

Tegenstellingen tussen politiek Den Haag en de sociale psychiatrie

Prof. D. M.A.J. Romme

Zoals meer oudere mensen denk ik graag na over vroeger. Het is de tijd waarin mijn ideologie vorm vond. Waarin mijn strevingen richting kregen door mensen die me kennis overdroegen. Om het wat minder vaag te houden.

Ik ben sociaal psychiater en veel van wat ik in mijn beroepsmatige leven nastreef, leerde ik van Querido en Trimbos. De Trimboslezing op 24 januari j.l. door collega en vriend, Van Londen, prikkelde mij die tijd weer eens voor de geest te halen. De tijd die hij omschrijft als 'de hoogtijdagen en de neergang van de sociale psychiatrie'. Over beide tijden heb ik een andere mening en omdat hij publiekelijk de handschoen gooide, zal ik hem ook publiekelijk opnemen.

Laat ik beginnen met te zeggen dat ik denk dat de hoogtijdagen van een bloeiende sociale psychiatrie niet voorbij zijn. Alleen ze wordt niet meer uitgevoerd door psychiaters, maar door de consumenten zelf, de sociaal psychiatrisch verpleegkundige en de psychologen. De psychiater loopt tegenwoordig meer aan de lijband van de farmaceutische industrie. De hoogtijdagen van psychiaters lagen in de periode Querido en Trimbos. Trimbos heeft in zijn inaugurele reden in 1969 gezegd:

'Het leveren van bouwstenen die het mogelijk maken op gefundeerde wijze te interveniëren in ongezond makende processen en structuren is het ambitieuze doel van de preventieve en

sociale psychiatrie'.

Hij bouwde hiermee voort op het werk van o.a. Querido, die al in 1958 had laten zien op welke wijzen interacties van mensen en omgeving bepalend zijn voor zijn geestelijk welzijn en ziekte.

Querido formuleerde zijn sociale homeostase theorie in 1958 in zijn artikel *Multipele Equilibria* in het liber amicorum ter ere van de Utrechtse hoogleraar Rümke en later opgenomen in zijn eigen afscheidsbundel "Werk in uitvoering".

Querido had in aansluiting op Canon's homeostase theorie voor de fysiologie een analoge theorie ontwikkeld voor de invloed van sociale interacties op het ontstaan van GGZ problemen. Hij noemde deze de sociale homeostase theorie. Hij had als onderbouwing de nodige onderzoeken gedaan onder andere in zijn tijd als directeur openbare gezondheidszorg bij de GG en GD te Amsterdam neergelegd in zijn "integrale geneeskunde" en in studies bij gemarginaliseerde populaties zoals de Zeeburgerdijk, evenals vanuit zijn ervaring in de acute psychiatrie opgedaan bij de opname controle functie die hij begon in 1934 in Amsterdam als opvolger van F.S.Meijers die daarin geen brood zag. Het klassieke voorbeeld van de Sociale homeostase Theorie is de veranderde houding ten aanzien van de homoseksualiteit. Vele jaren werd dit gezien als een ziekte en ook als zodanig bestreden en pas in de zeventiger jaren is dit uit de diagnostische theorieën van de psychiatrie verdwenen. De verandering

werd teweeggebracht door de inspanningen van het COC. Inspanningen waaraan ook vanuit de psychiatrie Trimbos deelnam. Het verschil tussen Trimbos en Querido lag vooral in de manier van uiten. De eerste bracht de problematiek van de relatie tussen maatschappelijke verhoudingen en geestesziekte naar voren in de media, radio, TV, Dag –en weekbladen. Trimbos trachtte de politiek van buitenaf te beïnvloeden. Querido daarentegen beïnvloede van binnenuit de politiek als lid van de Eerste Kamer voor de PvdA en als regelmatig meewerkende aan het PvdA studiecentrum. Ik denk dat dit wel heeft bijgedragen aan een verschillend beeld dat de Politiek en de ambtelijke organen ten aanzien van Trimbos en Querido hadden. Maar van een verandering in het sociale van de Sociale Psychiatrie na Trimbos kan men moeilijk spreken als men de geschiedenis niet al te persoonlijk bekijkt.

Op de werkvloer zag de sociale psychiatrie er vroeger volgens Bakker (1994) als volgt uit:

'In de sociale psychiatrie van de naoorlogse jaren bestond het sociale eruit dat de leider aan een geestesziekte zoveel als kon tot aanpassing aan zijn natuurlijk milieu werd gebracht, opdat een leefbaar leven in de maatschappij mogelijk werd en isolatie in een psychiatrische inrichting voorkomen kon worden.'

