüm, maar wordt ook bepaald door de wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving.

Bij die wisselwerking speelt bejegening een belangrijke rol. Bejegening is zelfs medebepalend of psychopathologische verschijnselen als ziekte worden gezien of niet. De ziekte geeft een verklaring voor en betekenis aan de afwijkende gedragingen en vormt op die wijze ook een excuus daarvoor.

Eerst een nadere toelichting op de begrippen psychopathologie, oorzaak en verwijt. Psychopathologie is het vakgebied, dat letterlijk vertaald 'de wetenschap of studie van het geestelijke of psychische lijden' is.

Het vakgebied houdt zich bezig met begrippen, die door de eeuwen heen anders genoemd worden, maar naar hetzelfde verwijzen: krankzinnig, geestesziek, psychiatrisch, psychische stoornis. Deze begrippen zijn zeker niet waardevrij en hebben geleid en leiden nog steeds tot het gevaar van sociale discriminatie en stigmatisering. Probeert u maar eens nieuwbouw van een psychiatrische kliniek te realiseren, dan zie je hoe de 'wijk' hierop reageert in hun inspraakronde: 'die kliniek mag overal komen, maar niet in onze buurt'.

Om het eenvoudig te houden gaat het nu alleen over ziekelijke varianten van gedachten, emoties en gedrag. De grens tussen normaal, iets afwijkend, erg afwijkend en ziekelijk is een graduele. Er zal echter, ongeacht sociaal-culturele, emotionele, rationele of ideologische overwegingen, altijd een punt komen, dat anderen ervaren of opmerken, dat er iets niet klopt met de emoties, gedachten of gedragingen van iemand. Hij of zij is ziek. Binnen het medische ziekteconcept worden bepaalde symptomen onderscheiden; symptomen, die samen tot syndromen gerangschikt kunnen worden en die uiteindelijk een ziektebeeld vormen. Bij voorkeur met een duidelijk omschreven biologische afwijking. Vandereyken, Hoogduin en Emmelkamp (2000) stellen: "Naast dit typische medische ziekte- begrip kan men evenwel aan ziekte een psychologische, respectievelijk sociologische inhoud geven. In het eerste geval gaat het om ziektebeleving; de subjectieve ervaring van onwel bevinden, hinder of beperking in het (lichamelijk, psychische of sociaal) functioneren. In sociologische zin is er sprake van een bepaalde ziekerol, gekenmerkt door enerzijds een behoefte aan erkenning als 'zieke' of 'patiënt' (het aannemen van een maatschappelijk bepaalde en erkende patiëntenrol) en anderzijds de verwachting te zoeken naar een genezing door raadpleging van een deskundige (de rol van hulpverlener)". De deskundige is echter ook iemand, die legitimiteit moet geven aan het bestaan van een ziekte. In de psychiatrie wordt gebruik gemaakt van een diagnostisch classificatie systeem de 'Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disease' (APA 1994). Staat de ziekte er in, dan *ben* je patiënt met een erkende ziekte en de behandelaar mag de behandeling declareren. Niet altijd wetenschappelijk verheffend, wel een maatschappelijke werkelijkheid.

Oorzaak.

Oorzaak betekent 'datgene wat noodwendig een zeker gevolg met zich meebrengt (voor zover iets anders dit niet belet)'.

Een oorzakelijk verband is 'een betrekking tussen twee verschijnselen, waarvan het ene de oorzaak is van het andere'.

Hier begint al het eerste grote probleem; slechts weinig ziektes, ook niet de lichamelijke, hebben een eenvoudige lineaire oorzakelijkheid. A komt weliswaar door B, maar is tegelijkertijd de resultante van een complex proces van factoren, die uitlokkend en beschermend kunnen zijn.

Om de discussie over oorzaak en gevolg betreffende het ontstaan van psychopathologie in goede banen te leiden, ga ik hier uit van het ‘kwetsbaarheid model’. Dit is een gangbaar, niet specifiek, model waarin er van uitgegaan wordt, dat iemand met een genetische aanleg (kwetsbaarheid) in wisselwerking met familiare, sociale en biologische omgevingsfactoren een ziekte kan ontwikkelen.

Een voorbeeld: mogelijk weet u uit eigen ervaring, dat er in bepaalde gezinnen relatief veel gezinsleden zijn met suikerziekte. Een genetische kwetsbaarheid lijkt aanwezig. De vraag echter blijft, waarom sommige kinderen wel en sommigen geen suikerziekte krijgen. Kortom, er moet iets meer zijn dan alleen het hebben van een genetische kwetsbaarheid (genotype) om de ziekte tot klinische expressie te laten komen (het fenotype).

Dat er een wisselwerking is, is niet nieuw; de ‘Nature- Nurture’ discussie over wat wordt veroorzaakt door de omgeving (nurture) en wat door aanleg (nature) is oud. Over *hoe* die wisselwerking plaats vindt, komt steeds meer kennis beschikbaar (Cooper, 2001).

Ter illustratie wil ik twee (overlappende) ontwikkelingen noemen.

Ten eerste het door Edelman en Tonino (2001) geïntroduceerde begrip ‘neuraal darwinisme’. Dit houdt in, dat vanaf de conceptie, maar ook in het verdere leven, de hersenen zich aanpassen aan de omgeving, door bijvoorbeeld meer of juist minder neuronen en bijbehorende neurotransmitters te ontwikkelen (plasticiteit). In tegenstelling tot wat men aannam, zijn onze hersenen *niet* onveranderlijk, maar worden deze in hun interactie met de omgeving mede vormgegeven en blijven ze zich aanpassen.

Ten tweede het concept ‘gene-environment interaction’ (Kramer 2005).

De in de genen vastgelegde ‘instructies’ worden niet direct vertaald in vaste genotypische trekken. Interactie van genetische en omgevingsfactoren bepalen wanneer en welk eiwit wordt geproduceerd en dus of de genotypische kwetsbaarheid zich uiteindelijk zal uiten in de ziekte (Austin en Priest 2004).

Verwijten:

In strikte zin is verwijten een neutraal woord en ligt *terecht verwijt* in het verlengde van *aanspreken*. In de praktijk echter heeft het een negatieve, zeurderige, ondertoon, zeker als het verwijt niet gebaseerd is op feiten, maar op gevoelens van onmacht en onkunde.

Verwijt betekent ‘als schuld of tekortkoming voorhouden, ten laste leggen’.

Verwijt houdt dus nogal wat in. Je spreekt iemand aan, meestal op zijn of haar gedrag en houdt dit voor als tekortkoming van die ander.

Een paar voorbeelden

1. U rookt, u weet, dat u daarmee een bijdrage levert aan de kans om longkanker te krijgen. Duidelijke uitspraken op het pakje van ‘Roken is Dodelijk’ en afschrikwekkende foto’s

van weggeteerde longen ten spijt. U kunt niet zeggen, dat u niet gewaarschuwd bent.

