

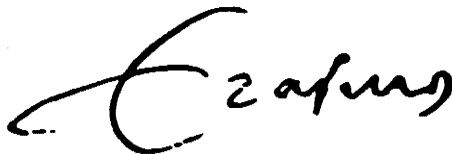
"WAT MANKEERT DE PSYCHIATRIE?"

REDE

UITGESPROKEN BIJ DE AANVAARDING VAN HET AMBT VAN
GEWOON HOOGLEERAAR IN DE KLINISCHE PSYCHIATRIE
AAN DE ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
OP WOENSDAG 13 NOVEMBER 1985

DOOR

DR. W.J. SCHUDEL

A stylized, handwritten signature of the word "Erasmus" in a cursive script. The letter 'E' is large and loops around the rest of the word.

Dames en Heren, leden van de Universitaire gemeenschap en voorts Gij allen, die door Uw aanwezigheid blijk geeft van Uw belangstelling,

Zeer gewaardeerde toehoorders,

'Dat geene ramp, welke den mensch kan treffen meer te vreezen is en dat geene ziekte de menschelijke natuur zelve meer krenkt dan de krankzinnigheid, zal een iegelijk, die slechts oppervlakkig zoodanige lijdens heeft aanschouwd, geredelijk moeten toestemmen',

Met woorden van deze strekking, overigens naar de mores van die tijd in het Latijn uitgesproken, opende Schroeder van der Kolk zijn rectorale rede bij het overdragen van dat ambt te Utrecht op 16 maart 1837 (1). Hij was daarmee de eerste Nederlandse hoogleraar, die vanuit de geneeskunde publiekelijk aandacht besteedde aan geestesziekten en geesteszieken. Zijn indrukwekkende betoog markeert het ontstaan van de psychiatrie als entiteit binnen de academische geneeskunde, al zou nog bijna een halve eeuw verstrijken alvorens de eerste hoogleraar in de psychiatrie zijn ambt kon aanvaarden. Schroeder van der Kolk achtte, wat wij zouden noemen 'de academisering van de psychiatrie' niet meer dan een middel om de kwaliteit van de zorg voor geesteszieken ingrijpend te kunnen verbeteren. Zijn rede handelde dan ook over 'de verwaarloozing der vereischte zorg ter leniging van het (ongelukkig) lot der krankzinnigen en ter genezing derzelve in ons vaderland'. Hij constateerde dat het jonge koninkrijk ernstig achterop was geraakt in vergelijking met de andere West-europese staten, terwijl ons land toch een naam had op te houden op wetenschappelijk en sociaal gebied. Ik citeer: 'Wende ik daarentegen de ogen naar ons Vaderland, dan sta ik in twijfel of hier een gevoel van droefheid, dan wel van schaamte regtmatiger zij. In dat Vaderland toch, waarin geen vak van menschelijke kennis verwaarloosd is, alwaar zoo vele uitmuntende gestichten en bewijzen van menschlievendheid en goedwilligheid den vreemden ten voorbeelde kunnen verstrekken, is de gewigtige en hoogst noodzakelijke verzorging der krankzinnigen ten eenenmale verwaarloosd, en voor deze taak van ware menschenliefde bijna niets gedaan'. Staatsbemoeyenis door middel van wetgeving acht hij noodzakelijk, de taak is té omvangrijk om overgelaten te worden aan het particulier initiatief. Maar de kwaliteit van de zorg kan alleen wezenlijk verbeterd worden als geneeskundigen hiertoe adequaat worden opgeleid.

Uit een laatste citaat moge blijken hoe scherp het inzicht van deze grote geneesheer in de betreffende materie was:

'Te wenschen ware het dus, dat in onderscheidene plaatsen van ons Vaderland, maar vooral in de steden, alwaar Hoogeschoolen gevestigd zijn, ziekenhuizen opgerigt worden, niet zoozeer zich aanbevelende door grootschheid en kostbaarheid, als wel door eenvoudigheid, doelmatigheid en heilzame inrigting en zoveel mogelijk voorzien van tuinen, wandelplaatsen en al die hulpmiddelen, welke tot genezing kunnen strekken -Dan eerst zal er voor de leermeesters gelegenheid zijn om met vrucht te

onderwijzen en voor de leerlingen om zich te kunnen bekwamen en ondervinding op te doen - dan eerst zal er tusschen de onderscheidene ziekenhuizen een wederkerige en heilzame naijver kunnen ontstaan, welke ten gevolge heeft dat de grootste roem daarin gesteld wordt, dat men het meeste nut aan deze ongelukkigen heeft toegebracht.'

Het lijkt wel alsof Schroeder van der Kolk de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid (2) van onze huidige Staatssecretaris onder ogen heeft gehad. Hij bepleit integrale zorg, kleinschalige klinisch-psychiatrische voorzieningen, beter onderwijs voor de algemeen arts en effectmeting. De onmiskenbare naijver tussen instellingen en therapeutische stromingen heeft hij benauwend scherp voorzien, hoewel men aan het heilzame karakter daarvan thans toch wel kan twijfelen.

Het belang van de rede zelve kan achteraf echter moeilijk worden overschat. Vrijwel onmiddellijk nadien werd de reeds lang in voorbereiding zijnde wetgeving eindelijk voortvarend aangepakt en in 1841 wordt de eerste krankzinnigenwet van kracht (3). In 1842 worden Schroeder van der Kolk en de referendaris Feith aangesteld als 'inspecteurs der gestigten voor krankzinnigen', daarmee tevens de verantwoordelijkheid van de Rijks-overheid belichamend.

Anamnese

Patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek vormen van oudsher de bekleding van leerstoelen in de klinische geneeskunde en de meeste hoogleraren trachten dan ook op zo evenwichtig mogelijke wijze aandacht te besteden aan elk van deze drie aspecten. Zo ook de psychiatrische pioniers in de negentiende eeuw, die aantraden in het voetspoor van Schroeder van der Kolk. Het belang van natuurwetenschappelijk onderzoek wordt verwoord door Voorhelm Schreevoogt die in 1851 in Amsterdam wordt benoemd tot buitengewoon hoogleraar in de neuropathologie in verbinding met de leer der krankzinnigheid. Ook hij is zijn tijd vooruit wanneer hij in zijn oratie opmerkt (4): 'dan eindelijk worden wij gedrongen tot de bekentenis, dat geen juiste waardering, geen billijk oordeel, geen voldoende kennis van de mensch, van zijne zeden en gewoonten, van zijn karakter en zijne daden, derhalve geen psychologie mogelijk is, zonder eene volledige kennis van alle uitingen, van de psychische, zowel als de somatische'.

