

PSYCHIATRIE EN EEN AANTAL METHODOLOGISCHE OVERWEGINGEN

een interview met prof. h.f.m. peeters

girbe buist
wiebe hoekstra

Prof. Peeters heeft in Nijmegen zowel psychologie als geschiedenis gestudeerd. Hij is gepromoveerd op het proefschrift "Kind en jeugdige aan het begin van de moderne tijd, ca. 1500-ca. 1650". Sinds 1964 is hij als hoogleraar in de psychologische geschiedenis verbonden aan de Katholieke Hogeschool Tilburg. Hij is auteur van het boek "Historische gedragswetenschap. Theorieën, begrippen en methoden. Een bijdrage tot de studie van menselijk gedrag op de lange termijn". Momenteel verricht Peeters archief-onderzoek in een psychiatrische inrichting.



Prof.
Peeters.

Zou u, om te beginnen iets kunnen vertellen over de huidige psychologie.

"De psychologie is een empirische wetenschap die zich bezighoudt met het gedrag zoals het zich in het hier en nu aan ons presenteert. Ze extrapoleert vandaaruit gemakkelijk naar mensen in andere tijden, in andere culturen, en ik geloof dat dat niet kan. De historiciteit, de 'Geschichtlichkeit', moet theoretisch, begripsmatig en thematisch ingebouwd worden in een wetenschap als de psychologie. Er hebben zich in de loop van de tijd grote verschillen voorgedaan in menselijk gedrag: de groei naar volwassenheid is veranderd, allerlei psychologische functies als waarnemen en manieren van denken zijn - om ons daartoe te beperken - aanzienlijk veranderd. En ik geloof dat een historicus die wat meer gericht is op deze problematiek, de moderne wetenschappers, de psychologen, de sociologen, maar ook de psychiaters, echt het nodige te zeggen zou kunnen hebben over de vorm en inhoud van dat andere gedrag en over de determinanten die op dat gedrag inwerken.

Van de andere kant meen ik ook dat je als 'orthodox' historicus te weinig greep hebt gekregen op het begrippenapparaat en de theorieën ten einde dieper in het gedrag, in de denkwereld, in de gevoelswereld van die andere mensen te duiken. Ik ben indertijd gestart als historicus en had het idee dat één van de moderne menswetenschappen aangrijpingspunten zou geven. Ik ben toen psychologie gaan studeren en mijn proefschrift "Kind en Jeugd in het begin van de moderne tijd" is zegmaar mijn eerste proeve geweest van de toepassing van psychologische en pe-

dagogische opvattingen op historisch materiaal. Het boek handelt over de tijdsgebondenheid van het fenomeen pubertijd/adolescentie. Het is mijn eerste ontmoeting tussen die twee wetenschappen geweest."

functie

Waar wij hier vooral in geïnteresseerd zijn is de psychiatrie en de klinische psychologie. Is er nu vanuit de psychiatrie ook een behoefte gevoeld om de historische dimensie bij haar onderzoek te betrekken?

"Ik denk het wel. Psychiatrie is een theorie en een praktijk die zich bezighoudt met 'geesteszieken', zinnelozen en krankzinnigen vroeger, psychiatrische patiënten nu. En zoals elke andere theorie en praktijk kunnen ook zij niet geïsoleerd beschouwd worden. De psychiatrie zit met handen en voeten gebonden aan een maatschappelijke en culturele omgeving, als daar verschuivingen optreden, dan zal dat ook blijken in de wijze waarop de psychiatrie functioneert: wie zij als geesteszieken aanwijst, welke categorieën ze hanteert, wat zij als oorzaken ziet van geestesziekten en ook welke therapieën ze toepast.

Allereerst zijn er externe invloeden, wat Foucault noemt de extradiscursieve factoren. Als je kijkt naar hoe de psychiatrie in de negentiende eeuw in Nederland van de grond is gekomen, dan spelen daarbij allemaal maatregelen van de overheid mee. De inspectie heeft een belangrijke rol gespeeld. Daar is op een gegeven moment op ingehaakt door particulieren en later door stichtingen. Dat is al een hele maatschappelijke setting die je aan kunt wijzen en die het functioneren van een bepaalde soort psychiatrie mogelijk heeft gemaakt.

Maatschappelijk-culturele invloeden uit zich ook via andere wetenschappen (interdiscursieve factoren). Enkele wetenschappen zijn van groot belang geweest voor de psychiatrie. In de vorige eeuw waren dat bijvoorbeeld de medische en biologische wetenschappen, in deze eeuw is dat in sterke mate de biochemische wetenschap geweest, die door de psychofarmica het beeld van de psychia-

trische patiënt en zijn behandeling radicaal anders heeft gemaakt.