2. In de dissertatie van Irma Huijbrechts (2003) komt naar voren, dat patiënten na hun hartinfarct, ondanks intensieve cursussen en therapeutische interventies, de geadviseerde gedragsveranderingen, zoals stoppen met roken, meer bewegen, afvallen, niet in de praktijk brengen en daarmee significant bijdragen aan hun kans op een nieuw infarct.

3. Cannabisgebruik blijkt in een toenemend aantal studies bij patiënten met schizofrenie het verloop van de ziekte ernstig negatief te beïnvloeden en volgens sommige onderzoekers zelfs een causale rol te spelen bij het ontstaan van schizofrenie (Arseneault e.a 2004). Toch gebruiken heel veel patiënten met schizofrenie cannabis.

U weet zelf vast nog andere voorbeelden te bedenken.

Moet de betrokken personen in deze voorbeelden dit gedrag nu verweten worden of niet?

Door de eeuwen heen is het verwijten van de oorzaak van ziekte bekend. Een gangbare gedachtegang was en is, dat je een ziekte krijgt, omdat je een gebod van de Goden overtreden hebt: 'ziekte als straf voor zonde'. Hierbij liggen oorzaak en verwijt op één lijn. Susan Sontag (1978) beschreef in haar boek 'Illness as Metaphor' mooi hoe oorzaak en verwijt in ons taalgebruik door elkaar heen lopen. Men *krijgt* TBC, omdat; men *krijgt* kanker, omdat; met andere woorden men *heeft* geen ziekte, neen, die *krijgt* men.

De boodschap, die een dergelijke benadering met zich meebrengt is, dat u (mede)verantwoordelijk bent voor het ontstaan van uw ziekte, er schuld aan heeft, ergo, dat de ziekte u te verwijten valt.

Uit moreel standpunt wil men iemand, die verantwoordelijk is voor zijn of haar daden, op afwijkend gedrag kunnen aanspreken of hem/haar dit verwijten en dit gedrag zondig door gepaste sancties laten volgen. Het morele standpunt heeft in principe het voordeel, dat de patiënt primair als mens wordt gezien met de daarbij behorende waardigheid en respect. Het risico is echter, dat het streng moralistisch wordt en diegenen, die afwijkend gedrag -blijven- vertonen, gestraft worden voor hun 'zonde'.

Vanuit een medisch standpunt kan men zich voorstellen, dat er gronden zijn, 'wetenschappelijk onderbouwd', die aangeven, dat iemand ten gevolge van een ziekte niet verantwoordelijk is voor zijn of haar afwijkende daden en (dus) niet aanspreekbaar daarop. Dit zijn twee verschillende invalshoeken, die onderscheiden moeten worden, hoewel ze elkaar niet uitsluiten. De medische invalshoek kan leiden tot meer onderzoek *naar*, kennis *van* en begrip *voor* afwijkend gedrag. Ongewild kan dit echter ook tot 'medicalisering' van ongewenst en afwijkend gedrag leiden met aantasting van de waardigheid van de individuele persoon en ongewenste medische interventies. Resultaat is, dat de zieke in het geheel niet meer verantwoordelijk wordt gehouden en slechts een object wordt (Kennett 2001).

Een ander aspect betreft de meer filosofische vraag: wat is 'vrije wil' en in hoeverre is men verantwoordelijk te stellen voor zijn of haar daden.

Schopenhauer (1989) onderbouwt in zijn essay 'De vrijheid van de wil' het standpunt dat het *zijn* (esse) van de mens en diens motieven, het *handelen* (operari) bepaalt en niet omgekeerd (blz.107).

'De mens doet altijd wat hij wil, en doet dat niettemin noodzakelijk. Dat komt echter hierdoor, dat hij al is wat hij wil: want uit datgene wat hij is, volgt noodzakelijk al datgene wat hij telkens doet.'

Deze aanname volgend komt natuurlijk direct de vraag op in hoeverre psychopathologie dit *zijn* beïnvloedt. In hoeverre heeft het (dis)functioneren van de hersenen invloed op die 'wil'.

In zijn boek 'Neurofilosofie: Hersenen, Bewustzijn en Vrije Wil' geeft Johan den Boer (2004) een exposé over verantwoordelijkheid en vrije wil, waaruit ik het volgende heb geselecteerd. 'Wellicht kunnen we hier het beste voor een pragmatisch standpunt kiezen, waarover Dennet schreef: *'holding people responsible is the best game in town'*.

Want, iemand die zijn toekomstig gedrag ontwerpt op grond van het vooraf gegeven feit, dat hij er niet verantwoordelijk voor gehouden zal worden, kan al bij voorbaat niets meer leren van de consequenties van zijn gedrag' (blz.290).

De discussie, welke relatie er is tussen psychiatrische symptomatologie, vrije wil (Nagtegaal 2004) en verantwoordelijkheid voor eigen handelen, speelt een belangrijke rol in het strafrecht (Kutz 2002). Daar ligt deze discussie nog scherper, er zal hier echter niet op worden ingegaan.

Terug naar de psychopathologie, waarbij ik drie ziektes wil toelichten, die alle drie gemeen hebben, dat er onmiskenbaar psychopathologie is, maar met een geheel andere oorzaak: de ziekte van Huntington, schizofrenie en depressie.

De ziekte van Huntington is een zeldzame ernstige autosomaal dominante erfelijke ziekte, dat wil zeggen dat 50% van de kinderen de ziekte kan krijgen.

De aanwezigheid van een afwijkend gen op chromosoom 4 bepaalt of de ziekte zich ontwikkelt. De gen afwijking leidt tot toename van polyglutamine (polyQ) 'repeats' in het huntingtine eiwit (HTT). Deze overmatige stapeling van gemuteerd HTT in de intracellulaire ruimte leidt tot inclusie lichamen in de cellen en de selectieve dood van striatale en corticale neuronen (Arraste e.a 2004). Bij de geboorte zijn er geen afwijkingen. Op latere leeftijd ontstaat toenemend verval van hersenweefsel; het is een neuro-degeneratieve ziekte. Door vroege pre-symptomatische testen is het mogelijk te weten of men de ziekte zal krijgen.

Er zijn geen omgevingsfactoren, die bepalend zijn of het genotype zich manifesteert in de uiteindelijke ziekte (fenotype); de ziekte komt dus altijd tot expressie.

De symptomen van de ziekte openbaren zich meestal tussen het dertigste en veertigste levensjaar. Ze zijn divers, een wisselende combinatie van vervlakking, ontremming, oordeels- en kritiek stoornissen en een latere dementering. Vooral de persoon-

lijkheidsverandering en de gedragsstoornissen zijn erg belastend voor de omgeving. De sociaal maatschappelijke gevolgen zijn enorm, er is sprake van een langzame onomkeerbare aftakeling zonder kans op een behandeling. De behandeling met onze huidige kennis bestaat bovenal uit het beperken van de gedragsstoornissen met behulp van medicatie.