Tien jaar lang verzorgt Schreevoogt het onderwijs aan het Athenaeum Illustre, maar Nederland is nog niet rijp voor de psychiatrie als zelfstandige tak van de geneeskunde. De Maatschappij ter Bevordering der Geneeskunst was lange tijd verdeeld over de vraag of de psychiatrie als verplicht leervak diende te worden ingevoerd, en ook de psychiaters, die zich in 1871 verenigden in de Vereniging ter Bevordering der Psychiatrie waren niet eensgezind (5). Bij de oprichting van deze oudste specialistische vereniging in Nederland pleitte de mede-oprichter Ramaer op persoonlijke titel al wel voor verplicht psychiatrisch onderwijs aan alle Universiteiten. Echter, bij het 25-jarig bestaan van de Vereniging in 1896 concludeerde de feestredenaar,

de eerste en op dat moment nog enige hoogleraar in de psychiatrie Cornelis Winkler: 'de schuld van den middeleeuwschen toestand van ons psychiatrisch onderwijs ligt in te weinig vertrouwen van de psychiaters en hun Vereeniging op eigen kracht, en in te goed vertrouwen op de Regeering' (6). Vooral deze laatste passage zal nu 90 jaar later niet meer in ernst over de psychiaters worden beweerd.

Al met al ontwikkelde het hoger onderwijs in de psychiatrie zich in de tweede helft van de vorige eeuw slechts uiterst moeizaam en kwam het zelfs gedurende een aantal jaren geheel tot stilstand. Ook Winkler, die in 1893 in Utrecht zijn ambt aanvaardde als eerste gewoon hoogleraar in de psychiatrie en de neurologie wordt een desillusie niet bespaard. De hem beloofde universiteitskliniek werd na 3 jaar touwtrekken door de regering onmogelijk gemaakt, waarop Winkler onmiddellijk ontslag vroeg. Bij zijn abtsaanvaarding had hij gesproken over 'de betekenis van het onderwijs in de psychiatrie voor de geneeskunde' (7). Hij zei onder meer: 'Wel is de tijd voorbij, waarin de psychiatrie de unskilled labour in de geneeskunde kon genoemd worden. Wel keert de tijd niet terug, waarin de geneesheer, die elders ongeschikt begon te worden, nog goed genoeg voor psychiater werd geacht'. Naar mijn weten is die tijd nog steeds niet teruggekeerd.

En even verder: 'Het is mijn overtuiging dat het oogenblik nabij is, dat de geneesheer die geen psychiatrie kent, even hulpbehoevend zal worden gevonden als hij die het mes niet weet te hanteeren of als hij die de methoden van het physisch onderzoek niet beheerscht'. De geschiedenis heeft Winkler in deze maar gedeeltelijk in het gelijk gesteld (8).

Wel weer heel modern is de volgende passage: 'Krankzinnigheid zonder meer kan nooit een reden zijn voor gestichtsverpleging. Deze wordt eerst geëischt door het belang van de lijder, van zijn omgeving, of door dat van beiden, maar nooit door het feit dat de lijder krankzinnig is'.

En tenslotte: 'Zoo zij dan de psychiater nimmer vreemdeling in de algemeene afdelingen der geneeskunde; maar tevens worde van elke arts geëischt dat hij psychiater zij', en: '...Dit onderwijs behoort hij aan de Universiteit te hebben genoten'.

Pas op de valreep vóór de eeuwwisseling, in 1899, keert het tij met de benoeming van Jelgersma tot hoogleraar in Leiden. Hij krijgt voor zijn onderwijs de beschikking over het nieuwe gesticht Endegeest en enkele jaren later zelfs een geheel eigen kliniek: het sanatorium Rhijngeest, in feite de eerste psychiatrische Universiteitskliniek, welke later naar hem genoemd zou worden. In de jaren daarna volgen Utrecht en Groningen, terwijl ook Winkler inmiddels in Amsterdam in het Wilhelmina Gasthuis wel de kliniek had gekregen die Utrecht hem had onthouden.

Tot zover de praehistorie van de universitaire psychiatrie, een soort biografische anamnese van het vakgebied. Essentieel is ook dan reeds de verwevenheid van patiëntenzorg en onderwijs aan het ziekbed; de wetenschappelijke beoefening van de psychiatrie bevindt zich nog op de achtergrond al wordt het vak vooral vanuit natuurwetenschappelijke zijde gevoed. Jelgersma houdt zijn rede over psychologie en pathologische psychologie;

Wiersma in Groningen over het psychologisch experiment en de psychiatrie, terwijl Bouman, die in 1907 aantreedt als hoogleraar in de psychiatrie en de theoretische biologie aan de V.U., spreekt over 'de wetenschappelijke beoefening der psychiatrie'.

Toch benadrukt elk van hen dat de psychiatrie vooral integrerend bezig moet zijn: anatomie, chemie, bacteriologie, genetica en psychologie zijn onmisbaar voor de clinicus, maar ze fungeren alleen als hulpwetenschappen. De psychiatrie moet méér zijn dan de som van haar basisdisciplines. Dit standpunt is sindsdien niet wezenlijk meer veranderd en is ook voortdurend herkenbaar tijdens de ontwikkeling van de psychiatrie in de twintigste eeuw. Wel zijn er vanzelfsprekend wijzigingen opgetreden in het relatieve belang van de diverse basisdisciplines voor de psychiatrie, uiteindelijk leidend tot het onderscheiden van de volgende drie fundamentele aspecten van de psychiatrie: het biologisch-pharmacotherapeutische, het psychologisch-psychotherapeutische en het sociale-sociotherapeutische aspect. Het storten van de fundering van de moderne academische psychiatrie was omstreeks 1900 dus al min of meer voltooid, hetgeen mij ertoe brengt nu de sprong naar het heden te maken.