Als derde groep van maatschappelijk-culturele determinanten treden er interne veranderingenprocessen op, i.c. binnen het kader van de psychiatrie. De laatste honderd jaar hebben we drie à vier nosologische classificatiesystemen gehad. Zo hadden we bijvoorbeeld van 1900 tot 1950 het nosologisch systeem van Kraepelin: een geheel uitgewerkt, gedifferentieerd beeld, helemaal op de medische wetenschap gebent.

Deze groepen van invloeden werken voortdurend op elkaar in en het is de taak van de historicus deze te ontwarren en te beschrijven."

U geeft vooral de functie van de geschiedenis voor de psychiatrie aan. Ziet u ook een omgekeerde lijn? Wat kan de psychiatrie voor de geschiedenis betekenen?

"Ik denk dat dat hetzelfde is als bij de relatie tot allerlei andere wetenschappen. Als je het accent, het blikveld als historicus een beetje verlegt, dan kun je inschieten op een hele actuele problematiek. Mijn probleem als historicus was indertijd: waar houd je je mee bezig. Je staat vaak zo geïsoleerd in allerlei discussies. Als er op een gegeven moment gevraagd wordt naar je mening, dan sta je als historicus vaak met de mond vol tanden. Heeft hij daarentegen studie gemaakt van bijvoorbeeld psychiatrische patiënten en therapieën in het verleden, dan kan de historicus beter overeenkomsten en verschillen tussen vroeger en nu zien, kan hij ideeën vormen over wat ziek maakt en welke mechanismen daarin een rol spelen. Het vak geschiedenis kan veel rijker, veel gedifferentieerder en kan veel meer aansluitingsmogelijkheden geven op wat er aan de gang is, dan nu veelal gerealiseerd wordt.

Dat is eigenlijk ook de betekenis van wat Romein heeft gezegd over het 'onvoltooid verleden'. Het verleden is inderdaad onvoltooid in die zin dat er steeds weer een nieuwe vraagstelling moet komen. En ik denk ook dat de historicus moet zorgen dat hij bij de tijd is, bij zijn eigen tijd, om zinvolle vragen te kunnen stellen aan het verleden. Eén van de ingangswegen daartoe zijn de sociale wetenschappen: die houden zich bezig met actuele vraagstukken. Maar daar constateer je weer dat blindstaren op het nu."

referentiekaders

In uw handboek "Historische Gedragswetenschap" bespreekt u een aantal referentiekaders, het evolutionisme, het structuralisme en het marxisme, waarmee je het verleden te lijf zou kunnen gaan. Uw voorkeur gaat uit naar het evolutionistische model. Zou u hier wat meer over kunnen zeggen?

"Ik gebruik liever de term evolutionair. Aan de term evolutionistisch kleeft de smaak van vooruitgang, van lineaire progressie. Je moet bij de term evolutionair niet praten over beter en slechter. Bij de term evolutionair komen specifieke omstandigheden aan de orde, waar mensen ook specifieke antwoorden op zoeken. In de loop van de vorige eeuw is het vereenzelfigd met het vooruitgangdenken, het optimisme over de toekomst, en dat mag beslist niet gebeuren. Ik denk dat het theoretisch mogelijk is, dat de mensen door hun technologie een omgeving creëren die zozeer zijn eigen leven gaat leiden, dat wanneer zij zich vervolgens moeten aanpassen, ze in een wereld terecht komen die niet meer leefbaar is. De discrepantie tussen hetgeen genetisch nog kan en hetgeen de omgeving eist is zo groot, dat aanpassing niet meer mogelijk is. Dat is het tegenovergestelde van de vooruitgangsidee, van altijd beter, altijd goede aanpassingen.

Het evolutionaire denken is voor mij daarom zo sympathiek, omdat je op het gebied van de historiciteit, op de veranderlijkheid van gedrag en gedragsdeterminanten niet in de knel komt. Ik denk dat je heel ver kunt komen met een marxistische verklaring van geschiedprocessen en de reactie van mensen op maatschappelijke structuren. Nieuwe maatschappelijke structuren brengen nieuwe gedragsvormen en ook bepaalde gedragsstoornissen met zich mee. Toch zal het marxisme volgens mij niet een voldoende verklaring kunnen geven. In een bepaalde tijd kunnen economische factoren dwingend zijn, maar in andere tijden en culturen kunnen ideeën en waarden een beslissende invloed uitoefenen. Kijk maar naar wat er nu in Iran gebeurt, hoezeer de mensen zich laten leiden door religieuze waarden, die daar eeuwenlang overeind zijn gebleven. Binnen het evolutionaire model zit je niet bij voorbaat en 'in laatste instantie' vast aan de sociaal-economische factoren als onderliggende oorzaken.