De tweede ziekte, schizofrenie, is een relatief veel voorkomende ernstige hersenziekte, die zich in iets minder dan 1% van de bevolking voordoet.

De ziekte is voor een belangrijk deel genetisch bepaald, waarbij in tegenstelling tot de ziekte van Huntington niet op één, maar op diverse plaatsen afwijkende genen gevonden worden (Harrisson, Weinberger 2005). De aard en aantal van die afwijkende genen verklaren of de ziekte manifest wordt en welk klinische beeld en verloop deze zal hebben (Fanous, Kendler 2005).

Echter, uit onderzoek met monozygote tweelingen, dus met gelijk genetisch materiaal, blijkt er nog een kans van ongeveer 50% om géén schizofrenie te ontwikkelen. Dus omgevingsfactoren leveren mede een bijdrage in de ontwikkeling van schizofrenie. Schizofrenie is een 'neuro-developmental disorder', waarbij in aanleg al, zij het in wisselende mate, de kiem ligt voor een gestoorde verdere ontwikkeling van de hersens. Een diversiteit aan omgevingsfactoren zal dan mede door voornoemde 'gene-environment' interacties bepalen of en zo ja, in welke vorm de ziekte zich zal manifesteren. Het is dus beter niet van 'de' ziekte schizofrenie te spreken, maar van een ziekte uit het schizofrene spectrum.

Een paar voorbeelden van de grote diversiteit aan onderzochte omgevingsfactoren wil ik u noemen:

De leeftijd van de vader bij conceptie; de voedingstoestand van de moeder tijdens de zwangerschap; virale infecties; diabetes bij de moeder gedurende de zwangerschap; hypoxie van het kind; laag geboortegewicht; premature geboorte; infecties; urbanisatie graad; migratie en drugsgebruik.

De eerste verschijnselen manifesteren zich meestal in de vroege volwassenheid en kunnen tot ernstige sociale beperkingen leiden. De belangrijkste symptomen zijn hallucinaties en wanen, evenals emotionele vervlakking.

Een deel van de patiënten kan prima in al dan niet beschermde woonvormen wonen en arbeid verrichten. Een kleiner deel wordt langdurend opgenomen. Ongeveer 10% van de patiënten pleegt zelfmoord!

De behandeling van schizofrenie bestaat uit een combinatie van medicatie, antipsychotica, psycho-educatie, sociale vaardigheidstraining en cognitieve gedragstherapie.

Als laatste ziekte: depressie.

Depressie is een relatief veel voorkomende ziekte, die zich, afhankelijk van de definiëring, in 4-10% van de bevolking manifesteert en volgens de World Health Organisation in 2010 bij de top drie van invaliderende ziektes zal horen. Het verloop wisselt, doch in veel geval-

len recidiveert een depressie en neigt deze tot chroniciteit (Hoencamp e.a 2001). Depressie uit zich in somberheid, een verlies aan interesse in de wereld, gevoel van zinloosheid tot een volledig verdwijnen van enig gevoel ten opzichte van de naasten. Schuldgevoelens en zelfverwijt, gekoppeld aan zelfmoord- gedachten, kunnen daarmee samen gaan.

Concentratiestoornissen en een onvermogen om negatieve gedachten te doorbreken zijn hinderlijk aanwezig. Daarnaast zijn er de vitale symptomen: verminderde eetlust, gewichtsverlies, obstipatie en verlies in seksuele interesse.

Depressie komt voor in verschillende vormen en gradaties, afhankelijk van de aard en ernst van de symptomen.

Genetische kwetsbaarheid is in vele gevallen aanwezig, doch vooralsnog niet specifiek aan één of meer gen afwijkingen toe te schrijven.

Bij bepaalde vormen van depressie neemt de kans aanzienlijk toe, dat familieleden dezelfde depressieve symptomen vertonen als de patiënt. Jang en collega's (2004) keken in hun onderzoek dan ook niet naar de erfelijkheid van de 'ziekte' depressie, maar naar de erfelijkheid van specifieke symptomen van depressie bij 343 tweelingen. Hun conclusie was, dat de symptomen erfelijk bepaald waren en met name de vitale functies betroffen, zoals verlies van eetlust, libido en energie *en* de cognitieve functies, zoals schuldgevoelens en hopeloosheid.

Ook bij de ontwikkeling van een depressie speelt het concept 'gene–environment interaction' een belangrijke rol.

Ter illustratie het onderzoek van Eley en collega's in 2004 naar de invloed van gene–environment interactie bij 377 adolescenten.

De essentie van hun bevinding was, dat er een significante relatie was tussen het ontwikkelen van een depressie, als er specifieke, genetisch bepaalde, serotonine polymorfismes waren *en* in de familie stress ervaren werd.

Er zijn diverse behandelmogelijkheden voor patiënten met een depressie; de meest gebruikte is antidepressieve medicatie, al dan niet in combinatie met Cognitieve Gedragstherapie en Inter Persoonlijke Therapie (IPT).

Interessant is, dat alleen IPT een duidelijke positie heeft gekozen: depressie is een medische ziekte en dat geeft de patiënt rechten, maar dus ook plichten (Klerman e.a.1984, blz. 84).

Het effect van die behandelingen wisselt sterk; in de acute fase liggen de resultaten van medicatie en psychotherapie tussen de 30-60%. De effectiviteit van de behandeling neemt helaas snel af, als er sprake is van co-morbiditeit (angst, alcohol), de depressie lang duurt, vroeg ontstaan is of al vaak gerecidiveerd is.

Terug naar de praktijk.

Eerst zal ik met u de rol van bejegening en verwijt bespreken in relatie tot sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen. Daarna meer specifiek de relatie tussen de patiënt en diens directe omgeving en tenslotte de rol van bejegening en verwijt in de relatie tussen patiënt en behandelaar.

Sociaal- maatschappelijke ontwikkelingen.

Een interessant voorbeeld van een wel heel vergaande vorm van maatschappelijk verwijt is het volgende. Eind jaren zestig van de vorige eeuw leefde in het ‘Sozialistische Patienten Kollektiv Heidelberg’ de gedachte, dat psychiatrische ziektes veroorzaakt werden door ‘het medisch-industrieel complex’: de mens was teruggebracht tot een ding en leverde bloed, urine, wanen en hallucinaties in en kreeg daarvoor in de plaats rekeningen van het ziekenhuis terug. De daad bij het woord voegend begonnen zij uiteindelijk letterlijk een gewapende strijd tegen de maatschappij, die schuldig was aan het ontstaan van psychiatrische ziektes. Hiermee tevens de opmaat vormend voor de latere beruchte Rote Armee Fraktion (SPK).

Huidige sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen laten zien, dat toenemend door verzekeraars wordt aangegeven, dat mensen, die potentieel schadelijk gedrag vertonen, niet meer verzekerd zullen worden voor de daaruit voortvloeiende gezondheidsproblemen of daarvoor niet meer behandeld zullen worden. Zo wil bijvoorbeeld een van de grootste herverzekeraars in de wereld – Swiss Re – de hoogte van de premie van de levensverzekering koppelen aan de mate van overgewicht.