Wat is thans de positie van de psychiatrie in de Universitaire geneeskunde? Na de anamnese behoort volgens goed gebruik de status praesens te worden beschreven, uitmondend in een diagnose. Pas dan kan de aandacht worden besteed aan prognose en therapie. Maar alvorens wij het dossier volgens de regels verder doornemen, wil ik de plaats van de psychiatrie op twee punten verduidelijken.

Twee kanttekeningen

Allereerst een kritische noot. Vandaag aanvaard ik officieel mijn ambt als hoogleraar in de klinische psychiatrie. Vier jaar geleden mocht ik mij verheugen in de aanwezigheid van velen Uwer bij mijn abtsaanvaarding als hoogleraar in de sociale psychiatrie aan de Leidse zusterfaculteit. Ik voel mij geroepen opnieuw de bedenkingen te verwoorden die ik ook toen had jegens de kunstmatige beperking van onderwijsopdrachten in de psychiatrie. 'Klinische psychiatrie' is geen tak van de geneeskunde en zelfs geen tak van de psychiatrie. Een essentieel integraal vakgebied als de psychiatrie leent zich ten enenmale niet voor een dergelijke reductie. Welke faculteit zou durven voorstellen een leerstoel in de poliklinische danwel klinische heelkunde in het leven te roepen? Of een leerstoel huisartsgeneeskunde-op-het-spreekuur versus huisartsgeneeskunde-thuis? Desalniettemin is de psychiatrie nog het meest verwant aan dit laatste vakgebied. De psychiater is te beschouwen als de huisarts onder de specialisten: hij moet met alle gebieden vertrouwd zijn om bijvoorbeeld aan het kraambed, het intensive-care bed of het sterfbed adequaat te kunnen helpen, en zijn werk raakt als enige aan dat van alle anderen. Ik mag U herinneren aan de eerder geciteerde woorden van Winkler: 'de psychiater zij nimmer vreemdeling in de algemene afdelingen der geneeskunde'. Het is een fictie die afdelingen en/of

de psychiatrie zelve te doen ophouden aan de poort van het ziekenhuis. Ook Baan, wiens professionele pad ik gedeeltelijk volgde door terug te keren naar het academisch ziekenhuis, waarschuwde tijdens zijn openbare les in 1957 in Groningen met klem tegen deze onzalige reductie: 'er is geen wezenlijk verschil tussen de psychiatrie in haar klinische, sociale, forensische of welke andere aspecten dan ook' (9).

Overigens vindt dit standpunt steun in de maatschappelijke ontwikkelingen. Het beleid, tenminste voor zover daar in dit land sprake van is, is gericht op reductie van bedden en klinische zorg en verdere uitbouw van poliklinische en andere extramurale voorzieningen. De hotelfunctie van het ziekenhuis staat al langer ter discussie. Steeds korter blijven de patiënten in het ziekenhuis en een steeds groter deel van de behandeling gebeurt vóór, na, of in plaats van een opname. Ook daarin is de psychiatrie geen uitzondering. Wie overdag onze afdeling in Dijkzigt bezoekt treft daar slechts een enkeling in bed aan en dan betreft het meestal nog een bijkomende somatische ziekte. Overigens wil ik hiermee geenszins de indruk wekken, dat een ziekenhuisafdeling voor psychiatrie overbodig wordt of zal worden en dat geldt bij uitstek voor de universiteitsklinieken.

De kracht, althans de potentie van de universitaire psychiatrie komt immers juist voort uit haar localisatie. Aan de ene kant de faculteit met haar basisdisciplines en wetenschappelijke traditie: een natuurlijke voedingsbodem voor de steeds productiever wordende biologisch-psychiatrische research, in samenwerking met biochemie, neurofysiologie, farmacologie en genetica. Daarnaast ook de faciliterende aanwezigheid van de medische en klinische psychologie, soms ook met een uitgebreid psychotherapeutisch kader. Onderwijs, patiëntenzorg, maar vooral onderzoek kunnen door interdisciplinaire samenwerkingsrelaties sterk worden bevorderd. De aanwezigheid van studenten, vooral senior-co-assistenten, is vrijwel steeds uiterst stimulerend; de voortdurend wisselende, altijd nieuwsgierige en vaak kritische dokters in wording dwingen de staf tot zorgvuldig formuleren, helder uitleggen en consequent handelen. Het blijkt dat veel specialisten ook buiten de universiteit er zo over denken, gezien het gemak waarmee affiliaties worden gerealiseerd tegen betrekkelijk geringe materiële vergoedingen. Het academisch ziekenhuis zelf genereert minstens even belangrijke prikkels naar de psychiatrie. Van oudsher geldt dat voor de neurologie als jongere zusterdiscipline, maar tegenwoordig ook voor vrijwel alle andere specialismen. Vanzelfsprekend blijft de organische psychiatrie, dat wil zeggen psychopathologie in relatie met of ten gevolge van hersenaandoeningen, van grote betekenis, maar daarnaast frappeert ons in toenemende mate de coincidentie van ernstig lichamelijk én psychiatrisch lijden. Bij een recent inventariserend onderzoek op onze afdeling bleek dat niet minder dan de helft van de opgenomen patiënten een somatische nevendiagnose had waarvoor behandeling noodzakelijk was. Deze bevinding wordt ook in toenemende mate uit binnen- en buitenland gerapporteerd (10) en verdient zonder enige twijfel grote aandacht. Helaas wreekt zich hier de in Nederland sterk achtergebleven ontwikkeling van de klinische epidemiologie. Juist de psychiatrie met haar zo vele langdurig verloopende ziekteprocessen met nog vaak onbekende of onvolledig onderzochte

determinanten, heeft bij uitstek behoefte aan goed gestructureerd en longitudinaal beschikbaar epidemiologisch onderzoek. De pioniersarbeid van Giel in Groningen is allang toe aan navolging op grotere schaal in en buiten de kliniek.