Het structuralisme laat wel samenhangen zien, hoe dingen in elkaar grijpen, maar het is te weinig historisch, het laat het probleem van verandering niet zien. Als het zich met het verleden bezighoudt, dan zie je vaak wat dia's achterelkaar, maar de film, het eigenlijke historische proces, wordt versluierd."

Hoe zou je binnen dit referentiekader geesteszieken moeten plaatsen, als het onvermogen om zich aan te passen of is het juist een aanpassing?

"Inderdaad, dat hangt ook weer af van de omgeving af. Het kan best zijn dat al diegenen die zich aan hun omgeving aanpassen, het vanuit bepaalde maatstaven gezien helemaal niet goed doen. Dat juist degenen die zich verzetten tegen die 'slechte' omgeving gekenmerkt zouden moeten worden als de betere oplossers. Maar zij worden door de anderen als afwijkend beschouwd. De geschiedenis van

de melancholie geeft daar fraaie voorbeelden van".

Welke fasen onderscheidt u in de geschiedenis van de psychiatrie en lopen die fasen in Nederland parallel met die in andere landen?

"In de geschiedenis van de psychiatrie, of beter in de historische psychiatrie als geschiedenis van theorieën over geesteszieken, kun je m.i. vanaf de Middeleeuwen vijf fasen onderscheiden. In de late Middeleeuwen en in het begin van de moderne tijd is men open, tolerant; er vindt geen permanente opsluiting plaats. Alleen als mensen erg lastig zijn, worden ze een tijdje opgesloten. Er moet worden bijgezegd, dat het alleen voor de ingroep geldt, voor mensen die tot eigen gemeenschap van de stad, het dorp, of de buurt behoren. De mensen die daar geen deel van uitmaken, worden buitengesloten en blijven aan het zwerfen.

Aan het eind van de zestiende, begin zeventiende eeuw vindt er in Nederland - in tegenstelling tot Engeland en Frankrijk, waar tot massale opsluiting wordt overgegaan - maar een bescheiden opsluiting plaats. Dat loopt door tot omstreeks 1800: er waren in Nederland in 1800 nog geen 1000 mensen opgesloten als krankzinnige, waanzinnige of zinloze

In de derde, morele fase wil men iets veranderen. De overheid moet iets gaan doen. Deze fase is in Nederland eigenlijk overgeslagen. In de jaren 1860-1880 komt de psychiatrie in Nederland pas echt van start en worden de grote instellingen opgericht.

Het medische model (de vierde fase) houdt stand tot ongeveer 1960. Dan krijgt men veel meer oog voor de maatschappelijke context waarbinnen zich het één en ander afspeelt, zonder het medische model helemaal overboord te zetten. Momenteel zijn er zo'n 30.000 mensen opgenomen in psychiatrische tehuisen."

institutionalisering

U zegt dat er rond 1860-1880 een cesuur ligt. In Nederland komt rond die tijd de industrialisatie op gang. Ziet u hier relaties mee?

"(...) Ik houd dat niet voor uitgesloten, maar ik zou het op dit moment niet precies kunnen beantwoorden. Je ziet alleen een geweldige stijging van aantallen."

Betekent die toename dan dat men meer oog heeft gekregen voor de problemen?

"Er zijn verschillende oorzaken en effecten. Eén oorzaak is indertijd al door de oudhoogleraar in de psychiatrie in Groningen, Kraus, in zijn proefschrift signaleerd. Het is aanwijsbaar dat streken waarin een psychiatrische instelling gevestigd was, verhoudingsgewijs meer patiënten leverden dan andere streken. Dus de nabijheid, de beschikbaarheid van zo'n instituut heeft patiënten aangetrokken.

Naast dit institutionaliseringseffect kreeg

je het professionaliseringseffect: mensen houden zich beroepshalve bezig met gestoord gedrag. Die hebben weer een groep mensen om zich heen die men proto-professioneel zou kunnen noemen. Je krijgt dus het effect dat mensen met bepaalde problemen door hulpverleners een etiket opgeplakt krijgen.

En als derde: de maatschappij is zeker gecompliceerder geworden. Er zijn daardoor mensen overboord gevallen, die zich heel best konden redden in wat meer overzichtelijke samenlevingen, waarin mensen elkaar kenden, waarin ze taken konden verrichten die niet direct overbodig waren. Doordat mensen hogere eisen aan anderen en aan zichzelf zijn gaan stellen, is er een tendens aanwijsbaar, dat er meer relationele stoornissen, stoornissen in de relatie tussen mensen onderling, zich hebben voorgedaan.