Ook een interessant voorbeeld is, dat zorgverzekeraar CZ een soort bonus -malus systeem overweegt, hoe fysiek fitter men is en blijft op een bepaalde gestandaardiseerde test, hoe meer korting men krijgt. Is dit nu stimuleren of zelfs belonen, of verwijten: moet je maar zorgen, dat je fitter wordt?

Daarnaast is er een interessante maatschappelijke verschuiving met betrekking tot de vraag wie nu wie verwijt.

Niet het individu wordt iets verweten, neen, de schuld ligt bij een derde. Men klaagt de fabrikant van sigaretten/ hamburgers aan voor de gevolgen, die dit voor de consument heeft: longkanker en/of overgewicht. Moet dit gezien worden als het doorschuiven van verantwoordelijkheid of een massale ontkenning van eigen verantwoordelijkheid en aanspreekbaarheid op eigen gedrag?

Wat hebben deze sociaal maatschappelijke ontwikkelingen tot gevolg voor de vele duizenden patiënten met een ‘psychiatrische’ diagnose, die in de WAO zitten (Knepper 2004).

Vooruitlopend op de afschaffing van de Wet Arbeids Ongeschiktheid in 2006 heeft de minister bij Algemene Maatregel van Bestuur besloten, dat rond de 500.000 WAO gerechtigden (plus Waz, zelfstandigen en Wajong, jonggehandicapten) herkeurd moeten worden. Hierbij volgt volledige arbeidsongeschiktheid *alleen* bij ‘onvermogen tot persoonlijk sociaal functioneren’, gebaseerd op een ‘ernstige psychische stoornis’. Het zal niet gemakkelijk zijn om heldere criteria te formuleren voor een ‘ernstige psychische stoornis’. De DSM zal hiertoe niet echt behulpzaam zijn.

Maar het betekent voor de patiënten wél, dat de legitimering voor een uitkering vervalt; het is geen ‘excuus’ meer om niet (tenminste deels) aan het arbeidsproces mee te doen. Patiënten met de ziekte van Huntington of ernstige varianten van schizofrenie zullen er niet veel van merken, maar wat zal het gaan betekenen voor patiënten met een depressie?

Naar mijn mening zal dit, niet onterecht, leiden tot meer aanspreken op eigen verantwoordelijkheid. Dit zal de patiënt kunnen beleven als ‘niet serieus genomen worden’ of als ‘verwijt’.

De huidige discussie over het Chronisch Vermoeidheid Syndroom is een voorbeeld van hoe gecompliceerd en maatschappelijk bepaald begrippen als ziekte, erkenning en excuus zijn.

De Gezondheidsraad bracht onlangs een rapport uit, waarin een echte ‘poldermodel’ oplossing is bedacht: Chronisch Vermoeidheids Syndroom is een aandoening (geen ziekte!), waaraan patiënten wel kunnen lijden, maar het is niet de medisch aansprekende diagnose Myalgische Encephalomyelitis geworden, zoals de patiëntenvereniging het wil. Interessant, als u zich realiseert, dat in de naam Myalgische Encephalomyelitis de oorzaak al beschreven wordt: een ontsteking in spieren en hersenen, een zeer ernstig beeld dus.

Het lijkt of de patiëntenvereniging wil zeggen: de ziekte *kan, mag en zal* niet iets zijn met een psychische component. Dan is het niet ‘echt’ genoeg, dan telt de ziekte niet mee, dan neemt men ons niet serieus.

Een oppervlakkige verklaring voor deze opstelling zou kunnen zijn (naast meer subtiel): als de ziekte niet ‘echt’ is, is er een probleem: geen erkenning, geen excuus om niet te werken, ergo geen WAO uitkering.

De politiek speelt ook hier een opvallende rol in de discussies over erkenning van ziekte. Is het dan ‘de politiek’ die gaat bepalen wat een ziekte is? Laat ons dat bespaard blijven!

Waar de politiek gevoelig voor is, is de druk van lobby groepen en de gunst van de kiezer. Wat men wil, is het debat beïnvloeden over wat een ‘ziekte in de zin van de wet’ is. Uit mijn ervaring als deskundige voor onder andere de Centrale Raad van Beroep kan ik u vertellen, dat de definiëring van ‘ziekte of gebrek in de zin van de wet’, een juridisch begrip, niet eenvoudig is en ook tussen en binnen medische beroepsgroepen tot tweespalt kan leiden.

Politisering van het begrip ‘ziekte’ ten top en een voorbeeld van hoe diverse belangengroepen (patiënten, behandelaars en verzekeraars) meer en meer een rol zullen gaan spelen.

Helaas, om als echte, ernstige ziekte erkend te worden, voldoet het niet meer om in de DSM met alle criteria vermeld te worden; men moet zelfs zijn best doen om in de volgende editie, DSM V, te komen.

Het politieke spel hierover is in de Verenigde Staten al begonnen. Ook daar wil men naar ‘minor and major mental disorders’.

We kunnen daar leren hoe professionele lobby groepen actief zijn (Kessler e.a. 2003). Voor de onderzoekers hangt er een deel van hun geldstroom vanaf, voor de behandelaars of ze betaald worden en natuurlijk voor de patiënten of ze de behandeling vergoed krijgen.

Een andere kant van de discussie over de vraag van erkenning is de vraag in hoeverre iemand zijn ziekte als excuus gebruikt, als ‘reden van verschoning’, om materieel of immaterieel gewin te verkrijgen, het oude concept van de ‘*renteneuroticus*’ of de ‘*onterechte WAO / uitkeringsstrekker*’ of mooier gesteld secundaire ziektewinst. Dit is een reëel en omvangrijk probleem, dat niet onderschat moet worden, zoals recent weer is aangetoond door collega Jacques van Egmond (2005) in zijn dissertatie ‘*Secondary Gain in Psychiatry*’. In een poliklinische populatie was zijn bevinding, dat ongeveer een derde van de patiënten hoopte ‘specifieke niet-therapeutische voordelen te krijgen door in behandeling te zijn’ (blz. 123). In het onderzoek naar de beste aanpak hiervan door de behandelaar was zijn conclusie: ‘Een gemeenschappelijk principe lijkt te zijn, dat secundaire ziektewinst op een directe wijze en zo spoedig mogelijk na manifestatie daarvan met de patiënt wordt besproken’. Naar mijn mening een goed voorbeeld van een situatie, waarin iemand wordt aangesproken op zijn gedrag en hem dit niet verweten wordt.

Bejegening en verwijt voor de patiënt en diens directe omgeving. Vanuit de individuele patiënt is de aard van zijn ziekte van groot belang; men *heeft* een gebroken been of hartinfarct, maar men *is* schizofreen of depressief. Het orgaan -de hersens- dat ons nu juist bij uitstek moet helpen om zin en betekenis te geven aan ons bestaan in relatie tot de omringende wereld, kan aangedaan zijn bij psychiatrische ziektes. Het is dus niet zomaar een orgaan, dat is aangedaan; fundamentele aspecten van onze rationaliteit zoals denken, zelfbewustzijn en evaluatie van eigen doen en laten vinden daar hun basis.

