

**Prof. dr. H.G.M. Rooijmans**

**PSYCHIATRIE: EEN OUDERWETS MEDISCH VAK**

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



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 afscheidscollege 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-nonsense-psychiatry". 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 liaison-werkzaamheden. 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 consulent 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 blazoën 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 patiënten 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 nogal 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<sup>1</sup> 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. 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<sup>2</sup> 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. 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 psychotherapeutisch 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 lichamenlijk zieke patiënten komen psychische stoornissen vaak voor. Het is van groot belang deze te herkennen en zonodig te behandelen, sowieso om onnodig lijden te verlichten maar ook omdat zij de presentatie van de bij de lichamenlijke ziekte horende klachten, het beloop hiervan en de therapietrouw kunnen beïnvloeden. In de Amerikaanse literatuur werden in de jaren zestig en zeventig hoge prevalentie-cijfer 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 decennien 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 lichamenlijke aandoening blijken te hebben, mensen bij wie men vroeger sprak van "functionele klachten" en nu van "somatiseren".

Herkenning van psychische stoornissen bij lichamenlijk 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 lichamenlijk 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 20ste 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<sup>5</sup>, en daarvoor specifieke geneesmiddelen te ontwikkelen.

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 tengevolge van de behandelingen dan beter geworden.

Wat heeft de 20ste 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 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 de laatste jaren is geboekt in een zekere uniformering, qua precieze aard en zeker qua dosering meer worden gedictieerd 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 20ste eeuw. En daarmee kom ik op de laatste vraag die ik stelde: wat kan dit alles voor de geneeskunde van nu betekenen?

De 20ste 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 conditioningstheorie, 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 <sup>10</sup> 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."* Hierin ligt een opdracht besloten. Continue voeding met 20ste 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.

## Slotwoorden

Ik ga weg voordat ik de pensioengerechtigde leeftijd heb bereikt. Op de motieven voor deze beslissing, die ik enkele jaren geleden nam, wil ik niet ingaan. Laat ik het houden bij de vaststelling dat na 23 jaar de tijd was gekomen om te vertrekken. Ik heb in Leiden over het algemeen met veel genoegen gewerkt,

al is het mij niet altijd gemakkelijk gevallen.

Terugblikkend op mijn Leidse jaren vrees ik dat ik de grenzen van de wetenschap niet echt heb verlegd, en niet erg heb meegewerkt aan de totstandkoming van Yale aan de Rijn. Ik ben, geloof ik, in de voetsporen van mijn vader vooral een leraar geweest. Ik heb vooral veel bevrediging gevonden in het opleiden van arts-assistenten en in het begeleiden van promovendi. Al aan het einde van vorig jaar werd mij door het Haags-Leids OpleidingsConsortium Psychiatrie een geweldig afscheid bereid. Sommige van mijn promovendi vervullen inmiddels belangrijke functies in de psychiatrie en psychologie. Dat is natuurlijk vooral hun verdienste, maar ik ben er een beetje trots op in hun carrière een rol te hebben gespeeld.

Ik had bij mijn komst twee opdrachten: de Leidse psychiatrie op orde brengen in een woelige tijd, en de verhuizing voorbereiden naar het toen nog nieuw te bouwen academisch ziekenhuis. Wat het eerste betreft: ik heb dit naar vermogen geprobeerd. Die verhuizing echter, daar is het niet van gekomen, maar de tekenen lijken erop te wijzen dat de universitaire Psychiatrie in het nieuwe millennium door de gezamenlijke inzet van bestuurders van LUMC en GGZ haar gerechtvaardigde plaats zal vinden, zo niet binnen het LUMC dan in elk geval op het LUMC-terrein.

Ik merkte al op dat het mij niet altijd gemakkelijk is gevallen. Diegenen die de historie van de Leidse psychiatrie kennen zullen zich dat kunnen voorstellen. Ik heb er geen behoefte aan hierover uit te weiden, maar wil bij deze gelegenheid wel zeggen dat ik mij op kritieke momenten zeer gesteund heb gevoeld. Dat geldt zeker voor die woelige periode in het begin van de jaren tachtig. Die steun kwam in de eerste plaats van medewerkers binnen de Vakgroep. Sommigen van hen zijn uitgezwermd naar elders, een enkeling is helaas overleden (ik denk aan Hans Faverey, aan wie ik veel te danken heb), anderen zijn er nog steeds. Zonder iemand tekort te willen doen noem ik de namen van twee personen met wie ik vrijwel mijn gehele Leidse periode heb opgetrokken, en zij met mij: Hilda Wieberneit-Tolman, mijn secretaresse op het AZL/LUMC, en Lia Groen, vakgroepscoördinator. Hoe verscheiden zij ook zijn, voor beiden geldt dat zij gedurende al die jaren een grote mate van inzet en van loyaliteit aan de dag hebben gelegd. Mijn dank hiervoor.

Ook denk ik met dankbaarheid terug aan de vele contacten met collegae binnen de Faculteit, het AZL en Endegeest. Hoewel geen Leidenaar, maar een Amsterdammer die lange tijd in het Noorden heeft gewerkt en gewoond, ben ik toch een beetje Leidenaar geworden. Ik heb me in de Faculteit erg thuis gevoeld, en heb met velen op vriendschappelijke voet mogen verkeren. Ook door hen ben ik op moeilijke momenten gesteund. Die steun heb ik begin jaren tachtig ook in ruime mate mogen ervaren van het Faculteitsbestuur, toentertijd onder leiding van Koos Tammeling, en van Dolf Schweizer, medisch directeur van het AZL. Mijn dank geldt ook de toenmalig voorzitter

van het College van Bestuur, Kees Cath, die, toen ik in het hectische voorjaar van '83 dreigde het bijltje erbij neer te gooien, mij vaderlijk-vermanend heeft toegesproken en mij behoedde voor een stap waar ik zeker spijt van zou hebben gekregen.

Ik dank ook mijn patiënten voor hun vertrouwen. Ook van hen heb ik veel geleerd.

Dat was het dan. Ik wens de Leidse Psychiatrie onder leiding van mijn opvolger een behouden vaart toe. Ik ga nog niet rusten: ook buiten Leiden is er professioneel leven mogelijk. En bovendien: daarnaast valt ook zoveel te beleven. Ik hoop in elk geval onderwijs te gaan volgen bij Nel, mijn echtgenote, in alles wat groeit en bloeit. Want op dat terrein schaam ik mij soms voor mijn onkunde. Ik noem haar last but not least: zonder haar had ik niet kunnen doen wat ik heb gedaan.

Ik dank U allen voor Uw aandacht. Het ga U goed.

## 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: Academisch proefschrift, 1986.
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.