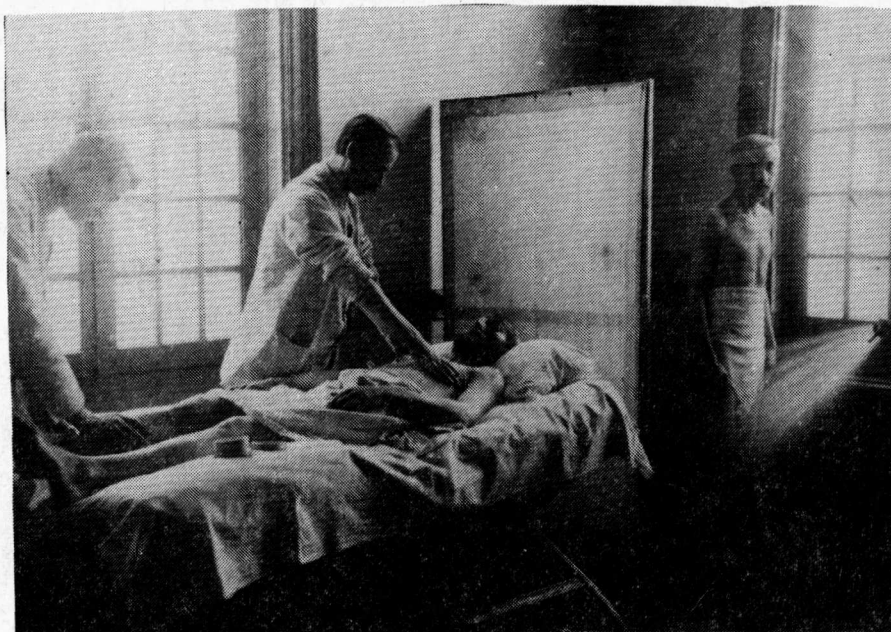
Een vierde ontwikkeling die nog genoemd kan worden is het onderwijs: het is gedifferentieerder geworden en is hogere eisen aan de leerling gaan stellen. In het basisonderwijs bijvoorbeeld vindt een strengere selectie plaats, hetgeen nieuwe problemen met zich meebrengt en ook nieuwe groepen 'buitengewoon' maakt."

vraagstelling en methodologie

Kunt u iets meer over uw eigen onderzoek vertellen?

"Wij hebben met een werkgroep in één psychiatrisch ziekenhuis in Nederland de patiëntendossiers van de laatste honderd jaar bekeken op een aantal variabelen: burgerlijke staat, maatschappelijke status/opvoeding en medische indicatoren (wat voor diagnose werd er gesteld en welke therapie werd gehanteerd). Daarnaast is er gebruik gemaakt van opnameboeken en registers waarin aangegeven staat welke dwangmiddelen toegepast werden en hoe frequent dat gebeurde. De laatste honderd jaar zijn ook nieuwe eisen gesteld aan de verpleegkundige opleiding van psychiatrische ziekenhuizen, hetgeen gereflecteerd wordt in de leerboeken voor verpleegkundigen. In de jaren tachtig, negentig van de vorige eeuw wordt de verpleegkundige opleiding opgezet. Deze was nauw aan het medische model gebonden. De verpleegkundigen zijn lange tijd ziekenverplegers en -verpleegsters geweest die zich vooral richtten op de lichamelijke verzorging. De laatste tien á vijftien jaar wordt de sociale en psychische problematiek benadrukt. Er is dus een duidelijke verschuiving in opleiding te bespeuren. Een andere bron vormen de inspectieverslagen. Ander materiaal bestaat uit jaarverslagen en jaarboeken van psychiatrische instellingen. Een aantal instellingen hebben nog een goed archief, waarin al dit materiaal is opgeslagen.

Een aantal vragen die wij gesteld hebben zijn: wie hebben zich met de inrichting beziggehouden, hoe heeft de overheid zich er mee bemoeid, wat was de fysieke omgeving (in wat voor soort gebouw en in wat voor kamertjes zaten de patiënten), welke reglementen golden er in die tehuisen, hoeveel patiënten



Badkamer van paviljoen Griesinger. Badbehandeling en massage, 1906.

waren er, wat was de opnameduur en zijn er verschuivingen in de opnameduur geweest. Een voorbeeld van een bevinding: tot aan 1950 is, ondanks allerlei verschuivingen in de diagnose en therapie, de opname voor verschillende ziekten nagenoeg gelijk gebleven. Na 1950 treedt er een grote stijging op van het aantal heropnames. Waar is dat het gevolg van? Hoogstwaarschijnlijk van de psychofarmica. Zij hebben het beeld van de psychiatrische ziekenhuizen aanzienlijk veranderd. Vroeger waren er grote hekken om inrichtingen opgesteld; bepaalde afdelingen hadden tralies. Tegenwoordig kun je er bij wijze van spreken zo in en uit lopen."