Voor de patiënt met de ziekte van Huntington en diens verwanten is er sprake van een determinatie: hij heeft weinig te willen, de ziekte onttroft zich ondanks zichzelf. Bij de ziekte van Huntington is verwijt niet aan de orde met betrekking tot de oorzaak van de ziekte. Het feit, dat men geboren is, zou men slechts kunnen verwijten aan de ouders en dat is niet reëel. Het roept wel een fundamenteel ethisch dilemma op naar mate er meer (intra-uteriene) presymptomatische tests beschikbaar komen. Is het de ouders dan te verwijten, dat ze die test hebben nagelaten? Voor de omgeving van Huntington patiënten kunnen zwervpartijen en agressie tot wanhoop leiden, zeker in de beginfase, als de patiënt nog wisselend toegankelijk is voor aanspreken. De karakterveranderingen van de patiënt bemoeilijken in vele gevallen de omgang met de patiënt. Is het de ziekte, die maakt dat hij zo doet of is het uitspelen? Om er mee om te gaan, moet men zich emotioneel los maken van de patiënt, anders gaat men er zelf ‘aan onderdoor’. In die fase wordt vaak aangeklopt bij de gezondheidsinstanties met de vraag om in te grijpen, er moet iets gebeuren, zo kan het niet verder! In de laatste fase van de ziekte zijn de patiënten nauwelijks of niet aanspreekbaar en verblijven ze in gespecialiseerde verpleeghuizen. De patiënt wordt helaas toenemend

een object in plaats van een subject met wie men een relatie heeft, de patiënt is niet meer serieus te nemen; wederom verlies dus.

Schizofrenie is een mengbeeld; als de patiënt zich zou onthouden van bijvoorbeeld drugs en altijd de medicatie inneemt, zou hij het verloop van zijn ziekte gunstig kunnen beïnvloeden. De patiënt heeft theoretisch wel invloed op verloop en behandeling van het ziekteproces. Het lijkt echter duidelijk, dat verwijt over bijdragen aan de oorzaak van schizofrenie irrealistisch is.

Wat wel reëel is en anders is dan bij de ziekte van Huntington, is dat men veel langer, zo niet altijd, de patiënt met schizofrenie moet blijven aanspreken op zijn of haar handelen.

Voor de naasten van patiënten met schizofrenie speelt het proces van ontkenning en acceptatie van de ziekte een belangrijke rol.

Aangezien het beeld sterk kan wisselen en momenten van adequate reacties van de patiënt kunnen afwisselen met momenten van oninvoelbare gedragingen, leidt dit tot onzekerheid. Op menig moment in mijn werk als psychiater kwam er vertwijfeld en wanhopig uit de mond van familieleden van patiënten ‘dokter, wat moet ik doen? moet ik dit gedrag nu accepteren? dit kan toch niet langer zo? is hij nu ziek of niet, haalt hij bewust het bloed onder mijn nagels vandaan?’

Of, na de altijd goed bedoelde raad mijnerzijds om grenzen te stellen, bijvoorbeeld, door de schizofrene zoon niet steeds opnieuw in huis op te nemen, als hij het daarna weer verbouwt, ‘dokter hoe kan u dat nu zeggen, dat kan toch niet, hij is ziek, dat weet u toch!’

Uit onderzoek van families met patiënten met schizofrenie komt naar voren, dat er een relatie is tussen de mate en aard van de geuite emoties en het verloop van de ziekte. In de gezinnen, waar een hoge emotionele *en* negatieve Expressed Emotion werd vastgesteld met wederzijds verwijten, was het ziekteverloop minder gunstig.

‘Mother blaming’ is hiervan een voorbeeld: de oorzaak van de ziekte, in dit geval schizofrenie, wordt geweten aan de moeder. Zij communiceerde dubbelzinnig (double-bind, Cooper 1970) en was daardoor schizofrenogeen.

Moeders krijgen vaak de schuld of er wordt hen iets verweten. Heden ten dage wordt dit nog gesuggereerd met betrekking tot de oorzaak van bijvoorbeeld eetstoornissen en ADHD (Vander Ven, Vander Ven 2003).

Bij depressie moet men stellen dat, ondanks het ‘gegeven’ van de genetische kwetsbaarheid, sociale relaties en de wijze waarop men met de wereld omgaat, duidelijk van invloed zijn op het beloop van de ziekte. Het eigen aandeel is groter en er zijn relatief meer mogelijkheden om invloed uit te oefenen op het verloop van het eigen ziektebeeld.

Twee theorieën geven een zekere onderbouwing voor de stelling, dat actieve inzet van de patiënt met een depressie een rol speelt bij het voorkomen van recidieven en ontwikkeling van chroniciteit.

Ten eerste, de Adaptatie Theorie: de 'Social Navigation Hypothesis' van Watson and Andrews (2002) met een evolutionair gezichtspunt over het ontstaan van psychopathologie.

Als de mens in een situatie komt, waar hij of zij tegenover een niet te overwinnen relationele of fysieke uitdaging komt te staan, is het beter om die strijd uit de weg te gaan. Daarna moet de draad echter wel weer opgepakt worden.

Deze hypothese is niet zonder tegenstanders; onder andere Nettle (2004) verwerpt het en biedt een alternatief. Mensen, die een depressie ontwikkelen, zitten in de groep evolutionair geselecteerde mensen met een te grote mate van reactiviteit van het 'gevoelssysteem'. Oftewel: ze trekken zich terug, omdat ze zo overgevoelig zijn.

Ten tweede de 'Kindling theorie' (Kendler e.a. 2000). Naarmate er meer depressies zijn geweest, is er een steeds kleinere, sociale stressfactor nodig om een nieuwe depressie met zijn biologische veranderingen uit te lokken

Indien we de 'Kindling' en 'Adaptie' theorie naast elkaar zetten, doemt er naar mijn mening een verontrustend scenario op. Door de huidige veranderingen in vooral de westerse wereld, gaat iemand niet snel dood van de honger. Door materiële en immateriële voorzieningen kan men zich wel terugtrekken uit de bedreigende sociale wereld, maar komt er evolutionair gezien geen corrigerend moment in de zin van 'verman je of je gaat dood'.

Als voornoemd scenario reëel is, en dat is mijns inziens niet op voorhand te verwerpen, moet een patiënt met een depressie niet thuis blijven zitten tot de klachten overwaaien. Blijft men wel thuis zitten, dan draagt men bij aan het ongunstige beloop van de eigen psychopathologie. Is mijn opmerking nu aanspreken of verwijt?

In de huidige klinische praktijk is het helaas een bekend feit, dat elke maand, dat een patiënt langer thuis zit met depressieve klachten, de kans op volledig herstel omgekeerd evenredig afneemt.