Mijn tweede kanttekening heeft dan ook betrekking op de taak van de psychiatrie ten aanzien van chronische ziekten, inclusief de gebreken en beperkingen ten gevolge van dergelijke stoornissen. De vraag dient te worden gesteld of er in het algemeen voldoende aandacht wordt besteed aan het ontstaan en voortduren van de diverse vormen van psychiatrische invaliditeit.

Alleen door middel van het instellen en bijhouden van zogenaamde patiëntenregisters is op den duur een getrouw beeld te krijgen van het al dan niet natuurlijke beloop van psychiatrische ziekten. Het verband tussen lotgevallen en ziekteperiodes, tussen behandelingen en resultaten en tussen ziekte en invaliditeit kan in veel gevallen slechts op lange termijn worden vastgesteld. Drie van de belangrijkste diagnostische categorieën in de psychiatrie, te weten de affectieve psychosen, de schizofrenieën en de ernstige persoonlijkheidsstoornissen, worden gekenmerkt door vaak zeer langdurige of veelvuldig recidiverende ziekte-verschijnselen. Bovendien heeft het merendeel van de psychiatrische patiënten de neiging zich voortijdig aan de behandeling te onttrekken, zodra het subjectieve lijden enigszins is afgenomen, zonder acht te slaan op de waarschuwing dat de symptomen in dat geval de kop weer zullen opsteken. Bij een volgend recidief kan de oorspronkelijke behandelaar opnieuw door de patiënt of zijn omgeving worden benaderd, gebruikelijk is dit echter allerminst. Mede door het ontbreken van continuïteit in de behandeling, bestaat er in de psychiatrie nog immer een ernstig gebrek aan inzicht terzake van oorzaak en gevolg, vooral wat betreft het functioneren of dysfunctioneren van patiënten op langere termijn. Het is voor artsen altijd verleidelijk geweest hun aandacht en energie onevenredig te investeren in acute, liefst curabele aandoeningen. Slechts zeer geleidelijk is het besef groeiende, dat ook de medicus zijn inzet mede moet afstemmen op de maatschappelijke relevantie van problemen op zijn werkterrein. De zoëven genoemde psychiatrische aandoeningen van zeer lange duur hebben voor de patiënt, zijn gezin en zijn omgeving vaak ingrijpende psychologische, sociale en financiële consequenties. Wij kunnen niet volstaan met het bestrijden van ziekte-verschijnselen in engere zin, wetende dat de gevolgen van de ziekte daardoor nauwelijks zullen worden verzacht. De klinisch werkzame specialist kan alleen een wezenlijk zinvolle bijdrage leveren, indien hij bereid is deel uit te maken van een veel meer omvattende, soms levenslang te continueren behandelingsstrategie. Op dit gebied van wat wel genoemd de tertiaire preventie, dient met nadruk intensief onderzoek te worden verricht. In de gehele geneeskunde immers veroorzaken de chronische aandoeningen het meeste leed en krijgen zij de minste aandacht en zorg van alle daartoe verantwoordelijken; behandelaren, financiers en politici inbegrepen.

Ik neem de vrijheid mijn betoog hier toe te lichten met een voorbeeld uit de praktijk.

De trouwe toehoorders onder U, die 4 jaar geleden mijn openbare les in Leiden (11) bijwoonden (in academisch jargon: de recidivisten dus) herinneren zich wellicht de trieste lotgevallen van het Haagse echtpaar A, bij wie constitutie en traumatische jeugdervaringen leidden tot een onontwaaarbaar complex van zwakbegaafdheid, karakterstoornissen, alcoholisme en epilepsie, meermalen verergerd door heftige psychiatrische reactievormen. Met enige moeite heb ik hun levensloop gedeeltelijk verder kunnen volgen. Van de man ontbreekt thans elk spoor, sinds zijn vrouw hem nu 3 jaar geleden verliet. Zij heeft haar heerszuchtige, agressieve echtgenoot geruild voor een even agressieve, alcoholistische opvolger, daarmee steun biedend aan onze overweging dat echtscheiding als individueel-psychohygiënische maatregel slechts zelden zinvol is. Inmiddels is mevrouw alweer verscheidene malen in ernstige toestand opgenomen geweest en blijft de prognose, ook met haar nieuwe levens-partner, somber. Toch moet deskundige hulp telkens (weer) worden ingezet en dient er een geïntegreerd begeleidingsplan voor het nieuwe gezin te komen. Patiënten als mevrouw A zijn er legio: met veel hulp blijven ze in de regel net in evenwicht; zonder hulp storten ze na de geringste aanleiding in en vertonen dan afwisselend alle kleuren van de psychiatrische regenboog. Bij studenten en assistenten, die hun onderricht ontvangen in de academische oase, ontbreekt nog te vaak het besef van de levensomstandigheden in de maatschappelijke woestijn. Op ons opleiders rust de plicht hen te confronteren met die andere wereld buiten het ziekenhuis, hen te leren inschatten op welke wijze een ziekteproces thuis wordt beïnvloed en hen ertoe te brengen zich daarvan ter plaatse persoonlijk op de hoogte te stellen, telkens wanneer daar aanleiding toe bestaat. Het langdurig volgen, begeleiden en behandelen van chronische patiënten is een onmisbaar onderdeel van de meeste medische opleidingen en in bijzondere mate van de psychiatrie.