Van Londen zegt hierover:

'Als ik nu terugkijk naar de sociale psychiatrie van 25-30 jaar gelden moet ik constateren dat deze vorm niet meer bestaat.'

Hij heeft hierin deels gelijk, deels ongelijk. Helaas ongelijk wanneer we de protocollen van Lindeman bekijken, die deze Amerikaan voor de revalidatie van langdurig zieken in de psychiatrie aanbeveelt. Protocollen die ook in

Nederland op enkele plaatsen worden toegepast. Protocollen waarin milieu en patiënt worden aangepast aan de ziekte van de patiënt en waarin het nodige aan medicijnen en gedragsregels worden voorgeschreven. Gelukkig heeft van Londen ook gelijk wanneer we zien dat op de werkvloer door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen patiënten worden geholpen een plek te vinden in de vrije samenleving. Hierbij gaat het niet meer alleen om voorschrijf gedrag, maar heeft er een ontwikkeling plaats gevonden waarbij de relatie tussen patiënt en hulpverlener gelijkwaardiger is geworden, de hulpverlener meer ingaat op de ervaring van de patiënt en de verhoudingen in het leefmilieu meer positieve, ondersteunende en informatieve aandacht krijgen. Er zijn daarover leerboeken geschreven die vooral door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen worden gebruikt.

Wat zien we ontwikkelen in de sociale psychiatrie in de hoogtijdagen en daarna. We zien zoals gezegd Querido aandacht vragen voor het belang van de sociale interacties en de maatschappelijke verhoudingen en hij spant zich met succes in voor de AWBZ en WAO, die in 1968 het licht zien. Trimbos zet zich met succes in voor de emancipatie van de homoseksuelen, en voor gezonde seksualiteit beleving in en buiten het huwelijk. Ook werkt hij mee aan de totstandkoming van stichtingen geestelijke gezondheidszorg waarin de verschillende hulpvormen zoals LGV en MOB en SPD samengaan. Dit resulteerde later in de opzet van regionale RIAGG's. Ook accentueert hij de vele traumatologische achtergronden bij psychiatrische patiënten. Hij wijst erop dat het in de zorg er niet primair om gaat de symptomen van ziekte te genezen,

maar om mensen te helpen vrijer te leven en de achterliggende problemen waarop de symptomen reacties zijn, aandacht te geven. Hij doet daarin minder onderzoek dan zijn opvolgers. Maar naarmate later meer naar voren komt dat traumatische ervaringen in overweldigende frequenties voorkomen bij ernstige psychiatrische ziekten, dat wil zeggen ook bij psychosen, wordt de politieke weerstand daartegen groter. Voorbeelden van onderzoek zijn het internationale onderzoek zoals de katamnese studies bij schizofrenen van Ciompi (..) Hober (..) Bleuler (..) en de W.H.O. pilot-study over schizofrenie en dan vooral het verschil in verloop van deze ziekte in onze Westerse cultuur en andere culturele regio's waaruit blijkt dat juist de andere maatschappelijke verhoudingen elders leiden tot een gunstiger verloop. Ook Strauss heeft enkele maatschappelijke invloeden verduidelijkt. Lindeman wees al in 1946 op de relatie tussen rouwverwerking en allerlei geestesziekten. Een verzameling van meer recente literatuur op dat gebied staat samengebracht in *Mental Health Matters*.

In Nederland blijkt de frequente traumatische ervaringen o.a. uit onderzoek van Mevr. Draaijer bij patiënten in het Sint Joris te Delft. Ons eigen onderzoek (Romme, Escher, 89; 93; 96, 2000) laat zien dat het psychotisch symptoom auditieve hallucinaties (stemmen horen) in 70% een reactie is op traumatische ervaringen. Dit onderzoek laat ook zien dat wat in de psychiatrie als psychopathologie wordt opgevat, ook in de gewone bevolking frequent voorkomt. Slechts 1/3 heeft daarvoor behoefte aan hulp. Vandaar dat de psychiatrie de anderen niet tegenkomt. Dit heeft wel tot gevolg dat de

psychopathologie onjuist gedefinieerd en benaderd wordt. De laatste tien jaar zien we dat dit wel opgepikt wordt in de cognitief gedrag's therapeutische hoek waarin psychologen met succes interventies ontwikkelen gericht op het leren omgaan met de ervaringen. Inmiddels is ook aangetoond dat het succes daarvan groter is dan medicatie.