Bij psychiatrische vraagstellingen zien wij verschillende methodologische problemen. Neem bijvoorbeeld de vraag of ziektebeelden in de loop der tijd zijn veranderd. Een eerste vereiste is dan om exact te weten wat men in de loop der tijd met een bepaalde naamgeving bedoelt. Er kunnen zich verschillende problemen voordoen. Zo kan men met dezelfde naam verschillende ziektebeelden en symptomen bedoelen. Ook kan men met verschillende namen hetzelfde bedoelen, terwijl een nieuwe naamgeving misschien een nieuw ziektebeeld zou suggereren. Hoe moeten wij dat probleem oplossen?

"De naamgeving is zeker veranderd, de laatste 60 à 70 jaar zijn er al drie verschillende classificatiesystemen van ziektebeelden geweest: vóór Kraepelin, Kraepelin, en het huidige internationale classificatiesysteem. Dan komen er nieuwe namen en etiketten en verdwijnen er oude. Dan duikt inderdaad het probleem op of een nieuw begrip dezelfde of een andere realiteit dekt. Met dit probleem moet de historicus overigens enige vertrouwdheid bezitten. De enige oplossing hiervoor is de bronnen te laten spreken. Er zijn name-

lijk patiëntendossiers bewaard gebleven. In deze dossiers vind je ook veel concrete gedragsbeschrijvingen door familieleden en verpleegkundigen. Door deze dossiers nu te bestuderen kun je je losmaken van het etiket dat op een bepaald gedrag geplakt wordt en zo het probleem van de naamgeving omzeilen. Door te zoeken naar verschuivingen in concreet gedrag, bijvoorbeeld in hallucinaties, kun je de vraag naar de realiteit van ziektebeelden proberen te beantwoorden."

Door je te richten op concrete gedragsbeschrijvingen kun je het probleem van de etikettering omzeilen. Er moeten echter toch wel een bepaald begrippenapparaat en -systeem door de onderzoeker ontwikkeld worden om al deze gedragsbeschrijvingen te kunnen classificeren en zo onderling vergelijkbaar te maken?

"Die hoeft je niet zelf te ontwikkelen. Hier bieden de handboeken op het gebied van de psychiatrie en de geschiedenis van de psychiatrie uitkomst. Daarin staan de diverse classificatiesystemen uitvoerig besproken en vind je precies wat onder termen als manie en schizofrenie wordt verstaan.

De historicus doet er verstandig aan zich eerst bezig te houden met problemen waarvoor hij geen specifieke kennis van de theorieën en de praktijk der psychiatrie nodig heeft. Zo kan hij onderzoek doen naar de maatschappelijke context van het een en ander. Komen er nieuwe instituten? Hoeveel patiënten komen er? Worden er opleidingseisen gesteld? enz. Wil hij er dieper induiken, dan is het verstandig zich te laten begeleiden door iemand die in de psychiatrie of psychologie geschoold is."

Concrete ziektebeelden en symptomen in het verleden kunnen dus opgespoord worden.



Elektrische behandeling, 1906.

Echter, kan ook achterhaald worden welke betekenis en emotionele intensiteit deze hadden voor de patiënt en zijn omgeving? In het verleden hadden de mensen een andere mentaliteit en emotioneel beleven dan we nu hebben. Wat betreft verschillende ziektepatronen kunnen we nu waarschijnlijk niet meer deze emotionele intensiteit meevoelen.

"Dit probleem doet zich inderdaad voor. Neem bijvoorbeeld de melancholie. In de loop der geschiedenis wordt er veel aan melancholie geleden. In de bronnen uit die tijd wordt vaak uitvoerig toegelicht aan wat voor melancholie men leed en door welke oorzaken deze ontstond. Uit de bronnen blijkt dat het woord melancholie in de loop der tijd een geheel andere betekenis heeft gekregen en ook dat de achtergronden zijn veranderd. Uit het boek "The anatomy of melancholy" door Robert Burton, uit het begin van de zeventiende eeuw, blijkt onder andere dat melancholie de verstoring van het humorale evenwicht betekende, de overheersing van de zwarte gal, en dat men ook andere, indirecte oorzaken en omstandigheden zag die uiteindelijk van invloed waren op de zwarte gal. Als oorzaken zag men bijvoorbeeld geesten of het te weinig met concrete zaken bezig zijn. De grote frequentie van melancholie bij studenten verklaarde men uit deze laatste factor. De student die te veel studeert, maatschappelijk geminacht wordt en weinig praktisch bezig is, is er juist vatbaar voor. Wil je de melancholicus uit die dagen begrijpen, dan zal moeten worden nagegaan hoe deze in zijn gedragsuitingen wordt beschreven in de bronnen en wat zijn