Status praesens

Maar laat ik mijn verhaal vervolgen en U verder informeren omtrent de status praesens van de psychiatrie in academisch verband. In tegenstelling tot de situatie bij de somatische specialismen was en is de psychiatrische universiteitskliniek niet vanzelfsprekend het mekka in de regio. Nog steeds, en wij behoeven dat niet te betreuren, kan een aantal algemene psychiatrische ziekenhuizen, op grond van een groter materieel en immaterieel draagvlak, zich inhoudelijk meten met de academische klinieken. Soms vormen zij een kweekvijver voor hoogleraren en lang niet zelden nemen zij kwalitatief én kwantitatief een prominente plaats in bij het opleiden van jonge specialisten. De universiteits-kliniek, per definitie beperkt in omvang, heeft echter haar plaats gevonden als speciaalzaak tussen de supermarkten. Haar kracht is gelegen in een concentratie van kennis, ervaring en deskundigheid, mits in nauwe samenwerking met de andere medische specialisten en basisdisciplines. Om optimaal te kunnen functioneren bevindt zij zich bij en

tussen de voor haar zo vitale en verwante vakgebieden. Een apart paviljoen of een losstaande kliniek belemmeren de noodzakelijke integratie soms in hoge mate. Desondanks is er geen reden voor pessimisme, wanneer wij de actuele situatie in ogenschouw nemen. De opleiding in de psychiatrie geniet een grote populariteit onder jonge artsen en het specialisme groeit tot één der grootsten in ons land. Ongetwijfeld is het de verdienste van de academische psychiatrie dat van het onderwijs kennelijk een enthousiasmerende werking uitgaat. Immers, zonder overdrijving kan worden gesteld dat gedurende het afgelopen decennium in overwegend negatieve zin over de psychiatrie in al haar geledingen door de publiciteits-media is gerapporteerd. In het Verenigd Koninkrijk en in nog veel sterkere mate in de Verenigde Staten heeft een identieke ontwikkeling geleid tot een ware leegloop van de opleidingen. In Nederland was en is dit geenszins het geval. Toch is deze relatief gunstige situatie niet bij uitstek als de verdienste van de psychiaters aan te merken. In de langdurige en soms heftige maatschappelijke discussie hebben vooral de hoogleraren-clinici zich nauwelijks laten horen in tegenstelling tot hun sociaal-psychiatrische collegae, die veel meer aan de weg hebben getimmerd (12), zij het nogal eens in kritische (zo U wilt, anti-psychiatrische) zin. Vanuit de kliniek heeft eigenlijk alleen Van Dijk het publieke aanzien van de psychiatrie in de jaren zeventig een krachtige positieve impuls meegegeven. Mede hierdoor of desondanks kan de psychiatrie thans meer dan vroeger haar aandeel in de universitaire curricula en opleidingen opeisen. Dit laatste is zeker verheugend, maar is het ook gerechtvaardigd? Biedt de psychiatrie de aankomende arts iets substantieels en belangrijker nog: heeft zij de patiënt méér te bieden dan voorheen? En tenslotte: hoe verhoudt de Nederlandse psychiatrie zich kwalitatief tot die in het buitenland? Allereerst de psychiatrische bijdrage aan het onderwijs.

Zonder overdrijving kan worden opgemerkt dat het onderwijs in de psychiatrie vrijwel overal concreter, duidelijker en meer praktijk-gericht is geworden. Er wordt minder getheoretiseerd en de aansluiting op de taak van de algemene arts is sterk verbeterd. Zijn diagnostische vaardigheden worden gestimuleerd en hij leert de mogelijkheden van de verschillende therapeutische benaderingswijzen. In het ideale geval leert hij tevens zijn beperkingen inschatten, opdat hij op het juiste moment de indicatie voor verwijzing kan stellen. Als een belangrijk winstpunt kan worden beschouwd, dat de vroegere 'schoolvorming' nagenoeg geheel uit de academische psychiatrie is verdwenen. De buitengewoon onvruchtbare ideologische naijver die de universitaire afdelingen op ons vakgebied zolang gescheiden hield, behoort gelukkig tot het verleden. Er bestaat thans overal een 'eclectische' benaderingswijze, hetgeen inhoudt dat de psychiater, kennis genomen hebbende van het hele scala van verklaringsmodellen en therapeutische mogelijkheden, een toepassing kiest die optimaal aansluit bij de problematiek en de noden van de patiënt. Daartoe moet de psychiater vanzelfsprekend zo breed mogelijk onderlegd zijn en een ruime praktische ervaring hebben. De huidige structuur en inhoud van de specialistenopleiding bieden, althans op papier, daarvoor beslist de gelegenheid. Indirect profiteert de coassistent, de aanstaande arts, op zijn beurt van de kwaliteits-

verbetering van de specialistenopleiding. Het komt gelukkig nauwelijks meer voor dat studenten alleen kennis nemen van een heel specifiek onderdeel van de psychiatrie, voortvloeiend uit het hobbyisme van de hoogleraar-opleider. Voor een groeiend aantal psychiatrische aandoeningen is thans een adequate therapie voorhanden. Soms bestaat deze uit psychotherapie, soms uit psychofarmaca, dan weer uit sociotherapeutische maatregelen, maar meestal is zij opgebouwd uit een combinatie van behandelingswijzen. Geleidelijk aan is er een aanvaarde ordening ontstaan door middel van een hiërarchie van psychiatrische ziektebeelden en de bijbehorende meest aangewezen interventies. In het vrij recente boek van Giel over psychiatrische diagnostiek (zie ook noot 13) wordt deze ontwikkeling helder geïllustreerd. Langzaam maar zeker wordt de mysterieuze omhulling van het psychiatrisch ziektebeeld afgewikkeld, waardoor ook de patiënt gewoner wordt en de psychiater meer en meer dokter. Talloze huisartsen behandelen in overleg met de psychiater hun depressieve of psychotische patiënten zelf en met positief resultaat. Voor de psychiater blijven de complexe problemen over, de therapieresistente beelden en de stoornissen met moeilijk hanteerbare gedrags-afwijkingen. Zo hoort het ook.

Toch zou de huisarts, juist gezien de omvang van de psychiatrische problematiek in zijn praktijk, een grondiger opleiding behoeven. Bij de thans in discussie zijnde verlenging van de opleiding tot huisarts dient het inbouwen van een stage psychiatrie (in het algemeen ziekenhuis) met een duur van tenminste 4 maanden ernstig te worden overwogen.