Dat dit grote maatschappelijke gevolgen heeft, blijkt wel uit het feit, dat depressieve klachten in ongeveer 30% van de gevallen (mede) de reden is om in de WAO te zitten. In de leidraad 'Aanpak verzuim psychische reden' wordt expliciet een twee sporen beleid aangeraden: *zowel* het werk hervatten *als* behandeling van de klachten. Dit onder het motto 'even rust is goed, maar met rust laten nooit'.

Nu blijkt echter uit de evaluatie van de al drie jaar bestaande leidraad, dat huisartsen en psychiaters die nauwelijks kennen, laat staan toepassen.

Wie of wat moet ik nu aanspreken of zelfs verwijten?

De maatschappij, die zo georganiseerd is 'dat dit kan gebeuren'? Of de individuele patiënt en diens omgeving, de behandelaars, die werkhervatting geen behandeldoel vinden of de bedrijfsarts, die het toelaat?

Wie is nog waar verantwoordelijk voor en wie is aanspreekbaar?

Voor veel patiënten is een uitkering een mogelijkheid om niet constant met de beperkingen, die ze hebben, geconfronteerd te worden, een rustplek; of is het een vluchthaven?

Naar mijn mening kan 'afkeuring' als voorbeeld worden gezien van onverschilligheid,

afschrijven van iemand, letterlijk en figuurlijk. Afgeschreven worden draagt niet bij tot een beter zelfbeeld en gevoel van eigenwaarde.

Men spreekt een patiënt met een depressie niet meer aan om in het sociale proces te participeren en draagt daarmee bij aan het 'in stand houden' van de psychopathologie, zo u wilt.

Zou thuis zitten nu zo heilzaam zijn voor de interpersoonlijke relaties? Neen, relaties komen onder spanning te staan en het is niet vreemd, dat depressie en relatieproblemen of relatiebreuken met elkaar samen hangen (Beach, O'Leary, 1993). Aangetoond is dat -naast de neiging om denigrerend over zich zelf te zijn- er ook veel kwaadheid en vijandigheid ontstaat tussen de depressieve persoon en zijn omgeving, dus ook diens partner (Basco e.a. 1992).

In het verloop van een depressie zien we aanvankelijk steun en begrip, na enige maanden toenemende irritatie en verwijten naar de patiënt in de zin van 'als je ook niets doet dan...!'

Schuldgevoelens, verwijt en zelfverwijt leiden tot een neerwaartse spiraal met uitgesproken negatief effect op het verloop van de ziekte.

Het trieste is, dat deze negatieve, vijandige interactie kan bijdragen aan het ontstaan van psychopathologie van de kinderen van het echtpaar. Nog een stap verder zelfs: de depressieve klachten van het kind kunnen de ouders weer verleiden tot 'child blaming'. Dan is de cirkel echt rond (Bolton e.a. 2003).

Bij patiënten met een depressie is het aanspreken op het eigen aandeel in de ontwikkeling van een depressie en aanspreekbaar zijn op gedrag tijdens de depressie een noodzakelijk onderdeel van de benadering en behandeling, verwijten dus niet.

Bejegening en verwijt in de relatie patiënt en behandelaar.

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, een onderdeel van het overeenkomstrecht in het Burgerlijk Wetboek, biedt een interessant forum voor discussie over verwijt en schuld.

In het behandelplan wordt vastgelegd wat de behandelaar doet (er van uitgaand dat hij dat ook doet) en dat de patiënt bijvoorbeeld a. zijn medicatie inneemt; b. minder gaat drinken; c. twee keer per week een half uur loopt.

De patiënt doet dat niet. Vervolgens zegt de behandelaar: als U zich niet aan de afspraak houdt, dan verbreek ik de overeenkomst. Er is niet alleen een inspanningsverplichting, maar ook een resultaatverplichting!

De inspectie weet de behandelaar te vinden!!

Dolnick (1998) schrijft in zijn boek 'Madness on the couch: Blaming the Victim in the Heyday of Psychoanalysis' op haast vileine wijze over het gevaar patiënten iets te verwijten of patiënten af te wijzen. Afwijzing wordt versluierd gebracht: 'de patiënt heeft te veel weerstand tegen behandeling, de patiënt is niet gemotiveerd, er is niet genoeg lijdensdruk'.

Veel behandelaars worden, net als veel vaders en moeders, niet boos als er iets (niet) gedaan wordt door de patiënt, maar tonen hun teleurstelling. Een goed bedoelde en zelfs begrijpelijke, maar helaas vaak desastreuze reactie, die expliciet verwijt inhoudt. Naar mijn mening is verwijten, in plaats van aanspreken, een van de manieren, waarmee de behandelaar reageert op al dan niet terechte kritiek van de patiënt richting behandelaar.

Onderzoek lijkt dit staven.

Uit de Vanderbilt II psychotherapie studie (Najavits, Strupp;1994) komt naar voren, dat de meest effectieve behandelaren het minst 'vijandig gedrag' vertonen oftewel het minste verwijten, kleineren, negeren en afwijzen. Ook de goede therapeuten in dit onderzoek laten zich echter verleiden tot verwijten, zij het in mindere mate.

Onderzoek van Binder en Strupp (1997) geeft aan, dat de *meesten*, ook de 'highly trained' therapeuten in de praktijk niet goed omgaan met een interpersoonlijk conflict met de patiënt, waarin zij zelf een rol spelen. De therapeuten reageren met subtiële afwijzingen en het meest met een 'pejorative attitude' oftewel ongunstige afwijzende houding naar de patiënt.

Het zal u niet verbazen, dat het effect van een behandeling aanzienlijk afneemt als de behandelaar zo reageert. Op zich is het menselijk, dat de behandelaar dit soort gevoelens en oordelen heeft. Ze zijn echter disfunctioneel en niet alleen in de psychiatrie moet erkend worden, dat onmacht, die men kan tegenkomen in de behandeling van patiënten, door behandelaars *of* wordt omgezet in defaitisme, cynisme *of* in verwijt naar de patiënt.

In de relatie tussen behandelaars en patiënten met de ziekte van Huntington zullen bovengenoemde reacties nauwelijks voorkomen.

Bij de omgang met patiënten met schizofrenie kan 'het niet serieus nemen' op een andere manier vorm krijgen: onverschilligheid. Dit is mogelijk een nog kwalijker reactie, want de afwijkende gedragingen en ontbrekende zelfverzorging worden dan tot normaal verheven. Men spreekt de patiënt er niet meer op aan. Uit eigen ervaring kan ik u zeggen dat -als zulk een houding gaat overheersen- verwaarlozing en verloedering volgen.

Ter illustratie de patiënt, die zeker in de beginfase van de ziekte de behandeladviezen niet opvolgt of de medicatie niet inneemt. Dit leidt dan in de meeste gevallen op korte of langere termijn weer tot een nieuwe psychose met alle sociaal ontwrichtende gevolgen van dien. Juist dan dient de behandelaar *niet* achter over te leunen en aan te geven, dat de patiënt niet gemotiveerd is. Ongeacht of ze nu wel of niet medicatie willen gebruiken, dient men contact te houden met de patiënt, eventueel tot aan bemoeizorg en gedwongen behandeling toe.