maatschappelijk-culturele positie was. Men moet dus veel van de betreffende periode afweten om de mensen in hun gedragvormen te kunnen begrijpen. Juist daar is de historicus voor nodig. De historicus kan een brede context bieden als hij zich bezighoudt met geestesgestoorden. Hij mag niet voorbijgaan aan de medische en biologisch-genetische componenten, maar door zijn kennis van een bredere maatschappelijke context zal hij op allerlei zaken kunnen wijzen waar een psychiater niet onmiddellijk aan denkt. Er zijn veel interessante bronnen waarmee de historicus de psychiater te hulp kan komen.

Ik ben bezig met enkele mensen om ten behoeve van de historische gedragswetenschap, de studie van menselijk gedrag op de lange termijn, een soort apparaat à la Romein te maken. Hierin hoop ik een overzicht te geven van de belangrijkste onderwerpen, tijdschriften, boeken, artikelen en archieven. Ook het onderwerp van de geestesziekten en de psychiatrische zorg zal er uitvoerig in worden behandeld."

Nog een ander probleem lijkt ons dat wat men als normaal en ziek gedrag bestempelt, sterk tijdgebonden is. Als onderzoeker kun je bijvoorbeeld in een gedragsbeschrijving symptomen vinden die volgens onze maatstaven als abnormaal en ziek bestempeld moeten worden, maar die door de tijdgenoten niet als zodanig worden gezien.

"Dit probleem kun je volgens mij alleen maar op een concrete wijze oplossen. Het enige wat de historicus kan concluderen is, dat de tijdgenoten het gedrag kennelijk niet zo vreemd vonden, dat ze de behoefte hadden om de persoon op te sluiten. Je had zelfs gedrag dat wij nu abnormaal zouden noemen, maar dat in de toenmalige samenleving een duidelijke functie had en door de tijdgenoten nuttig werd gevonden. Denk maar eens aan de profeten uit het Oude Testament. Zij hoorden allerlei stemmen en zagen van alles en nog wat. Wij zouden deze lieden waarschijnlijk rijp voor psychiatrische behandeling achten, maar hoewel de tijdgenoten hen misschien niet alledaags vonden, werd het contact dat zij met bovennatuurlijke krachten onderhielden toch als uiterst zinvol ervaren. Binnen hun samenleving had het een functie."

Wij denken dat dit vraagstuk ook samenhangt met de opvatting over wat geestesziekte nu eigenlijk is. Zo staan tegenover elkaar het medische en het sociale model. Aanhangers van het medische model zien psychische stoornissen vooral als een lichamelijke stoornis waaraan allerlei biochemische processen ten grondslag liggen. Omdat de mens biologisch niet sterk veranderd, zouden dezelfde soort ziekten van alle tijden kunnen zijn.

Het sociale model dat nogal opgang maakt bij de moderne anti-psychiatrie, staat daar tegenover. Haar meest extreme aanhangers zien geestesziekten niet als ziekten in de medische zin, maar eerder als etiketten van maatschappelijk ongewenst gedrag. De Engelse

psychiater Thomas Szasz gaat zelfs zover dat dat hij de psychiatrie als een voortzetting van de Inquisitie ziet. Binnen dit model zullen stoornissen veranderen al naar gelang de normen van de maatschappij veranderen. Wat is uw mening over deze modellen?

"Ik denk dat het medische model zeker zijn waarde heeft. Volgens mijn persoonlijke mening zijn er enkele ziekten zoals de schizofrenie waaraan inderdaad ingewikkelde processen ten grondslag liggen. Toch mag het medische model niet in zijn exclusiviteit opgaan in die zin dat alles wat wij in een bepaalde samenleving geestesziekten zijn gaan noemen een biologische en lichamelijke oorzaak moet hebben en ook op die wijze behandeld moet worden.

Aan de andere kant moeten we niet doorschieten naar een maatschappelijk of sociaal model en zeggen dat alles wat zich presenteert als geestesziek - of althans wat wij zo zijn gaan noemen - zijn oorzaak vindt in conflicten met de maatschappij. Ik pleit voor een zekere gedifferentieerdheid. Zo zijn er ziektebeelden, waarin heel duidelijke lichamelijke componenten aanwezig zijn, bijvoorbeeld de schizofrenie, terwijl bij andere, bijvoorbeeld de neurose en de affectieve psychose, meer sociale problemen een rol spelen.