Laat ons nu een blik slaan over de grenzen. Vooral na de Tweede Wereldoorlog heeft de Nederlandse psychiatrie haar eigen weg gekozen. Duitse en Franse invloeden raakten steeds meer op de achtergrond en de affiniteit met de Angelsaksische geneeskunde groeide. Toch behield de psychiatrie in ons land heel duidelijk een eigen gezicht. Deels is dit toe te schrijven aan de juist voor dit vak zo gevoelige taalbarrière, waardoor buitenlandse psychiaters, in tegenstelling tot andere specialisten, bijna nooit in Nederland werkzaam kunnen zijn, hetgeen uiteraard de internationale uitwisseling belemmert. Maar daarnaast is er ongetwijfeld sprake (in elk geval sprake geweest) van een onmiskenbare voorsprong in ontwikkeling ten opzichte van vele andere Westerse landen, zoals Duitsland, Frankrijk en de Verenigde Staten. In diagnostisch én therapeutisch opzicht, met inbegrip van de hiervoor al eerder genoemde 'eclectische' of integrale probleembenadering vinden wij het beste aansluiting bij de Scandinavische landen en in iets mindere mate bij het Verenigd Koninkrijk. De in ons land algemeen gehanteerde opvattingen over de ontstaanswijze van sommige psychosen, bijvoorbeeld wat wij noemen de reactieve psychosen (13), vinden, mijn inziens ten onrechte, geen weerklank in de Angelsaksische landen. Daar komt bij dat vooral in de Verenigde Staten in brede kring sterk reductionistische modellen worden

gehanteerd, hetgeen voortdurend leidt tot zulke afwijkende gebruiken op diagnostisch en therapeutisch gebied, dat internationale vergelijkingen vrijwel onmogelijk zijn. Het enkele jaren geleden in de Verenigde Staten ontwikkelde classificatiesysteem DSM - III (14) komt maar gedeeltelijk aan deze bezwaren tegemoet (15). Eén en ander betekent wel dat het voor de Nederlandse psychiatrie buitengewoon moeilijk is op de gebruikelijke wijze de kwaliteit van haar onderzoek aan te tonen. De in zwang geraakte, maar dwaze gewoonte om de kwaliteit van Nederlands wetenschappelijk onderzoek uitsluitend te wegen aan de hand van aanhalingen in buitenlandse tijdschriften, heeft voor de psychiatrie dan ook geen enkele relevantie. Een meer geëigende beoordelingsmethodiek is hoogst noodzakelijk, maar dat besef is nog niet doorgedrongen tot de beheerders van de research-gelden. Dit is zeer te betreuren, omdat juist in Nederland de omstandigheden voor goede klinische research gunstig zijn; immers wij beschikken over veel goed opgeleide psychiaters, een relatief groot aantal klinische behandelplaatsen en vooral nog een verzekeringssysteem dat de gelegenheid biedt een behandeling niet alleen aan te vangen, maar ook lege artis te voltooien. In de Verenigde Staten is men genoodzaakt een psychotische patiënt binnen 2 à 3 weken vol te stoppen met medicijnen en hem vervolgens weer snel buiten de deur te zetten, zodra de betaling ophoudt.

Samenvattend komen wij zo tot de **diagnose** van de huidige psychiatrie in Nederland: Een goede algemene conditie, maar een nauwelijks bevredigende wetenschappelijke voedingstoestand, die bovendien wordt bedreigd door kortzichtige rantsoenering van overheidswege. Opleiding en onderwijs staan op een zeer behoorlijk peil en zijn sterk verbeterd in de laatste 5 jaar. De patiëntenzorg is beslist beter dan in de ons omringende landen, maar is desondanks klinisch noch ambulant optimaal. De research is, zoals gezegd, sterk achtergebleven, maar bij gerichte stimulering is een normale ontwikkeling te verwachten. Toch is er geen reden voor zelfvoldaanheid. In het laatste gedeelte van mijn betoog, dat gericht is op de toekomst, hoop ik duidelijk te maken welke gevaren er dreigen en welke kansen niet gemist mogen worden; prognose en therapie dus.

Prognose

Universiteit en academisch ziekenhuis bevinden zich in moeilijk vaarwater, met de departementen van Onderwijs en Volksgezondheid als Scylla en Charybdis.

Bezuinigingen en taakverdelingsoperaties bedreigen onderwijs, onderzoek én patiëntenzorg. Het ziekenhuis dient de waarborgen te scheppen voor een kwalitatief hoogstaande behandeling; deze is immers de hoeksteen van de gehele universitaire geneeskunde. Aan de kwaliteit van de patiëntenzorg mag niet worden getornd, ook niet ten gunste van de wetenschap. Goede zorg betekent in de psychiatrie veel en goed opgeleid personeel. Dit betreft niet uitsluitend academici (artsen en psychologen), maar ook andere gespecialiseerde medewerkers, zoals B-verpleegkundigen, creatief thera-

peuten en maatschappelijk werkers. Een goede, multidisciplinaire samenwerking levert naar mijn ervaring een duidelijke meerwaarde ten aanzien van de kwaliteit van de patiëntenzorg op. Op materieel gebied is een psychiatrische afdeling minder veeleisend: gewone slaapkamers in plaats van ziekenzaaltjes en een aantal huiskamers voor kleine groepen patiënten zijn dezelfde bescheiden verlangens als die Schroeder van der Kolk 150 jaar geleden uitte. De arbeidsintensiviteit vormt echter ons grote probleem; ziekenhuizen en universiteiten bezuinigen het liefst op hun personeelskosten, want dat heten structurele bezuinigingen. Helaas kan de psychiater nog altijd niet worden vervangen door een neurosen-vergruizer of een andere éénmalige investering. Ook de research en zeker de klinische research is arbeidsintensief, de resultaten worden vaak op langere termijn verkregen en de beoordeling, in elk geval de kwantificering ervan, is en blijft moeilijk. Het dingen naar de steeds schaarser wordende research-subsidies is voor de psychiatrie bijzonder lastig. Zo heeft onze afdeling in Dijkzigt zich in de afgelopen jaren een zekere faam verworven op het gebied van het biologisch-psychiatrisch onderzoek. Het oorspronkelijke speurwerk onder leiding van Pepplinkhuizen (16), begin dit jaar bekroond met de Ramaer-medaille van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, verdient te worden verdiept en uitgebreid naar het bredere terrein van de affectieve stoornissen, een probleemveld met grote medische en maatschappelijke relevantie. Een dergelijke onderzoekslijn vereist samenwerking en afstemming van de 3 psychiatrische hoofdstromen, waardoor de biologisch-psychiatrische research kan worden ondersteund door psychotherapie en sociaal-psychiatrische inzichten.