Merkwaardig is dat wanneer het sociaal psychologisch invloeden onderzoek zich sterker manifesteert, de psychiatrie zich met meer verve aan de ziekte-entiteit's leer vastklampt. De tactiek is de wetenschappelijke onderbouwing van het sociaal psychologisch onderzoek te betwijfelen en vast te houden aan een systeem waarvan bewezen is dat het elke constructvaliditeit (wetenschappelijk) ontbeert. En bovendien geen inzicht geeft in enige causaliteit. De politieke dreiging die sociale invloeden inhoudt lijkt bijzonder groot en hardnekkig te zijn. We zien een soort herhaling van de geschiedenis. Van Freud is bijvoorbeeld bekend dat hij na de confrontatie van meerdere vrouwen, met zoals dat toen heette 'hysterie', tot de conclusie kwam: 'Dat perverse handelingen jegens kinderen, zoals hij het noemde endemisch waren, niet alleen onder het proletariaat van Parijs, waar hij zijn eerste onderzoeken had gedaan, maar ook in de keurige burgergezinnen van Wenen.' Zo iets was domweg onaanvaardbaar. Toen Freud zich voor dit dilemma geplaatst zag, trok hij de theorie dat hysterie en relatie had met seksueel misbruik stilzwingend terug (Judith Lewis Herman; *Trauma en herstel*; Wereldbibliotheek Amsterdam 1993 over S. Freud: over de etiologie van de hysterie 1896)

Terwijl bij de psychiaters het sociale in de psychiatrie een steeds geringere plaats in neemt zien we een opbloei van

de kennis ontwikkelingen bij de consumenten. Een nieuwe vorm van sociale psychiatrie. Er is sprake van een groot aantal zeer zinnige publicaties alsook de opzet van een zogenaamde 'user run' projecten. Hun publicaties laten zien hoe men om kan gaan met psychotische ervaringen en wat de stappen zijn naar herstel. Ze publiceren in Nederland vooral in *Deviant*. (Marlieke de Jonge; Wilma Boevink; Wouter van de Graaf; Ed van Hoorn en vele anderen).

In de user run projecten laten zij zien hoe ze in staat zijn wezenlijke stukken van de behandeling zelf uit te voeren en er verantwoording voor te nemen. Voorbeelden in Nederland zijn het eetstoornis programma in Zutphen gelieerd aan Spectrum Gelderland Oost; het revalidatie programma ondersteunt vanuit het RIAGG in Leiden; de dagkliniek bij de RIAGG-zuid in Amsterdam en voorbeelden in het buitenland zoals het Hotel in Hilsingbor van Matt Jespersion voor mensen met langdurige patiënten carrière en het crisishuis Scallegrity in Birmingham etc. Voor een overzicht zie Van Haastert (2001) in *Deviant*. Helaas nemen maar weinig psychiaters kennis van deze literatuur en deze ontwikkeling. Daarom heeft Van Hoorn (2001) gelijk als hij zegt dat:

“Ondanks alle hervormingen het niet lukt de psychiatrie wezenlijk te veranderen. De sprong van de oude psychiatrie gebaseerd op het ziekte model en dwang naar een nieuwe psychiatrie die uitgaat van vrijheid en gelijkwaardigheid wordt niet gemaakt. Cliëntgestuurde initiatieven laten zien dat het ook anders kan”.

Conclusie:

Samenvattend wil dit zeggen dat veel mensen symptomen van een ziekte krijgen als reactie op wat er met hen gebeurt. Het zijn bepaalde maatschappelijk verhoudingen die hen ziek kunnen maken. Daar kan de politiek zich niet helemaal buiten houden. Er is wel degelijk sprake van sociale psychiatrie op de werkvloer, maar niet bij beleidsmakers. De consequentie dat maatschappelijke verhoudingen basis zouden kunnen zijn van ziekten is iets wat kennelijk niet goed in de markt ligt. Er worden in politiek Den Haag teveel dubbele boodschappen afgegeven. Boodschappen waarin zowel het klinisch psychiatrisch als het consumenten standpunt worden ondersteund, ofschoon die ver uit elkaar liggen. Echter de boodschap dat maatschappelijke verhoudingen pathogenetisch kunnen zijn voor psychiatrische ziekte kan men politiek niet aan.

Politiek is gefundeerd op lobby. Lobby is het principe van de democratie, maar is verwarrend voor de burger omdat wetenschappelijke kennis wordt gedefinieerd als kennis van de grootste gemene deler. Dat maakt dat steeds mode trends domineren.

Meerderheidsstandpunten worden verkocht voor wetenschap. En wetenschap wordt gefundeerd op Delphi principes.

De Raad van de volksgezondheid zou daarboven moeten staan. Zou meer essentiële vragen moeten stellen gericht op de belangen van de klant zoals het aandeel van sociale verhoudingen, biologische aspecten en psychologische determinanten in de pathoplastiek en pathogenese van klachten patronen en minder op politieke issues zoals arbeidsongeschiktheid etc.