Een aardig voorbeeld van blijven aanspreken betreft de behandeling van ernstig schizofrene patiënten, die hun medicatie per injectie in hun bil krijgen. De depot poli. De voorwaarde door ons gesteld was, als U hier komt, bent U gewassen en heeft U een schone onderbroek aan, anders geen prik.

Het effect was anders dan wat men vreesde en ons verweet 'dat kan je toch van dergelijke patiënten niet verwachten'.

De patiënten bleven niet weg, maar kwamen 'gewassen en gestreken', ze voelden zich serieus genomen.

Bij patiënten met een depressie is de grootste valkuil voor de behandelaar om van aanspreken op gedrag te vervallen in verwijt.

De teleurstelling bij de behandelaar, als de depressieve patiënt voor de zoveelste keer een goede raad niet heeft opgevolgd om iets te doen (sporten, iets leuks doen) of te laten (hele dag op bank zitten, drinken). Waarop de patiënt fijntjes kan laten horen: 'Maar dokter, als ik dat kon, dat zat ik niet hier.'

Dit kan er toe leiden, dat de patiënt in het geheel niet meer wordt aangesproken op zijn gedrag. Of een stap verder: dat de houding van de behandelaar omslaat in onverschilligheid.

Voor de behandelaar is het van belang zich te realiseren, dat uit onderzoek blijkt, dat ongeveer 50% van de patiënten hun antidepressieve medicatie niet conform voorschrift gebruikt. U kunt dan 'foei' roepen en zeggen, dat de patiënt niet meewerkt. Voordat u dat zegt, moet u bedenken, dat patiënten met hoge bloeddruk hun medicatie ook in 50% van de gevallen niet conform slikt. De 'therapie ontrouw' bij de patiënten met hoge bloeddruk blijkt echter rechtstreeks, significant, te relateren aan het aantal depressieve klachten, die de patiënt heeft (Wang e.a. 2002). Liggen symptomen van depressie, concentratieproblemen en geheugenstoornissen daaraan niet ten grondslag?

Na al deze overwegingen en beschouwingen kom ik tot de vraag wat de praktische waarde is voor onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg.

Voor onderzoek betekent het, dat bejegening en in het bijzonder de rol van aanspreken een meer prominente plaats zou moeten hebben als factor, die invloed heeft op ontstaan en verloop van psychopathologie.

Het zoeken naar individuele karakteristieken, bijvoorbeeld 'persoonlijkheidstrekken, ziekteschema's, ziekte attitude, locus of control' of wat dies meer zij, wordt veelal benadrukt. Maar hoe breng je in kaart, hoe omgeving en individu met elkaar omgaan en de gevolgen daarvan voor de ontwikkeling en het beloop van een ziekte?

De terechte huidige aandacht voor bijvoorbeeld neuroimaging onderzoek moet er niet toe leiden, dat het aspect van omgaan met ziekte en bejegening van de patiënt naar de achtergrond schuift.

Voor onderwijs betekent dit, dat de arts-assistent of student zich moet realiseren, dat -naast zijn technische vaardigheden- zijn bejegening en potentie tot verwijten invloed hebben op de behandeling en daardoor op de ontwikkeling en het beloop van de ziekte van hun patiënten.

De onmacht, die arts-assistent of student bij tijden voelt, vertaalt zich vaker in verwijt, dan wij ons mogelijk realiseren.

Denk dan niet alleen aan de gevoelens, die door de patiënt met borderline- trekken, die met zelfmoord en ernstige zelfverwonding dreigt, worden opgeroepen.

De taak van de behandelaar is om ervoor te zorgen, dat de sociale omgeving van de patiënt op adequate wijze informatie krijgt over ontstaan en verloop van de ziekte. Ook scholing van naaste medewerkers vermindert de kans op verwijt blijkt uit onderzoek (Proffitt e.a.1996; Wuerker 2000)

Psycho-educatie en informatie geven is niet alleen een uiting van professionele en persoonlijke betrokkenheid, maar ook een interventie die verwijt kan voorkomen. Een advies voor de arts-assistenten en studenten, probeer *samen* met de patiënten het pad te lopen, dat naar verbetering of stabilisering leidt van de klachten. Dat doet men *naast* en *met elkaar*. Mogelijk komt men daardoor niet tegenover elkaar te staan.

Wat, als er nu de komende jaren nieuwe informatie komt, die er toe leidt, dat een (psychiatrische) ziekte in de richting van een echte ziekte verschuift. Zoals de maag-zweer, die niet het gevolg is van een verkeerde levensstijl, maar in belangrijke mate veroorzaakt wordt door een bacterie, *Helicobacter Pylori* (Loffeld 2003).

Ondanks alle vermeende en werkelijke vooruitgang van onze kennis over oorzaak en gevolg van ziektes, zullen we elkaar moeten blijven aanspreken op ons gedrag en de consequenties daarvan.

Op het moment, dat u of ik elkaar hierop niet meer aanspreken, nemen we elkaar niet meer serieus.

Als u patiënt bent en u wordt niet meer serieus genomen, voelt u dat direct aan. Als u zich zelf niet meer serieus neemt, heeft u een ander probleem.

Concluderend

Verwijt speelt een belangrijke rol in de bejegening van patiënten en patiënten met psychiatrische ziektes in het bijzonder. Verwijt is vaak gebaseerd op gebrek aan kennis en een uiting van onmacht. Verwijt is niet te voorkomen, maar dient niet impliciet te gebeuren of, erger, ontkend te worden.

Willen mensen serieus met elkaar omgaan, dan moet men elkaar aanspreken op vertoond gedrag, ook gedrag, dat (mede) veroorzaakt wordt door een ziekte en gedrag, dat het ziekteverloop en -proces negatief beïnvloedt.

Spreeken we elkaar en de patiënt niet meer aan op gedrag, dan dragen we zelf bij aan het in stand houden of verergering van de psychopathologie.

Niet aanspreken leidt tot onverschilligheid en afschrijven.

Dit uit zich in de maatschappij, gezien het grote aantal mensen met psychische klachten, die in de WAO belanden, maar ook in de dagelijkse omgang met patiënten. Niet verantwoordelijk stellen en niet aanspreken is gemakkelijker: het voorkomt confrontatie, gedoe.

De woorden van Dennet parafraserend wil ik echter stellen dat 'Holding people not responsible is not the best game in town'.

Het zal duidelijk zijn, dat het voorrecht om hier te mogen staan, bepaald wordt door de steun, die je van je omgeving krijgt. Daarom ben ik veel mensen dank verschuldigd.

De Raad van Bestuur van Parnassia, Victor Vladár Rivero, Frits Verschoor, Stephan Valk, dank om deze bijzondere Leerstoel te mogen bezetten.