De puur natuurwetenschappelijke traditie in het gezondheidsonderzoek is in dit land echter zeer hecht; ik noemde U al de Engels-talige publicatie-drift die de universiteiten heeft aangestast. Het nut en de noodzaak van epidemiologische studies mag nogmaals worden onderstreept. Samenwerking tussen intra- en extramuraal werkzame psychiaters en onderzoekers is ook voor dit doel essentieel. In mijn betoog keert hetzelfde kernthema voortdurend terug. Hoogwaardig onderzoek is nodig om de psychiatrie wetenschappelijk dieper te verankeren, doch dergelijk onderzoek vereist grondig opgeleide en in wetenschappelijk werk geïnteresseerde specialisten; een optimale opleiding en een op onderzoek gerichte attitude kan alleen ontstaan in een opleidingskliniek waar voldoende zorg kan worden besteed aan alle taken, vóór alles aan de best mogelijke behandeling van patiënten. En dit laatste is weer alleen mogelijk indien de clinici zich bewust zijn van het feit dat de levensgeschiedenis en meestal ook de ziektegeschiedenis van de patiënt slechts kortstondig door een opname wordt onderbroken. De bijdrage van de clinicus kan zeer wezenlijk zijn en betekent soms een keerpunt in het leven van de patiënt; definitief is die bijdrage vrij zelden. Psychiatrische aandoeningen hebben in overgrote meerderheid meer overeenkomst met suikerziekte dan met een blindedarmontsteking: na de succesvolle ingreep moeten behandeling en leefregels getrouw worden nagekomen om een terugval te vermijden.

Tot slot mag de rol van de psychiater als consulent en medebehandelaar op de andere afdelingen in het ziekenhuis niet onvermeld blijven. Meer en meer

raken de somatische specialisten ervan doordrongen dat de geestestoestand van een zieke van grote invloed kan zijn op het ontstaan en het voortduren van een lichamelijk lijden. De ziekenhuispsychiatrie houdt zich intensief bezig met de complexe interactie van geest, lichaam en omgeving, ook en vooral bij patiënten zonder een psychiatrische stoornis in engere zin. Het is mijn stellige mening dat elk algemeen ziekenhuis voor dit doel de beschikking zou moeten hebben over een psychiater en elke psychiater moet ook voor dit werk worden opgeleid.

Dit alles is de taak en de functie van de psychiatrie in universitair verband en als zodanig ook de opdracht voor het ambt, dat ik vandaag officieel aanvaard. Ik heb gepoogd de universitaire psychiatrie aan U te presenteren en heb daarbij enigszins speels gebruik gemaakt van de medische gewoonte om bij een casuïstiekbespreking achtereenvolgens de anamnese, de status praesens, de diagnose en de prognose te behandelen, als gold het hier een patiënt.

Gesteld dat dit zo ware, dan heb ik U naar mijn mening voldoende gerustgesteld: de academische psychiatrie maakt het niet slecht en indien sommige kwade invloeden kunnen worden afgewend zal zij er binnen 5 à 10 jaar zelfs nog veel beter voorstaan. Heldhaftige ingrepen zijn niet nodig en zonder openlijke tegenwerking zal zij zich ongetwijfeld, geheel in de geest van deze tijd, door middel van zelfzorg en mantelzorg tot één der gezondste en sterkste medische disciplines kunnen ontwikkelen.

Allen, die aan mijn benoeming hebben bijgedragen, zeg ik gaarne dank voor het in mij gestelde vertrouwen.

Dames en Heren, leden van het wetenschappelijk personeel van de faculteit der Geneeskunde

Ik beschouw het als een eer in Uw midden te zijn opgenomen. Met velen van U heb ik in de afgelopen maanden kennis mogen maken. Het onderhouden van goede en geregelde contacten met U en Uw afdelingen acht ik, zoals ik impliciet reeds heb aangeduid, van vitaal belang voor het adequaat vervullen van mijn functie.

Dames en Heren, directieleden en medewerkers van het Academisch Ziekenhuis

De unieke centrale situering van de afdeling Psychiatrie in het Dijkzigt-complex beschouw ik als een stimulans en een uitdaging om intercollegiaal en interdisciplinair overleg, consultatie en medebehandeling van patiënten met psychische stoornissen in ons ziekenhuis te optimaliseren. Gezamenlijk kunnen wij er in slagen de psychiatrie als medisch specialisme verder van haar stigma te ontdoen, hetgeen op een niet-onbelangrijk deel van de in Dijkzigt behandelde patiënten een positief effect zal kunnen hebben.

Waarde collegae Sanders, Thiel, Trimbos en Verhage, Dames en Heren leden van de Psychomedische Vakgroep

Met enthousiasme hebt U mij verwelkomd. Ik ben U daarvoor zeer erkentelijk en ik verwacht veel van onze samenwerking. Het is mijn overtuiging dat de diaspora van onze subvakgroepen haar langste tijd gehad heeft. Alleen in groter organisatorisch verband kunnen wij op langere termijn het ons toegemeten onderwijs en onderzoek op universitair niveau handhaven. Het is mijn streven dit alles te helpen bevorderen.

Waarde collega Ladee, beste George

Toen ik 13 jaar geleden de kliniek verliet, had geen van ons beiden kunnen vermoeden dat ik er als je opvolger zou terugkeren. Ik hoop en verwacht dat wij onze goede contacten nog lange tijd zullen voortzetten.

Waarde collega Staal, beste Arthur

Als assistent op jouw afdeling heb ik lang gearzeld of ik mijn toekomst zou zoeken in de neurologie of de psychiatrie. Hoewel ik mijn keuze nimmer heb betreurd, doet het mij buitengewoon veel genoegen weer zo nauw met je te mogen samenwerken.

Dames en Heren, medewerkers van de afdeling Psychiatrie

Door Uw uitgesproken vriendelijke en openhartige opstelling heb ik mijn plaats snel kunnen vinden. Uw inzet en bereidheid mee te werken aan nieuwe plannen ervaar ik als bijzonder stimulerend. Het uitzicht op een verbeterde kliniek en een nieuwe polikliniek verhoogt ons aller inzet eens te meer. Ik reken op Uw steun om onze ideeën te verwezenlijken en ik hoop lange tijd vruchtbaar met U te mogen samenwerken.