Een feit blijft dat de psychiatrie in theorie en praktisch met handen en voeten aan de maatschappij is gebonden en dit werkt zelfs in de diagnostiek door. Neem bijvoorbeeld de verschillen tussen mannen en vrouwen. Het maatschappelijk beeld van de man en de vrouw werkt op verschillende manieren door. Met dezelfde symptomen wordt bijvoorbeeld de man als psychopaat en de vrouw als hysterica gediagnostiseerd. Ook in de behandeling werkt dat door. Agressie strookt volgens de maatschappelijke normen niet met het beeld van de vrouw. De vrouw zal daarom, als zij zich verzet, eerder worden 'platgespoten' dan de man. Agressie en verzet worden bij de man langer geduld, want agressie hoort meer bij zijn beeld."

Wij hebben het gehad over de problemen die samenhangen met de vraag naar de veranderingen in ziektepatronen, maar nog niet over de vraag zelf. Hebt u aanwijzingen dat de ziektepatronen in de loop der tijd veranderen?

"Inderdaad heb ik aanwijzingen dat uitingen en oorzaken van ziektebeelden veranderen. Een voorbeeld is de hysteric, een verschijnsel dat in de geschriften van Charcot en Freud nogal centraal staat. Daarin zie je twee symptomen die in onze dagen niet meer of minder voorkomen. In de eerste plaats zie je niet langer de geweldig theatrale wijze waarop de hystericus zijn ziekte uit en verder zie je minder dat psychische problemen worden vertaald in lichamelijke verlamningsverschijnselen. Het hele ziektebeeld van de hysteric is niet verdwenen, maar de uitingen ervan zijn veranderd.

Ook de oorzaken waardoor mensen in de knel raken zijn veranderd. Door de seksuele

revoluties verminderde onder andere het aantal mensen dat door deze problematiek in de knoop raakte. Dus oorzaken en symptomen veranderen en dat is een mooie onderstreping van de historische dimensie van gedrag: de historicus moet de psychiater wijzen op de tijdgebondenheid van symptomen en problemen."

We willen nu overstappen op het psychiatrisch denken. Hoe ziet u de hedendaagse ontwikkelingen hierin? Ziet u een continuïteit of discontinuïteit met het verleden?

"De laatste tien à vijftien jaar zie ik een duidelijke discontinuïteit. Het exclusieve medische model wordt verlaten en men gaat meer op de sociaal-maatschappelijke toer. Naast doktoren gaan ook allerlei andere mensen, bijvoorbeeld maatschappelijk werkers, zich met de psychiatrie bemoeien. Ik vind iets terug van de periode tussen 1800 en 1850, waarin eveneens een meer sociale en psychologische benadering opkwam. De behandelende persoon ging toen meer als vertrouwens- en gezagsman te werk dan als medicus. De patiënt moest onderworpen en aan banden gelegd worden door hem in een sterke afhankelijkheid van een man te plaatsen, die door zijn morele en fysieke eigenschappen geschikt is een onweerstaanbare heerschappij over hem uit te oefenen en zijn dwaze ideeënassociaties te veranderen (moral treatment). In de periode 1800-1850 zie je dat overwegend de psychische, daarna de lichamelijke en nu de sociaal-maatschappelijke component wordt benadrukt."



Wandelen met onrustige patiënt, 1906

Wat ons opvalt is het exclusieve denken bij de verschillende richtingen. Men zoekt het óf uitsluitend bij het lichaam, bij de psyche, ofwel bij de maatschappij. Zijn er geen harmoniemodellen, waarbij men uitgaat van de wisselwerking tussen deze verschillende eenheden?

"Ja, dat was in de eerste fase het geval bij de humoresleer. De humores waren weliswaar lichamelijk van aard, maar allerlei invloeden konden dit humorale evenwicht verstoren. Deze leer was niet uitsluitend psychologisch, lichamelijk of sociaal gericht. De taal van deze leer is in onze tijd weliswaar verouderd, maar men ging tenminste van een harmonie uit en ik denk dat dit een juiste benadering is om ruimte voor allerlei wisselwerkingen te laten."

Het aantal genezingen in beschouwing genomen, maakt de psychiatrie dan vorderingen?

"Dit is een moeilijke vraag, want de effectiviteit van een bepaalde therapie is tijd- en patiëntgebonden. De therapeut moet open blijven staan voor de tekenen van de tijd, want de patiënten zijn kinderen van hun tijd. Alleen als hij de taal van de tijd spreekt, zal hij effectief voor de cliënt kunnen zijn. Therapeut en cliënt moeten een gemeenschappelijk geloofs- en opvattingensysteem hebben, waarbinnen toegeschreven en behandeld kan worden."