Het Curatorium, Wijbrand Hoek, Frans Zitman, Victor Vladár Rivero, Philip Spinhoven, dank voor het in mij gestelde vertrouwen,

Dank aan Richard van Dijck en Kees Hoogduin voor hun steun bij mijn wetenschappelijke pogingen.

Dank aan alle medewerkers van Parnassia met wie ik de afgelopen 25 jaar heb samengewerkt, natuurlijk te veel om op te noemen, maar Marianne Jongsma wel.

Dank aan Philip Spinhoven, die mij in vele opzichten de laatste jaren heeft geholpen en gesteund.

Dank aan de patiënten, arts-assistenten en studenten; de interactie met hen houdt je scherp; laten ze me blijven aanspreken op wat ik doe en niet op wat ik zeg.

En natuurlijk veel dank aan mijn collega, maatje en echtgenote, Judith Haffmans.

Ik heb gezegd...

Literatuur

Arraste M, Mitra S, Schweitzer EA, Segal MR, Finkberner S. Inclusion body information reduces levels of mutant huntingtin and the risk of neuronal death. *Nature* 2004; 14; 431:805-810.

Arseneault L, Cannon M, Witton J, Murray RM. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *Br J Psychiatry* 2004; 184:110-117.

Austin MP, Priest S. Editorial New Development in perinatal mental health. *Acta Psychiatrica* 2004; 110:321-322.

Basco HA, Prager KJ, Pita JM, Tamir LH, Stehens JJ. Depression and marital discord. *J of Family Psychology* 1992; 6:184-194.

Beach SRH, O'leary KD, Heinz W. Short-Term Consequences of Severe Marital Stressors. *J Social and Personal Relationships* 1993; 21, 4:419-430.

Binder J, Strupp H. 'Negative process': a recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clin Psychology: Science and Practice* 1997; 4:121-139.

Boer JA den. *Neurofilosofie: Hersenen, Bewustzijn en Vrije Wil*. Uitgeverij Boom. Amsterdam. 2004.

Bolton C, Calam R, Barrowclough C, Peters S, Roberts J, Wearden A, Morris J. Expressed Emotion, attributions and depression in mothers of children with problem behaviour. *Child Psychology and Psychiatry* 2003; 44; 2:242.

Cooper B. Nature, nurture and mental disorder: old concepts in the new millennium. *Br J Psychiatry* 2001; 40:91-101.

Cooper D. *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. London. Paladin. 1970.

Dennet JC. *Elbow Room*. Cambridge, MA. MIT Press. 1984.

Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (DSM - IV). American Psychiatric Association. Washington DC. 1994.

Dolnick E. *Madness on the Couch: Blaming the Victim in the Heyday of psychoanalysis*. Simon&Schuster. New York. 1998.

Edelman GM, Tonino G. *Consciousness. How matter becomes imagination*. Penguin Books. London. 2001.

Egmond J. Secondary Gain in Psychiatry. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam. 2005.

Eley TC, Sugden K, Corsico A, Gregory AM, Sham P, McGuffin P, Plomin R, Graig IW. Gene-environment interaction analysis of serotonin system markers with adolescent depression. *Molecular Psychiatry* 2004; 9:908-915.

Fanous AH, Kendler KS. Genetic heterogeneity modifier genes and quantitative phenotypes in psychiatric illness: searching for a frame work. *Molecular Psychiatry* 2005; 10:6-13.

Harrison PJ, Weinberger DR. Schizophrenia genes, gene expression and neuropathology: on the matter of their convergence. *Molecular Psychiatry* 2005; 10:40-68.

Hoencamp E, Haffmans PM, Griens AM, Huijbrechts IP, Heycop ten Ham BF. A 3.5-year naturalistic follow-up study of depressed out-patients. *J Affect Disord* 2001; 66 (2-3):267-271.

Huijbrechts IPAM. Keep your heart moving. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam. 2003.

Jang KL, Livesley WJ, Taylor S, Stern MB, Moon EC. Heritability of individual depressive symptoms. *J Affect Disorders* 2004; 80:125-133.

Kendler KS, Thornton LM, Gardner CO. Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women; an evaluation of the 'kindling' hypothesis. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1243-1251.

Kennett J. Agency and responsibility: A common sense Moral Psychology. Oxford University Press. Oxford. 2001.

Kessler RC, Merikangas KR, Berglund P, Eaton WW, Koretz DS, Walters EE. Mild Disorders Should Not Be Eliminated From the DSM-V. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:1117-1122.

Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. Interpersonal Psychotherapy of Depression. Basic Books Inc. New York. 1984.

Knepper S. De WAO moet leeglopen. *Medisch Contact* 2004; 59,50: blz. 2006.

Kramer DA. Commentary: gene-environment interplay in the context of genetics, epigenetics and gene expression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44,1: 19-27.

Kutz C. Responsibility. In: Coleman, Jules, Shapiro, Scott, eds. The Oxford Handbook of Jurisprudence & Philosophy of Law. Oxford University Press. New York. 2002.

Loffeld RJLF. Medische Noodzaak, Geen Levensstijl. Maagzuurremmers worden met reden voorgeschreven. Medisch Contact 2003; 39:1487-1490

Nagtegaal M. Het dilemma van de vrije wil in de forensische psychologie. De Psycholoog 2004; 3-9.

Najavits LH, Strupp HH. Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: a process outcome study. Psychotherapy 1994; 31:114-123.

Nettle D. Evolutionary origins of depression: a review and reformulation. Journal of Affective Disorders 2004; 8191-102.

Proffitt C, Augspurger P, Byrne M. Geriatric depression: a survey of nurses' knowledge and assessment practices. Ment Health Nursing 1996; 17(2): 123-130.

Schopenhauer A. De vrijheid van de wil. Wereldbibliotheek Amsterdam, Uitgeverij Pelckmans. 1989.

Sontag S. Illnes as Methaphor. Farrar, Straus & Giroux. New York. 1978.

Sozialistische Patienten Kollektiv Heidelberg. SPK. Dokumentation Teil 2 (Okt. 1970-August 1971). Prolit Buchvertrieb 1972. Giessen.

Vandereycken W, Hoogduin CAL, Emmelkamp PGM. Red. Handboek Psychopathologie deel 1 basisbegrippen. Bohn Stafleu Van Loghem. 2000.

Vander Ven T, Vander Ven M. Exploring Patters of Mother-Blaming in Anorexia Scholarship: A Study in the Sociology of Knowledge. Human Studies 2003; 26 (1):97-119.

Wang PS, Bohn RL, Knight E, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. Noncompliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychosocial factors. J Gen Intern Med. 2002; 17 (7): 504-11.

Watson PJ, Andrews PW. Towards a revised evolutionary adaptionist analysis of depression: the Social Navigation Hypothesis. Affect Disorders, 2002; 72: 1-14.

Wuerker A. The Family and Schizophrenia. Mental Health Nursing 2000; 21 (1):127-141.