Waarde collega Rooymans, beste Harry

Na Groningen en Leiden lijken onze wegen nu te scheiden. Wat mij betreft voor niet meer dan het noodzakelijkste gedeelte. Samenwerking tussen de Leidse en Rotterdamse faculteiten zie ik als levensvoorwaarde voor beide en hechte samenwerking tussen de afdelingen psychiatrie ligt ook al om die reden voor de hand. Ik wil je bedanken voor je stimulerende collegialiteit en ik wil in die dank graag je medewerkers en oud-medewerkers betrekken. We hebben samen nog wel het één en ander voor de boeg.

Waarde collega Garvelink, beste Harm

In de Haagse GG en GD heb ik de praktijk van de sociale psychiatrie tot in de finesses leren kennen. Ik heb er ook geleerd dat goede dossiervorming en nauwgezette continue registratie de voorwaarden vormen voor behoorlijk epidemiologisch onderzoek (17). Ik dank je voor je vriendschappelijke steun tijdens het nog steeds niet voltooide herstructureringsproces van de basisgezondheidszorg. Die dank gaat vanzelfsprekend ook uit naar de medewerkers van de afdeling Geestelijke Gezondheidszorg; onze gezamenlijke ervaring blijkt ook in mijn huidige werk van onschatbare waarde.

Dames en Heren Studenten

U volgt thans de opleiding tot basis-arts. In de organisatorische verwarring van een veranderend curriculum en samenvallende studie jaren moet U koers zien te houden en hoofd- en bijzaken in voldoende mate onderscheiden. Voor het onderwijs in de psychiatrie betekent deze turbulente tijd een extra uitdaging. Alleen helder, concreet en praktijkgericht onderwijs zal Uw aandacht en ijver in voldoende mate kunnen opwekken. Aan belangstelling voor de psychische problematiek en psychiatrie ontbreekt het U ongetwijfeld niet. Het is aan ons die belangstelling levendig te houden, want alleen op die wijze kunt U zich als arts de integrale benadering van de geneeskunde eigen maken. Immers, om tenslotte onze stamvader, Cornelis Winkler, bijna 100 jaar na dato te parafaseren: 'van elke arts worde geëischt dat hij **ook ten dele** psychiater zij'.

Ik heb gezegd.

Noten

1. J.L.C. Schroeder van der Kolk: 'Oratio de debita cura infaustum maniacorum sortem emendandi eosque sanandi in nostra patria nimis neglecta'; in Nederlandse vertaling uitgegeven door C. van der Post jr., Utrecht, 1838.
Zie ook: P. van der Esch: Geschiedenis van het Staatstoezicht op Krankzinnigen, deel I, blz. 15-15. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage (zonder jaargang).
2. Brief van de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal (9 juli 1984), Staatsuitgeverij 1984, nr. 18.463 (1 en 2).
3. Zie voor de boeiende wordingsgeschiedenis van de eerste Krankzinnigenwet en de rol van Schroeder van der Kolk: J. Vijselaar: Schroeder van der Kolk en de Krankzinnigenwet van 1841. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (40), 1985, nr. 3, blz. 271-285.
4. G.E. Voorhelm Schneevogt: De physiologische eenheid van lichaam en ziel. Inwijdingsrede, Amsterdam (Stadsdrukkerij in de Nes), 1851.
5. Zie P. van der Esch: op. cit. deel III (blz. 88).
6. C. Winkler: Het onderwijs in psychiatrie in Nederland gedurende de laatste vijftientig jaren. Haarlem (Erven F. Bohn), 1896.
7. C. Winkler: De betekenis van het onderwijs in de psychiatrie voor de geneeskunde. Inaugurale rede, Rijksuniversiteit Utrecht (1893).
8. Zie ook: Cornelis Winkler: Herinneringen. Oorspronkelijke uitgave van Loghum Slaterus, Arnhem (1947), heruitgegeven door Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht (1982) met een inleiding van L.J. Endtz en P.J.M. van der Lugt.
9. P.A.H. Baan: Psychiatrie in de maatschappij. Openbare les Rijksuniversiteit Groningen (1957).
10. C.A.L. Hoogduin, E. de Haan en B. Terluin: Somatische aandoeningen bij opgenomen psychiatrische patiënten. Tijdschrift voor Psychiatrie (27), 1985, nr. 2, blz. 105-114.
11. W.J. Schudel: Psychiatrie en on-wel-zijn. Openbare les, Rijksuniversiteit Leiden (1981).
12. Zie ook: C.J.B.J. Trimbos: Sociale Psychiatrie en Universiteit. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (40), 1985, nn. 9, blz. 893-905.

13. Een goede omschrijving met inbegrip van de afgrenzing ten opzichte van de schizofrene psychosen geeft R. Giel in zijn belangwekkende boek: 'Waarom een psychiatrische diagnose?'. Stafleu (Alphen aan den Rijn), 1982.
Zijn beschouwing valt te karakteriseren als een typisch Nederlandse psychiatrische denkwijze, die onmisbaar is voor een goed begrip van psychotische stoornissen.
14. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1980).
15. Ook de wereldgezondheidsorganisatie acht een zogenaamd meer-assig classificatiesysteem, zoals de DSM - III, maar beperkt bruikbaar.
De W.H.O. legt zelf thans de laatste hand aan een nieuwe (tiende) versie van de International Classification of Diseases, waarbij toch weer van een één-assig stelsel wordt uitgegaan.
(A. Jablensky, persoonlijk commentaar, Third International Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology, Brussel, September 1985.)
16. L. Pepplinkhuizen: Disturbances of serine and glycine metabolism as a cause of episodic acute polymorphous psychoses. Academisch Proefschrift, Rotterdam (1983).
17. R.D.T. Farmer, W.J. Schudel: The Hague Psychiatric Study - a five year follow-up of 3200 first admissions in four cohorts, 1962-1983. Nationaal Centrum Geestelijke Volksgezondheid, Utrecht (1985).