Neem de bezetenheid. Rond 1750 was dit nog een veel voorkomende stoornis. Zowel therapeut, patiënt en omgeving geloofden in het bestaan van duivel en demonen, die uitgedreven moesten worden. Het sluitend systeem van gemeenschappelijk geloof tussen deze drie partijen maakte dat de patiënt kon genezen. Later waren er nog wel eens mensen, die zeiden dat ze door de duivel bezeten waren, maar die konden dan niet meer geholpen worden, want er was geen therapeut meer, die nog in de duivel geloofde. Deze mensen werden dan doorgestuurd naar één of andere dorpspastoor, die de duivel nog wel wilde uitdrijven. (Het gemeenschappelijk geloofssysteem tussen therapeut en patiënt was weg.)

Ik sta een relativerende opvatting voor van wat de goede behandelingsmethode is en daarom vind ik het moeilijk om van vooruitgang te spreken. Het is de taak van de historicus om de psychiater te laten zien hoe tijdsgebonden en relatief het behandelings-systeem en de terminologie, die hij gebruikt, zijn."

Psychiaters komen toch meestal uit de sociaal hogere milieus van de samenleving en delen de opvattingen van die klasse. Kunnen ze dan nog effectief patiënten uit andere milieus behandelen?

"Dit heeft zich gewroken in de klassieke psychoanalyse. De psychoanalyse had te maken met patiënten uit een bepaalde maatschappelijke laag - de beter gesitueerde burgerij - en de behandeling vereiste een bepaald vermogen om de problematiek

te verbaliseren. Een bepaalde mate van opleiding was daarvoor noodzakelijk. Sommige maatschappelijke groeperingen vielen daardoor uit de boot (om van financiële redenen niet te praten).

Er moet een zekere mate van wederkerigheid in cultuur zijn tussen therapeut en patiënt. Dit probleem heeft zich in Nederland voorgedaan bij psychiatrische patiënten, die uit Indonesië kwamen. Zij kwamen uit een andere culturele achtergrond, waarvan de Nederlandse psychiaters onvoldoende kennis hadden. Indonesische psychiaters konden hier veel beter op inspelen. Ook arbeiders- en boerenmilieus hebben hun specifieke problemen. Het is daarom de opgave van de sociale psychiatrie om zich ervan bewust te zijn dat binnen verschillende subculturen of maatschappelijke groeperingen de problemen ook verschillend kunnen zijn. Als eerste oriëntatie kan het classificatiesysteem wel gebruikt worden, maar steeds moet de psychiater de patiënt weer in diens eigen maatschappelijke en culturele context begrijpen en dienovereenkomstig behandelen."

Dit was onze laatste vraag. Wilt u er nog iets aan toevoegen?

"Ik vind de belangrijkste doelstelling van het interview: de historicus laten zien dat er op het gebied van de geschiedenis van de psychiatrie onderwerpen bestaan die het bestuderen waard zijn en dat de gedragswetenschappen ook behoefte hebben aan een historische context van hun object. Bovendien zijn er genoeg bronnen en mogelijkheden om zulk onderzoek te doen."

literatuur

- Ackerknecht, E.H. en Akert, K. "Wechselnde Formen der Unterbringung von Geisteskranken", in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1964, 44, 1541-1546.
- Arthur, R.J. Sociale Psychiatrie. Utrecht, Antwerpen, 1973.
- Beek, H.H. Waanzin in de middeleeuwen. Beeld van de gestoorde en bemoeienis met de zieke. Nijkerk, Haarlem, 1969.
- Bergin, A.E. en Strupp, H.H. Changing Frontiers in the Science of Psychotherapy, Chicago, 1972.
- Bergin, A.E. "The Evaluation of Therapeutic Outcomes", in: Bergin, A.E. en Garfield, S.L. eds. Handbook of Psychotherapy and Behavior Modification: an Empirical Analysis. 1971.
- Blok, F.F., Barlaeus, C. From the correspondence of a melancholic. Assen, 1976.
- Elias, N. "Sociologie en psychiatrie", in: Sociologie en Geschiedenis. Amsterdam, 1971.
- Elias, N. Ueber den Prozess der Zivilisation. Basel, 1969 (1939).
- Ellenberger, H.F. The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry. New York, 1970.
- Eysenck, H.J. Handbook of Abnormal Psychology: an Experimental Approach. Londen, 1960.
- Foucault, M. Histoire de la Folie à l'âge classique. 1962 (Geschiedenis van de waanzin in de zeventiende en achttiende eeuw. Meppel, 1975.)

zie verder p. 36